

320825



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

**UN ESTUDIO SOBRE DEPRESION EN ESTUDIAN-
TES UNIVERSITARIOS QUE ASISTEN A LOS
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y
MEDICINA GENERAL DENTRO DEL
CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JORGE GARCIA SANCHEZ

ASESOR DE TESIS: LIC. ARTURO ROSAS ESQUIVEL

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

CAP. 1 Aspectos Generales de la Depresión

2.2	Antecedentes históricos de la depresión	3
1.2	Investigaciones sobre depresión	7
1.3	Conceptos de depresión	10
1.4	Clasificación Clínica de la depresión	12
1.5	Síntomas de la depresión	13
1.6	Etiología de la depresión	21

CAP. 2 Explicación Clínica de la Depresión

2.1	Síndrome y síntoma	33
2.2	Duelo y melancolía	34
2.3	Teoría clásica de la melancolía	36
2.4	Aspectos dinámicos de la melancolía	40
2.5	Elaboración del duelo	41

CAP. 3 Planteamiento del Problema de Investigación

3.1	Justificación	45
3.2	Planteamiento del problema	46
3.3	Objetivos	47
3.4	Hipótesis	48
3.5	Definición de términos	49
3.6	Definición de variables	50
3.7	Diseño de investigación	50
3.8	Definición de instrumentos	52
3.9	Descripción de la población y muestra	56
3.10	Condiciones experimentales	57
3.11	Procedimiento	57
3.12	Tratamiento estadístico	58

CAP. 4 Tratamiento estadístico

4.1	Distribución de la muestra en población general	60
4.2	Distribución de muestra en el servicio de salud mental	70
4.3	Distribución de muestra en el servicio de medicina general	83
4.4	Prueba de Chi cuadrada para dos muestras independientes	94

CAP. 5 Conclusiones y discusión

5.1	Prevalencia de la depresión en los servicios de salud mental y medicina general	
5.2	Incidencia de la depresión por sexo en la muestra	101
5.3	Incidencia de la depresión por edad en la muestra	104
5.4	Incidencia de la depresión de acuerdo al estado civil	98
	Bibliografía	108
	Anexos	114

INTRODUCCION

La depresión es un síndrome muy común actualmente, ya que causa mucho sufrimiento, pudiendo llevar al hombre hasta la muerte.

El ser humano se ve afectado en las diferentes etapas de su vida por este síndrome, siendo varios factores los que la provocan. Entre algunos de estos factores encontramos: la crisis económica mundial, el ritmo acelerado de la vida, las dificultades que surgen entre algunos países, la contaminación, etc.

En México también somos afectados por esos factores además de otros, como la crisis económica, la que lleva implícita desempleo, pérdida del poder adquisitivo, robos, accidentes, inflación, etc.; más los problemas de cada persona con su familia, con su pareja, de divorcio, de abandono y los conflictos internos personales. Todos estos problemas afectan al ser humano, dependiendo de la estructura de personalidad que tenga es que soportará o cederá ante las dificultades que

se le presenten, ésto va a provocar problemas emocionales en la persona que le pueden llevar a una depresión.

Tomando en cuenta que la población universitaria se encuentra inmersa en una sociedad, por lo cual se ve afectada por todos los problemas que en ésta se generan, además de la tendencia en aumento de este síndrome y tomando también en consideración que los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa de transición, lo cual los hace más susceptibles de tener problemas emocionales.

Esta investigación pretende conocer cuál es la incidencia de la depresión en estudiantes universitarios que asisten a la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M., a los servicios de medicina general y salud mental, así como conocer si existen diferencias significativas entre los dos servicios en cuanto a depresión se refiere, con la ventaja que se hará dentro de un mismo lapso de tiempo la medición, con lo cual se evita que influyan variables extrañas permitiéndose así mismo evaluar la funcionalidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS), para que pueda ser utilizado posteriormente por ambos servicios, pudiéndose diagnosticar a tiempo este síndrome sobre todo en medicina general y se remita el caso al servicio de salud mental cuando así proceda.

CAPITULO 1

ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESION

A través de la historia del hombre hasta nuestros días, la enfermedad ha sido una de las grandes preocupaciones de la humanidad. La depresión no es la excepción, podemos ver que ha habido desde hace mucho tiempo gran interés en conocer y remediar los trastornos que este síndrome causa al hombre. Desde entonces se han desarrollado múltiples conocimientos sobre la materia, con los cuales se han logrado grandes avances pero a pesar de esto podemos darnos cuenta que falta mucho por hacer.

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION

Las primeras referencias clínicas de la melancolía se encuentran en los escritos de Hipócrates, siglos (V y VI a. C.) que constituyen el principal testimonio de los orígenes de la

medicina occidental. El afirmaba que la melancolía era producida por bilis negra o atrabilis, asimismo comentaba que el estado que hoy denominamos melancólico no es más que una de las múltiples expresiones del poder patógeno de la bilis negra cuando su exceso altera el equilibrio de los humores. Para Hipócrates, los efectos atrabiliáricos eran numerosos, cubriendo el término melancolía diversos estados patológicos que en la actualidad reciben otras formas diagnósticas. También insistió en la vinculación de un temperamento especial con la propensión a padecer la enfermedad (1).

A mediados del siglo I D.C., Areteo de Capodocia relató con detalle la sintomatología de la melancolía y la manía, hasta incluso vislumbró una conexión entre ambos estados.

Definió la melancolía como “La congoja del espíritu fijada en el pensamiento sin fiebre”, (*animi, agnor in una cogitatione defixus abque febre*), también indicó que entre las perturbaciones somáticas de la sintomatología melancólica se encontraban: Estreñimiento, oliguria, alitosis, pulso pequeño y ausencia de fiebre.(1) De la misma manera Sorano de Ephesus, realizó una descripción del cuadro clínico de la melancolía; siendo los síntomas principales: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia de llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.(2) También Galeno en el siglo II d.C.; bajo la designación de la melancolía describe cuadros de morfología esquizofrénica y coincide con Hipócrates en que

existe fuerte relación con la epilepsia.(2).

Más tarde, en la Edad Media, que se caracterizó por la prevalencia del pensamiento mágico y la interpretación demoniológica de la enfermedad mental, se concebía el estado depresivo como una consecuencia o castigo de una existencia culpable, como podemos ver en Santo Tomás de Aquino, el cual sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales.(1)

De la misma manera San Isidro de Sevilla en el siglo VI, describe en sus "Sinónimos" los síntomas de la melancolía tales como la angustia del alma, alteraciones del ritmo cardíaco, acumulación de espíritus demoníacos en el entorno, ideas de persecución, desesperanza del futuro. Para San Isidro la desesperanza causada por el pecado sólo se aliviaría mediante la confesión y el retorno a una vida ordenada. (1)

Durante el Renacimiento, Timothy Bright (1586) describe los sentimientos de los pacientes melancólicos con precisión y detalle, mencionando el autor que la melancolía no constituye una "conciencia de pecado" como decían teólogos y filósofos de la Edad Media, sino una enfermedad mental (1).

El médico español Francisco Vallés (1524-1592), también opina que la melancolía no se debe a cuestiones demoníacas y que ésta se produce por causas naturales.(1). Después Robert Burton (1577-1640) publicó su famoso tratado "Anatomía de

la melancolía", reconociendo un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales; también hace referencia a la alternancia entre accesos hipertérmicos y melancólicos.(1).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba concentrado totalmente en un objetivo y la asociación de ideas estaban totalmente perturbadas, pudiendo a veces incurrir en el suicidio.(2).

Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, propuso el término de lipemania en lugar de melancolía, ya que éste contempla un dominio heterogéneo donde se incluyen la mayor parte de las psicosis delirantes y, por otra parte, evoca una patología humoral inconstante.(2)

Más tarde Gresinger (1817-1868), consideró que la depresión (Schermut) se debía principalmente a un trastorno funcional cerebral, pero reconoció la importancia de los factores psicológicos como precipitantes.(1)

Tiempo después Krapelin en 1896 enunció el concepto de locura-maníaco-depresiva como una entidad independiente, incluyendo dentro de esta entidad las psicosis llamadas periódicas o circulares, la manía simple, la melancolía y algunos síndromes amenciales; por lo tanto, el deprimido era

considerado psicótico aunque sus síntomas fueran leves.(1).

Posteriormente, en 1917, Freud realiza un escrito titulado "Duelo y melancolía", en el cual hace una comparación entre el duelo y la melancolía que describe claramente el carácter patológico de esta última, la cual, según Freud, se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, todo esto como producto de causas externas (3).

Estos han sido los más importantes autores, en los cuales podemos observar como se han ido desarrollando estos conocimientos que son fundamentales, ya que son las bases teóricas de las cuales parten diversas investigaciones posteriores las cuales se han ramificado para tratar de conocer diversos aspectos de este síndrome.

1.2. INVESTIGACION SOBRE DEPRESION

Existe una gama amplia de investigaciones sobre depresión, algunas encaminadas hacia el conocimiento de su incidencia, otras sobre las causas que la generan y su tratamiento, etc.; podríamos hablar de todas ellas y sería difícil terminar, por ello sólo haremos referencia a aquellos estudios que se han desarrollado en poblaciones estudiantiles

específicamente con estudiantes de la U. N. A. M.

Campillo y Caraveo (1979), realizaron un estudio en el Centro de Salud Mental de la U. N. A. M., el cual atiende a la población estudiantil, se quería conocer la prevalencia de la depresión de estudiantes universitarios; para tal efecto, de 1000 expedientes se tomaron 112 expedientes al azar de estudiantes universitarios que se habían atendido en dicho centro entre 1973 y 1974, en los cuales se encontró que el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos con el 48%.

Rosas (1985), efectuó un estudio sobre depresión exógena con estudiantes de la U.N.A.M., donde la muestra fue de 100 alumnos que asistieron al servicio de salud mental del Centro Médico Universitario, a los cuales se les aplicó la escala de automedición de Zung y el MMPI. El objetivo de la investigación era el de conocer la incidencia de depresión y realizar una comparación entre sexos. Los resultados mostraron una alta correlación entre la escala de Zung y la escala D del MMPI. En total se obtuvo un Índice de depresión de 76%, lo cual es un índice alto; la comparación realizada entre sexos mostró que en las mujeres el índice de depresión fue de 47%, mientras que en los hombres fue de 26%; de este resultado se desprende que las mujeres resultaron más afectadas, en una proporción del 2.56 por cada hombre, y esta diferencia resultó significativa.

En otro estudio se trató de conocer la prevalencia de la depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. La población estudiada fueron 620 estudiantes de primer ingreso, se excluyeron a los que tuvieran más de 25 años y a los que repitieron el primer año. Se aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI) y otro que exploraba la presencia de algunos factores de riesgo que fueron relevantes. Se encontró que el 35.7% de la población estaba deprimida, hubo mayor prevalencia en mujeres, específicamente el 43.7% mientras que en el sexo masculino este porcentaje fue del 26%. En esta investigación, además de conocer el nivel de incidencia, se pretendió conocer los factores de riesgo que podrían influir en la aparición de este trastorno, siendo los principales las relaciones con los padres, malas relaciones maritales o de noviazgo y con los problemas legales, además se encontró que quienes no tienen a quién recurrir en caso de algún tipo de problemas, obtuvieron un alto promedio en el BDI. (6).

Guevara y Cols (1988) realizaron un estudio que trataba de conocer la incidencia de la depresión en los alumnos que asisten a consulta externa en medicina general de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.. Para ello se tomó una muestra de 100 alumnos a los que se les aplicó la escala de automedición de Zung, además de que los médicos realizaron una entrevista con el fin de averiguar la posible existencia de sintomatología depresiva y corroborarlo con el

instrumento ya referido, el resultado obtenido fue que el porcentaje de alumnos con depresión es del 28 %, del cual el 22% correspondió al sexo femenino y un 6% al masculino, siendo esto un dato significativo, ya que se corrobora con las investigaciones referidas con anterioridad, en donde la incidencia de depresión en estudiantes es elevada y en mayor proporción con jóvenes del sexo femenino.

Para esta parte se han tomado en consideración solamente estudios realizados en México, con población universitaria, los cuales se efectuaron en la U.N.A.M., primero porque es donde se va a realizar la presente investigación y segundo porque no se pueden utilizar estudios extranjeros ya que existen diferencias culturales, por lo que estos estudios no corresponderían a nuestra idiosincrasia. Aparte podemos ver que en México son escasos los estudios realizados en este tipo de población, por lo tanto urge efectuar más investigaciones de este tipo, sobre todo teniendo en cuenta que es una amplia población.

1.3 CONCEPTOS DE DEPRESION

Es muy difícil encontrar un concepto que defina en forma exacta a la depresión debido a que la mayoría de los autores no dan ninguna definición, una minoría sólo proporcionan una descripción de la enfermedad de acuerdo a los principales síntomas que en ésta se presentan y los restantes,

presentan definiciones de acuerdo a la forma en que manifiestan su personalidad los individuos deprimidos.

De acuerdo con lo anterior, nos vemos en la tarea de seleccionar conforme a nuestro punto de vista, la definición que nos parece que describe en forma más exacta este padecimiento, para lo cual nos basaremos en la bibliografía revisada.

En consecuencia se ha elegido la siguiente definición

La depresión es el estado patológico caracterizado por alteraciones del estado de ánimo, tales como la tristeza y una baja autoestima, que conducen a la limitación de las formas alternativas del pensar, así como la autoinhibición de nuevas experiencias. (8).

Me parece que esta definición está completa, porque menciona en primer lugar que es un estado patológico, continúa con los principales síntomas que caracterizan a la depresión y, posteriormente, se observa como afectan estos últimos a la personalidad del deprimido.

1.4 CLASIFICACION CLINICA DE LA DEPRESION

La clasificación de la depresión ha sido objeto de varias investigaciones e innumerables clasificaciones han sido propuestas, las cuales han provocado varias controversias

Han sido tan diversas las clasificaciones que se han propuesto, unas demasiado cortas, otras muy amplias, unas muy parecidas solo con pequeñas modificaciones y otras totalmente diferentes, debido a esto nos es difícil utilizar este espacio para describir cada una de ellas, así que presentaremos la que es considerada como la básica y que se utiliza en el DSM-III, y es la que divide a los trastornos afectivos en mayores y específicos o menores.

Así también, podemos notar que se utilizan clasificaciones equivalentes, la única diferencia es en el nombre. De esta manera las depresiones mayores también son llamadas psicóticas y endógenas, asimismo a las depresiones específicas o menores son nombradas como neuróticas, exógenas, reactivas. Aunque existe diferencia entre la depresión mayor y la menor en cuanto a grado y duración, debemos decir que en esencia el cuadro clínico y la sintomatología son parecidas, como lo veremos más adelante. Para hacer una adecuada diferenciación y dar un diagnóstico correcto, entre estos trastornos se tienen que tomar en consideración las siguientes

diferencias:

a) La diferencia es básica, en la neurosis existe un reconocimiento del trastorno por parte del paciente, mientras en la psicosis hay una negación de la enfermedad de parte del paciente.

b) La diferencia es en la severidad del cuadro que se presenta, ya que en las depresiones mayores la gravedad del cuadro es considerable, en cambio en las depresiones menores no es tan elevado.

c) La tercera diferencia es en su origen, ya que en las depresiones mayores no están vinculadas a ningún agente externo, físico ni psíquico, no hay algún trauma que la justifique y en las depresiones menores se conoce el factor o factores precipitantes que causaron la depresión.

d) Por último, la cuarta diferencia es la que se ha observado en pacientes con depresión mayor donde el insomnio empieza después de un tiempo en que se presentó la enfermedad y en la depresión menor comienza al mismo tiempo que la enfermedad.

1.5 SINTOMAS DE LA DEPRESION

Para poder identificar el trastorno depresivo es

necesario contar con puntos de referencia; por ello, la revisión de la sintomatología es necesaria, ya que son los parámetros que nos permiten identificar la enfermedad. Algunos autores (Calderón, 1982, Ayuso, 1981 y Cameron, 1984) entre otros, coinciden en que las manifestaciones de la depresión son las siguientes:

a) El síntoma básico es la tristeza, la cual es persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal manera que las cosas que antes estimulaban al individuo, ahora ya no son efectivas. Algunas ocasiones la aflicción se relaciona con acontecimientos problemáticos que el enfermo amplifica y en otras ocasiones es inmotivada la aflicción, como en la melancolía.

El rasgo más característico es el de tratarse de una vivencia encarnada con manifestaciones tanto de carácter difuso, vago e impreciso, como de forma localizada.

b) Se dan otros trastornos afectivos, como es:

1) La indiferencia hacia situaciones que antes despertaban interés.

2) La inseguridad en el paciente, que se manifiesta por desconfianza en sí mismo y tiene problemas en tomar decisiones, lo cual afecta su actividad y voluntad, la inseguridad

va acompañada de pesimismo que produce sentimientos de devaluación personal.

3) El miedo no localizado.

4) La ansiedad ocurre en diferentes grados, aumenta en la mañana y disminuye en el transcurso del día.

5) La irritabilidad es un síntoma importante ya que hay depresiones que se manifiestan por hostilidad.

Fava (1982) realizó un estudio en el que relacionó la hostilidad, depresión y pérdidas; en el cual la relación de la depresión y la hostilidad resultó ser compleja. Encontró que hay diferencias en el grado de hostilidad entre pacientes deprimidos quienes han experimentado pérdidas y otros que no las han experimentado. En pacientes que no tuvieron pérdidas fue significativa la correlación entre hostilidad, depresión y síntomas paranoides.

La razón de esto puede ser que en varios de estos pacientes, tanto la depresión como la hostilidad fueron causados por conflictos interpersonales. En cambio, en los pacientes cuya depresión fue precipitada por la pérdida de alguna persona amada, no mostraron una correlación entre hostilidad y depresión o síntomas paranoides, por lo que estos pacientes se mostraron más amigables.

c) Los trastornos intelectuales más frecuentes son: sensopercepción disminuida, trastornos de memoria, hay un problema para evocar hechos pasados, existe una disminución de la capacidad de atención y concentración que aparece como síntoma de la inhibición, los elementos más frecuentes son:

1) Ideas de culpa y fracaso que dan origen a una autodevaluación.

2) El paciente tiene una sensación de incapacidad que no le permite realizar acciones que produzcan una satisfacción personal.

3) De igual manera el pensamiento obsesivo favorece la tortura por parte del individuo, ya que las ideas repetitivas aumentan su sufrimiento.

d) Aparecen trastornos conductuales que se presentan como una actividad y productividad disminuidas, hay descuido en las obligaciones del individuo y en su aseo personal.

e) Los trastornos somáticos que se manifiestan en este síndrome son:

1) Trastornos en el apetito, como hambre compulsiva o anorexia, la cual produce pérdida de peso al enfermo.

2) Hay debilitamiento o desaparición del deseo sexual. También se presenta cefalea tensional, trastornos digestivos, trastornos cardiovasculares, mareos, etc.

3) Trastornos del sueño o sea insomnio al principio o al final de cada período de descanso, dormir inquieto también llega a haber hipersomnía. Muchas veces el paciente acude a consulta médica debido a un trastorno somático, que generalmente no se encuentra bien ubicado y que puede confundir al médico sin que éste se de cuenta de que se trata de una depresión enmascarada. Lesse (1981) comenta que este tipo de depresión enmascarada es común. La forma en que se presenta este tipo de depresión, depende de cierto número de factores como: cultura, edad del paciente, antecedentes socio-económicos y socio-filosóficos, del proceso hereditario, congénito y ontogénico. Señala que la hipocondriasis y las enfermedades psicósomáticas, sirven como máscaras de la depresión que ocurre con una alta frecuencia y que avanza desde la temprana adolescencia y dentro de la adultez joven. Usualmente es sólo después de meses o años de repetidos exámenes físicos y de laboratorio y después del fracaso de múltiples procedimientos médicos, que el paciente es canalizado a una evaluación psicológica o psiquiátrica. Por lo que podemos ver que este tipo de depresión posee un diagnóstico difícil, lo cual demanda que los médicos deben tener una apreciación balanceada de los parámetros físico y psicológico.

f) Se presentan también impulsos suicidas que es un aspecto peligroso y delicado, ya que puede llegar el enfermo a quitarse la vida. En un estudio realizado por Goldberg (1981) sobre la depresión y la ideación suicida en los adultos jóvenes, reporta que la ideación suicida es similar en adultos jóvenes como en personas mayores, aunque es más común en jóvenes, en donde el porcentaje de suicidios es mayor.

Los factores que son comunes en la ideación suicida, tanto en jóvenes como en personas adultas, son: la sintomatología depresiva, cierto grado de enfermedad física, síntomas psiquiátricos menores, agresión elevada y separación de la madre a una temprana edad.

Todos los síntomas anteriormente descritos ocasionan diferentes consecuencias, como: Es el bajo rendimiento en el trabajo o en la escuela, accidentes laborales y de tránsito, problemas en las relaciones interpersonales, tendencia al aislamiento, hay una relativa incapacidad social que hasta hace poco tiempo se le dio importancia, en una revisión realizada por Campillo y Caraveo (1979), encontraron que en los estudios de Winokur, (1975). Carlson (1979). Hastings (1958). Lundquist, (1945). Poof (1945) y Levenstein (1966), las tasas de incapacidad social grave varían entre 27% y 36%, lo que quiere decir que una gran proporción de estos sujetos no está en posibilidades de llevar una vida adecuada en las esferas familiar, laboral y social. Además aparecen impulsos a

ingerir bebidas alcohólicas y fármacos para calmar la angustia, pero esto llega a perjudicar a la larga, ya que a la depresión se le sumaría el alcoholismo o la farmacodependencia del individuo, lo cual acentuará y complicará sus padecimientos.

1.5.1. Depresión en la Infancia.

Anteriormente se presentaron los síntomas más comunes sobre todo en los adultos, pero existen algunas diferencias en otras etapas del desarrollo. A continuación se mencionará como aparece la depresión en otras etapas.

El diagnóstico del síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta y ello se debe a que el niño tiene mayor dificultad en describir su sintomatología, muchas veces se puede inferir observando el comportamiento del niño. (1)

Antony (1977) comenta que hay una tesis sobre la que la depresión puede ser normal, natural, parte del desarrollo y existencial; pero ésta, como la ansiedad, es peculiarmente susceptible de agravarse debido a las condiciones humanas de pobreza, rechazo de los padres, crueldad sistemática, carencias, pérdidas y fracasos. Uno puede esperar varias modificaciones con las circunstancias ambientales.

Varios teóricos psicodinámicos han sugerido factores experienciales en la infancia y en los niños mayores puede predisponer al individuo a reacciones depresivas en diferentes etapas de su vida.

Entre las causas de depresión en los niños, encontramos que puede deberse a rechazo, cuando el cuadro de alguno de los progenitores afecta al niño, identificación con el cuadro del adulto, por falta de atención adecuada por parte de los padres, por enfermedades que ameritan hospitalización, o por enfermedades incapacitadoras crónicas.

1.5.2 Depresión en la adolescencia

En la adolescencia hay que tomar en cuenta otras situaciones, aparte de las mencionadas, para poder establecer un buen diagnóstico.

Como se sabe, en la adolescencia es un período de metamorfosis, un período frecuentemente doloroso en donde el niño dependiente pasa a ser un adulto independiente, esta transformación crucial envuelve cambios psicológicos, sociales y físicos que para la mayoría de las personas representa un tiempo prolongado de turbulencia.

Hay frecuentes decepciones y frustraciones debido a urgencias y deseos que los adolescentes nunca satisfacen (14).

1.5.3 Depresión en la edad avanzada.

En la edad avanzada observamos que es una etapa de la vida donde el individuo necesita hacer un gran esfuerzo para poderse enfrentar y adaptar a múltiples cambios.

Estos cambios son físicos, modificaciones intelectuales y modificaciones afectivas. *Por todo lo anterior podemos decir que el envejecimiento radica en la disminución de la capacidad de adaptación a estos cambios. (1)*

Hay que tener otra actividad que supla a las anteriores para poderse adaptar. Se considera que las depresiones en la vejez no son una entidad nosológica particular y aparecen igual que en otras etapas de la vida, por lo cual se puede tratar de la misma manera que los otros tipos de depresión.

1.6 ETIOLOGIA DE LA DEPRESION.

Las causas de la depresión son varias, por lo tanto su etiología es multifactorial; hay algunos factores que predominan más que otros, pero ésta depende del cuadro.

Para hacer una evaluación, hay que tomar en cuenta la constitución del paciente y su relación con factores ambientales, ya que como se haya dado y se esté dando esta relación, y de un mayor peso de uno sobre otro, depende el tipo de depresión que se presente.

Entre los factores más importantes se encuentran los siguientes:

1.6.1 Factores psiquiátricos .

A) ASPECTOS GENETICOS

Estos aspectos son a los que generalmente se les asocia como la causa más importante en las depresiones psicóticas.

Se ha calculado que la probabilidad de que un hijo o un hermano de un paciente con depresión psicótica padezca la enfermedad, es de 15% a un 18% de posibilidades. Y con parientes lejanos como los tíos o abuelos, la posibilidad de adquirir la enfermedad es de 3% a un 4%. (1)

De la misma manera algunos estudios de cientos de familias indican que la tasa de trastornos afectivos es dos veces mayor en los parientes de primer grado de pacientes que sufren depresión bipolar, que en los parientes de pacientes con depresión unipolar. (15)

Todas estas investigaciones nos han proporcionado información de cómo los factores hereditarios pueden incrementar la vulnerabilidad de padecer este síndrome, pero es necesaria mayor información sobre las formas en las cuales

las familias son capaces de pasar una cultura depresiva. (16)

En el caso de una depresión neurótica, no se puede hablar de una herencia directa, sino de presentar el mismo patrón que la originó; se puede ver que con frecuencia se presentan estos trastornos en varios miembros de una familia.(15)

Igualmente se ha recurrido a hacer autopsias en el tejido cerebral de enfermos que en la vida tuvieron cuadros depresivos severos, se encontraron bajas concentraciones de 5HT, el cual es metabolito de la serotonina, pero estos estudios postmortem son muy dudosos por el tiempo transcurrido entre el deceso y la autopsia.

Por otro lado, hay pacientes con depresión endógena que tienen niveles bajos de noradrenalina, esto se ha encontrado ya que en estudios de la orina de estos pacientes se encuentra disminuido su metabolito (MHPG). De la misma manera se ha pensado que la dopamina también se relaciona con alteraciones depresivas; hay estudios que indican un bajo nivel del metabolito de la dopamina que es el HVA en el fluido cerebroespinal de pacientes deprimidos.(18)

Hay otro tipo de observaciones como el realizado en el efecto que la reserpina produce, la cual reduce drásticamente

el contenido en el cerebro de la noradrenalina y serotonina, esto provoca en algunas gentes una depresión similar a la endógena.

Lingjaerde (1983), proporciona argumentos en favor de una hipoactividad monoaminérgica primaria en la depresión endógena

Baldessarini (1986) y Wehr y Goodwin (1977) coinciden en que los sistemas neuronales monoaminérgicos son especialmente apropiados, por su acción y localización, para intervenir en los trastornos mayores de la afectividad cuando menos hipotéticamente. Así, los sistemas monoaminérgicos del sistema nervioso central se encuentran extensamente distribuidos y participan en actividades tónicas que se presentan durante un lapso prolongado, entre las que se encuentran la regulación de las funciones autonómicas, despertar, sueño, sexo, agresión, movimientos de los ciclos circadianos y función hipotálamo hipofisiaria.

Otra de las posibilidades se basa en el punto de vista neurofisiológico; ya que se ha observado de hace tiempo que la disminución del período REM, o sea de movimientos oculares rápidos del sueño, mejora algunos estados depresivos. Algunos medicamentos que reducen o suprimen el período REM tienen capacidad antidepressiva y por lo tanto varios investigadores creen que el efecto antidepressivo se encuentra ligado a la modificación del REM. (20)

Estos conceptos han provocado diferentes observaciones en relación al efecto antidepresivo de la privación selectiva de la fase REM, del sueño promedio del despertar deliberadamente a los pacientes al inicio del periodo REM, o en forma más paradójica por medio de la privación parcial leve de todas las fases del sueño.(15)

1.6.2 Factores psicológicos

Los factores psicológicos intervienen en todas las génesis de la depresión, pero tienen mayor importancia en las depresiones neuróticas.

Entre los factores psicológicos ocurren causas determinantes como la presencia en la infancia de algunos trastornos que han causado conflicto y angustia, como pérdidas de seres queridos, algún accidente, una intervención quirúrgica, etc. Estos trastornos pueden influir en la aparición de la depresión en un sujeto.

Aunque hay causas desencadenantes como la pérdida de un ser querido por muerte o por ausencia, o que la persona vive en el hogar, pero sólo se la ve esporádicamente o mantiene una situación por interés personal. De la misma manera la pérdida de salud donde se presentan enfermedades graves como el

cáncer, incapacidades físicas, padecimientos que afectan la autoestima del paciente.

En investigaciones como las de Weingartner y cols. (1981), se ha encontrado que durante episodios depresivos, los pacientes mostraron cambios cualitativos y también cuantitativos en la forma como procesaron la información; los pacientes deprimidos utilizaron una ineficaz e incompleta codificación de estrategias para organizar y transformar eventos para ser recordados, la desorganización para suscitar la activación de la depresión puede ser la causa de este deterioro cognitivo.

Cohen (1982), realizó un estudio en el que fueron examinados la ejecución motora y la función cognitiva en pacientes deprimidos y sus controles; los resultados mostraron incremento en la depresión, se asoció a decrementos en la realización de ambas labores de ejecución y memoria, las cuales requirieron de un esfuerzo sostenido por parte de los deprimidos para su realización. Por lo que el autor cree que estos resultados sostienen la hipótesis de un déficit general en la capacidad de mantener el esfuerzo, como un importante componente para entender los cambios cognitivos y conductuales que tienen lugar durante la depresión.

Roy (1987), encontró en una investigación cinco factores psicosociales de riesgo para la depresión, los cuales son: estar

desempleados antes del comienzo de la depresión, un matrimonio pobre antes del comienzo de la depresión, tres o más hijos con menos de 14 años de edad en casa, tener una historia familiar depresiva y separación de los padres antes de los 17 años de edad. Todos estos factores fueron significativos para las depresiones neuróticas y sólo dos factores, tener un pobre matrimonio antes del comienzo de la depresión y una historia familiar depresiva, fueron significativas para las depresiones endógenas.

Becker (1973), (citado por Freden 1986) indica como un factor característico de la personalidad depresiva, un patrón rígido de acción y una variedad limitada de acciones posibles

Se encontró en una investigación evidencia que sugiere que los eventos temporales, espaciales, que acompañan una experiencia dolorosa (depresiva) pueden producir por sí mismos y de manera automática, replicas vívidas y persistentes del estado afectivo original en momentos posteriores de la vida. Cualquier elemento persistente dentro del contexto temporo-espacial de la experiencia original, puede ser identificado como una señal o estímulo desencadenante del estado depresivo.

(25)

Matussek (1985), revisó el contenido de 186 entrevistas biográficas de depresivos neuróticos y endógenos, las cuales

muestran que los problemas de pareja llevan un peso particular como disparador de la depresión. Respecto a esto, la separación y la muerte de la pareja juega comparativamente un rol menos importante. Los neuróticos depresivos se convierten significativamente más frecuentemente deprimidos debido a los eventos relacionados con la pareja, que los endógenos depresivos, también cualitativamente respecto a las causas de la depresión difieren entre los dos grupos: En endógenos no depresivos la amenaza de la pérdida real frecuentemente causa depresión, mientras los neuróticos depresivos caen en la enfermedad más frecuentemente como resultado de desilusiones y ofensas causadas por la pareja. El 44% de los pacientes de la muestra experimentaron problemas y eventos en el área de las relaciones de pareja como causas de depresiones.

Nos podemos dar cuenta que los factores psicológicos son diversos y que afectan al individuo en diferentes etapas de la vida.

1.6.3 Factores ecológicos

En un artículo escrito por Landazúri (1989), describe los efectos de la contaminación sobre la conducta humana, la exposición de los agentes contaminantes tienen efectos sobre la salud mental, afectando el desarrollo cognositivo, la atención, la ejecución de tareas y la capacidad de trabajo, llegando a ser

generador de diversas enfermedades mentales; entre éstas está la depresión.

Estos factores ecológicos influyen sobre todo en habitantes de zonas urbanas de grandes dimensiones, como la ciudad de México, donde existe gran contaminación ambiental, tanto por gases tóxicos como por ruido y basura y muchos problemas de vialidad, todos estos eventos tienden a acrecentar aún más los síntomas que padece el paciente deprimido. Podría ser esta la causa del aumento de este padecimiento en la población urbana.

1.6.4 Factores sociales

Se debe a diversas causas, una de ellas es la desintegración familiar, ya que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos, generalmente las familias se reúnen ocasionalmente y hay un incremento en el número de divorcios aparte hay una tendencia en los jóvenes a la independencia personal y económica; el apoyo espiritual ofrecido por la iglesia se ha debilitado, cada vez acude menos gente, no existen vínculos con los vecinos debido al tipo de vida con gran movilidad urbana, que impide establecer amistad con quien nos rodea.

Esto es paradójico debido a que en medio de tantos millones de personas, tendamos a sentirnos solos debido a la

dificultad que tenemos en comunicarnos con nuestros semejantes y a la despersonalización de nuestros actos, lo cual conduce al aislamiento. Sobre todo, tendemos a dejar a un lado nuestras relaciones humanas otorgando mayor importancia, esfuerzo y tiempo, a lograr un bienestar material y económico, sin valorar la convivencia tan importante para la salud mental y emocional del hombre.

Otra causa es la marginación sufrida por los inmigrantes campesinos a las grandes ciudades, el no tener familia y vivir en malas condiciones ocasiona muchos trastornos, los problemas laborales, las deudas, el trabajar excesivamente y la pérdida del poder adquisitivo.(2)

Campillo y Caraveo (1979), nos muestran otro tipo de clasificación, los divide en factores concomitantes, predisponentes y precipitantes. Entre los factores concomitantes están entre los más importantes, las enfermedades físicas y el alcoholismo; entre los factores predisponentes se encuentra la carga genética de la familia, la personalidad premórbida y la pérdida de uno de los padres en la primera infancia, y por último, entre los factores precipitantes, se destaca lo que se llama eventos de vida, como bajo status social, problemas económicos, etc.

Por todo lo anterior, podemos decir que es muy importante tener en cuenta la diversidad de la etiología en la depresión.

Esto nos permite entender qué factor o factores se presentaron en el caso particular de cada paciente y así efectuar una terapia adecuada.

CAPITULO 2

EXPLICACION CLINICA DE LA DEPRESION

Este apartado se enfoca a definir los conceptos de síntoma y síndrome, así como la importancia que éstos tienen dentro del desarrollo e identificación de la enfermedad, además de dar una explicación clínica desde la concepción clínica que surge y evoluciona del síndrome depresivo, tomando en consideración todos los elementos psíquicos que intervienen en este, basándonos en la explicación clásica desarrollada por Freud, así como hacer mención de la diferencia entre el duelo y la melancolía; la naturaleza del objeto perdido en la melancolía, así como los aspectos dinámicos de esta última, tomando en cuenta también la elaboración del duelo.

2.1 SINDROME Y SINTOMA

El diferenciar un síndrome de un síntoma es importante, porque permitirá dar diagnósticos adecuados y evitar confusiones.

El síndrome es una agrupación de síntomas relacionados entre sí, que se observa en una enfermedad.(28)

El síntoma es el indicador de cuando aparece un conflicto. Por medio de su expresión puede ser reconocido y atendido; asimismo, por medio de él podemos observar la desaparición del conflicto que nos indicará cuando quedó resuelto el problema.

Algunos autores conciben al síntoma como un fenómeno patológico o desviación de la normalidad de una función que experimenta el paciente e indica una enfermedad.(20) (32)

Laplanche y Pontalis (1983) consideran que el síntoma es el producto de un conflicto y una tentativa de solución al mismo, es decir, que los síntomas agrupados y aislados en entidades sindromáticas (con predominio de alguno) remiten siempre conflictos, que en su expresión más primaria se reduce a dos fuerzas antagónicas en juego (Eros y Tanatos). (29).

"El síntoma es lo que se llama el conflicto psicológico secundario; el conflicto psicológico primario subyace a él y da cuenta del mismo". (29)

La aparición o desaparición de los síntomas en el curso de un tratamiento psicoanalítico, constituye una guía al mismo.

A la depresión se le considera como un síntoma, síndrome y enfermedad, pero esto depende de la magnitud con que se presente; como síntoma que acompañe a otro cuadro, aquí la depresión será secundaria, como síndrome, es la relación de varios síntomas que dará por resultado un cuadro depresivo, y se le considera enfermedad porque va a alterar la salud del individuo.

2.2 DUELO Y MELANCOLIA

Freud realizó un estudio paralelo entre el duelo y la melancolía. El duelo etimológicamente significa *dolor* y también *desafío o combate entre dos*.(3). Es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, etc. Bajo las mismas circunstancias aparece en algunas personas con cierta predisposición a la melancolía en lugar de duelo, pero a este último no se le considera patológico como la melancolía y al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí sólo. (3)

De acuerdo con Freud en la función llevada a cabo por el duelo, el examen de la realidad muestra que el ser amado ya no existe y demanda que la libido^{1/} abandone todas las relaciones con ese objeto,^{2/} surge entonces una oposición de esta demanda de dejar el objeto, llegando a ser tan intensa que se puede el sujeto apartar de la realidad y conserve el objeto por medio de una psicosis alucinatoria. Pero lo normal es que se lleve a cabo lo que la realidad dicta, pero es realizado paulatinamente a través de algún tiempo y con gran pérdida de energía. Mientras eso sucede continúa la existencia psíquica del objeto perdido. Cada uno de los recuerdos que relacionan la libido con el objeto, es sucesivamente despertado y sobrecargado realizándole en él la sustracción de la libido, al finalizar la labor del duelo el Yo vuelve a quedar libre y sin ninguna inhibición.

1/ LIBIDO: Energía postulada por Freud como sustrato de las transformaciones de la postulación sexual en cuanto al objeto (desplazamiento de la catexis), en cuanto al fin (por ejemplo, sublimación) y en cuanto a la fuente de la excitación sexual (diversidad de las zonas erógenas) (29).

2/ OBJETO: Se trata de la relación o de la personalidad total o de la instancia del yo, con un objeto al que se apunta como totalidad (Persona, entidad, ideal, etc.). (29).

La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio; esto se observa en reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo, pudiendo llegar a la delirante espera de castigo, todo esto es producido por agentes externos. Podemos darnos cuenta que estos síntomas se presentan también en el duelo, a excepción de la perturbación del amor propio, lo que hace más dolorosa la melancolía. (3)

La diferencia entre el duelo y la melancolía está en la variedad de los síntomas, presentándose con mayor fuerza en la melancolía, además de que son crónicos en los melancólicos y agudos en el duelo.

En la melancolía la pérdida es inconsciente, hay pérdida del amor propio y es considerada como patológica. En tanto en el duelo es más consciente la pérdida y no se le considera patológica y no hay perturbación del amor propio.

2.3 TEORIA CLASICA DE LA MELANCOLIA

2.3.1 Naturaleza del objeto perdido

La melancolía a veces constituye una reacción a la pérdida de un objeto amado, en otras ocasiones la pérdida es

de naturaleza más ideal, o sea que el sujeto no se ha muerto, solo queda perdido como sujeto erótico. En los melancólicos no se sabe exactamente qué ha perdido el sujeto, ni ellos mismos saben bien qué es lo que han perdido; en otras ocasiones el enfermo sí sabe qué ha perdido, pero no lo que con él ha perdido. Por lo tanto, se puede decir que la melancolía se relaciona con una pérdida de objeto sustraída a la conciencia,^{3/} diferenciándose así del duelo en donde nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente.^{4/} (3)

En el duelo, la inhibición y la falta de interés se deben a la labor del duelo que absorbe al Yo. ^{5/} En cambio en la melancolía no se conocen las causas de esta inhibición, aparte

3/ CONCIENCIA. Según la teoría metapsicológica de Freud, la conciencia es la función de un sistema, el sistema percepción-conciencia (PcCs), el cual se sitúa en la periferia del aparato psíquico, recibiendo a la vez información del mundo exterior y las provenientes del interior, a saber, las sensaciones pertenecientes a la serie placer-displacer y las revivencias mnémicas. (29)

4/ INCONSCIENTE. En el sentido tópico, designa uno de los sistemas definido por Freud dentro del marco de su primera teoría el aparato psíquico está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconscious-consciente por la acción de la represión. (29)

5/ YO. Desde el punto de vista tópico, el Yo se encuentra

en el melancólico se presenta una gran disminución de su amor propio, hay un empobrecimiento de su Yo que es considerable, ya que lo considera indigno de cualquier estimación, no le da ningún valor y lo condena moralmente, se insulta, espera ser castigado, se humilla ante todos. (3).

Freud nos dice que terapéuticamente es inútil contradecir al paciente cuando expresa estas autoacusaciones contra su Yo. Realmente es incapaz de amor, de interés y de rendimiento pero esto es secundario ya que es el resultado de no saber lo que ocurre dándose en él un sentimiento contrario o sea, desea comunicar a todo el mundo sus propios defectos hallando satisfacción en esta acción. (3)

2.3.2 La identificación con el objeto perdido

Freud comenta que la pérdida del objeto en el melancólico ha tenido efecto en su propio Yo, donde una parte del Yo se sitúa frente a la otra y la valora críticamente, como si la tomara por objeto; a esa parte se le llama conciencia moral o Super

en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del Ello como a los imperativos del Super Yo y las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa. (29)

Yo 6/ la cual se ha separado del Yo. Esta instancia pertenece con la censura de la conciencia y el examen de la realidad a las grandes instituciones del Yo, pudiendo enfermar por sí solo. (3)

2.3.3 Culpa: autocrítica y ambivalencia

La autocrítica se presenta cuando los reproches con que se acusan los melancólicos van dirigidos a otra persona, al objeto criticado y han sido vueltos contra el propio Yo. Entre estos reproches que corresponden a otra persona, también existen reproches que aluden al propio Yo, cuya misión es encubrir los restantes e impedir el conocimiento real de la situación. (3)

Asimismo, se crea por esta autocrítica un sentimiento de culpa debido a la discordia entre el Yo y el Super Yo, cuando el odio hacia los objetos frustrados se ha transformado en hostilidad hacia el propio Yo.

6/ SUPER YO. Es una instancia de la personalidad; su función es comparable a la de juez o censor con respecto al Yo. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales como funciones del Super Yo (29)

Aparte del odio contra el objeto, se experimenta simultáneamente sentimientos de amor, que se deben tomar en cuenta ante la ambivalencia en el deprimido.

2.3.4 Sadismo: rechazo a alimentarse e insomnio

El sadismo aparece cuando el Yo introyecta el objeto amado y el Super Yo actúa contra el Yo: con la misma rabia con que el Yo había inconscientemente actuado con el objeto perdido.

Freud expone el por que del rechazo a alimentarse en los melancólicos, el cual se debe a una identificación con el objeto, en este caso el alimento, que al ingerirlo lo pierde y no lo puede recuperar; de ahí que evite alimentarse. (30)

El insomnio se debe a la posibilidad del sujeto de retraer las cargas de objeto, lo cual es necesario para establecer un estado de reposo. (3)

2.4 ASPECTOS DINAMICOS DE LA MELANCOLIA

Tomando en cuenta lo anterior, podemos decir que al ya no haber relación con el objeto amado por algún desengaño o alguna ofensa, hay un duelo por el objeto perdido que sigue su curso normal, debido a que la libido no se desplazó a otro

objeto, sino que queda retraída en el Yo y se establece una identificación de una parte del Yo con el objeto abandonado. De esta manera, la pérdida del objeto se transforma en una pérdida del Yo y el conflicto entre el Yo y el objeto se modifica en conflicto entre una parte del Yo y la instancia autocrítica. (3)

De esto último, Freud dedujo que debió de haber existido una fuerte fijación con el objeto amado y una escasa energía de resistencia de la carga de objeto. De esta contradicción se infiere que la elección de objeto tiene efecto sobre una base narcisista; en el momento que suceda alguna contrariedad la carga retroceda al narcisismo.7/ (3)

2.5 ELABORACION DEL DUELO

El trabajo realizado en el duelo incluye una serie de reacciones tendientes a la aceptación de la pérdida y una readaptación del Yo frente a la realidad, la cual es una condición indispensable para la elaboración normal del duelo.

Bowlby (citado por Grinberg, 1983), señala tres fases del duelo:

7/ NARCISISMO. En alusión al mito de Narciso, amor a la imagen de sí mismo, se retira la catexis del objeto y se retorna sobre sí mismo. (29)

A) La primera que es la de protesta donde existe urgencia en recuperar el objeto perdido y se manifiesta por rabia, llanto, acusación, etc.

B) La segunda es la de desesperación, en la cual las decepciones se agregan a la desesperación y la conducta desorganizada, no existe suficiente capacidad de mantener conductas organizadas, es una fase depresiva que, de acuerdo al autor, tiene una función adaptativa que consiste en romper los viejos moldes relacionados con el objeto perdido, para poder establecer nuevos moldes.

C) La tercera y última fase, que es la de separación ya existe en esta etapa capacidad para tolerar la depresión. El autor también hace notar que lo más importante del duelo es tolerar la desorganización y poder efectuar una reorganización encaminada hacia el nuevo objeto.

En este largo proceso de duelo se inicia al momento de la pérdida, donde el Yo juega el papel más importante, se presenta el duelo por el objeto perdido y el duelo por las partes del Yo, depositadas en el objeto; en este último caso sucede porque las partes del self 8/ se proyectan hacia afuera, sobre 8/ SELF. Es la totalidad de la propia persona, incluye el cuerpo con todas sus partes, la estructura psíquica con todas sus partes, el vínculo con los objetos externos e internos, y el sujeto como opuesto al mundo de los objetos. (31)

el objeto y se teme que estas partes del self no tornen jamás y se pierdan definitivamente; estos dos aspectos del duelo por el objeto y por las partes depositadas en éste, se cree que son realizadas simultáneamente. (31)

Este proceso se vive como muy doloroso para el paciente. Existen dos razones para explicar ésto; la primera se debe al dolor experimentado por la pérdida de las partes del self que se depositan en el objeto y de acuerdo al monto afectivo depositado es que ser mayor o menor su significancia, la segunda razón es ocasionada por la pérdida objetal. (31)

De acuerdo con Grinberg, la culpa que predomine en la relación previa con el objeto y con el propio self, será la forma en que se elabore el duelo; en el caso de la ansiedad y culpa persecutoria, ser muy difícil y doloroso recuperar la libido útil para el Yo, debido a que está mezclada la libido con partes del objeto y Yo persecutorios que recaerán sobre el Yo, que se incrementan por la hostilidad que se siente por el muerto. Esto sucede con el melancólico. Asimismo, esta culpa persecutoria que se ve incrementada se acentuará más en el cuadro melancólico, haciendo más difícil el trabajo de duelo. (31)

La intensidad de la culpa experimentada, además de la hostilidad contra el objeto y contra el Yo, perturba la elaboración del duelo, provocando que aparezcan diferentes defensas contra las maníacas, en las cuales el Yo aparentemente cree

haber dominado la pérdida del objeto y haber superado el sufrimiento. El Yo trata de reparar en forma desplazada objetos sustitutivos diferentes y alejados de los originales, sin alguna relación afectiva con estos últimos, en los que se encuentran los actos de caridad y filantropía. (31)

En cambio, cuando la culpa depresiva domina el cuadro, se realizarán mejor las tendencias reparatorias frente al Yo y los objetos, lo que facilitará el retiro de la libido del objeto perdido y su utilización en nuevas relaciones objetales. (31)

Así es como podemos ver que la función sintética tiene un papel fundamental, pues es la que va a permitir la relación de objeto dañado, recuperando el buen objeto interno y al mismo tiempo la reparación y recuperación de las partes dañadas del Yo, de la misma manera se recuperará la parte perdida. (31)

CAPITULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La importancia del planteamiento del problema de investigación es fundamental, ya que es la base de donde se parte, es lo que nos permite realizar adecuadamente esta misma, es donde se sustenta lo que posteriormente se encontrará. En otras palabras, es lo que le da sentido a la investigación.

3.1 JUSTIFICACION

Esta investigación pretende conocer si existen diferencias significativas en cuanto a la incidencia de la depresión que presentan los estudiantes universitarios que asisten al servicio de salud mental y al servicio de medicina general dentro de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M. Además, permitirá evaluar la utilidad de la Cédula de Entrevista

Diagnóstica (DIS) para su aplicación dentro de ambos servicios, aunado al hecho que permitirá tener un instrumento que podrán emplear los médicos generales para la detección de la depresión en sus pacientes y, en caso de resultar positivo, sea canalizado al servicio de salud mental. Así también en éste último servicio, se utilizará como una herramienta más dentro del mismo.

Conocer la incidencia nos aportará datos para saber en qué grado afecta la depresión al estudiante universitario y, de esta manera, poder centrar esfuerzos en este problema y se desarrolle en la Dirección General de Servicios Médicos (D.G.S.M.) un plan de acción al respecto; los resultados obtenidos son significativos para la población a la que se aplicó, más no podremos generalizar que esto sucede en otros servicios con las mismas características, ya que hay distintas variables que influyen y que las hacen diferentes; de ahí que no se puedan extender los resultados a otras poblaciones similares.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación pretende conocer si . . .
¿existen diferencias significativas en cuanto a la incidencia de depresión entre los estudiantes universitarios que asisten al servicio de salud mental y los que asisten al servicio de medicina general dentro de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.?

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 General

Conocer si existen diferencias significativas en cuanto a la incidencia de depresión entre estudiantes universitarios que asisten al servicio de salud mental y los que asisten al servicio de medicina general dentro de la D.G.S.M. de la U.N.A.M.

3.3.2 Específicos

A) Conocer la incidencia de la depresión en la muestra estudiada.

B) Conocer en qué servicio la incidencia de la depresión es más elevada.

C) Determinar si existen diferencias en la incidencia del trastorno depresivo, de acuerdo al sexo.

D) Conocer en qué edad se presenta con mayor frecuencia el trastorno depresivo.

E) Determinar si existen diferencias en la incidencia de depresión de acuerdo al estado civil.

F) Conocer si existe alguna facultad de la U. N. A. M que resulte ser la más afectada por la depresión.

3.4 HIPOTESIS

HI Si existen diferencias significativas en la incidencia de la depresión entre los estudiantes universitarios que asisten a salud mental y los que asisten a medicina general.

HO No existen diferencias significativas en la incidencia de depresión entre los estudiantes universitarios que asisten a salud mental y los que asisten a medicina general.

H2 La incidencia de depresión de los estudiantes universitarios que asisten a salud mental, es mayor que los estudiantes que asisten a medicina general.

H3 Existen diferencias por sexo en cuanto a incidencia se refiere, presentándose con mayor frecuencia en mujeres.

H4 Existen diferencias por edad entre los alumnos de 18 a 22 años y los alumnos de 23 a 25 años, en cuanto a incidencia se refiere.

H5 La incidencia de la depresión en estudiantes solteros es mayor que en estudiantes casados.

3.5 DEFINICION DE TERMINOS

Es importante el definir los términos utilizados dentro del marco teórico, con el fin de tener en claro la forma en que se utilizan, y con eso dar a entender el sentido empleado en cada término, para que pueda ser comprendido por los demás.

Enfermedad: Ausencia de un estado de bienestar y alivio generalmente condición anormal del cuerpo y mente. (32)

Factores de riesgo: Operacionalmente se refiere a las influencias del medio ambiente, que pudieran haber provocado la aparición de la enfermedad. (28)

Incidencia: Frecuencia con que ocurre una condición o fenómeno durante un periodo dado y dentro de una población determinada. (32)

Prevención: Acción de prevenir. Preparación, disposición que se toma para prevenir algún peligro. (28)

Trastorno: Término genérico de las enfermedades mentales y todas las formas de conducta psicopatológica. (32)

3.6 DEFINICION DE VARIABLES

Es importante identificar cuántas son nuestras variables y cuáles son. Es también importante el definir las claramente y puedan ser definidas en su totalidad, ya que éstas son un papel fundamental del planteamiento de investigación; de esto dependerá en gran parte el éxito o fracaso de realización de la misma.

V. I. o predictora: Factores de riesgo que pudieran generar la aparición del trastorno depresivo. Edad, sexo, estado civil, nivel socio-económico, accidentes, etc.

V. D.: La presencia o aparición del trastorno depresivo en los estudiantes.

3.7 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño que va a ser utilizado es el ex-post-facto, debido a lo siguiente: *La investigación ex-post-facto es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, por que ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias de las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la valoración concomitante de las variables independientes y dependientes.* (33)

En este diseño no es posible el control directo, ni es posible realizar la manipulación experimental, ni la asignación aleatoria. Podemos realizar una asignación al azar, pero no la llevamos a cabo, ya que tomaremos a los primeros sujetos que lleguen a consulta.

a) Simbolismos y definiciones.

El paradigma es el siguiente: \textcircled{X} ----Y

Donde X es la V. I., la cual se encuentra dentro de un círculo para indicar que ya acontecieron sus manifestaciones.

La Y es la V. D., que acontece después de la V. I.

b) Justificación del método.

Este diseño es adecuado para la presente investigación, porque ya acontecieron las manifestaciones de la V. I., que son los factores que provocaron el trastorno depresivo y no se tiene el control sobre ellas, sólo se hacen referencias a través de este último, que es la V. D.

3.8 DEFINICION DE INSTRUMENTOS

1. Se utilizará la Escala de Automedición de la depresión, del Dr. W. K. Zung (34), la cual consta de 20 reactivos. Tiene como objetivo medir cuantitativamente la depresión y permite descubrir las llamadas depresiones ocultas o enmascaradas y sus características son las siguientes:

a) La prueba contiene las siguientes instrucciones: *Abajo vas a encontrar 20 declaraciones, al lado aparecen 4 columnas cuyos encabezados dicen: casi nunca, algunas veces, con frecuencia, continuamente; pon una (x) en el cuadro que describa mejor como te haz sentido durante el último mes.* (35)

b) Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca bajo la cubierta transparente de calificación y se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma. Esta calificación básica se convierte en un índice basado en 100.

c) Esta calificación se compara con una tabla donde vienen los diferentes niveles, y de acuerdo a la calificación obtenida pertenecerá a un nivel de depresión.

d) Los niveles para establecer el diagnóstico de acuerdo

con el puntaje básico, son los siguientes:

De 20 a 40, normal

De 41 a 59, deprimidos "ambulatorios"

De 50 a 80, deprimidos "hospitalarios".

e) La escala está planeada de manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significancia clínica; y

f) Esta prueba mide cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico.

Lara Tapia y cols., (1976), adaptaron esta prueba a nuestro país, teniendo un elevado índice de confiabilidad, validez y consistencia, las cuales se obtuvieron a través de varios estudios realizados por el autor entre los que destaca una correlación ($r=70$) con la escala del MMPI.

En nuestro país ha sido muy utilizado en diversas investigaciones, específicamente en estudiantes universitarios; Rosas (1985), lo ha aplicado en dos investigaciones tratando de medir depresión. De la misma manera Campillo y Caraveo (1979), también midieron depresión con este instrumento en la misma población siendo éstos los primeros en utilizarla. (Ver Anexo 1)

2. Cédula de la Entrevista Diagnóstica (DIS).

La Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS), es un instrumento relativamente reciente, que está basado en los ejes II y III del DSM-III; fue creado en el National Institute of Mental Health (NIMH), con el fin de hacer investigaciones epidemiológicas en la población general. (37)

Esta es una entrevista totalmente estructurada y las preguntas son muy específicas acerca de la presencia de síntomas. Por lo tanto, puede ser aplicada por personas sin ninguna experiencia en el campo clínico y no requiere para su calificación del criterio clínico del investigador, ya que los resultados se obtienen mediante un programa de cómputo para obtener el diagnóstico en términos del DSM-III. (38)

Para que sean los diagnósticos positivos, no sólo se requiere un número de síntomas, sino una distribución representativa de éstos, que lleven un mínimo de severidad y que no sean explicables por uso de drogas, alcohol o medicinas, por una enfermedad física u otra alteración psiquiátrica. Para algunos diagnósticos se requiere la existencia de un máximo de edad de inicio y para otros, que los síntomas aparezcan y se disipen juntos, a manera de episodio.

También esta entrevista permite elaborar diagnósticos, tanto del estado actual como de estados anteriores. Se

pregunta si alguna vez ha tenido el síntoma y, en caso positivo, qué tan reciente se experimentó; se toman cinco periodos de tiempo: En las últimas 2 semanas, en el último mes, en los últimos 6 meses, en el último año y más de un año. Con lo cual se puede estimar la prevalencia de alguna época de la vida y a la vez tiene flexibilidad para definir el diagnóstico actual. (38)

Para la presente investigación, solamente se utilizará una parte de la entrevista y ésta es el área destinada a la depresión.

Para utilizar este instrumento en México, se tomó la versión que emplea el Instituto Nacional de Salud Mental en San Antonio, Texas, en su versión en castellano para la población hispanoparlante, (39), y que fue aplicada en México por Ramos, Caraveo y González (1987), en un estudio piloto después del cual le hicieron algunas modificaciones al instrumento.

En un estudio reciente, González, Caraveo y Ramos, (1988), se evaluó la confiabilidad del DIS en México con pacientes psiquiátricos, obteniendo índices de acuerdo altamente satisfactorios, obtenidos mediante el coeficiente de correlación intraclass ICC, que fluctuaron de .68 a 1.

Respecto a la validez concordante, los índices mostraron valores aceptables ($K=.52$ y $Y=.59$), con una sensibilidad del 57% y una alta especificidad de 92%; estos resultados son semejantes a la aplicación hecha en Estados Unidos y Puerto Rico. (40). (Ver Anexo 2).

3.9 DESCRIPCION DE LA POBLACION Y MUESTRA

La elección de los sujetos se hizo conforme fueron llegando los alumnos a consulta, el tamaño de la muestra fue de 100 sujetos, los cuales eran estudiantes de la U.N.A.M., entre 18 y 25 años y que asistían a la D.G.S.M., ya sea a los servicios de salud mental y/o al servicio de medicina general y que no tuvieran más de 4 consultas. No hubo restricciones en cuanto al sexo y al estado civil, se tomaron a todos los pacientes que acudían de cualquier facultad, preparatoria o Colegio de Ciencias y Humanidades, siempre y cuando se encontraran dentro de los parámetros de edad fijados, no hubo discriminación en cuanto al estado socio-económico de los estudiantes, y no se considera dentro de la muestra a estudiantes que tuvieron algún padecimiento psiquiátrico a excepción de las personas neuróticas.

La muestra se integró por 50 sujetos de cada servicio, haciendo un total de 100.

3.10 CONDICIONES EXPERIMENTALES

La investigación se realizó en uno de los consultorios de la D.G.S.M.; que se encuentra ubicada en el circuito interior, entre la alberca y las oficinas de la Coordinación del Colegio de Ciencias y Humanidades, en Ciudad Universitaria

3.11 PROCEDIMIENTO

A) La aplicación se efectuó a pacientes que no tuvieran más de 4 consultas para ambos servicios.

B) Después de que los alumnos salieron de su consulta, fueron enviados por los psicólogos o los médicos generales al cubículo donde estuvo el psicólogo encargado de aplicar los instrumentos y llevar a cabo la investigación.

C) En esta investigación, los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Automedición de la depresión del Dr. Zung y la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS). Esta última se aplicó con el fin de corroborar sus resultados con los de la Escala de Zung y obtener así más datos confiables sobre el estado emocional del sujeto; este procedimiento fue aplicado a pacientes de ambos servicios, con una muestra de $N=50$, para cada servicio.

D) Con el fin de mantener el control sobre las variables que pudieran presentarse en la aplicación sólo participó un psicólogo en la investigación, él cual les explicó a los alumnos que se trataba de una investigación, en la cual nos gustaría que cooperaran, después de esto se procedió a aplicar las pruebas.

E) Cuando se terminó con la aplicación se procedió a calificarlas y realizar el tratamiento estadístico.

3.12 TRATAMIENTO ESTADISTICO

La prueba que se aplicó fue la de Chi cuadrada para dos muestras independientes. (41)

Fórmula:

$\sum_{i=1} \sum_{j=1}$ Indica sumar todas las filas (r) y todas las (k), es decir, sumar todas las celdillas.

O_{ij} Es el número observado de casos clasificados en la fila i de la columna j.

E_{ij} es el número de casos esperados conforme H_0 , que clasificarán en la fila i de la columna j .

Los grados de libertad se obtienen por $gl = (r-1)(k-1)$, donde r es el número de filas y k el de columnas de la tabla de contingencias.

Para encontrar la frecuencia esperada para cada celdilla (E_{ij}) se multiplican los totales marginales comunes, por una celdilla particular y se dividen por el total de casos (N).

$$x^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

La importancia de realizar bien cada uno de los puntos desarrollados a lo largo de este capítulo, es muy grande debido a que en ellos se basa lo siguiente: primero, que sea factible la aplicación del estudio y segundo, que los resultados obtenidos puedan tratarse con certidumbre y realmente se aporte algo nuevo y con bases sólidas.

CAPITULO 4

TRATAMIENTO ESTADISTICO

El planteamiento estadístico es importante, ya que permite obtener los resultados en una forma clara y comprensible, tanto para el investigador como para el lector; aparte, estos resultados se toman como base para poder rechazar o aceptar las hipótesis planteadas anteriormente.

1. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN LA POBLACION GENERAL

1.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA (N=100)

La muestra fue de 100 estudiantes universitarios de los cuales 55 corresponden al sexo femenino y 45 al sexo masculino, en cuanto al estado civil el 100% de la muestra resultaron solteros.

1.1.1 Distribución de la muestra de acuerdo a la edad

Del total de la muestra se observa que la edad de mayor porcentaje es a los 20 años con 21%, del que 13 (23.6%) son mujeres y 8 (17.7%) son hombres; le sigue, los 19 años con 10 mujeres (18%) y 9 hombres (20%) que conforman el 19%; y los 21 años con 18%, con 13 (23.6%) mujeres y 5 (11.1%) hombres. Entre los 18 y 21 años se encuentra el 65% de la muestra siendo la $\bar{x} = 21$ años. (Cuadro 1)

Cuadro No. 1
Distribución de la muestra por edad

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
18	4	8.8	3	5.45	7	7
19	9	20.0	10	18.0	19	19
20	8	17.7	13	23.6	21	21
21	5	11.1	13	23.6	18	18
22	4	8.8	5	9.0	9	9
23	5	11.1	6	10.9	11	11
24	5	11.1	4	7.2	9	9
25	5	11.1	1	1.8	6	6
TOTAL:	45	99.7	55	99.55	100	100

1.1.2 Procedencia de los alumnos en la población general

Entre las facultades que más destacan por un alto porcentaje son; Filosofía con 16%, del que 12 (21.8%) son mujeres y 4 (8.8%) hombres; Ingeniería con 11%, siendo 1

(1.8%) mujer y 12 (22.2%) hombres; Psicología con 10%, donde 9 (16.3%) son mujeres y 1 (2.2) hombre; y C.C.H. con 8% del cual 2 (3.6%) son mujeres y 6 (13.3%) hombres. (Cuadro 2)

Cuadro No. 2
Distribución de la muestra por procedencia académica

FACULTAD O ESCUELA	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Filosofía	4	8.8	12	21.8	16	16
Ingeniería	10	22.2	1	1.8	11	11
Psicología	1	2.2	9	16.3	10	10
C.C.H.	6	13.3	2	3.6	8	8
Ciencias	3	6.6	4	7.2	7	7
Economía	4	8.8	3	5.4	7	7
Arquitectura	5	11.1	1	1.8	6	6
Ciencias Políticas	1	2.2	5	9.0	6	6
Contaduría	2	4.4	4	7.2	6	6
Derecho	4	8.8	2	3.6	6	6
Química	1	2.2	4	7.2	5	5
Trabajo	1	2.2	2	3.6	3	3
Odontología	0	0	2	3.6	2	2
Veterinaria	0	0	2	3.6	2	2
Preparatoria	2	4.4	0	0	2	2
M.A.C.	0	0	1	1.8	1	1
Música	1	2.2	0	0	1	1
Pedagogía	0	0	1	1.8	1	1
TOTAL	45	99.4	55	99.3	100	100

1.1.3 Grado académico de los alumnos de la muestra

De acuerdo con el nivel escolar, dentro del nivel medio superior el mayor porcentaje para el 6o semestre con 4 (8.8%) hombres y 1 (1.8%) mujer, 4o y 5o semestres cada uno con 2 (4.4%) hombres y 2o semestre con 1 (1.8%) mujer.

En licenciatura el de mayor porcentaje fue el 2o semestre con 34%, del que 19 (34.5%) son mujeres y 14 (31.1%) hombres, mientras el 4 semestre con 21% siendo 15 (27.2%) mujeres y 6 (13.3%) hombres, también destaca el 6o semestre con 14% del cual 3 (6.6%) son hombres y 11 (20%) mujeres. (Cuadro 3)

Cuadro No. 3
Distribución de la muestra por grado académico

NIVEL MEDIO SUPERIOR	fH	%H	fM	%M	fT	%T
2º semestre	0	0	1	1.8	1	1
4º semestre	2	4.4	0	0	2	2
5º semestre	2	4.4	0	0	2	2
6º semestre	4	8.8	1	1.8	5	5
Licenciatura:						
1º semestre	2	4.4	2	3.6	4	4
2º semestre	12	31.1	19	34.5	33	33
3º semestre	0	0	1	1.8	1	1
4º semestre	6	13.3	15	27.2	21	21
5º semestre	5	11.1	1	1.8	6	6
6º semestre	3	6.6	11	20.0	14	14
7º semestre	0	0	0	0	0	0
8º semestre	5	11.1	3	5.4	8	8
9º semestre	0	0	1	1.8	1	1
10º semestre	2	4.4	0	0	2	2
TOTAL:	45	99.6	55	99.7	100	100

1.2 INCIDENCIA DE DEPRESION EN LA MUESTRA

1.2.1 Resultados del Zung en población general

De acuerdo con el Zung se presentaron los siguientes resultados: el 61% correspondió a no deprimidos, del que 36

(80%) son hombres y 25 (45%) mujeres, mientras los deprimidos fueron el 39% de este porcentaje 30 (54.5) fueron mujeres y 9 (20%) hombres. (Cuadro 4)

Cuadro No. 4
Resultados de Zung en la población general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	9	20	30	54.5	39	39
No Deprimidos	36	80	25	45.4	61	61
TOTAL:	45	100	55	99.9	100	100

Utilizando la clasificación básica del Zung resultó lo siguiente: el 61% fueron normales, el 39% ambulatorios y ningún caso dentro de hospitalarios. (Cuadro 5)

Cuadro No. 5
Resultados del Zung de acuerdo a la clasificación básica en la población general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Normales	36	80	25	45.4	61	61
Ambulatorios	9	20	30	54.5	39	39
Hospitalarios	0	0	0	0	0	0
TOTAL:	45	100	55	99.9	100	100

1.2.2 Resultados del DIS en población general

En población general de acuerdo con el DIS el 52% no tuvo depresión, siendo 29 (65.9%) los hombres y el 23 (41%) las mujeres, mientras el 48% fueron deprimidos, de éstos 15 (34%) fueron hombres y 33 (58.9%) mujeres. (Cuadro 6)

Cuadro No. 6
Resultados del DIS en la población general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	15	34.0	33	58.9	48	48
No Deprimidos	29	65.9	23	41.0	52	52
TOTAL:	44	99.9	56	99.9	100	100

Los diagnósticos obtenidos con el DIS fueron los siguientes: el 16% correspondió al episodio depresivo mayor, siendo 12 (36.3%) mujeres y 4 (26.6%) hombres, con distimia fueron el 5% del que 4 (12.1%) son mujeres, y 1 (6.6%) hombre, y 27% se encontraron con episodio depresivo mayor y distimia del cual 17 (51.5%) fueron mujeres y 10 (66.6%) fueron hombres. (Cuadro 7)

Cuadro No. 7
Diagnósticos obtenidos por el DIS en la
población general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Depresión mayor	4	26.6	12	36.3	16	33.3
Distimia	1	6.6	4	12.1	5	10.4
Dep. mayor y Distimia	10	66.6	17	51.5	27	56.2
TOTAL:	15	99.8	33	99.9	48	99.9

1.2.3 Primera vez en que ocurrió la depresión en la muestra

Entre la edades en las que se presentó por primera vez el trastorno depresivo sobresalen los 18 años con 12% siendo 4 (25%) hombres y 8 (25.4) mujeres, destaca también los 17 años con 8% del cual 3 (18.7%) son hombres y 5 (16.1%) son mujeres, los 15 años con 5%, en el que 1 (6.2%) es hombre y 4 (12.9%) son mujeres. (Cuadro 8)

Cuadro No. 8

Distribución de la muestra conforme a la edad en que ocurrió por primera vez la depresión en la población general

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
8	0	0	1	3.2	1	2.1
10	0	0	1	3.2	1	2.1
12	1	6.2	0	0	1	2.1
14	2	12.5	2	6.4	4	8.5
15	1	6.2	4	12.9	5	10.6
16	2	12.5	1	3.2	3	6.3
17	3	18.7	5	16.1	8	17.0
18	4	25.0	8	25.8	12	25.5
19	1	6.2	2	6.4	3	6.3
20	1	6.2	3	9.6	4	8.5
21	0	0	2	6.4	2	4.2
22	0	0	2	6.4	2	4.2
24	1	6.2	0	0	1	2.1
TOTAL:	16	99.7	31	99.6	47	99.5

1.2.4 Peor época en la que se presentó la depresión en la muestra

La edad en la que se presentó la peor época de depresión en la población general, es a los 18 años con 7 (21.8%) mujeres y 4 (26.9%) hombres, los 19 con 7 (21.8%) mujeres y 2 (13.3%) hombres y los 20 años con 1 (6.6%) hombre y 5 (15.6%) mujeres. (Cuadro 9)

Cuadro No. 9

Distribución de la muestra conforme a la peor época en que se presentó la depresión en la población general

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
11	0	0	1	3.1	1	2.1
14	1	6.6	0	0	1	2.1
15	1	6.6	0	0	1	2.1
16	0	0	2	6.2	2	4.2
17	3	20.0	2	6.2	5	10.6
18	4	26.6	7	21.8	11	24
19	2	13.3	7	21.8	9	19.1
20	1	6.6	5	15.6	6	12.7
21	0	0	2	6.2	2	4.2
22	0	0	5	15.6	5	10.6
23	1	6.6	0	0	1	2.1
24	2	13.3	1	3.1	3	6.3
TOTAL:	15	99.6	32	99.6	47	99.5

1.2.5 Prevalencia de la depresión en la población general

Sin depresión se encontró un 55% del que 31 (70.4%) son hombres y 24 (42.8%) mujeres, mientras los deprimidos tuvieron un 45% el cual es un alto porcentaje el cual está conformado por 13 (29.5%) hombres y 32 (57.1%) en mujeres. (Cuadro 10)

Cuadro No. 10

Distribución de la muestra conforme a la incidencia de la depresión en la población general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	13	29.5	32	57.1	45	45
No deprimidos	31	70.4	24	42.8	55	55
TOTAL:	44	99.9	56	99.9	100	100

2. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

2.1. CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA

En el servicio de salud mental la muestra fue de N = 50 estudiantes universitarios de los cuales el 56% correspondió al sexo femenino o sea, 28 mujeres y el 44% al sexo masculino que son 22 hombres. En cuanto al estado civil el 100% resultaron solteros.

2.1.1. Distribución de la muestra del servicio de salud mental de acuerdo a la edad

La distribución de la muestra por edad en el servicio de salud mental fue de 22% a los 20 años esto es, 6 (27.2%) hombres y 5 (17.8%) mujeres, entre los 19 y 21 años obtuvieron

el 20% cada uno, a los 19 años fueron 4 (18.1%) hombres y 6 (21.4%) mujeres, mientras a los 21 años 2 (9%) hombres y 8 (28.5) mujeres, entre estas edades son el 62% de la muestra para este servicio. La media de edad es de 21 años. (Cuadro 11)

Cuadro No. 11
Distribución de la muestra del servicio de salud
mental por edad

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
18	1	4.5	1	3.5	2	4
19	4	18.1	6	21.4	10	20
20	6	27.2	5	17.8	11	22
21	2	9.0	8	28.5	10	20
22	2	9.0	2	7.1	4	8
23	2	9.0	4	14.2	6	12
24	3	13.6	2	7.1	5	10
25	2	9.0	0	0	2	4
TOTAL:	22	99.4	28	99.6	50	100

2.1.2 Procedencia de los alumnos que asisten al servicio de salud mental

En el servicio de salud mental los mayores porcentajes de acuerdo a la facultad o escuela de procedencia, se observa que la facultad de Filosofía y Letras tiene el 18% que representan 8 (28.5%) mujeres y un (4.5%) hombre, en la

facultad de ingeniería obtuvo un 12% del que son (27.2%) hombres. De igual manera el C.C.H. obtuvo el 12% correspondiente a 4 (18.1%) hombres y 2 (7.1%) mujeres, la facultad de Arquitectura el 8% con 3 (13.6%) hombres y una (3.5%) mujer, siendo estos porcentajes los más altos para este servicio. (Cuadro 12)

Cuadro No. 12
Distribución de la muestra del servicio de salud mental
por procedencia de los alumnos

FACULTAD O ESCUELA	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Filosofía	1	4.5	8	28.5	9	18
Ingeniería	6	27.2	0	0	6	12
Ciencias	2	18.1	3	7.1	6	12
C.C.H.	4	9.0	2	10.7	5	10
Arquitectura	3	13.6	1	3.5	4	8
Economía	1	4.5	2	7.1	3	6
Psicología	1	4.5	2	7.1	3	6
Química	0	0	3	10.7	3	6
Ciencias Políticas	0	0	3	10.7	3	6
Trabajo Social	1	4.5	1	3.5	2	4
Contaduría	1	4.5	0	0	1	2
M.A.C.	0	0	1	3.5	1	2
Música	1	4.5	0	0	1	2
Pedagogía	0	0	1	3.5	1	2
Veterinaria	0	0	1	3.5	1	2
Preparatoria	1	4.5	0	0	1	2
TOTAL:	22	99.4	28	99.4	50	100

2.1.3 Grado académico de los alumnos de la muestra del servicio de salud mental

En el nivel escolar medio superior se encuentra el 6o semestre con el mayor porcentaje de 8% conformado por 3 (13.6%) hombres y una (3.5%) mujer, le siguen el 4o semestre con 4%, correspondiendo a 2 (9%) hombres, el 2o semestre con 2%, o sea, una (3.5%) mujer.

En licenciatura el mayor porcentaje lo tiene el 4^o semestre con 22%, que significa 2 (9%) hombres y 9 (32.1%) mujeres, le siguen el 2^o semestre con 20%, conformado por 4 (18.1%) hombres y 6 (21.4%) mujeres, el 6^o semestre con 14% del cual hay un (3.5%) hombre y 6 (21.4%) mujeres. (Cuadro 13)

Cuadro No. 13
Distribución de la muestra del servicio de salud mental
por grado académico

	H	%H	M	%M	T	%T
2º semestre	0	0	1	3.5	1	2
4º semestre	2	9.0	0	0	2	4
6º semestre	3	13.6	1	3.5	4	8
Licenciatura:						
1º semestre	1	4.5	1	3.5	2	4
2º semestre	4	18.1	6	21.4	10	20
3º semestre	0	0	1	3.5	1	2
4º semestre	2	9.0	9	32.1	11	22
5º semestre	4	18.1	1	3.5	5	10
6º semestre	1	4.5	6	21.4	7	14
7º semestre	0	0	0	0	0	0
8º semestre	4	18.1	2	7.1	6	12
9º semestre	0	0	0	0	0	0
10º semestre	1	4.5	0	0	1	2
TOTAL:	22	99.4	28	99.5	50	100

2.2 INCIDENCIA DE LA POBLACION EN LA MUESTRA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

2.2.1 Resultados del Zung en el servicio de Salud mental

De acuerdo con el Zung correspondió el 42% a los no deprimidos, de este porcentaje son 13 (59%) hombres y 8 (28.5%) mujeres, mientras el 58% fueron deprimidos de este porcentaje las mujeres fueron el 20 (71.4%) y los hombres 9 (40.9%) (Cuadro 14)

Cuadro No. 14
Resultados del Zung en el servicio de salud mental

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	9	40.9	20	71.4	29	58
No Deprimidos	13	59	8	28.5	21	42
TOTAL:	22	99.9	28	99.9	50	100

Considerando la clasificación básica de Zung tenemos que 21 alumnos correspondieron a normales, 13 (59%) hombres y 8 (28.5%) mujeres, mientras 29 alumnos se clasificaron como ambulatorios, siendo 9 (40.9%) hombres y 20 (71.4%) mujeres y no se presentó ningún caso de hospitalarios. (Cuadro 15)

Cuadro No. 15
Resultados del Zung de acuerdo a la clasificación
básica en el servicio de salud mental

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Normales	13	59.0	8	28.5	21	42
Ambulatorios	9	40.9	20	71.4	29	58
Hospitalarios	0	0	0	0	0	0
TOTAL:	22	99.9	28	99.9	50	100

2.2.2 Resultados del DIS en el servicio de salud mental

En el servicio de salud mental de acuerdo con el DIS el 30% de la población N = 50 se mostró sin depresión, de los cuales 9 (40.9%) eran hombres y 6 (21.4%) mujeres, en tanto que con depresión se encontró al 70%, siendo 22 (78.5%) mujeres y 13 (59%) los hombres. (Cuadro 16)

Cuadro No. 16
Resultados del DIS en el servicio de salud mental

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	13	59.0	22	78.5	35	70
No deprimidos	9	40.9	6	21.4	15	30
TOTAL:	22	99.9	28	99.9	50	100

De acuerdo con los diagnósticos obtenidos con el DIS en el servicio de salud mental se obtuvo el 24% para episodio depresivo mayor, del que 2 (15.3%) eran hombres y 10 (45.4%) mujeres, distimia se encontró el 5%, siendo un (7.6%) hombre y dos (9%) mujeres, y para episodio depresivo mayor y distimia fue encontrado el 40% de la muestra, correspondiendo a 10 (76.9%) hombres y 10 (45.4%) mujeres. (Cuadro 17)

Cuadro No. 17
Diagnósticos obtenidos con el DIS en el servicio de
salud mental

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Depresión mayor	2	15.3	10	45.4	12	34.2
Distimia	1	7.6	2	9.0	3	8.5
Dep. mayor y distimia	10	76.9	10	45.4	20	57.1
TOTAL:	13	99.8	22	99.8	35	99.8

2.2.3 Primera vez que ocurrió la depresión en alumnos que asistieron al servicio de salud mental

De acuerdo a la edad en que se presentó por primera vez la depresión en alumnos que asistieron al servicio de salud mental, el mayor porcentaje fue a los 18 años con 22.8%, siendo 4 (19%) mujeres y 4 (28.5%) hombres, continúan los 17 años con 14.2% del que hay 3 (21.4%) hombres y 2 (9.5%) mujeres, y por último los 14 y 20 años ambas con 11.4% correspondiendo a los 14 años 2 (14.2%) hombres y 2 (9.5%) mujeres, mientras en los 20 años fueron un (7.1%) hombre y 3 (14.2%) mujeres. (Cuadro 18)

Cuadro No. 18

Distribución de la muestra conforme a la edad en que apareció por primera vez la depresión en el servicio de salud mental

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
8	0	0	1	4.7	1	2.8
10	0	0	1	4.7	1	2.8
12	1	7.1	0	0	1	2.8
14	2	14.2	2	9.5	4	11.4
15	0	0	3	14.2	3	8.5
16	2	14.2	1	4.7	3	8.5
17	3	21.4	2	9.5	5	14.2
18	4	28.5	4	19.0	8	22.8
19	0	0	2	9.5	2	5.7
20	1	7.4	3	14.2	4	11.4
21	0	0	1	4.7	1	2.8
22	0	0	1	4.7	1	2.8
24	1	7.1	0	0	1	2.8
TOTAL:	14	99.6	21	99.9	35	99.3

2.2.4 Peor época en que se presentó la depresión en alumnos que asistieron al servicio de salud mental

La edad donde los alumnos tuvieron su peor época destacan los 18 años luego a los 20, 19, 21 y 24. (Cuadro 19)

Cuadro No. 19

Distribución de la muestra conforme a la peor época en que se presentó la depresión en alumnos que asistieron al servicio de salud mental

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
11	0	0	1	4.5	1	2.8
14	1	7.6	0	0	1	2.8
15	1	7.6	1	4.5	2	5.7
16	0	0	2	9.0	2	5.7
17	3	23.0	0	0	3	8.5
18	4	30.7	5	22.7	9	25.7
19	1	7.6	3	13.6	4	11.4
20	1	7.6	4	18.1	5	14.2
21	0	0	2	9.0	2	5.7
22	0	0	3	13.6	3	8.5
23	1	7.6	0	0	1	2.8
24	1	7.6	1	4.5	2	5.7
TOTAL:	13	99.3	22	99.5	35	99.5

2.2.5 Incidencia de la depresión en el servicio de salud mental

La incidencia de la depresión en el servicio de salud mental fue de 66% de la muestra $N = 50$, del cual 22 (78.5%) fueron mujeres y 11 (50%) hombres, lo cual es considerado como un alto porcentaje. (Cuadro 20)

Cuadro No. 20

Distribución de la muestra conforme a la incidencia de la depresión en el servicio de salud mental

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	11	50	22	78.5	33	66
No Deprimidos	11	50	6	21.4	17	34
TOTAL:	22	100		99.9	50	100

2.2.6 Incidencia de la depresión por edades en el servicio de salud mental

De acuerdo con la edad se mostró el mayor porcentaje de depresión a los 19 años con 18% del que 3 (27.2%) son hombres y 6 (27.2%) mujeres, le sigue los 21 años con 16% del cual 2 (18.1%) son hombres y 6 (27.2%) son mujeres, continúan los 20 años con 10% correspondiendo a este porcentaje 2 (18.1%) hombres y 3 (13.6%) mujeres, son estas las edades más significativas en las que también destaca un mayor porcentaje en mujeres. (Cuadro 21)

Cuadro No. 21

Incidencia de la depresión por edades en el servicio de salud mental

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
18	1	9.0	1	4.5	2	6.0
19	3	27.2	6	27.2	9	27.2
20	2	18.1	3	13.6	5	15.1
21	2	18.1	6	27.2	8	24.2
22	0	0	2	9.0	2	6.0
23	2	18.1	2	9.0	4	12.1
24	1	9	2	9.0	3	9.0
25	0	0	0	0	0	0
TOTAL:	11	99.5	22	99.5	33	99.6

2.2.7 Incidencia de la depresión por facultades, escuelas y nivel medio superior en el servicio de salud mental

La facultad con mayor incidencia fue la facultad de Filosofía y Letras con 15.1% del cual 1 (9%) es hombre y 4 (18.1%) son mujeres, también el C.C.H. obtuvo el 15.7% siendo en éste 3 (27.2%) hombres y 2 (9%) mujeres; las facultades de Ciencias y Química obtuvieron el 9% y en ambas fueron 3 (13.6%) mujeres; en las facultades de Economía y Arquitectura al igual que las dos anteriores facultades tuvieron 9%, pero en la facultad de Economía con (9%) un hombre y 2 (9%) mujeres, mientras en la facultad de Arquitectura 2 (18.1%) hombres y una (4.5%) mujer. (Cuadro 22)

Cuadro No. 22
Incidencia de la depresión por facultades, escuelas y
nivel medio superior en el servicio de salud mental

FACULTAD O ESCUELA	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Filosofía	1	9	4	18.1	5	15.1
C.C.H.	3	27.2	2	9.1	5	15.1
Ciencias	0	0	3	13.6	3	9.0
Química	0	0	3	13.6	3	9.0
Economía	1	9.0	2	9.0	3	9.0
Arquitectura	2	18.1	1	4.5	3	9.0
Psicología	0	0	2	9.0	2	6.0
Ciencias Políticas	0	0	2	9.0	2	6.0
Trabajo social	1	9	1	4.5	2	6.0
Ingeniería	1	9	0	0	1	3.0
M.A.C.	0	0	1	4.5	1	3.0
Música	1	9	0	0	1	3.0
Veterinaria	0	0	1	4.5	1	3.0
Preparatoria	1	9	0	0	1	3.0
TOTAL:	11	99.3	22	99.3	33	99.2

3.- DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL

3.1 CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DEL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL

La muestra fue de $N = 50$ alumnos universitarios que asistieron al servicio de medicina general, de éstos el 46% correspondió a mujeres y el 54% a hombres, siendo el 100% de la muestra solteros.

3.1.1 Distribución de la muestra del servicio de medicina general por edad

En el servicio de medicina general de acuerdo a la edad de los estudiantes se obtuvieron los siguientes resultados: el mayor porcentaje correspondió a los 20 años con 20% del que 2 (8.6%) son hombres y 8 (29.6%) mujeres, los 19 años con 18% correspondiendo 5 (21.7%) hombres y 4 (14.8%) mujeres, y los 21 años con 16%, del cual 3 (13%) son hombres y 5 (18.5%) mujeres. Siendo en estas tres edades más de la mitad de la muestra en este servicio, con una media de edad de $x = 21$ años. (Cuadro 23)

Cuadro No. 23
Distribución de la muestra del servicio de medicina
general por edad

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
18	3	13.0	2	7.4	5	10
19	5	21.7	4	14.8	9	18
20	2	8.6	8	29.6	10	20
21	3	13.0	5	18.5	8	16
22	2	8.6	3	11.1	5	10
23	3	13.0	2	7.4	4	8
24	2	8.6	2	7.4	4	8
25	3	13.0	1	3.7	4	8
TOTAL:	23	99.5	27	99.9	50	100

3.1.2 Procedencia de los alumnos que asisten al servicio de medicina general

En el servicio de medicina general de acuerdo a la facultad, o escuela de procedencia, tenemos a que las más significativas en relación a los altos porcentajes son:

La facultad de Filosofía y Letras y la facultad de Psicología con 14% cada una, siendo de este porcentaje 3 (13%) hombres y 4 (14.8%) mujeres para la facultad de Filosofía y Letras, y para la facultad de Psicología 7 (25.9%) mujeres, continúa la facultad de Derecho con 12% del que 4 (17.3%) son hombres y 2 (7.4%) son mujeres, le siguen las facultades de Ingeniería y Contaduría con 10% cada una, correspondiendo 4 (17.3%) hombres y 1 (3.7%) mujer a la facultad de Ingeniería y 1 (4.3%) hombres y 4 (14.8%) mujeres a la facultad de Contaduría. (Cuadro 24)

Cuadro No. 24

Distribución de la muestra del servicio de medicina general por procedencia de los alumnos

FACULTAD O ESCUELA	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Filosofía	3	13.0	4	14.8	7	14
Psicología	0	0	7	25.9	7	14
Derecho	4	17.3	2	7.4	6	12
Ingeniería	4	17.3	1	3.7	5	10
Contaduría	1	4.3	4	14.8	5	10
Economía	3	13.0	1	3.7	4	8
Ciencias Políticas	1	4.3	2	7.4	3	6
Química	1	4.3	1	3.7	2	4
Arquitectura	2	8.6	0	0	2	4
Odontología	0	0	2	7.4	2	4
Ciencias	1	4.3	1	3.7	2	4
C.C.H.	2	8.6	0	0	2	4
Veterinaria	0	0	1	3.7	1	2
Trabajo social	0	0	1	3.7	1	2
Preparatoria	1	4.3	0	0	1	2
TOTAL:	23	99.3	27	99.9	50	100

3.1.3 Grado académico de los alumnos de la muestra del servicio de medicina general

En el nivel medio superior el mayor porcentaje fue en el 5o semestre con 4% correspondiendo a 2 (8.6%) hombres, continúa el 6o semestre con 2% con un (4.3%) hombre.

En licenciatura destacan por un alto porcentaje el 2o semestre con 46%, del que 10 (43.4%) son hombres y 13 (48.1%) son mujeres, sigue el 4o semestre con 20% del cual 4 (17.3%) son hombres y 6 (22.2%) son mujeres, y el 6o semestre con 14% siendo 2 (8.6%) hombres y 5 (18.5%) mujeres para este porcentaje. (Cuadro 25)

Cuadro No. 25
Distribución de la muestra del servicio de medicina
general por grado académico

NIVEL MEDIO SUPERIOR	fH	%H	fM	%M	fT	%T
5º semestre	2	8.6	0	0	2	4
6º semestre	1	4.3	0	0	1	2
Licenciatura:						
1º semestre	1	4.3	1	3.7	2	4
2º semestre	10	43.4	13	48.1	23	46
3º semestre	0	0	0	0	0	0
4º semestre	4	12.3	6	22.2	10	20
5º semestre	1	4.3	0	0	1	2
6º semestre	2	8.6	5	18.5	7	14
7º semestre	0	0	0	0	0	0
8º semestre	1	4.3	1	3.7	2	4
9º semestre	0	0	1	3.7	1	2
10º semestre	1	4.3	0	0	1	2
TOTAL:	23	99.4	27	99.9	50	100

3.2. INCIDENCIA DE LA DEPRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL

3.2.1 Resultados del Zung en el servicio de medicina general

De acuerdo con el Zung en el servicio de medicina general se obtuvieron los siguientes resultados: 80% de los alumnos no tuvieron depresión, del cual 23 (100%) son hombres y 17 (62.9%) mujeres, mientras el 20% sí presentó depresión siendo 10 (37%) mujeres. (Cuadro 26)

Cuadro No. 26
Resultados del Zung en el servicio de medicina general

	PH	%H	PM	%M	PT	%T
Deprimidos	0	0	10	3.7	10	20
No deprimidos	23	100	17	62.9	40	80
TOTAL:	23	100	27	99.9	50	100

Utilizando la calificación básica de Zung 40 alumnos resultaron normales, de los cuales 23 (100%) son hombres y 17 (62.9%) son mujeres, mientras 10 (37%) alumnos resultaron ambulatorios siendo mujeres en su totalidad y en hospitalarios no se presentaron casos. (Cuadro 27)

Cuadro No. 27

Resultados del Zung de acuerdo a la calificación básica en el servicio de medicina general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Normales	23	100	17	62.9	40	80
Ambulatorios	0	0	10	37.0	10	20
Hospitalarios	0	0	0	0	0	0
TOTAL:	23	100	27	99.9	50	100

3.2.2 Resultados del DIS en el servicio de medicina general

En el servicio de medicina general de acuerdo con el DIS se obtuvieron los siguientes resultados: los que no tuvieron depresión fueron el 74% de la población N = 50, siendo 20 (90.9%) hombres y 17 (60.7%) mujeres, y resultaron con depresión el 26% del cual 2 (9%) son hombres y 11 (39.2%) mujeres, siendo éste un resultado alto para la población de medicina general. (Cuadro 28)

Cuadro No. 28

Resultado del DIS en el servicio de medicina general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	2	9.0	11	39.2	13	26
No deprimidos	20	90.9	17	60.7	37	74
TOTAL:	22	99.9	28	99.9	50	100

Los diagnósticos obtenidos con el DIS para este servicio nos muestra un 8% para episodio depresivo mayor, del que 2 (100%) son hombres y 2 (18.1%) son mujeres, para distimia se encontró el 4%, perteneciendo a este porcentaje 2 (18.1%) mujeres, y en episodio depresivo mayor y distimia 14% siendo únicamente 7 (63.6%) mujeres. (Cuadro 29)

Cuadro No. 29
Diagnósticos obtenidos con el DIS en el servicio de
medicina general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Depresión mayor	2	100	2	18.1	4	30.7
Distimia	0	0	2	18.1	2	15.3
Dep. mayor y distimia	0	0	7	63.6	7	53.8
TOTAL:	2	100	11	99.8	13	99.8

3.2.3 Primera vez que ocurrió la depresión en alumnos que asistieron al servicio de medicina general

La primera vez en que apareció el trastorno depresivo en alumnos deprimidos que asistieron al servicio de medicina general fue a los 18 con 30.7% del cual 4 (36.3%) son mujeres, y a los 17 años con 23%, siendo 3 (27.2%) mujeres. (Cuadro 30)

Cuadro No. 30

Distribución de la muestra conforme a la edad en que apareció por primera vez la depresión en el servicio de medicina general

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
15	1	50	1	9	2	15.3
17	0	0	3	27.2	3	23.0
18	0	0	4	36.3	4	30.7
19	1	50	0	0	1	7.6
20	0	0	1	9	1	7.6
21	0	0	1	9	1	7.6
22	0	0	1	9	1	7.6
TOTAL:	2	100	11	99.5	13	99.4

3.2.4 Peor época en que se presentó la depresión en alumnos que asistieron al servicio de medicina general

La peor época en que ocurrió la depresión de acuerdo a la edad, en estudiantes que asistieron al servicio de medicina general fue a los 19 años, siendo 4 (36.3%) mujeres y un (50%) hombre. (Cuadro 31)

Cuadro No. 31

Distribución de la muestra conforme a la peor época en que se presentó la depresión en alumnos que asistieron al servicio de medicina general

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
17	0	0	2	18.1	2	15.3
18	0	0	2	18.1	2	15.3
19	1	50	4	36.3	5	38.4
20	0	0	1	9.0	1	7.6
22	0	0	2	18.1	2	15.3
24	1	50	0	0	1	7.6
TOTAL:	2	100	11	99.6	13	99.5

3.2.5 Incidencia de la depresión en el servicio de medicina general

La incidencia de la depresión en el servicio de medicina general fue de 24% de la muestra $N = 50$, correspondiendo 10 (35.7%) mujeres y 2 (9%) hombres. Lo cual es un elevado porcentaje de acuerdo al servicio.

Los que no presentaron depresión fueron el 76%, del que 20 (90.9%) son hombres y 18 (64.2%). (Cuadro 32)

Cuadro No. 32
Distribución de la muestra conforme a la depresión de
la muestra en el servicio de medicina general

	fH	%H	fM	%M	fT	%T
Deprimidos	2	9.0	10	35.7	12	24
No deprimidos	20	90.9	18	64.2	38	76
TOTAL:	22	99.9	28	99.9	50	100

3.2.6 Incidencia de la depresión por edades en el servicio de medicina general

De acuerdo a la incidencia de la depresión por edades en el servicio de medicina general destacan los 19 años con 33.3% del que uno (50%) es hombre y 3 (30%) mujeres, también sobresalen los 24 años con 25% siendo un (50%) hombre y 2 (20%) mujeres. (Cuadro 33)

Cuadro No. 33
Distribución de la incidencia de depresión por edades
en el servicio de medicina general

EDAD	fH	%H	fM	%M	fT	%T
18	0	0	0	0	0	0
19	1	50	3	30	4	33.3
20	0	0	2	20	2	16.6
21	0	0	0	0	0	0
22	0	0	2	20	2	16.6
23	0	0	1	10	1	8.3
24	1	50	2	20	3	25.0
25	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	100	10	100	12	99.8

3.2.7 Incidencia de la depresión por facultades, escuelas y nivel medio superior en el servicio de medicina general

En el servicio de medicina general se presentó con mayor incidencia la depresión en la facultad de Filosofía y Letras con 16.6% que corresponde a 2 (20%) mujeres, datos que coinciden con la facultad de Odontología, mientras las facultades de Ciencias y Contaduría también con 16.6% pero siendo un (50%) hombre y una (10%) mujer. (Cuadro 34)

Cuadro No. 34
Distribución de la incidencia de la depresión por facultades, escuelas y nivel superior, en el servicio de medicina general

FACULTAD O ESCUELA	nH	%H	nM	%M	nT	%T
Filosofía	0	0	2	20	2	16.6
Ciencias	1	50	1	10	2	16.6
Contaduría	1	0	1	10	2	16.6
Odontología	0	0	2	20	2	8.3
Ingeniería	0	0	1	10	1	8.3
Psicología	0	0	1	10	1	8.3
Economía	0	0	1	10	1	8.3
Derecho	0	0	1	10	1	8.3
TOTAL:	2	100	10	100	12	99.6

4.- PRUEBA DE CHI CUADRADA PARA DOS MUESTRAS INDEPENDIENTES

En este apartado se va a comprobar si es aceptada o no la hipótesis, para lo cual se utilizó la fórmula cuando se tiene un grado de libertad.

$$\chi^2 = \frac{N (AB - BC) - \frac{n}{2})^2}{(A+B) (C+D) (A+C) (B+D)}$$

	M	F	
SM	13	22	35
MG	2	11	13
	15	33	48

$$\chi = 0.253186813$$

Con lo cual se rechaza la hipótesis nula que demuestra la existencia de diferencias significativas entre los alumnos universitarios que asisten al servicio de salud mental y los alumnos que asisten al servicio de medicina general.

A su vez este resultado también comprueba la segunda hipótesis, demostrando que es mayor la cantidad de alumnos con depresión en el servicio de Salud Mental, de manera muy significativa.

Se aplicó la prueba de chi cuadrada para 2 muestras independientes para corroborar la hipótesis 3, 4 y 5 mencionadas con anterioridad.

Primero se aplicó para ver si había diferencias significativas de acuerdo a la edad, entre dos grupos de 18 a 22 y de 23 a 25 años. El resultado es el siguiente:

	F	M	
18 a 22	15	22	37
23 a 25	7	6	13
	22	28	50

$$X^2 = \frac{50 \left[1 \begin{pmatrix} 15 & 6 \\ 7 & 22 \end{pmatrix} - \frac{50}{2} \right]^2}{(37)(13)(22)(28)} =$$

$$X^2 = \frac{50 (39)^2}{296296} = .256$$

Este resultado muestra claramente que sí existen diferencias significativas entre estos grupos de edad, por lo que de los 18 a los 22 años se encuentran la mayoría de pacientes deprimidos en la muestra.

También aplicamos esta prueba para saber si existen diferencias significativas por sexos entre los alumnos deprimidos.

	SM	MG	
F	22	10	32
M	11	2	13
	33	12	45

$$\chi^2 = \frac{45 \left[1 \begin{pmatrix} 22 & 10 \\ 11 & 2 \end{pmatrix} - \begin{pmatrix} 10 & 11 \\ 33 & 12 \end{pmatrix} / -\frac{45}{2} \right]^2}{(32)(13)(33)(12)} =$$

$$\chi^2 = \frac{45 (88.5)^2}{164736} = 2.13$$

El resultado encontrado, nos pone de manifiesto que existen diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en cuanto a depresión se refiere en la población general, siendo mayor el número de mujeres.

Se aplicó además esta prueba para conocer si existen en los alumnos depresivos una diferencia significativa de acuerdo al estado civil, el resultado es el siguiente:

	M	F	
S	13	39	52
C	0	0	0
	13	39	52

$$X^2 = \frac{52 \left[1 \begin{pmatrix} 13 & 0 \\ 0 & 0 \end{pmatrix} - \begin{pmatrix} 39 & 0 \\ 0 & 0 \end{pmatrix} / - \frac{52}{2} \right]^2}{(52) \begin{pmatrix} 0 & 13 & 39 \end{pmatrix}} =$$

$$X^2 = \frac{52 (26)^2}{0} = 0$$

Por lo que se demuestra que sí existen diferencias significativas entre los alumnos que resultaron deprimidos de acuerdo a su estado civil, siendo todos los solteros.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y DISCUSION

5.1 PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y MEDICINA GENERAL

5.5.1 Prevalencia de la depresión en el servicio de salud mental

En el servicio de salud mental se encontró en la muestra una prevalencia de depresión del 66%, del cual 44% son mujeres y 22% hombres, por lo que estamos hablando de un alto porcentaje que corrobora nuestra hipótesis nula, ya que es mayor la depresión en el servicio de salud mental, que en el servicio de medicina general, como veremos más adelante.

Al comparar estos resultados con los obtenidos por Rosas (5) en una población similar, tenemos que hay diferencia en los porcentajes de un 10%, ya que él encontró

una prevalencia de depresión en los estudiantes universitarios de nivel superior, del 76%. Esta diferencia puede deberse a que su muestra fue mayor, y a los instrumentos utilizados, aunque en ambos se aplicó al principio la prueba de Zung, Rosas posteriormente utilizó el M.M.P.I. y en la presente investigación se utilizó el DIS.

En relación con la investigación de Campillo y Caraveo (4), que encontraron el 48% de prevalencia de depresión, dato que muestra gran diferencia en relación con el 66% de la presente investigación; esta disparidad puede haberse dado por los métodos empleados en ambas investigaciones, ya que en el estudio de Campillo y Caraveo se basaron en expedientes de pacientes ya diagnosticados como depresivos, bajo diversos criterios, los de las personas que atendieron los casos; en cambio en nuestra investigación, todos los diagnósticos se obtuvieron bajo un mismo criterio, lo que la hace más confiable.

Así también Campillo y Caraveo mencionan en su estudio resultados de otras investigaciones, como es la prevalencia de depresión en pacientes del servicio de psiquiatría en el Hospital Español, el cual es de 66%, dato que coincide con lo encontrado en esta investigación, aunque es importante recalcar que su muestra es de características totalmente diferentes a la de este estudio.

Como podemos darnos cuenta, hay pequeñas y grandes diferencias en comparación con otras investigaciones, pero es importante resaltar que coinciden éstas en un alto porcentaje de depresión para esta población que asiste al servicio de salud mental, aunque es algo que se espera ya que es éste el servicio adecuado para tratar este síndrome, es importante tomarlo en cuenta, porque las aportaciones que se hagan en este caso son de gran ayuda, como lo es el DIS.

5.1.2 Prevalencia de la depresión en el servicio de medicina general

Tenemos que en el servicio de medicina general se encontró una prevalencia de depresión entre los estudiantes del 24%, del cual el 20% son mujeres y 4% hombres, con lo que quiere decir que existen diferencias significativas en comparación con el servicio de salud mental, siendo mayor el porcentaje de este último.

Guevara y cols., (7), encontraron en una población similar una prevalencia de 28%, el cual en comparación con el obtenido por la presente investigación, de 24%, vemos que la diferencia de porcentajes es pequeña, tan sólo de 4%. Esto puede deberse a que su metodología es parecida al utilizar la prueba de Zung, pero la diferencia puede provenir de que Guevara y cols. hacen una entrevista posterior a la aplicación de la escala de Zung, mientras en esta investigación se utilizó

el DIS; por lo que en esta última se manejan parámetros mejor definidos y, por lo tanto, es más específica que la entrevista.

El hecho de que se encuentren altos porcentajes en la prevalencia de depresión en alumnos que asisten al servicio de medicina general, nos viene a dar una visión clara de la gravedad de la situación, debido a que la gran mayoría de los pacientes no son detectados por el médico general y por lo tanto se les da un tratamiento inadecuado, aparte por el curso de la enfermedad recae y se vuelve a repetir la situación, haciéndose crónica, creándose un círculo vicioso, lo que también aumenta la carga de trabajo para los servicios de medicina general.

Es importante resaltar la falla por parte del médico en la detección de la depresión, por lo que es necesario que se les capacite al respecto y pueda haber una detección a tiempo y su debida canalización al servicio de salud mental, donde se les dará el servicio adecuado.

5.2 INCIDENCIA DE DEPRESION POR SEXO EN LA MUESTRA

5.2.1 Diferencias por sexo en los alumnos deprimidos que asisten al servicio de salud mental

En el servicio de salud mental encontramos que predominaron las mujeres con 44%, mientras los hombres

tuvieron el 22%, dato que corrobora nuestra hipótesis de una mayor incidencia de depresión en mujeres.

De la misma manera podemos ver que en las siguientes investigaciones sucede lo mismo.

Rosas (5), obtuvo un porcentaje de 47% para mujeres y 26% en hombres; igualmente Piña (6), encontró en una población universitaria, pero a nivel general, el 43.5% en mujeres y el 26% en hombres. Por lo que observamos que en las investigaciones antes mencionadas también predominan las mujeres de manera significativa.

5.2.2 Diferencia por sexo en alumnos deprimidos que asisten al servicio de medicina general

En el servicio de medicina general, el porcentaje de mujeres deprimidas fue de 20% y 4% en hombres; en este servicio también se da en forma notoria esta diferencia siendo menor el número de hombres con depresión. Reafirmando así que el porcentaje de mujeres deprimidas es mayor que el de los hombres.

Al comparar este resultado con Guevara y cols. (7), encontraron un 22% en mujeres y 6% en hombres, que coincide en un mayor porcentaje de la mujer deprimida. Esto

es esperado debido a que, de acuerdo a la literatura, las mujeres presentan un mayor índice de depresión en comparación a los hombres, con lo que se sostiene que la mujer predomina respecto del hombre en una relación de dos mujeres por cada hombre (Fredén (24)).

De acuerdo con Fredén (24), la depresión femenina es en gran parte una cuestión de patrones rígidos de acción; la mujer a quien su educación, la sociedad y su vida adulta la han establecido en rutinas establecidas, la mujer de quien se espera principalmente que satisfagan las necesidades de otros, es la más susceptible a la depresión.

Al respecto es evidente que la sociedad educa a las mujeres en actividades con rutinas establecidas, como es el cuidado del hogar, situación que conlleva a un estancamiento de aspiraciones personales de superación, y a simplemente cumplir con la rutina y de esta manera satisfacer las necesidades de otras personas y no las propias, aunque esta situación en algunos casos puede verse superada, sobre todo recientemente, debido a que la mujer ejerce otras actividades que le pueden permitir superarse, e intentar romper con la rutina.

5.3 INCIDENCIA DE LA DEPRESION POR EDAD EN LA MUESTRA

5.3.1 Incidencia de la depresión por edad en alumnos depresivos que asisten al servicio de salud mental

En relación a la diferencia por edades en el servicio de salud mental, se presentó un mayor porcentaje de alumnos deprimidos a los 19 años y a los 21 años, con 18% cada una, mientras le siguió los 20 años con 10%, lo cual comprueba nuestra hipótesis de que entre los 18 y 22 años existe mayor incidencia.

En otra investigación, Rosas (5), consideró grupos de dos edades. Entre los más significativos se encuentran los 19 y 20 años, con 37%; le siguen los 21 y 22 años, con 17% y los 23 y 24 años, con 14%; esto coincide con los resultados de la presente investigación, que de 18 a 22 años existe mayor incidencia de depresión, aunque tomando en cuenta a Rosas (5) en la comparación que realizó de la población inscrita en licenciatura y sus resultados, encontró que las edades donde hay más población existe mayor porcentaje de depresión, por lo que este resultado es esperado considerando esta situación.

5.3.2 Incidencia de la depresión por edad en alumnos depresivos que asisten al servicio de medicina general

En el servicio de medicina general se encontró que la edad con mayor incidencia fue a los 19 años, con 8%, continuando los 24 años con 6% y luego a los 21 y 22 años, con 4%, como los de mayor incidencia.

Sólo se encontró que esta investigación consideró la siguiente variable, por lo que no hay datos con qué compararla. Pero si tomamos los resultados del servicio de salud mental en cuenta y los comparamos con los del servicio de medicina general, podemos darnos cuenta que en ambos servicios predominan los 19 y 22 años, lo que corrobora nuestra hipótesis de que entre los 18 y 22 años hay mayor incidencia de depresión.

Esto se observa también en otros estudios, como el de Comstok (47), el cual realizó un estudio epidemiológico sobre depresión, aproximadamente el 30% de personas entre 18 y 25 años, presentaron depresión, por lo tanto la probabilidad de tener depresión en adultos jóvenes es elevada.

Así también Blacker (55), cita a varios estudios (Mazer, 1967, Craig, 1979), donde los pacientes jóvenes fueron tres veces más propensos que otro grupo de edad, en consultar al médico general cuando estaba deprimido. Los jóvenes mostraron más síntomas depresivos y de mayor intensidad que los grupos de mayores de edad.

Por lo que estos resultados demuestran que este grupo de edad de 18 a 25 años, son los con mayor incidencia ocurre la depresión, de ahí la importancia de poner más atención a esta población.

5.4 INCIDENCIA DE LA DEPRESION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

5.4.1 Incidencia de la depresión de acuerdo al estado civil en el servicio de salud mental

En el servicio de salud mental, los solteros tuvieron un porcentaje de 100%. Rosas (5), obtuvo como resultado 71% solteros y 5% casados, con una población similar; estos resultados confirman nuestra hipótesis, aunque no podemos decir que sea determinante para decir que los solteros son los más afectados por este síndrome, en una población general, sino más bien es esperado este resultado de acuerdo a las características de la población estudiada.

5.4.2 Incidencia de la depresión de acuerdo al estado civil en el servicio de medicina general

El resultado obtenido en el servicio de medicina general, también nos da un 100% de depresión en solteros, al igual que el estudio de Guevara y cols. (7), lo que prueba la hipótesis de que predominan los solteros, lo cual sólo es aplicable a la población estudiada.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ayuso Gutiérrez, J. L., Saiz, R. J., (1981). Las depresiones, nuevas perspectivas clínicas. España Importecnia. Cap. 1 y 2.
- 2- Calderón Narvaez, G. (1982). Depresión. México, Trillas. Cap. 2 y 11.
- 3- Freud, Sigmund (1973). Obras completas. Biblioteca Nueva España, 3a. reimpresión. Cap. 93, pp. 2091-2100.
- 4- Campillo, S. y Caraveo, A. J. (1979). Epidemiología de la depresión. Salud mental. 79, 4, 40-43.
- 5- Rosas, A. (1985). Un estudio de depresión exógena en alumnos de nivel medio superior. Tesis UVM.
- 6- Piña, B. B. y cols. (1989). Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina. Memorias D.G.S.M. U.N.A.M. 62-65.

- 7- Guevara, L.J., Rosas, A., Domínguez, J. A. (1989). Un estudio sobre depresión en alumnos universitarios. Memorias D.G.S.M. U.N.A.M. México, 69-72-
- 8- Arieti, S. y Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression American Journal of Psychiatry 137, 11 1360-1365.
- 9- Cameron, Norman (1987). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México. Trillas 420-426.
- 10- Fava, G. A. y cols. (1982). Losses, hostility and depression. The Journal of Nervous and mental disease. Vol. 10 núm. 8 474-477.
- 11- Lesse, S. (1981). Hipocondriacal and psychosomatic disorder masking depression in adolescents. American Journal of psychotherapy. Vol. 35, núm. 3, julio, 356-367.
- 12- Goldberg, S. C., Evelyn, L. (1981). Depression and suicide ideation in the young adult. American Journal of Psychiatry. 138: 1 35-40.
- 13- Antony, E. J. (1977). Depression and children Handbook of studies in depression. Excepta médica EE. UU., cap. 6, 105-119.

- 14- Gray Hanus, D. (1986). Depression in adolescence: a perspective Journal of adolescent health care, 7:6 109-120.
- 15- Baldessarini, R. J. (1986). Las bases biomédicas de la depresión y su tratamiento. Prensa Médica Mexicana, S. A. México.
- 16- Lancet (1988). Depressive illness and the family The Lancet (editorial), marzo 12, 569-570.
- 17- Uriarte, V. (1983). Psicofarmacología. México, Trillas, Cap. 3.
- 18- O Lingjaerde (1983). The biochemistry of depression Acta Psychiatrica Scandinavica. Supp. 33, 36-51.
- 19- Wehr, T. y Goodwin, F. K. (1977). Catecholamines in depression. Handbook of studies in depression. Excerpta Médica, EE. UU., Cap. 16. 288-299.
- 20- Freedman y cols. (1983). Compendio de psiquiatría. Barcelona, España. Salvat, pág. 35 y 834.
- 21- Weingartner, H., Cohen, R. y cols. (1981). Cognitive process in depression. Arch. of general psych. 38, 42-47.

- 22- Cohen, R. M. y cols. (1982). Effort and cognition in depression. Archives of general psychiatry. 39, 593-597.
- 23- Roy, A. (1987). Five risk factors for depression. British Journal of psychiatry. 150, 536-541.
- 24- Freden, L. (1986). Aspectos psicosociales de la depresión. México, Fondo de Cultura Económica.
- 25- León, C. A. (1981). The temporo-spatial contex. A neglected aspect of the depressive response. Acta Psychiatrica Scandinavica. 63, 129-146.
- 26- Matussek, P., Lucks, O., Nagel, D. (1982). Depression symptom patterns. Psychological medicine. 12, 756-773.
- 27- Landázuri Ortiz, A. M. (1989) Efectos de la contaminación en la conducta humana. Información, Ciencia y Tecnología. Feb. vol. 11, núm. 149, 5-9.
- 28- Larrousse (1982). Diccionario enciclopédico, Planeta, España, pág. 130, 220.
- 29- Laplanche, J., Pontalis, J. B., (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Labor, España, págs. 193, 210, 228, 258, 283, 419.

- 30- Fenichel, D. (1988). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós, México, 436-452.
- 31- Grinberg, L. (1983). Culpa y depresión. Alianza Editorial, S. A., España.
- 32- Wolman, B. (1987). Diccionario de ciencias de la conducta. México, Trillas, págs. 149, 300.
- 33- Kerlinger, F. (1985). Investigación del comportamiento. México Interamericana, Cap. 22, 248-252.
- 34- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale, American Journal of Psychiatry. Enero, vol. 12, 63-70.
- 35- Zung, W. K. La medición de la depresión. Laboratorios Lakeside. México.
- 36- Lara Tapia, H. y cols. (1976). Algunas normas para la medición de la depresión. Neurología, neurocirugía y psiquiatría. Vol. 17, núm. 1, 5-15.
- 37- Robins, L. N. y cols. (1982). Validity of the Diagnostic Interview Schedule version II - DSM - III diagnoses. Psychological medicine, 12, 855-870.

- 38- Ramos, L., Caraveo, J. y cols. (1987). La Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en México. Psiquiatría. Epoca 2a., Vol. 3, núm. 2, 133 - 142.
- 39- Burman, A. M. y cols. (1983). The Spanish Diagnostic Interview Schedule, Archives of general psychiatry, Nov. 40, 1189 - 1196.
- 40- González, C., Caraveo, J. (1988). Confiabilidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. Salud Mental. Vol. 11, núm. 1, marzo, 48 - 54.
- 41- Siegel, S. (1985). Estadística no paramétrica. México, Trillas, 130 - 137.
- 42- Comstok, G. W., Helsing, K. J. (1976). Symptoms of depression in two communities. Psychological medicine. 6: 551 - 563.
- 43- Blacker, C. V. R., Clare, A. W. (1987). Depressive Disorder in Primary Care, British Journal of Psychiatry, 150: 737 - 751.

ESCALA DE ZUNG

Edad:	Sexo:	Eto. Civil:	Semestre:	Plantel:
Diagnostico:	Casi nunca	Algunas veces	con frecuencia	Continuamente
1. Me siento triste				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Me pongo a llorar o tengo deseos de hacerlo				
4. Me cuesta trabajo dormir por la noche				
5. Mi apetito es igual que antes				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy bajando de peso				
8. Estoy estreñado				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso aunque no haga nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta sencillo hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo muchos planes para el futuro				
15. Estoy más irritado 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 muriénd				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

DIS-DEPRESION

83. Durante su vida ¿alguna vez, se ha sentido triste, deprimido(a) o perdió todo el interés en las cosas que normalmente le agradaban, por dos semanas o más? 1 2 5
- TIEMPO
 -2 SEM....1
 -1 MES....2
 -6 MESES..3
 -1 AÑO....4
 +1 AÑOS...5
- INTER: _____
-
84. ¿Alguna vez se ha sentido triste o deprimido(a) casi todo el tiempo aunque a veces se sintiera bien, por dos años o más? 1 2 5
- TIEMPO
 -2 SEM....1
 -1 MES....2
 -6 MESES..3
 -1 AÑO....4
 +1 AÑOS...5
- INTER: _____

PREG. P. 85-100. OMITA PALABRAS EN () COD EN COLUMN 1

		I ALGUNA VEZ EN LA VIDA				II PEOR EPOCA	
APETITO:							
85.	¿Alguna vez hubo un periodo de dos semanas o más durante el cual <u>perdió</u> (Perdió usted) el <u>apetito</u> ?	1	3	4	5	1	5
	TIEMPO						
	-2 SEM....1						
	-1 MES....2						
	-6 MESES..3						
	-1 AÑO....4						
	+1 AÑOS...5						
	PUEDE SER POSITIVO AUN SI LA INGESTION DE COMIDA ES NORMAL						
	MD: _____ PROPIO: _____						
	INTER: _____						
86.	¿Alguna vez ha <u>perdido</u> (Perdió usted) <u>peso</u> sin proponérselo, hasta 1 kilo por semana durante varias semanas (o tanto como 4 a 5 kgs. en total)?	1	3	4	5	1	5
	TIEMPO						
	-2 SEM....1						
	-1 MES....2						
	-6 MESES..3						
	-1 AÑO....4						
	+1 AÑOS...5						
	MD: _____ PROPIO: _____						
	INTER: _____						
87.	¿Alguna vez pasó por una temporada ^o la cual <u>comía</u> mucho más de lo <u>acostumbrado</u> (Comió mucho más de lo acostumbrado) y <u>aumento</u> tanto como 1 kg. por semana durante varias semanas (6 4 a 5 ksq. en total)?	1	3	4	5	1	5
	TIEMPO						
	-2 SEM....1						
	-1 MES....2						
	-6 MESES..3						
	-1 AÑO....4						
	+1 AÑOS...5						
	MD: _____ PROPIO: _____						
	INTER: _____						

SUENO:

88.	¿Alguna vez pasó por un periodo de dos semanas o más en que tuvo (Tuvo usted) <u>dificultad en conciliar el sueño</u> , en <u>permanecer dormido(a)</u> , o que <u>despertara demasiado temprano</u> ?	1	3	4	5	1	5
	TIEMPO						
	-2 SEM....1						
	-1 MES....2						
	-6 MESES..3						
	-1 AÑO....4						
	+1 AÑOS...5						
	MD: _____ PROPIO: _____						
	INTER: _____						
89.	¿Alguna vez pasó por un periodo de dos semanas o más en el cual <u>dormía</u> (Estaba usted durmiendo) <u>demasiado</u> ?	1	3	4	5	1	5
	TIEMPO						
	-2 SEM....1						
	-1 MES....2						
	-6 MESES..3						
	-1 AÑO....4						
	+1 AÑOS...5						
	MD: _____ PROPIO: _____						
	INTER: _____						

CANSANCIO:	I				II	
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	1	3	4	5	PEOR EPOCA
90. ¿Alguna vez pasó por un periodo de dos semanas o más en el cual se sentía (Se sentía usted) <u>cansado</u> (a) todo el tiempo?	1	3	4	5	1	5
MD: _____ PROPIO: _____	TIEMPO -2 SEM...1 -1 MES...2 -6 MESES.3 -1 AÑO...4 +1 AÑOS..5					
INTER: _____						

LENTITUD E INQUIETUD:	I				II	
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	1	3	4	5	PEOR EPOCA
91. ¿Alguna vez pasó por un periodo de dos semanas o más en el cual <u>hablaba o se movía</u> (Hablaba o se movía) más despacio de lo normal para usted?	1	3	4	5	1	5
MD: _____ PROPIO: _____	TIEMPO -2 SEM...1 -1 MES...2 -6 MESES.3 -1 AÑO...4 +1 AÑOS..5					
INTER: _____						
92. ¿Alguna vez paso por un periodo de dos semanas o más en el cual tenía (Sentía usted que tenía) que estar en <u>continuo movimiento</u> es decir, no podía sentarse, que darse quieto(a) y tenía que andar de un lado para otro?	1	3	4	5	1	5
MD: _____ PROPIO: _____	TIEMPO -2 SEM...1 -1 MES...2 -6 MESES.3 -1 AÑO...4 +1 AÑOS..5					
INTER: _____						

INTERES:	I				II	
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	1	3	4	5	PEOR EPOCA
93. ¿Pasó alguna vez por un periodo de varias semanas en el cual su <u>interés sexual</u> (Su interés en el sexo) <u>era mucho menos de lo acostumbrado</u> ?	1	3	4	5	1	5
MD: _____ PROPIO: _____	TIEMPO -2 SEM...1 -1 MES...2 -6 MESES.3 -1 AÑO...4 +1 AÑOS..5					
INTER: _____						
SI VOLUNT DICE NUNCA LE INTERESO: COD. 6						

CULPABILIDAD:	I				II	
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	1	3	4	5	PEOR EPOCA
94. ¿Alguna vez pasó por un periodo de dos semanas o más en el cual se sentía (Se sintió usted) que <u>no valía nada o que era una persona pecadora o culpable</u> ?	1	3	4	5	1	5
MD: _____ PROPIO: _____	TIEMPO -2 SEM...1 -1 MES...2 -6 MESES.3 -1 AÑO...4 +1 AÑOS..5					
INTER: _____						

¿HAY 5's COD EN 3 O MAS RECUADROS EN PREGS. 85-100?

NO.....1 PASE PREG. 160
SI.....5 PREG. A

A. ¿LA PREG. 83 ESTA ^{COD} CON 1 O 5?

COD 1..... PASE PREG. 102
COD 5..... PASE PREG. 101

101. ¿Alguna vez se sintió muy triste, deprimido(a) al menos dos semanas y a la vez tuvo varias de las molestias que me ha mencionado como (MENCIONE ALGUNOS 5's DE PREGS. 85-100)?

NO.....1 EN COLS 56 Y 57 Y PASE PREG. 160
SI.....5 EN COLS 56 Y 57 Y PASE PREG. 103

102. En alguna ocasión, ¿varias de las molestias que ha tenido tales como (MENCIONE ALGUNOS 5's DE PREGS. 85-100) le ocurrieron juntas, dentro del mismo mes?

NO.....1 → PASE PREG. 160
SI.....5 → PREG. A

A. Cuando se sentía así ¿estaba bien de ánimo o triste, deprimido(a)?

Bien de ánimo.....1 PASE PREG. 160
Triste, deprimido(a).....5 PASE PREG. 103

103. ¿Cuánto tiempo le ha durado la peor temporada en que se sintió así?

SI DICE "TODA LA VIDA" O MAS DE 19 AÑOS → COD. 996

AÑOS X 52

No. DE SEMANAS

MESES X-4

--	--	--

SI 1 A 13 DIAS, COD 001 Y PASE PREG. 160

104. ¿Cuántas temporadas de tristeza o depresión ha tenido que le hayan durado dos semanas o más?

ANOTE No. DE TEMPORADAS

--	--

105. ¿Consultó a un doctor por cualquiera de estas temporadas?

NO.....1 → PREG. A
SI.....5 → PASE PREG. 106

A. ¿Habló con otro profesional (psicólogo, enfermeras, curandero, etc.)?

NO.....1 → PREG. B
SI.....5 → PASE PREG. 106

B. ¿Tomó medicinas más de una vez por alguna de estas temporadas?

NO.....1 → PREG. C
SI.....5 → PASE PREG. 106

C. ¿Esta(s) temporada(s) interfirió/interfirieron mucho con sus actividades normales?

NO.....1
SI.....5

106. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo alguna de esas temporadas?

ANOTE EDAD

--	--

107. ¿Alguna de estas temporadas se debieron a la muerte de alguien cercano a usted?

NO.....1 → PASE PREG. 108
SI.....5 → PREG. A

SI VOLUNTARIAMENTE DICE QUE EMPEZO MÁS DE 2 MESES DESPUES DE LA MUERTE, COD 1 Y PASE PREG. 108

A. ¿Ha tenido alguna temporada de depresión que no se haya debido a la muerte de alguien cercano a usted?

~~NO~~ sólo debido a la muerte.....2
~~SI~~, en otras ocasiones también.....5

108. ¿Actualmente está pasando por una temporada de depresión?

NO.....5 → PREG. A
SI.....1 → PASE INSTRUCCIONES ANTES PREG. 109

A. ¿Cuándo terminó la última temporada así?

-2 SEM....1
-1 MES....2
-6 MESES..3
-1 AÑO....4
+1 AÑOS...5

} → PASE INSTRUCCIONES ANTES PREG. 109
→ PREG. B.

B. Si hace más de un año: ¿Qué edad tenía?

ANOTE EDAD

¿SE COD. MAS DE UNA TEMPORADA EN LA PREG. 104?

NO.....1 PREG. A
SI.....5 PASE PREG. 109

A. ¿FUE LA PREG. 103 = 52 O MAS SEMANAS?

NO.....1 PASE PREG. 110
SI.....5 PREG. 109

109. ¿Qué edad tenía cuando tuvo la peor temporada de depresión junto con la mayoría de las molestias que me mencionó anteriormente?

ANOTE EDAD

110. ¿En esta temporada, en que tenía ___ años (Inicie con palabras en [])

LEA CADA PREG. COD 5 EN PREGS. 85-100
Y CODIFIQUE EN COL. II (PEOR EPOCA)
