

21/17-A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA

PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

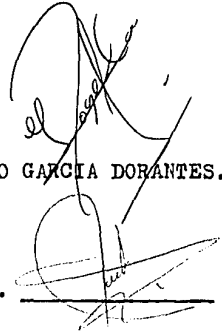
HOSPITAL PSIQUIATRICO " FRAY BERNARDINO ALVAREZ "

SECRETARIA DE SALUD. MEXICO D.F.

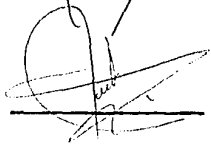
TESIS PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA -

PRESENCIA DE DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL PACIENTE
FARMACODEPENDIENTE.

AUT; ENCARGADO DE LA INVESTIGACION: DR. ROGELIO GARCIA DORANTES.



TUTOR : DR. JOSE GUADALUPE MERCADO VERDIN.



ASESOR : DR. HECTOR ALEJANDRO ORTEGA SOTO.



Vo. Bo.
[Handwritten signature]
21-11-89

FALLA DE ORIGEN



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

Introducción	1
Antecedentes	6
Planteamiento del Problema	8
Hipotesis	8
Justificación del Estudio	8
Objetivos Generales del Estudio	8
Método y Diseño Experimental	9
Criterios de inclusión y exclusión	10
Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de resultados	11
Resultados	12
Discusión	22
Conclusiones	22
ANEXO I	24
ANEXO II	26
Referencias	28

I.- INTRODUCCION

El consumo de sustancias para modificar la conciencia, el humor y la conducta, es una práctica muy antigua. En las últimas décadas, esta práctica se ha extendido a -- grandes sectores de la población del mundo y se ha convertido, en la mayoría de los países , en un grave problema social. El fenómeno, que afecta particularmente a los jóvenes, es causa de daños a la salud , la familia, la escuela y el trabajo, y juega un papel muy importante en las acciones delictivas (7) .

Si bien, en materia de salud, el país tiene otras prioridades, los problemas relacionados con el abuso de estas sustancias constituyen un motivo creciente de preocupación pública debido a su alto costo social y a las dificultades que el estado y las comunidades encuentran para contender exitosamente con ellos (16) .

La diversidad de sustancias involucradas, las modalidades de su abuso y toda la complejidad de sus causas y - consecuencias, hacen necesario abordar el fenómeno desde una perspectiva amplia que permita considerar las -- múltiples interacciones que surgen entre cada tipo de - droga, el individuo que las consume y el medio ambiente.

La farmacodependencia o drogadicción representa para Méjico , así como para cualquier país que la padece , un

problema económico , social y de salud, que refleja en una serie de indicadores que debilitan su desarrollo -- de manera importante, tal es el caso de los incrementos de los índices de delincuencia, deserción escolar , de empleo, desintegración familiar, el ausentismo laboral, costos por atención médica y social, etc , de donde resulta claro el alto costo que implica para el país (16).

De acuerdo con la investigación epidemiológica que ha -- venido realizando sistemáticamente el Instituto de Psiquiatría, desde el año de 1974, sobre la extensión y la tendencia de este fenómeno en México, se ha podido deter minar que este va en continuo aumento no solo en cuanto a su magnitud, sino también porque se esta extendiendo a nucleos de la población especialmente vulnerables, co mo es el de los niños y los jóvenes entre los 7 y los -- 18 años de edad que recurren a la inhalación voluntarie de diversos tipos de disolventes industriales, tales co mo tiner, la gasolina, los cementos plásticos, las ace tonas, etc , a pesar de considerarse dichas sustancias como las drogas o fármacos más tóxicos y que mayores da ños producen en el organismo de quienes la consumen (16).

Desde la década de los 60s se hizo aparente en nuestro país, por medio de indicadores, que el abuso de drogas -- ya no quedaba restringido a grupos minoritarios (como -- el uso de cannabis entre los soldados) , sino que se -- extendían a otros grupos de nuestra sociedad, especial-

mente a los jóvenes. La necesidad de aproximarse al estudio de estos problemas condujo al desarrollo y estandarización de métodos y técnicas.

Las tasas de consumo de drogas entre la población general de sujetos mayores de 14 años, varían entre 0.2 % y 6.7 % en la marihuana, y entre 0.8 % y 4.7 % en los barbitúricos. Las tasas del reactivo correspondiente a haber usado alguna vez otras drogas, fueron más bajas en conjunto, los estudios entre la población general muestran que los varones usan más drogas, con excepción de las anfetaminas que usan más las mujeres, y los tranquilizantes, que consumen más los estudiantes universitarios (7) .

Entre los sujetos encarcelados mayores de 18 años, las tasas de reactivo que se refiere al uso de drogas, son más elevadas que la población general. La marihuana es también la droga preferida en tanto que la inhalación de solventes ocupa un tercero o cuarto lugar en la población estudiada, la estimación de las tasas que corresponden el uso de marihuana alguna vez en la vida , fue del 20 % ; la de inhalables del 3 % y las de cocaína y heroína , fueron más bajas (7) .

Hasta aquí se ha hablado acerca de datos epidemiológicos con respecto a la farmacodependencia o drogadicción (17) (4), los cuales se ha visto que en los 10 últimos años se ha incrementado y que para México como para cualquier país que la padece es un problema de tipo social , económico y de salud , sin embargo es menester - y sin querer ser pretencioso hablar del farmacodependiente como individuo y citar algunos hallazgos acerca de la personalidad del drogadicto remarcando que lo que a continuación sigue no se toma como etiología pero para los fines que el presente estudio trata de comprobar es pertinente mencionar.

La personalidad drogadictiva comienza siempre por ser - una personalidad dominada por la angustia y temores cuya calidad e intensidad los convierte en sentimientos - francamente patológicos , insoportables para su yo.

La inseguridad en sí mismo , el temor de ser destruido, revelan , por la constancia con que se manifiestan y la intensidad con que se adueñan de este tipo de personalidades que la estructura yoica del adicto potencial es notablemente fragil. Cuando se siente atrapado por la - angustia y desolación comienza a buscar las formas posibles de fuga y esto sucede cuando se enfrenta a lo - que es (6).

Sobre la motivación del fumador el Dr. Grinspoon (12),

considera que es una cuestión complicada extraordinariamente por ser multideterminada como cualquier otra conducta humana que es influida tanto por impulsos y conflictos internos como por el ambiente; en mariguana la causa que predispone o motiva , es psicológica , pero - se supone que todo esto es un proceso de aprendizaje - con estadios bien establecidos.

Se ha mencionado un " Síndrome amotivacional " como uno de los factores que predispone a uso o abuso de drogas (14), así como la búsqueda de una satisfacción inmediata o la frustración que busca compensación en la drogadicción (6) .

1.- ANTECEDENTES

En el Instituto Nacional de Psiquiatría se ha llevado a cabo diversas investigaciones con respecto al problema de farmacodependencia o drogadicción en México ; una de las investigaciones que se llevo a cabo fue acerca del uso de drogas entre los estudiantes y se obtuvieron resultados donde se indica que los últimos 10 años se ha incrementado el consumo de inhalantes , marihuana , anfetaminas , cocaína y heroína (4) , se han tocado temas donde se exponen conclusiones para combatir el problema de drogadicción y que dichas conclusiones son el actuar en contra de la producción y tráfico de narcóticos así como la expedición de diversas leyes y reglamentos orientados a controlar la oferta y disminuir la demanda (9) , y desde el año de 1977 se implanto un programa de tratamiento y rehabilitación conductual , dirigido a la población afectada (16) .

En otros estudios ajenos al Instituto Mexicano de Psiquiatría , se ha descrito la personalidad drogadicictiva (6) , otros más hacen mención a los factores predisponentes entre los cuales se refieren a un síndrome amotivacional (14) ; uno de los estudios hechos por el Dr. - Grinspoon (12) hace ver que el dependiente a marihuana actua por impulsos y conflictos internos como por el ambiente , además hace mención a las propiedades anti-depresivas y ansiolíticas de la cannabis.

Como se puede observar el problema de la farmacodependencia puede abarcarse y estudiarse de diversas formas , pero con respecto al tema del cual se encarga la presente investigación es unicamente tocado en forma paralela.

Respecto al inventario para Depresión de Beck (1) , uno de los cuestionarios que es aplicado en el presente estudio , fue publicado en Junio de 1961 , dicho cuestionario consta de 21 reactivos , y donde cada uno de ellos contiene una serie de enunciados en diferentes grados de severidad. El cuestionario es autoaplicable y el paciente selecciona solo un enunciado , de acuerdo al estado actual. Posteriormente se califica , dandole un valor numérico del 0 al 3 de acuerdo a la severidad del síntoma que se mide.

El cuestionario para Depresión y Ansiedad de Hamilton (18) (HAD) , es otro de los instrumentos que se utiliza en la investigación , el cual consta de 14 reactivos siete de los cuales pertenecen a la subescala de Ansiedad y los otros siete a la subescala de Depresión , también es autoaplicable y el paciente selecciona uno de los reactivos según su estado o condición actual y la calificación es de 0 a 3 según el grado de severidad del síntoma a medir.

Cabe señalar que dichos cuestionarios han sido utilizados solo en poblaciones de Hospital General con pacientes medicamente enfermos.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado que la utilización de drogas es principalmente -- para modificar la conciencia , el humor y la conducta , y que dichas drogas cumplen su función ya sea como an--siolítico o como estimulante es menester pensar que en el paciente farmacodependiente se encuentra involucra--dos trastornos emocionales del tipo de la depresión y/o ansiedad .

2.1.- HIPOTESIS

La depresión y la ansiedad se encuentran presentes en - el paciente farmacodependiente.

2.2.- JUSTIFICACION

El presente estudio constituye una aportación adicional para el tratamiento y rehabilitación del paciente far--macodependiente.

3.- OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

- Estimar la frecuencia con que se presenta la depre--sión y la ansiedad en el paciente farmacodependiente.
- Hacer una aportación para el mejor manejo del pacien--te farmacodependiente.

II.- METODO Y DISEÑO EXPERIMENTAL

Se estudiaron pacientes farmacodependientes que hasta el momento de la investigación se encontraban en terapia de grupo , dentro de la clínica de Farmacodependencia de la consulta externa del Hospital Psiquiatrico -- " Fray Bernardino Alvarez " . Se aplicó una ficha de identificación donde se registraron las características sociodemográficas de cada paciente. Además como instrumentos de trabajo se utilizaron dos cuestionarios autoaplicables, siendo uno de estos el Inventario para Depresión de Beck (1) , utilizado más que todo para medir grados de severidad en relación a la depresión y el cuestionario para Ansiedad y Depresión de Hamilton-HAD-(18) .

Por lo anterior, la utilización de estas dos escalas , - que han sido aplicadas en otra población medicamente enfermas y por ende su validación en cuanto al punto de corte puede influir directamente en los resultados. - Otro factor que puede influir en los resultados es el hecho que los pacientes farmacodependientes que se utilizaron en la muestra de esta investigación se encuentran tomando terapia de grupo , lo que hace que pueda haber disminuido la sintomatología ansiosa y/o depresiva.

La selección de pacientes se hizo tomando en cuenta los siguientes criterios :

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes farmacodependientes que se encontraban -- formando parte de un grupo en terapia, de la clínica de farmacodependencia del Hospital Psiquiatrico -- " Fray Bernardino Alvarez " .
- 2.- Pacientes que no esten tomando fármacos antidepresivos.
- 3.- Pacientes que sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes analfabetas.
- 2.- Pacientes que actualmente se encuentren con tratamiento farmacológico antidepresivo específicamente.

III.- DURACION DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo una duración de aproximadamente tres meses, el cual se inicio el 13 de Septiembre de 1988 y se concluyó el 2 de Diciembre de 1988.

IV.- ANALISIS DE RESULTADOS

Los datos obtenidos se procesaron mediante las siguientes técnicas estadísticas:

- 1.- Tabulación.
- 2.- Elaboración de cuadros.
- 3.- Resumen de datos.

RESULTADOS

En la tabla No. 1 se muestran las características socio demográficas de la población de estudio ($n = 30$) . Todos los pacientes fueron del sexo masculino ; el grupo de edad con mayor número de integrantes fue de 18 a 24 años ; respecto a la escolaridad alrededor del 29.9 % de los pacientes cursaba con instrucción primaria elemental ; el 53.3 % contaba con educación secundaria y el 16.3 % con educación preparatoria o equivalente ; con respecto al estado civil predominaron los solteros con el 83.3 % .

Al calificar los cuestionarios se eliminaron dos pacientes los cuales los dejaron en blanco , por lo que la muestra se redujo de 30 a 28 pacientes farmacodependientes. Se agrupó a los pacientes por edades , siendo la menor edad de 18 años y la mayor de 41 años , donde se obtuvo una media (M) de 25.75 y una desviación estándar (SD) de 6.75 (ver gráfica No. 1) ; de los 28 pacientes farmacodependientes que quedaron en la muestra, 19 obtuvieron un puntaje mayor de 13 en la escala para depresión de Beck (1) , lo que equivale a un 67.8 % del total (ver tabla No. 2) . Posteriormente se agruparon por grado de severidad resultando el 26.3 % considerados como leves , el 63.15 % como moderados y el 10.5 % como severos , cabe señalar que los pacientes -- que resultaron positivos fueron considerados el 100 % .

TABLA No. 1

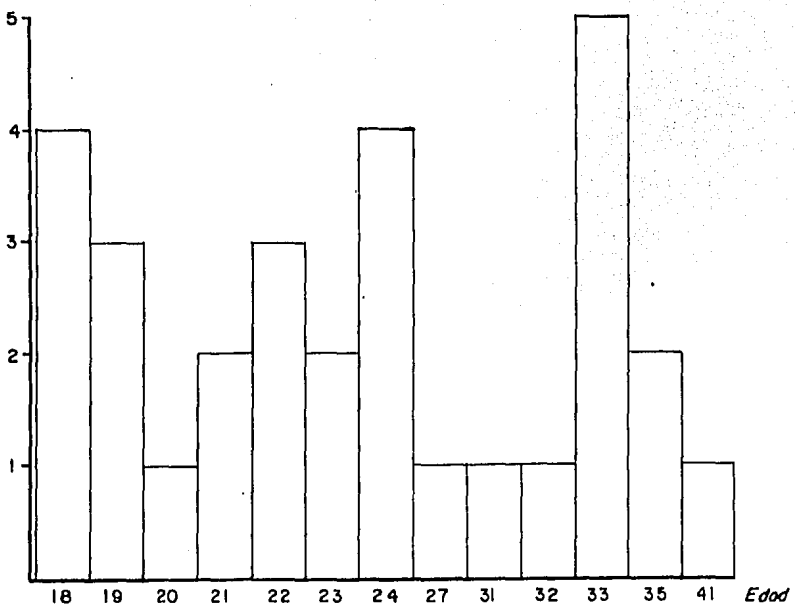
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

N = 30

VARIABLES DEL ESTUDIO	PAC. FARMACODEPENDIENTES
<u>EDAD</u>	
18 a 24	63.3%
25 a 34	26.6%
35 y más	10.0%
<u>ESCOLARIDAD</u>	
Primaria	29.9%
Secundaria	53.3%
Bachillerato	16.3%
<u>ESTADO CIVIL</u>	
Soltero	83.3%
Casado	16.7%

(14)
GRAFICA (I).

No.
de
pacientes



M: 25.75

SD: 6.75

TABLA No. 2

Pacientes F. D.	Beck +	%	M	SD
28	19	67.8	19.18	10.26

F. D. = Pacientes farmacodependientes

M = Media

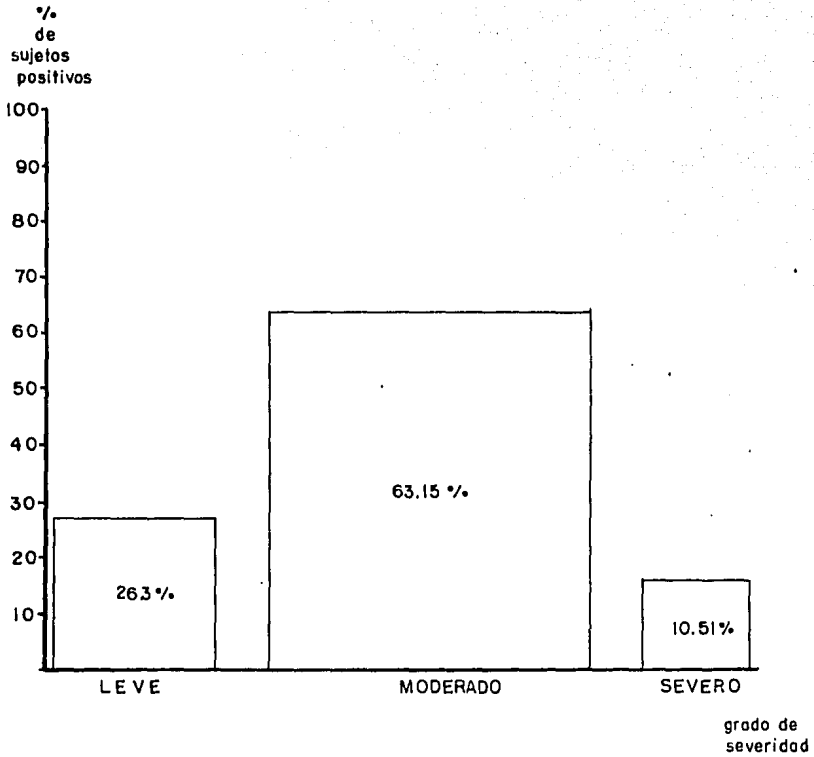
SD = Desviación Estandar

(ver gráfica No. 2).

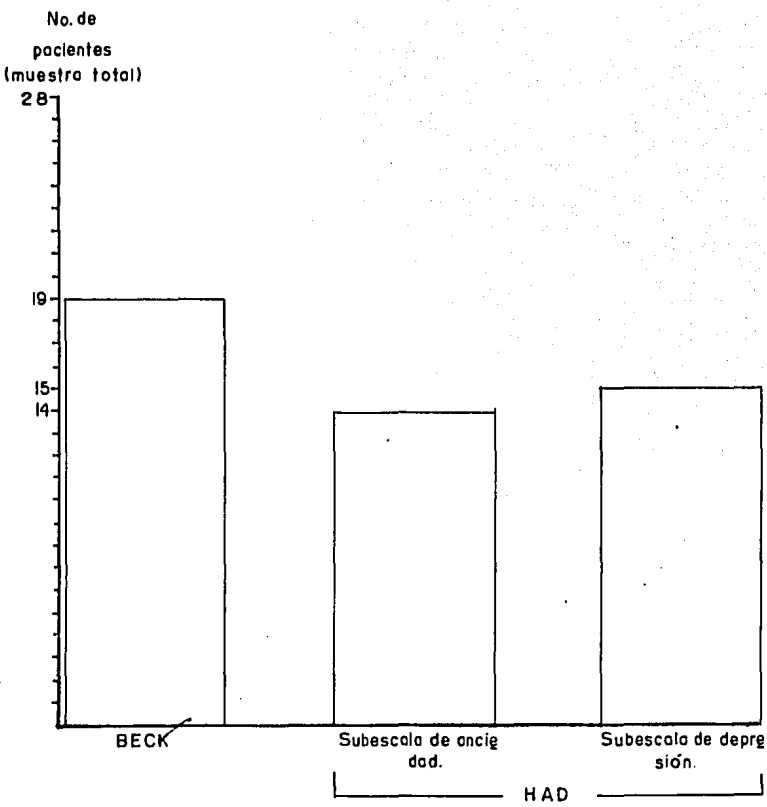
Con lo que respecta a la escala para Ansiedad y Depresión de HAD (HAD), como se mencionó anteriormente se descartaron dos cuestionarios los cuales no se -- contestaron ; posteriormente se procedio a calificar la escala dividiendola en las dos subescalas , la de Ansiedad y la de Depresión ; Al calificar la subescala de ansiedad , encontramos que 14 pacientes farmacodependientes resultaron con puntaje mayor de ocho , y al calificar la subescala de depresión , 15 pacientes farmacodependientes resultaron con puntaje mayor de ocho (vergráfica No. 3).

Posteriormente se correlacionó los casos positivos que se obtuvieron por el Inventario para Depresión de Beck y los casos positivos en la subescala del HAD , esto - con el fin de apoyar la presencia de depresión en los - pacientes ; el resultado fue el siguiente : de los 15 pacientes que presentaron depresión según la subescala del HAD solo diez pacientes coincidieron con el inventario de Beck , o sea el 52 % , procesandolo por computadora nos dio $r = 0.31$ (r = coeficiente de correlación de Pearson) , el cual no llega a ser significativo. (ver tabla No. 3).

GRAFICA (2) (17)



GRAFICA (3). (18)



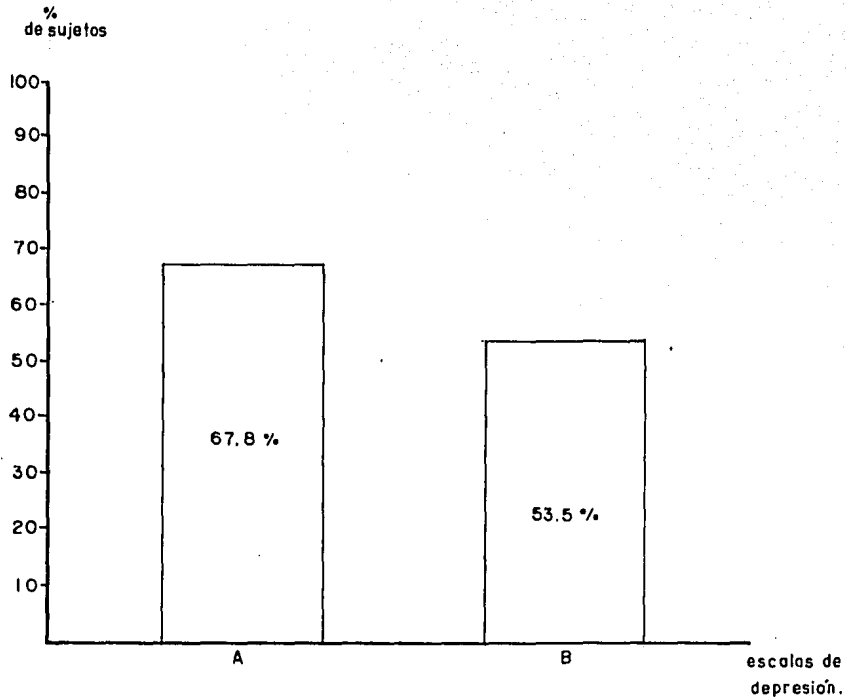
Luego en la gráfica número 4 se puede observar la correlación entre la escala para depresión de Beck que presenta un porcentaje de 67.8 comparado con la subescala para depresión de la escala HAD con el 53.5 % del total de pacientes de la muestra.

También se trato de correlacionar los pacientes positivos en el inventario para depresión de Beck , la subescala de depresión del HAD y la subescala de ansiedad de este último cuestionario con el fin de ver que pacientes cursaban con depresión y ansiedad según la positividad de las escalas , de los cuales solo coincidieron ocho - pacientes en las dos subescalas del HAD con el inventario para depresión de Beck , resultando un porcentaje - del 42.1 , tomando como base los 19 pacientes positivos en la escala de Beck (ver tabla No. 3). Se correlacionó también la escala de Beck con la subescala de ansiedad del HAD y lo cual dio una $r = 0.36$ ($r =$ a coeficiente de correlación de Pearson) lo que nos indica que no es significativo.

TABLA No. 3

PACIENTE	BECK	subescala D del HAD	r	subescala A del HAD	r
1	+	-		-	
2	+	+	+	+	+
3	+	+	+	-	
4	+	-		+	
5	+	+	+	+	+
6	+	+	+	-	
7	+	+	+	+	+
8	+	-		-	
9	-	-		-	
10	+	+	+	+	+
11	+	-		-	
12	+	-		-	
13	+	+	+	+	+
14	+	-		+	
15	+	-		+	
16	-	-		-	
17	-	-		+	
18	+	+	+	+	+
19	+	+	+	+	+
20	+	+	+	-	
21	+	-		-	
22	-	+		-	
23	+	+	+	+	+
24	-	-		+	
25	-	-		-	
26	-	+		+	
27	-	+		-	
28	-	+		-	
TOTAL	19	15	10	14	8
%	67.8%	53.5%	35.7%	50%	28.5%
r =	B	y	D	=	0.31
r =	B		y	A	= 0.36

GRAFICA (4). (21)



A: Beck positivos

B: Subescala de depresión del HAD positivos

DISCUSION

Los resultados esperados en la presente investigación - en relación con los resultados obtenidos no llenan los criterios para dar la validez a la hipótesis de " La -- Depresión y la ansiedad se encuentran presentes en los pacientes farmacodependientes " ya que como se vio anteriormente el coeficiente de correlación entre la esca la para depresión de Beck y la subescala de depresión - del HAD no fue significativa. Sin embargo cabe señalar de nueva cuenta los efectos coyunturales que pudieron influir en los resultados , siendo uno de ellos las dos escalas que se utilizaron como instrumento ya que son - validas para ser aplicadas en un Hospital General y el otro es que los pacientes acudían a terapia de grupo - iónque sin lugar a dudas modifica el resultado.

CONCLUSION

A las conclusiones que me lleva el presente estudio es; que aunque la depresión y la ansiedad a nivel neurobioquímico sea por disminución o por aumento respectivamente de neurotransmisores y que cada día se conozca más -- acerca de esto no cabe duda que las manifestaciones ten drán diversas formas , dependiendo de la subjetividad - de cada paciente , lo que da pie a investigaciones futuras con relación a la validación de instrumentos más adecuados para detectar ansiedad y depresión en el pa-- ciente farmacodependiente ; Otra conclusión a la que me

llevaron los resultados de esta investigación es que en estudios futuros se tome una muestra exenta de participar en cualquier actividad terapéutica como es el caso de la terapia de grupo ; y por último decir que aunque los resultados obtenidos no muestran una relación significativa donde se compruebe la depresión y la ansiedad como enfermedad en el paciente farmacodependiente, sí nos muestran la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en estos pacientes.

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y elige la oración, de cada grupo, que mejor describa como te ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aserciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
- Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporte.

- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
- Me siento desanimado acerca del futuro.
- Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
- Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

- 3) No me siento como un fracasado.
- Siento que he fracasado más que otras personas.
- Conforme voy hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
- Siento que como persona soy un completo fracaso.

- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
- No disfruto las cosas como antes.
- Ya no obtengo satisfacción de nada.
- Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5) No me siento culpable.
- En algunos momentos me siento culpable.
- La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
- Me siento culpable todo el tiempo.

- 6) No siento que seré castigado.
- Siento que puedo ser castigado.
- Creo que seré castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
- Me siento descontento conmigo mismo.
- Me siento a disgusto conmigo mismo.
- Me odio a mí mismo.

- 8) No siento que sea peor que otros.
- Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis errores.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
- Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
- Quisiera suicidarme.
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- 10) No lloro más que de costumbre.
- Lloro más que antes.
- Lloro todo el tiempo.
- Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

- 11) Ahora no estoy más irritable que antes.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.

- 12) No he perdido el interés en la gente.
- No me interesa la gente como antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
- He perdido todo el interés en la gente.

(25)

- 13) Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Tomo pocas decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que me vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que, me vea feo.
 Creo que me veo horrible.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar para nada.
- 16) Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) Mi apetito es igual que siempre.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Casi no tengo apetito.
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) No he perdido peso o casi nada.
 He perdido más de 2.5 kilos.
 He perdido más de 5 kilos.
 He perdido más de 7.5 kilos.
(Estoy a dieta SI NO).
- 20) Mi salud no me preocupa más que antes.
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estreñimiento.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) Mi interés por el sexo es igual que antes.
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
 He perdido completamente el interés en el sexo.

ESCALA H.A.D.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "x" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Definitivamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Pocas veces
- Nunca

Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuido como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto

Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- No, en lo absoluto

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

REFERENCIAS :

- 1.- A.T. Beck M.D., C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock. :
An Inventory for Measuring Depression. Arch of Psych
vol 4 , june 1961.
- 2.- Albert Nina, T. Beck A. : Incidence of depression in
early adolecence: A preliminary study. Journal of -
Youth and Adolecence. 4 (4), 1975.
- 3.- Bejerot Nils : Drugs Abuse Treatment; Repot from --
Sweden addictive diseases. International Journal --
3 (1) ; 33-38 , 1977.
- 4.- Castro M.E. : El uso de drogas entre los estudiantes
Resultado de una investigación llevada a cabo duran
te el período 1975 a 1986. Salud Mental 10 (4);30-38
México 1987.
- 5.- Castro Sarifiana M.E., Rojas G.E., García Z.G., De -
Serna J.J. : Epidemiología del uso de las drogas en
la población estudiantil, tendencias en los últimos
10 años. Salud Mental 9 (4); 80-85, México 1986.
- 6.- Dalma, Juen. : Drogadicción: Aspectos filisóficos y
antropológicos. Las toxicomanías 2 (4); 9-15, Enero
Julio, 1975.
- 7.- De la Fuente R.: El problema de la farmcodependencia.
Visión de conjunto. Salud Mental 9 (4); 7-10 dic 1987.

- 8.- De la Fuente, Ramón, Medina Mora ME.: El abuso y la dependencia de fármacos psicoactivos. Salud Mental 10 (2); 14-20, México 1987.
- 9.- De la Fuente R.: Conclusiones: Las acciones para -- combatir el problema. Salud Mental 10 (4); 39-41 , México 1987.
- 10.- Grinsponn , Lester. : Amphetamines reconsidered .- 33-46 , July 8 1972.
- 11.- Grinspoon , Lester. : Marihuana . Scientific American 221 (6) ; 17-25 , Dec. 1969.
- 12.- Grinspoon , Lester. : Marihuana reconsidered . -- C.E.M.E.F. informa 1 (1) , Enero 1973, México.
- 13.- Guillermo Calderon Narvaez : Depresión; causas , - manifestaciones y tratamiento. Editorial trillas , 1984.
- 14.- Joel W. Golgstein, Ph D. : Assessing the interpersonal determinants of adolescent drug use. National Institute of Mental Health.
- 15.- Katon : The addict as a medical patient. Modern -- medicine; 125-139, June 28, 1971.

- 16.- Mata Angeles, Quiroga H. : El modelo de tratamiento "La familia enzeñante" aplicado al problema de la-farmacodependencia en México. Salud Mental 10 (4); 20-29 , México 1987.
- 17.- Medina Mora M.E. : Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. Salud Mental 10 (4); 11-19, México 1987.
- 18.- P.R. Aylard J.H., Gooding P.H.: A validation Study of three Anxiety and Depression self-asesment -- Scales, vol 2 : 261-267, 1987.
- 19.- Puig Antich, J., M. Perel : Imipramine in prepubertal major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry , vol 44, jan 1987.
- 20.- Smith, David E. : Phenobarbital technique for treat^ument of barbiturate dependence. Arch Gen Psychiatry 24 ; 56-60, jan 1971.
- 21.- Snyder, Solomon H. : La mariгуena es un remedio 17/5 (155); 335-346, Bogotá 1973.