



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**INCIDENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS
EN EL PROFESIONAL DE LA ENSEÑANZA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
JOSEFINA GODOY BARRERA

ASESORA DE TESIS: LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANIS

ABRIL 2004





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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

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

NOMBRE: Teodoro Barrera

Josefina

FECHA: 11/09/2004

FIRMA: 

A la conclusión de este proyecto donde estuvieron involucradas varias personas, de las cuales agradezco su motivación, para la realización del mismo, muy especialmente a la Lic. Ma. Teresa Gutiérrez Alanis por su Super Apoyo.

INDICE

Resumen	3
I Introducción	4
II Carácter Histórico De La Depresión	7
III Incidencia De La Depresión	13
IV Clasificación De La Depresión	16
V Causas De La Depresión	22
VI Rol De La Bioquímica En La Depresión	29
VII Sintomatología De La Depresión	31
VIII Incidencia De La Depresión En El Profesional De La Enseñanza	39
IX Sintomatología De La Depresión En El Profesional De La Enseñanza	40
X Proceso De Trabajo Del Profesional De La Enseñanza	42
XI Método	54
XII Resultados	59
XIII Conclusiones	65
XIV Bibliografía	68
XV Anexo	74

RESUMEN

El incremento de los trastornos depresivos en los últimos años ha sido tan importante, que la Organización Mundial de la Salud considera que constituyen el quinto problema de salud pública en el mundo y que es posible que en el año 2020 llegue a ser el segundo, precedido únicamente por los trastornos cardiovasculares.

Los profesionistas que trabajan en el área asistencial y salud resultan ser más vulnerables que los demás profesionistas debido a la naturaleza de su profesión. La responsabilidad que representa la formación académica y personal de otro ser humano hace del trabajo del profesor un elemento que facilita la presencia de trastornos que afectan su salud mental, lo cual repercute en si mismo y en sus alumnos con los costos de todo tipo que conlleva.

En esta investigación se analizan los síntomas depresivos en el profesional de la enseñanza dadas las implicaciones sociales y educativas del caso.

Palabras clave: depresión, área asistencial y salud, profesional de la enseñanza.

I. INTRODUCCIÓN

Es evidente que la depresión puede afectar a personas de todas las profesiones en situaciones de alta competitividad, responsabilidad, riesgo, rutina ... por citar algunos ejemplos Pero los primeros puestos los comparten las profesiones que exigen una implicación personal , una relación constante y directa con personas, tal es el caso de los profesionistas que trabajan en el área asistencial y salud, los profesionales de la enseñanza forman parte de este grupo, y precisamente en el profesional de la enseñanza, la segunda causa de baja es la depresión, por detrás y muy de cerca de las enfermedades musculares – esqueléticas, aunque la depresión puede esconderse detrás de otras dolencias . Afecta en mayor proporción al profesional de la enseñanza del nivel básico y se está convirtiendo en un auténtico problema social que crece aumentando el malestar de los docentes. Los siguientes puntos se consideran los principales síntomas de un estado depresivo en los profesionales de la enseñanza: falta de ilusión y expectativas, apatía pérdida de interés y desmotivación, agotamiento físico y mental, dificultades de concentración sensación de frustración, sufrimiento al entrar en clase, miedo para enfrentarse a los alumnos. La relación con los alumnos se percibe como una confrontación, sentimiento de soledad y tendencia a auto culparse de todo lo que sucede en clase y en la relación con los alumnos. A las siguientes situaciones se les considera como las principales causas que precipitan un estado depresivo en el profesional de la enseñanza: la formación universitaria superior del profesional de la enseñanza está poco adaptada a las necesidades y problemáticas sociales actuales. La sociedad cambia mucho más rápido que la formación – reciclaje que recibe el profesional de la enseñanza. Como consecuencia hay poca correspondencia entre el

modelo educativo y los cambios sociales el profesional de la enseñanza no tiene estrategias ni habilidades para hacer frente a los problemas y dificultades en clase inseguridad en uno mismo, pensar que no se puede dominar la situación fuerte disminución del prestigio o de la profesión, así como de la autoridad del profesor en el aula a la par que aumenta la presión social que recibe, la familia delega gran parte de la responsabilidad de la educación de los hijos en los profesores y en la escuela, falta de medios y de inversión económica por parte de las administraciones, falta de la motivación del alumnado excesivo número de alumnos por clase y grupos muy heterogéneos. Algunas propuestas para prevenir el estado depresivo en el profesional de la enseñanza se presentan a continuación: profesional de la enseñanza especializado y de apoyo en el aula, formación continua y adaptada en respuesta a las necesidades reales, formación relativa a la psicología, entrenamiento para responder ante situaciones complejas y conflictivas, colaboración y comunicación fluida entre todos los profesionales que intervienen en la educación.

Este trabajo es una breve aportación de información acerca de la depresión en este tipo de población de profesores que no ha sido muy estudiada . Esto no es ni siquiera el inicio de lo que se necesita pero es la muestra de que hay mucho por hacer, y de que existe compromiso por aportar trabajo a la detección temprana del trastorno afectivo como lo es la depresión en el profesional de la enseñanza, el cual es un problema que afecta a la sociedad, y requiere a parte de soluciones concretas, una profunda reflexión por parte de la sociedad .

Inicio con un breve recuento histórico de la depresión en donde se va denotando la evolución que ha tenido el concepto de enfermedad mental, desde tiempos antiguos

hasta nuestros días; sigo con la importancia que implica la tendencia de incremento de la depresión, en otro momento de este trabajo me refiero a la clasificación y causas de la depresión, así como al rol que desempeña la bioquímica en la depresión y a la sintomatología de la depresión; continúo con la incidencia y sintomatología de la depresión en el profesional de la enseñanza; así como con el proceso de trabajo del profesional de la enseñanza; posterior a esto se encuentra la metodología llevada a cabo en la realización del estudio, y los resultados obtenidos de la investigación; finalizo con las conclusiones correspondientes .

II. EL CARÁCTER HISTORICO DE LA DEPRESIÓN

Anteriormente el hombre desarrolló el pensamiento mágico-religioso (Laina y Arostegui., 1983), al cual atribuía los misterios de la vida y la muerte. Se dice que para los egipcios el corazón era el asiento de todas las actividades psíquicas, y el cerebro era subestimado en forma tal que, en el proceso de momificación, era extraído pedazo a pedazo con ganchos de acero introducidos en el cráneo a través de las fosas nasales. En un papiro antiguo (citado en Calderón Casson 1989 y Drauning 1985), se asienta que: "Lo que los ojos ven, los oídos oyen y los olores que percibe la nariz, se reportan al corazón... y es la lengua la que anuncia lo que el corazón piensa".

Los primeros en estudiar a los enfermos mentales desde el punto de vista científico separando el estudio de la mente del estudio de la religión, fueron los médicos griegos quienes se preocupaban más por la salud que por la enfermedad mental, utilizando un criterio preventivo, esto es, que las personas que comían, dormían y hacían ejercicio en forma adecuada (Bowra,1983), lograban enfrentarse al exceso de tensión disminuyendo notoriamente su vulnerabilidad a las enfermedades. El que siglos más tarde haría popular el principio, sería el destacado poeta latino, Juvenal, con su frase celebre "Mens sana in corpore sano" (citado en Calderón, 1992) .

En la época cantada por Homero, se consideraba que las heridas más graves eran las de la frente, garganta y traquea, por donde se escapaba el alma con él ultimo hálito de vida.

Alcneon de Crotona (Lian.,1972), filósofo médico y naturista griego alumno de

Pitágoras, considerado el precursor de la anatomía humana, afirmaba que el cerebro era el asiento de los órganos de los sentidos y de la vida intelectual, y que la personalidad podría funcionar en forma óptima si había crisis, o sea una adecuada interacción entre las fuerzas internas y externas y que discrasia, era el resultado del conflicto entre estas fuerzas, originando un exceso del humor corporal, que había que remover con purgantes, entre los que destacaba el eléboro negro, también se recomendaban los vapores, los baños y la dieta.

Con agudo sentido clínico, Hipócrates, padre de la medicina, emite una teoría de la locura (enfermedad o lesión del cerebro), una teoría fisiológica (los líquidos corporales eran la causa de la enfermedad mental) y la teoría psicológica (los estados emocionales podían originar cambios mentales o físicos importantes) (citado en Calderón, 1992).

En efecto, él localizó en el cerebro la capacidad humana de sentir, pensar o soñar emitiendo una teoría sobre la posible causa de la locura como el resultado de la interacción de los cuatro humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema.

El predominio de cada uno de ellos originaría cuatro temperamentos: el sanguíneo, el melancólico, el colérico y el flemático de acuerdo con la orientación emocional prevalente.

El exceso de bilis negra era considerado la causa principal de la locura especialmente de la melancolía.

Pero sin duda el pensamiento más connotado de Hipócrates fue expresado en la

introducción de un tratado sobre la epilepsia (la enfermedad sagrada), en donde afirmó:

“Yo no creo que la enfermedad sagrada sea más divina o sagrada que cualquier otra enfermedad, sino que por el contrario tiene características y causas definitivas Sin embargo, por ser completamente diferente de otras enfermedades, ha sido considerada como una visita divina por aquellos que siendo humanos, la juzgan con asombro e ignorancia”.

Y en otra parte señala:

“El hombre debe saber que sólo de ahí (el cerebro) vienen las alegrías, los deleites, la risa y los deportes, pero también las penas y las lamentaciones. Y es por él que vemos, oímos y adquirimos conocimientos y cuando no está sano, el hombre se pone loco y delirante, con miedo y terror a la noche o al día”.

(citado en Calderón, 1998) .

En el campo filosófico, a diferencia de Platón que trató de explicar los trastornos de la razón y de la conducta como un aspecto inevitable de la propia vida, más que originados por influencias negativas, Aristóteles consideraba que eran debidas a diversas manifestaciones de la conducta humana, y al igual que sus contemporáneos consideraba que la bilis negra originaba trastornos emocionales.

Cicerón (Hadas., 1965), al referirse a las pasiones las dividía en cuatro grupos aegritudo (malestar), metus(miedo), voluptus y laetitia (placer y alegría) y libido (deseo violento), mencionando al utilizar por primera vez este término en el terreno psicológico que si está perturbación era excesiva podía determinar un estado de morbi, especie de enfermedad del alma.

Asclepiades, describió que la excitación mental que se presentaba en los enfermos febriles, descrita por Hipócrates como frenitis, era diferente de la manía, en la que el cuadro de hiperactividad psíquica no estaba relacionado con el incremento de la temperatura corporal. También estableció la diferencia entre las ilusiones y las ideas delirantes, recomendando para su tratamiento colocar al enfermo en habitaciones bien ventiladas e iluminadas, ya que, había observado que con frecuencia estos pacientes tenían miedo a la obscuridad.

Celso, en su tratado, De Re Médica , al referirse a los trastornos mentales enfatizaba la importancia de la relación médico-paciente, proponía técnicas especiales para animar a los enfermos deprimidos y tranquilizar a los excitados, sugiriendo entre otros medios el uso adecuado del lenguaje, de la música y de algunas actividades grupales .

En la misma obra introduce los términos "delirium" y "demencia," y con el nombre de "letargia, describe otro trastorno psiquiátrico que podía presentarse en algunos cuadros febriles y que se caracterizaba por somnolencia y disminución de la lucidez.

Areteo de Capadocia, fue el primero en escribir que la manía y la melancolía eran dos fases de la misma enfermedad. Dividió las enfermedades mentales en agudas como la frenitis o delirium y la letargia, y crónicas integradas básicamente por los cuadros seniles, con alteración profunda de las facultades intelectuales afirmó que la frenitis no sólo se presentaba en pacientes con padecimientos febriles, sino también en cuadros de intoxicación alcohólica o debido a otras drogas.

Sorano de Efeso, menciona que el enfermo de delirium podía estar callado y triste o hiperactivo, pero que en ambos casos solía presentar un insomnio pertinaz.

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales y no es sino hasta 1630, cuando Robert Burton publica su famoso tratado, "Anatomía de la melancolía," obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló en primer lugar las psicológicas y en segundo lugar las físicas.

Haslam, boticario del hospital de Bethlem en Londres, escribió:

“Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferentes tipos de síntomas semblante ansioso y con aspecto sombrío; poco dispuestos a hablar; se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo... Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa ” (citado en Calderón,1998).

III. INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN

Klerman (1979), opina que si las décadas de mediados del siglo pasado fueron etiquetadas como "la Edad de la ansiedad," las últimas serían consideradas como "la edad de la melancolía". Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud; se dice que con una prevalencia promedio del 10%. En la población general, la depresión puede afectar aproximadamente a unos 600 millones de personas, cada una de las cuales puede alterar a 3 más.

Estudios realizados en la población general de nuestro país registraron que el 3.7% de la población mexicana ha presentado cuadros depresivos. Por su parte, en la ciudad de México se encontró una prevalencia del 8.7% de estados depresivos en el curso de la vida(Copeen, 1970)

En los Estados Unidos los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes y más aún entre las mujeres menores de 30 años, generalmente se prefiere la ingestión de depresores de sistema nervioso para lograr tales fines, tal vez como tributo a nuestra nueva tecnología, la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino de acuerdo con Nathan Kline (1964), como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.

En un estudio epidemiológico, que llevaron a cabo Sorenson y Stromgren (1961), en un área geográfica definida, encontraron que el 3.9% de la población mayor de 20 años habían presentado, por lo menos un cuadro depresivo en una etapa de su vida.

Durante los últimos años, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobre todo en la población de los países industrializados(Kielholz, 1972) . Este incremento del problema se ha atribuido al profundo cambio ecológico que ha sufrido el mundo últimamente. En la actualidad se cuenta con mejores elementos de diagnóstico que permiten una fácil detección del problema, además de los magníficos resultados terapéuticos obtenidos con los nuevos medicamentos antidepresivos, que han logrado que un número mayor de enfermos deprimidos consulten voluntariamente al psiquiatra, lo que facilita el registro de los casos depresivos y un mejor conocimiento de la incidencia de la depresión .

Expertos internacionales estiman en un 3 a 5 % de la población total, la frecuencia de las depresiones (Lee C, Czaarnekiw, 2002). En el otoño de 1974, se llevó a cabo una encuesta, a más de 15,000 médicos generales de la República Federal Alemana Francia, Austria y Suiza (Poldinger, 1982), y se encontró que el 48% de los médicos calculaba que uno de cada 20 pacientes sufría depresión, y el 27% estimaba en 10% la frecuencia de la depresión entre sus pacientes.

Alec Coppen (1970), indica que:

“De acuerdo con las múltiples investigaciones realizadas sobre incidencia y extensión de los síndromes afectivos, especialmente en la Gran Bretaña y en los países escandinavos, puede esperarse que aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres de la pobla-

ción general puedan padecer un cuadro depresivo durante su vida".

El incremento de este padecimiento ha hecho que la OMS, lo considere en la actualidad como el cuarto problema de salud pública después de los padecimientos cardiovasculares (Calderón, 1998) En el 2003 se llevó a cabo la primera encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, se encontró que el 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. Los trastornos más comunes y frecuentes en las mujeres son los de ansiedad, seguidos por los afectivos, dentro de estos últimos tenemos el episodio depresivo mayor, el cual presenta un primer auge alrededor de los 17 años otro alrededor de los 32 años y al final de los 65 años se presenta otro momento de auge . Para el período de 30 días, la prevalencia más elevada fue la de trastornos afectivos (2.5 %), y la presentaron los estados de : Aguascalientes, Jalisco, Colima Guanajuato y Michoacán. Con un 21.8 % la depresión mayor ocupó el tercer lugar con mayor uso de cualquier servicio para la atención de los trastornos mentales en México y con un 11.9 % también se ubicó en un tercer lugar en el uso de servicios especializados. Debido a la importancia del problema, el estudio de la depresión es básico para su mejor conocimiento, ya que no sólo afecta al enfermo, sino también a su familia y a la sociedad.

De tal forma, que dentro del concepto moderno de salud mental comunitaria, este trastorno afectivo, debe ser descubierto y tratado a un nivel primario de atención, dentro de los centros de salud y consultorios de medicina general (Brody, Thopson, Larson Ford, Atón y Magruder, 1995).

IV. CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN

La décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) (Meditor, 1994) divide los trastornos depresivos en:

F32.0 Episodio depresivo leve (con o sin síntomas somáticos)

- * El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- * Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos en cualquier momento de la vida de individuo.
- * El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- * Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuestas emocionales.
- * Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- * Cambios de actividad psicomotriz.
- * Cambios de apetito.

F32.1 Episodio depresivo moderado (con o sin síntomas somáticos)

Deben de estar presentes seis de los síntomas antes citados.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Se deben completar al menos ocho de los síntomas anteriormente escritos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Se deben cubrir los criterios descritos en el episodio grave sin síntomas psicóticos, y además se presentan alucinaciones, ideas delirantes (pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo), y /o estupor.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Por lo menos se ha presentado en el pasado un episodio depresivo ya sea leve moderado o grave, con una duración mínima de dos semanas y separado de otros posibles episodios por un periodo de seis meses libres de alteraciones significantes del estado de ánimo, no se atribuye a abuso de sustancias psicoactivas o algún trastorno mental orgánico.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente. Episodio actual leve

Se satisfacen los criterios de trastorno depresivo recurrente.

El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo leve, ya sea con o sin síntomas somáticos.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente. Episodio actual moderado

Se satisfacen los criterios de trastorno depresivo recurrente.

El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo moderado, ya sea con o sin síntomas somáticos.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas Psicóticos .

Se satisfacen los criterios de trastorno depresivo recurrente.

El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente. Episodio actual grave con síntomas psicóticos.

Se satisfacen los criterios de trastorno depresivo recurrente.

El episodio actual satisface los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, ya sea congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

En el pasado se satisficieron los criterios de trastorno depresivo recurrente.

En el estado actual no satisface los criterios de un episodio depresivo de cualquier gravedad.

F34.1 Distimia (depresión neurótica para otros autores)

Presencia de un período de al menos dos años de estado de ánimo deprimido de forma continua o constantemente recurrente.

Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben hallarse presentes los siguientes síntomas:

- * Disminución de la vitalidad o de la actividad.
- * Pérdida de confianza en si mismo o sentimientos de inferioridad.
- * Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.

F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente

Satisface los criterios sintomáticos de episodio depresivo leve, moderado o grave.

Los episodios depresivos se han presentado por lo menos una vez al mes durante el pasado año.

Los episodios aislados duran menos de dos semanas (lo más característico es que son de dos a tres días).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV

(Masson,1998) y en la versión revisada del mismo manual (DSM-IV-RT), se dividen los trastornos depresivos en:

Episodio depresivo mayor.

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. Ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros, (p. Ej. llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día según refiere el propio sujeto u observan los demás. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso

(p. Ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.

Insomnio o hipersomnia casi cada día. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido). Fatiga o pérdida de energía casi cada día. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, (que pueden ser delirantes casi cada día) (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Trastorno depresivo de la personalidad

Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivas depresivas que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos y que se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:

El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza desánimo, desilusión e infelicidad, la concepción que el sujeto tiene de si mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima, se critica, se acusa o se auto descalifica, cavila y tiende a preocuparse por todo, critica juzga y lleva la contraria a los otros, se muestra pesimista, tiende a sentirse culpable o arrepentido.

En la toma de decisión para emitir un diagnóstico diferencial de los trastornos de estado de ánimo se cuenta con diagramas de bloques que delimitan perfectamente el trastorno (ver figura 1 y figura 2, en Anexo 2).

V. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Para presentar las causas de la depresión usaremos la clasificación que con fines didácticos propone Calderón (1998).

GENÉTICAS

El factor hereditario es especialmente importante en las depresiones psicóticas. Sin embargo en las neuróticas y simples, los factores constitucionales no pueden ser ignorados, ya que frecuentemente se presentan trastornos depresivos en más de un miembro de la familia. Tal vez esto no se pueda relacionar directamente con la herencia del cuadro, pero si con la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable a este trastorno considerando que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales, sociales y en ocasiones psicológicos que pueden determinar la depresión y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguna de sus allegados.

PSICOLÓGICAS

Determinantes

Estas abarcan la mala integración de la personalidad en la etapa formativa, esto es que de los conflictos y actitudes afectivas que se presentan en la niñez, se derivan la mayor parte de los patrones neuróticos, por lo tanto, para entender la neurosis de un paciente

se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática no resuelta durante la infancia, ya que los estados afectivos se hallan incorporados a la vida anímica como precipitados de sucesos traumáticos primitivos y son revividos como símbolos mnémicos, en situaciones análogas a dichos antiquísimos sucesos por esto es que se concuerda con Freud en que el analista maneja más bien cicatrices que heridas sangrantes (Solomon y Path.,1976).

Es preciso distinguir entre factores etiológicos determinantes o elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada.

En la mayoría de los casos se encontrará que una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas.

Desencadenantes

También llamadas causas inmediatas son: la necesidad de reprimir distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia y cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente produciéndole angustia, la cual es fuente común e importante de los trastornos psiconeuróticos y esta angustia engendrada por un super ego demasiado severo y exigente , al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

La actitud del enfermo ante la situación de "pérdida", es lo importante en la depresión neurótica.

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la

psicopatología de la vida adulta.

La resistencia personal a la pérdida es variable; algunas personas son extraordinariamente sensibles a ella y otras que la soportan sin inmutarse.

El cuidado materno en el desarrollo de un niño es importante, ya que si éste no tiene una relación satisfactoria con su madre, podría volverse reservado o incapaz de tener relaciones adecuadas.

El dejar de ver a los progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles, le origina al adolescente depresión que generalmente se manifiesta como rebeldía y desafío.

En el adulto es más fácil de establecer la relación causa-efecto de la depresión; puesto que se puede identificar como pérdida del objeto, el perder a un ser querido, el perder una situación económica, el perder el poder o la salud.

Según el psicoanálisis se presenta un proceso determinado en la formación de los síntomas de la angustia, la cual a su vez es factor importante en la depresión (Freud 1981). A continuación se describe la postura desde esta teoría al respecto.

La formación de síntomas alcanza un triunfo cuando consigue amalgamar la prohibición con la satisfacción de una manera tal que lo que originalmente fue un mandamiento defensivo o una prohibición adquiere también la significación de una satisfacción, a cuyo efecto se utilizan con frecuencia caminos de enlace extraordinariamente artificiosos. En los casos menos complicados, el síntoma es de dos tiempos, o sea, que al acto que ejecuta cierto mandamiento sigue inmediatamente otro que suprime o deshace lo hecho, aunque no llegue a realizar lo contrario. De esta

primera consideración superficial de los síntomas extraemos, desde luego, dos impresiones . Observamos primeramente que en la neurosis se mantiene una lucha constante contra lo reprimido; lucha que va haciéndose cada vez más desfavorable a las fuerzas represoras; y en segundo lugar, que el yo y el super - yo toman parte importantísima en la formación de los síntomas. En realidad, el super – yo, que procede del ello, no puede sustraerse a la regresión y a la defusión de instintos, que en el ello tienen efecto. La angustia es la reacción a una situación peligrosa. El yo la elude ejecutando algo encaminado a evitar la situación o escapando a ella. Podríamos decir que los síntomas son creados para evitar el desarrollo de angustia; pero con ello no pasamos de la superficie, siendo más exacto decir que son creados para evitar la situación peligrosa señalada por el desarrollo de angustia. La angustia es, pues, en primer lugar algo que sentimos. La calificamos de estado afectivo, aunque no sabemos bien lo que es un afecto. Como sentimiento, presenta un franco carácter displaciente pero no es ésta la única de sus cualidades, pues no todo displacer puede ser calificado de angustia. Existen, en efecto, otros sentimientos de carácter displaciente: la ansiedad, el dolor, el duelo. Así, pues la angustia es un estado displaciente especial con actos de descarga por vías determinadas. La angustia nació como reacción a un estado de peligro y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado. La angustia es un estado afectivo, que naturalmente sólo puede ser sentido por el yo. El ello no puede como el yo, experimentar angustia, pues no es una organización ni puede discriminar las situaciones peligrosas. En cambio, es muy frecuente el desarrollo o preparación en el ello de procesos que dan ocasión al yo para una explosión de angustia. Los síntomas ligan la energía psíquica, que de otro modo sería descargada en forma de angustia, resultando así la angustia el fenómeno fundamental y el principal

problema de la neurosis. Los síntomas son creados para liberar al yo de la situación peligrosa. Hay significación biológica del afecto de angustia al reconocer la angustia como reacción general al peligro. El papel del yo, como sede de la angustia, queda confirmado al atribuir al yo la función de producir el efecto de angustia según sus necesidades. Tiene este afecto una innegable relación con la expectación: es angustia ante algo. Le es inherente un carácter de imprecisión y carencia de objeto. La situación peligrosa es la situación de desamparo reconocida, recordada y esperada. La angustia es la reacción primitiva al desamparo en el trauma, reacción que es luego reproducida, como señal de socorro, en la situación peligrosa. La apariencia de una relación especialmente íntima entre la angustia y la neurosis depende de que el yo se defienda igualmente por medio de la reacción angustiosa contra el peligro instintivo y contra el peligro real exterior y que esta orientación de la actividad defensiva desemboca en la neurosis a consecuencia de una imperfección del aparato anímico. Así, pues, la primera condición de la angustia introducida por el mismo yo, es la pérdida de la percepción del objeto, la cual es equiparada a la pérdida del objeto. El dolor es pues, la verdadera reacción a la pérdida del objeto, y la angustia, la verdadera reacción al peligro que tal pérdida trae consigo y, dado un mayor desplazamiento, una reacción al peligro de la pérdida del objeto mismo. Tampoco del dolor sabemos mucho. El único dato seguro nos es dado por el hecho de que el dolor surge – primera y regularmente - cuando un estímulo que ataca la periferia traspasa los dispositivos de la protección contra los estímulos y pasa a actuar como un estímulo instintivo continuo, contra el cual son impotentes los actos musculares que sustraen al estímulo el lugar sobre el que el mismo recae, actos eficaces en toda otra ocasión. El hecho singular de que los dolores físicos no alcanzan jamás su máxima intensidad cuando nuestra atención

psíquica se halla acaparada por otros intereses (sin que pueda decirse que tales dolores permanecen inconscientes) halla su explicación en el hecho de la concentración de la carga en la representación psíquica del lugar doloroso. En este punto parece insertarse la analogía que ha permitido la transferencia de la sensación dolorosa al terreno anímico. Conocemos aún otra reacción afectiva a la pérdida del objeto: el duelo que surge bajo la influencia del examen de la realidad, que impone definitivamente la separación del objeto, puesto que el mismo no existe ya (Freud 1981).

AMBIENTALES

Aquí se agrupan el problema de la contaminación atmosférica, la cual tiene como consecuencia la mala calidad del aire inhalado (S.S.A., 1981), los problemas de tránsito (CANACO., 1981), de los cuales se derivan mayor número de accidentes, pérdida económica y disminución de las horas de descanso (D.D.F., 1980); el problema del ruido excesivo (D.D.F., 1980), el cual ocasiona insomnio, fatiga física e intelectual irritabilidad, incremento de la tensión arterial y sordera (Roche., 1981)

Día a día en la actualidad hombres y mujeres están expuestos a una serie de choques que le suscitan tensión enajenante, hipertensión, angustia e inseguridad.

El profesor Walter Cannon, de la Universidad de Harvard, denomina al conjunto de estos síntomas como "Síndrome del hombre para escapar o pelear" (citado en Calderón, 1998).

La criatura primitiva se enfrenta a situaciones de choque por la vía natural: escapaba o peleaba; en cambio el hombre contemporáneo, sometido al rigor y al compromiso psicológico del precepto moral, debe utilizar otros medios distintos de la riña y de la huida física: los de la represión sistemática, que por su carácter conduce a circunstancias conflictivas.

Y aunque el hombre posee delicados mecanismos de adaptación a su medio físico no tienen la suficiente capacidad para soportar la vorágine de la tecnología, la cual ha superado con creces el ritmo de adaptación psicobiológica del ser humano.

SOCIALES

Se encuentran englobadas la desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, la falta de vínculos con los vecinos y migraciones.

Estudios etiológicos demuestran que, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión, los cuales han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por medio de ellas se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través de los siglos hemos heredado de nuestros antecesores.

Un aspecto interesante de estos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia y depresión .

VI. ROL DE LA BIOQUÍMICA EN LA DEPRESIÓN

En la actualidad se sabe que el origen del cuadro depresivo es multifactorial ya que intervienen trastornos psicológicos y alteraciones bioquímicas.

Para Cameron, las personas tensas y agitadas pueden tener más en común en sus funciones biológicas con personas en estado de excitación, que con enfermos con síndromes depresivos (citado en Calderón 1998).

Everett y Tolman, postularon por primera vez en 1959 la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina desempeñaban un papel importante en relación con la depresión; tal hipótesis se basó en observaciones clínicas efectuadas con el uso de reserpina que es ampliamente usada en el tratamiento de la hipertensión y que origina la depresión en algunos pacientes; y con el uso de inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) en el tratamiento de la tuberculosis, que producían un efecto euforizante.

De lo anteriormente expuesto, se dedujo la hipótesis de que los medicamentos con efecto antidepressivo pueden ejercer su acción clínica aumentando una u otra de las aminas en receptores cerebrales de localización exacta, en tanto que los medicamentos que producen depresión o que son efectivos en estados maniacos posiblemente causen este efecto disminuyendo la concentración de las aminas biógenas en ciertos receptores cerebrales.

La expresión elemental de la hipótesis, ha resultado ser de utilidad considerable en los últimos 25 años y ha continuado proporcionando un valioso impulso intelectual a la especulación sobre la etiología bioquímica de por lo menos algunos tipos de depresión.

Actualmente, la investigación de metabolismo de las aminas biógenas en enfermos deprimidos se ha orientado a las catecolaminas (norepinefrina y dopamina) y a la serotonina (Schildkaut,1970). Estos neurotransmisores son producidos por la célula nerviosa primera y alojados en el espacio de la propia neurona que, en condiciones normales, permite regular la concentración de los mismos de manera adecuada para que logren llegar a los receptores de la segunda célula nerviosa y que el estado afectivo del sujeto funcione en forma correcta.

Cuando por las causas señaladas se llega a presentar un cuadro depresivo, la neurona 1 está recaptando los neurotransmisores en mayor cantidad de lo normal, lo cual origina una disminución de éstos en el espacio interneural y consecuentemente un mal funcionamiento del sistema.

El tratamiento con la mayor parte de los antidepresivos consiste en taponar la recaptación de la célula y con ello lograr una concentración adecuada de los neurotransmisores (Poldinger W, 1982). Este es el mecanismo bioquímico de la depresión , el cual se muestra en la siguiente grafica (ver figura 3, en el anexo 2) .

VII. SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas de la depresión pueden presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo. Para facilitar la exposición, dividiremos los síntomas en cuatro grupos (Calderón , 1998) :

TRASTORNOS AFECTIVOS

El enfermo regularmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés, procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de sus intereses vitales.

Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que cosas que antes pudieron haber estimulado su ánimo ahora abatido no son efectivas.

En algunas ocasiones la aflicción está relacionada con situaciones más o menos problemáticas que el enfermo amplifica considerablemente y en otras sin ningún motivo se muestra pesimista en relación con problemas supuestos o reales y con frecuencia se ve pensativo y cabizbajo.

No obstante, este síntoma, que es frecuente en el enfermo deprimido, puede no ser

aparente, lo que desconcierta al médico general.

En las llamadas "depresiones sonrientes" el enfermo acude al facultativo con quejas somáticas, y puede mostrarse alegre, cuenta chistes, bromea y en general no da la impresión de que haya una baja en su talante afectivo, es por esto que a la depresión se le denomina "la enfermedad de las mil caras", y es en estos casos cuando el buen clínico debe tener en mente el cuadro depresivo, para poder detectar otros síntomas que lo lleven a un diagnóstico correcto.

Cuando la depresión no es muy severa, el sentimiento de infelicidad puede fluctuar durante el día con altas y bajas y aun retirarse por momentos ante estímulos circunstanciales como un chiste o un evento favorable; conforme se va acentuando el cuadro se presenta cierto ritmo en el día, con tendencia a incrementarse en las mañanas y a disminuir en la tarde; se pierde interés por los eventos sociales, y se evita concurrir.

Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad, la cual cuando se presenta en forma dominante se manifiesta como falta de auto confianza, por lo que resulta difícil la toma de decisiones hecho que deteriora la actividad y la voluntad.

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimiento de devaluación personal.

Otro síntoma frecuente es el miedo, que a veces se presenta en forma no precisa, y limita considerablemente las actividades.

La ansiedad suele presentarse en grado variable, con frecuencia aparece en la

mañana y disminuye en el transcurso del día (Goldberg, 1995).

La irritabilidad, que muchas veces es el motivo básico de la consulta.

TRASTORNOS INTELECTUALES

La sensopercepción se encuentra frecuentemente disminuida. Aunque existan trastornos de memoria, éstos no son ni remotamente comparables a los que presentan los estados confusionales y demenciales incipientes. En realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados y se manifiesta por el impedimento para recordar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal, pero ante la reiteración de la búsqueda produce en los deprimidos un sentimiento de ansiedad.

La disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta como un síntoma de inhibición, la que inevitablemente repercute sobre la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial, o en ocasiones no se hace. Este trastorno suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a pequeños hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto; por el contrario, los acontecimientos relevantes serán fijados y evocados en forma correcta.

Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico.

Las ideas de indignidad a veces se acompañan de sentimientos verdaderos de culpa apoyados en una falta real, pero trivial. El paciente tiene una sensación de incapacidad

que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento; por otra parte, tiene la creencia de que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo, en consecuencia se encuentra atrapado en la red de su incapacidad, él mismo no puede hacer nada para obtener el tipo de satisfacción que desea, nada va a tomar un giro favorable ni siquiera con la intervención de otra persona (Beck, 1970).

El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo, esto es que las ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia y trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que los atormentan, pero su lucha es inútil, en ocasiones refiere estas ideas a una base física de su enfermedad, a pesar de que exámenes médicos cuidadosos la han descartado, y en otras están relacionadas con la posibilidad de fracaso y con el sentimiento de desesperanza.

TRASTORNOS CONDUCTUALES

La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, esto es observable en el decaimiento del aseo tanto a nivel personal como a nivel hogar, además de que con apatía progresiva se busca en la cama un refugio para los problemas, permaneciendo dormido o despierto durante muchas horas y también la falta absoluta de entusiasmo y de interés por el trabajo.

Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse en un sujeto deprimido.

Hasta aquí los síntomas psicopatológicos y se puede decir, que no solo son de un

tipo, puesto que están presentes los tres tipos.

En la transcripción de la siguiente nota, que fue entregada en consulta por una enferma; se puede apreciar la descripción de sus molestias que ocasionalmente es bizarra, detallista e ilógica: (citado en Calderón , 1998)

Viñeta:

"En el momento que me da, siento como si fuera en coche y en determinado momento éste se detuviera en ese momento ya no funciona mi cerebro.

Entonces siento angustia, miedo e inseguridad; no me dan ganas de nada ni de salir de casa, si pongo radio lo oigo porque no soy sorda, pero no lo escucho entonces prendo la televisión, la veo pero sin hacerle caso y la apago. Abro el ropero meto y saco los vestidos y no decido nunca cuál ponerme, me pongo a caminar de un lado a otro al grado de que después de hacerlo en mi casa horas y horas, ya agotada, me tumbo en mi sillón, cansada, con palpitaciones y con leve dolor de cabeza. No quiero ir a ninguna parte, pero si me animo a salir a la calle, voy de un lado a otro, indecisa y siempre con miedo de que me roben o me pase algo. No me dan ganas de arreglarme, ni siquiera de bañarme y sobre todo a donde voy, procuro ir siempre acompañada, porque siento miedo y no hablo una palabra para nada cuando me dura la depresión.

En cuanto se me quita ésta, lo siento inmediatamente, como si el coche que se paró de repente volviera a caminar normalmente, es decir: cuando me da la depresión siento que mi cerebro está parado frenado como el coche que no funciona, pero cuando se me quita la misma, noto inmediatamente que mi cerebro vuelve a funcionar normalmente entonces ya pienso, estoy alegre, platico con las personas que me rodean, me dan ganas de ir y venir sin que nadie me acompañe y ya no me da miedo andar sola aunque

sea de noche; soy comunicativa con todas las personas, medio parlanchina, porque así ha sido siempre mi carácter. Me encanta regalar lo que yo pueda y tenga, porque mi lema ha sido siempre el siguiente: En esta vida hay que dar, y al que da, Dios le da.

Pero a veces pienso que a mí me ha olvidado, como si fuera mala, pecadora y no mereciera nada”.

SÍNTOMAS ORGÁNICOS

Constituyen con frecuencia el motivo de la consulta del paciente quien subestimando su problema emocional, no lo manifiesta espontáneamente al médico. A este cuadro se le llama “depresión enmascarada” y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años, lo cual provoca que el paciente vaya de médico en médico en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podrían haber resuelto su problema en un tiempo relativamente breve.

El síntoma más frecuente es el insomnio, el cual perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiosa queja durante muchos años, y este puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, el enfermo tarda mucho en dormirse o despierta durante la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño; frecuentemente se presentan ensueños desagradables o terroríficos que pueden acentuar más las manifestaciones clínicas del cuadro depresivo. Paradójicamente, ciertos deprimidos duermen mucho (Solomón y Patch, 1976) al día, lo que constituye en realidad una forma de escapar a los síntomas de la enfermedad y a la exacerbación de los mismos ante situaciones de enfrentamiento como son el asistir al

trabajo o a la escuela.

La anorexia se presenta en casi todos los cuadros agudos, puede ser la única molestia que aqueja al paciente, aunque esta también puede ser expresada como un deseo compulsivo de comer hasta convertirse en bulimia (De Groot, Rodin y Olmsted 1995).

El debilitamiento o desaparición del deseo sexual, forma parte del cuadro de reducción global de los instintos, y está vinculado al síndrome de inhibición en evolución.

La cefalea tensional , se localiza especialmente en la nuca y a veces en las regiones temporales, y se debe a estados emocionales, suele ser intensa y persistente (Marazzini ,1995)

El decaimiento físico, mayor en la mañana, que hace que el enfermo no desee levantarse.

El meteorismo, la dispepsia, náusea y otros síntomas que se diagnostican generalmente como "colon irritable", son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo.

Las palpitaciones, la disnea nerviosa y los dolores cardioráxicos, son el motivo que tiene el deprimido para acudir al cardiólogo, quien después de un cuidadoso estudio, no

encuentra alteraciones orgánicas explicativas del cuadro clínico, es entonces, cuando elabora el diagnóstico de "neurosis cardiaca" o de "astenia neurocirculatoria".

También se encuentran los mareos, el prurito y la alopecia entre otros síntomas del deprimido.

El examen físico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada y triste; la cara presenta el ceño fruncido y las comisuras de la boca baja; al caminar, el enfermo deprimido lo hace encorvado como si tuviera que soportar un gran peso; con frecuencia se le ve desaliñado y con un total desinterés por lo que le rodea.

El principio del cuadro depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema de tipo económico, familiar, laboral o sentimental; a este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivos; en ocasiones, el comienzo del cuadro es insidioso, sin motivo aparente que lo justifique; a este cuadro se le llama depresión endógena.

En relación con el curso del padecimiento, algunos casos pueden evolucionar espontáneamente hacia la curación o mejoría, pero los más tienden a la cronicidad si no se efectúa un tratamiento adecuado; la magnitud de las molestias varía, pueden ser ligeras o perturbar seriamente al paciente.

VIII. INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL PROFESIONAL DE LA ENSEÑANZA

Uno de los sectores más afectados en los últimos tiempos en España por la depresión o el estrés es el profesorado . Aunque faltan datos suficientes y contrastados , para llegar a conclusiones rigurosas , muchos profesores no se atreven a pedir la baja por esta causa , porque está mal visto , la depresión es la segunda enfermedad más frecuente entre los docentes . Se estima que uno de cada cinco profesores españoles padece estrés, depresión o ansiedad. (Abraham. et alt, 1986). Los expertos hablan del "síndrome de burnout" o desgaste psíquico, (Johnston y Moncrief, 1999), lo definen como el agotamiento emocional se caracteriza por la sensación de que el área emocional individual se encuentra vacía y falta de energía . Una encuesta de la universidad de Granada , publicada en la revista británica " European Psychiatry " refleja que el 27.5 % de los profesores presentan síntomas depresivos y en Cataluña entre un 10 y un 22 % de las bajas en 1998 fueron por problemas de salud mental fundamentalmente por depresión , además dicen los expertos que la desmotivación de los alumnos o la imposibilidad de motivarlos aparece claramente como la principal causa de estrés entre los profesores y que éste se da más frecuentemente en el nivel básico(Psicología , 2000) .

IX SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN EL PROFESIONAL DE LA ENSEÑANZA

Uno de los temas de actualidad es la salud del profesorado, "Entendemos por salud el estado de total bienestar físico, mental y social en que la persona es capaz de desarrollar todas sus potencialidades creativas. Estar sano no es lo mismo que no estar enfermo " (Serramona , Noguera y Vera , 2000).

De estas palabras se deduce que la salud es un estado superior al de no estar enfermo.

Al hablar de salud en el ámbito de los profesionales de la educación conviene diferenciar entre: las dolencias relacionadas con la salud mental (el estrés del profesorado, la ansiedad, la depresión el malestar docente, el síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional,...) y aquellas dolencias que suelen relacionarse con la salud física (las afonías, los problemas osteo-articulares, las alergias, enfermedades de las vías respiratorias,...).

El objetivo es conseguir, más allá de la ausencia de enfermedad, que el trabajo docente sea una fuente de bienestar físico, psíquico y social, de manera que permita desarrollar las capacidades humanas en libertad y en equilibrio adaptativo con su medio.

Hasta ahora hemos hablado de los profesionales de la educación como colectivo pero como muy bien dice Ada Abraham (1987) "el enseñante también es una persona". Por lo que se hace necesario contemplar la individualidad dentro del colectivo de

profesores. Así, como persona individual que es, cada profesor vive sus experiencias según el momento de su propio ciclo vital, al que hay que añadir su ciclo como profesor (Fernández Cruz, 1994). Todas estas experiencias están matizadas por las influencias del sistema en el cual el profesor esta inmerso. Se trata de un sistema complejo del cual se forma parte y en el cual se interacciona constantemente.

Este sistema concebido desde el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987) nos permite comprender la importancia de la interacción entre variables personales colectivas y sociales del profesorado. Una de estas variables es, la salud mental de cada uno de los profesores. Desde la perspectiva ecológica que hemos adoptado, se puede afirmar que esta variable afectará en mayor o menor grado al conjunto de sistemas relacionados de una u otra manera con los profesionales de la educación.

X PROCESO DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE LA ENSEÑANZA

La enseñanza, una de las profesiones más extendidas y en mayor contacto con las personas como receptores de su actividad profesional, se considera una ocupación agotadora, por lo que se describe a los profesionales de las denominadas profesiones de ayuda, como los más vulnerables al agotamiento emocional y escepticismo en el ejercicio de su actividad laboral al interactuar y tratar reiteradamente con otros sujetos. (Freudenberger, 1994; Moreno, 1990; Delgado, 1993; Maslach y Leitter, 1997, 1998 Cordeiro , 2001).

En los últimos años, los colegios han recibido la influencia de los profundos cambios sociales que ha ido experimentado la sociedad Española. Y estos cambios, como describe Concha Boyer (1998), han afectado a la institución educativa en dos sentidos modificándose la función y la consideración que la sociedad le atribuye, y cambiándose las intenciones educativas y las condiciones en las que el profesorado ejerce la docencia .

El maestro debe proyectar, poner en ejercicio, medir y adecuar permanentemente las estrategias adecuadas para el desarrollo integral de la persona (maduración personal moral y cívica), a través de la promoción del aprendizaje y la construcción de saberes habilidades y actitudes de los educandos, mas allá de la mera instrucción transmisora de conocimientos normalizados, propia de un sistema de enseñanza tradicional logocéntrico en el cual se ha formado la generación actual de enseñantes. Este rol requiere de profesionales comprometidos, social e institucionalmente, que sean

capaces de diseñar líneas de intervención que surjan de interpretar realidades, definir problemas actuar dentro de márgenes que no son definitivos y ante circunstancias específicas, únicas e irrepetibles.

Se asiste al reconocimiento de la universalización de la educación y al aumento de la complejidad de la institución escolar frente al paradigma de escuela selectiva y segregadora en la que la mayoría de los docentes se han formado y han enseñado.

El docente ya no ejerce su labor en solitario debe conformar equipos humanos y laborales que le permitan formarse, replantearse sus prácticas y reflexionar sobre ellas.

Así, y por norma, los maestros se coordinan por: a) niveles, manteniendo reuniones de trabajo semanales de coordinación docente entre todos los maestros que imparten las materias afines en el mismo nivel o curso; b) ciclos, reuniones semanales de coordinación entre todos los profesores que están integrados en el mismo ciclo o etapa escolar; c) E.T.C.P. (Equipo Técnico de Coordinación Pedagógica), donde quincenalmente se reúnen todos los tutores, profesores especialistas de educación especial, Jefe de Estudios y Director; d) con una periodicidad aproximadamente mensual, se reúne también el Claustro de Profesores, donde la totalidad del profesorado del centro organiza y coordina sus actividades de actuación .

Algunos miembros del profesorado también deben asumir los cargos directivos del centro: Director, Jefe de estudios, Secretario y Coordinadores de ciclo pero sin dejar de lado su labor específica docente frente a los alumnos .

También, parte del profesorado del Claustro, debe pertenecer y participar en el Consejo Escolar, y sus comisiones (económica, de convivencia fiestas etc.), órgano supremo de dirección de los centros escolares. Otros son tutores ellos, en paralelo a su labor

docente, deben ayudar u orientar a su grupo de alumnos, bien individual o colectivamente. Para ello, deben realizar funciones de apoyo, resaltando el valor de aprender en los alumnos y estableciendo relaciones con los padres de los mismos. Tienen que realizar tareas de consulta, participando como miembros en los comités de orientación e informando a la instancia correspondiente sobre casos concretos. También asumen funciones de transferencia al identificar a alumnos cuya conducta parezca anómala y ofrecer o remitir al orientador en última instancia, a los padres que necesitan ayuda. Por último, los tutores asumen ejercicios de servicio al dialogar individualmente con los alumnos que presenten problemas de aprendizaje; aceptar la personalidad o peculiar forma de ser de cada uno de los alumnos y escucharles con atención .

Todo el profesorado del centro debe realizar funciones de planificación burocrática de obligado cumplimiento: programaciones, planes del centro, reglamentos, evaluaciones del centro, proyectos....etc. Preocuparse por su formación continua, y, también ocuparse de las funciones de refuerzo escolar y sustitución de compañeros ante ausencias .

Unido a todo lo anterior, o como complemento, la sociedad exige al docente que tenga sentido crítico con respecto a sí mismo, a los contenidos culturales y al contexto social que sea objetivo, democrático, y con vocación de servicio, que tienda al trabajo cooperativo y ame su institución y sus alumnos, que se sienta parte viva de la comunidad en que actúa, que se esfuerce por alcanzar una conducta racional, científica con preferencia por el orden y la sistematización, y, que sobre todo, sea muy creativo para poner su formación y su experiencia al servicio de la escuela y el alumno que

educa .

Pero el profesorado no recibe ninguna formación específica ni ninguna preparación psicológica para enfrentarse a la desmotivación del alumnado y a la falta de recursos para solucionar los problemas de grupo. De ahí que la impotencia para solucionar los conflictos cotidianos cause problemas psicológicos y tensión laboral. Junto a ello, las malas condiciones educativas y la falta de reconocimiento social de la tarea del docente inciden de manera determinante en el bienestar de los profesores. Por otra parte existe una relación directamente proporcional entre la calidad de la enseñanza y la salud laboral del profesorado. Un ejemplo de ello es cómo afecta al profesorado el clima de convivencia en los centros educativos: resulta muy difícil gestionar la autoridad entre un alumno con problemas de convivencia escolar. Si a ello se le añade la falta de recursos materiales, las condiciones del espacio físico, la salud personal, las condiciones medioambientales y la desmotivación del alumnado producen en el docente una sensación de depresión y angustia difíciles de controlar .

La situación emocional a la que el docente tiene que enfrentarse diariamente en su aula no es en la mayor parte de los casos la idónea para que se produzca el aprendizaje: la falta de hábitos de trabajo y estudio, la agresividad y los cambios sociales a los que el profesor tiene que adaptar su actividad educativa acaban haciendo mella en su propio bienestar personal.

Entonces surge el síndrome del profesional "quemado" por su actividad. El burnout se manifiesta cuando estas tensiones laborales se extienden a otras facetas de ámbito personal del individuo causando un alto nivel de estrés para el que el profesor no está

preparado y que puede conducirle a la depresión.

Es patente el desconcierto entre las expectativas y la realidad con la que se encuentra el/la nuevo/a profesor/a. Ante la cruda realidad, la mayoría de docentes se sobrepone y encuentra mecanismos de adaptación, desarrollo y estímulo. Pero en los casos en los que la aparición de problemas genera un malestar en el docente se producen reacciones como la inhibición y la insatisfacción que la consciencia de ello provoca o la huida hacia delante, es decir, el traslado de centro o el abandono de la actividad docente. El ausentismo, el agotamiento, la ansiedad, la depreciación del yo y finalmente la reacción depresiva, serían las últimas etapas de un proceso de "quema" que no conviene a nadie. Ni a los propios profesionales de la educación, lógicamente, ni a los estudiantes y sus progenitores ni a la sociedad en general.

En el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el trabajo social se reproducen datos que indican que el número de accidentes laborales en centros docentes madrileños entre enero y septiembre de 2002 ascendió a 1.006, con 3 víctimas mortales. Además se ha registrado un incremento del 6.33 % de la siniestralidad en el curso 1999-2000 un 29.72 % en el 2000-2001 y un 44.96 % en el ejercicio 2001-2002.

La globalización y sus exigencias a la competitividad de la economía han puesto de moda la cultura de la productividad en todos los escenarios laborales; el trabajo académico no escapa a esta tendencia. Pero, en los hechos, la productividad está significando mayor intensidad del trabajo, presionando a los académicos hacia la búsqueda de las puntuaciones para la bonificación monetaria, distrayéndole

principalmente de la tarea docente, pero también restándole calidad no solamente al producto académico, sino también en demérito de la calidad y tiempo dedicado a su vida social, y dando origen a un cuadro típico de psicopatología en los académicos y que afecta también, a su familia. Dadas las limitaciones en la noción de productividad que establece la Constitución Política Mexicana, en México, la idea predominante de productividad, calidad y eficiencia del trabajo que se ha dado en llamar nueva cultura laboral, fue plasmada en el Acuerdo Nacional para Elevar la Productividad y la Calidad donde a pesar de los esfuerzos desarrollados que acotan el significado de productividad como un concepto que va mas allá de la relación entre insumos y productos, y supone hacer más y mejor las cosas racionalizando los recursos, desarrollando innovaciones tecnológicas incorporando la creatividad de los trabajadores, y creando mecanismos de beneficio económico con base en estos criterios (ANEP y C, 1992), no existe una definición de productividad. Sin embargo, al convertir a la productividad en criterio prioritario para establecer mejoras al ingreso económico de los trabajadores, se conminó a los trabajadores a pactar comisiones mixtas que establecieron incrementos en forma de bonificaciones al trabajo (PECE, 1993).

En el caso de los trabajadores académicos, los criterios y nociones de productividad y calidad académica se han inscrito, no sin ambigüedades, en los planes para la modernización educativa, teniendo como antecedentes desde 1985 el Sistema Nacional de Investigadores y al programa de Estímulos a la Productividad y Méritos Académicos aplicado en la UNAM.

En principio estos programas de evaluación y estímulo se destinaron al académico que se dedica principalmente a labores de investigación, bajo el concepto de Becas al

Desempeño Académico; posteriormente se consideró a los académicos que cumplen funciones docentes y se les denominó Becas al Desempeño Docente. Estas propuestas pretenden establecer beneficios económicos diferenciados para los trabajadores, a través de un esquema rígido de evaluación contenido en las llamadas Tablas de Producción y Méritos Académicos que en su forma básica han sido diseñadas por la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y que sirvieron de modelo a las tablas de puntuación elaboradas por las universidades, y que no parten de una definición de la productividad y calidad académica que pretenden estimular, más bien impulsan una especie de trabajo a destajo (Jacobo, 1994), que además de reflejarse en productivismo individualista, e incoherente está afectando la salud de los académicos .

Sin embargo, en educación superior aunque la modernización no es homogénea, pues en ella coexisten elementos tradicionales (Figuerias, 1990), al trabajador se le requiere ,acorde con la nueva cultura laboral, una mayor productividad, que se ha convertido en un concepto político objetivado en reglamentos caprichosos elaborados como instrumentos de control de voluntades.

El proceso de trabajo académico, supone series de acciones diferenciales: docencia investigación y difusión; con la posible acentuación de alguna de ellas. La productividad académica está dada por la cualidad que tiene el trabajo, para mejorar las series de acciones de cada proceso y, para cumplir los objetivos proyectados sean éstos cuantitativos o cualitativos. Toda vez que la valoración última no es mercantil, no se debe conceptuar la productividad académica como una relación binomial entre insumos

y productos, sino entre condiciones institucionales y competencias gnoscopráxicas del trabajador. La valoración debe hacerse en apego a dos grupos de indicadores; internos o de cumplimiento del plan institucional y, externos o de adopción de saber (formación del trabajador y aceptación de sus obras), y de inserción en otros procesos colectivos de finalidad claramente social.

Según se sigue de estas consideraciones, la productividad académica sería la capacidad del trabajo académico para objetivarse en el plan institucional, en la comunidad científica y, en vastos procesos de la producción y de la vida social. Estos tres niveles de la productividad deben valorarse por el impacto colectivo del trabajo, por su relevancia teórica y por su demanda práctica, para que los indicadores sean cualificados (Rountree, 2000) .

El vínculo entre productividad y salud ha sido poco estudiado en los trabajadores académicos, ya que la salud ocupacional apenas recién ha encontrado interesante estudiar una actividad que suponía poco esfuerzo personal, y en la cual sus condiciones de realización, y sus efectos parecían no presentar riesgo para la salud de los académicos.

Mientras estudios efectuados en la segunda mitad del siglo XX, en el ámbito del trabajo industrial informaron que el estrés se relaciona causalmente con infarto al miocardio úlcera, diabetes, disminución de la resistencia a infecciones, y neurosis (Eyer y Sterling 1997). Otros estudios demostraron que los trabajadores intelectuales sufren más tensión nerviosa en el trabajo que los trabajadores manuales (Caplan, 1975). Hoy todos los estudios asocian el estrés con el desarrollo de enfermedades de músculos tendones y articulaciones fluctuaciones de la movilidad del tracto gastrointestinal que

genera diarreas o estreñimiento crónico, asteroesclerosis y aumento de colesterol, e inclusive, tumores malignos. Estudiosos de la salud en los trabajadores de la cultura ofrecen datos que corroboran este tipo de daños entre los trabajadores académicos (Gil-Monte y Peiró, 1997), y específicamente prueban que existen daños a la salud asociados a los programas de estímulo a la productividad de los académicos (Vázquez 2001). Los estudios han alertado acerca de la estrecha relación entre trabajo académico y trastornos a la salud: la consulta psiquiátrica en Sonora ha llegado a registrar más de 60 maestras, de todos los niveles, por cada cien personas que solicitan atención psicológica (S. S. S. M, 1991), mientras que el estudio "Detección Oportuna de Enfermedades entre Maestros", reconoció trastornos como la hipertensión arterial y una serie de "causas" entre las que señala al estrés (ISSSTESON, 1993), aspecto que merece atención acuciosa porque el estrés generalmente en el trabajo académico actúa durante tiempos grandes, y se ha podido constatar que ha provocado hemorragia cerebral y fallo cardíaco en algunos colegas de mediana edad de todos los niveles de la educación, y recientemente se divulgó que en el personal joven de la Universidad de Sonora se presentan padecimientos crónico degenerativos (Camarilla, 2002).

Los trabajadores académicos que consideran en alta estima ser calificados trabajadores de la cultura (Sierra, 1994), inmersos en programas que les obligan a cumplir estándares de productividad cuantitativa, convertida en criterio de mayor ingreso salarial dedican sus esfuerzos al trabajo intenso agregando carga psicológica a la habitual carga laboral, y están enfermando lentamente de productivismo, afectando su vulnerabilidad e incrementando la morbilidad en este sector laboral .

En el ámbito de las determinantes institucionales del trabajo, los cambios organizativos a veces provocan el establecimiento de tareas rutinarias y estandarizadas que paulatinamente invaden a la academia (Ornelas, 1991), limitando la flexibilidad y creatividad innovadora del académico, lo cual agrega a las deficiencias materiales en infraestructura, equipos y tecnología, que en la mayoría de los casos está lejos de tener (Gutiérrez, 1993). Los académicos de todos los niveles saben cuán agotador es su trabajo, pues exige esfuerzo físico, intelectual, pedagógico y emocional (Díaz Barriga 1993), por este esfuerzo múltiple muchos profesores sufren síndrome de agotamiento pérdida de autoestima e insomnio, sin contar las llamadas enfermedades físicas como laringitis, várices, y males relacionados con la postura; se ha calculado que las bajas por enfermedades mentales o psicológicas entre los trabajadores académicos de diferentes países, son casi de veinte por cada cien trabajadores, lo cual indica que los trastornos psíquicos entre los académicos pueden ser considerados enfermedades profesionales; se ha demostrado que los problemas más comunes son la depresión, la ansiedad y el estrés, y que la mayoría de las bajas se dan entre las trabajadoras académicas, porque los alumnos y colegas se ensañan más con ellas (Jersild, 1990 Grey, 1991). Se sabe que la introducción, e idealización, de la tecnología moderna en el trabajo académico es un elemento que genera daños a la salud, por la propia composición material de los equipos e instrumentos y por las adaptaciones que el trabajador debe hacer en la realización de sus actividades, ya que supone capacitación y nuevas relaciones con objetos y personas. En otros procesos de trabajo se han estudiado los daños a la salud que tienen su fuente en la composición material de la computadora – instrumento cada vez más utilizado en la actividad académica

encontrándose relación con dolores musculares, y, al parecer, indicadores de relación con problemas circulatorios, astigmatismo, presbicia, miopía, dermatitis con enrojecimiento y prurito, caída del cabello y pestañas, aborto espontáneo y parto prematuro (Martínez, 2001) .

En el proceso de trabajo los académicos encuentran muchos factores que los desgastan y los enferman. Como en otros ámbitos laborales, estos factores pueden ser de riesgo físico, como la temperatura, iluminación, ventilación, humedad, vibraciones radiaciones, etc., riesgo químico como exposición a polvos, a gases, a solventes, a vapores, etc., riesgo biológico como microbios, hongos , insectos , roedores , etc., riesgo fisiológico como esfuerzo físico, posiciones incómodas o forzadas al estar de pie sentado, fijar la vista, hablar durante mucho tiempo, etc., riesgo psíquico y conductual como atención sostenida, trabajo intenso, conciencia de trabajo peligroso, monotonía pérdida del control sobre la actividad laboral, etc., y riesgo mecánico como los relacionados con las condiciones de seguridad e higiene de las instalaciones físicas como gas, agua, electricidad, pisos, escaleras, baños, comedores, máquinas y equipos (Laurelt y otros, 1989). Algunos de estos factores de riesgo serán propios de escenarios de investigación típicos de laboratorios y otros tendrán una presencia más extensiva, pero tiene en común que hacen probables los daños a la salud. No solamente enfermedades graves, sino también enfermedades leves como onicofagia, tics nerviosos, estreñimiento, dolor de cabeza, insomnio, etc. Los daños a la salud comprenden todas las enfermedades, malestares, dolores accidentes, muertes, cuyo origen los académicos pueden identificar o relacionar con las condiciones y circunstancias específicas de su trabajo .

Por ello la productividad debe desarrollarse en condiciones de trabajo óptimas orientadas a favorecer la salud del trabajador, es decir, el ejercicio del potencial productivo debe corresponderse con el mejoramiento del nivel de vida (Rebeli, 1989).

XI. METODO

Planteamiento del problema.

Múltiples evidencias señalan que las profesiones que implican el trabajo en el área asistencial y salud son más proclives a padecer trastornos afectivos como el estrés o la depresión, tal es el caso de los profesionales de la enseñanza, quienes en ocasiones los camuflan como enfermedad común, debido a la creencia de que al reconocerlos les puede perjudicar o estigmatizar de cara a un futuro profesional.

Algunas de las preguntas que se derivan de este planteamiento son:

- ❖ Existe la presencia de síntomas depresivos en el profesional de la enseñanza
- ❖ En qué nivel de enseñanza se presentaría una mayor incidencia de síntomas depresivos
- ❖ Cuál es el perfil (características personales y/o laborales) de los profesionales de la enseñanza que presentan los síntomas depresivos

Objetivo.

Detectar la prevalencia de síntomas depresivos en una muestra poblacional de profesionales de la enseñanza del nivel educativo básico y medio .

Variables.

Variable Dependiente. Depresión, síntomas o rasgos depresivos .

Definición conceptual.

De acuerdo con el criterio de la Décima Revisión de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), La depresión es un trastorno afectivo en el cual el enfermo pierde su capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas. Con una disminución de la vitalidad que lo lleva a una reducción de su actividad, con tristeza inseguridad y cansancio exagerado que puede aparecer incluso tras un esfuerzo mínimo. La depresión suele acompañarse por ideas de culpa, de ser un inútil y, en ocasiones, de ser un estorbo para la familia, con una perspectiva muy sombría hacia el futuro. Con frecuencia se presentan alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual. (Calderón, 1992)

Definición operacional .

Los puntajes obtenidos en el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo (Calderón, 1992), nos indican la presencia de síntomas depresivos en cada uno de los miembros que conforman la muestra poblacional .

Variable Independiente. Ser profesionales de la enseñanza.

Definición operacional.

Características o variables demográficas de los integrantes de la muestra tales como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, centro educativo.

Hipótesis .

Sí existe la presencia de síntomas depresivos en la muestra estudiada de los profesionales de la enseñanza.

Participantes.

La muestra poblacional fue seleccionada por criterios o por conveniencia, es decir selección de sujetos o grupo social por contar con los atributos que ayudan a desarrollar una teoría (Hernández, S.,2002) y estuvo conformada por 39 individuos cuyas edades fluctuaron entre 25 y 72 años, de ambos sexos, sin importar estado civil profesores de nivel básico y medio, que estuvieran impartiendo clases en ese momento normalistas o profesionistas, y se tomó de cinco centros educativos.

Se les solicitó su participación voluntaria en el estudio, después de informarles del propósito del mismo .

Instrumento .

Para detectar la presencia de síntomas depresivos en los profesionales de la enseñanza, se aplicó el instrumento "Cuestionario Clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo", creado por el Dr. Guillermo Calderón Narváez (1992); el cual consiste en una serie de afirmaciones o síntomas depresivos que deben ser contestados conforme al método de rangos sumariados de Likert con 4 opciones de

respuesta "no, poco, regular, mucho", que se califican de 1 al 4 según su intensidad abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa (Ver anexo 1). Con el objeto de valorar la confiabilidad de este cuestionario y comprobar si este tipo de pruebas miden específicamente lo que se pretende conocer y si lo hacen de manera constante se efectuó un estudio en el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental para su validación, en el cual se aplicaron 270 cuestionarios en la población abierta de zonas urbanas, 121 mujeres y 149 hombres entre los 15 y los 89 años de edad, seleccionados de acuerdo al muestreo no probabilístico intencional. La escolaridad de los sujetos osciló entre primaria y postgrado. Se realizó un análisis de frecuencias de datos. Para la aceptación del cuestionario como confiable se utilizó la prueba "t" de Student y alpha de Cronbach. El análisis mostró una distribución homogénea de los reactivos y una alta correlación entre los mismos. En cuanto a la confiabilidad general de los reactivos del cuestionario se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.86 que indica una alta consistencia interna, es decir, que los reactivos son congruentes y precisos en la medición del síndrome depresivo. De ahí que se determinó usar este instrumento para detectar la depresión en nuestro trabajo.

Procedimiento.

La primera fase: fue la selección de la muestra que consistió en la visita a los centros de enseñanza a nivel básico y medio, tanto públicos como privados, para acordar con autoridades y profesores el número de participantes por cada centro educativo y los días y horarios en los que se realizarían las aplicaciones del instrumento.

En la segunda fase: se llevó a cabo la recolección de datos, para lo cual se aplicó el cuestionario de depresión de Calderón, de forma individual, con una duración aproximada de 20 minutos y considerando los dos siguientes puntos: primero la no interferencia en el desempeño de la labor docente y segundo conformar un ambiente de seguridad en cuanto a la información solicitada.

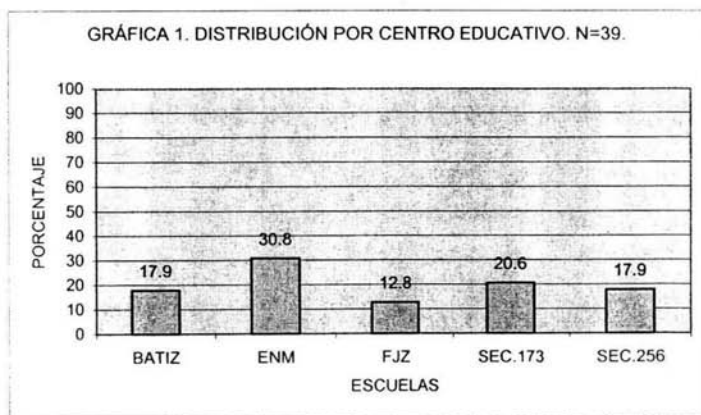
La sesión de aplicación en cada centro educativo dio inicio, al indicarles a cada uno de los participantes que la información proporcionada fuera lo más honesta posible ya que no habría el riesgo de fuga de información, puesto que la información recabada asumía el trato de carácter confidencial, y su uso solo serviría para los fines del estudio, pero aun así podían utilizar el anonimato. (consentimiento informado).

La tercera fase: fue la de procesamiento de información, esto es que con la información obtenida de la recolección de datos, se calificaron los cuestionarios, se codificaron las respuestas de datos demográficos; se procedió a su captura, primero en una hoja de cálculo para vaciar al programa de EXCELL, y de ahí transportar a SPSS V. 11, para obtener: media, desviación estándar y comparaciones de grupos con la prueba t de student; una vez concluido el análisis estadístico, se le dio la interpretación correspondiente para el reporte de resultados.

XII. RESULTADOS

El tratamiento estadístico incluyó la obtención de las frecuencias y/o porcentajes por cada una de las variables demográficas (edad, escolaridad, estado civil, etc.), la aplicación de la prueba "t" para conocer las posibles asociaciones entre las variables de estudio y los puntajes altos indicativos de sintomatología depresiva. Además de calcular las medidas de tendencia central (media, desviación estándar, grados de libertad y margen de error). Para lo cual se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS.V.10) .

Para empezar, cabe aclarar que la heterogeneidad de la muestra no permitió hacer mayor análisis estadístico, pues como fue recolectada por conveniencia no esta equilibrada en cuanto a algunas de las variables de estudio (género, por ejemplo). Para empezar el análisis se obtuvo la distribución por frecuencias y/o porcentajes de las variables de estudio en la muestra. Así tenemos, que la muestra incluyó 39 profesores de educación básica y media de diferentes centros educativos de la Ciudad de México la Gráfica 1 muestra la distribución de la muestra por Centro Educativo donde trabajaban los participantes.



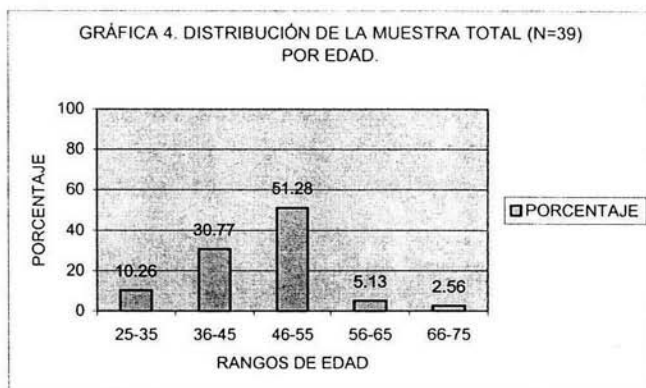
En lo que se refiere a la escolaridad de los participantes tenemos que un 17.9% son maestros normalistas, y un 82.1% tienen una licenciatura o postgrado (no normalistas) tal como lo muestra la Gráfica 2.



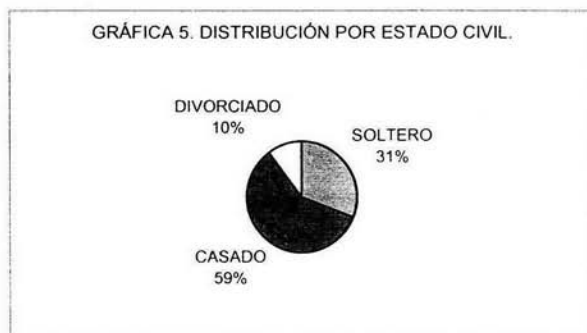
Se destaca que es el género femenino el que predomina tanto en número (87.2%) como en presentar el mayor índice de depresión (2.5%) , con respecto a los varones quienes representan el 12.8% de la muestra y registran la mitad de depresión (1.0%), ver Gráfica 3.



Por otro lado, en la muestra total de 39 profesores, el rango de edades fue entre los 25 y 75 años con un promedio de 45 años (ver Gráfica 4).



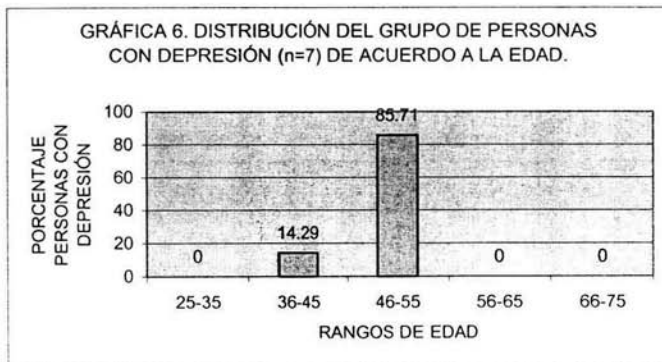
En cuanto al estado civil tenemos que el 59 % están casados, el 30.8% solteros y un 10.2% corresponde a la categoría de divorciados o separados (ver Gráfica 5).



En la segunda parte del análisis estadístico se buscó establecer las asociaciones posibles entre los puntajes altos de la prueba de Depresión y cada una de las variables de estudio mediante la prueba "t", se hizo entonces el análisis considerando al grupo de "deprimidos" que incluyó a siete profesores. Con respecto a esta asociación se

consideró un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5% , con 38 grados de libertad para determinar la significancia estadística de estas relaciones. Para empezar, tenemos que se encontró que en los 39 docentes, existe un 3.5% de prevalencia del síndrome de depresión , que corresponde a los individuos que presentan los puntajes mas elevados en general. Conforme a los indicadores de la Prueba que midió la depresión se tienen tres tipos de diagnóstico (depresión leve media, ansiedad y normal) así tenemos que en la muestra de profesores se obtuvo un 79.50% de personas con puntuaciones normales y el resto con algún grado de sintomatología depresiva.

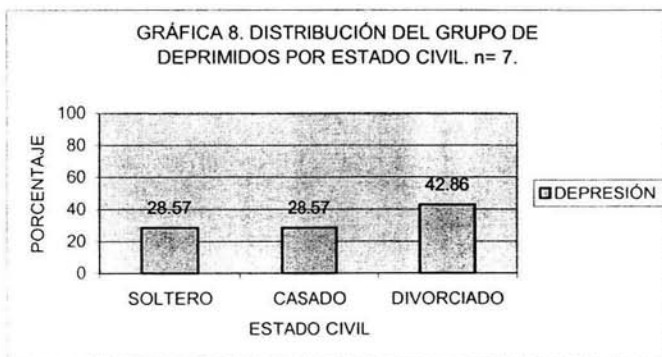
La primera relación explorada fue la de depresión y edad obteniendo un valor de "t" de 33.25 que a pesar de no ser estadísticamente significativo se observa que los puntajes que reflejan la sintomatología depresiva se agruparon claramente alrededor de los 45-50 años de edad (ver Gráfica 6).

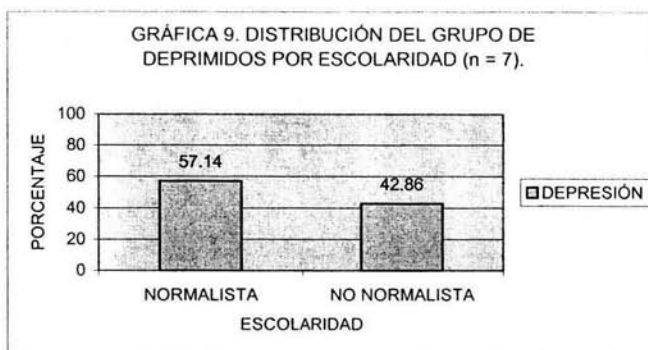


En cuanto a la relación entre género y depresión se obtuvo una "t" de 34.51 que no es significativa pero los puntajes altos que reflejan la sintomatología depresiva se presentan con casi tres veces más frecuencia en las mujeres que en los hombres (ver Gráfica 7).



Para la relación entre el estado civil y la depresión se obtuvo un valor de "t" de 18.23 que a pesar de no ser estadísticamente significativo se observa que los puntajes que reflejan la sintomatología depresiva se concentraron en su mayoría en los sujetos divorciados (42.86%), ver Gráfica 8.





Por último, para la relación entre depresión y escolaridad se obtuvo una "t" de 16.15 que no fue significativa estadísticamente y no parece ser un indicador para la distribución particular de los datos (ver Gráfica 9).

Como se mencionó al principio, el tamaño y características de la muestra limitaron las posibilidades de análisis estadístico.

XIII .CONCLUSIONES

A modo de conclusión general tenemos que, en cuanto a la presencia de depresión en la muestra de estudio, se encontraron datos epidemiológicos que coinciden con las investigaciones en el tema de la depresión. Se obtuvo una prevalencia de 3.5% y se conservó la relación de 2:1 entre mujeres y hombres que presentaron rasgos depresivos, entre otros. Así, los resultados obtenidos no sólo nos revelan la existencia de depresión en la muestra de personal docente estudiada, sino que ésta se comportó de manera típica en cuanto a la presencia del trastorno tal como se ha reportado en la literatura (DSM IV, 1998; Beck, 1970; Calderón,1998; Clark y Beck, 1994, Medina-Mora 2003).

Por otro lado, es importante destacar que se estudió a la depresión como consecuencia y no como causa de una cierta condición laboral, esto es, al estudiar la muestra de profesores y considerar sus particularidades como un grupo definido por su profesión o actividad, la depresión es uno de tantos trastornos afectivos que pueden verse asociados al desempeño de su trabajo y de ahí nuestro interés por estudiarlo. Es decir, se supuso desde un principio que, por las características de su trabajo, los profesores eran más propensos a padecer algún tipo de trastorno afectivo y se exploró la prevalencia de depresión en esta población, lo cual resultó relevante, puesto que nuestros resultados coinciden con algunos de los citados en la literatura revisada que estudió este tipo de población (Camarilla, 2002; Johnston y Moncrief, 1999; Turnipseed D. y Morre, J 1999). Con más detalle se observó la influencia de algunas de las

variables de estudio en la definición del grupo de "deprimidos," así tenemos que las personas del sexo femenino, de entre 45-55 años de edad, divorciadas y que trabajaban en escuelas a nivel secundaria, presentaron más rasgos depresivos. Lo anterior puede ser interpretado como una suma de condiciones o factores que pueden potenciarse y facilitar la presencia de depresión. La doble jornada femenina, la mayor edad que supone mayor antigüedad laboral y por tanto mayor desgaste, la falta de soporte familiar, aunados a las características de un trabajo docente mal remunerado poco reconocido y sin incentivos o posibilidades de progreso, pueden ayudarnos a explicar los resultados, de manera similar a lo encontrado por otros autores como Serramona et al. (2000).

Es curioso comentar, que existe comparativamente menos información acerca de la depresión en el personal docente que en cuanto a otro tipo de trastornos como el estrés o el síndrome de burnout, por lo cual el presente trabajo aporta un dato valioso en el estudio de la salud mental de este grupo de trabajadores sobre todo en nuestro país.

La preocupación por conocer el impacto del trabajo sobre la salud mental de los profesores tiene varias razones pues repercute no sólo en ellos, sino en los alumnos a su cargo. A nivel secundaria y preparatoria el profesor debe lidiar con la problemática típica de los adolescentes para poder además de informarlos, formarlos, debe ser capaz de retroalimentar su formación académica y personal y si se encuentra él mismo desmotivado y rebasado por su propia problemática personal, esta tarea se ve por lo menos reducida (PECE, 1993).

Si bien, nuestros resultados no resultaron estadísticamente significativos y no pueden ser generalizables, por el tamaño y tipo de muestreo, si se observaron, como se mencionó anteriormente, ciertas tendencias en la presencia de depresión que nos llevan a pensar en la necesidad de dar un soporte emocional al profesor para que le sea más fácil salir adelante con su labor. De ahí, sugerimos que sería conveniente fomentar las actividades de formación continua, pero no solamente encaminadas a una mejor preparación académica, sino dirigidas hacia las necesidades reales de los profesores como personas (talleres de desarrollo humano, comunicación efectiva, redes de apoyo entre pares, grupos terapéuticos, roleplaying, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación, de autoestima, de resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento, etc.). Contar con instancias escolares de ayuda para el profesorado en ejercicio, para tener una detección oportuna de cualquier problemática y/o tomar las soluciones efectivas.

Para terminar cabe aclarar que una limitante importante para la generalización de la información fue el tamaño reducido de la muestra y la distribución desigual de algunas de las variables, por lo cual se recomienda en estudios posteriores incrementar el tamaño de la muestra y equilibrar las variables de estudio.

De cualquier modo, los datos aportados por este trabajo representan un buen comienzo en el estudio de la salud mental en relación con el desempeño de un trabajo tan complejo y trascendente como es la docencia en nuestro país.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Abraham A. et alt (1986) El enseñante también es una persona Barcelona Gedisa.
- 2 .- Ackerknecht, E. H(1959) A short history of psychiatry, Hafner Publishing Co Londres.
- 3.- Ackernecht, E. H(1968) Short history of psychiatry, Hafner Press Nueva York
- 4.- Ahlberg AC, Ljungt, Rosmond R, McEwen B,HolmG, A Kesson HO, Bjorntorp P(2002) Oct 10 Depression and anxiety symptoms in relation to anthropometry and metabolismo in men, Psychiatry Res. 112(2): 101-10, PMID:12429356 PubMed-inprocess.
- 5.- Babakus, Emin; Cravens, Davidw., Johnston, Mark, Moncrief, William C. (1999). The rele of emotional exhaustion in sales force attitude and behavior relationships journal of the academy of Marketing Science. 27(1).
- 6.- Barbu, Z (1960) Problems of historical psychology. Glave Press. Nueva York
- 7.-Beni, C (1994) "Análisi de les malaties més frequents en eis docents", Crónica d'Ensenyament (DEGC),65.
- 8.- Beck, A. T(1967) Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects, Harper and Row publishers, Nueva York.
- 9.- Beck, A. T, 1970 "El espectro analítico" en Depresión, MEDCOM, Nueva York
- 10.- Bowra, C. M(1983) La Grecia Clásica. Ediciones Culturales Internacionales México.
- 11 .- Boyer , C. (1998) : Factores de Riesgo de la Salud de los Docentes . Trabajadores de la Enseñanza,195 .

- 12.- Brauning, R. 1985 The Greeks. Portland House. Nueva York
- 13.- Brody, D. S; Thopson, T. L. Larson D. B, Ford D.E, Katon W. J. y Magruder, k. M. (1995) Recognizing and managing depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 17
- 14.-Bronfenbrenner, U (1987) La ecología del desarrollo humano Barcelona Paidós
- 15.- Burguet, M. (1999). El educador como gestor de conflictos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- 16.-Calderón. N. G.(1998) Depresión , Edamex, México .
- 17.-Cámara Nacional de Comercio de la ciudad de México, (1981). Problemas en la circulación vial de la ciudad de México.
- 18.- Cameron, N, (1942) "the place of mania among the depressions from a biological standpoint", J.Psychol,14:181.
- 19.- Casson, L. (1989) Egipto antiguo. Time-Life. México.
- 20.- CIE 10. (1994) trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud, MEDITOR, Madrid.
- 21.- Clkark D. A, Beck, A. T. y Beck J. S.(1994) "Symptom differences in mayor depression, dysthimia, panic disorder and generalized anxiety disorder". Am J. Psychiatry 151.
- 22.- Cleghorn,R.A. Curtis, G. C, (1959) "Psychosomatic accompaniments of latent and manifest depressive affcts" Canad. Psychiat. Ass. J. Suppl, 4: S13.
- 23.- Coppen, A (1970) "Cuadro Clínico de la depresión", en Depresión, MEDCOM Nueva York.
- 24.- Costa, M. (2002). Una asignatura pendiente en el perfil y curricula de los profesionales: la competencia social. Ponencia presentada en las jornadas.
- 25.- De Groot, J.M, Rodin, G. y Olmsted M. P.(1995) Alexithymia, Depresión and

treatment outcome in bulimia nervosa. Compr. Psychiatry 183.

26.- Departamento del Distrito Federal.(1980) Plan de desarrollo Urbano Versión abreviada.

27.-Departamento del Distrito Federal (1980) . Comisión de vialidad, transporte urbano.

28.- DSM-IV (1998) Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. American Psychiatric Association, Masson, Barcelona

29.- Everett, G. M. , Toman, J. E. P, (1959) Mode of action of rauwolfia alkaloids and motor activity", en Masserman J. J. (dir) Biological Psychiatry vol. 1 Grune and Stratton Nueva York – Londres.

30.-Fernández Cruz ,M (1994) "Los ciclos de vida de la enseñanza" Cuadernos de pedagogía , 266.

31.- Frances, A. J,(1993) "An introduction to dysthymia "Psychiatric annals 23.

32.- Freud, S (1981) Obras Completas, tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid.

33.- Goldberg, R. J, (1995) Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. A. J. Med, 98.

34.- Herman S, Blumenthal JA, Babyak M, Khatri P,Craighead WE, Krishnan KR Doraiswamy PM. (2002) Exercise Therapy For depression in middle-age and older adults:predictors of early dropout and treatmentfailure.Health Psychol. Nov; 21(6):553-63 PMID: 12433007 Pubmed- inprocess.

35 .- Hadas, M. (1965) La Roma Imperial. Time- Life Books. Amsterdam.

36.- Hernández S. R, Fernández C. C, Baptista L. P (2002) Metodología de la investigación, Mc Graw Hill, México.

37.- Haslam, J. (1809) Observations on madnes and melancholy, 2a ed.J. Callow Londres.

- 38.- Hill, D, (1970) "La depresión en la historia", en depresión Medcom, Nueva York
- 39.- Kaltenthaler E, Shackley P, Stevens K, Beverley C, Parry G, Chilcott J. (2002) A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. *Health Technol Assess.*6(22): 1-100.PMID: 12433315 (PubMed-assupplied by publisher.)
- 40.- Kielholz, P, (1972) "Diagnostic aspects in the treatment of depression", en *Depressive Illness*, Hans Huber Publishers Basle.
- 41.- Klerman, G. L, (1979) "The age of Melancholy", *Psychology Today*.
- 42.- Klerman G. L, Weissman M. M.(1989): Increasing rates of depression. *JAMA*, 261
- 43- Klein, D. N, Salisbury, H, (1993) "Diagnosis and classification of dystymia". *Psychiatric Annals*. 23.
- 44.- Kline, N.(1964) "Practical management of depression" *JAMA* 190-723
- 45- Laboratorios Roche, (1981). *El sonido y la Psiquis*. México.
- 46.- Laín Entrango, P. (1972) *Historia Universal de la Medicina*. Salvat Editores. Barcelona.
- 47- Laina, L. M. y Aróstegui, J. (1983) *Griegos, origen y misterios* Uthea, México.
- 48.- Lee C, Czaarnecki W. Pronounced PR depression *Heart.*(2002) Dec; 88(6):638. No abstract available.PMID:12433900 PubMED- inprocess.
- 49.- Lipowski, Z. J.(1980) *Organic Mental Disorders: Introduction and Review of Syndromes*. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry / III* editado por Kaplan, H. Freedman, A. M. y Sadock, B. J. William and Wilkins, Baltimore.
- 50.- Luca De Tena, C; Rodríguez R. I; Sureda, (2001). *Programa de Habilidades sociales en la Enseñanza Secundaria Obligatoria, ¿Cómo puedo favorecer las habilidades sociales de mis alumnos?*. Málaga: Aljibe.

- 51.-Marazzini, D. et al,(1995) Headache, panic disorder and depression: Comorbidity or a spectrum? *Neuropsychobiology* 31.
- 52.- Medina M. María Elena, Guiherme borges, Lara M. Carmen, Benjet Corina, Blanco J. Jerónimo, Fleiz B. Clara, Villatoro V. Jorge, Rojas G. Estela, Zambrano R. Joaquín, Casanova R. Leticia, Aguilar G. Sergio(2003) Prevalencia De Trastornos Mentales Y Uso De Servicios: Resultados De La Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica en México.
- 53- Morel – Maroger, A,(1970) Los Síndromes depresivos, París.
- 54.-Poldinger, W, (1982) “ Primeros auxilios en las depresiones” *Información Geigy Psiquiatría- Neurología*, 7:_2.
- 55.-Psicología S. N, (2000) *Globus*, España núm.11 Agosto.
- 56.- Raingruber B, (2002) Client and provider perspectives regarding the stigma of and nomstigmatizing interventions for depression. *Arch Psychiatr Nurs*. Oct; 16(5): 201-7 PMID:12434325 PubMed-inprocess.
- 57.- Richardsen, Astrid M; Burke, Ronald J. y Mikkelsen, Aslaug. (1999). Job pressures organizational supportand health among Norwegian Women managers. *International Journal o Stress Management*, 6(3).
- 58- Roberts K, Cockerham TR, Waugh WJ. (2002). Aninnovative approach to managing depression: focus on Hedis standards. *Healthc Qual*. Nov-Dic; 24 (6) :11-7; quiz 17, 64. PMID : 12432857 Pub Med-inprocess .
- 59.- Rosenbaum, Mike (1999). Job Satisfaction: Pointto Consider. On line documento [www.Url.\(http://www.diamond" ge.Lc.ic.uk./msr/careers/page -4—html](http://www.diamond).
- 60.- Serramona . J,Noguera, J.I Vera, J,(2000) “Qué es ser un profesional docent. Salut laboral I malalties professionals deis professors”, *Butlleti del Col·legi Oficial de doctors I*

Llicenciats en filosofia i Lletres i en Ciències de Catalunya , 112.

61.- Solomon, P. y Path, V.D, (1976) Manual de psiquiatria el Manual Moderno, México.

62.- Sorenson, A y Stromgren, E,(1961) "Frecuency of depressive state within geographically delimited population groups" Acta Psychiat. Scand. Suppl., 162-62.

63.-Schilsdraut, J.J. (1970) "¿Una etiología bioquímica? En Depresión, Medcom, Nueva York.

64.- Subsecretaria de Mejoramiento del ambiente. S.S. A, (1981) Contaminación del aire, México.

65.- Turnipseed, D. y Morre, J. (1999). The emotional exhaustion and stress of health care professionals and exploratory study. University of Indiana On line (<http://www.sbaer.uca.edu/docs/proceedings II/97 wds515.txt>)

66.- Vandenberghe;R;Huberman, A.M.(1999). Understanding and Preventing Teacher Burnout: A sourcebook of international research and practice.Cambridge:University Press.

67 .- Wolpert,E.A (1980) Mayor Affective Disorders. An Comprehesive textbook of Pshychiatry/III, editado por Kaplan, H. Freedman, A. M. y Sadock, B. J. Williams and Wilkins Baltimore.

XV ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DEL DR. CALDERÓN NARVÁEZ.

ANEXO 2. FIGURAS:

- ❖ **Figura 1 . Diagrama De Flujo De La Toma De Decisión Para El Diagnóstico diferencial de los trastornos de estado de ánimo**

- ❖ **Figura 2 . Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial**

- ❖ **Figura 3 . Mecanismo bioquímico de la depresión en la sinapsis Serotoninérgica y Noradrenérgica .**

CUESTIONARIO CLINICO

para el DIAGNÓSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO

DR. GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

E. CIVIL _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

INSTITUCION _____ FECHA _____

	SI			
	NO	POCO	REGULAR	MUCHO
1.- ¿Se siente triste o afligido?				
2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3.- ¿Duerme mal de noche? *				
4.- ¿En la mañana se siente peor?				
5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.- ¿Le ha disminuido el apetito? *				
7.- ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.- ¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10.- ¿Siente palpitaciones?				
11.- ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12.- ¿Se siente cansado o decaído?				
13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15.- ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16.- ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17.- ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18.- ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19.- ¿Siente deseos de morir?				
20.- ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

(*) Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito

CALIFICACION

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) _____	X1=	
Preguntas contestadas en la 2a. columna (POCO) _____	X2=	
Preguntas contestadas en la 3a. columna (REGULAR) _____	X3=	
Preguntas contestadas en la 4a. columna (MUCHO) _____	X4=	
Total		

PUNTAJE EQUIVALENTE A:

20 a 35: NORMAL	36-39: REACCION DE ANSIEDAD	40-45: DEPRESION INCIPIENTE
46 a 65: DEPRESION MEDIA		66-80: DEPRESION SEVERA

Figura 1 . Diagrama De Flujo De La Toma De Decisión Para El Diagnóstico diferencial de los trastornos de estado de ánimo

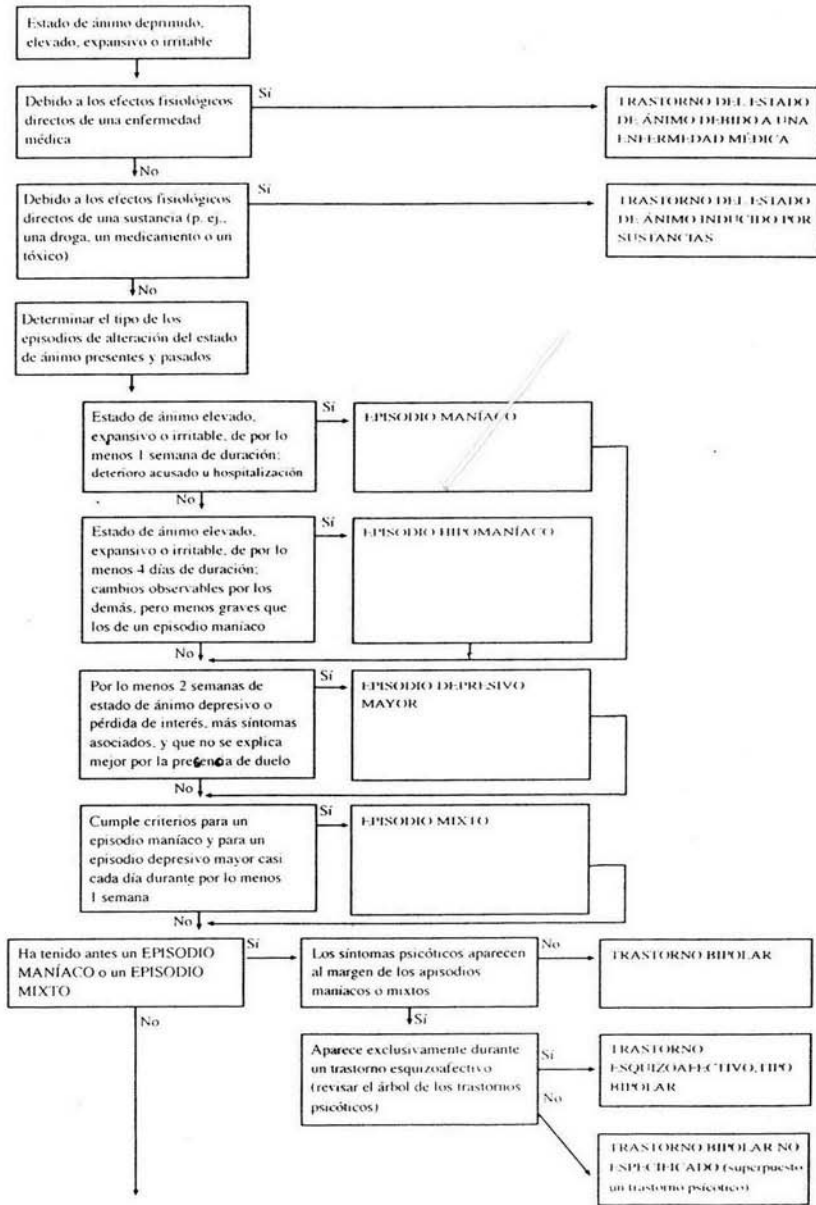


Figura 2 . Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial

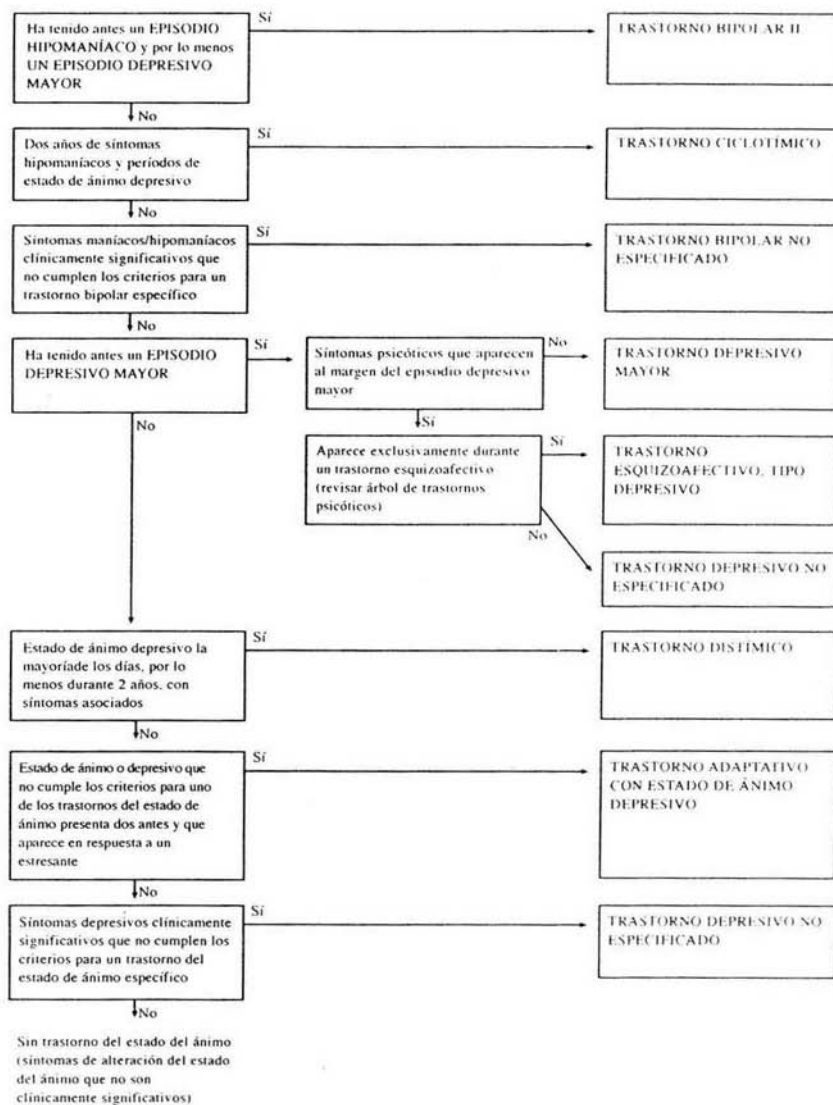


Figura 3 . Mecanismo bioquímico de la depresión en la sinapsis Serotonérgica y Noradrenérgica .

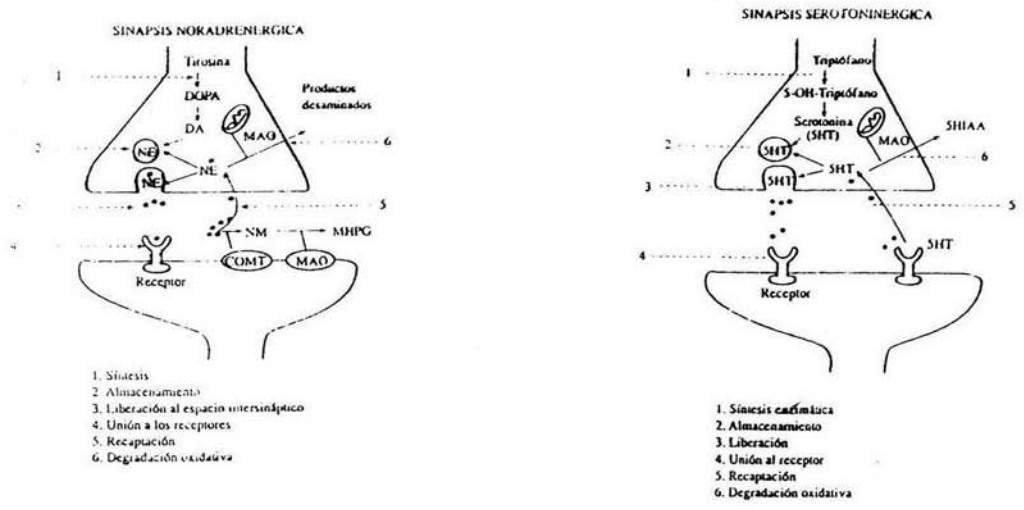


Tabla I
Defectos de neurotransmisión en la depresión

- Disminución de síntesis.
- Disminución de la liberación sináptica.
- Hipersensibilidad del autorreceptor presináptico.
- Hiposensibilidad del receptor posináptico.
- Excesiva recaptación presináptica.
- Actividad enzimática aumentada.