

11241

13-24

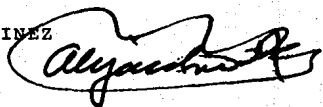
CLASIFICACION DE PACIENTES DEPRIMIDOS ATENDIDOS
EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO
DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A D A P O R
DR. SERGIO GIL CARRANZA

T U T O R
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

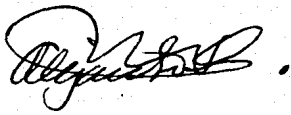
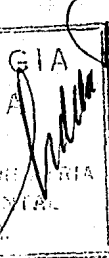


U N A M
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F. 1991.

PSICOLOGIA
MEDICA
DEPTO. DE PSICOPATRIA
Y SALUD MENTAL
U.N.A.M.





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

JUSTIFICACION	1
ANTECEDENTES	3
ASPECTOS CLINICOS	6
DEPRESION Y APROVECHAMIENTO ESCOLAR	11
ESCALAS DE EVALUACION.....	12
METODOLOGIA	15
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	29
RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	32
DISCUSION	33
BIBLIOGRAFIA	34

JUSTIFICACION.

Una característica importante de cualquier enfermedad o trastorno es su prevalencia. La epidemiología de los Trastornos Afec-tivos es importante porque tienen gran prevalencia, causan signifi-cativa morbilidad y responden bien al tratamiento.(1)

Ansiedad y Trastornos Depresivos son comunes en la población(1,2,3) y en pacientes de medicina general; su prevalencia ha sido repor-tada en rangos del 22% hasta cerca del 33%.(4,5)

La depresión es también un problema significativo dentro de la a-tención primaria y en pacientes externos ambulatorios. La preva-lencia varía de acuerdo a los criterios utilizados. En más del 80% de pacientes tratados por enfermedades psiquiátricas, la ansiedad o depresión fué el síntoma central.(6,7)

En una amplia práctica familiar, el 86.6% de los trastornos psi--quiátricos observados en 500,000 pacientes reconocidos, implica--ron ansiedad o depresión.(8) Un hallazgo duplicado en otras inves-tigaciones Americanas(9) y Británicas(7).

Katon ha comentado,"...encontramos que la depresión es el diag--nóstico más común en la práctica primaria, seguido por la hiper--tensión".(10)

Aún el criterio conservador de la Organización Mundial de la Sa--lud (11), considera que de un 3 a un 5% de la población general presenta el cuadro, lo que representa el impresionante número de 100 a 200 millones de enfermos deprimidos en el mundo, y que rela-cionados con ellos existen otros tres tantos de seres afectados. En el Departamento de Psiquiatria y Salud Mental de la Facultad

de Medicina de la UNAM, a través del Programa de Salud Mental, se da atención a toda la comunidad universitaria que lo requiera o solicite, desde 1973.

Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se tratan en la población estudiantil son los cuadros caracterizados por angustia o depresión (37.59%). Esta prevalencia de los Trastornos Afectivos coincide con la encontrada en los servicios similares de otros países, como la Gran Bretaña y los Estados Unidos, donde los Trastornos Afectivos: angustia y depresión, se presentan entre el 30 y 40% respectivamente, de los estudiantes que acuden a los servicios de salud mental.(15)

Por lo hasta aquí expuesto, no es difícil deducir la necesidad de utilizar métodos de clasificación actualizados respecto al cuadro depresivo, que faciliten su detección, inclusión y manejo. El presente trabajo pretende ajustarse a esta premisa.

ANTECEDENTES.

No obstante que el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico a que hace referencia, en su forma severa fué descrito desde la época de los griegos con el nombre de Melancolía, e Hipócrates, en el siglo IV a.C. afirmaba que era producida por la bilis negra o Atrábilis.(17)

Entre los romanos la descripción más acertada corresponde a Sorano de Ephesus, en el siglo II d.C., quien señalaba como síntomas principales de la Melancolía los siguientes: tristeza, deseo de morir, suspicacia, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad y sugería a los enfermos deprimidos participar en obras de teatro tipo comedias.

Durante la Edad Media hubo gran número y formas de la llamada "Melancolía" provocada por espíritus y causas naturales. Como causas naturales figuraban el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos; las causas espirituales se consideraban de origen divino.

La creencia en influencias espirituales como causas de la depresión, cesó a fines de 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado "Anatomía de la Melancolía", que facilitó apreciablemente la identificación de los estados depresivos.

Curiosamente en el México prehispánico, el cuadro también fué considerado como un problema médico, siendo descrito su tratamiento tradicional en el llamado Códice Badiano que fué escrito en 1552. Allí se trata con el nombre de "Nigri Remedium Sanguinis".(18)

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento

de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto, y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles mencionó: Las Psicológicas como el miedo, desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares; y en segundo lugar Las Físicas, por ejemplo la amenorrea, el puerperio y otras.

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre Psicosis Maníaco Depresiva y Demencia Precoz, llamada posteriormente Esquizofrenia. Al mismo tiempo fueron aceptadas sus explicaciones etiológicas y su distribución Bimodal de las depresiones entre las basadas en -- las enfermedades del cerebro y las surgidas a reacciones ante sucesos de la vida; las depresiones, en otras palabras podrían dividirse entre lo que eran enfermedades "endógenas u orgánicas", surgidas de meras causas físicas internas, y las otras que eran "reactivas o psicógenas", psiconeurosis debidas meramente a factores situacionales externos.(19)

Después los estudios genéticos en psiquiatría, llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de las Psicosis Maníaco-Depresivas, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo. En consecuencia el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran leves.

Más adelante vino el descubrimiento de la Depresión Neurótica, menos severa que la Psicótica, pero también con elementos psicopatológicos importantes. Estos dos cuadros depresivos: el Psicótico y el Neurótico, con sus múltiples variantes fueron los únicos considerados en la CIE-8 y en el DSM-II derivado de ella, hasta 1979.(20)

Sin embargo, en los últimos años, todos los psiquiatras han podido constatar la existencia de un nuevo grupo de enfermos con depresión, en los cuales no podemos detectar trastornos importantes de personalidad, y al que siendo sin duda el más frecuente, con un criterio muy personal he etiquetado como "depresión simple".(21)

Para este grupo de pacientes la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud(11), creó dos apartados: el 308.0, "Reacciones agudas al stress predominante de tipo afectivo" y el 309, "Reacciones de ajuste", con "Reacciones depresivas breves"(309.0) y con "Reacciones depresivas prolongadas"(309.1), dejando además un nuevo rubro a nivel de tres dígitos, el 311, para "Trastornos depresivos, no clasificados en otra parte".

La existencia de este grupo de enfermos es de fundamental importancia para la psiquiatría de nuestro tiempo, por trasponer el problema del campo de la salud mental al de la medicina general. Por lo que se refiere a la etiología de la depresión(20), debemos considerarla como multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros, según el cuadro. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser, en todos los casos, mutuamente complementarios, el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que desarrolle el enfermo.

No existiendo factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, podemos tratar de agruparlos en genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales.

Los factores Genéticos son especialmente importantes en las de--

presiones psicóticas.

Los Psicológicos, relacionados con una situación tensionante, como la pérdida de algo que es importante para el individuo, como puede ser la muerte de un ser querido, de su posición económica, del poder o de la salud. Estos factores son más frecuentes en las depresiones neuróticas.

Los factores Ecológicos, como la severa contaminación ambiental, una de las más altas del mundo, los problemas de tránsito que originan más de dos millones de vehículos en la Cd. de México y el ruido desmedido que tenemos que soportar, han hecho que la depresión simple prolifere seriamente en los últimos años.

Otros problemas que contribuyen a esta situación, son los Sociales entre los que tenemos que destacar: la desintegración del núcleo familiar, la precaria ayuda que la Iglesia puede brindar en el mundo actual al individuo, el anonimato en que vive el habitante de la gran ciudad, la severa crisis económica por la que actualmente atraviesa nuestro país, y la escalada de violencia que esta ha provocado, factores todos que se han multiplicado en los últimos años originando un aumento de la prevalencia del cuadro.

ASPECTOS CLINICOS.

Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y síntomas físicos.

Afecto

La persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo, lo describe como tristeza, melancolía o desesperación. El paciente podrá destacar un aspecto particular del sentimiento depresivo, ha-

blando de angustia, tensión, miedo, culpabilidad, vacuidad o anhelo. El paciente deprimido pierde el interés por la vida, sus apetitos se reducen antes de que su conducta manifiesta se vea afectada, cuando la depresión progresa acaba sintiendo indiferencia. Dependiendo del grado de depresión se puede presentar ansiedad, apatía y retraimiento. El enojo es así mismo manifiesto en el afecto, podrá expresarse directamente como cuando el paciente se queja de -- que no se le quiere y se le trata mal, en tanto que en otros casos es más sutil y los sufrimientos del paciente entristecen la vida - de los que le rodean.

La persona deprimida se siente insuficiente en extremo, no tiene - confianza y pueden considerarse un individuo inservible. Todas las metas de la existencia parecen carecer de significado y valor.(16)

Pensamiento

El deprimido está preocupado consigo mismo y con su estado, lamentándose de su infortunio y del efecto de este sobre su vida. Cavila acerca del pasado y se siente lleno de remordimientos, espera - la resolución de sus problemas por intervención de una fuerza omni potente, aunque abriga poca esperanza de que semejantes soluciones tengan lugar. Sus pensamientos estereotipados prestan un color monótono a su conversación, trata de dirigir sus pensamientos a donde sea como defensa, particularmente el paciente obsesivo. Se dice mucho mejor de lo que se siente en realidad. Sus pensamientos -- estan disminuidos en cantidad, y aunque puede ser sensible, el pa--- ciente muestra con todo, poca iniciativa o espontaneidad.

Comprende lo que se dice y contesta apropiadamente, pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje pueda ser acaso imperfecto e inseguro.(16)

Conducta

La lentitud caracteriza tanto la vida entera del paciente deprimido, como sus procesos mentales; sus movimientos y sus respuestas - requieren más tiempo, la conducta orientada o intencional esta disminuida. El paciente participará acaso en la vida si se le impele a hacerlo, pero si se le deja a sí mismo, es probable que se retraiga. Las actividades que seleccionan son pasivas y a menudo socialmente aisladas.(16)

Relaciones Sociales

El deprimido anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder en una forma que recompense a la otra persona o refuerce la relación, se aísla, teme al rechazo.(16)

Signos y Síntomas Físicos

El paciente puede parecer desgraciado y abatido, además cansado y desanimado e incluso apático, generalmente hay falta de vivacidad y color en su lenguaje y modales. Puede quejarse de fatiga, pero tiene dificultad para conciliar el sueño, y una vez dormido, su sueño es intermitente. Algunos pacientes parecen huir en el sueño de sus preocupaciones y angustia. Su apetito puede estar disminuído, sin embargo algunos pacientes recurren a la comida como un alivio. Casi todos experimentan una intensificación de deseos orales durante los períodos de depresión, pero solo en algunos pacientes estos deseos toman la forma de comer más.(19)

Trastornos Físicos

Pueden presentarse trastornos depresivos después de la administración de ciertos fármacos, como la Reserpina y Corticoesteroides. Puede producirse un estado de ánimo deprimido en trastornos hormonales como la disfunción tiroidea, la menopausia y la disfun---

ción corticosuprarenal. La malnutrición y los trastornos electro-líticos también la pueden producir. Los trastornos del SNC, como la esclerosis múltiple y neoplasia cerebrales pueden producir síntomas depresivos.(12)

Con el fin de diferenciar con mayor claridad los tres tipos "clásicos" de depresión, se menciona lo siguiente :

En la Depresión Psicótica, los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante; se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida importante de la autocrítica y choque importante con el medio.

En la Depresión Neurótica, la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

En la Depresión Simple, la personalidad no sufre ningún trastorno por lo que no se le considera un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para el término, el enfermo es una -- persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales, le han provocado un desequilibrio bioquímico, que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo y cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.(22)

En el DSM-III, la clasificación de los Trastornos Afectivos difiere de otras clasificaciones, que se basan en distinciones dicotómicas, como neurótico versus psicótico o endógeno versus reactivo. En este manual los Trastornos Afectivos se dividen en Trastornos Afectivos Mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo),

como el Trastorno Bipolar y la Depresión Mayor, que se distinguen entre si por la presencia de algún episodio maníaco anterior; en otros Trastornos Afectivos Específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración), como el Trastorno Ciclotímico y el Trastorno Distímico.

En el Trastorno Ciclotímico, hay síntomas característicos tanto de los síndromes depresivos como maníacos, pero sin la gravedad o duración suficientes, para cumplir los criterios para el diagnóstico de Episodio Depresivo o Maníaco.

En el Trastorno Distímico, los síntomas no son de la gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios del Episodio Depresivo Mayor, además no se presentan períodos hipomaníacos.

Y por último, en Trastornos Afectivos Atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas), como el Trastorno Bipolar Atípico y la Depresión Atípica.(23)

DEPRESION Y APROVECHAMIENTO ESCOLAR.

Ya mencionamos que los síntomas del cuadro depresivo se podían agrupar en cuatro apartados: Trastornos Afectivos, Intelectuales, Conductuales y Somáticos.

Y que entre los Trastornos Intelectuales encontramos: Sensopercepción disminuida, trastornos de memoria, disminución de la atención de la comprensión, ideas de culpa o de fracaso y pensamiento obsesivo.

Los desordenes psiquiátricos, han sido implicados como causa de un pobre rendimiento escolar entre los estudiantes, varios estudios han sugerido que los desórdenes afectivos, especialmente depresión pueden ser uno de los tipos más comunes de desordenes psiquiátricos asociados con estudiantes que han mostrado pobreza académica.(32)

Nicholi, reporta que entre los estudiantes universitarios de Harvard no licenciados, quienes se separaron de la Universidad, la consulta psiquiátrica fue cuatro veces más frecuente, que entre los estudiantes que permanecieron en la escuela. En este estudio la reacción depresiva apareció en cerca de un cuarto de las enfermedades psiquiátricas y fué el segundo diagnóstico más frecuente hecho (la reacción de ajuste de la adolescencia, la cual a menudo se asocia a considerables trastornos afectivos), fué la más frecuente.(33)

Beahan, sugiere que el pobre desempeño académico, definido como quedarse atrás y abandonar la escuela, fué también asociado con desordenes afectivos, él encontró una alta incidencia de abandono en estudiantes que admitieron fluctuaciones en el humor.(12)

Davis y asociados, encontraron que la incidencia de enfermedad --

psiquiátrica fué mas alta entre estudiantes que desecharon la escuela tarde en el período escolar, que en un grupo control, en -- que el abandono ocurrió al principio del período escolar. En este estudio la enfermedad depresiva fué el diagnóstico más común.(34) Estos estudios y observaciones clínicas de estudiantes deprimidos, sugieren que los trastornos afectivos pueden frecuentemente afectar la calidad del desempeño académico.

Considerando el gran número de estudiantes en Educación Superior, la detección y tratamiento de las condiciones que interfieren con el rendimiento académico, pueden prevenir mucho y evitar el despilfarro de recursos humanos.(32)

ESCALAS DE EVALUACION.

Hay una estrecha relación entre el uso de escalas de evaluación y el nivel de la práctica médica. En la mayor parte de las investigaciones clínicas de hoy en día se incluye la aplicación de una o varias escalas, y son bien aceptadas por los médicos que se dedican a este tipo de investigaciones.

Siendo esto contrario en la mayoría de los profesionales que trabajan en la práctica clínica.

Actualmente se considera que el uso de las Escalas de Medición, apenas se inicia en la práctica clínica ya que estas simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras, permiten recabar el máximo de información importante y facilitan la estandarización, que disminuye la variabilidad de la información acerca de los enfermos, aunque es preciso señalar que ni el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación podrá suplir a un buen estudio clínico.

El uso amplio de estas escalas corresponde pues, al campo de la investigación psicosocial (determinación de tasas de prevalencia en población general o en grupos de riesgo específico) y clínica (valoración del efecto terapéutico de nuevos antidepresivos). Actualmente hay un gran número de escalas para medir la depresión, pero las más conocidas y utilizadas son:

- El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.
- La Escala de Hamilton.
- El Inventario de Beck. y
- La Escala de Autoevaluación de Zung.

En años recientes la OMS elaboró una escala para medir la depresión y la utilizó en su investigación internacional del problema, sin embargo, aún no se encuentra en disponibilidad para su uso general.(22)

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, conocido en todos los países por sus iniciales MMPI, introducido por Hathaway y Mcinley en 1942, es el inventario construido y estudiado más cuidadosamente que se utiliza hoy en día.(12)

Freedman y Kaplan, señalan lo siguiente en relación al MMPI; (formas: individual, colectiva y abreviada "R"); Test de Personalidad Objetivo, cuestionario de verdadero o falso, dando unas calificaciones para 10 escalas clínicas, además de otras 10 escalas; entre sus rasgos específicos, incluye escalas relacionadas con actitudes que se toman ante el Test. Construido empíricamente sobre la base de criterios clínicos. Se dispone de servicios de interpretación computarizada.(24)

Las escalas utilizadas aisladamente, en contra del uso de la com-

binación de hasta cuatro escalas, siguen siendo interpretadas por varios autores, pero con mayor frecuencia se observa la investigación, utilizando este método de interpretar los perfiles, y se encuentra de gran ayuda en la interpretación clínica ya que es más aproximado al cuadro diagnóstico.(25)

Pese a que el MMPI está considerado como la escala más válida, su aplicación solo puede hacerse a personas con más de 16 años, con primaria terminada y tarda de una a dos horas en resolverse, lo que podría hacerlo poco práctico.(22)

Estudios de prevalencia realizados utilizando el Inventario de Depresión de Beck, han encontrado los siguientes datos :

- Salkind en 1969, estudiando a 80 pacientes consecutivos, encontró un 25% de pacientes deprimidos, con un punto de corte de 17.

(26)

- Moffic y Paykell en 1975, encontró un 24% de pacientes con depresión, con un punto de corte de 14.(27)

- Nielson y col. en 1980 encontró en pacientes ambulatorios, un -- 12.2% con depresión leve y un 5.5% con depresión moderada.(28)

- Sellar y col. en 1981, encontró un 14% de 222 pacientes ambulatorios definitivamente deprimidos, con un punto de corte de 21 y un 20% probablemente deprimidos, con un resultado de 11 a 20.(29)

- Cavanaugh, en 1986 encontró un 36% con depresión en 335 pacientes hospitalizados, con un punto de corte de 13.(30)

A pesar de la alta incidencia registrada en los estudios anteriores, un estudio de Rawnsky en 1968, revela que los médicos primarios solamente diagnostican el 0.6% de los casos.(31)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los tipos de trastornos depresivos que presentan los estudiantes que acuden a la consulta del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental ?

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Identificar y clasificar los tipos de trastornos depresivos - que presentan los estudiantes que asisten a la consulta del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, en un tiempo de 6 meses, mediante la utilización de la escala de Zung modificada y - la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su Décima Revisión (CIE-10).

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se llevó a cabo en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, en el edificio localizado al oriente de la Cd. Universitaria, frente al de la Facultad de Medicina, de la cual forma parte y dentro del Programa de Salud Mental que es una extensión del servicio a la comunidad universitaria de dicho Departamento.

Durante el período de enero a junio de 1990 acudieron a consulta, un total de 58 pacientes, todos estudiantes procedentes de diferentes facultades, así como estudiantes de primer ingreso, detec-

tados mediante el cuestionario de Goldberg incluido en el examen médico de admisión para los CCH y ENERS.

A partir de 1985 los Servicios Médicos de la UNAM incluyeron en el examen médico de admisión dos pruebas psicológicas: el Cuestionario de Goldberg de 50 reactivos y unas escalas de la prueba de Minnesota. Basándose en los datos encontrados en el primero, es posible localizar a los estudiantes de primer ingreso que necesitan ayuda, a los cuales se les invita a que se presenten en la clínica.(15)

Cuando un estudiante acude a la clínica en solicitud de atención, lo recibe el personal de recepción. El paso inmediato es enviarlo a uno de los psiquiatras, quien en consulta preliminar decide, de acuerdo a los criterios establecidos, si se incluye al solicitante en el programa. En caso de que el estudiante sea aceptado, se le practica un examen psicológico, que incluye un examen neurológico y un estudio social. Si se requiere, se le practican pruebas psicológicas y, en los casos que esté indicado, un estudio electroencefalográfico.(15)

En cuanto al procedimiento, se aplicará el cuestionario clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo, modificación de la Escala de Zung, en todos los casos en que exista la sospecha de un problema de esta naturaleza, en los estudiantes que acuden por primera vez a solicitar el servicio con la finalidad de detectar la presencia de sintomatología depresiva, así como su grado de severidad.

En caso de positividad en el Zung modificado, se procederá a la aplicación de los criterios diagnósticos de la CIE-10, capítulo V (F): Trastornos Mentales y de la Conducta, y F30 a F39: Trastor--

nos del Humor (Afectivos).

En cada trastorno se hace una revisión y descripción clínica, así como una guía diagnóstica en donde se enumeran los síntomas que se consideran necesarios para hacer un buen diagnóstico. Si el enfermo presenta todos los síntomas que se señalan, el diagnóstico se considera "confiable".

Si solo se presentan algunos de ellos, el diagnóstico será provisional o "tentativo".

En relación con la duración de los síntomas, la guía solo debe considerarse aproximada, sin ser un requerimiento estricto, debiendo ser el clínico el que use su propio criterio.

Los síntomas de la guía diagnóstica, son el resultado de una larga encuesta con especialistas de diferentes países, y permite tener una base razonable para considerar el trastorno "típico".

El término "Trastorno" se usa en toda la clasificación, para evitar problemas que se pueden presentar si se utiliza la palabra -- "Enfermedad". Trastorno no implica mecanismos psicodinámicos, refiriéndose solo a un grupo de síntomas de la conducta clínicamente reconocibles, que generalmente se asocian con molestias y con interferencia funcional a nivel individual, grupal o social (esta última no siempre).

Esta clasificación fué elaborada o revisada por 273 psiquiatras. De ellos 80 norteamericanos, 41 británicos, 15 de la República Federal Alemana, 10 rusos, 7 franceses, etc.

Para mayor claridad del Sistema de Clasificación, en las siguientes páginas se muestra el capítulo V (F) de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, correspondiente a

Trastornos Mentales y de la Conducta.

Cabe hacer la siguiente aclaración respecto a la Neurosis y Psicosis incluídas en esta revisión: la división tradicional entre Neurosis y Psicosis, que aún se utilizó en el CIE-9, ya no se emplea en esta revisión. Sin embargo aún se conserva el término "Neurosis" en el grupo F 4: "Neurosis, trastornos relacionados con el estres y Somatoformes", para uso ocasional. Los trastornos que antes se incluían en esta área, se agrupan ahora en temas más comunes y descriptivos.

"Psicosis" se ha conservado, especialmente en F 23: "Trastornos psicóticos agudos y transitorios". El término simplemente indica la presencia de alucinaciones e ideas delirantes y algunos otros tipos de conducta anormal como: sobreexcitación, hiperactividad, aislamiento social severo no debido a depresión o a ansiedad, conducta catatónica, etc.

Respecto a la escala de Zung modificada, se ha visto por la experiencia que el médico prefiere hacer personalmente el estudio directo del enfermo, sin recurrir al uso de escala, por lo que se diseñó un cuestionario clínico sencillo, en el cual se incluye los 20 síntomas más frecuentes del síndrome depresivo, pudiendo aplicarse en un lapso de 5 a 10 mins..

En nuestro medio la Escala de Autoevaluación de Zung es de las más sencillas y conocidas, pero tiene dos grandes inconvenientes:

- a) Que sea el propio enfermo el que la resuelva, con todos los errores que ello puede originar por falta de comprensión de los reactivos.
- b) Que está elaborada para hacer aplicada en un país extranjero, con todos los problemas que las diferencias transculturales -

implican, además de la traducción defectuosa de algunos reactivos y la diversidad clínica del cuadro en nuestro país, lo que complica la evaluación adecuada de sus resultados.

Además en la Escala de Zung, la calificación básica obtenida se debe convertir en un índice AMD, que en realidad solo expresa una presentación porcentual del síntome estudiado, lo que complica el procedimiento y no tiene ninguna ventaja diagnóstica, (ver cuadro uno).

En el cuestionario modificado, al igual que en el anterior, las respuestas se califican del 1 al 4 según su intensidad, pudiendo obtener un puntaje mínimo de 20 y uno máximo de 80. De acuerdo con los resultados obtenidos se agrupan en la siguiente forma: (Ver cuadro 2).

- a) 20 a 35 puntos corresponden a personas normales
- b) 36 a 45 puntos, en estado de ansiedad, que pueden presentarse por la sola visita al médico.
- c) 46 a 65 puntos indican la presencia de un síndrome depresivo de mediana intensidad.
- d) 66 a 80 puntos corresponden a un cuadro depresivo severo.

Principales motivos para la modificación de la Escala de Zung:

1. La Escala de Zung está diseñada para ser autoaplicada. En México muchas preguntas no son entendidas por el paciente.
2. No existe un NO categórico en Zung, por lo que algunas preguntas se dejan sin respuesta.
3. El recurso utilizado por Zung para presentar la mitad de las declaraciones en sentido negativo, con el objeto de evitar discernir una tendencia, confunde al paciente, sobre todo de bajo

nivel cultural, contestando con frecuencia lo contrario de lo que en realidad se le pregunta. Este procedimiento utilizado frecuentemente en las pruebas psicológicas, no tiene aplicación en este estudio que en realidad es un cuestionario clínico, en dónde jamás se hacen preguntas en el sentido negativo.

4. Algunas preguntas se superponen en Zung, cómo: "Como igual que antes solía hacerlo" y "noto que estoy perdiendo peso", consecuencia lógica de lo anterior.
5. En México la constipación no es un síntoma depresivo (reactivo 8 de Zung).
6. Faltan en la Escala 3 síntomas muy frecuentes del síndrome depresivo en México: Ideas obsesivas, disminución de la concentración y cefalea.
7. Se plantean preguntas poco comprensibles para nosotros como: - "Tengo la mente más clara que antes", "me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro", "mi vida tiene poco interés" y "todavía disfruto con las mismas cosas".
8. El reactivo 6. "todavía disfruto de las relaciones sexuales", - no es contestada por muchas personas que no las tienen. En el cuestionario se plantean con un enfoque más amplio: "Ha disminuido su interés sexual?", que puede referirse a otros aspectos no precisamente relacionados con lo que en nuestro medio la gente entiende por relación sexual.
9. El reactivo 4. "me cuesta trabajo dormir en la noche" se refiere al insomnio temprano. En el cuestionario se sustituye por la pregunta "¿duerme mal en la noche?" de connotación más amplia, sobre todo en México en dónde predomina el problema de insomnio tardío.

10. El reactivo 13, "me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto" se refiere según Zung a "Agitación psicomotora", que suele presentarse en la angustia o en otros cuadros psiquiátricos. En el cuestionario se plantea en forma más amplia: "¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?" pidiendo luego al paciente que explique a que se refiere su respuesta, ya que con frecuencia está confundiendo con un síntoma de tipo depresivo, lo que tiene mucha importancia para poder prescribir el tratamiento adecuado.
11. Los reactivos: 9, 14, 16, 17 y 19, se formulan en términos más accesibles para nuestro pueblo.

Capítulo V (F) Trastornos mentales y de la conductaF-30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

F-30 EPISODIO MANIACO

F-31 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

F-32 EPISODIO DEPRESIVO

Ligero (F 32.0), moderado (F 32.1) o severo (F 32.2 y F 32.3)

Cuadro clínico:

- 1.- Baja del humor, reducción de la energía y disminución de la actividad.
- 2.- Pérdida de la capacidad para divertirse, del interés y de la concentración, así como acentuado cansancio con el mínimo esfuerzo.
- 3.- El sueño y el apetito están perturbados.
- 4.- La autoestima y la seguridad están reducidas, y aún en las formas ligeras puede haber ideas de culpa o de minusvalía.
- 5.- El futuro se vé negativo y son comunes ideas y actos suicidas.
- 6.- La baja en el humor varía poco de día a día, no hay respuesta a los estímulos. Puede haber variaciones en el día. Existen variaciones individuales y formas atípicas sobre todo en la adolescencia.
- 7.- A veces hay angustia, pena y agitación motora que puede destacar más que la depresión.
- 8.- Irritabilidad, exceso de consumo de alcohol y conducta histriónica.
- 9.- Ideas obsesivas y preocupaciones hipocondríacas.

En todos los casos el episodio del cuadro depresivo debe durar - por lo menos dos semanas, o periodos más cortos si los síntomas - son muy severos y/o de principio rápido.

Síntomas somáticos (melancólicos, vitales, biológicos o endomórficos):

- 1.- Pérdida de interés en actividades que normalmente eran agradables
- 2.- Falta de reactividad ante eventos normalmente agradables.
- 3.- Despertar en la madrugada, dos o tres horas antes de lo habitual.
- 4.- Depresión mayor en la mañana.
- 5.- Retardo motor o agitación.

- 6.- Notoria pérdida del apetito.
- 7.- Pérdida de peso (5% o más en un mes).
- 8.- Disminución de la libido.

El síndrome somático, debe tener por lo menos 4 de estos síntomas para que se considere presente. Si hay más de un episodio depresivo, el cuadro debe ser considerado como depresivo recurrente. (F33)

Si hay actos de autodaño (intentos suicidas o "parasuicidas") deben tener una codificación adicional del capítulo XX (causas externas de morbilidad o mortalidad, sección X).

La diferencia entre cuadros ligeros, moderados y severos, debe establecerse de acuerdo con el número, tipo y severidad de los síntomas presentes. El grado de actividad social o laboral también puede ser una guía para valorar la severidad del cuadro (con variaciones individuales, sociales y culturales).

Incluye: Depresión reactiva y psicogénica.

F 32.0 Episodio depresivo de severidad ligera

Síntomas típicos:

- 1.- Humor depresivo.
- 2.- pérdida del interés por divertirse o disfrutar placer.
- 3.- Aumento de la fatigabilidad.

Son los síntomas típicos de la depresión. Debe haber por lo menos dos, más dos de los otros síntomas señalados anteriormente.

Ninguno de los síntomas debe ser muy severo.

El cuadro debe durar por lo menos dos semanas. puede haber interferencias para actividades sociales o laborales, sin que la función cesase por completo.

F 32.00 Este cuadro sin síntomas somáticos.

F 32.01 Este cuadro con síntomas somáticos, cuatro o más, o dos o tres si son muy intensos.

F 32.1 Episodio depresivo de severidad moderada

Diagnóstico: Dos o tres de los síntomas típicos ya señalados, más tres o cuatro de los otros. Varios de los síntomas con cierta intensidad. Por lo menos dos semanas de duración. Actividades sociales y laborales presentes pero con notoria dificultad.

F 32.10 Este cuadro sin síntomas somáticos o muy pocos

F 32.11 Este cuadro con síntomas somáticos (cuatro o más de los -
síntomas somáticos, o dos o tres si son muy intensos).

F 32.2 Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos

Gran alteración, abundancia de síntomas, pérdida de la autoestima, -
ideación suicida. Cuadro somático casi siempre presente.

Tres síntomas típicos severos, más tres o cuatro de los otros tam-
bién severos. Agitación o retardo acentuados. Duración de por lo me-
nos dos semanas. No continua con sus actividades sociales y/o labora-
les, o son muy limitadas.

Incluye: Depresión agitada, episodio depresivo mayor y melancolía

F 32.3 Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos

El cuadro anterior más alucinaciones, ideas delirantes o estupor de-
presivos. Ideas de pecado, pobreza, desastre inminente, voces que acu-
san, olores inmundos a carne descompuesta o podrida. Retardo psicomor-
tor severo que puede llegar al estupor.

F 32.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el humor.

Alucinaciones e ideas delirantes relacionadas con pecado,
culpa o pobreza.

F 32.31 Con síntomas psicóticos incongruentes con el humor.

Diagnóstico diferencial: El estupor depresivo debe diferenciarse con-
la esquizofrenia catatónica, con el estupor orgánico o con el estupor
discosiativo. Más de un episodio corresponde a trastorno depresivo re-
currente (F 33).

Incluye: Depresión psicótica y psicosis depresiva psicogénica.

F 32.8 Otros trastornos depresivos

Cuadros que no se pueden incluir en los rubros anteriores.

Incluye: depresión atípica

F 32.9 Episodio depresivo no especificado

F 33 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

Trastorno con episodios repetidos, ligeros, moderados o severos,
sin antecedentes de manía (una ligera hipomanía consecutiva al trata-
miento antidepressivo, puede corresponder a este cuadro).

En general el primer episodio se presenta al principio de la quinta -

década. Cada episodio dura de tres a nueve meses (media de seis). Incluye: Depresión reactiva o endógena, de temporadas, episodio recurrente de depresión mayor.

F 33.0 Episodios de severidad ligera

- 1.- Con el criterio del episodio depresivo ligero (F 32.0).
 - 2.- Con por lo menos dos episodios de más de dos semanas de duración separados por lo menos por seis meses sin alteraciones del humor
- F 33.00 Con episodios depresivos ligeros sin síntomas somáticos.
F 33.01 Con episodios depresivos ligeros con síntomas somáticos.

F 33.1 Episodios de severidad moderada

Igual al anterior con criterios de F 32.1

F 33.10 Sin síntomas somáticos

F 33.11 Con síntomas somáticos.

F 33.2 Episodios severos sin síntomas psicóticos

Igual al anterior con criterio de F 32.2

F 33.3 Episodios severos con síntomas psicóticos

Igual al anterior con criterio de F 32.3

F 33.30 Con síntomas psicóticos congruentes

F 33.31 Con síntomas psicóticos incongruentes

F 33.4 Con episodios en remisión

F 33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F 33.9 Trastornos recurrentes depresivos no especificados

F 34 TRASTORNOS AFECTIVOS PERSISTENTES

Cuadros depresivos que duran años con considerable pena subjetiva e incapacidad. Sin episodios maníacos.

F 34.0 Ciclotimia

Inestabilidad persistente del humor con numerosos periodos de ligera depresión y ligera elación. Se desarrolla temprano en la vida del adulto y tiene un curso crónico. Generalmente no requiere atención médica.

Incluye: Personalidad cicloide y personalidad ciclotímica.

F 34.1 Distimia

Depresión crónica que no corresponde a los trastornos depresivos

recurrentes. Los enfermos pueden tener días o semanas de bienestar, pero la mayor parte del tiempo (meses) se sienten cansados o deprimidos, todo les cuesta esfuerzo y nada los alegra.

Suelen quejarse, dormir mal y sentirse incómodos o inadecuados, pero pueden cumplir con las demandas del día.

Incluye: Neurosis depresiva, depresión neurótica con más de dos años de duración, depresión ansiosa y trastorno depresivo de la personalidad.

F 34.8 Otros trastornos depresivos persistentes

Que no llenan los criterios anteriores.

F 34.9 No especificados

F 38. OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS

F 38.0 Otro episodio simple afectivo

Que no llenan los criterios anteriores.

F 38.1 Otros trastornos recurrentes afectivos

Igual al anterior en cuadros recurrentes.

F 38.8 Otros trastornos afectivos

F 38.9 No especificados

CUADRO 1

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
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

CUESTIONARIO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

	No	Si		
		poca	regular	mucho
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10. ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (Solicitar que precise la molestia)				
12. ¿Se siente cansado o decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Ha sentido deseos de morir?				
20. ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

CALIFICACION:

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) ___ X 1 = ___

Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO) ___ X 2 = ___

Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR) ___ X 3 = ___

Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO) ___ X 4 = ___

TOTAL: _____

EQUIVALENTE A:

PUNTAJE:

20 a 35: NORMAL

46 a 65: DEPRESION MEDIA

36 a 45: REACCION DE ANSIEDAD

66 a 80: DEPRESION SEVERA

Elaboró el estudio _____ Fecha: _____ Firma: _____

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CRITERIOS DE INCLUSION

- A. Estudiantes universitarios de sexo masculino y femenino.
- B. Estudiantes que se encuentren en un rango de edad entre 15 y 35 años.
- C. Estudiantes pertenecientes a cualquier plantel de la UNAM.
- D. Estudiantes que acuden por primera vez a solicitar el servicio.
- E. Estudiantes con presencia de sintomatología sugestiva de depresión.
- F. Estudiantes con cualquier motivo de consulta que cumpla con los criterios anteriores.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- A. Estudiantes menores de 14 años.
- B. Estudiantes mayores de 35 años.
- C. Estudiantes no pertenecientes a planteles de la UNAM.
- D. Estudiantes que acuden a consulta subsecuente.
- E. Estudiantes sin presencia de sintomatología sugestiva de depresión.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio será : Prospectivo

Transversal

Descriptivo

Observacional

RESULTADOS

Se evaluaron 58 estudiantes que acudieron a consulta por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, de los cuales 24 presentaron alguna sintomatología depresiva, por lo que se les aplicó la Escala de Zung modificada observándose que el 12.06% presentaban Reacción de Ansiedad; el 27.58% presentaron Depresión Media y el 1.72% Depresión Severa.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su Décima Revisión (CIE-10), de la población total de pacientes, solo el 34.48% llenaron los criterios para ser incluidos en dicha clasificación, observándose que el 13.79% presentaron Episodio Depresivo Ligero; el 15.51% correspondieron a Episodio Depresivo Moderado y el 5.17% presentaron Trastorno Afectivo Persistente, de tipo Distimia.

Por lo que de la población total, el 29.3% corresponden a Episodios Depresivos Ligero y Moderado (F 32) y el 5.17% corresponde a Trastorno Afectivo Persistente (F 34). El Trastorno Depresivo Recurrente (F 33) no se observó en ningún paciente.

La discrepancia entre el 41.37% de los pacientes incluidos mediante la Escala de Zung modificada y el 34.48% de la CIE-10, de la población total, se debió a que 4 de los pacientes con Reacción de Ansiedad (Zung) no llenaron los criterios de la CIE-10 para ser incluidos en los Trastornos Mentales y de la Conducta.

Así mismo se observó que el 30% de los pacientes incluidos en la CIE-10 presentaron alteración electroencefalográfica, sin correlación

clínica necesariamente.

De los pacientes clasificados mediante la CIE-10, el 55% son -
femeninos y el 45% masculinos.

CONCLUSIONES

Del total de estudiantes que acudieron por primera vez al servicio de consulta del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, el 34.48% presentó un cuadro Depresivo según los criterios de la CIE-10.

La incidencia fué mayor en las mujeres (55%) y menor en los varones (45%).

El 30% de ellos presentaron un patrón electroencefalográfico anormal, sin correlación clínica la gran mayoría.

El trastorno más frecuente observado fué el Episodio Depresivo Moderado (F 32.1) con un 15.51%.

Le sigue en frecuencia el Episodio Depresivo Ligero (F 32.0) correspondiendo al 13.79%.

La más baja frecuencia corresponde a la Distimia (F 34.1) con el 5.17%.

Por lo tanto, el EPISODIO DEPRESIVO (F 32) es el trastorno más frecuente en estos pacientes (29.3%), seguido por el TRASTORNO AFECTIVO PERSISTENTE (F 34), el cual se observó en el 5.17% de los sujetos.

Tanto el Trastorno Depresivo Recurrente (F 33) como Otros Trastornos Afectivos (F 38) no se presentaron en ningún paciente.

DISCUSION

El hallazgo de una prevalencia del 34.48% del trastorno depresivo entre la población estudiantil que acudió y se le brindó el servicio en el Programa de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, no difiere mucho de estudios previos dentro del mismo Programa de Salud Mental, en donde se han reportado cuadros caracterizados por angustia o depresión con una prevalencia del 37.59%, esta prevalencia tampoco varía mucho en otros países en donde se brinda a los estudiantes los servicios de Salud Mental, como en Inglaterra y los Estados Unidos, donde los Trastornos Afectivos (angustia y depresión) se presentan entre el 30 y 40% respectivamente.(15)

En pacientes de medicina general su prevalencia ha sido reportada entre el 22% al 33%.(4,5)

Nielson y colaboradores (1980) han reportado una prevalencia del 12.2% para Depresión Leve y un 5.5% para Depresión Moderada.(28) Mientras que Salkind (1969) y Moffic y Paykell(1975) encontraron prevalencias del 25% y 24% en forma respectiva. (26,27).

Estas diferencias en cuanto a prevalencia de los trastornos afectivos, no son muy amplias y son debidas principalmente al uso de diferentes Escalas de Evaluación y a la gran variación de los criterios utilizados en los métodos de Clasificación.

BIBLIOGRAFIA

1. Boyd JH, Weissman MM :Epidemiology of Affective Disorders : A Reexamination and future directions. Arch Gen Psychiatry. 1981; 38 : 1039-1046.
2. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM et al : Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in three sites. Arch - Gen Psychiatry, 1984; 41 : 949-958.
3. Myers JK, Weissman MN, Tischler GL, et al : Six month prevalence of psychiatry, 1984; 41 : 959-967.
4. Schwab JJ, Bialow M, Brown JM, et al : Diagnosing depression in medical inpatients. Ann Intern Med, 1967; 67 :595-707.
5. Fava GA, Pilowsky I, Pierfederici A, et al : Depressive symptoms and abnormal illness behavior in general hospital patients. Gen Hosp Psychiatry 1982; 4 : 171-178.
6. Hooper EW, Nycz GR, Clearly PD, et al : Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary care. Int J Ment Health. 1979; 8 : 6-15.
7. Goldberg D : Detection and assessment of emotional disorders in a primary care setting. Int J ment Health. 1979; 8 :30-48.
8. Marsland DW, Wood M, Mayo F : Content of family practice :II-- Diagnoses by diseases category and age/sex distribution. J Fam Pract 1976; 3 : 37-68.
9. Hesbacher PT, Rickels K, Goldberg D : Social factors and neurotic symptoms in family practice. AM J Public Health, 1975. 65 : 148-155.
10. Katon W :Depression : Relationship to somatization and chronic medical illness. J Clin Psychiatry. 1984; 45 : 4-12.
11. Organización Mundial de la Salud. Mental Disorders; Glossary and guide to their classification in accordance with the nine revision of the International Classification of Diseases, Ginebra, 1987.
12. Beahan,LT. ; Initial psychiatric interviews and the dropout -- rate of College Students. J Amer Coll Healths Ass. 1966, p.14 : 305-308.
13. Sartorius, N. Epidemiology of Depression, Who Chronicle, 29 : 423-427, 1975.
14. Sartorius, N. Research on Affective Psychoses within the Framework of Hho Programs, En : Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders, Academic Press, Inc., Londres, 1979.
15. De la Fuente Ramón, Diaz Martinez Alejandro, Fouilloux Claudia. El Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM. Salud Mental. 1987; 10 : 3-8.
16. Mackinnon,RA, Michels P. : Psiquiatría Clínica Aplicada. El paciente deprimido. Ed. Interamericana. 1981. p.162-204.

17. Hill, D.; La Depresión en La Historia. En: Depresión, Medcom, Nueva York, 1970.
18. Calderon, G.; Conceptos psiquiátricos de la Medicina Azteca - contenidos en el Códice Badiano, escrito en el siglo XVI. -- Rev Fac Med. Mex. vol. VII, No.4 Abril. p.229. 1965.
19. Freedman, AM, Kaplan HI, et col. Tratado de Psiquiatría. Neurosis depresiva. Ed. Salvat. 1982. p.1403-1422.
20. Calderon, G.; La depresión, un problema de salud pública en aumento. En: Psiquiatría, 2a época, vol. 3 No.2 p.99-105. 1987
21. Calderon, G.; Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. Ed. Trillas, México, D.F. 1985.
22. Calderon, G.; Depresión. Consideraciones Generales. Ed. Trillas. 1984. p. 11-17.
23. Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders. (DSM-III) American Psychiatric Association. 1983.
24. Kashani, JH and Priesmeyer M.; Differences in Depressive Symptoms and Depression among College Students. Am J Psychiatry. August 1983, 140: 8 p. 1081-82.
25. Nuñez, R.; Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. Ed. El Manual Moderno, 1968.
26. Salkind, M.; Beck Depression Inventory in General Practice. J. R. Coll. Gen Practice. 18: 267-273. 1969.
27. Moffie, H., Paykel, E.; Depression in Medical inpatients. Br. J. Psychiat. 126: 346-353. 1975.
28. Nielsen, A. Williams, T.; Depression in ambulatory medical patients. Arch Gen Psychiat 37: 999-1004. 1980.
29. Sellar, RH. Blascovich J. Lenkei, E.; Influence of stereotypes in the diagnosis of depression by family practice residents. J Fam Pract 12: 849-854. 1981.
30. Cavanaugh, S.; Depressive in the hospitalized inpatients with varios medical illnesses. Psychother, Psychosom. 45:97-104. 1986
31. Rawnsky, K; Epidemiology of Affective Disorders. Br J Psychiat. Special Suppl. 2: 27-36. 1968.
32. Whitney, W. et al. Depressive Symptoms and Academic Performance in College Students. Amer. J. Psychiat. December 1971. p.766-70.
33. Nicholi AM Jr.; Harvard dropouts: some psychiatric findings. Am J Psychiat. 1967. 124, p.105-112.
34. Davis H. Hall, F. et al. Incidence and Type of Psychiatric disturbance in dropouts from a state university. J Amer; Coll --- Health Ass. 1971. p. 241-246.