

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
PERSONAL DOCENTE DEL NIVEL PREESCOLAR DE LA REGIÓN
CENTRO DEL ESTADO DE GUERRERO.**

TESIS.
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA
LUIS ANTONIO WENCES ROMÁN.

DIRECTORA: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO.

COMITÉ DE TESIS:

MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA.
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA.
MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO.
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.

México, D. F.

2005

m 300922



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con amor a mi hija, Mayra Wences Chávez.

Para ti Ana María que a tus 71 años estudiaste un posgrado.

Para ti Luis que a tus 92 escribes incansablemente.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Luis Antonio

Wences Rencón

ÍNDICE FECHA: 11-08-05

FIRMA: [Firma]

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PREVENCIÓN.

1.1. La epidemiología, su definición y breve reseña histórica.....	7
1.2. Algunos factores teóricos a considerar para entender la etiología de la enfermedad mental	16
1.2.1 Paradigma biológico.....	17
1.2.2 Paradigma del aprendizaje.....	17

CAPÍTULO 2, LA DEPRESIÓN.

2.1 Breve reseña histórica.....	34
---------------------------------	----

CAPÍTULO 3, REVISIÓN DE ALGUNOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y LA DEPRESIÓN.

3.1. Primeros estudios epidemiológicos en el campo de la salud mental.....	48
3.2. Estudios realizados con la Escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos.....	58
METODOLOGÍA.....	72
RESULTADOS.....	79
DISCUSIÓN.....	107
CONCLUSIÓN.....	116
BIBLIOGRAFÍA.....	118
APENDICES.....	122

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESUMEN.

El presente estudio tiene como propósito conocer la prevalencia de sintomatología depresiva y su relación con variables sociodemográficas y sucesos de vida en educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero, la muestra está compuesta por 100 educadoras en activo, las edades van de 22 a 50 años, el grado mínimo de escolaridad es de normal básica. Se utilizó una metodología que permitiera conocer la frecuencia y distribución de la sintomatología depresiva, así como su relación con variables sociodemográficas y sucesos de vida, para tal efecto se utilizaron dos instrumentos, el cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida de la Dra. Lucio G-M, E., Ampudia A. y Durán C. y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, por sus siglas CES-D, se encontró que existe un 27% de prevalencia de sintomatología depresiva y existe correlación significativa con algunas variables sociodemográficas y sucesos de vida. Se concluye que la prevalencia de sintomatología depresiva en educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero es de 27%, lo que significa que 3 de cada 10 educadoras presentan sintomatología depresiva y que dicha sintomatología correlaciona significativamente al nivel de .01 y .05 con algunas variables sociodemográficas y sucesos de vida, tales como económicas, demasiado trabajo y ciclo de sueño afectado, problemas emocionales, problemas sexuales, de separación marital, alta responsabilidad, deuda hipotecaria, muerte de algún familiar, apetito, lo anterior implica la importancia de dichas variables en la etiología de la sintomatología depresiva.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consta de dos partes, en la primera se abordan aspectos teóricos que sirven de sustento al estudio, en la primera parte del primer capítulo se abordan conceptos fundamentales de la epidemiología, en la segunda aspectos teóricos que dan cuenta de la etiología de los trastornos psicológicos desde una perspectiva psicoanalítica.

En el segundo capítulo se hace un recorrido por la historia del estudio de la depresión, partiendo de las ideas de los griegos hasta el uso de los fármacos, símbolo de la actualidad en el tratamiento de la depresión.

En el tercer capítulo se hace una revisión de los estudios afines, de por lo menos una década anterior al presente, al final de éste se explica el por qué fueron seleccionados dichos estudios y con esto cerramos la primera parte del trabajo.

La segunda parte se refiere al aspecto metodológico del trabajo y está compuesto por el último capítulo, el cuarto, en él incluimos el problema, la muestra, las variables, los instrumentos, los resultados y la discusión, con esto concluye el trabajo.

El objetivo del presente estudio es obtener información acerca de la prevalencia de sintomatología depresiva en personal docente del nivel preescolar de la región centro del Estado de Guerrero.

El ser humano es un ser necesariamente social, ya que para poder sobrevivir necesita pertenecer, desde su nacimiento a diferentes grupos, es por esto que

muchos de los fenómenos psicológicos deben ser estudiados desde este punto de vista, es decir tomando en cuenta el aspecto social, esto es, consideramos que el ser humano lo es por ser constructor e integrante de la sociedad donde nace.

De acuerdo con lo anterior podemos decir que el trabajo que aquí se presenta es producto de esa visión teórica, también se basa en estudios epidemiológicos previos que han aportado bastante información a la psicología, mismos que han servido para comprender mejor los fenómenos sociales y la repercusión de estos en el psiquismo humano, específicamente de los trastornos psicológicos, uno de estos trastornos es la depresión, que ha sido estudiada en diversas poblaciones por diversos autores y que en este trabajo se aborda desde la perspectiva ya citada.

La depresión es uno de los trastornos que con mayor frecuencia se presentan en las diferentes poblaciones a nivel mundial, de diferentes estratos sociales, edades y género de ahí su relevancia para que se le estudie.

En el presente trabajo se estudiará la depresión desde la perspectiva de la epidemiología descriptiva, sin embargo no nos limitaremos a la pura descripción, sino que intentaremos un análisis de los resultados desde un marco teórico que intente explicar, por lo menos en cierta medida la etiología de los trastornos psicológicos.

De acuerdo con lo anterior, trataremos de encontrar alguna relación entre la sintomatología depresiva y los aspectos sociales a los que hacíamos referencia líneas arriba y que en este caso se pueden derivar de variables sociodemográficas y de los sucesos de vida de cada uno de los sujetos de investigación.

CAPITULO I, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PREVENCIÓN.

1.1. La epidemiología, su definición y breve reseña histórica.

La epidemiología es el estudio de las enfermedades y aspectos de la salud en las poblaciones, la palabra viene de epidemia y se refiere a una enfermedad contagiosa en una población, pretende prevenir y conocer el origen de las enfermedades, identificar los grupos dentro de una población que son de alto y bajo riesgo y la efectividad de los tratamientos, la definición etimológica del concepto "Epidemiología", se define como epi (sobre), demos (población) y logos (tratado, ciencia) (Vega Franco, 1989), de aquí que estudie los problemas de salud en relación a una población.

La epidemiología surge históricamente ante la necesidad de controlar epidemias tales como el cólera, el sarampión, el tifo, la viruela, etc. ya desde el siglo V., a.C. Hipócrates vertía algunos conceptos sobre epidemiología en su libro aires, aguas y lugares en el siglo V., a.C., decía quien quiera que desee investigar apropiadamente en medicina, debe tomar en cuenta las estaciones del año, los vientos, el calor y el frío; especialmente en su calidad de comunes a todos los países y luego en cada localidad. Se debe estudiar atentamente las aguas que los habitantes usan, el modo en que viven y cuales son sus ocupaciones (Vega Franco, 1989).

Pero es hasta el siglo XIX cuando realmente toma fuerza dentro del estudio de la salud, gracias a los trabajos de médicos como Snow, J., Farr, W., Budd, W. y Panum, P.; Sown, John estableció las bases del método epidemiológico gracias a su minuciosa observación acerca de una epidemia de cólera en un distrito de Londres;

Farr, William dedicó gran parte de su vida a investigar las causas determinantes de la mortalidad en diferentes regiones de Inglaterra tratando de reconocer la razón de las diferencias por él observadas; Budd, William investigó cuidadosamente la fiebre tifoidea, llegando a conclusiones semejantes a las de Snow en relación a la fuente de infección y el mecanismo de transmisión del cólera; Panum, Peter publicó sus hallazgos en relación a una epidemia de sarampión en las islas Faraos, con lo cual definió el periodo de incubación de esta enfermedad (Vega Franco, 1989).

Posteriormente, en 1916, se aplicó no sólo a las enfermedades infectocontagiosas, sino también a otro tipo de enfermedades como la pelagra (Goldberger 1916) y actualmente a enfermedades crónicas como la cardiopatía o el cáncer (C. Cohen de Govia, 1979); también se ha aplicado al campo de los trastornos mentales que es el interés fundamental de este trabajo, pero de esto hablaremos más adelante.

Ahora bien, respecto a la definición formal existen diferentes formas de abordarla, pero que coinciden en lo esencial; veamos algunas:

“La ciencia que trata de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud” (Winslow, 1920. Cit. Vega Franco, 1989, p. 6).

Por otra parte Leavell y Clark (1965) dan una definición precisa de la epidemiología, es la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y

promover la salud y eficiencia física y mental. Y la dividen en dos grandes áreas de investigación: la epidemiología descriptiva, la cual estudia la frecuencia y distribución de las enfermedades y la epidemiología analítica, la cual investiga las determinantes de la enfermedad. Por su parte Mac Mahon la define de una forma más sintética, como el estudio de la distribución de la enfermedad y de las determinantes de su prevalencia en el hombre (Mac Mahon. 1970).

Por último citaremos una de las definiciones que en nuestra opinión es de las más aceptadas, citada por Mazafero: "La Asociación Epidemiológica ha propuesto recientemente una definición según la cual epidemiología es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de enfermedades en poblaciones humanas. De acuerdo con ello, su espectro se extiende a todo proceso o enfermedad sea agudo o crónico, físico o mental, transmisible o no, que afecte a grupos de población" (Mazafero, V. 1976, Pág. 1), Como vemos, aún cuando las definiciones son diferentes mantienen la idea esencial de la prevalencia y la búsqueda del origen de las enfermedades. Así podemos ver que esta última definición incluye los conceptos más importantes, por otra parte también podemos ver que de estas definiciones destacan dos grandes áreas, la primera que se refiere a la distribución de la enfermedad y la segunda que se ocupa de la búsqueda de las determinantes de la distribución encontrada. Así, de acuerdo con Cohen, encontramos la epidemiología descriptiva y la analítica: a) el estudio de la frecuencia y distribución (epidemiología descriptiva) y b) la búsqueda de las determinantes (epidemiología analítica).

Guerrero González señala algunos aspectos importantes de esta fase “a” dentro de la epidemiología y se refiere a la descripción de los fenómenos que realiza la epidemiología descriptiva y cómo ésta puede sugerir explicaciones posibles de las variables involucradas en el proceso causal. De esta forma pueden surgir hipótesis que pueden definirse como una explicación posible, pero que deberán ser sujetas a confirmación, de los fenómenos de salud o enfermedad y afirma también que los estudios descriptivos sirven para determinar la frecuencia de enfermedad, el tipo de persona que la padece y dónde y cuándo ocurre. Guerrero señala que el análisis cuidadoso de esta información revela los patrones generales de ocurrencia y los grupos de mayor riesgo de adquirir la enfermedad, y permite la formulación de hipótesis (González, M. G. 1978).

Hasta aquí hemos visto la definición de epidemiología y sus dos grandes campos: descriptiva y analítica. Veamos ahora cuales son sus aplicaciones; según Mazzafero y Vega Franco, autores que coinciden en cuanto a la aplicación que tiene la epidemiología.

- 1.- La evolución histórica de las enfermedades.
- 2.- El diagnóstico de la salud de las comunidades.
- 3.- La administración de los servicios de salud.
- 4.- La estimación de riesgos.
- 5.- La integración de los cuadros clínicos.
- 6.- La investigación de las causas que condicionan la salud o la enfermedad.

(Mazzafero V. 1976, Vega Franco, 1989.).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, podemos plantear, que en el campo de la psicología clínica no son aplicables en su totalidad los puntos citados, de esto hablaremos más adelante, cuando abordemos los factores etiológicos de los trastornos mentales, sobre todo en lo que respecta al último punto, las causas que provocan la salud o enfermedad.

Por otra parte, uno de los aspectos importantes de la epidemiología es también la prevención de enfermedades, en éste existen diferentes niveles:

“1.- La prevención primaria, que tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente;

2.- La prevención secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos, y

3.- La prevención terciaria, que se realiza con el propósito de limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya invalidas.”

(Leavell y Clark. cit. en Vega Franco, Pág. 8).

Como podemos observar la prevención primaria trata de evitar que la enfermedad se presente mediante la promoción de la salud, es decir de actividades encaminadas a evitar que la enfermedad se presente; la prevención secundaria intenta evitar el avance de la enfermedad y por lo general esto se realiza mediante un diagnóstico y tratamiento oportuno y la terciaria que tiene como propósito fundamental el limitar secuelas o bien rehabilitando.

De acuerdo con lo anterior y una vez revisados algunos de los conceptos más importantes de la epidemiología consideramos necesario describir ahora cual ha sido su aplicación en el campo de los trastornos mentales.

En el campo de la psicología clínica o la salud mental la aplicación de la epidemiología como ciencia es relativamente reciente, aparece en los años 50s del siglo pasado sin embargo consideramos importante, antes de describir las aplicaciones recientes, señalar que históricamente la aplicación de la prevención (primaria y secundaria) se ha presentado a través de mecanismos socioculturales diferentes, así por ejemplo la prevención primaria la podemos encontrar en la religión de los pueblos; ya que cada religión demanda de sus fieles una conducta "ideal" que, de seguirla, los mantendrá alejados de los conflictos.

Los primeros puntos de vista que se conocen acerca de la normalidad están en el antiguo testamento en donde, como es sabido, los Diez Mandamientos proporcionan una descripción completa de la conducta ideal. Uno de los castigos cuando no se acataban estas normas era la enfermedad mental: "El señor los castigará con la locura y la ceguera y aturdimiento de la razón" (Deuteronomio 28:28, cit. en Nathan, E. P. 1975, p. 17).

Así también tenemos la referencia histórica del Rey Saúl, quién desobedeció un mandato militar específico de Dios, sufrió toda su vida de depresiones periódicas a las cuales la Biblia se refiere como el espíritu del mal enviado por Dios (Nathan, E. P.), también, en los pueblos primitivos podemos encontrar intentos de prevención (secundaria), generalmente el o los hechiceros intentaban regresar el alma al cuerpo.

El exorcismo o purificación se realizaba mediante el acto de forzar a un espíritu maligno a que se saliera del poseído, esto se hacía por diferentes medios en diferentes grupos y áreas, y puede reconocerse fácilmente como una forma de

psicoterapia en la cual se estimula a la persona enferma para que hable de sus acciones que tengan connotación de culpabilidad, con frecuencia se usaban amuletos con fuerza protectora o curativa, que pueden considerarse como actos de sugestión por parte de quien los realizaba.

La magia imitativa se emplea constructivamente en los ritos de los curanderos. La efectividad de tales métodos terapéuticos tal vez se basa en que el paciente se identifica con el curandero y entra en un estado de cambio y renacimiento (Kolb, 1977).

O bien, en la época clásica, cuándo los enfermos mentales eran excluidos de las ciudades al igual que los leprosos a manera de prevención para evitar con ello contagios: “es posible que las naves de los locos que enardecieron tanto la imaginación del renacimiento hayan sido navíos de peregrinación, navíos altamente simbólicos, que conducían locos en busca de razón... la preocupación de la curación y de la exclusión se juntaban, se encerraba dentro del espacio cerrado del milagro” (Foucault, M. 1972. Pág. 38-40).

Pero estos mecanismos socioculturales de prevención no siempre funcionaban adecuadamente, así la historia también registra epidemias de alteraciones psicológicas, principalmente en la edad media, en Europa y toda América, numerosos grupos de sujetos simultáneamente parecían ser afectados por epidemias psíquicas, la mayoría eran campesinos pobres, artesanos y otros miembros desvalidos de la sociedad en que vivían, grupos grandes de personas que creyéndose poseídos, bailaban juntos en las calles, gritaban enardecidos palabras sin sentido, y

se desnudaban en público, corrían por las calles de la ciudad, y hablaban de sus visiones extáticas (Kolb, 1977).

Dichas epidemias fueron estudiadas por Wier, J. quien trabajó y encontró que las creencias de esa época explicaban las alteraciones como producto de algo sobrenatural, dio explicaciones de las psicosis de masa, y describió que muchas de esas psicosis surgían de síntomas de melancolía que provenían del amor. Wier sugirió que se llamara a médicos de buena reputación antes de juzgar a las mujeres como brujas, ya que en su opinión, la conducta de dichas mujeres se debía a una enfermedad. El trató con éxito a algunas personas acusadas de brujería, sentándose con ellas y sosteniendo pláticas durante largos periodos (Kolb, 1977).

Como citamos líneas arriba estos fenómenos epidemiológicos existían, pero no se estudiaban desde el punto de vista científico, y no ocurre sino hasta en fechas recientes que la epidemiología como disciplina científica formal se ha aplicado al campo de las alteraciones psicológicas. Entre las primeras investigaciones están las siguientes:

En un estudio realizado en Chicago en 1954 se encontró que la esquizofrenia prevalecía, sobre todo en grupos de personas que vivían en zonas socioeconómicamente deprimidas de la Ciudad (Gruenber, 1954); también se han comparado diferentes grupos culturales y su prevalencia de alteraciones psicológicas; es el caso del estudio de los Hutteritas (grupo religioso del oeste de los Estados Unidos), en donde se encontró que la psicosis maniaco-depresiva prevalecía, comparada con la esquizofrenia, de la cual se presentó muy poco en la población (Eaton y Weil, 1955, cit. Nathan).

En 1958 se realizó uno de los estudios más importantes en New Haven, en esta investigación se encontró relación entre la clase social y las alteraciones psicológicas: en la clase social baja se encontró mayor prevalencia de alteraciones psicológicas que en la clase alta (Hollingshead y Redlich 1958, cit. Nathan). Posterior a este estudio está el de Midtown, Manhattan que se realizó de 1952 a 1960 y que se considera como uno de los más amplios, en donde se encontró una alta prevalencia de alteraciones psicológicas: hasta el día en que se llevó a cabo el estudio de los pacientes psiquiátricos, 502 personas de cada 100,000 de la población total de Midtown habían sido continuamente hospitalizados durante más de cinco años. Otros 788 de 100,000 eran pacientes de consulta externa en clínicas o consultorios privados (Nathan, 1975), finalmente, más de la cuarta parte de los habitantes de Midtown fueron considerados como "dañados" en su funcionamiento mental (Srole et al. 1962).

Por otra parte, se han realizado investigaciones para encontrar la relación entre planeación social y la prevalencia de alteraciones psicológicas (Taylor y Cove, 1964, cit. Cohen), este estudio fue realizado en comunidades planeadas para aliviar la tensión de la población después de la segunda guerra mundial; se encontró que la prevalencia de la psicosis disminuyó, pero la de la neurosis aumentó, así con este último estudio concluimos con la descripción de las investigaciones que históricamente se consideran como pioneras en cuanto a la aplicación de la epidemiología al campo de la salud mental. Más adelante en el tiempo, también pudimos encontrar importantes investigaciones relacionadas con la prevalencia de alteraciones psicológicas, algunas buscando la prevalencia específica de algún

trastorno, otras la prevalencia de manera general, pero eso se abordará en el capítulo 3, en él haremos una descripción más detallada de investigaciones recientes relacionadas con el tema.

Por último para terminar con este primer apartado del capítulo 1, diremos que nuestro trabajo al igual que los expuestos anteriormente, está basado en la epidemiología, específicamente en la descriptiva; es decir, el estudio de la frecuencia y distribución de las alteraciones psicológicas, ya que se refiere a la prevalencia de alteraciones psicológicas en una población dada.

1.2 Algunos factores teóricos a considerar para entender la etiología de la enfermedad mental.

Si bien es cierto que este estudio se basa en la epidemiología descriptiva, como lo señalamos en el punto anterior y su objetivo es conocer la prevalencia de las alteraciones psicológicas no es por si solo, en el campo de la psicología suficiente para explicar el fenómeno de las alteraciones psicológicas, por lo que primero haremos una cita breve de los paradigmas que actualmente intentan explicar el citado origen de las alteraciones psicológicas. De acuerdo con Davison, G. y Neale J. M. tres son los paradigmas que explican la etiología de dichas alteraciones: el paradigma biológico, el cognitivo-conductual y el psicoanalítico, los cuales describiremos en seguida sin profundizar en ellos ya que no es el propósito del presente trabajo y debido a que nos asumimos dentro de estos paradigmas en el psicoanalítico, mismo que sí trataremos con mayor extensión.

1.2.1 PARADIGMA BIOLÒGICO, en este paradigma se plantea que la causa de la enfermedad es una condición totalmente física, es decir que la patología puede originarse por una infección, un daño al tejido debido a una lesión o bien a una alteración en el metabolismo; de esta misma forma se aborda entonces el tratamiento, esto significa que se tratará de curar mediante la destrucción del agente patológico, que en el caso de las enfermedades físicas es obvio y contundente que así es; en el caso de las alteraciones psicológicas este paradigma las trataría únicamente con fármacos que tratan de ordenar nuevamente la química cerebral alterada, este paradigma es el que históricamente ha tenido mayor presencia ya que deriva del modelo médico, al respecto considero pertinente citar a Davison: “la teoría que sustenta el paradigma biológico de la conducta anormal es que los trastornos mentales son provocados por procesos somáticos o corporales aberrantes. Este paradigma se conoce a sí mismo como el modelo médico.” (Davison, G. y Neale, J. M. 2002, p. 54).

1.2.2. PARADIGMA DEL APRENDIZAJE.

El paradigma del aprendizaje intenta explicar el origen de la enfermedad mental o alteraciones psicológicas como resultado del aprendizaje, así explica que la conducta anormal se aprende como cualquier otra conducta y que la conducta enferma es básicamente un conjunto de conductas incorrectas y por supuesto adquiridas, así el tratamiento se basa en la aplicación de procedimientos que derivan de los principios del condicionamiento clásico y operante, con el propósito de modificar la conducta inadaptada, es importante señalar que este paradigma en

la actualidad utiliza el concepto cognitivo para explicar como es que las personas estructuran su experiencia, Davison y Neale lo definen así: “cognición es un término que agrupa los procesos mentales de percibir, reconocer, concebir, juzgar y razonar. “El paradigma cognoscitivo se ocupa de cómo la gente estructura sus experiencias y le da sentido, al transformar estímulos ambientales en información que puede ser aprovechada” (Davison y Neale, 2002, p. 78).

El paradigma psicoanalítico ya no lo describiremos en este apartado debido a que es el que sirve de base para el análisis del presente trabajo y se hace explícito a lo largo del mismo.

Así basados en el psicoanálisis consideramos importante también analizar algunos factores que según nuestra opinión, intervienen en el origen de las alteraciones psicológicas; por una parte los aspectos históricos y socioculturales y por otra, los aspectos de desarrollo o historia personal, para esto abordaremos algunos de los postulados de Freud que se enmarcan en el abordaje de la influencia cultural y terminaremos el análisis, apoyados en los conceptos de Erich Fromm, quien a nuestro juicio hoy con el fenómeno de la globalización está más vigente que nunca ya que aborda aspectos de tipo económico que influyen en la configuración del ser humano en el contexto social e histórico en que se ubica.

Como planteábamos líneas arriba los resultados que nos da la epidemiología descriptiva deben ser preferentemente analizados a la luz de un paradigma que nos parezca, de acuerdo con nuestro marco teórico, adecuado, no se trata aquí de entrar en una discusión de tipo epistemológico para intentar hacer una valoración de la epistemología de cada uno de los paradigmas, sino hacerlo desde una posición

ya asumida y es en ese sentido que desde la perspectiva del psicoanálisis nos parece que se debe abordar la etiología, no sólo de la depresión que es el trastorno que aquí estudiamos, sino la etiología en general de las alteraciones psicológicas o los trastornos mentales como se les llama en el vigente manual para la clasificación DSM-IV TR. Así consideramos que fue Freud quien sentó las bases para entender el origen de los trastornos mentales desde una perspectiva que fuera más allá de lo individual y que no se limitara a una búsqueda de lo orgánico como subyacente al trastorno mental, de hecho fue Freud, quien vivió una ruptura con el modelo médico, al renunciar a encuadrar las histerias desde la perspectiva orgánica y consideramos que también con una metodología de tipo experimental que había practicado por muchos años, ya que sus encuentros con los síntomas histéricos lo llevaron a cuestionarse un modelo que no explica la conformación de la histeria con ausencia de una base orgánica, así pues eran en un principio para él incomprensibles, sin embargo fue ahí dónde inició la construcción de un paradigma que por primera vez abordaba fenómenos hasta entonces desconocidos, como el inconsciente, la sexualidad y su influencia en la vida psíquica del ser humano.

En 1905 Freud, en sus primeros años de investigación psicoanalítica, planteaba que la etiología de las neurosis tenía una base de tipo sexual y se entiende que en ese momento la apreciación no incluía todavía el concepto de cultura en el origen de los trastornos mentales, ya que estaba en los inicios de la construcción de su teoría, así señala Freud en aquella fecha: “a mi juicio, el mejor camino para llegar a la comprensión de mi teoría sobre la significación de la sexualidad en la etiología

de las neurosis es seguir paso a paso su desarrollo. No he de negar, en efecto, que dicha teoría por una amplia evolución, modificose en su trayectoria.” (Freud, S. 1981, p. 1238-1243).

Como podemos ver en esa primera etapa Freud atribuye a la sexualidad el peso fundamental en el origen de las neurosis, posición que consideramos es válida, sólo que visto a la luz del desarrollo individual del ser humano, pero cuando Freud lleva al psicoanálisis, en tanto método, al análisis histórico del origen de la cultura, es cuando inicia el descubrimiento de que, si bien es cierto que la sexualidad tiene influencia en el origen de las neurosis, lo es también que la sexualidad se practica bajo ciertas normas culturales y ha tenido diferentes formas de manifestarse a lo largo del tiempo, formas diferentes determinadas por la cultura y el momento histórico, es así que Freud se remite al estudio de las tribus de Australia para explicar algunas características de la cultura. Así en *Tótem y Tabú* explica detalladamente cómo, a partir del análisis de las organizaciones más primitivas, la sexualidad tiene importancia no sólo en el plano individual, sino una gran importancia en plano social y describe como el macho-padre, más fuerte de cada grupo primitivo era el que disfrutaba de la sexualidad al ejercer el dominio sobre los demás miembros del grupo, especialmente de las hembras y cómo gradualmente este dominio lleva a los machos más jóvenes a rebelarse en contra de ese poder autoritario ejercido por el macho-padre, llegando finalmente al ataque en contra de éste y así al parricidio, provocando con esto de manera inmediata la posibilidad del disfrute de la sexualidad con las hembras del grupo, pero esta muerte del padre generó diríamos un impacto en el psiquismo humano, ya que

después de su muerte quedaba el temor de que el padre regresara, es decir se había originado el sentimiento de culpa y con él las bases de lo que sería la instancia psíquica depositaria de las prohibiciones y reguladora de la conducta, el Superyo, pero no sólo es esto lo que nos plantea Freud, él afirma también que aquí se originaron instituciones tan importantes para nuestra cultura, como la religión y la ley, la primera porque el mismo sentimiento de culpa lleva a los machos jóvenes a representar al padre muerto en el tótem, representante simbólico del padre y al mismo tiempo los lleva a respetar las prohibiciones y normas por él impuestas en vida, es así como a favor de la convivencia grupal se inicia un proceso, precario, primitivo de renunciar al libre ejercicio de la sexualidad, ahora la sexualidad estaría regulada por la ley del padre a riesgo de sufrir la culpa y la reprobación de los demás miembros del grupo cuando no se cumpliera, además de que el padre muere físicamente, pero simbólicamente sigue vivo a través del tótem, pero no sólo la sexualidad queda sujeta por la ley del padre, también la agresividad es a partir de ese momento regulada y aún en situaciones en que se mataba a un enemigo se tenían que seguir ciertos rituales para purificarse, pero más adelante profundizaremos en esto de la agresividad.

De acuerdo con lo anterior diríamos que dos trabajos de Freud son fundamentales para entender la etiología de los trastornos mentales, el primero, al que hicimos referencia líneas arriba, Tótem y Tabú y el Malestar en la Cultura, publicados el primero en 1912 y el segundo en 1929-30, ahora bien si al principio de su trabajo, con pacientes histéricas no contemplaba el aspecto cultural en la etiología de los trastornos mentales, sí ocurre cuando en 1930, ya habiendo profundizado en el

estudio del origen de los trastornos, describe como la cultura va limitando al ser humano en cuanto a la manifestación de sus pulsiones y cómo para poder integrarse a un grupo que le permita la supervivencia tiene que ir cediendo a las exigencias que la cultura, vía los adultos significativos en este caso integrantes de la familia y específicamente los padres, le exijan, así el proceso de socialización lleva al ser humano a integrarse a la cultura, pero lo anterior significa que debe renunciar a ciertos privilegios que se refieren a no tener límites impuestos en la naturaleza del niño, de hecho todo ser humano es un ser que tiene la tarea de incluirse en una cultura que preexiste a él, una cultura que está conformada por símbolos que norman la convivencia, constituida por instituciones, costumbres, rituales, valores y una lengua que sirve como una estructura que permite la comunicación convencional y a todo esto tendrá que incorporarse gradualmente, es decir tendrá que entrar a una compleja situación no biológica, sino totalmente construida por el hombre, es decir cultural, en donde lo biológico queda subordinado a la cultura, se renuncia a esa biología libre de acotaciones y se empieza a "ser" humano en la medida en que el proceso socializante lleva a convertirse en un ser culturizado, así al ser humano en su etapa infantil se le imponen restricciones desde el primer año de vida, al alimentarlo bajo la estructura de un horario determinado culturalmente y más adelante con el control de esfínteres o bien el limitar o prohibir la manipulación de sus genitales; también en la adolescencia y en la edad adulta tiene que aceptar las restricciones a favor de la sana convivencia, Freud nos plantea que básicamente se tiene que renunciar a ciertos impulsos agresivos y sexuales porque así lo demanda la cultura, veamos

como lo dice él: “la cultura actual nos da claramente a entender que sólo está dispuesta a tolerar las relaciones sexuales basadas en la unión única e indisoluble entre un hombre y una mujer, sin admitir la sexualidad como fuente de placer en sí, aceptándola sólo como instrumento de reproducción humana” (Freud, S. 1981, p. 3017-3042), pero ésta, nos señala Freud no es la única restricción que la cultura impone, sino también como decíamos líneas arriba las tendencias agresivas tienen que ser sacrificadas ya que de no ser así la instancia psíquica que se ha configurado por la cultura vuelve la agresión contra la propia persona, citaremos nuevamente a Freud: “la agresión es introyectada, internalizada, devuelta en realidad de dónde procede: es dirigida contra el propio Yo, incorporándose a una parte de éste, que en calidad de Superyo se opone a la parte restante y asumiendo la función de conciencia despliega frente al Yo la misma dura agresividad que el Yo, de buen grado, habría satisfecho en individuos extraños. La tensión creada entre el severo Superyo y el Yo subordinado al mismo lo calificamos de sentimiento de culpabilidad. Se manifiesta ésta bajo la forma de necesidad de castigo” (Freud, S. 1981, p. 3048.3055) de esta forma es como Freud nos explica como la cultura nos hace renunciar a los impulsos agresivos y como la cultura controla estas tendencias agresivas del ser humano, es muy importante reflexionar en esta cita de Freud ya que ésta nos lleva a entender cómo en el ser humano se crea la conciencia moral a partir de la renuncia institucional o a favor de la institución que es impuesta desde fuera y una vez constituida nos lleva a nuevas renunciaciones, esto significa que en la medida en que vamos internalizando la cultura, se va configurando una instancia psíquica que es la representante interna de ella

(la cultura) y las prohibiciones que hasta ese momento eran externas, se convierten ahora en internas y es a partir de ese momento en que el ser humano se convierte en un ser totalmente culturizado, con una serie de normas y de valores que van a regir su persona, pero todo este proceso no se da sin que para ello no exista sufrimiento, ya que toda renuncia a la satisfacción de alguna manera representa en menor o mayor medida una frustración, así desde los primeros años de vida el largo proceso de internalizar la cultura trae consigo frustraciones, nos parece importante citar al respecto un párrafo de una carta que Freud responde al Albert Einstein, cuando éste preocupado por la guerra le escribe a Freud para preguntarle el por qué de las guerras, Freud, en una parte de su respuesta le dice: “yo creo lo siguiente: desde tiempos inmemoriales se desarrolla en la Humanidad el proceso de la evolución cultural. (Yo sé que otros prefieren denominarlo, civilización), a este proceso debemos lo mejor que hemos alcanzado, y también buena parte de lo que ocasionan nuestros sufrimientos. Sus causas y sus orígenes son inciertos; su solución dudosa” (Freud, S. 1981, p. 3214). Por último y para concluir con el análisis de los conceptos de Freud, nos permitiremos citar los siguiente: “Comprobese así que el ser humano cae en la neurosis porque no logra soportar el grado de frustración que le impone la sociedad en aras de sus ideales de cultura, deduciéndose de ello que sería posible reconquistar las perspectivas de ser feliz, eliminando o atenuando en grado sumo estas exigencias naturales... ¿Acaso no estará justificado el diagnóstico de que muchas culturas o épocas culturales, y quizás aun la humanidad entera se habrían tornado neuróticas bajo la presión de las ambiciones culturales?, la investigación analítica de las neurosis

bien podría conducir a planes terapéuticos de gran interés práctico... El diagnóstico de las neurosis colectivas tropieza con una dificultad particular. En la neurosis individual disponemos como primer punto de referencia del contraste con que el enfermo se destaca en su medio, que consideramos normal. Este telón de fondo no existe en una masa uniformemente afectada, de modo que deberíamos buscarlo por otro lado. En cuanto a la aplicación terapéutica de nuestros conocimientos, ¿de qué serviría el análisis más penetrante de las neurosis sociales, si nadie posee la autoridad necesaria para imponer a las masas la terapia correspondiente?; pese a todas estas dificultades, podemos esperar que algún día alguien se atreva a comprender semejante patología de las comunidades culturales” (Freud, S. 1981, p. 3032). Hasta aquí nuestra reflexión sobre algunas de las ideas de Freud respecto a la etiología de los trastornos mentales, consideramos importante retomar la última idea que plantea Freud en el párrafo citado, en el sentido de si alguien se atreverá a comprender semejante patología de las comunidades culturales, y esto nos lleva a revisar a uno de los grandes psicoanalistas de los últimos años, Erich Fromm que aunque no aclara la pregunta planteada por Freud, si aporta mucha información valiosa para la respuesta y que, no obstante que han transcurrido algunas décadas desde la publicación de sus trabajos, sigue tan vigente o más que en aquel momento ya que debido al fenómeno actual de la globalización muchas de las características por él señaladas como la repercusión de los aspectos socioeconómicos, se hacen cada día más evidentes, así a diferencia de Freud que aborda los ya revisados aspectos culturales, Fromm aborda aspectos nunca antes abordados y que tienen que ver

con la economía y los modos de producción, la perspectiva desde la cual Fromm explica el origen de los trastornos mentales, es desde la ubicación del ser Humano no ya en la fase pre-humana ligado a la naturaleza y en el que está determinado por ésta en forma de instintos y aquí marcaríamos una diferencia fundamental con Freud, sino desde una perspectiva humanista que parte del análisis de las condiciones de la existencia humana. Fromm relaciona el aspecto económico, con las implicaciones que éste tiene en el psiquismo humano, es decir plantea cómo el modo de producción actual influye en el carácter de los integrantes de la sociedad y cómo este modo de producción va generando los seres humanos que son necesarios para este tipo de sociedad, así ubicando estos conceptos frommianos en la actualidad diríamos que la característica fundamental sigue siendo el mismo modo de producción que en las décadas en que Fromm realizó sus investigaciones, sólo que ahora en una forma aumentada, llegando al fenómeno de globalización y libre mercado, así el fenómeno de la globalización y el establecimiento del libre mercado determinan en muchos aspectos psicológicos al actual ciudadano; esta dinámica social ha provocado una mayor exigencia en el rendimiento y la productividad, ahora que la competencia feroz se da entre las empresas, provocando con ello que cada empleado, cada trabajador sea parte impersonal del engranaje de las grandes empresas globalizadas y en el que el ser humano no importa en tanto humano, sino por lo que pueda producir y lo que pueda significar en términos de inversión y esto se ha generalizado a todos los ámbitos sociales y no sólo al empresarial, es decir, se ha convertido (la visión empresarial) en una forma de vida, por ejemplo en el sector educativo, importante para cualquier

sociedad en cualquier momento de la historia, podemos ver como ha sido penetrada por esta visión de libre mercado y la tendencia es a comercializar todo, todo se vende, así el alumno es visto como un producto o cliente, se trata de desarrollar en él "competencias" para que al egresar sea competente en el proceso de la productividad empresarial y en esta dinámica muchas instituciones de educación superior tratan de certificarse bajo normas de calidad típicas del ámbito empresarial; ya no importa el alumno como ser humano, ya no importa la afectividad ni la relación personal, ahora podemos ver como están surgiendo a nivel mundial las universidades virtuales, en las cuales el contacto personal con el alumno casi no existe, pero así como en el ámbito educativo se puede ver la tendencia actual, también lo podemos ver en otros ámbitos y en la cotidianeidad de cada día, así vemos como en política ya no se manejan las características de los personajes de este ámbito en términos de ética, sino en términos de imagen, de mercadotecnia, ahora el elector toma su decisión a partir de una imagen que en muchos de los casos no corresponde con las características reales de la persona, es decir importa lo virtual, la fantasía, no la realidad y preguntémonos sino esto es una forma de locura, actualmente muchas actividades son virtuales, sólo veamos cuanta gente se encuentra interactuando en la red mundial desde la soledad de su casa o bien desde una soledad "acompañada" un tipo de soledad que se puede ver en los cibercafés a donde acuden decenas de usuarios, pero no interactúan entre sí, sólo lo hacen virtualmente, y qué decir de los anuncios que aparecen en los periódicos o en la red mundial de gente que ofrece algún órgano vital a cambio de dinero, no es está una modalidad de mutilación, no es un acto de locura?, lo

anterior nos muestra que las demandas actuales de la sociedad para el ser humano son el sometimiento a la ilusión de vida feliz que por todos los medios se manifiesta y en las empresas el proceso de producción es todavía más impersonal y abstracta que hace décadas, la autoridad, con las empresas globalizadas es cada vez más fría e impersonal y distante con lo que en el empleado o trabajador se genera el sentimiento de anonimato, de perderse en la gigantesca red de la globalización, de sentirse como un elemento insignificante y prescindible en el momento en que la empresa así lo decida y si Fromm se preguntaba en los 50s “qué clase de hombres necesita, pues, nuestra sociedad, cual es el “carácter social” adecuado al capitalismo del siglo XX?. Necesita hombres que cooperen sin razonamientos en grandes grupos, que deseen consumir más y cuyos gustos estén estandarizados y fácilmente puedan ser influidos y previstos. Necesita hombres que se sientan libres e independientes, no sometidos a ninguna autoridad, a ningún principio, a ninguna conciencia; pero que quieran ser mandados, hacer lo que se espera de ellos y adaptarse sin fricciones al mecanismo social.” (Fromm, E. 1985, p. 96).

Podemos decir que actualmente es el mismo “carácter social” el que se demanda, sólo que en tales proporciones como ha aumentado el capitalismo hasta llegar a lo que los economistas llaman capitalismo feroz o elegantemente libre mercado, es decir un ser humano visto en términos de cuantificación, como una inversión, en donde todo se mide por lo que valga en términos monetarios, de inversión y en donde la tendencia es a recuperar la inversión, de esto no se salvan ni las instituciones que antes garantizaban seguridad social, tanto en el sector salud como

en el educativo, estas son ahora vistas como instituciones que no deben pertenecer al estado, sino a la iniciativa privada, en consecuencia la tendencia es privatizarlas, dejando a un lado el aspecto humano de solidaridad con los ciudadanos que no pueden tener acceso a estos servicios, es decir ya no importa que la gente no pueda estudiar, ya no importa que la gente se enferme, todo tiene un costo, todo se vende, qué podemos decir de una sociedad que no puede dar educación y salud a sus integrantes, que es competitiva? o que es sádica?, así la tendencia a nivel mundial es privatizar, privatizar todo, quedando el Estado sólo como regulador del mercado y sería interesante preguntarnos cómo nos concibe la actual sociedad, será cómo una mercancía, si el Estado tiende a convertirse en un regulador del libre mercado no concebimos otra percepción más que como objeto de inversión, será esta una sociedad que, como dice Fromm responde a las necesidades de la existencia humana? a la necesidad de relación, de trascendencia, de arraigo, de identidad, y la de un marco de orientación; consideramos que no, qué sucede entonces, cómo es que no nos sorprenden las características arriba descritas de la actual sociedad, será que como dice Fromm: "lo que es muy engañoso, en cuanto al estado mental de los individuos de una sociedad, es la validación consensual de sus ideas. Se supone ingenuamente que el hecho de que la mayoría de la gente comparte ciertas ideas y sentimientos demuestra la validez de esas ideas y sentimientos. Nada más lejos de la verdad. La validación consensual, como tal, no tiene nada que ver con la razón ni con la salud mental. Así como hay una folie a deux, hay una folie a millions. El hecho de que millones de personas compartan los mismos vicios no convierte esos vicios en virtudes; el hecho de que compartan muchos errores no convierte a éstos

en verdades, el hecho de que millones de personas padezcan las mismas formas de patología mental no hace de esas personas gentes equilibradas.” (Fromm, E. 1985, p. 20) y cómo es que la sociedad provoca este fenómeno en el que se percibe como normal situaciones que pudieran ser sumamente patológicas, Fromm lo explica a través de lo que el define como el “carácter social”: “me refiero con ese concepto, al núcleo de la estructura de carácter compartida por la mayoría de los individuos de la misma cultura, a diferencia del carácter individual, que es diferente en cada uno de los individuos pertenecientes a la misma cultura. El concepto de carácter social no es un concepto estadístico en el sentido de que sea la simple suma total de los rasgos de carácter que se encuentran en la mayoría de los individuos de una cultura dada” (Fromm, E. 1985, p. 71) pero este carácter social tiene una función y es la de cumplir con las exigencias de la sociedad, citemos nuevamente a Fromm: “la función del carácter social consiste en moldear las energías de los individuos de la sociedad de tal suerte, que su conducta no sea asunto de decisión consciente en cuanto a seguir o no seguir la norma social, sino asunto de querer obrar como tiene que obrar, encontrando al mismo tiempo placer en obrar como lo requiere la cultura. En otras palabras, la función del carácter social consiste en moldear y canalizar la energía humana dentro de una sociedad determinada a fin de que pueda seguir funcionando aquella sociedad.” (Fromm, E. 1985, p. 72), así para concluir diremos de acuerdo con las ideas antes expuestas que el aspecto cultural y social es determinante en el ser humano en cuanto a salud mental se refiere y que sería un error pensar en que el psiquismo humano no guarda ninguna relación con el entorno cultural y social.

CAPITULO 2, LA DEPRESION.

2.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

La historia de la depresión en occidente está estrechamente unida a la del pensamiento occidental así podemos distinguir en ella varias etapas y podemos decir que la visión que tenemos actualmente ha evolucionado de acuerdo a las etapas de la historia.

Hipócrates la concebía como una enfermedad del cerebro y que como tal debía ser tratada, de tal forma que los médicos que eran sus seguidores buscaban la relación entre la naturaleza humoral del cerebro y la posibilidad de encontrar una cura, ya que Hipócrates sorprendentemente había planteado que era necesario una cura física, respecto al concepto de humor para los griegos la práctica médica se basaba en la teoría de los humores, que concebía el carácter como una consecuencia de cuatro fluidos corporales: La flema, la bilis amarilla, la sangre y la bilis negra. Derivado de esto Hipócrates describió la melancolía como un producto de un aumento de la bilis negra (Jones W. H y Withington, E. T. 1995), Hipócrates afirmaba que la sede de los afectos, el pensamiento y la locura era el cerebro, como podemos ver para sus tiempos que eran los inicios de la medicina esta concepción es bastante avanzada, él pensaba que en la melancolía se mezclaban factores internos y externos y distinguía las enfermedades que se originaban como consecuencia de acontecimientos terribles de otras que no tenían causa aparente y las clasificaba a las dos, como una sola enfermedad que se presentaba cuando un

exceso de bilis negra alteraba el equilibrio que debía mantener con los otros tres humores, tal desequilibrio podría ser de origen uterino, es decir que uno nace con esa tendencia o bien podría ser provocado por un hecho de la vida. Hipócrates asociaba la melancolía con el otoño e incluía en ella el abatimiento moral, la tristeza y la angustia, los problemas para dormir y el desaliento, acompañados todos estos síntomas por un miedo prolongado. Ahora bien el tratamiento que le daba a la melancolía en aquellos tiempos era el siguiente, Hipócrates sometía a cambios en la dieta a sus pacientes y les administraba hierbas que se suponía ayudarían a purificar el cuerpo del enfermo de la bilis amarilla y negra que se había acumulado, así también a esta bilis negra le atribuían el origen de la epilepsia. Por otra parte la concepción antes descrita de Hipócrates era diferente de la concepción filosófica.

Sócrates y Platón eran los representantes de la concepción filosófica y no estaban de acuerdo con las teorías de Hipócrates (Giuseppe, R. 1998) ellos afirmaban que si bien eran cierto que las enfermedades leves debían ser tratadas por los médicos, no correspondía a ellos el tratamiento de las enfermedades más profundas, sino a los filósofos y describieron lo que para ellos era el concepto de personalidad, Platón afirmaba también que lo que ocurra en la infancia de una persona puede determinar su manera de ser en la edad adulta y propuso un modelo de tres instancias psíquicas, la primera que llamó racional, la segunda libidinal y la tercera espiritual; como podemos ver esta propuesta de Platón es muy semejante a la propuesta por Freud, por lo descrito hasta aquí podemos decir que desde este momento histórico se definieron dos posturas en cuanto al tratamiento de la

depresión por un lado Hipócrates la concebía como una enfermedad totalmente física y por otra Sócrates y Platón como una enfermedad que debía ser curada a través del habla por los filósofos, así los seguidores de Hipócrates trataban a sus pacientes con hierbas para aliviar su problema y los seguidores de Platón desde la perspectiva de los filósofos; aproximadamente unos setenta años más tarde Aristóteles manifestaba que no estaba de acuerdo ni con Hipócrates ni con Platón, para Aristóteles el ser humano era una unidad y afirmaba que un trastorno del cuerpo afecta el alma y que hay otras que nacen en el alma y que modifica al cuerpo, como las pasiones, pensaba que la depresión no era tan mala y creía que los grandes pensadores necesitaban una cierta cantidad de bilis negra, es decir cierta predisposición a la depresión y afirmaba que todo mundo aunque sea de forma leve llegaba a experimentar por lo menos alguna vez en la vida ese sentimiento (Simon. B., 1984).

Más adelante en el tiempo, en el periodo romano durante el siglo II Areteo de Capadocia estudio la manía y la depresión como enfermedades independientes, él creía que había un alma que circulaba por todo el cuerpo que se manifestaba en los hombres coléricos y se retraía en los hombres tímidos, decía que en las personas que tenían depresión la bilis negra podía ser aumentada por la excitación y que el enfriamiento del alma conducía a una depresión, lo más notable de él es que inducía a sus pacientes a hablar de sus síntomas ya que así los libraba de sus temores (Giuseppe, R. 1988). En este mismo siglo Claudio Galeno creía que el cerebro tenía un alma física que gobernaba al cuerpo y elaboro una topología en la que distinguía nueve temperamentos y que cada uno de ellos representaba un tipo

de alma, así a la melancolía la concebía él no como patología si no como parte de la personalidad ya que ésta formaba parte de los nueve temperamentos.

En la edad media todos los conceptos antes desarrollados fueron un tanto olvidados debido a que la iglesia tenía cada vez más poder y se partía ahora de conceptos basados en autoridades eclesiásticas, por ejemplo San Agustín afirmaba que lo que diferenciaba a los hombre de los animales era la razón, misma que era un don y que por tanto la pérdida de la razón convertía al hombre en bestia (Neaman, J., 1975), así perder la razón significaba en la edad media un castigo de Dios y la melancolía o depresión era vista como una modalidad de perder la razón debido a que se perdía la alegría, por esta razón el clero se basaba en estas ideas para afirmar que Dios se servía de la locura para castigar a los pecadores. Durante la época de la inquisición, muchas personas con depresión fueron multadas o encarceladas por su pecado (Jackson, S. 1986), ya que la depresión era conceptualizada como lo dijimos líneas arriba perteneciente al alma. La iglesia medieval definió nueve pecados capitales y que después se redujeron a siete entre ellos quedaban la depresión y se identificaba por el término pereza, así pues en esta época se le concibió como un pecado y la definió en términos morales.

En el renacimiento las personas que sufrían de depresión eran vistas de manera muy diferente a la etapa antes descrita, aquí prevaleció la visión de los filósofos, quienes veían la depresión como una forma de ser profundos en los pensamientos a quienes la padecían, aunque también la percibían como enfermedad, creían que era parte constitutiva de la persona y desafiaban a la iglesia que estaba en decadencia en cuanto al manejo del poder, con la forma en que la

conceptualizaban y la nombran cada vez más como melancolía, así creían que los grandes pintores de esa época necesitaban de un momento de melancolía para poder inspirarse, es importante señalar que este cambio de la época medieval al renacimiento fue gradual y no se dio de manera homogénea en todos los países de Europa, así por ejemplo en Holanda todavía se acusaba a algunas mujeres de brujas sólo por ser melancólicas, pero la visión de los filósofos y los médicos estaba cambiando esto en todo Europa, hubo un médico llamado Jan Wier quien se convirtió en defensor de estas mujeres, quien demostró que estas mujeres únicamente eran melancólicas y que no tenían ningún nexo con la brujería; en Inglaterra también el médico Reginald Scot, publicó un libro en el año de 1584 en el que afirmaba que las brujas no eran más que ancianas tontas y deprimidas y que por tal motivo se dejaban culpar, claro que esto implicaba que la melancolía no era mas que una enfermedad y a raíz de esta publicación surgieron muchos personajes representantes de las ideas religiosas en contra y la pugna llegó a tal extremo que el Rey Jacobo ordeno quemar todos los ejemplares (Schorter, E., 1998), no obstante esta situación difícil, la idea de que la melancolía es una enfermedad, desplazo poco a poco a las ideas religiosas de que era producto de un castigo divino, es decir el racionalismo renacentista estaba triunfando sobre la superstición medieval; otra publicación importante de esta época es la de Andreas du Laurens que se publicó en 1599, "Disertación sobre la melancolía," este autor afirmaba que la melancolía era una afectación del cerebro y que procedía de la forma de vivir de quien la padecía y dividía la mente en tres partes: razón, imaginación y memoria. A la imaginación le atribuía el lugar donde se daba la

melancolía, afirmando que la razón quedaba intacta por lo que la visión de la iglesia de pérdida de la razón del melancólico no era correcta y por lo tanto el melancólico seguía siendo humano (Jackson, S. W. 1989), también había distinguido entre la pesadumbre corriente y la melancolía, así a partir de estas publicaciones se empezó a generalizar en toda Europa el conceptualizar a la melancolía como enfermedad, en su grado extremo y como pensamiento profundo y propio de escritores, pintores y filósofos, en su grado menor, de esta forma hacia finales del siglo XVII la melancolía se había convertido en una dolencia que se le ubicaba como enfermedad o bien como característica de distinción entre las personas de la aristocracia, de acuerdo con lo anterior diríamos que o bien era una enfermedad o bien un privilegio; en este tiempo causó gran influencia en la forma en que se definía al hombre, las ideas del filósofo René Descartes, quien planteaba que la conciencia era como una máquina y describía como el estado de la mente afecta al cuerpo, sus ideas se empezaron a difundir y posteriormente se publicaron trabajos en los que se concebía al ser humano como una máquina, por ejemplo hacia finales del siglo XVII y principios del XVIII Nicholas Robinson en 1729 propuso un modelo de cerebro basado en que éste estaba constituido por fibras y que la melancolía era una falla en la elasticidad de las mismas y se oponía a dar consejos a los pacientes ya que el modelo de donde partía era la biología cartesiana del ser humano visto como máquina (Jackson, S. W. 1989), más adelante, en 1742 Hermann Boerhaave, influido por las mismas ideas propuso que todo el organismo humano podía explicarse por los principios de la hidráulica y consideraba al cuerpo como una máquina animada y viviente, planteaba que la sangre estaba

compuesta por diferentes fluidos y que cuando se producía un desequilibrio entre ellos era cuando se presentaban las enfermedades, de la melancolía decía que era producto de que los elementos aceitosos y grasos aumentan y disminuyen los jugos nerviosos (Jackson, S. W. 1989) y la solución para equilibrarlos era la actividad física; más adelante Julien Offray de la Mettrie, publica el hombre-máquina que defendía las ideas de Boerhaave, pero que escandalizó a tal grado a la gente de la época que fue expulsado de la corte francesa, él proponía que el ser humano no era mas que sustancias químicas en un funcionamiento de tipo mecánico y que las enfermedades como la melancolía equivalían a un desperfecto de la máquina. (Jackson. S. W. 1989).

En el siglo XVIII las explicaciones se hicieron cada vez más científicas comparadas con los periodos anteriores, sin embargo el pensamiento filosófico seguía teniendo un gran peso, en este siglo aparecen los lugares que albergaban a los enfermos mentales, quienes eran excluidos de la sociedad, sin derechos y discriminados socialmente, entre ellos los deprimidos, quienes eran mejor tratados que el resto de los enfermos por no perder la razón (Pinel, P. 1988), fue este siglo donde más se utilizaron aparatos que pretendían curar, por ejemplo en el caso de los depresivos se les subía a un aparato que giraba como carrusel hasta hacerlos vomitar, esto con la finalidad de no dejarlos concentrar en sus pensamientos ya que se argumentaba que entre más pensarán más se deprimían, así los pacientes deprimidos de este tiempo estuvieron marcados por su encierro, suciedad de los centros y la tortura que pretendía ser terapéutica.

En el siglo XIX, se revaloró el concepto de enfermo mental y se le ubicó como persona, así en los inicios de este siglo, Philippe Pinel fue de los primeros reformadores de la forma en que eran tratados los enfermos mentales, fundó un hospital en el que trataba de dar un trato humano a los pacientes, cuidaba la dieta de los pacientes y cuidaba que el personal no cometiera excesos con los enfermos (Pinel, P. 1988), a partir de este antecedente se empezaron a fundar otros hospitales hasta ser, junto con el intento de clasificar las enfermedades mentales, la característica de este siglo, respecto a la depresión se le trataba con caminatas, conversación, dietas especiales y entretenimiento (Shorter, E. 1998), hacia finales de este siglo aparece en la historia Sigmund Freud, quien inicia realmente la época moderna de concebir los trastornos mentales de una forma más digna del ser humano y diríamos que es también en este tiempo cuando inicia el planteamiento más definido de los dos paradigmas aun vigentes, por una parte el psicoanalítico y por otra el biológico, éste último representado por Emil Kraepelin., quien realizó una clasificación formal de los trastornos y que han servido de base para las actuales clasificaciones que conocemos y cotidianamente usamos, para él el origen de la depresión era en el 80% de los casos herencia y en el caso de factores externos señalaba el abuso del alcohol como el más importante; sugería como tratamiento el reposo, restricciones en la dieta y el empleo de opio (Shorter, E. 1998). Freud, por su parte publica a principios del siglo XX (1917) su trabajo: “duelo y melancolía” en el que hace una analogía con el proceso de duelo para explicar la melancolía a la que define así: “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. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que, el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo.” (Freud, S. 1981, p. 2091), pero hace una precisión con respecto al duelo y nos dice que en éste no existe la pérdida del amor propio y aunque es también muy doloroso, se diferencia de la melancolía en que la persona amada u objeto amado, ya no existe y al final de todo el proceso de duelo el Yo queda liberado, no así en la melancolía en la que el objeto amado se incorpora al yo por una identificación narcisista y una vez que forma parte de esta instancia psíquica inician los ataques en contra del objeto en forma de queja que la persona disfruta y hasta pareciera que desearía hacerse más daño del que manifiesta, esto explicaría la constante autocrítica a la que la persona se somete, ya que en realidad no es a ella a quien dirige los ataques, sino al objeto amoroso incorporado al Yo, de esta forma se entiende que: “la carga del objeto demostró tener poca energía de resistencia y quedó abandonada; pero la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto, sino retraída al Yo, y encontró en éste una aplicación determinada, sirviendo para establecer una identificación del Yo con el objeto abandonado. La sombra del objeto cayó así sobre el Yo; éste último, a partir de este momento, pudo ser juzgado por una instancia especial, como un objeto, y en realidad como el objeto abandonado.” (Freud, S. 1981, p. 2095), de acuerdo con lo anterior la pérdida del objeto amado se convierte en pérdida del Yo, pero además es importante señalar que este proceso no es consciente, es decir la persona no sabe por qué le ocurre, no sabe por qué está en ese estado de ánimo y precisamente ese

es uno de los méritos de Freud, explicar los trastornos no ya desde lo racional del ser humano, sino desde lo inconsciente, término muy cuestionado en su tiempo, pero que ha servido de base desde entonces hasta la actualidad, Freud fue quien por primera vez aborda el estudio de la depresión no desde una base orgánica, pero tampoco desde una perspectiva filosófica que la veía como una cualidad en el ser humano; la aborda desde una nueva forma de abordar los trastornos mentales, desde el psicoanálisis.

Pero si a principios de siglo Freud provocó un cambio radical en la forma de atender los trastornos mentales, a mediados de éste y principios de la década de los cincuenta, se descubrieron los primeros fármacos antidepresivos (Healy, D. 1997) cuando al tratar a un grupo de pacientes con tuberculosis, se les administró iproniazida, medicamento que pretendía curar la tuberculosis, pero que descubrieron provocaba en los pacientes una actitud más relajada, como este medicamento provocaba efectos colaterales no deseables como la ictericia, los fabricantes decidieron retirarlo del mercado, éste fue sustituido por la isoniazida descubierta por Lurie y Salzer, también en Alemania trabajaba en esos años Roland Kuhn en un fármaco llamado imipramina que fue el que prevaleció hasta nuestros días hasta ser desplazados por el ahora famoso prozac (fluoxetina) que también fue descubierto por casualidad ya que originalmente se le quería utilizar para tratar la hipertensión, pero no fue efectivo para este trastorno y en 1987 apareció como antidepresivo, como podemos ver los avances en el campo de la farmacología siguen la idea de Hipócrates según la cual la depresión es una enfermedad netamente cerebral y que debe ser tratada con medicamentos. Por lo

expuesto líneas arriba, podemos decir que existen dos tipos fundamentales de tratamiento, la psicoterapia cuyo principal instrumento es el lenguaje y tiene como propósito que el paciente identifique y resuelva la problemática que lo llevó a ese estado; el otro que se refiere al tratamiento farmacológico en el que se utilizan fármacos que ya describimos anteriormente, ambos tratamientos, en nuestra opinión deben ser complementarios y utilizarse según la situación del paciente. Con respecto a la psicoterapias, la mayoría de ellas provienen del psicoanálisis que ha recibido diversas críticas a lo largo del tiempo, pero de hecho el modelo freudiano aunque no es perfecto si ha servido para el tratamiento de la depresión y de acuerdo con Luhrmann, el psicoanálisis define una noción de la complejidad humana, de profundidad y un respeto por la dificultad de la vida humana (Luhrmann, T. 2000), muchos de sus críticos no toman en cuenta una característica muy importante de su obra, la humildad de que debemos asumir que con frecuencia desconocemos nuestros propios afectos y somos ignorantes de lo que no podemos comprender, es decir que el psicoanálisis nos ha mostrado que tenemos una parte inconsciente y que si tomamos en cuenta este concepto el tratamiento se facilitaría, de esta forma el psicoanálisis y las técnicas terapéuticas que han surgido a partir de él han jugado un papel importante en el tratamiento, ya que la problemática propia de la vida rara vez puede repararse sin someterla a análisis y el psicoanálisis consiste precisamente en esa actividad reveladora.

Frank, E., (1999) ha realizado investigaciones que muestran que la terapia no es tan efectiva como los fármacos para sacar a la gente de los estados depresivos, pero que provoca el efecto de evitar la repetición del trastorno y por supuesto

sugiere que se debe combinar ambos tratamientos ya que la restricción de la experiencia depresiva que se consigue por medio de sustancias químicas no equivale a una cura y es riesgoso no utilizar la psicoterapia pues ésta permite a las personas entender y dar sentido a su problemática, así pues, consideramos el debate acerca de la psicoterapia y farmacoterapia es improductivo debido ha que ambos son necesarios.

Hasta aquí hemos hecho un recorrido por la historia de la depresión, sobre el cómo se le ha conceptualizado y cómo se le ha tratado, ahora es conveniente que revisemos la clasificación formal que se tiene de ella en la actualidad y para tal efecto se hace necesario que revisemos el sistema actual de diagnóstico, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición revisada que se abrevia DSM-IV TR, que es el manual más usado en el ámbito clínico, tanto por médicos psiquiatras, como por profesionales de la psicología y lo pública la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, misma que desde el año 1952 ha venido publicando el dicho manual, con sus respectivas revisiones en 1968, DSM-II, 1980 DSM-III, 1987 DSM-III-R, 1993 DSM-IV y 2000, DSM-IV TR (Davison, G., Neale, J. 2002), así en éste último la clasificación de la depresión aparece , por su forma de ordenarlo, primero trastornos depresivos o unipolar, trastornos bipolares y trastornos debido a enfermedad médica e inducido por sustancias:

TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Trastorno depresivo mayor.

Trastorno distímico.

Trastorno depresivo no especificado.

TRASTORNOS BIPOLARES.

Trastorno bipolar I.

Trastorno bipolar II.

Trastorno ciclotímico.

Trastorno bipolar no especificado.

OTROS TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS.

Trastorno del estado de ánimo debido a... (Indicar enfermedad médica).

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno del estado de ánimo no especificado. (American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV-TR, 2002), así también se señalan los síntomas mínimos que se deben presentar y su tiempo de duración para poder diagnosticar el tipo de depresión, por ejemplo en la depresión mayor se deben presentar cinco síntomas por al menos dos semanas y en el trastorno bipolar se requiere tres o cuatro síntomas, así como un estado de ánimo elevado, como podemos ver la clasificación se da a partir del número de síntomas, pero también hay una definición de la depresión a través de la descripción de síntomas clasificatorios, de esta forma para la depresión mayor o unipolar se

toman en cuenta los síntomas: estado de ánimo triste, pérdida de interés, dificultades para dormir, deseo de dormir mucho, cambio en el nivel de las actividades, falta de apetito y pérdida de peso o hambre acentuada, gran fatiga, auto-concepto negativo, dificultades para concentrarse e ideas recurrentes de suicidio; en cuanto a la bipolar los síntomas que la definen son, aumento del nivel de actividad, necesidad inusitada de hablar rápidamente, fuga de ideas y percepción de que todo pasa rápido, disminuye la necesidad de dormir, autoestima exagerada, facilidad de distracción y se presentan actividades de consecuencia negativa.

Por otra parte consideramos importante citar de manera muy general, (en el siguiente capítulo lo haremos detalladamente), que hoy en día se realizan estudios por género, por edad y de acuerdo a la cultura, esta es la forma en que actualmente se estudia la depresión y consideramos importante señalarlo debido a que la depresión se ha convertido en un grave problema de salud, así de acuerdo con investigaciones recientes (Shaffer, D. et al. 1996), en un año unos 19 millones de estadounidenses sufren de episodios de depresión y de la totalidad de ellos dos millones son niños, en cuanto al trastorno bipolar es también un grave problema ya que afecta a dos millones de personas, además a la depresión se considera en Estados Unidos y otros países como la principal causa de incapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2000), a nivel mundial se le considera una de las primeras cargas sanitarias, sólo después de las enfermedades cardíacas, lo anterior si se toma en cuenta la incapacidad y muerte prematura que provoca, representa más años perdidos que el cáncer y sida juntos (O. M. S., 2000), además problemas como el alcoholismo y las psicósomáticas, son en el fondo problemas de

depresión, pero lo enmascaran (Mc Cauley, E. et al. 1991), ya que frecuentemente se confunde la depresión con los trastornos físicos a través de las cuales ésta se manifiesta, por otra parte, en cuanto a los estudios que comentábamos líneas arriba relacionados con el género, la edad y cultura, consideramos que aportan información valiosa para comprender el complejo problema que es la depresión, debido a que, de acuerdo con nuestra opinión, el problema de la depresión no puede ser abordada desde una sola perspectiva, consideramos que son en mucho contextuales y deben ser interpretadas y atendidas dentro del ámbito que ocurren, de acuerdo con esto podríamos decir que en cuanto al género femenino, el número de mujeres que sufren depresión es el doble que el de los hombres (Weissman. M. 1996), esta diferencia inicia desde la etapa adolescente, aunque en las mujeres pudiera ser que influyan algunos factores de tipo orgánico como los cambios hormonales y debido a estos padecen varias formas características de depresión, por ejemplo premenstrual, posparto y menopausica, al parecer los niveles de estrógenos y progesterona tienen efectos en el estado de ánimo ya que estos niveles son fluctuantes (Nolen-Hoeksema, S. 1990), el descenso drástico y repentino de los niveles de estrógenos provoca síntomas depresivos, y al contrario cuando hay un nivel elevado de estrógenos se favorece una sensación de bienestar, cada una de estas experiencias al parecer precipita un estado de ánimo, por ejemplo la depresión posparto grave afecta aproximadamente a una de cada diez mujeres (Margolis, S. y Swartz, L. 1988), lo anterior tal vez se deba, en cierta medida, debido a que el parto puede agotar las reservas de estrógenos, pero estos síntomas de depresión posparto en su mayoría dejan de presentarse después de algunas

semanas, esto significa que lo que se considera como depresión posparto no es otra cosa que un agotamiento endocrino extraordinario. En cuanto a la menopausia se ha encontrado que se dan más depresiones en esta etapa que en los años de fertilidad de la mujer lo que pudiera ser una prueba de que existe un claro factor hormonal en la depresión femenina, sobre todo si se toma en cuenta que los hombres sintetizan las serotonina en un 50% más rápido que las mujeres, esto explicaría en cierta medida porque las mujeres tienen mayor tendencia a la depresión (Margolis, S. y Swartz, L. 1988), sin embargo los aspectos orgánicos aún cuando son una parte importante, no pueden explicar por si solos la depresión en las mujeres ya que algunas investigaciones realizadas por feministas así lo confirman, estas investigadoras han encontrado que una de las razones por las cuales las mujeres se deprimen con más frecuencia que los hombres se debe a que con mayor frecuencia la posición que ocupan frente al género masculino les afecta ya que por ejemplo sus derechos son diferentes y el trato que reciben culturalmente también es diferente (Nolen-Hoeksema 1990), además las mujeres que padecen tensión constante tienen más probabilidad de sufrir una depresión posparto, en comparación con aquellas que tienen esposos que comparten la responsabilidad en el cuidado de los niños, estas últimas tienen niveles muy bajos de depresión (Nolen-Hoeksema 1990), como hemos visto las feministas no están de acuerdo en que el factor biológico sea importante para provocar depresión en las mujeres ya que eso implicaría una visión de que la estructura biológica de la mujer es inferior y confirmaría lo que la cultura ha creído del género femenino, así Susan

Nolen-Hoeksema, afirma que es peligroso dar a entender que la biología femenina es un elemento que puede explicar la enfermedad de la depresión.

En cuanto al género masculino podemos decir que hay menos información respecto a las características de la depresión masculina, esto puede ser debido a que muchos hombres que presentan depresión no acuden a solicitar ayuda y a que asumen la situación depresiva en una forma que les permite enmascararla, por ejemplo las actitudes violentas, la irritabilidad, la adicción al trabajo, etc. de acuerdo con esto parece probable que también otras conductas pudieran ser manifestaciones de la depresión, pero que sirven para impedir que ésta sea detectada, esto porque en la mayor parte de las sociedades occidentales el admitirse como vulnerable es considerado como femenino y esta situación ejercería un efecto negativo e impediría que los hombres en su mayoría expresaran los sentimientos típicos de la depresión, esto tal vez explicaría porque las mujeres duplican a los hombres en la prevalencia, pero si vemos las estadísticas de suicidio, los hombres tienen dos veces más probabilidad de suicidio que las mujeres (Marcus, E. 1996), así también los hombres solteros, divorciados o viudos tienen un porcentaje más alto de depresión en comparación con los hombres casados (Weissman, M. 1996). De acuerdo con lo antes expuesto podemos decir que el género tiene un importante papel debido a los aspectos culturales que éste refleja y que determinan la forma de expresar los síntomas de la depresión.

CAPITULO 3, REVISIÓN DE ALGUNOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL Y LA DEPRESIÓN.

3.1. Primeros estudios epidemiológicos en el campo de la salud mental.

Los primeros estudios de prevalencia de la enfermedad mental se remiten a los años cincuentas cuando se realizaron famosas investigaciones: en Chicago en 1954 se encontró que la esquizofrenia prevelecia, sobre todo, en grupos de personas que vivían en áreas socioeconomicamente marginadas de la ciudad; en 1958 se realizó otro estudio en New Haven, se encontró también una relación entre la clase social y las alteraciones psicológicas concluyendo que en la clase baja se presentó mayor prevalencia que en la clase alta; en los sesenta se realizó otro importante trabajo el de Midtown Manhattan (1962) donde se encontró que más de la cuarta parte de los habitantes de Midtown fueron considerados como “dañados” en su funcionamiento mental (Srol. et al. 1962).

Estos estudios pueden ser considerados como los primeros dentro del estudio de prevalencia de alteraciones psicológicas, por esta razón es importante citarlos sin profundizar en ellos, antes de iniciar la revisión de trabajos más recientes realizados en los últimos años.

En las investigaciones publicadas en las últimas dos décadas pudimos encontrar importantes investigaciones relacionados con la prevalencia de alteraciones psicológicas, algunas buscando la prevalencia específica de algún trastorno, otras la prevalencia de manera general, así por ejemplo: tenemos el estudio realizado por Ma. Elena Medina Mora, sobre la prevalencia del uso de inhalantes en general por

jóvenes. (Medina M. E. 1979), otro similar realizado en poblaciones marginadas relacionado con el mismo tema, la prevalencia en el uso de inhalantes (De la Garza y Mendiola, 1980), también encontramos estudios donde se busca la relación de una etapa del ser humano, la adolescencia y el consumo de alcohol en adolescentes (Clayton, R. 1985) o bien el mismo trastorno, alcoholismo en pacientes de un hospital general (Palvicini, J. et al. 1985). Se han realizado otros con el propósito de conocer la prevalencia de alteraciones psicológicas en general, por ejemplo en Grecia se realizó un estudio donde se investigó un área de Atenas buscando la distribución y causas de las alteraciones psicológicas (Madianos, Vlachomikadis M. 1985), similar a este estudio fue el realizado por Caraveo, sólo que en poblaciones de pacientes de consulta general de un centro de salud (Caraveo J. 1984).

En el último lustro de esta década encontramos también trabajos muy interesantes, por ejemplo el realizado en Puerto Rico sobre prevalencia de desórdenes psiquiátricos, utilizando como principal instrumento "The Diagnostic Interview Schedule (DIS) traducido al español y aplicado a 1,513 sujetos con edades entre 18 y 64 años de 3 comunidades, encontrando resultados similares a los reportados por otras investigaciones conocidas tales como el estudio de New Haven, Connecticut y Baltimore, Maryland con la excepción de que la población de Puerto Rico tiene la tendencia a somatizar más los conflictos, siendo el abuso y dependencia al alcohol el desorden más frecuente y la esquizofrenia la de menor prevalencia. (Glorisaj, B., H.; Shorout, P R. et al. 1987).

Otro estudio interesante fue el realizado en los Ángeles California de la Unión Americana acerca de la prevalencia de desórdenes psiquiátricos como producto de

la aculturación en población de México-Americanos utilizando 1,244 sujetos adultos del grupo étnico mexicano. Se utilizó el manual de diagnóstico (DSM III) y el análisis del estilo de vida para el diagnóstico y medición de la prevalencia. Se encontró que la alta aculturación se encuentra asociada con un estilo de vida de alto índice en el abuso o dependencia al alcohol y abuso de drogas así como también cuadros fóbicos. Los México-Americanos, es decir de familia mexicana nacida en los Estados Unidos de Norte América presentan mayores índices de aculturación que los mexicanos que han emigrado hacia los Estados Unidos y por lo tanto los primeros presentan un estilo de vida con mayor prevalencia de enfermedad mental, encontrándose los ya citados: fobia, abuso o dependencia al alcohol, uso y abuso de drogas y depresión a diferencia de los mexicanos que han emigrado quienes únicamente presentan alta prevalencia en el consumo o dependencia al alcohol y las drogas. (Burnam, M. A; Houg, R. L; Karmo, M.; Escobar J. et al. 1987).

Es importante mencionar que en el estudio anterior los autores destacan lo importante que es el estar bien integrado a una cultura y como este sentido de pertenencia al grupo cultural puede proteger al individuo en el sentido de hacerlo menos vulnerable a los desórdenes mentales, es decir el sentido de pertenencia a una familia y a una cultura protege psicológicamente y propicia la salud mental.

En la India también se han realizado trabajos interesantes relacionados con el tema en cuestión, en donde además se incluye género, casta, educación así como edad de los sujetos, existe por ejemplo una investigación sobre prevalencia de enfermedad mental en una pequeña comunidad de la India en la que se estudió a un total de 656

sujetos, de los cuales 344 fueron del sexo masculino y 312 femenino. El instrumento utilizado fue la entrevista. Los resultados muestran que las mujeres de esta comunidad presentan más síntomas de alteraciones que los hombres, los porcentajes presentados son los siguientes 41% de los sujetos del sexo masculino presentan uno o más síntomas psiquiátricos 52% de sujetos del sexo femenino presentan también uno o más síntomas psiquiátricos, además las mujeres mostraron una mayor frecuencia de estados de ansiedad, somatización y síntomas neuróticos. Entre los factores que, señalan los autores, explican la diferencia están los siguientes: casta, edad, educación y estructura familiar (Shirali, K.; Kanwar, A.; Sandhya 1987).

Se han realizado también investigaciones con sujetos ancianos, tal es el caso del realizado en los Ángeles California; el estudio consistió en medir la prevalencia de la depresión en sujetos adultos hispanos mayores de 60 años. El trabajo se realizó con un total de 703 sujetos; el instrumento utilizado fue un cuestionario de evaluación: "Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE)" del cual fueron reagrupados los ítems para obtener un diagnóstico más preciso, tomando como base para tal efecto el manual de clasificación diagnóstico (DSM III). El resultado del trabajo muestra que más del 26% de los sujetos presenta depresión, así también encontraron que este desorden afectivo correlaciona con variables socioeconómicas y familiares, la correlación más alta se dio entre el desorden afectivo (depresión) y el nivel de salud física de los sujetos (Kemp, F. Bryansj; Staples, F.; Lopez, A.; Aqueres, W. 1987).

Otro trabajo relevante que nos muestra lo importante de las variables socioculturales es el realizado en el sur de Londres con un grupo de inmigrantes.

El trabajo consistió en encuestar al azar a un total de 291 sujetos inmigrantes griegos, los índices de desórdenes psiquiátricos y su relación con variables demográficas fueron evaluadas, resultando que: la prevalencia de desórdenes psiquiátricos fue de 14.1% más alto que en la población general, los índices de estado de ansiedad fueron más altos en las mujeres que en los hombres inmigrantes, así también se encontró que la presencia de problemas físicos y el desempleo están asociados con índices de desórdenes psiquiátricos (Maureas, V. G.; Bebbington, P. E. 1987).

En el año de 1988 se realizó en Alemania un trabajo interesante que compara los índices de enfermedad mental entre 2 comunidades, Industrial vs. Rural. El estudio se realizó con 1,026 sujetos pertenecientes al área industrial y 1,274 pertenecientes al área rural, Manheim y Traustein respectivamente, los sujetos fueron evaluados mediante una entrevista psiquiátrica, los entrevistados fueron seleccionados por su habilidad para realizar adecuadamente la entrevista. Se controlaron variables tales como sexo, edad y estado civil, los resultados de esta investigación fueron los siguientes: en la zona urbana industrial (Manheim) se encontraron índices significativamente más altos que en la rural (traunstein), (Zintl, A.; Wiegano, A.; Krumm, B.; Weyerer, S., 1988).

En Edmonton Canadá también se realizó una medición de prevalencia de enfermedad mental en adultos residentes en Edmonton, la muestra fue de 3,258 adultos quienes fueron evaluados mediante una entrevista estructurada con fines de

diagnóstico los resultados encontrados fueron 33.8% de la población tiene desórdenes mentales, el más común de los diagnósticos fue el abuso y la dependencia hacia el alcohol, seguido de las fobias y de episodios depresivos. Los sujetos masculinos presentaron mayor uso de drogas y conducta antisocial; en las mujeres la tendencia fue mayores episodios depresivos agorafobia y fobia simple; los sujetos de menor prevalencia en alteraciones fueron los casados y los mayores de 65 años.

(Bland, R. C; Orn, H.; Newman, S. 1988).

En la última década encontramos varios trabajos de suma importancia, mismos que describiremos a continuación: en 1991 se realizó en el estado de California un trabajo relacionado con la tendencia cultural y la enfermedad mental, señalando de acuerdo con los resultados que ciertas inclinaciones o prejuicios culturales influyen generando fragilidad o sensibilidad a la enfermedad mental, específicamente en la población del género femenino. A manera de conclusión la autora plantea que el análisis de esta problemática se entiende mejor en el contexto de la dinámica social y política, especialmente para aquellos (mujeres) que han sido socialmente devaluadas a través de un proceso de discriminación y estigmatización (Wedenoja M. 1991).

Otro trabajo interesante es el realizado durante 8 años relacionados con el consumo del tabaco y el suicidio, se trabajó con una muestra de 50,000 hombres predominantemente blancos. El estudio inició en el año de 1986 y terminó en 1991, se utilizó como instrumento un cuestionario para conocer la historia médica, hábitos, dieta y consumo de cigarrillos. A este cuestionario que fue aplicado a la

totalidad de sujetos se le dio seguimiento cada dos años para incluir nuevos datos e identificar nuevos diagnósticos, se realizó una clasificación de cuatro categorías de acuerdo con el nivel de consumo de los sujetos: 1, no fumadores; 2, fumadores ligeros; 3, fumadores fuertes y 4, antiguos fumadores. Entre las características de los sujetos que se controlaron están las siguientes: estado civil, peso corporal, actividad física, edad, ingesta de alcohol y consumo de café, historia de cáncer. De los resultados obtenidos se encontró que 82 miembros cometieron suicidio en los 8 años siguientes; para los antiguos fumadores el riesgo de suicidio fue de 1.4; para los fumadores ligeros 2.6 y 4.5 para los fumadores fuertes. En conclusión se encontró en este estudio que existe relación positiva entre el consumo del cigarro (tabaco) y el suicidio en los hombres blancos (Miller, M.; Hemenway, D.; Rimm, E. 2000).

Un estudio similar acerca del suicidio se realizó en Canadá, en este país tiene gran trascendencia si tomamos en cuenta que el suicidio es una notable causa de muerte entre los canadienses de edad avanzada, por ejemplo en 1995, 3,970 canadienses cometieron suicidio, representando esa cifra el 2% de todas las defunciones en el país citado. El estudio se realizó durante el periodo comprendido entre los años 1984-1995 en Alberta, Canadá; el total de la muestra fue de 920 sujetos cuyas edades fueron de 55 años en adelante, se tomó información de los records médicos de defunciones por suicidio, se tomaron en cuenta: lugar del suicidio, método de suicidio, conducta suicida previa y tensiones precipitantes. Los resultados muestran que entre los principales factores precipitantes o de tensión están los relacionados con las enfermedades físicas y problemas financieros significativamente más altos

que en los hombres (40.3% y 8.7%) que en las mujeres (29.9% y 1.8%) respectivamente. Otro dato importante es que los hombres cometen suicidio cuatro veces más en comparación con las mujeres, dato que según los autores coincide con el reporte de la Organización Mundial de la Salud. Los autores concluyen que los problemas de salud física y financieros, son factores precipitantes más comunes en hombres que en mujeres y sus métodos de suicidio más letales (Quan, A. H.; Arboleda-Flores, J. 1999).

En 1997 se realizó una investigación sobre el mismo tema de prevalencia de enfermedad mental en las islas Polinesias francesas. Se utilizó una muestra de 1,500 Polinesios, mismos que fueron evaluados por médicos psiquiátricos; los resultados son bastante interesantes; hay una virtual ausencia de neurosis elaboradas (obsesiva o fóbica), también se encontró que existe una baja frecuencia de histeria conversiva y de somatizaciones hipocondríacas. En cuanto a la psicosis se encontró una baja frecuencia comparada con la población mestiza; en las psicosis que se presentan predominan los temas místicos y la megalomanía, en las psicosis crónicas la incidencia de esquizofrenia fue significativamente más alta en la población mestiza. En cuanto a la población infantil fue detectado un incremento de prevalencia de retardo mental, lo que obedece a encefalopatías y meningo-encefalitis que se han extendido en la región (Virieu, R. 1997).

En Alemania, en 1998 también se realizó una investigación que mide el impacto etnográfico en la prevalencia de enfermedad mental de la población de inmigrantes, el estudio muestra que existe un alto índice de enfermedad mental, especialmente esquizofrenia, la información se obtuvo del análisis de los ingresos al servicio

psiquiátrico en los dos últimos años. Una explicación que dan los autores de la alta prevalencia de enfermedad mental en este grupo de habitantes de Alemania es el hecho de que en los últimos 20 años la composición de inmigrantes ha cambiado significativamente, señalan los autores que en los años 70s los inmigrantes eran mayormente trabajadores (Guest Workers) de Italia, España y Turquía, hoy en día hay una gran cantidad de refugiados de guerra o de regiones económicamente deprimidas lo que, además de los conflictos que llevan, hace más heterogénea la población de inmigrantes. Así los resultados muestran los siguientes datos de ingreso: 146 en 1995, 129 en 96 y 133 en 97 de un total de 5,035 admisiones. La población de inmigrantes representa el 8.1% del total de admisiones, de los cuales 56.1% fueron hombres y 43.9% mujeres (Haasen, Ch.; Lambert, M.; Mass K. M. 1988).

En los últimos años encontramos trabajos de sumo interés en el tema de la prevalencia de enfermedad mental, por ejemplo tenemos el realizado por Alem Atalay et al. En Etiopía en 1998, donde se evaluaron las actividades, costumbres y prácticas de una comunidad rural, la muestra fue de 100 sujetos de 30 a 83 años de edad, quienes fueron evaluados con la versión americana del "Key Informant Questionnaire." Los resultados obtenidos son los siguientes: desórdenes neuropsiquiátricos más comunes: epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, neurosis y depresión severa. La esquizofrenia fue identificado como el más severo problema y el retardo mental como el segundo más severo, la conducta agresiva fue identificada como una de los más frecuentes prototipos de síntomas de enfermedad mental. En cuanto a los tratamientos, la población prefiere métodos tradicionales

(baños curativos, herbolaria) para las enfermedades mentales y para el tratamiento de enfermedades físicas la medicina moderna (centros de salud) (Alem, A.; Jacobsson, L.; Araya, M.; Kebede, D; Kullgren, G. 1999).

En Malasia se realizó otra investigación interesante, los autores afirman que es evidente la influencia de la cultura en la salud o enfermedad mental. De los resultados, destaca el hecho de que síntomas como la ansiedad, depresión o problemas hipocondríacos son manifestados más como un cuadro somático, ya que los pacientes prefieren hablar en términos de problemas físicos que mentales y en términos físicos explican el origen de sus problemas mentales. La histeria es un problema muy frecuente; los pacientes obsesivo-compulsivos presentan rituales con contenido religioso; en los pacientes psicóticos el contenido de sus alucinaciones son con frecuencia de tipo religioso, situación que es tomada como natural socioculturalmente. (Azhar, M. Z; Varma, S. L. 2000).

De acuerdo con esto los autores afirman, los factores: cultura y religión juegan un papel importante en la presentación de síntomas y cuadros psiquiátricos (Azhar, M. Z; Varma, S. L. 2000), es importante señalar que relacionado con este mismo tema se realizó un trabajo similar en Pakistán, país en donde también existe la religión Islámica y en donde el autor llegó a la misma conclusión en el sentido de que la cultura y la religión tienen un papel muy importante en la manifestación de la enfermedad mental (Mubbashar, M. H. 2000).

En los últimos años se han hecho importantes trabajos en nuestro país, tenemos por ejemplo el estudio sobre abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes en el que se detectó, en el Distrito

Federal, conducta suicida en 4.3% en los varones y 12.1% en las mujeres (González-Forteza, C.; Ramos L., L; Vignau B., L. E., 2001), también se encontraron estudios recientes sobre el apoyo social y la salud, desde una perspectiva de género, en el que se ha encontrado que síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y depresión grave, correlacionan significativamente con un bajo apoyo social, siendo los coeficientes más altos para las mujeres, así también hay correlación con variables sociodemográficas (Matad, P; Carballeira, M; López M. 2002).

Hasta aquí hemos presentado una breve reseña histórica de algunos trabajos que en materia de prevalencia de alteraciones psicológicas consideramos importantes ya que son el antecedente de cualquier investigación que en esta misma línea se quiera desarrollar.

Cabe destacar que seleccionamos las anteriores investigaciones debido a que nos muestran la relevancia de las variables socioculturales como generadores de salud o enfermedad mental en diversos países, tanto en el medio rural como urbano.

3.2. Estudios realizados con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

Ahora revisaremos algunos trabajos realizados con población mexicana en nuestro país y fuera de él con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), entre los primeros trabajos que se realizaron con el CES-D, está el realizado acerca del estrés psicosocial en la mujer migrante, el estudio presenta información de la relación del malestar psicológico y el estrés psicosocial, se estudiaron tres grupos de mujeres: centroamericanas, mexicanas y

mexicoamericanas de la ciudad de los Ángeles California y para la realización de la investigación se utilizó una batería compuesta por la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, una sección demográfica y el Inventario de Estrés para Hispanos, se encontró que todas están en una situación vulnerable, pero las mexicanoamericanas más en comparación con las de los otros dos grupos (mexicanas y centroamericanas) y las menos afectadas son las centroamericanas y dicha vulnerabilidad se relaciona con la aculturación que provoca desintegración familiar en los grupos de migrantes (Salgado, VN. 1990).

En el 91 se utilizó también la escala CES-D para realizar un estudio sobre la importancia de las características no deseables de los roles de género en el citado estudio a un total de 885 personas de ambos sexos, de 14 años en adelante se les aplicó la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y una versión preliminar de las Escalas de Características de Personalidad Masculinas y Femeninas, se encontró que en ambos sexos, la masculinidad autoafirmativa y la feminidad afectiva se relacionaron negativamente con la depresión, los resultados también mostraron que en los dos sexos, la masculinidad autoafirmativa y la feminidad afectiva se relacionaron negativamente con la depresión, por otra parte la masculinidad agresiva y la feminidad sumisa se relacionaron positivamente con esta variable. En ambos sexos la interacción M-F fue un predictor importante de la depresión, observándose una relación negativa; es decir que a mayor androginia, menor depresión. (M. A., 1991).

En 1992 se investigó también con la escala CES-D acerca del estrés cotidiano en los adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva, los estresores

estudiados fueron del ámbito familiar y social (González-Forteza C, Salgado VN y Rodríguez E. 1992). En este mismo año se realizó otro estudio muy interesante acerca de los trastornos emocionales en población urbana, dicho estudio fue realizado a nivel nacional en población mayor de 18 años y de medio urbano, en él se encontró que el 34% de la población con la cual se realizó la investigación presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Por otro lado se encontró que 13% presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género, así el 17% de las mujeres presentó más síntomas depresivos en comparación con 8.5% de los hombres. En lo que se refiere a la ideación suicida, se encontró entre el 10% y el 14% de la población total; no obstante, solamente 1.9% reportó haber estado a punto de quitarse la vida y 1.6% si lo intentó. De acuerdo con los investigadores el suicidio ocurrió en número significativamente mayor entre los jóvenes, en tanto que la depresión se presentó con mayor prevalencia en la población de más edad. Respecto al tipo de ayuda, se encontró que los familiares y amigos constituyen el primer recurso al que acude la población cuando padece problemas emocionales; la automedicación fue el segundo recurso, que resultó significativamente mayor entre los deprimidos. Dentro de las razones más importantes por las cuales estas personas no solicitaron ningún tipo de ayuda cuando tuvieron problemas emocionales, tienen que ver con los prejuicios y con el desconocimiento del tratamiento especializado en salud mental. (Medina M. M. E; Rascón M. L; Tapia R; Mariño M. C; Juárez F, V. et al. 1992).

Un estudio muy importante es el realizado por Caraveo J, Medina M., Villatoro J. et al. (1993) en el que se estudia la depresión como factor de riesgo en población infantil menor de 12 años y en el que encontraron que existe una relación entre los estados depresivos adultos y la sintomatología psíquica en los niños, se aplicó a niños menores de doce años el (RQC) Cuestionario de Reporte de Niños con el propósito de evaluar la presencia de probables casos, en el análisis de la información se encontró una estimación de la prevalencia de trastornos psiquiátricos de 15.6% en niños de 3 a 12 años de edad. Los objetivos de esta investigación fueron, de acuerdo con los autores: analizar la fuerza de asociación y la prevalencia diferencial de la presencia/ausencia de sintomatología psíquica en los niños, con relación a la sintomatología depresiva en la población adulta de los hogares, donde a su vez había un niño menor de 12 años. La muestra estuvo compuesta de la siguiente forma, 2025 personas adultas entre 18 y 65 años incluidas, en la Encuesta Nacional de Salud Mental, E. N. S. M.; el 61.3% de ellas (1243) informó sobre algún niño de 12 o menos años de edad. La variable dependiente fue el puntaje obtenido en el RQC: a) uno o más síntomas, umbral sugestivo de algún tipo de malestar; b) dos o más síntomas, indicativo de un probable caso. Las variables independientes en los adultos fueron: 1) presencia de sintomatología depresiva de acuerdo al CES-D; 2) presencia de sintomatología de desesperanza e ideación suicida. Se calculó el riesgo relativo aproximado (Odds Ratio) con intervalos de confianza del 95% y la prevalencia diferencial entre los expuestos y no expuestos para cada variable. La presencia de sintomatología depresiva y desesperanza en el adulto mostró Odds Ratio significativos con rangos

de 1.8 a 4.8, en orden creciente, indicando que entre más severo es el trastorno, mayor la repercusión en la conducta de los niños. Los resultados sugieren una especificidad de la asociación, por lo que las medidas para detectar y tratar estas condiciones son importantes en el terreno de la prevención y de la investigación clínico-epidemiológica (Caraveo J, Medina M. M. E.; Villatoro J y Rascón M. L. 1993). En este mismo año se publicó el trabajo realizado acerca de las fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes, en el que se encontró que la familia es el recurso de apoyo más importante tanto en el sexo masculino como el femenino, presentando los niveles más bajos de malestar emocional con todas las fuentes de conflicto (González-Forteza C, Salgado V. N. y Andrade P. 1993).

Se realizó también un estudio en este mismo año que abordó la confiabilidad y estructura factorial de la escala CES-D, los resultados indicaron que el citado instrumento tiene un alto nivel de confiabilidad y una estructura factorial bien definida: afecto positivo, afecto negativo y síntomas somáticos, también se obtuvo un nuevo punto de corte para la media y la desviación estándar, así de acuerdo con los estudios realizados los autores nos indican que la escala tiene un alto nivel de confiabilidad y una estructura factorial bien definida en tres subescalas: Afecto Negativo, Síntomas Somáticos y Afecto Positivo. En este estudio se establece un nuevo punto de corte para la escala basado en la media (17.8) y en la desviación estándar (9.1) obtenidos. Considerando este nuevo punto de corte de 27, el 15.4% de los adolescentes estudiados son clasificados como deprimidos. (Mariño M. C.; Medina M. ME.; Chaparro J. J. y González-Forteza C. 1993).

En el año de 1994 se publicó un estudio realizado para conocer la sintomatología depresiva en estudiantes, también utilizando la escala CES-D, en dicho estudio se encontró que las mujeres presentan más sintomatología depresiva que los hombres y que el nivel socioeconómico influye de alguna manera, así el rango de edad que se estudió fue de 11 a 21 años y se encontró que el 15.4% de los estudiantes son identificados con niveles significativos de sintomatología depresiva, por cada varón existen 2 mujeres que presentan niveles considerables de sintomatología depresiva, además se localizó el mayor número de casos en el nivel socioeconómico bajo, lo que concuerda con la literatura revisada al respecto. Al hacer el análisis por género, se encontró que en el nivel más bajo la depresión se presenta de la misma forma tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo en el nivel medio y alto esta diferencia se acentúa, presentándose una tendencia mayor a que los casos sean predominantemente mujeres. Al comparar las medias de los puntajes del CES-D, en hombres por nivel socioeconómico se observó que éste influye de manera importante en los niveles de sintomatología, lo que no sucede con las mujeres (Mariño M. C. y Medina M. M. E. 1994).

En este mismo año (1994) fueron publicados, además del anterior dos trabajos bastante interesantes, en el primero se estudió la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias en una muestra del Distrito Federal de 3,459 sujetos utilizando reactivos de la escala CES-D (Medina M. M. E.; López E. K; Villatoro J.; Juárez F.; Carreño S.; Berenzon S. et al. 1994); en el segundo se estudiaron las características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales y se

encontró, a través del análisis factorial, cuatro factores, afecto negativo, afecto positivo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización, (Salgado VN. y Maldonado M 1994).

De los trabajos publicados en el año de 1995 se consideraron dos por su relación, al igual que los anteriores con el tema de investigación del presente trabajo, así el primero se refiere al riesgo del consumo de alcohol como factor de riesgo en niños y se encontró que a mayor consumo de alcohol, mayor sintomatología en los niños que estaban relacionados directamente con esos adultos, así el estudio se compuso de una muestra de 2,025 personas adultas entre 18 y 65 años, incluidas en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), de las que 1,243 (61.3 %), informaron de algún niño de 12 o menos años de edad. La variable dependiente para esta investigación fue el puntaje obtenido en el RQC: a) uno o más síntomas, umbral que se considera sugestivo de algún tipo de malestar; b) dos o más síntomas, que es indicativo, con mayor precisión, de un probable caso. En cuanto a las variables independientes de los adultos, fueron: 1) dependencia al alcohol; 2) patrón de consumo de alcohol; 3) frecuencia de embriaguez; 4) presencia de sintomatología depresiva de acuerdo al CESD y 5) presencia de sintomatología de desesperanza e ideación suicida. También es importante señalar que los investigadores calcularon el riesgo relativo aproximado (Odds Ratio) con intervalos de confianza del 95% y la prevalencia diferencial entre los expuestos y no expuestos para cada variable. Una o más respuestas positivas en el RQC se encontraron hasta dos veces más frecuentemente asociadas con el patrón de consumo de alcohol más elevado y hasta 4 veces más con la embriaguez más

frecuente. Los resultados de la investigación son discutidos por los autores a la luz de otros reportes en la literatura nacional e internacional, destacando la necesidad de abordar de manera sistémica a la familia, cuando existan problemas relacionados con el alcohol. (Caraveo J, Medina M. M. E.; Villatoro J.; Rascón M. L.; y Martínez N. A. 1995).

El segundo se refiere a la relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo, en él se buscó la correlación entre las dimensiones de afecto de los padres con la sintomatología depresiva y la ideación suicida; se encontró que la correlación fue significativa para las mujeres, pero no para los varones (González-Forteza, C. y Andrade P. 1995).

En el año de 1996 de los trabajos que se publicaron dos llamaron nuestra atención, en virtud de que estudian la sintomatología depresiva en mujeres, el primero comparando la sintomatología entre dos poblaciones en que se encontró que la sintomatología depresiva decrementa con la escolaridad y aumenta con la edad y el número de hijos (Vera, J. A. 1996) y el segundo se realizó con el objetivo de evaluar el inventario de depresión (CES-D) en una muestra de mujeres de la zona rural del norte del país, concretamente Sonora y se encontró que para las mujeres de poblaciones rurales el CES-D mide una sola dimensión en la expresión de la depresión, afecto negativo y somatización (Vera, J. A. 1996).

En el año de 1997 se publicó el trabajo sobre estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos en él se muestra como existe correlación entre el conflicto familiar y la sintomatología

depresiva, aunque diferente según el género. (González -Forteza C, Andrade P. y Jiménez J. A. 1997).

En 1998 se encontraron tres investigaciones interesantes, la primera se relaciona con la figura paterna y el afecto que brinda ésta como componente para la salud emocional de los adolescentes, los resultados señalan el papel fundamental del padre tanto en hombres como en mujeres. (González-Forteza, C.; Saldivar, G. y Corona, R. 1998); la segunda investigación se refiere a si la depresión y la soledad pueden considerarse un mismo fenómeno, los resultados mostraron que la soledad y la depresión tienen aspectos compartidos, sin embargo no son un mismo fenómeno. (Montero, M. 1998); la tercera estudia la relación entre depresión, actividades placenteras y sintomatología premenstrual, los resultados muestran que las actividades placenteras y la depresión predicen la sintomatología premenstrual. (Ramírez, N. y Marván, M. L. 1998).

En el 99 se publicó otro trabajo que estudia la validez y confiabilidad de la escala CES-D en niños y adolescentes mexicanos de 9 a 14 años, los resultados encontrados muestran que la escala CES-D es un instrumento válido y confiable para la población mexicana peri-púber, sin embargo para su interpretación se deben tomar en cuenta las normas específicas de cada población. (Benjet, C.; Hernández, L; Tercero, Q. G.; Hernández, R. A.; y Chartt L., R. M. 1999).

En los últimos años se han publicado también trabajos de sumo interés, relacionados con la depresión y el uso de la escala CES-D, así por ejemplo tenemos el realizado sobre autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida,

estudio que se llevó a cabo en una muestra de 423 estudiantes de secundaria, los resultados muestran que las ideas suicidas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, dos veces más que en los hombres y si existe sintomatología depresiva el riesgo es tres veces mayor. (Jiménez, J. A.; Mondragón, L. y González-Forteza, C. 2000).

En el 2002 se publicó un estudio en el que se utilizó la escala CES-D como instrumento de apoyo para conocer la validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención en él se confirmó la validez concurrente, es decir concordancia con la escala CES-D en la medición de sintomatología depresiva. (Lara, M. A.; Navarro, C.; Mondragón, L.; Rubí N. A. y Lara M. C. 2002).

Por último se encontraron dos estudios publicados en el año 2003, en el primero se estudia el impacto de la intervención psicoeducativa en mujeres que presentan sintomatología depresiva, los resultados muestran que tanto la intervención individual como la grupal son efectivas, de acuerdo con los investigadores el estudio se llevó a cabo en una submuestra de 39 mujeres seleccionadas al azar del total de 135 que participaron en la intervención y que fueron evaluadas a los cuatro meses. El diseño del estudio fue comparativo entre una condición Grupal (IG) y una Individual Mínima (IIM), con evaluaciones: pre, post-tratamiento (a los quince días en la IG y al mes en la IIM) y con seguimiento (a 4 meses y a 2 años). La IG consistió en sesiones de grupo de dos horas con un total de seis, organizadas alrededor del material educativo *¿Es difícil ser mujer? Una guía*

sobre depresión y la IIM consistió en una sesión de orientación individual sobre el uso de dicho material educativo el objetivo del trabajo, señalan los investigadores fue evaluar la efectividad a dos años, con respecto a los 4 meses iniciales, de una intervención psicoeducativa realizada en mujeres con síntomas de depresión. Se valoraron los siguientes aspectos: 1) si la reducción de los síntomas de depresión (CES-D) y la mejoría en la autoestima (Coopersmith) se mantenían; 2) si hubo diferencias entre las intervenciones-grupal e individual mínima; 3) si las participantes siguieron considerando que la intervención tuvo influencia en su vida y en sus problemas, y 4) si la intervención debería seguir impartándose de la misma manera o modificarse. El Análisis de Varianza Múltiple (MANOVA) para evaluar la efectividad del modelo en los síntomas de depresión (CES-D), no mostró diferencias significativas entre las intervenciones (IG e IIM), pero sí a lo largo del tiempo. En este sentido, los análisis posteriores mostraron que los síntomas de depresión presentaron mayor prevalencia significativa del seguimiento a cuatro meses al seguimiento a dos años, pero no alcanzaron un nivel mayor al encontrado en la evaluación pre-tratamiento. El MANOVA para la autoestima, mostró resultados similares: ausencia de diferencias entre las intervenciones y diferencias al interior de los grupos. Los análisis posteriores, en este caso, señalaron una ligera disminución de la autoestima a los dos años, aunque ésta siguió siendo significativamente mayor que la encontrada en el pre-tratamiento. En cuanto a la evaluación de la intervención misma, un porcentaje similar (80% y 63%) siguió afirmando que la intervención influyó significativamente en su vida y en sus problemas, a los dos años. Las razones que dieron para esta afirmación fueron:

que entienden y enfrentan mejor sus problemas, que mejoró su estado de ánimo, que hubo cambios en su forma de resolver sus problemas y que pudieron conocerse y aceptarse mejor. Noventa por ciento consideró que la intervención debería seguirse realizando de la misma manera. Uno de los motivos fundamentales que citaron fue, la libertad que tuvieron para expresarse (en IG e IIM), la interacción del grupo (IG), el trabajo de la facilitadora (IG) y de la orientadora (IIM) y que esto fue una guía que les ayudó a resolver sus problemas (IIM) (Lara, M. A.; Navarro, C.; Navarrete, L.; Mondragón, L. y Rubí, N. A. 2003).

El segundo estudio es una actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), estudio piloto realizado con población de adultos mayores. Debido a que la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos requería una actualización para que concordara con las actuales clasificaciones de los manuales y hacía falta revisar su estructura y contenido, los autores se plantearon realizar un estudio que constituyera un primer esfuerzo en ese sentido, así el objetivo de la investigación fue generar una versión revisada del CES-D, confiable, válida, y cuya aplicación resultara factible en el contexto de estudios a gran escala. En cuanto a la metodología, se basa en un trabajo previo, realizado por Eaton y col. en 1998. Para llevar a cabo dicha revisión del CES-D en México, fue necesario traducir el instrumento, armonizar los reactivos en función del constructo a medir y adaptar el mismo para emplearlo en una investigación de campo. A partir de ello, se obtuvo una primera estimación, a partir de una encuesta de la prevalencia de la sintomatología depresiva. La población del estudio

estuvo integrada por aproximadamente 300 pacientes mayores de 60 años, que acudían en busca de servicios de medicina familiar a una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para el levantamiento de la encuesta, que se desarrolló a lo largo de dos meses, se hizo una visita semanal a la clínica, entre las 13 y las 19 horas. Los datos se recabaron en entrevistas cara a cara, previo consentimiento informado de los pacientes. El rango de edad de los participantes en la encuesta fue de entre 60 y 92 años, con media de 73 años para hombres y de 70 para mujeres. En promedio, la realización de cada entrevista completa tomó entre 13 y 30 minutos, con un promedio de 21 minutos por entrevista para completar el cuestionario en el que se incluyeron todas las secciones. Confiabilidad, la escala se puede considerar muy buena con un alpha de Cronbach de 0.90, sin variaciones que hagan dudar sobre la consistencia interna de la misma entre hombres y mujeres o grupos de edad. En cuanto los resultados se encontró lo siguiente, de acuerdo con las respuestas obtenidas, se estima que cuatro de cada diez entrevistados manifestaron síntomas depresivos. Se encontró que el porcentaje de mujeres clasificadas dentro de probable episodio, o con síntomas clínicos indicadores de un episodio de depresión mayor era más alto (9% y 13%, respectivamente, del total de mujeres entrevistadas). En cambio, se agrupó a los hombres, más frecuentemente, por categorías de síntomas importantes aunque por debajo del umbral del DSM-IV, o con posible episodio (18% y 6%, respectivamente, del total de hombres entrevistados), (Reyes, M.; Soto, A. L.; Milla, J. G.; García, A.; Hubard, L.; Mendoza, H. et al. 2003).

Para concluir el presente capítulo podemos decir que desde los años 50s se han estado realizando estudios en los que se relaciona la epidemiología y el estudio de los trastornos psicológicos hasta llegar a la actualidad, tiempo en el que incluso se construyen instrumentos específicos para el estudio de algún trastorno en particular, tal es el caso del cuestionario que aquí se trabaja, elaborado por el Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América, aunado a esto, casi todos los estudios descritos arriba tienen en común el hecho de considerar a las variables socioculturales como factores importantes en las diversas problemáticas estudiadas, así pues nuestro estudio contiene elementos similares de tipo epidemiológicos y utiliza el instrumento citado, sin embargo agregamos un punto de vista diferente para el análisis de los resultados ya que además de los resultados descriptivos propios de la epidemiología descriptiva, introducimos un análisis desde el punto de vista psicoanalítico.

METODOLOGÍA

En el presente estudio se tiene el propósito de obtener la prevalencia de alteraciones psicológicas, específicamente la sintomatología depresiva y su relación con algunas variables sociodemográficas y sucesos de vida en el personal docente del nivel preescolar que labora en los centros educativos de la zona centro del Estado de Guerrero, mediante las técnicas epidemiológicas aplicables a esta área de la psicología. Consideramos que el presente estudio es importante, ya que nos dará información, para ser analizada desde el punto de vista de la psicología clínica, con relación a la frecuencia y distribución de las alteraciones psicológicas, concretamente la sintomatología depresiva lo cual nos llevará a un mejor conocimiento de la población mexicana en esta área.

JUSTIFICACIÓN: Estudiar a la población guerrerense, desde un nivel de investigación exploratorio para conocer la sintomatología depresiva de personal docente del nivel preescolar y aportar más información acerca de esta línea de investigación, consideramos que el estudio es importante porque aporta información acerca de la sintomatología depresiva de las educadoras en servicio y esto puede servir para efectuar una labor no sólo de detección de la problemática en este sector educativo, sino también para aplicar medidas de prevención primaria, tanto en educadoras como en los niños que son quienes interactúan de manera cotidiana con ellas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

-Conocer la prevalencia de sintomatología depresiva de educadoras de la zona centro del sector educativo del Estado de Guerrero.

-Conocer si existe correlación significativa entre los sucesos de vida y la sintomatología depresiva que presenten las educadoras del Estado de Guerrero.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva y su relación con variables sociodemográficas y sucesos de vida, en el personal docente del nivel preescolar de la zona centro del Estado de Guerrero?

VARIABLE INDEPENDIENTE: Biografía personal.

De carácter atributivo, es decir “las variables que no pueden ser manipuladas son variables atributivas. Es imposible, o al menos muy difícil, manipular muchas variables. Por ejemplo todas aquellas que son atributos humanos, son variables atributivas. Los sujetos vienen a estos estudios con las variables (atributos) ya establecidas. El ambiente temprano, la herencia y otras circunstancias han hecho a los individuos como son.” (Kerlinger, F. N. 1988, p. 40).

VARIABLE DEPENDIENTE: Sintomatología depresiva. “Es la variable que el experimentador no manipula. Más bien es observada como un posible resultado de variaciones en la variable independiente” (Kerlinger, F. N. 1988, p.37).

VARIABLES ATRIBUTIVAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Género:** Femenino.
- Escolaridad:** Técnica o licenciatura en educación preescolar.
- Ocupación:** Educadora.
- Estado civil:** Soltera, unión libre, casada, viuda y divorciada.
- Lugar de residencia:** Estado de Guerrero (zona centro).
- Sucesos de vida.**

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA:

Puntaje obtenido en la Escala CES-D superior al promedio.

TIPO DE ESTUDIO: Esta investigación es de tipo Ex post-facto. Es ex post-facto porque “Es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes.” (Kerlinger, F. N. 1988, p. 394).

TIPO DE DISEÑO: Es exploratorio porque “busca lo que es en lugar de predecir las relaciones que deben encontrarse.” (Kerlinger, F. N. 1988, p. 423).

MUESTRA: 100 educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero cada una de ellas deberá tener como mínimo seis meses un día laborando en la zona centro del Estado: tener el perfil de Educadora (a nivel técnico o licenciatura) y estar en activo.

TIPO DE MUESTREO: Por el método de muestreo en conglomerado obtendremos una muestra de diez centros de educación preescolar.

SUJETOS: Educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero, 40 centros educativos de la región centro

INSTRUMENTOS: Se aplicarán dos instrumentos, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, (CES-D) y el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de vida, de la Dra. Lucio, G-M, en cuanto a la primera escala, consta de 20 reactivos que obtienen información acerca de los principales componentes de la sintomatología depresiva, según la frecuencia temporal en la semana previa a la aplicación. Las preguntas de la escala están ordenadas de la siguiente manera:

- Afecto negativo
- Afecto positivo
- Relaciones interpersonales
- Actividad retardada y somatización.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD: El instrumento cuenta con la validez y confiabilidad necesaria para realizar la investigación, en México se aplicó a personas mayores de 18 años de ambos sexos en poblaciones rurales y urbanas, con valores alpha de cronbach de .84 a .90 y se ha utilizado en diferentes países: “La escala ha sido utilizada en estudios comunitarios tanto en los Estados Unidos como en otros países. En la mayoría de los estudios se ha encontrado que el CES-D cuenta con las características psicométricas necesarias, de tal manera que puede aplicarse prácticamente a cualquier población” (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff y Locke, 1997; Roberts, 1980). Así también en nuestro país: “Se observa que esta escala posee una consistencia interna muy alta y, en general, las conclusiones de las investigaciones reiteran la utilidad de esta prueba” (Salgado y Maldonado 1994).

APLICACIÓN: Puede ser aplicada de manera individual, grupal o autoaplicada.

CALIFICACIÓN: Se toma como base el número de días (0, 1-2, 3-4, 5-7) en que se han presentado los síntomas durante la semana anterior a la aplicación, se suma el puntaje. El umbral posible de caso y no caso se determina mediante la media aritmética, dependiendo de la población, aunque por los estudios realizados en México se considera entre 16 y 18 los que si son casos (Salgado y Maldonado 1994).

Cabe mencionar que la Escala es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación epidemiológica para evaluar síntomas de depresión, fue desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados con la depresión.

En cuanto al segundo instrumento, se aplicará el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida de la Dra. Lucio G-M; A Ampudia y C. Durán, forma para adultos el cual consta de 80 reactivos que fueron el resultado de diferentes pilotesos para obtener una versión final en 1997, con un total de 44 reactivos del área sociodemográfica y 36 de sucesos de vida, este instrumento fue construido con el propósito de identificar aspectos sociodemográficos y situaciones estresantes que ha vivido una persona y se agrupo por áreas: pareja, familia, logros, salud, laboral, sexual, económica y social; en este trabajo lo aplicaremos para indagar si existe relación entre algunas variables sociodemográficas y la sintomatología depresiva. Los primeros reactivos se utilizan para tener una descripción de las características sociodemográficas de la población estudiada.

PROCEDIMIENTO: Se obtendrá una muestra representativa de la población que trabaja directamente con niños preescolares, se les dará una plática en la que se les invitará a participar en la investigación argumentando la importancia que tiene conocer el estado de su salud en su desempeño laboral, posteriormente, se les aplicará la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D), así también se les aplicará el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida para población mexicana de la Dra. Lucio y col. En grupos de 25 sujetos cada uno. Los resultados que se obtengan se someterán a un análisis estadístico, con la finalidad de obtener la distribución y frecuencia de la sintomatología depresiva del personal docente del nivel preescolar; con lo cual se

podrá hacer un diagnóstico poblacional. Posteriormente se discutirán los resultados para obtener algunas conclusiones.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO: Se aplicará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y desviación estándar, para conocer la frecuencia y distribución de la sintomatología depresiva en la muestra seleccionada; se analizará también si existe alguna correlación entre la sintomatología depresiva y alguna (s) variable (s) socioculturales.

RESULTADOS

La investigación se realizó con 100 educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero, de edades que van de 22 la mínima a 58 la máxima con un promedio de edad de 37, y el tiempo promedio de permanencia en el empleo es de 7 a 10 años. El tiempo mínimo es de seis meses un día laborando. En cuanto al estado civil, el promedio del total de nuestra muestra es casada y tiene el perfil de Educadora (a nivel técnico o licenciatura), además durante la investigación se encontraban en activo en la zona centro del Estado de Guerrero, es importante destacar que en los dos instrumentos se detallan muchos datos en cuanto a las características de los sujetos, información biográfica y sucesos de vida, por lo que sólo citamos los indispensables y relevantes para no ser repetitivos, sin embargo si se quiere consultar ésta, en el apéndice se encuentra completa.

Ahora se mostrarán las características sociodemográficas de toda la muestra en el Cuestionario de Información Biográfica y sucesos de vida:

Tenemos los resultados que describen a nuestra población en cuanto a variables sociodemográficas, veamos los resultados de cada reactivo:

EDAD

La edad mínima es de 22 y la máxima de 58 años, en promedio se tiene 37 años, con una desviación estándar de 10.5

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Tabla 1

R1 Estado civil.

	Frecuencia	%
Solteras	8	27.6
Casadas	15	51.7
Unión libre	4	13.8
Divorciadas	2	6.9
Total	29	100.0

Tabla 2

R3 Cuantas veces ha contraído matrimonio.

	Frecuencia	%
1 una	17	58.6
2 dos	1	3.4
3 tres	1	3.4
ninguna	10	34.5
Total	29	100.0

Tabla 3

R4 Por qué termino el matrimonio anterior.

	Frecuencia	%
0	24	82.8
Infidelidad	1	3.4
Problemas familiares	2	6.9
Incompatibilidad de caracteres	2	6.9
Total	29	100.0

Tabla 4

R5 Cuántos hermanos tiene.

	Frecuencia	%
1	2	6.9
De 2 a 3	11	37.9
De 4 a 5	5	17.2
De 6 a 7	3	10.3
8 o más	6	20.7
Ninguno	2	6.9
Total	29	100.0

Tabla 5

R7 Cual es su escolaridad.

	Frecuencia	%
Normal básica	11	37.9
Licenciatura	18	62.1
Total	29	100.0

37.9 tiene licenciatura incompleta o normal básica y 62.1 licenciatura.

Tabla 6

R12Cuál es el ingreso mensual aproximado de su familia actual.

	Frecuencia	%
No contesto	1	3.4
\$600-1200	3	10.3
\$1201-1800	4	13.8
\$1801-4800	11	37.9
\$4801-9600	6	20.7
9601-15000	2	6.9
>15000	2	6.9
Total	29	100.0

10.3 % de \$600-1200; 13.8 % de \$1201-1800; 37.9 % de \$1801-4800; 20.7 % de \$4801-9600; 6.9 de \$ 9601-15000 y 6.9 de \$15000 o más. (3.4 no contesto).

Tabla 7

R25 Algún miembro de su familia ha tenido problemas emocionales que requieran tratamiento.

	Frecuencia	%
No contesto	2	6.9
Madre	2	6.9
Hermano	1	3.4
Otro fam.	1	3.4
Ninguno	23	79.3
Total	29	100.0

Familiares que han estado en tratamiento, 6.9 la madre, 3.4 hermano, 3.4 otro (abuelos, tíos etc.) y 79.3 ninguno. (6.9 no contesto).

Tabla 8

R26 Algún miembro de la familia que ha estado en tratamiento por prob. alcohol.

	Frecuencia	%
No contesto	1	3.4
Padre	3	10.3
Hermano	3	10.3
Otro fam.	2	6.9
Ninguno	20	69.0
Total	29	100.0

Familiar en tratamiento por problemas con alcohol, 10.3 padre, 10.3 hermano, 6.9 otro, 69.0 ninguno. (3.4 no contesto).

Tabla 9

R32 En su casa hay disponibilidad de agua potable.

	Frecuencia	%
Si tiene	27	93.1
No tiene	2	6.9
Total	29	100.0

93.1 Si tiene agua potable y 6.9 no tiene este servicio.

Tabla 10

R38 Alguna vez ha estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico por problemas emocionales.

	Frecuencia	%
Si	5	17.2
No	24	82.8
Total	29	100.0

17.2 Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico y 82.8 no.

A partir del reactivo 45 se refiere a los sucesos ocurridos en los últimos doce meses y se presentan 4 opciones por lo que se describirá cada reactivo con los porcentajes obtenidos en cada opción.

Tabla 11

Separación marital

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue malo para mi	3	3.0
Me sucedió y no tuvo importancia	3	3.0
No me sucedió	94	94.0
Total	100	100.0

R47, Al 94% no le sucedió, al 3% le sucedió y no tuvo importancia y al 3% restante le sucedió y fue malo para ellas.

Tabla 12

Muerte de un miembro de la familia.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno para mi	1	1.0
Me sucedió y fue malo	22	22.0
Me sucedió y no tuvo importancia	1	1.0
No me sucedió	76	76.0
Total	100	100.0

R49, al 76% no le sucedió, al 22% le sucedió y fue malo para ellas, al 1% le sucedió y fue indiferente y al 1% restante le sucedió y lo consideró bueno.

Tabla 13

Enfermedad personal.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	2	2.0
Me sucedió y fue malo	30	30.0
Me sucedió y no tuvo importancia	16	16.0
No me sucedió	52	52.0
Total	100	100.0

R50, Al 52% no le sucedió, al 30% le sucedió y fue malo para ellas, al16% le sucedió y le fue indiferente y al 2% le sucedió y fue bueno para ellas.

Tabla 14

Enfermedad de un miembro de la familia.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	2	2.0
Me sucedió y fue malo	32	32.0
Me sucedió y no tuvo importancia	3	3.0
No me sucedió	63	63.0
Total	100	100.0

R55, Al 63% no le sucedió, al 32% le sucedió y fue malo, al 3% le sucedió y no tuvo importancia y al 2% le pareció bueno.

Tabla 15

Dificultades sexuales.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	2	2.0
Me sucedió y fue malo	3	3.0
Me sucedió y no tuvo importancia	8	8.0
No me sucedió	87	87.0
Total	100	100.0

R57, Al 87% no le sucedió, al 8% le sucedió y fue indiferente, al 3% le sucedió y fue malo y al 2% le sucedió y fue bueno.

Tabla 16

Se endeudó fuertemente.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	4	4.0
Me sucedió y fue malo	10	10.0
Me sucedió y no tuvo importancia	5	5.0
No me sucedió	81	81.0
Total	100	100.0

R64, Al 81% no le sucedió, al 10% le sucedió y fue malo para ellas, al 5% le sucedió y fue indiferente y al 4% le sucedió y fue bueno para ellas.

Tabla 17

Incapacidad para pagar hipoteca.

	Frecuencia	%
0	1	1.0
Me sucedió y fue bueno	2	2.0
Me sucedió y fue malo	4	4.0
Me sucedió y no tuvo importancia	1	1.0
No me sucedió	92	92.0
Total	100	100.0

R65, Al 92% No le sucedió, al 4% le sucedió y fue malo para ellas, al 2% le sucedió y fue bueno para ellas, al 1% le sucedió y fue indiferente y el 1% restante no respondió a este reactivo.

Tabla 18

Cambio de responsabilidad en el trabajo.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	14	14.0
Me sucedió y fue malo	1	1.0
Me sucedió y no tuvo importancia	6	6.0
No me sucedió	79	79.0
Total	100	100.0

R66, Al 79% no le sucedió, al 14% le sucedió y fue bueno para ellas, al 6 % le sucedió y fue indiferente y al 1% le sucedió y fue malo.

Tabla 19

Cambio de casa.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	11	11.0
Me sucedió y fue malo	2	2.0
Me sucedió y no tuvo importancia	5	5.0
No me sucedió	82	82.0
Total	100	100.0

R74, Al 82% no le sucedió, al 11% le sucedió y fue bueno para ellas, al 5% le sucedió y fue indiferente Y al 2% le sucedió y fue malo.

Tabla 20

Exceso trabajo.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	18	18.0
Me sucedió y fue malo	13	13.0
Me sucedió y no tuvo importancia	31	31.0
No me sucedió	38	38.0
Total	100	100.0

R75, Al 38% no le sucedió, al 31% le sucedió y fue indiferente, al 18% le sucedió y fue bueno para ellas y al 13% le sucedió y fue malo.

Tabla 21

Cambio en el hábito de dormir.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	11	11.0
Me sucedió y fue malo	27	27.0
Me sucedió y no tuvo importancia	19	19.0
No me sucedió	43	43.0
Total	100	100.0

R76, Al 43% no le sucedió, al 27% le sucedió y fue malo para ellas, al 19% le sucedió y fue indiferente y al 11% le sucedió y fue bueno.

Tabla 22

Cambio de hábitos alimenticios.

	Frecuencia	%
Me sucedió y fue bueno	21	21.0
Me sucedió y fue malo	12	12.0
Me sucedió y no tuvo importancia	15	15.0
No me sucedió	52	52.0
Total	100	100.0

R77, Al 52% no le sucedió, al 21% le sucedió y fue bueno, al 15% le sucedió y fue indiferente y al 12% le sucedió y fue malo para ellas.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

La puntuación obtenida por el total de los sujetos en la escala del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), fue de 0 la mínima y de 44 la máxima, con una media aritmética de 18.78, ahora bien las respuestas del total de la población para cada reactivo fue la siguiente:

Tabla 23

REACTIVO 1, Me molestan muchas cosas que generalmente no me molestan.

NO LE SUCEDIÓ	40%
1 ó 2 DÍAS	45%
1-4 DÍAS	12%
5-7 DÍAS	3%

Tabla 24

REACTIVO 2, No tenía hambre, no tenía apetito.

NO LE SUCEDIÓ	58%
1-2 DÍAS	29%
1-4 DÍAS	13%

Tabla 25

REACTIVO 3, Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con ayuda de mi familia o amigos.

NO LE SUCEDIÓ	66%
1-2 DÍAS	20%
1-4 DÍAS	7%
5-7 DÍAS	7%

Tabla 26

REACTIVO 4, Sentía que era tan buena como las demás.

NO LE SUCEDIÓ	13%
1-2 DÍAS	27%
1-4 DÍAS	31%
5-7 DÍAS	29%

Tabla 27

REACTIVO 5, Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo.

NO LE SUCEDIÓ	20%
1-2 DÍAS	47%
1-4 DÍAS	30%
5-7 DÍAS	3%

Tabla 28

REACTIVO 6. Me sentí deprimida.

NO LE SUCEDIÓ	49%
1-2 DÍAS	30%
1-4 DÍAS	12%
5-7 DÍAS	9%

Tabla 29

REACTIVO 7, Sentí que todo lo que hacía, me costaba mucho esfuerzo.

NO LE SUCEDIÓ	32%
1-2 DÍAS	47%
1-4 DÍAS	18%
5-7 DÍAS	3%

Tabla 30

REACTIVO 8, Veía el futuro con esperanza.

NO LE SUCEDIÓ	11%
1-2 DÍAS	22%
1-4 DÍAS	28%
5-7 DÍAS	39%

Tabla 31

REACTIVO 9, Pensé que mi vida era un fracaso.

NO LE SUCEDIÓ	79%
1-2 DÍAS	10%
1-4 DÍAS	8%
5-7 DÍAS	3%

Tabla 32

REACTIVO 10, Tenía miedo.

NO LE SUCEDIÓ	58%
1-2 DÍAS	30%
1-4 DÍAS	10%
5-7 DÍAS	2%

Tabla 33

REACTIVO 11, Dormí sin descansar.

NO LE SUCEDIÓ	34%
1-2 DÍAS	44%
1-4 DÍAS	15%
5-7 DÍAS	7%

Tabla 34

REACTIVO 12, Estaba feliz.

NO LE SUCEDIÓ	9%
1-2 DÍAS	28%
1-4 DÍAS	36%
5-7 DÍAS	35%

Tabla 35

REACTIVO 13, Platiqué menos de lo normal.

NO LE SUCEDIÓ	41%
1-2 DÍAS	35%
1-4 DÍAS	16%
5-7 DÍAS	8%

Tabla 36

REACTIVO 14, Me sentía sola.

NO LE SUCEDIÓ	55%
1-2 DÍAS	27%
1-4 DÍAS	9%
5-7 DÍAS	9%

Tabla 37

REACTIVO 15, Sentí que la gente era poco amigable.

NO LE SUCEDIÓ	57%
1-2 DÍAS	27%
1-4 DÍAS	12%
5-7 DÍAS	4%

Tabla 38

REACTIVO 16, Disfruté de la vida.

NO LE SUCEDIÓ	4%
1-2 DÍAS	25%
1-4 DÍAS	33%
5-7 DÍAS	38%

Tabla 39

REACTIVO 17, Lloraba a ratos.

NO LE SUCEDIÓ	65%
1-2 DÍAS	19%
1-4 DÍAS	12%
5-7 DÍAS	4%

Tabla 40

REACTIVO 18, Me sentía triste.

NO LE SUCEDIÓ	47%
1-2 DÍAS	36%
1-4 DÍAS	10%
5-7 DÍAS	7%

Tabla 41

REACTIVO 19, Sentía que no les caía bien a otros.

NO LE SUCEDIÓ	50%
1-2 DÍAS	33%
1-4 DÍAS	14%
5-7 DÍAS	3%

Tabla 42

REACTIVO 20, No podía seguir adelante.

NO LE SUCEDIÓ	76%
1-2 DÍAS	18%
1-4 DÍAS	3%
5-7 DÍAS	2%

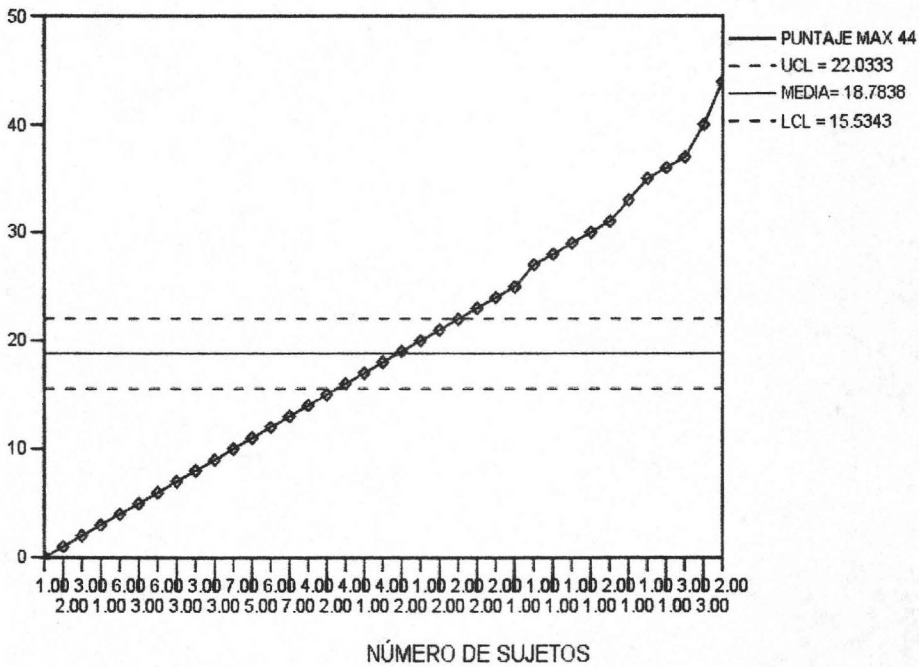
UNA VEZ DESCRITAS LAS ANTERIORES TABLAS, VEAMOS EL PUNTAJE OBTENIDO POR LOS SUJETOS Y EL PROMEDIO OBTENIDO.

FRECUENCIAS, PROMEDIO: 18.78

Tabla 43

CES-D	Total de los puntajes, 0- 44	Media	Desviación Estándar
Casos	37	18.78	12.01

PUNTAJE CES-D DE 0 A 44

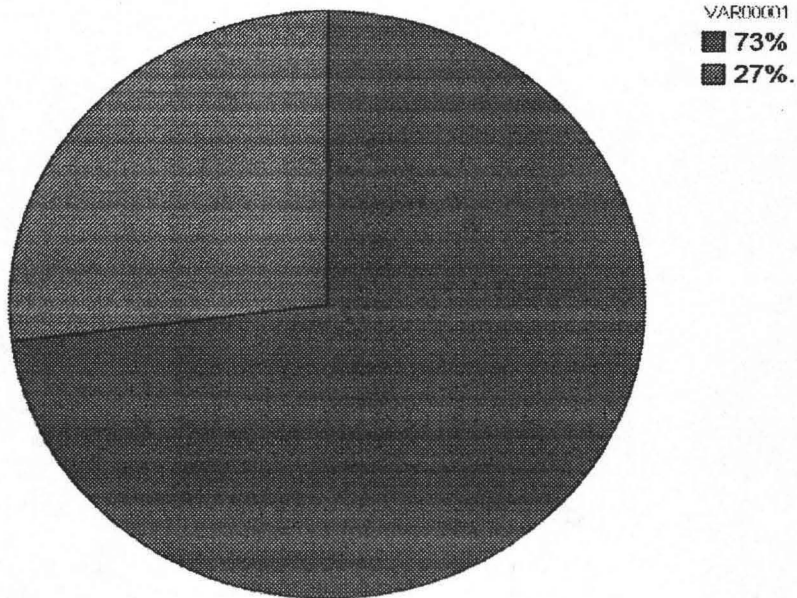


EL PORCENTAJE DE EDUCADORAS QUE OBTUVIERON LA PUNTUACIÓN A PARTIR DE 20, ARRIBA DE LA MEDIA, 18.78 (ver sig. Tabla 44 y gráfica), Y QUE SON CONSIDERADAS COMO CASOS DE 27%, DISTRIBUYENDOSE DE LA SIGUIENTE MANERA

Tabla 44

PUNTAJE	SUJETOS
19	2
20	1
21	2
22	2
23	2
24	2
25	1
27	1
28	1
29	1
30	1
31	2
33	1
35	1
36	1
37	3
40	3
44	2

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, 27% DE CASOS.



27% ARRIBA DE LA MEDIA (18.78)

De acuerdo con estos resultados la prevalencia de sintomatología depresiva es de 27% para la población estudiada.

CORRELACIONES

**CORRELACIONES DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN
BIOGRÁFICA Y SUCESOS DE VIDA Y LA ESCALA DEL CENTRO DE
ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D).**

CORRELA CIONES CES-D Y DATOS BIOGRÁFICOS	AFECTO NEGATIVO	AFECTO POSITIVO	RELACIONES INTERPERSONALS	ACTIVIDAD RETARDAD A Y SOMATIZA CIÓN
INGRESO MENSUAL	-.326**		-.363**	-.363**
PROBLEMAS EMOCIONALS		-.201*		
AGUA	.213*		.220*	.220*
TRATAMIENTO PASADO DE FAMILIAR	-.215*			
SEPARACIÓN MARITAL			-.199*	-.199*
MUERTE EN FAMILIA	-.207*		-.223*	-.223*
ENFERMEDAD	-.202*			
DIFICULTADES SEXUALES	-.206*			
HIPOTECA NUEVA			-.245*	-.245*
RESPONSABILI DAD LABORAL	-.254*			
CAMBIO DE CASA	-.203*			
EXCESO DE TRABAJO	-.231*		-.280**	-.280**
CAMBIO EN HAB. DE DORMIR	-.318**	-.261**	-.325**	-.325**
CAMBIO EN HAB. DE COMER			-.207*	-.207*

A continuación se describen los reactivos del cuestionario de información biográfica y sucesos de vida y su correlación con las categorías del CES-D.

Ingreso mensual.

Se encontró que hay correlación negativa entre ingreso mensual y afecto negativo a un nivel de $-.326^{**}$ y con relaciones interpersonales a un nivel de $-.363^{**}$, lo mismo se encontró para actividad retardada y somatización con $-.363^{**}$.

Problemas emocionales.

Se encontró que hay correlación negativa entre problemas emocionales y afecto positivo a un nivel de $-.201^*$.

Agua potable.

En este reactivo se encontró correlación positiva con tres de las categorías, con afecto negativo a un nivel de $.213^*$ relaciones interpersonales a un nivel de $.220^*$ y actividad retardada y somatización de $.220^*$.

Tratamiento pasado.

Se encontró que hay correlación negativa con la categoría afecto negativo a un nivel de $-.215^*$.

Separación marital.

En el presente reactivo se encontró que hay correlación negativa con las categorías, relaciones interpersonales a un nivel de $-.199^*$ y con actividad retardada y somatización a un nivel de $-.199^*$

Muerte en familia.

Aquí se encontró que hay correlación negativa con afecto negativo a un nivel de $-.207^*$; con la categoría relaciones interpersonales a un nivel de $-.223^*$ y con la categoría actividad retardada y somatización a un nivel de $-.223^*$

Enfermedad.

En este reactivo se encontró correlación negativa sólo con una categoría, afecto negativo a un nivel de $-.202^*$

Dificultades sexuales.

En este reactivo se encontró correlación negativa con la categoría afecto negativo a un nivel de $-.206^*$

Hipoteca nueva.

En hipoteca nueva se encontró que hay correlación negativa con las categorías, relaciones interpersonales a un nivel de $-.245^*$ y con actividad retardada a un nivel de $-.245^*$

Responsabilidad.

En responsabilidad sólo se encontró correlación con una categoría, afecto negativo y fue negativa a un nivel de $-.254^*$

Cambio de casa.

Cambio de casa correlaciono negativamente con la categoría afecto negativo aun nivel de $-.203^*$

Exceso de trabajo.

El presente reactivo correlaciono de forma negativa con las categorías, afecto negativo a un nivel de $-.231^*$; con relaciones interpersonales a un nivel de $-.280^{**}$ y con actividad retardada y somatización aun nivel de $-.280^{**}$

Cambio en dormir.

Este reactivo correlaciono negativamente con las categorías, afecto negativo a un nivel de $-.318^{**}$; afecto positivo a un nivel de $-.261^{**}$; relaciones interpersonales a un nivel de $-.325^{**}$ y con actividad retardada y somatización a un nivel de $-.325^{**}$

Cambio en el comer.

en cambio en el comer se encontró que hay correlación negativa con las categorías, relaciones interpersonales a un nivel de $-.207^*$ y con actividad retardada y somatización a un nivel de $-.207^*$

DISCUSIÓN

la muestra final está compuesta por cien educadoras de entre 22 y 58 años, pertenecientes al sector educativo preescolar de la zona centro del Estado de Guerrero, su nivel socioeconómico es clase media, todas están en activo laboralmente, su nivel de escolaridad es de normal básica o licenciatura.

En cuanto a los resultados encontrados se puede decir que la prevalencia de sintomatología depresiva en la muestra de educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero, es de 27%; es decir que la sintomatología depresiva que presentan es mayor con relación al resto de la población estudiada, con esto podemos decir que tres de cada diez educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero presentan sintomatología depresiva.

Otros estudios han encontrado porcentajes similares y diferentes, lo anterior depende de las características de la población estudiada, así por ejemplo en el 92 se encontró que el 34% de la población presentó sintomatología depresiva (Medina Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J. 1992), la población estudiada fue de hogares en población urbana compuesta de adultos; en contraste con esto otros estudios con adolescentes han reportado una prevalencia de 15.4% (Mariño MC, Medina Mora ME, Chaparro J, y González-Forteza C, 1993).

Lo anterior puede explicarse por otros estudios realizados que muestran que la sintomatología depresiva aumenta con la edad (Vera JA, 1996), además de que en algunos estudios realizados se ha encontrado que tanto la sintomatología depresiva como la ideación suicida es más frecuente en las mujeres que en los hombres (Jiménez JA, Mondragón I y González-Forteza 2000).

Si comparamos los resultados del presente estudio con el realizado en el 2003 con una muestra de adultos mayores encontramos que en la presente muestra es menor al encontrado en la ciudad que es de 4 de cada 10 (Reyes M, Soto AL, Milla JG, García A, Hubard L, Mendoza H. et al. 2003), la diferencia posiblemente se debe a los factores mencionados, tales como la edad y algunos del entorno sociocultural ya que en las grandes ciudades la tensión es mayor que en las ciudades pequeñas. Es importante destacar en este apartado lo que planteábamos en el marco teórico, es decir los aspectos culturales y socioeconómicos son un factor fundamental en la etiología de los trastornos psicológicos, así en las variables que correlacionan se refleja un entrelazada relación con dichos aspectos, tales como el ingreso mensual, problema de abasto de agua, deudas por hipoteca, etc. y como impactan estos en las relaciones interpersonales, el estado de ánimo o bien provocando somatización en algunos sujetos, consideramos que lo anterior relaciona el aspecto socioeconómico, con las implicaciones que éste tiene en el psiquismo humano. Por otra parte consideramos que es importante mencionar que este 27% es un factor de riesgo para la población infantil con la que interactúa durante su jornada laboral ya que estudios previos han demostrado que a mayor

sintomatología depresiva en los adultos que interactúan con niños mayor riesgo en la población infantil:

Un estudio muy importante es el realizado por Caraveo J, Medina M., Villatoro J. et al. (1993), en el que se estudia la depresión como factor de riesgo en población infantil menor de 12 años y en el que encontraron que existe una relación entre los estados depresivos adultos y la sintomatología psíquica en los niños, En el análisis de la información se encontró una estimación de la prevalencia de trastornos psiquiátricos de 15.6% en niños de 3 a 12 años de edad. Los objetivos de esta investigación fueron, de acuerdo con los autores: analizar la fuerza de asociación y la prevalencia de la presencia/ausencia de sintomatología psíquica en los niños, con relación a la sintomatología depresiva en la población adulta de los hogares, donde a su vez había un niño menor de 12 años. La muestra estuvo compuesta de la siguiente forma, 2025 personas adultas entre 18 y 65 años incluidas en la Encuesta Nacional de Salud Mental; el 61.3% de ellas (1243) informó sobre algún niño de 12 o menos años de edad. La variable dependiente fue el puntaje obtenido en el Cuestionario de Reporte de Niños (RQC): a) uno o más síntomas, umbral sugestivo de algún tipo de malestar; b) dos o más síntomas, indicativo de un probable caso. Las variables independientes en los adultos fueron: 1) presencia de sintomatología depresiva de acuerdo al CES-D; 2) presencia de sintomatología de desesperanza e ideación suicida. Se calculó el riesgo relativo aproximado (Odds Ratio) con intervalos de confianza del 95% y la prevalencia diferencial entre los expuestos y no expuestos para cada variable. La presencia de sintomatología depresiva y desesperanza en el adulto mostró Odds Ratio significativos con rangos

de 1.8 a 4.8, en orden creciente, indicando que entre más severo es el trastorno, mayor la repercusión en la conducta de los niños.

Los resultados sugieren una especificidad de la asociación, por lo que las medidas para detectar y tratar estas condiciones son importantes en el terreno de la prevención y de la investigación clínico-epidemiológica. (Caraveo J, Medina Mora ME, Villatoro J y Rascón ML1993) y (Caraveo J, Medina Mora ME, Villatoro J, Rascón ML y Martínez NA 1995).

Por otra parte algunas variables sociodemográficas correlacionaron de manera significativa con el CES-D y fueron identificadas por el cuestionario de información biográfica y sucesos de vida, de la Dra. Lucio, Ampudia y Durán, a continuación se describen:

Reactivo 12 ingreso mensual.

Con respecto a las correlaciones entre sucesos de vida y el cuestionario de sintomatología depresiva, CES-D, se encontró que hay correlación negativa entre ingreso mensual y afecto negativo a un nivel de $-.326^{**}$ y con relaciones interpersonales a un nivel de $-.363^{**}$, lo mismo se encontró para actividad retardada y somatización con $-.363^{**}$

Lo anterior significa que a menor ingreso, mayor afecto negativo, mayor es la afectación de las relaciones interpersonales y mayor tendencia a tener una actividad retardada y somatización.

Reactivo 25, problemas emocionales.

Se encontró que hay correlación negativa entre problemas emocionales y afecto positivo a un nivel de $-.201^*$

Lo anterior significa que a mayores problemas emocionales que requieran tratamiento de algún integrante de la familia, menor es el afecto positivo de familiares cercanos.

Agua potable.

En este reactivo se encontró correlación positiva con tres de las categorías, con afecto negativo a un nivel de $.213^*$ relaciones interpersonales a un nivel de $.220^*$ y actividad retardada y somatización de $.220^*$

Lo anterior significa que toda aquella parte de la muestra que presenta sintomatología depresiva en estas tres categorías, cuenta con este servicio y por lo tanto pertenece a cierto estrato social.

Reactivo 38 tratamiento pasado.

Se encontró que hay correlación negativa con la categoría afecto negativo a un nivel de $-.215^*$

Lo anterior significa que todas las personas de la muestra que recibieron alguna vez tratamiento psicológico en el pasado, presentan una fuerte tendencia a presentar sintomatología depresiva en la categoría afecto negativo en la actualidad.

Reactivo 47 separación marital.

En el presente reactivo se encontró que hay correlación negativa con las categorías, relaciones interpersonales a un nivel de $-.199^*$ y con actividad retardada y somatización a un nivel de $-.199^*$

Lo anterior significa que entre menos estable sea la relación, mayor es la sintomatología depresiva presentada en las dos categorías, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización.

Reactivo 49 muerte en familia.

Aquí se encontró que hay correlación negativa con afecto negativo a un nivel de $-.207^*$; con la categoría relaciones interpersonales a un nivel de $-.223^*$ y con la categoría actividad retardada y somatización a un nivel de $-.223^*$

Lo anterior significa que entre más miembros de la familia permanecen vivos, menor es la sintomatología en las tres categorías, afecto negativo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización.

Reactivo 50 enfermedad.

En este reactivo se encontró correlación negativa sólo con una categoría, afecto negativo a un nivel de $-.202^*$

Lo anterior significa que a menor salud en la población estudiada mayor es la sintomatología presentada en esta categoría de afecto negativo.

Reactivo 57 dificultades sexuales.

En este reactivo se encontró correlación negativa con la categoría afecto negativo a un nivel de $-.206^*$

Lo anterior significa que entre menos saludable sea sexualmente la población estudiada, mayor sintomatología en la categoría de afecto negativo.

Reactivo 64 hipoteca nueva.

En hipoteca nueva se encontró que hay correlación negativa con las categorías, relaciones interpersonales a un nivel de $-.245^*$ y con actividad retardada a un nivel de $-.245^*$

Lo anterior significa que a menores ingresos, mayor es la sintomatología presentada en las categorías, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización.

Reactivo 66 responsabilidad.

En responsabilidad sólo se encontró correlación con una categoría, afecto negativo y fue negativa a un nivel de $-.254^*$

Lo anterior significa que entre menos estabilidad se tiene en un puesto, mayor sintomatología en la categoría de afecto negativo.

Reactivo 74 cambio de casa.

Cambio de casa correlaciono negativamente con la categoría afecto negativo aun nivel de $-.203^*$

Lo anterior significa que entre menos estable sea la residencia en un lugar, mayor sintomatología en la categoría afecto negativo.

Reactivo 75 exceso de trabajo.

El presente reactivo correlaciono de forma negativa con las categorías, afecto negativo a un nivel de $-.231^*$; con relaciones interpersonales a un nivel de $-.280^{**}$ y con actividad retardada y somatización aun nivel de $-.280^{**}$

Lo anterior significa que entre menos tiempo libre se tenga por dedicarlo al trabajo, mayor es la sintomatología presentada en las categorías de afecto negativo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización.

Reactivo 76 cambio en dormir.

Este reactivo correlaciono negativamente con las categorías, afecto negativo a un nivel de $-.318^{**}$; afecto positivo a un nivel de $-.261^{**}$; relaciones interpersonales a un nivel de $-.325^{**}$ y con actividad retardada y somatización a un nivel de $-.325^{**}$

Lo anterior significa que entre mayor sea la sintomatología presentada en las cuatro categorías, afecto negativo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización y afecto positivo, menor será la estabilidad en el hábito de dormir.

Reactivo 77 cambios en el comer.

En cambio en el comer se encontró que hay correlación negativa con las categorías, relaciones interpersonales a un nivel de $-.207^*$ y con actividad retardada y somatización a un nivel de $-.207^*$

Lo anterior significa que entre mayor sea la sintomatología presentada en las categorías, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización, menos estable será el hábito de comer.

En conclusión podemos decir que en el presente estudio podemos ver:

1.- La prevalencia de sintomatología depresiva en educadoras de la zona centro del Estado de Guerrero es de 27% lo que significa que 3 de cada 10 educadoras presentan sintomatología depresiva.

2.- Existen algunas variables que correlacionan a un nivel significativo de 0.01 con aspectos biográficos y sucesos de vida, tales como, económicos, demasiado trabajo, y ciclo de sueño afectado, otras correlacionan a un nivel de 0.05 ,problemas emocionales, sexuales, separación marital, alta responsabilidad, deuda hipotecaria, muerte de algún familiar y apetito, aunque el presente estudio es únicamente de epidemiología descriptiva debemos considerar las correlaciones ya que nos demuestran relación entre estas variables y

3.- La importancia de los aspectos económicos y sociales en la etiología de los trastornos psicológicos.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se puede decir que no tiene un gran valor predictivo ni confirma hipótesis, en virtud de que no tiene, pero si sienta las bases para realizar más adelante investigaciones más rigurosas, se puede decir también que el presente estudio cumplió con su cometido, es decir, explora variables significativas, descubre relaciones entre variables y establece a partir de esto la posibilidad de realizar estudios más complejos como la prueba de hipótesis y esto nos lleva a sugerir para estudios posteriores que profundicen en la relación

relación encontrada con las variables sociodemográficas y de sucesos de vida, ubicándolos en el contexto social al que pertenecen, además de intentar mediante otros paradigmas investigar esta problemática, lo anterior significa que también se podría abordar desde una perspectiva cualitativa y no sólo cuantitativa.

Referencias Bibliográficas

- Alem, Atalay; Jacobson, L; Araya, M; Kebede, D. (1999.) How are mental disorders seen and where is help sought. Acta Psychiatrica Scandinavica, supplementum, 100(397), 40-47.
- Azahar, M.Z; Varma, S.L.(1998) Mental illness and treatment in malaysia. Mental illness in the Islamic World., International Universities Press, Inc. xv 38, 163-186
- Blan, Roger; Orn, Helene; Newman, Stephen. (1998) Acta Psychiatrica Scandinavica, 77.(suppl 338)24-32.
- Burton, Robert.(1997) Anatomía de la Melancolía, Asoc. Esp. De Neuropsiq., Madrid,
- Caraveo, A. J. (I.M.P.) Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. 1984 Salud Mental. (feb.) vol. 7 (3) 72-78.
- Caraveo J, Medina Mora ME, Villatoro J y Rascón ML.(1993) La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. En: Anales. Reseña de la VIII Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ed.) pp.153-156. México.
- Caraveo J, Medina Mora ME, Villatoro J, y Rascón ML. (1994) La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. Salud Mental. 17(2):56-60.
- Caraveo J. Medina Mora ME, Villatoro J, Rascón ML, y Martínez NA. (1995). El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. Salud Mental. 18(2):18-24.
- Clayton, R. U. Kentucky. (1985) Lexington the epidemiology of alcohol and drug abuse among adolescents. Avances in alcohol and substance abuse. 4.
- Davison, G., Neale, J. 2002. Psicología de la conducta anormal, México Limusa Wiley, 11.-De la Garza, F., Mendiola, I. (1980.) perfil del inhalador. Estudio epidemiológico del uso de inhalantes en una población marginal. Revista de Salud Mental. 3.
- Eaton, J.M. y Weil, R. (1955.) Cultura and mental disorders : A comparative study of the hutterites and other populations. New York: Free Press of Glencoe,
- Foucault, M. (1990) Historia de la locura en la época clásica. México Ed. Fondo de cultura económica.
- Fox, J.P., Hall, C. F. y Elveback, L.R.(1985) La epidemiología. El hombre y la enfermedad. México. La Prensa Médica Mexicana, .
- Frank, Ellen. (1999) Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. Journal of the American Association, 281, 39-45.
- Freud, S., (1981) obras completas, (4ªed.) España, bibl. Nueva, 1238-1243.
- Freud, S., (1981) obras completas, (4ªed.) España, bibl. Nueva, 2091-2100.
- Freud, S., (1981) obras completas, (4ªed.) España, bibl. Nueva, 3048-3059.
- Freud, S., (1981) obras completas, (4ªed.) España, bibl. Nueva, 3214, 3032.
- Fromm, E. (1985) Psicoanálisis de la sociedad contemporánea, (7ª ed.) Fondo de Cultura Económica, México, p.96, 20,71.
- González-Fortez C, Salgado VN, y Andrade P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. Salud Mental, 16(3): 16-21.

- González M. G. (1978), tratado de epidemiología, (p12) México, Fondo Educ. Interamericana.
- Gruenberg, E.M. The epidemiology of mental disease. Scientific American, 1975, 190 (3), 38-42.
- Hassen, Christian; Lambert, Martin; Mass Krausz, Michael. (1998) Impact of ethnicity on the prevalence of psychiatric. Ethnicity and Health, 3 (3), 159.
- Healy, David, (1997) The Antidepressant Era, Harvard University Press, Massachusetts.
- Hollingshead, A.B. y Redlich, F.C. (1958) Social class and mental illness: A community study. New York, Wiley (51) 211.
- Jackson, Stanley, (1989.) Historia de la melancolía y la depresión, Madrid, Turner.
- James William, (1994) Variedades de la experiencia religiosa, Barcelona, planeta.
- Kemp, Bryan; Staples, Frederick; López Aqueres, Waldo. (1987) epidemiology of depression and dysphoria in an elderly Hispanic. Journal of the American Geriatrics Society, 35 (10) 920-926.
- Kerlinger, F.N. (1998.) Investigación del comportamiento. México, McGraw-Hill.
- Kolb. (1998.) Psiquiatría clínica moderna. México. La Prensa Médica Mexicana.
- Leavell, H. R. y Clark, E.G. (1965.): Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach. New York, Mc Graw Hill Book Co..
- Lucio G-M, E. (2003) et al., (en prensa).
- Luhrmann, T. M., (2000) Of Two Minds, Nueva York, Knopf.
- Mac Mahon B., Pugh, T.F. e Ipsen, J. (1985.). Principios y métodos de epidemiología. (2ª. Ed.) México, La Prensa Médica Mexicana.
- Madianos, M.G., Vlachonicolis, I. Madianov. (1985) National capodistrian of. Athens, social psychiatry unit, Greece. Prevalence of psychological disorders in the Athens area: Predicción de casual factores. Acta Psychiatrica Scandinavica. 71 (5) 479-487.
- Maureas, V.G.; Bebbington, P.E. (1987.) Psychiatric morbidity in London's Greek immigrant community. Social psychiatry; 22(3) 150-159.
- Marcus, Erick, (1996) Why Suicide?, San Francisco, Harper Sn. Fco.
- Margolis, S K., (1998.) sex differences in brain serotonin production, the Jons Hopkins White Papers 14.
- Mazzafero, V. E., (1984) Epidemiología fundamental y aplicada a la evaluación, (p1) México, La prensa Médica
- Medina Mora, M.E. (1974.) El uso de inhalants en México. Revista de Salud Mental. 5, 82-86.
- Miller, Matthew; Hemenway, David; Rimm Eric. (2000) Cigarettes and suicide. American Journal of Public Health, may 190 768.
- Mubbashar, M.H. (1998) Mental illness in Pakistan, Mental illness in the Islamic World. New Cork, International Universities Press, Inc.
- Mustard, H.S. y Stebbins, E.L. (1965.) Introducción a la salud pública. México, La Prensa Médica Mexicana.
- Nathan, P. (1980.) Psicopatología y sociedad, México, Ed. Trillas.
- Neuman, J. S., (1975.) Sugestión of the Devil: The Origins of Mandes, New York, Anchor Books, Garden City.
- Nolen-Hoeksema, S., (1990.) Sex Differences in Depression, Stanford, California, University Press.

- Organización Mundial de la Salud, (2000.) World health Report, www.who.int/whr/2000/index.htm.
- Palavicini, J. (1985.)Unv. Chile, Fac. Medicina. Estudio clínico y epidemiológico del alcoholismo, entendido como apetencia patológica. Prevalencia del alcoholismo. Revista de Medicina, 1, 6.
- Pat, D.R. (1985)(Wichita, State U.) Prevalence of mental illness among women incarcerated in five California county jails. Research in community y mental health, 5, 33-41.
- Pinel, Philippe, (1988.) Tratado medico filosófico de la enfermedad mental y la manía, España, Nueva Madrid.
- Quan,Hude;Arboleda-flores, Julio.Elderly (1999.) suicide in alberta. Canadian Journal of psychiatry 4, 8, 762.
- Rizzi,C.H.,Feld,S. y Veronelli, T.C (1973). Introducción a la medicina sanitaria., Buenos Aires, López librerías editores.
- Roberts, E.(1980). Reliability of the CES-D Scale in Different Ethnic Contexts. Psychiatry Research, 2:125-134.
- Roccatagliata, G., (1986.), A history of Ancient Psychiatry, New York, Greenwood prees.
- Salgado VN y Maldonado M. (1994). Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud Pública de México, 36(2):200-209.
- Salgado VN. (1992). El impacto del apoyo social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de emigrantes de los Estados Unidos.En: Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ed.) 83-89.
- Shafer,D., (1995) Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide, Suicide and life threatening Behavior, 25(4) . 38-97
- Shirali,Kishwart; Kanwar, Sandhya. (1987) Mental illness and health in women. Journal of Personality and Clinical Studies, . 3(2) 103-108.
- Shorter, E., (1988.) historia de la psiquiatría desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina, Madrid, J& C ediciones medicas.
- Simon, B(1984.), Razón y locura en la antigua Grecia, Madrid, akal.
- Srole, L. Langner, T.S.,Michael,S.T.,Opler, M.K. y Rennie T.A.C. (1962). Mental health in the metrópolis: the midtown Maniatan Study. Vol. 1, 45,49New York, McGraw-Hill.
- Taylor,S.J. y Chave, S. (1964.) Mental health and enviroment. Boston: Little Brown.
- Turns, D.M.(1985) (U.Louisville) Epidemiology of phobic and obsessive-compulsive disorders among adults. American Journal of Psichiatry, 39 (3) 360-370.
- Vega Franco, L. (1989.) Bases esenciales de la salud pública, (10ª ed.), México, La Prensa Medica
- Virieu,R. (1997.)Psychiatric perspectives in French Polynesia. Annales Medico-Psychologiques, 2 (4),629-640.
- Weissman, M. M., Shollomskas, D. Pottenger, M. Prusoff, B.y Locke, B.Z.(1997) Assesing depressive symptoms in five psychiatric population: A validation study. Am Epidemiol, 106:203-214.

- 68.-Weissman, M. M., et al., (1996.) Cross-National Epidemiologic of Major Depression and Bipolar Disorder, Journal of the American Medical Association, 276,(4)25-70.
- 69.-Wendoja, Marilyn.Mother are not to blame: Confronting cultural Bias in the are of serios mentall illness.Sourcebooks for the human.
- 70.-Zintl, Wiegano, Almut; Krumm,Bertram; Weyerer (1998.) Sigfried.Social Psichiatry Epidemiology, 23 (1) .49-56.

APENDICE 1

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA U.N.A.M.

**INFORMACIÓN BIOGRÁFICA
Y SUCESOS DE VIDA**

Emilia Lucio G-M., A. Ampudia y C. Durán

FORMA PARA ADULTOS

CUADERNILLO DE APLICACIÓN

**Segunda revisión (1996)
Proyecto CONACYT 5-3722S**

INSTRUCCIONES

No haga marca alguna en este folleto. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuesta.

Use un lápiz del No.2, rellene completamente el círculo seleccionado en la hoja de respuestas.

De la pregunta 1 a la 26 puede elegir entre la a, b, c, d, e, o la f.

De la pregunta 27 a la 44 elija sólo entre la a) Si o la b) No.

De la pregunta 45 a la 80 puede elegir entre la a, b, c, o la d.

Si comete algún error o cambia de opinión, borre muy bien el círculo y vuelva a contestar.

NOTA: La hoja de respuestas será procesada en computadora. Por favor no la maltrate y por lo mismo evite hacer tachaduras o enmendaduras.

Sólo de la respuesta que se aplique a usted.

Al comenzar debe llenar los datos correspondientes a su **FICHA DE IDENTIFICACIÓN** en la hoja de respuestas.

EDAD	SEXO	INSTITUCIÓN (PLANTEL)	LUGAR DE ORIGEN (GRUPO)
00	MAS M	00	1 D.F.
11		11	2 Edo. de México
22	FEM F	22	3 Edos. del Norte
33		33	4 Edos. del Sur
44	TURNO	44	5 Edos. del Centro
55		55	6 Extranjero
66	01 MATUTINO	66	
77	02 VESPERTINO	77	(anote el número en
88	03 MIXTO	88	la primera columna
99	04 NOCTURNO	99	de la izquierda)

A CONTINUACIÓN RELLENE EL CÍRCULO QUE CORRESPONDA A LA LETRA DE LA OPCIÓN QUE ELIGIÓ. ESCOJA SOLO UNA OPCIÓN POR PREGUNTA EN SU HOJA DE RESPUESTAS.

- 1.- Su estado civil actual es
- soltero
 - casado
 - unión libre
 - divorciado
 - viudo
 - separado
- 2.- ¿Cuántos años tiene en su estado civil actual? Si es soltero no conteste esta pregunta
- menos de un año
 - 1 a 5 años
 - 6 a 10 años
 - 11 a 15 años
 - 16 a 20 años
 - 21 o más
- 3.- ¿Cuántas veces ha contraído matrimonio?
- una
 - dos
 - tres
 - cuatro
 - cinco o más
 - ninguna
- 4.- ¿Por qué terminó el matrimonio anterior? (si su matrimonio no terminó, no responda esta pregunta).
- problemas económicos
 - infidelidad
 - problemas familiares
 - problemas de adicción
 - muerte del cónyuge
 - incompatibilidad de caracteres
- 5.- ¿Cuántos hermanos tiene?
- uno
 - 2 ó 3
 - 4 ó 5
 - 6 ó 7
 - 8 o más
 - ninguno
- 6.- ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?
- hijo único
 - el mayor
 - de los de enmedio
 - el menor
- 7.- ¿Cuál es su escolaridad?
- primaria
 - secundaria o carrera técnica
 - bachillerato
 - licenciatura incompleta o normal básico
 - licenciatura
 - posgrado
- 8.- ¿Qué grado de escolaridad tiene o tenía su padre?
- sin escolaridad
 - primaria
 - secundaria o carrera técnica
 - bachillerato
 - licenciatura
 - posgrado
- 9.- ¿Qué grado de escolaridad tiene o tenía su madre?
- sin escolaridad
 - primaria
 - secundaria o carrera técnica
 - bachillerato
 - licenciatura
 - posgrado

- 10.- ¿Cuál es o era la ocupación de su madre?
- obrera
 - empleada
 - profesionista
 - trabajo de oficina
 - comerciante
 - actividades del hogar
- 11.- ¿Cuál es o era la ocupación de su padre?
- campesino
 - obrero
 - empleado
 - profesionista
 - comerciante
 - actividades del hogar
- 12.- ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su familia actual?
- 600 a 1200
 - 1201 a 1800
 - 1801 a 4800
 - 4801 a 9600
 - 9601 a 15000
 - 15000 o más
- 13.- ¿Qué antigüedad tiene usted en su actual empleo?
- de 3 a 11 meses
 - 1 a 3 años
 - 4 a 6 años
 - 7 a 10 años
 - 11 a 15 años
 - 16 o más
- 14.- ¿Cuál es la ocupación de su cónyuge?
- obrero (a)
 - empleado (a)
 - profesionista
 - trabajo de oficina
 - comerciante
 - actividades del hogar
- 15.- Su casa es:
- propia
 - rentada
 - prestada
 - hipotecada
 - de algún familiar
 - otro
- 16.- Tipo de vivienda:
- vecindad
 - departamento
 - casa sola
 - cuarto
 - otro
- 17.- ¿De qué material es el piso de casa?
- recubrimiento (loseta, made etc.)
 - cemento
 - tierra
 - lámina
 - otro
- 18.- Número de personas que viven en casa:
- solo
 - dos
 - de 3 a 5
 - de 6 a 8
 - de 9 a 11
 - 12 o más
- 19.- Número de personas que duermen en cada cuarto.
- uno
 - dos
 - tres
 - cuatro
 - cinco
 - seis o más

- 20.- ¿Cuántos automóviles hay en su casa?
- uno
 - dos
 - tres
 - cuatro
 - cinco o más
 - ninguno
- 21.- ¿Ha consumido algún tipo de droga? Indique cuál:
- mariguana
 - cocaína
 - thiner o cemento
 - barbitúricos
 - combinados
 - ninguna
- 22.- ¿Con qué frecuencia se ha drogado?
- diario
 - más de 3 veces a la semana
 - cada vez que tiene un problema
 - ocasionalmente
 - solo la probó
 - nunca
- 23.- Su consumo de alcohol es:
- nunca ha tomado alcohol
 - toma socialmente pero nunca en exceso
 - se considera un alcohólico
- 24.- ¿Con que tipo de servidumbre se cuenta en su casa?
- una persona de entrada por salida
 - una perscna de planta
 - dos o más personas de planta
 - ninguno

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PUEDE ELEGIR MÁS DE UNA OPCIÓN, SI ES NECESARIO. RECUERDE MARCAR LA O LAS ELECCIONES EN SU HOJA DE RESPUESTAS

- 25.- ¿Algún miembro de su familia ha tenido problemas emocionales que requirieran tratamiento?
- madre
 - padre
 - hijo(a)
 - hermano(a)
 - otro (abuelos, tíos, etc.)
 - ninguno
- 26.- ¿Algún miembro de su familia ha estado en tratamiento por problemas con el alcohol o las drogas?
- madre
 - padre
 - hijo(a)
 - hermano(a)
 - otro (abuelos, tíos, etc.)
 - ninguno

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TENDRÁ DOS OPCIONES DE RESPUESTA: a) SI o b) NO. SÓLO MARQUE UNA DE ELLAS EN SU HOJA RESPUESTAS.

- 27.- La familia con la que vive posee aparatos básicos como: refrigerador, licuadora, plancha, televisor, etc.
a) sí b) no
- 28.- La familia con la que vive posee equipo de sonido y/o video grabadora.
a) sí b) no
- 29.- La familia con la que vive posee aparato de sonido con disco compacto
a) sí b) no
- 30.- La familia con la que vive posee computadora.
a) sí b) no
- 31.- La familia con la que vive posee antena parabólica.
a) sí b) no
- 32.- ¿En su casa hay disponibilidad de agua potable?
a) sí b) no
- 33.- ¿Su casa tiene drenaje?
a) sí b) no
- 34.- ¿En su casa dispone de electricidad?
a) sí b) no
- 35.- ¿Su calle está pavimentada?
a) sí b) no
- 36.- ¿Hay servicio de vigilancia privada en su calle?
a) sí b) no
- 37.- ¿Actualmente está tomando alguna medicina prescrita por el doctor?
a) sí b) no
- 38.- ¿Alguna vez ha estado en ~~tratamiento psicológico o~~ psiquiátrico por problemas emocionales?
a) sí b) no
- 39.- ¿Actualmente está en tratamiento psicológico o psiquiátrico?
a) sí b) no
- 40.- ¿Alguna vez ha estado hospitalizado por problemas emocionales?
a) sí b) no
- 41.- ¿Alguna vez ha estado en tratamiento por problemas con el alcohol o las drogas?
a) sí b) no
- 42.- ¿Ha sufrido alguna operación o alguna enfermedad grave en el último año?
a) sí b) no
- 43.- ¿Tiene algún impedimento físico?
a) sí b) no
- 44.- ¿Trabaja actualmente?
a) sí b) no

SI ALGUNOS DE LOS SUCESOS LISTADOS A CONTINUACIÓN LE HAN OCURRIDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, INDIQUELO RELLENANDO EL CÍRCULO CORRESPONDIENTE EN SU HOJA DE RESPUESTAS.

- a) cuando le sucedió Y FUE BUENO PARA USTED
 b) cuando le sucedió Y FUE MALO PARA USTED
 c) cuando le sucedió Y NO TUVO IMPORTANCIA
 d) cuando NO LE SUCEDIÓ

	a) Me sucedió y fue bueno para mí	b) Me sucedió y fue malo para mí	c) Me sucedió y no tuvo importancia	d) No me sucedió
45.- muerte de esposo (a)	a)	b)	c)	d)
46.- divorcio	a)	b)	c)	d)
47.- separación marital	a)	b)	c)	d)
48.- estuvo en la cárcel	a)	b)	c)	d)
49.- muerte de un miembro de la familia	a)	b)	c)	d)
50.- enfermedad personal	a)	b)	c)	d)
51.- matrimonio	a)	b)	c)	d)
52.- despedido del trabajo	a)	b)	c)	d)
53.- reencuentro marital	a)	b)	c)	d)
54.- jubilación	a)	b)	c)	d)
55.- enfermedad de un miembro de la familia	a)	b)	c)	d)
56.- embarazo (si ud. es mujer), embarazó a su pareja (si ud. es hombre)	a)	b)	c)	d)
57.- dificultades sexuales	a)	b)	c)	d)
58.- un nuevo miembro en la familia	a)	b)	c)	d)
59.- problemas o pérdidas en los negocios	a)	b)	c)	d)
60.- cambio de situación económica	a)	b)	c)	d)
61.- muerte de un amigo cercano	a)	b)	c)	d)

Fase a la página siguiente

	a) Me sucedió y fue bueno para mí	b) Me sucedió y fue malo para mí	c) Me sucedió y no tuvo importancia	d) No me sucedió
--	--	---	--	------------------------

62.- cambio de actividad laboral	a)	b)	c)	d)
63.- cambio de relaciones con los integrantes de la familia	a)	b)	c)	d)
54.- se endeudó fuertemente	a)	b)	c)	d)
55.- incapacidad para pagar hipoteca o préstamo	a)	b)	c)	d)
56.- cambio de responsabilidades en el trabajo	a)	b)	c)	d)
57.- un hijo o hija se fue de casa	a)	b)	c)	d)
58.- problemas con los parientes políticos	a)	b)	c)	d)
59.- algún logro personal	a)	b)	c)	d)
70.- esposo(a) acaba de empezar a trabajar	a)	b)	c)	d)
71.- inicio o fin de los estudios	a)	b)	c)	d)
72.- cambio en las condiciones de vida	a)	b)	c)	d)
73.- problemas con el jefe	a)	b)	c)	d)
74.- cambio de casa	a)	b)	c)	d)
75.- exceso de trabajo	a)	b)	c)	d)
76.- cambio en el hábito de dormir	a)	b)	c)	d)
77.- cambios de hábitos alimenticios	a)	b)	c)	d)
78.- ha sido asaltado o golpeado	a)	b)	c)	d)
79.- sufrió un accidente	a)	b)	c)	d)
80.- esposo (a) perdió el trabajo	a)	b)	c)	d)

AHORA NOS INTERESA SABER ACERCA DE ALGUNAS EXPERIENCIAS QUE LE PUDIERON HABER OCURRIDO DURANTE LA SEMANA PASADA. POR FAVOR LEA CADA AFIRMACIÓN E INDIQUE EL NÚMERO DE DÍAS (DE 0 A 7) EN QUE SE SINTIO ASÍ LA SEMANA PASADA.

Durante la semana pasada, ¿cuántos días se sintió así ?	número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1.- Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	0	1-2	3-4	5-7
2.- No tenía hambre, no tenía apetito	0	1-2	3-4	5-7
3.- Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
4.- Sentía que era tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
5.- Tenía dificultad para concentrarme , en lo que estaba haciendo	0	1-2	3-4	5-7
6.- Me sentí deprimido(a)	0	1-2	3-4	5-7

- 7.- Sentí que todo lo que hacía,
me costaba mucho esfuerzo 0 1-2 3-4 5-7
- 8.- Veía el futuro con esperanza 0 1-2 3-4 5-7
- 9.- Pensé que mi vida era un fracaso 0 1-2 3-4 5-7
- 10.- Tenía miedo 0 1-2 3-4 5-7
- 11.- Dormí sin descansar 0 1-2 3-4 5-7
- 12.- Estaba feliz 0 1-2 3-4 5-7
- 13.- Platiqué menos de lo normal 0 1-2 3-4 5-7
- 14.- Me sentía solo(a) 0 1-2 3-4 5-7
- 15.- Sentí que la gente era poco amigable 0 1-2 3-4 5-7
- 16.- Disfruté de la vida 0 1-2 3-4 5-7
- 17.- Lloraba a ratos 0 1-2 3-4 5-7

- 18.- Me sentía triste 0 1-2 3-4 5-7
- 19.- Sentía que no les caía bien a otros 0 1-2 3-4 5-7
- 20.-No podía seguir adelante 0 1-2 3-4 5-7

APENDICE 2

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ESTADISTICO

Características sociodemográficas de toda la muestra en el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida.

La edad mínima es de 22 y la máxima de 58, en promedio se tiene 37 años, con una desviación estándar de 10.5

R1 ESTADO CIVIL

	Frecuencia	%
	8	27.6
	15	51.7
	4	13.8
	2	6.9
Total	29	100.0

Del total de la muestra, 27.6 son solteras, 51.7 casadas, 13.8 unión libre y 6.9 divorciada

El tiempo que tienen en su edo. Civil actual es el siguiente: 3.4 menos de un año, 20.7 de 1-5 años, 6.9 de 6-10 años, 6.9 de 11-15 años, 24.1 de 16-20 y 10.3 21 o más. 27.6 son solteras.

R3 MATRIMONIOS

	Frecuencia	%
1	17	58.6
2	1	3.4
3	1	3.4
6	10	34.5
Total	29	100.0

Cuántas veces ha contraído matrimonio, 58.6 una, 3.4 dos, 3.4 tres y 34.5 ninguna.

R4 TERMINACION

	Frecuencia	%
0	24	82.8
2	1	3.4
3	2	6.9
6	2	6.9
Total	29	100.0

Por qué termino el matrimonio, 3.4 por infidelidad, 6.9 problemas familiares, 6.9 incompatibilidad de caracteres.

R5 HERMANOS

	Frecuencia	%
1	2	6.9
2	11	37.9
3	5	17.2
4	3	10.3
5	6	20.7
6	2	6.9
Total	29	100.0

Cuántos hermanos tienen, 6.9 uno, 37.9 2-3, 17.2 4-5, 10.3 6-7, 20.7 8 o más y 6.9 ninguno.

R6 LUGAR ENTRE HERMANOS

	Frecuencia	%
1	2	6.9
2	7	24.1
3	13	44.8
4	6	20.7
6	1	3.4
Total	29	100.0

Lugar que ocupa entre hermanos, 6.9 es hijo único, 24.1 el mayor, 44.8 de los de en medio, 20.7 el menor y 3.4 no contesto.

R7 ESCOLARIDAD

	Frecuencia	%
4	11	37.9
5	18	62.1
Total	29	100.0

37.9 tiene licenciatura incompleta o normal básica y 62.1 licenciatura.

R8 ESCOLARIDAD PADRE

	Frecuencia	%
1	4	13.8
2	9	31.0
3	5	17.2
4	7	24.1
5	3	10.3
6	1	3.4
Total	29	100.0

13.8 no tiene escolaridad, 31.0 primaria, 17.2 secundaria o carrera técnica, 24.1 bachillerato, 10.3 licenciatura y 3.4 postgrado.

R9 ESCOLARIDAD MADRE

	Frecuencia	%
1	6	20.7
2	16	55.2
3	4	13.8
4	1	3.4
5	2	6.9
Total	29	100.0

20.7 sin escolaridad, 55.2 primaria, 13.8 secundaria o carrera técnica, 3.4 bachillerato y 6.9 licenciatura.

R10 OCUPACION MADRE

	Frecuencia	%
2	1	3.4
3	2	6.9
4	1	3.4
5	6	20.7
6	19	65.5
Total	29	100.0

3.4 empleada, 6.9 profesionista, 3.4 trabajo de oficina, 20.7 comerciante y 65.5 actividades del hogar.

R11 OCUPACION PADRE

	Frecuencia	%
1	9	31.0
3	9	31.0
4	3	10.3
5	8	27.6
Total	29	100.0

31.0 campesino, 31.0 empleado, 10.3 profesionista y 27.6 comerciante.

**R12 CUAL ES EL INGRESO MENSUAL APROXIMADO DE SU
FAMILIA ACTUAL.**

	Frecuencia	%
0	1	3.4
1	3	10.3
2	4	13.8
3	11	37.9
4	6	20.7
5	2	6.9
6	2	6.9
Total	29	100.0

10.3 de 600-1200, 13.8 de 1201-1800, 37.9 de 1801-4800, 20.7 de 4801-9600, 6.9 de 9601-15000 y 6.9 de 15000 o más. (3.4 no contestó)

R13 ANTIGUEDAD EMPLEO

	Frecuencia	%
1	1	3.4
2	6	20.7
3	4	13.8
4	1	3.4
5	3	10.3
6	14	48.3
Total	29	100.0

3.4 de 3-11 meses, 20.7 de 1-3 años, 13.8 de 4-6 años, 3.4 de 7-10, 10.3 de 1-15 y 48.3 de 16 o más.

R14 OCUPACION CONYUGE

	Frecuencia	%
0	9	31.0
1	1	3.4
2	5	17.2
3	9	31.0
4	1	3.4
5	4	13.8
Total	29	100.0

3.4 es obrero, 17.2 empleado, 31.0 profesionista, 3.4 trabajo de oficina y 13.8 comerciante.(31.0) no contesto.

R15 LA CASA ES

	Frecuencia	%
1	24	82.8
2	3	10.3
3	1	3.4
5	1	3.4
Total	29	100.0

82.8 es propia, 10.3 rentada, 3.4 prestada y 3.4 hipotecada.

R16 TIPO VIVIENDA

	Frecuencia	%
2	3	10.3
3	24	82.8
4	1	3.4
5	1	3.4
Total	29	100.0

10.3 es departamento, 82.8 casa sola, 3.4 cuarto, 3.4 otro.

R17 MATERIAL PISO

	Frecuenc y	Percent
1	19	65.5
2	10	34.5
Total	29	100.0

65.5 es de recubrimiento (loseta, madera, etc.) y 34.5 de cemento

R18 NUMERO DE PERSONAS CASA

	Frecuencia	%
1	2	6.9
2	2	6.9
3	18	62.1
4	6	20.7
5	1	3.4
Total	29	100.0

6.9 viven solas, 6.9 dos, 62.1 de 3-5 personas, 20.7 de 6-8 y 3.4 de 9-11.

R19 NUMERO PERSONAS CUARTO

	Frecuencia	%
1	10	34.5
2	15	51.7
3	3	10.3
5	1	3.4
Total	29	100.0

34.5 duerme una sola, 51.7 dos, 10.3 de 3-5 y 3.4 de 6-8.

R20 AUTOMOVILES

	Frecuencia	%
1	14	48.3
2	3	10.3
6	12	41.4
Total	29	100.0

48.3 tiene un automóvil, 10.3 dos, 41.4 no tiene.

R21 DROGA

	Frecuencia	%
6	29	100.0

El 100.0 nunca ha consumido droga

R22 FRECUENCIA DROGA

	Frecuencia	%
6	29	100.0

100.0 nunca ha consumido

R23 ALCOHOL

	Frecuencia	%
1	7	24.1
2	22	75.9
Total	29	100.0

24.1 nunca ha tomado alcohol, 75.9 toma socialmente, pero moderado.

R24 SERVIDUMBRE

	Frecuencia	%
1	8	27.6
2	2	6.9
4	18	62.1
6	1	3.4
Total	29	100.0

27.6 cuenta con una persona de entrada por salida, 6.9 una de planta, 62.1 ninguna (3.4 no contesto)

R25 ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA HA TENIDO PROBLEMAS EMOCIONALES QUE REQUIERAN TRATAMIENTO.

	Frecuencia	%
0	2	6.9
1	2	6.9
4	1	3.4
5	1	3.4
6	23	79.3
Total	29	100.0

Familiares que han estado en tratamiento, 6.9 la madre, 3.4 hermano, 3.4 otro (abuelos, tíos etc.) y 79.3 ninguno. (6.9 no contesto)

**R26 MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO
POR PROB. ALCOHOL**

	Frecuencia	%
0	1	3.4
2	3	10.3
4	3	10.3
5	2	6.9
6	20	69.0
Total	29	100.0

Familiar en tratamiento por problemas con alcohol, 10.3 padre, 10.3 hermano, 6.9 otro, 69.0 ninguno. (3.4 no contesto)

R27 APARATOS BASICOS

	Frecuencia	%
1	29	100.0

El 100.0 tiene aparatos básicos (refrigerador, licuadora, plancha, televisor etc.)

R28 SONIDO VIDEO

	Frecuencia	%
1	26	89.7
2	3	10.3
Total	29	100.0

El 89.7 tiene equipo de sonido y video, el 10.3 no lo tiene.

R29 DISCO COMPACTO

	Frecuencia	%
1	27	93.1
2	2	6.9
Total	29	100.0

El 93.1 si tiene aparato de sonido con disco compacto y 6.9 no.

R30 COMPUTADORA

	Frecuencia	%
1	13	44.8
2	16	55.2
Total	29	100.0

44.8 si tiene computadora y 55.2 no tiene computadora

R31 PARABOLICA

	Frecuencia	%
1	2	6.9
2	27	93.1
Total	29	100.0

6.9 si tiene antena parabólica y 93.1 no tiene

R32 EN SU CASA HAY DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE.

	Frecuencia	%
1	27	93.1
2	2	6.9
Total	29	100.0

93.1 si tiene agua potable y 6.9 no tiene este servicio.

R33 DRENAJE

	Frecuencia	%
1	26	89.7
2	3	10.3
Total	29	100.0

89.7 tiene servicio de drenaje y 10.3 no lo tiene

R34 ELECTRICIDAD

	Frecuencia	%
1	29	100.0

El 100.0 cuenta con servicio de electricidad.

R35 PAVIMENTO

	Frecuencia	%
1	25	86.2
2	4	13.8
Total	29	100.0

86.2 tiene su calle pavimentada y 13.8 no tiene esta obra.

R36 VIGILANCIA

	Frecuencia	%
1	5	17.2
2	24	82.8
Total	29	100.0

17.2 si tiene vigilancia y 82.8 no tiene este servicio.

R37 MEDICINA

	Frecuencia	%
1	10	34.5
2	19	65.5
Total	29	100.0

34.5 está tomando medicamento prescrito y 65.5 no.

R38 TRATAMIENTO PASADO

	Frecuencia	%
1	5	17.2
2	24	82.8
Total	29	100.0

17.2 ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico y 82.8 nunca.

R39 TRATAMIENTO ACTUAL

	Frecuencia	%
2	29	100.0

Actualmente ninguna está en tratamiento psiquiat. o psicológico

R40 HOSPITALIZADO

	Frecuencia	%
2	29	100.0

100.0 nunca ha estado hospitalizada por problemas emocionales

R41 TRATAMIENTO ALCOHOL

	Frecuencia	%
2	29	100.0

100.0 nunca ha estado en tratamiento por problemas con el alcohol.

R42 ENFERMEDAD GRAVE

	Frecuencia	%
1	5	17.2
2	24	82.8
Total	29	100.0

17.2 si ha tenido alguna enfermedad grave o ha sido operada en el último año y 82.8

no.

R43 IMPEDIMENTO

	Frecuencia	%
1	3	10.3
2	26	89.7
Total	29	100.0

10.3 si tiene algún impedimento físico y 89.7 ninguno.

R 44 TRABAJA?

	Frecuencia	%
0	1	3.4
1	28	96.6
Total	29	100.0

96.6 si trabaja y 3.4 no contesto

A PARTIR DEL REACTIVO 45 SE REFIERE A LOS SUCESOS OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES Y SE PRESENTAN 4 OPCIONES POR LO QUE SE DESCRIBIRÁ CADA REACTIVO CON LOS PORCENTAJES OBTENIDOS EN CADA OPCIÓN.

MUERTE ESPOSO

	Frecuencia	%
no sucedió	100	100.0

RE45. MUERTE DE ESPOSO, NO LE SUCEDIÓ AL 100% DE LAS EDUCADORAS.

DIVORCIO

	Frecuencia	%
bueno	1	1.0
malo	1	1.0
no sucedió	98	98.0
Total	100	100.0

RE46, NO LE SUCEDIÓ AL 98%,

SEPARACION MARITAL

	Frecuencia	%
malo	3	3.0
Indif	3	3.0
no sucedio	94	94.0
Total	100	100.0

RE47, AL 94% NO LE SUCEDIÓ, AL 3% LE SUCEDIÓ Y LE PARECIO INDIFERENTE Y AL 3% RESTANTE LE SUCEDIÓ Y FUE MALO PARA ELLAS.

ESTUVO EN LA CARCEL

	Frecuencia	%
no sucedio	100	100.0

R48, NO LE SUCEDIÓ AL 100% DE LAS EDUCADORAS.

MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

	Frecuencia	%
bueno	1	1.0
malo	22	22.0
Indif	1	1.0
no sucedio	76	76.0
Total	100	100.0

R49, AL 76% NO LE SUCEDIÓ, AL 22% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO PARA ELLAS, AL 1% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE Y AL 1% RESTANTE LE SUCEDIÓ Y LO CONSIDERO BUENO.

ENFERMEDAD PERSONAL

	Frecuencia	%
bueno	2	2.0
malo	30	30.0
Indif	16	16.0
no sucedio	52	52.0
Total	100	100.0

R50, AL 52% NO LE SUCEDIÓ, AL 30% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO PARA ELLAS, AL 16% LE SUCEDIÓ Y LE FUE INDIFERENTE Y AL 2% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO PARA ELLAS.

MATRIMONIO

	Frecuencia	%
bueno	22	22.0
Indif	2	2.0
no sucedió	76	76.0
Total	100	100.0

R51. AL 76% NO LE SUCEDIÓ.

DESPIDO DEL TRABAJO

	Frecuencia	%
malo	1	1.0
no sucedió	99	99.0
Total	100	100.0

R52. AL 99% NO LE SUCEDIÓ.

REENCUENTRO MARITAL

	Frecuencia	%
bueno	2	2.0
malo	1	1.0
No sucedió	97	97.0
Total	100	100.0

R53. AL 97% NO LE SUCEDIÓ.

JUBILACION

	Frecuencia	%
no sucedió	100	100.0

R54, NO LE SUCEDIÓ AL 100% DE LAS EDUCADORAS.

ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

	Frecuencia	%
bueno	2	2.0
malo	32	32.0
Indif	3	3.0
no sucedió	63	63.0
Total	100	100.0

R55, AL 63% NO LE SUCEDIÓ.

EMBARAZO

	Frecuencia	%
bueno	20	20.0
malo	1	1.0
no sucedió	79	79.0
Total	100	100.0

R56, AL 79% NO LE SUCEDIÓ.

DIFICULTADES SEXUALES

	Frecuencia	%
bueno	2	2.0
malo	3	3.0
Indif	8	8.0
no sucedió	87	87.0
Total	100	100.0

R57, AL 87% NO LE SUCEDIÓ, AL 8% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE, AL 3% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO Y AL 2% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO.

NUEVO MIEMBRO EN AL FAMILIA

	Frecuencia	%
bueno	25	25.0
malo	2	2.0
Indif	1	1.0
no sucedió	72	72.0
Total	100	100.0

R58, AL 72% NO LE SUCEDIÓ.

PROBLEMAS O PÉRDIDAS EN LOS NEGOCIO

	Frecuencia	%
malo	7	7.0
Indif	3	3.0
no sucedió	90	90.0
Total	100	100.0

R59, AL 90% NO LE SUCEDIÓ.

CAMBIO DE SITUACIÓN ECONOMICA

	Frecuencia	%
bueno	19	19.0
malo	8	8.0
Indif	2	2.0
No sucedió	71	71.0
Total	100	100.0

R60, AL 71% NO LE SUCEDIÓ.

MUERTE DE UN AMIGO CERCANO

	Frecuencia	%
bueno	1	1.0
malo	13	13.0
no sucedió	86	86.0
Total	100	100.0

R61, AL 86% NO LE SUCEDIÓ.

CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL

	Frecuencia	%
bueno	12	12.0
malo	1	1.0
Indif	2	2.0
no sucedió	85	85.0
Total	100	100.0

R62, AL 85% NO LE SUCEDIÓ.

CAMBIO DE RELACIONES CON LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

	Frecuencia	%
bueno	19	19.0
malo	8	8.0
Indif	9	9.0
No sucedió	64	64.0
Total	100	100.0

R63, AL 64% NO LE SUCEDIÓ.

SE ENDEUDÓ FUERTEMENTE

	Frecuencia	%
bueno	4	4.0
malo	10	10.0
Indif	5	5.0
no sucedió	81	81.0
Total	100	100.0

R64, AL 81% NO LE SUCEDIÓ, AL 10% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO PARA ELLAS, AL 5% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE Y AL 4% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO PARA ELLAS.

INCAPACIDAD PARA PAGAR HIPOTECA

	Frecuencia	%
0	1	1.0
bueno	2	2.0
malo	4	4.0
Indif	1	1.0
no sucedió	92	92.0
Total	100	100.0

R65, AL 92% NO LE SUCEDIÓ, AL 4% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO PARA ELLAS, AL 2% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO PARA ELLAS, AL 1% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE Y EL 1% RESTANTE NO RESPONDIO A ESTE REACTIVO.

CAMBIO DE RESPONSABILIDAD EN EL TREBAJO

	Frecuencia	%
bueno	14	14.0
malo	1	1.0
Indif	6	6.0
no sucedió	79	79.0
Total	100	100.0

R66, AL 79% NO LE SUCEDIÓ, AL 14% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO PARA ELLAS, AL 6 % LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE Y AL 1% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO.

UN HIJO O HIJA SE FUE DE CASA

	Frecuencia	%
bueno	1	1.0
malo	1	1.0
no sucedio	98	98.0
Total	100	100.0

R67, AL 98% NO LE SUCEDIÓ, AL 1% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO Y AL 1% RESTANTE LE SUCEDIÓ Y FUE MALO.

PROBLEMAS CON LOS PARIENTES POLÍTICOS

	Frecuencia	%
bueno	1	1.0
malo	11	11.0
Indif	16	16.0
no sucedio	72	72.0
Total	100	100.0

R68, AL 72% NO LES SUCEDIÓ.

ALGÚN LOGRO PERSONAL

	Frecuencia	%
bueno	66	66.0
malo	1	1.0
no sucedió	33	33.0
Total	100	100.0

R69, AL 33% NO LE SUCEDIÓ.

ESPOSO ACABA DE EMPEZAR A TRABAJAR

	Frecuencia	%
bueno	5	5.0
Indif	1	1.0
no sucedió	94	94.0
Total	100	100.0

R70, AL 94% NO LE SUCEDIÓ.

INICIO FIN DE LOS ESTUDIOS

	Frecuencia	%
0	1	1.0
bueno	22	22.0
no sucedió	77	77.0
Total	100	100.0

R71, AL 77% NO LE SUCEDIÓ.

CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA

	Frecuencia	%
bueno	38	38.0
malo	3	3.0
Indif	3	3.0
no sucedió	56	56.0
Total	100	100.0

**R72, AL 56% NO LE SUCEDIÓ, AL 38% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO PARA
ELLAS.**

PROBLEMAS CON EL JEFE

	Frecuencia	%
0	1	1.0
bueno	1	1.0
malo	4	4.0
Indif	12	12.0
no sucedió	82	82.0
Total	100	100.0

R73, AL 82% NO LE SUCEDIÓ.

CAMBIO DE CASA

	Frecuencia	%
bueno	11	11.0
malo	2	2.0
Indif	5	5.0
no sucedió	82	82.0
Total	100	100.0

**R74, AL 82% NO LE SUCEDIÓ, AL 11% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO PARA
ELLAS, AL 5% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE Y AL 2% LE SUCEDIÓ Y
FUE MALO.**

EXCESO TRABAJO

	Frecuencia	%
bueno	18	18.0
malo	13	13.0
Indif	31	31.0
no sucedió	38	38.0
Total	100	100.0

R75, AL 38% NO LE SUCEDIÓ, AL 31% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE, AL 18% LE SUCEDIO Y FUE BUENO PARA ELLAS Y AL 13% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO.

CAMBIO EN EL HÁBITO DE DORMIR

	Frecuencia	%
bueno	11	11.0
malo	27	27.0
Indif	19	19.0
no sucedió	43	43.0
Total	100	100.0

R76, AL 43% NO LE SUCEDIÓ, AL 27% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO PARA ELLAS, AL 19% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE Y AL 11% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO.

CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

	Frecuencia	%
bueno	21	21.0
malo	12	12.0
Indif	15	15.0
no sucedió	52	52.0
Total	100	100.0

R77, AL 52% NO LE SUCEDIÓ, AL 21% LE SUCEDIÓ Y FUE BUENO, AL 15% LE SUCEDIÓ Y FUE INDIFERENTE Y AL 12% LE SUCEDIÓ Y FUE MALO PARA ELLAS.

HA SIDO ASALTADA O GOLPEADA

	Frecuencia	%
0	1	1.0
malo	8	8.0
Indif	1	1.0
no sucedió	90	90.0
Total	100	100.0

R78, AL 90% NO LE SUCEDIÓ.

SUFRIÓ UN ACCIDENTE

	Frecuencia	%
malo	8	8.0
Indif	2	2.0
no sucedió	90	90.0
Total	100	100.0

R79, AL 90% NO LE SUCEDIÓ

ESPOSO PERDIÓ EL TRABAJO

	Frecuencia	%
bueno	1	1.0
malo	2	2.0
no sucedió	96	96.0
no sucedió	1	1.0
Total	100	100.0

R80, AL 97% NO LE SUCEDIÓ,

SUMACESD

	Frecuencia	%
0	1	1.0
1	2	2.0
2	3	3.0
3	1	1.0
4	6	6.0
5	3	3.0
6	6	6.0
7	3	3.0
8	3	3.0
9	3	3.0
10	7	7.0
11	5	5.0
12	6	6.0
13	7	7.0
14	4	4.0
15	2	2.0
16	4	4.0
17	1	1.0
18	4	4.0
19	2	2.0
20	1	1.0
21	2	2.0
22	2	2.0
23	2	2.0
24	2	2.0
25	1	1.0
27	1	1.0
28	1	1.0
29	1	1.0
30	1	1.0
31	2	2.0
33	1	1.0
35	1	1.0
36	1	1.0
37	3	3.0
40	3	3.0
44	2	2.0
Total	100	100.0

CATEGORÍAS CES-D**AFECNEG Afecto Negativo**

	Frecuencia	%
0	24	24.0
1	16	16.0
2	10	10.0
3	13	13.0
4	10	10.0
5	15	15.0
6	12	12.0
Total	100	100.0

AFECPOST Afecto Positivo

	Frecuencia	%
0	14	14.0
1	16	16.0
2	13	13.0
3	11	11.0
4	46	46.0
Total	100	100.0

RELINTER Relaciones Interpersonales

	Frecuencia	%
0	17	17.0
1	27	27.0
2	14	14.0
3	9	9.0
4	16	16.0
5	17	17.0
Total	100	100.0

ACTREYSO ActRet y Som

	Frecuencia	%
0	17	17.0
1	27	27.0
2	14	14.0
3	9	9.0
4	16	16.0
5	17	17.0
Total	100	100.0

CES-D Y SUCESOS

	Media	D. E.
AFECNEG Afecto Negativo	2.62	2.140
AFECPOST Afecto Positivo	2.59	1.531
RELINTER Relaciones Interpersonales	2.31	1.774
ACTREYSO ActRet y Som	2.31	1.774
R1 ESTADO CIVIL	2.10	1.115
R2 TIEMPO TRANSCURRIDO	2.79	1.976
R3 MATRIMONIOS	2.48	2.272
R4 TERMINACION	.56	1.546
R5 HERMANOS	3.12	1.350
R6 LUGAR ENTRE HERMANOS	2.78	.811
R7 ESCOLARIDAD	4.59	.683
R8 ESCOLARIDAD PADRE	3.01	1.418
R9 ESCOLARIDAD MADRE	2.49	1.251
R10 OCUPACION MADRE	5.05	1.417
R11 OCUPACION PADRE	3.06	1.476
R12 INGRESO MENSUAL	3.60	1.247
R13 ANTIGUEDAD EMPLEO	4.54	1.714
R14 OCUPACION CONYUGE	2.30	1.611
R15 LA CASA ES	1.56	1.266
R16 TIPO VIVIENDA	2.99	.595
R17 MATERIAL PISO	1.48	.717
R18 NUMERO DE PERSONAS CASA	3.14	.725
R19 NUMERO PERSONAS CUARTO	1.91	.726
R20 AUTOMOVILES	2.92	2.356
R21 DROGA	5.83	.975
R22 FRECUENCIA DROGA	5.93	.607
R23 ALCOHOL	1.79	.433
R24 SERVIDUMBRE	2.92	1.502

R25	PROB. EMOCIONALES	5.37	1.475
R26	PROB. ALCOHOL	5.30	1.501
R27	APARATOS BASICOS	1.00	.000
R28	SONIDO VIDEO	1.06	.239
R29	DISCO COMPACTO	1.11	.314
R30	COMPUTADORA	1.49	.522
R31	PARABOLICA	1.84	.368
R32	AGUA	1.05	.219
R33	DRENAJE	1.22	.416
R34	ELECTRICIDAD	1.00	.000
R35	PAVIMENTO	1.13	.338
R36	VIGILANCIA	1.88	.327
R37	MEDICINA	1.70	.461
R38	TRATAMIENTO PASADO	1.93	.256
R39	TRATAMIENTO ACTUAL	2.00	.000
R40	HOSPITALIZADO	1.99	.100
R41	TRATAMIENTO ALCOHOL	2.00	.000
R42	ENFERMEDAD GRAVE	1.86	.377
R43	IMPEDIMENTO	1.96	.197
R44	TRABAJA?	.98	.200
R45	MUERTE ESPOSO	4.00	.000
R46	DIVORCIO	3.95	.359
R47	SEPARACION MARITAL	3.91	.379
R48	CARCEL	4.00	.000
R49	MUERTE EN FAMILIA	3.52	.870
R50	ENFERMEDAD	3.18	.936
R51	MATRIMONIO	3.32	1.246
R52	DESPIDO TRABAJO	3.98	.200
R53	REENCUENTRO MARITAL	3.92	.464
R54	JUBILACION	4.00	.000
R55	ENFERMEDAD	3.27	.983
R56	EMBARAZO	3.38	1.213
R57	DIFICULTADES SEXUALES	3.80	.586
R58	NUEVO MIEMBRO	3.20	1.310
R59	PROBLEMAS NEGOCIO	3.83	.533
R60	CAMBIO ECONOMICO	3.25	1.226
R61	MUERTE AMIGO	3.71	.729

R62 CAMBIO LABORAL	3.60	.995
R63 CAMBIO RELACION	3.18	1.209
R64 HIPOTECA NUEVA	3.63	.825
R65 HIPOTECA PAGO	3.81	.692
R66 RESPONSABILIDAD	3.50	1.059
R67 HIJO FUERA DE CASA	3.95	.359
R68 PROBLEMAS PARIENTES	3.59	.726
R69 LOGRO PERSONAL	2.00	1.414
R70 ESOSO CAMBIO TRABAJO	3.84	.662
R71 ESTUDIOS INICIO FIN	3.30	1.291
R72 CONDICION VIDA	2.77	1.441
R73 PROBLEMAS JEFE	3.73	.679
R74 CAMBIO CASA	3.58	.976
R75 EXCESO TRABAJO	2.89	1.109
R76 CAMBIO DORMIR	2.94	1.071
R77 CAMBIO COMER	2.98	1.223
R78 ASALTO	3.79	.671
R79 ACCIDENTE	3.82	.557
R80 PERDIO EL TRABAJO	3.94	.422

CORRELACIONES ENTRE LOS SUCESOS DE VIDA Y EL CESD

	AFECNEG Afecto Negativo	AFECPOST Afecto Positivo	RELINTER Relaciones Interpersonales	ACTREYSO ActRet y Som
R1 Estado Civil	-.030	-.029	-.092	-.092
R2 Tiempo Transcurrido	-.055	-.025	-.097	-.097
R3 Matrimonios	.129	.182	.116	.116
R4 Terminacion	-.017	-.137	.013	.013
R5 Hermanos	.096	-.176	.026	.026
R6 Lugar Entre Hermanos	.178	.162	.069	.069
R7 Escolaridad	-.052	.060	-.011	-.011
R8 Escolaridad Padre	-.105	.016	-.106	-.106
R9 Escolaridad Madre	-.122	-.036	-.156	-.156
R10 Ocupacion Madre	.020	-.056	.050	.050
R11 Ocupacion Padre	-.069	.051	-.061	-.061
R12 Ingreso Mensual	-.326**	-.140	-.363**	-.363**
R13 Antigüedad Empleo	-.189	-.057	-.189	-.189
R14 Ocupacion Conyuge	-.081	-.097	-.142	-.142
R15 La Casa Es	-.118	-.016	-.087	-.087
R16 Tipo Vivienda	.013	.040	.041	.041
R17 Material Piso	-.117	-.012	-.023	-.023
R18 Numero De Personas Casa	.054	-.175	.005	.005
R19 Numero Personas Cuarto	.121	-.043	.045	.045
R20 Automoviles	.002	.036	.122	.122
R21 Droga	.022	.108	-.045	-.045
R22 Frecuencia Droga	-.013	-.020	-.139	-.139
R23 Alcohol	-.076	.189	-.085	-.085
R24 Servidumbre	.110	.109	.028	.028
R25 Prob. Emocionales	-.070	-.201*	-.091	-.091
R26 Prob. Alcohol	-.090	-.043	-.100	-.100
R27 Aparatos Basicos	.	.	.	.
R28 Sonido Video	.065	-.043	.147	.147
	AFECNEG Afecto Negativo	AFECPOST Afecto Positivo	RELINTER Relaciones Interpersonales	ACTREYSO ActRet y Som
R29 Disco Compacto	.018	-.073	-.062	-.062
R30 Computadora	.132	.026	.107	.107
R31 Parabolica	.140	.008	.154	.154
R32 Agua	.213*	-.059	.220*	.220*
R33 Drenaje	-.098	.111	-.066	-.066
R34 Electricidad	.	.	.	.

R35 Pavimento	.013	-.111	.134	.134
R36 Vigilancia	-.095	-.099	-.057	-.057
R37 Medicina	-.055	-.119	-.021	-.021
R38 Tratamiento Pasado	-.215	-.125	-.152	-.152
R39 Tratamiento Actual	.	.	.	.
R40 Hospitalizado	.076	.171	.018	.018
R41 Tratamiento Alcohol	.	.	.	.
R42 Enfermedad Grave	.021	.092	-.025	-.025
R43 Impedimento	-.180	-.088	-.138	-.138
R44 Trabaja?	.053	.039	.132	.132
R45 Muerte Esposo	.	.	.	.
R46 Divorcio	-.156	-.093	-.166	-.166
R47 Separacion Marital	-.192	-.099	-.199*	-.199*
R48 Carcel	.	.	.	.
R49 Muerte En Familia	-.207*	-.164	-.223*	-.223*
R50 Enfermedad	-.202*	-.089	-.162	-.162
R51 Matrimonio	.008	-.021	.046	.046
R52 Despido Trabajo	-.018	.171	-.039	-.039
R53 Reencuentro Marital	.010	.053	.006	.006
R54 Jubilacion	.	.	.	.
R55 Enfermedad	-.109	-.161	-.014	-.014
R56 Embarazo	-.092	-.019	.006	.006
R57 Dificultades Sexuales	-.206*	-.126	-.154	-.154
R58 Nuevo Miembro	-.189	-.054	-.110	-.110
R59 Problemas Negocio	-.137	-.037	-.190	-.190
R60 Cambio Economico	-.137	.071	-.171	-.171
R61 Muerte Amigo	-.136	-.017	-.156	-.156
R62 Cambio Laboral	-.096	.170	-.147	-.147
R63 Cambio Relacion	-.161	.155	-.153	-.153
R64 Hipoteca Nueva	-.195	-.081	-.245*	-.245*
R65 Hipoteca Pago	-.124	-.093	-.166	-.166
R66 Responsabilidad	-.254*	.103	-.196	-.196
R67 Hijo Fuera De Casa	-.104	-.130	-.166	-.166
R68 Problemas Parientes	-.036	-.026	-.120	-.120
R69 Logro Personal	-.057	.177	-.016	-.016
R70 Esposo Cambio Trabajo	.021	-.045	.017	.017
	AFECNEG Afecto Negativo	AFECPOST Afecto Positivo	RELINTER Relaciones Interpersonales	ACTREYSO ActRet y Som
R71 Estudios Inicio Fin	-.010	-.065	.012	.012
R72 Condicion Vida	-.035	.071	-.071	-.071
R73 problemas jefe	-.106	-.098	-.089	-.089
R74 Cambio Casa	-.203*	-.123	-.187	-.187

R75 Exceso Trabajo	-.231*	.021	-.280*	-.280*
R76 Cambio Dormir	-.318**	-.261**	-.325**	-.325**
R77 Cambio Comer	-.173	-.015	-.207*	-.207*
R78 Asalto	-.014	-.114	-.004	-.004
R79 Accidente	-.134	.007	-.055	-.055
R80 Perdio El Trabajo	-.171	-.070	-.164	-.164

** $P < 0.01$

* $P < 0.05$

**FRECUENCIAS CESD SIN
RECODIFICAR**

RA1

	Frecuencia	%
1 nunca	40	40.0
2 1-2 días	45	45.0
3 1-4 días	12	12.0
4 5-7 días	3	3.0
Total	100	100.0

RA6

	Frecuencia	%
1 nunca	49	49.0
2 1-2 días	30	30.0
3 1-4 días	12	12.0
4 5-7 días	9	9.0
Total	100	100.0

RA2

	Frecuencia	%
1 nunca	58	58.0
2 1-2 días	29	29.0
3 1-4 días	13	13.0
Total	100	100.0

RA7

	Frecuencia	%
1 nunca	32	32.0
2 1-2 días	47	47.0
3 1-4 días	18	18.0
4 5-7 días	3	3.0
Total	100	100.0

RA3

	Frecuencia	%
1 nunca	66	66.0
2 1-2 días	20	20.0
3 1-4 días	7	7.0
4 5-7 días	7	7.0
Total	100	100.0

RA8

	Frecuencia	%
1 nunca	11	11.0
2 1-2 días	22	22.0
3 1-4 días	28	28.0
4 5-7 días	39	39.0
Total	100	100.0

RA4

	Frecuencia	%
1 nunca	13	13.0
2 1-2 días	27	27.0
3 1-4 días	31	31.0
4 5-7 días	29	29.0
Total	100	100.0

RA9

	Frecuencia	%
1 nunca	79	79.0
2 1-2 días	10	10.0
3 1-4 días	8	8.0
4 5-7 días	3	3.0
Total	100	100.0

RA5

	Frecuencia	%
1 nunca	20	20.0
2 1-2 días	47	47.0
3 1-4 días	30	30.0
4 5-7 días	3	3.0
Total	100	100.0

RA10

	Frecuencia	%
1 nunca	58	58.0
2 1-2 días	30	30.0
3 1-4 días	10	10.0
4 5-7 días	2	2.0
Total	100	100.0

RA11

	Frecuencia	%
1 nunca	34	34.0
2 1-2 días	44	44.0
3 1-4 días	15	15.0
4 5-7 días	7	7.0
Total	100	100.0

RA12

	Frecuencia	%
1 nunca	9	9.0
2 1-2 días	20	20.0
3 1-4 días	36	36.0
4 5-7 días	35	35.0
Total	100	100.0

RA13

	Frecuencia	%
1 nunca	41	41.0
2 1-2 días	35	35.0
3 1-4 días	16	16.0
4 5-7 días	8	8.0
Total	100	100.0

RA14

	Frecuencia	%
1 nunca	55	55.0
2 1-2 días	27	27.0
3 1-4 días	9	9.0
4 5-7 días	9	9.0
Total	100	100.0

RA15

	Frecuencia	%
1 nunca	57	57.0
2 1-2 días	27	27.0
3 1-4 días	12	12.0
4 5-7 días	4	4.0
Total	100	100.0

RA16

	Frecuencia	%
1 nunca	4	4.0
2 1-2 días	25	25.0
3 1-4 días	33	33.0
4 5-7 días	38	38.0
Total	100	100.0

RA17

	Frecuencia	%
1 nunca	65	65.0
2 1-2 días	19	19.0
3 1-4 días	12	12.0
4 5-7 días	4	4.0
Total	100	100.0

RA18

	Frecuencia	%
1 nunca	47	47.0
2 1-2 días	36	36.0
3 1-4 días	10	10.0
4 5-7 días	7	7.0
Total	100	100.0

RA19

	Frecuencia	%
1 nunca	50	50.0
2 1-2 días	33	33.0
3 1-4 días	14	14.0
4 5-7 días	3	3.0
Total	100	100.0

RA20

	Frecuencia	%
1 nunca	76	76.0
2 1-2 días	18	18.0
3 1-4 días	3	3.0
4 5-7 días	2	2.0
Total	99	99.0
No contestó	1	1.0
	100	100.0