

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPRESION

ESTUDIO PROSPECTIVO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

USAC MAYO-JULIO 1984

GUILLERMO ARTURO HERRERA TARACENA

INDICE

INTRODUCCION	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
REVISION DE LITERATURA	7
- Generalidades	
- Síntomas de depresión	
- Elaciones y manías	
- Diagnóstico, clasificación y tratamiento	
MATERIAL Y METODOS	17
PRESENTACION DE RESULTADOS	19
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	35
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
RESUMEN	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
ANEXOS	57

INTRODUCCION

La depresión es un problema de actualidad que afecta a grupos diversos de la población (15-21) y dentro de los profesionales, dos de cada cien médicos mueren por suicidio en Inglaterra (5-18-21) mientras que en Guatemala el porcentaje de muertes por suicidio entre médicos es del cinco por ciento (20).

El objetivo primordial del presente estudio es el del conocimiento de la frecuencia con la cual la depresión afecta a los estudiantes de la carrera de medicina en la USAC, dentro de cada año, correlacionándose también el estado depresivo con la personalidad de los mismos.

Se aplicó, para ello, a una muestra de 361 estudiantes el test de William Zung, para la medición de la depresión y al grupo depresivo, identificado de esta manera junto a un grupo control, se les administró el M.M.P.I. o inventario multifásico de la personalidad; resultados que se comparan y analizan en el transcurso de este trabajo.

Por ser existencial, es difícil considerar a alguna persona exenta de sintomatología depresiva alguna vez en su vida, por lo que el estudio y comprensión de este tópico es de suma importancia tanto para la población en general como para el médico que se forma dentro de las aulas de la facultad de medicina.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La depresión se ha indicado como uno de los estados psicobiológicos más comunes, conocida desde hace más de dos mil años como se evidencia con las primeras descripciones de Hipócrates (8) y podemos decir que hay muy pocas personas que no han experimentado desesperanza o desánimo alguna vez en sus vidas (11).

No hay acuerdo al momento al respecto de una definición de la depresión ya que muchos factores etiológicos se ven en ella envueltos - genéticos, bioquímicos, psicodinámicos y socioambientales - y estos factores interactúan en cada persona de diferentes y complejas formas.

Tanto desequilibrios psíquicos como biológicos se encuentran en la mayoría de estados depresivos por lo que se le considera un desorden psicobiológico y esto enmarca y resume aquellos factores y definiciones que de ella se han dado (4-13-15).

El término depresión tiene diferentes significados; para el eurofisiólogo es la disminución en la actividad electrofisiológica de un órgano o sistema dado; para el farmacólogo se refiere a las acciones de las drogas que deprimen la actividad de órganos y sistemas. El Psicólogo la clasifica como la disminución en el desarrollo óptimo, tales como enlentecimiento de la actividad psicomotora o la reducción en las funciones intelectuales, mientras que ella, para el Psiquiatra clínico, cubre una amplia variedad de cambios en el estado afectivo que varían en severidad desde las fluctuaciones normales en la forma de ser de la persona en cada día, hasta los episodios severos de melancolía psicótica relacionada con mecanismos psicodinámicos de pérdida y tristeza (4-13-15-21).

Se pretende aportar con este estudio conocimientos acerca de un problema que está presente dentro de la población en general y creemos que muy en especial en los médicos. En la tesis del Dr. José M. Pérez, sobre "Mortalidad en Profesionales Universitarios" publicada en marzo de 1981 se encontró que del total de 417 profesionales muertos en el periodo de 1960-79, el 2.5% se suicidaron siendo este porcentaje del 5% para los médicos, con lo que el suicidio se constituyó en la tercera causa de mortalidad en esta profesión (20).

En investigaciones poblacionales en lugares aislados como las islas Danesas, el 5% de los varones y el 9% de las mujeres llegarán a padecer de síntomas depresivos. En estudios epidemiológicos en Estados Unidos de N.A. Escandinavia y el Reino Unido, el 15-30% de los adultos en general experimentarán episodios depresivos de moderada intensidad, por lo general, y de ellos tan sólo del 10-25% buscará ayuda profesional (1-21).

La depresión constituye el 12% de las admisiones médicas en general en el New England center hospital y un 50% de las admisiones psiquiátricas. En Guatemala en un estudio realizado dentro de la medicina del hospital Roosevelt, se encontró que el 21% de los pacientes hospitalizados y el 55% de los de consulta externa, presentaban sintomatología depresiva (1-2).

La depresión es en gran medida un problema existencial en donde las presiones de la vida diaria, sociales, familiares, económicas de trabajo, etc. y las tensiones, juegan un papel importante, por lo menos en su desencadenamiento (15) y suponemos que el estudiante de medicina no está libre de ellas, aumentando sus presiones a medida que aumentan sus obligaciones y responsabilidades conforme la carrera avanza hasta llegar a su culminación.

Esta investigación determinará la frecuencia con la que los estudiantes de medicina presentan sintomatología depresiva

dentro de los diversos años de la carrera y si existen diferencias, en cuanto a frecuencia, en estos años de estudio.

Es la depresión un problema de actualidad cuya incidencia ha venido en aumento en nuestras sociedades modernas en donde las libertades individuales se han visto restringidas cada vez más (11).

REVISION DE LITERATURA

En la actualidad en los países desarrollados un número creciente de personas con síntomas depresivos ha buscado la atención psiquiátrica gracias a la divulgación y aumento de la confianza de la población en estos servicios. Aún así, se estima que tan sólo uno de cada cuatro casos de depresión consultan (15-16).

La depresión es el prototipo de enfermedad biopsicosocial - con síntomas característicos vegetativos y cambios psicológicos, siendo difícil el distinguir entre la forma de ser o estado de ánimo normal y la forma clínica psicopatológica, ya que sentimientos de desaprobación, abatimiento, frustración, son parte de nuestra condición humana, y los familiares y amigos tienden a minimizar las dificultades del paciente. Encontramos así estados depresivos que no se manifiestan bajo los síntomas clásicos y se constituyen en un verdadero problema diagnóstico y no como en la depresión manifiesta, la cual es fácil de reconocer en nuestros días en virtud de su intensidad, persistencia e interferencia con el funcionamiento psicológico y social (4-11-14-15-21).

Hay lineamientos básicos que podemos encontrar en los estados depresivos, además de los cambios en el estado de ánimo, y son (15-21):

- 1.- Alteraciones en el funcionamiento corporal del tipo de cambios en el sueño, apetito, interés sexual y actividad en el sistema nervioso autónomo y funciones gastro-intestinales.
- 2.- Reducción en el deseo y habilidades para desenvolverse socialmente con la familia, en el trabajo, matrimonio, escuela, etc.

3.- Pensamiento o actos suicidas.

4.- Disturbios en la interpretación de la realidad.

Etiología de la depresión:

En ausencia de mecanismos bioquímicos, neurofisiológicos o psicodinámicos establecidos que expliquen la etiología de la depresión, las decisiones terapéuticas continúan siendo basadas en criterios clínicos y los estudios continúan para definir con certeza los procesos implicados en los estados depresivos (15).

La posibilidad de un factor genético en la etiología ha sido investigada mediante cuatro técnicas:

1.- Estudios familiares en los cuales la frecuencia de desórdenes afectivos, particularmente enfermedad manía co-depresiva, se incrementan en los parientes de los pacientes diagnosticados, siendo la prevalencia del 10-25% entre los del primer grado de consanguinidad.

2.- Estudios en gemelos que muestran una concordancia para psicosis maníaco-depresivas del 68% para gemelos monozigóticos y del 23% para los dizigóticos.

3.- Estudios de herencia utilizando marcadores genéticos.

Por lo anterior, vemos que existe una buena evidencia de la existencia de factores genéticos en los trastornos afectivos.

Otros factores biológicos implicados, además de los genéticos, son disturbios electrolíticos, especialmente del sodio y potasio, alteraciones neurofisiológicas en base a hallazgos utilizando electroencefalografía y potenciales evocados; disfunciones y

falta de regulación de la actividad del sistema nervioso autónomo; anomalías neuroendocrinas incluyendo hipotálamicas, de la pituitaria, corteza adrenal, tiroides y cambios gonadales; y alteraciones neuroquímicas, especialmente en las aminas biogénicas que sirven como neurotransmisores (norepinefrina, serotonina, dopamina, acetilcolina) (15).

Existe una fuerte correlación entre las presiones de la vida y una existencia llena de tensiones con la depresión, por lo menos en su precipitación, siendo la muerte y las pérdidas recientes las que se relacionan más frecuentemente con ella. (15).

Con respecto a la personalidad y los factores psicodinámicos podemos decir que todos los humanos, con el patrón de personalidad que sea, pueden y llegan a experimentar depresión bajo las circunstancias apropiadas, mientras que ciertos tipos de personalidad - la dependiente oral, la obsesiva-compulsiva y la histerica - estarán en un riesgo mayor de depresión que los antisociales, paranoides y ciertos otros tipos que utilizan la proyección y otros mecanismos de externalización como defensa (15).

Síntomas de depresión:

Los pacientes con depresión usualmente experimentan uno o más síntomas emocionales, cognoscitivos, sociales y/o fisiológicos de los cuales consideraremos los principales (3-10-13-15-21):

1.- Humor depresivo, reportado en un 90% de los pacientes.

2.- Incapacidad para experimentar placer en actividades que previamente eran gratificantes.

3.- Cambios en el apetito, usualmente pérdida de peso (70-80%).

- 4.- Disturbios en el sueño; insomnio (80-90%).
- 5.- Pérdida de energía, letargia, anergia.
- 6.- Enlentecimiento en el lenguaje, pensamiento y movimiento.
- 7.- Agitación.
- 8.- Reducción en el interés sexual.
- 9.- Pérdida de interés en el trabajo y actividades sociales.
- 10.- Sentimientos de lástima, culpa y reproche personal.
- 11.- Disminución en la habilidad de pensar y concentrarse.
- 12.- Pobre autoestima.
- 13.- Sentimientos de desamparo.
- 14.- Pesimismo y desesperanza.
- 15.- Pensamiento o actos suicidas.
- 16.- Ansiedad.
- 17.- Quejas físicas como dolores de cabeza.

La mayoría de estados depresivos son autolimitados y los episodios agudos tienen un buen pronóstico aún sin una terapéutica específica. Con la terapéutica corriente de un 70-85% de los pacientes presentan de una marcada a completa remisión de los episodios agudos.

Mediante los cambios actuales en los criterios diagnósticos, sobre todo para los casos moderados, y el uso más generalizado - de los psicofármacos, la duración del estado agudo se ha reducido a semanas en lugar del promedio de ocho meses reportado en estudios previos a estos avances. Hay sin embargo un 15% de pacientes que presentan un curso crónico y que no retornan a los niveles previos de funcionamiento social, aumentando este fenómeno con la edad y de un 40-50% de los pacientes, presentan una o más recurrencias, lo que se ha reducido manteniendo el tratamiento con los antidepresivos tricíclicos o con lithium (10-15-23).

Con el suicidio, de un 29-35% de pacientes depresivos llegan al mismo y de ellos, de un 40-87% estuvieron bajo el cuidado de un médico en el año precedente. El suicidio es más común sobre los 45 años en los hombres, divorciados o en otra forma solos, alcohólicos y que han experimentado una sensible pérdida reciente. Debemos de recordar que muchos de ellos consultan al médico o a los hospitales generales en la esperanza de que la somatización de su sintomatología pudiese ser interpretada y tratada adecuadamente (5-15-18-21-22-23).

Elaciones y manías:

Manía es el término más ampliamente utilizado sin embargo se recomienda el de elación por el amplio espectro de elevación del estado del ánimo desde los procesos normales de alegría, gozo, placer, hasta los extremos de manía delirante en los que el paciente se encuentra marcadamente excitado, hostil, agresivo, paranoido y desilucionado.

El paciente maníaco usualmente presenta ilusiones de grandeza, pobre juicio y otras manifestaciones de su falta de interpretación de la realidad. Dentro de los pacientes con enfermedad

maníaco-depresiva recurrente (bipolar), sólo un 20% tienen episodios de manía o historia de la misma (11-15-21).

Diagnóstico, clasificación y tratamiento:

Durante los últimos cincuenta años y particularmente en los últimos veinte años, innumerables y diferentes clasificaciones sobre depresión se han dado y es claro que no hay un consenso de opinión en cuanto a cómo debería de ser clasificada. Hay ya bastante escrito al respecto y el lector podrá consultar los textos que en las referencias se detallan (4-6-10-11-14-24).

Para este caso y por ser a mi juicio la más completa, se toma la clasificación del Consejo de Asesoría Clínica de los Estados Unidos de N. A., publicada en 1980 (gráfica # 1) (6-10-11-24).

El diagnóstico de depresión se hace basado en criterios clínicos dentro de los resultados de la historia clínica y la entrevista. Existen también pruebas de laboratorio que pueden ayudar al dx., siendo las más utilizadas las de supresión de la dexametasona (DST) y la de la hormona liberadora de tirotropina (TRH) (gráfica # 1). La DST identificará a un 50% de los pacientes en quienes se sospeche clínicamente como padeciendo de depresión unipolar y los resultados falso-positivos son extremadamente raros y si se utilizan ambas pruebas (DST-TRH) el criterio dx. se afina. Existen otras pruebas de laboratorio como la prueba de la insulina, pero están aún en estudio y su confiabilidad es limitada. Los avances en el dx. descriptivo de la depresión han llevado a la separación de tres formas claramente definidas:

1.- Mayor o primaria, que se constituye en una enfermedad médica.

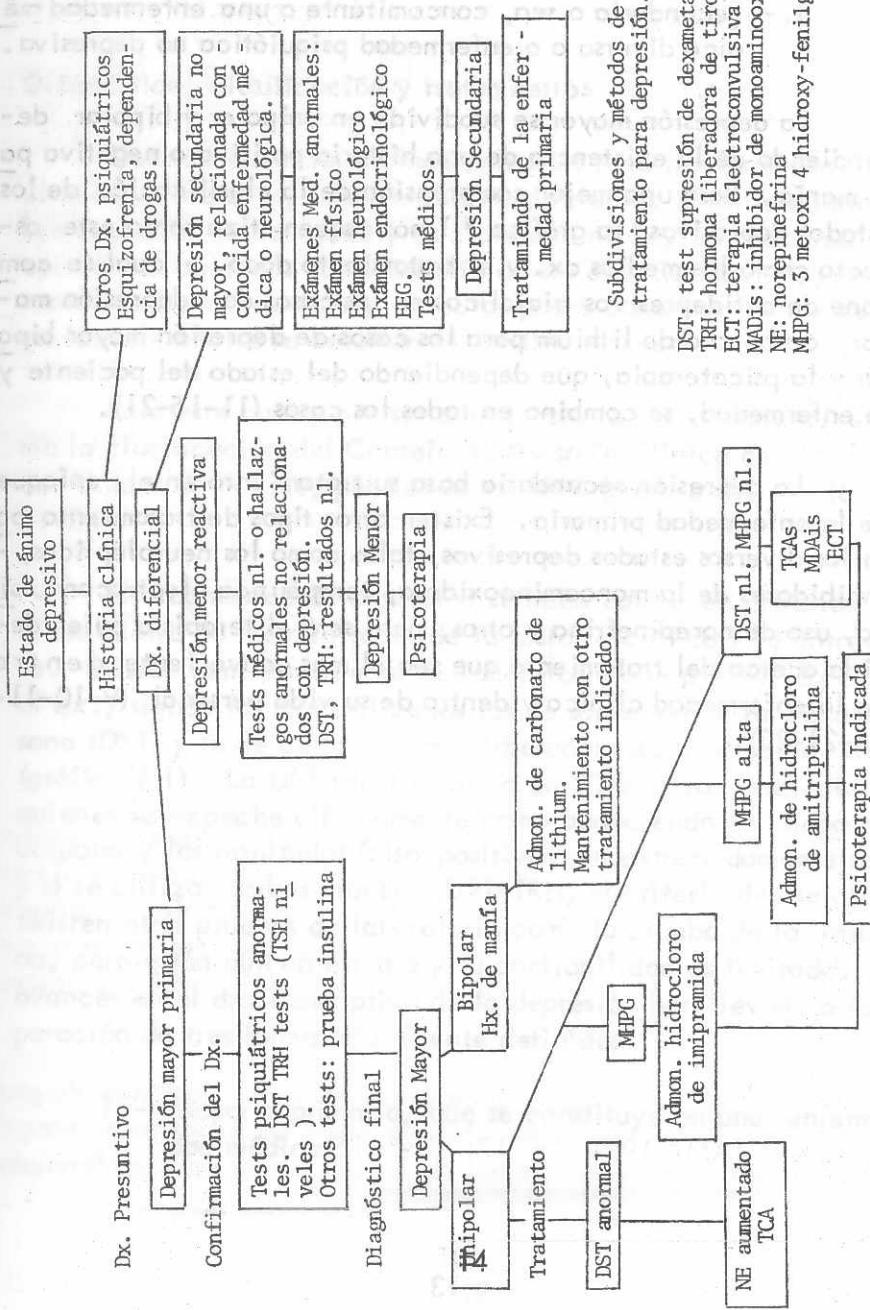
- 2.- Menor o forma transitoria en el estado de ánimo

3.- Secundaria o sea, concomitante a una enfermedad médica diversa o a enfermedad psiquiátrica no depresiva.

La depresión mayor se subdivide en unipolar y bipolar dependiendo de la existencia de una historia positiva o negativa para manía. Para una mejor comprensión de la clasificación de los estados depresivos, la gráfica # 1 nos esquematiza tanto este aspecto como los medios dx. y el tratamiento dado, el cual se compone de antidepresivos tricíclicos en los casos de depresión mayor; carbonato de lithium para los casos de depresión mayor bipolar y la psicoterapia, que dependiendo del estado del paciente y la enfermedad, se combina en todos los casos (11-15-21).

La depresión secundaria basa su tratamiento en el enfoque de la enfermedad primaria. Existen otros tipos de tratamiento para los diversos estados depresivos, tales como los neurolépticos, - inhibidores de la monoaminoxidasa, terapéutica electroconvulsiva, uso de norepinefrina y otros, pero será el terapista quien decida acerca del tratamiento que sea el más conveniente dentro de la enfermedad clínica y dentro de su vida personal (9-10-11-15-21-23).

GRAFICA No. 1

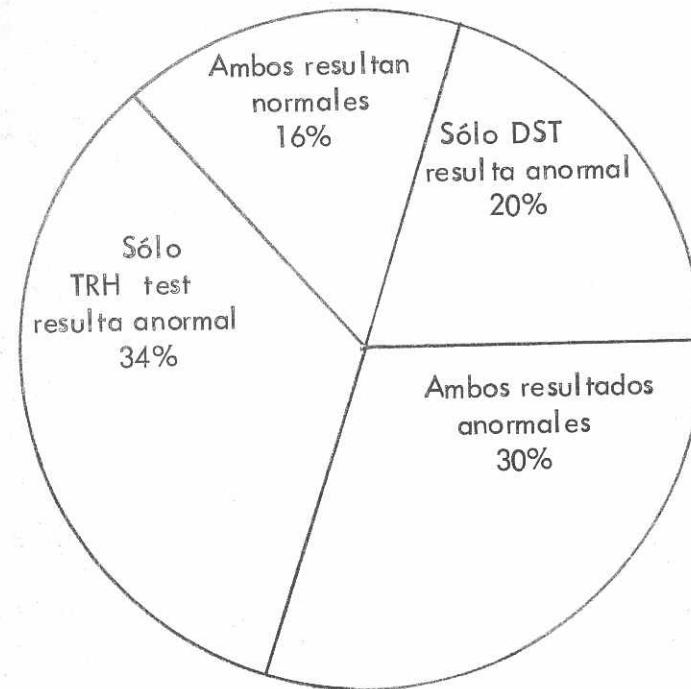


Fuente: JAMA 1981 Apr 17; 245 (15).

GRAFICA No. 2

PRUEBAS BIOLOGICAS UTILIZADAS EN EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION

TEST DE HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA/ TEST SUPRESION DE DEXAMETASONA EN DEPRESION UNIPOLAR



Fuente: JAMA 1981 Apr 17; 245 (15)

MATERIAL Y METODOS

El estudio se efectúa en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, abarcando cada uno de los grados de la misma y tomando una muestra estratificada, proporcional a cada año y aleatoria de la siguiente manera:

Primer año:	de 1384,	140 estudiantes seleccionados.
Segundo año:	de 629,	64 estudiantes.
Tercer año:	de 422,	43 estudiantes.
Cuarto año:	de 489,	40 estudiantes.
Quinto año:	de 356,	36 estudiantes.
Sexto año:	de 381,	38 estudiantes.

para un total de 361 estudiantes de los 3561 inscritos para el ciclo lectivo de 1984. La muestra así obtenida se dividió en dos grupos incluyendo el primero a los tres años iniciales y el segundo a los tres últimos, tomándose en cuenta la edad, sexo, año en curso y a cada estudiante se le pedirá que conteste el cuestionario de William Zung o escala de autoevaluación de la depresión, cuyo propósito es el de valorarla como un trastorno, midiendo la intensidad pero sin tomar en cuenta el término dx. utilizado o sea, los resultados dados con el test no son en sí diagnósticos, pero indican la presencia de sintomatología depresiva que pueda tener significación clínica (2-25).

La escala de autoevaluación de la depresión (SDS) se compone de veinte parámetros que se relacionan cada uno con una característica específica de la depresión, dándonos la calificación de las preguntas en lo individual el signo o síntoma que el pte. manifiesta mientras que la calificación en conjunto nos dice en qué área el paciente tiene problemas (anexo # 1). El punteo bruto obtenido se convierte a índice SDS (anexo # 1), con lo cual

podemos interpretar los resultados a saber:

- Punteo menor a 50: en límites normales.
- Punteo de 50-59: depresión mínima a ligera.
- Punteo de 60-69: depresión moderada a marcada.
- Punteo de 70 o más: depresión de severa a extrema.

Posteriormente con estos datos se toman aquellos con punteo para depresión para aplicarles, junto a un grupo control, el MMPI o inventario multifásico de la personalidad (7-16-19) para trazar así el perfil de personalidad de cada estudiante y, a través de las escalas clínicas que con el MMPI se estudian, correlacionar personalidad y depresión para determinar si existen diferencias significativas entre estudiantes deprimidos y los no deprimidos.

El grupo control se escogió aplicando también muestreo aleatorio y estratificado, con un número correspondiente a la población deprimida para así establecer una mayor confiabilidad en la investigación.

El tratamiento estadístico que a los datos se da es descriptivo, mediante medidas de tendencia central y dispersión aplicándose, para determinación de variaciones significativas, Chi cuadrado para las proporciones de depresivos por año y agrupados, y la T de Students para diferencia entre medias en el caso de los valores de las escalas.

CUADRO No. 1 A

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJE POR AÑO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CON Y SIN DEPRESION
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

AÑO	1°		2°		3°		4°		5°		6°		TOTAL	
	GRUPO	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
CON DEPRESION	29	21	12	19	11	26	11	28	10	28	12	32	85	24
SIN DEPRESION	111	79	52	81	32	14	29	72	26	72	26	68	276	76
TOTAL	140	100	64	100	43	100	40	100	36	100	38	100	361	100

FUENTE: Resultados test de Zung

CUADRO No. 2 A

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJES POR AÑO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE SEXO FEMENINO CON Y SIN DEPRESION

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC

MAYO - JULIO 1984

CUADRO No. 1 B

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJE POR GRUPO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CON Y SIN DEPRESION
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

AÑO	A		B		TOTAL	
GRUPO	#	%	#	%	#	%
CON DEPRESION	52	21	33	29	85	24
SIN DEPRESION	195	79	81	71	276	76
TOTAL	247	100	114	100	361	100

$$\chi^2 = 2.7 < 3.84$$

FUENTE: Resultados del test de Zung.

AÑO	1		2		3		4		5		6		TOTAL	
GRUPO	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
CON DEPRESION	14	30	7	22	7	47	5	38	5	45	4	36	42	33
SIN DEPRESION	33	70	25	78	8	53	8	62	6	55	7	64	87	67
TOTAL	47	100	32	100	15	100	13	100	11	100	11	100	129	100

FUENTE: Resultados test de Zung

CUADRO No. 2 B

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJES POR GRUPO DE LAS ESTUDIANTES DE MEDICINA CON Y SIN DEPRESION
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

AÑO	A		B		TOTAL	
GRUPO	#	%	#	%	#	%
CON DEPRESION	28	30	14	40	42	33
SIN DEPRESION	66	70	21	60	87	67
TOTAL	94	100	35	100	129	100

$$\chi^2 = 1.21 < 3.84$$

FUENTE: Resultados Test de Zung

CUADRO No. 3 A

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJES POR AÑO DE ESTUDIANTES DE SEXO MASCULINO CON Y SIN DEPRESION
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

AÑO	1°		2°		3°		4°		5°		6°		TOTAL	
GRUPO	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
CON DEPRESION	15	16	5	16	4	14	6	22	5	20	8	30	43	14
SIN DEPRESION	78	84	27	84	24	86	21	78	20	80	19	70	189	81
TOTAL	93	100	32	100	28	100	27	100	25	100	27	100	232	100

FUENTE: Resultados Test de Zung

CUADRO No. 3 B

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJES POR GRUPO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE SEXO MASCULINO CON Y SIN DEPRESION
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
 MAYO - JULIO 1984

AÑO	A		B		TOTAL		
	GRUPO	#	%	#	%	#	%
CON DEPRESION	24	16	19	33	43	19	
SIN DEPRESION	129	84	60	67	189	81	
TOTAL	153	100	79	100	232	100	

$$\chi^2 = 2.41 < 3.48$$

FUENTE: Resultados test de Zung

CUADRO No. 4

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJES POR SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CON Y SIN DEPRESION
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
 MAYO - JULIO 1984

SEXO	M		F		TOTAL		
	GRUPO	#	%	#	%	#	%
CON DEPRESION	43	19		42	33	85	24
SIN DEPRESION	189	81		87	67	276	76
TOTAL	232	100		129	100	361	100

$$\chi^2 = 9.05 > 3.48$$

FUENTE: Test de Zung

CUADRO No. 5

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJES POR SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CON Y SIN DEPRESION
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

AÑO	A		B		TOTAL		SEXO	GRUPO	CON		SIN		DEPRESION		
	F	M	F	M	#	%			DEPRESION	SIN	DEPRESION	SIN	DEPRESION	SIN	
CON DEPRESION	24	28	19	14	85	24									
SIN DEPRESION	129	66	60	21	276	76									
TOTAL	153	94	79	35	361	100									

$$\chi^2 = 12.55 > 7.81$$

CUADRO No. 6

NUMEROS TOTALES Y PORCENTAJES POR AÑO Y SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CON Y SIN DEPRESION
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

AÑO	1	2	3	4	5	6	TOTAL							
GRUPO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
CON DEPRESION	15	14	5	7	4	7	6	5	5	5	8	4	43	42
SIN DEPRESION	78	33	27	25	24	8	21	8	20	6	19	7	189	87
TOTAL	93	47	32	32	28	15	27	13	25	11	27	11	232	129
	140	64	43	5	40	36	38	14	36	11	40	10	361	187
χ^2	3.85	1.16	5.79	1.63	3.1	1.49	1.01	0.5	1.2	0.5	1.5	0.5	187	129

FUENTE: Resultados Test de Zung.

CUADRO N° 8

CUADRO N°. 8

EDAD PROMEDIO Y VALOR MEDIO DEL INDICE SDS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA CON DEPRESION
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES CON DEPRESION POR SEXO,
PUNTUACION SDS Y PORCENTAJE
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO - JULIO 1984

	MINIMA A LIGERA		MODERADA A MARCADA		EXTREMA A SEVERA	
GRUPO	50-59	%	60-69	%	70-79	%
MASCULINO	36	84	6	14	1	2
FEMENINO	33	79	7	17	2	5
TOTAL	69	81	13	15	3	4

FUENTE: Resultados del Test de Zung.

FUENTE: Resultados test de Zung.

GRUPO	EDAD		SDS	
	X	SD	X	SD
HOMBRES	21.7	2.76	55.3	5.6
MUJERES	21.4	2.2	55.35	6.4
T. STUDENT	-0.52		0.25	

PUNTUACION OBTENIDA POR ESTUDIANTES	DE MEDICINA DE SEXO MASCULINO	DEPREDIMIDOS Y NO DEPREDIMIDOS EN LAS
-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

ESCALAS DEL MMPI
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC
MAYO-1984

Eventos Documentados - 2001

PUNTUACION OBTENIDA POR ESTUDIANTES DE MEDICINA DE SEXO FEMENINO, DEPRIMIDOS Y NO
DEPRIMIDOS EN LAS ESCALAS DEL MMPI

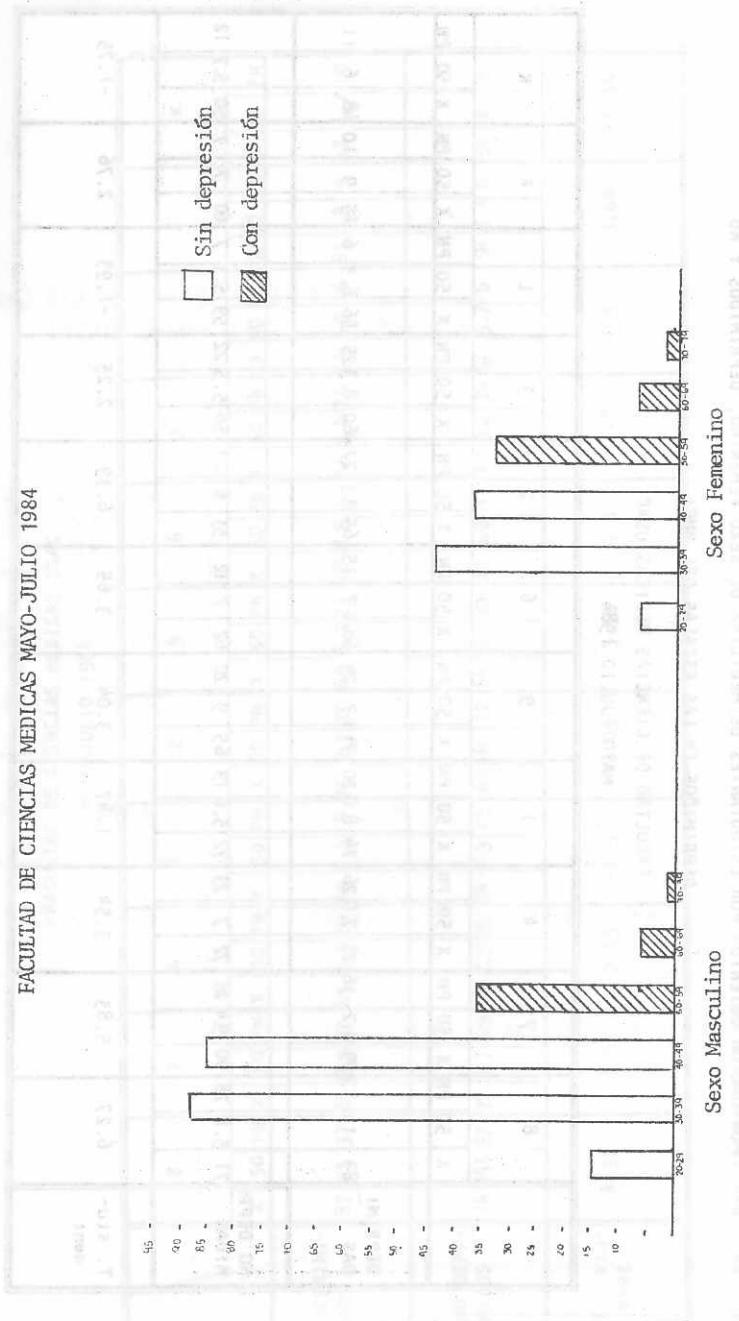
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC

	8	7	4	1	9	6	2	3	L	F	K
	X 50 PN										
DEPRIMI- DAS	83	11	37	79	8.2	36	78	7.8	26	74	8.8
MIDAS	71	5.8	28	70	9.4	28	72	7	23	72	5.6
NO DEPRI- MIDAS											
T. stu- dent	6.27	5.83	3.54	1.47	3.04	3.65	6.39	2.25	-1.93	2.76	-1.75

卷之三

GRAFICA No 3

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS PARA LOS SEXOS FEMENINO

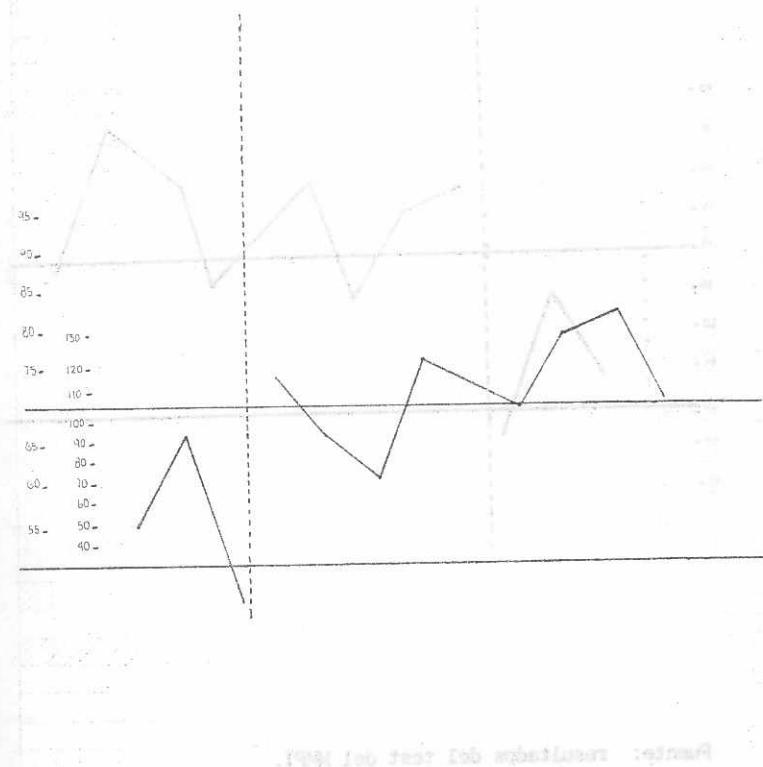
Y MASCULINO POR PUNTUACION SDS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS MAYO-JULIO 1984

Fuente: test de Zung.

PERFIL DE PERSONALIDAD PARA LA POBLACION FEMENINA CON DEPRESION
SEGUN MMPI

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MAYO-JULIO 1984



Fuente: resultados del test del MMPI.

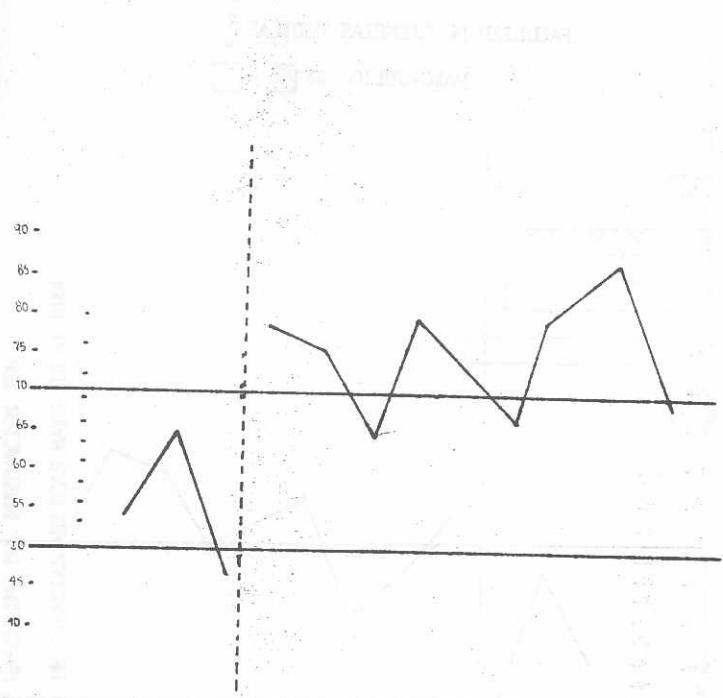
GRAFICA No 5

PERFIL DE PERSONALIDAD PARA LA POBLACIÓN MASCULINA CON DEPRESIÓN

SEGUN MMPI

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAYO-JULIO 1984



Fuente: resultados del test del MMPI.

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Antes de iniciar el análisis y discusión de los resultados es importante considerar ciertos aspectos referentes a la muestra y a los instrumentos utilizados.

El grupo de estudio fue seleccionado mediante muestreo aleatorio (tabla de números aleatorios), estratificado (muestra proporcional en cada año) para así obtener 361 estudiantes del total de 3561 inscritos en la facultad de Ciencias Médicas.

Los instrumentos empleados son pruebas psicométricas como el test de Zung para la depresión y el MMPI o inventario multifásico de la personalidad, forma abreviada, estandarizada para Centro América por el Hospital Nacional Psiquiátrico de San José de Costa Rica y la Universidad Nacional de Costa Rica y utilizado en nuestro medio por la facultad de psicología de la Universidad Rafael Landívar. Se prefirió el mismo en vista a su fácil y rápida aplicación, bajo costo y confiabilidad ya que es conocido que en la valoración de las escalas individuales como perfiles, no hay diferencias significativas con el MMPI convencional que conocemos (7-17-19).

Mediante la aplicación del test de Zung fueron detectados 85 estudiantes con puntuaciones para depresión y a ellos se les administró el MMPI habiéndose tenido que descartar las pruebas de 11 estudiantes ya que la confiabilidad de las mismas era dudosa - en vista a la elevación en las escalas L y F mayor o igual a 10 y 16 puntos en la escala natural respectivamente y con un índice F-K de Gough mayor o igual a 9, consistente con distorsión del MMPI.

Asimismo, se tomó un grupo control de 74 estudiantes, siempre estratificado y aleatorio, en base a puntuaciones no depresivas en

el test de Zung, habiéndoseles pasado el MMPI cuyo resultado fue comparado con el grupo depresivo para la determinación de la existencia o no de diferencias significativas en cuanto a las escalas en lo individual como en el perfil.

Debo hacer mención también que en el MMPI forma abreviada se omiten las escalas "0" de extroversión-introversión, ya que la misma se basa en las respuestas en blanco lo cual no es permisible en el MMPI abreviado que para su correcta aplicación necesita de que todas las interrogantes planteadas sean contestadas.

Tampoco se incluye la escala 5 o M-F, debido a que se ha encontrado que poblaciones en México y Costa Rica han presentado puntuos altos sin que ello haya podido representar una interpretación valedera (7-11-19) lo que la hace poco confiable.

Al analizar los tres primeros cuadros en donde se representan el número de deprimidos y porcentaje para los totales como para sexo masculino y femenino, se encontró que de los 361 estudiantes investigados el 24% presentan depresión según las puntuaciones en el test de Zung, siendo el porcentaje del 21% al agrupar los tres primeros años en "A" y del orden del 29% para los tres últimos agrupados en "B" y aplicando χ^2 con un ∞ de 0.05 estas proporciones son no significativas, tanto para la variación por año como para los valores agrupados ($\chi^2 = 2.7 < 3.84$).

En cuanto al sexo femenino (cuadro 2) el 33% del total de 129 estudiadas se encontraron deprimidas con un 30% para los datos en "A" y 40% para los datos en "B" y un χ^2 que indica que estas proporciones son no significativas, siempre en lo individual y con valores agrupados ($\chi^2 = 1.21 < 3.48$).

En lo que respecta a los varones (cuadro 3) el 19% del total de 232 puntuaron para depresión siendo el porcentaje del 16%

para "A" y del 33% para "B"; datos no significativos en lo individual y agrupados con una χ^2 de 2.41.

Los cuadros 4-5-6 nos muestran las relaciones en la comparación entre sexos, en donde existe diferencia significativa ($\chi^2 = 9.05 > 3.48$) entre hombres y mujeres en lo que respecta a proporciones, manteniéndose esta diferencia en la comparación de los grupos A y B (cuadro 5) con una χ^2 de 12.55 > 7.81.

En el análisis individual por años (cuadro 6) esta diferencia de proporciones se encuentra a nivel del primero y tercer año con χ^2 de 3.85 y 5.97 respectivamente.

Haciendo una relación de estos seis primeros cuadros, vemos como la depresión en la población estudiada es un valor más o menos constante sin diferencias significativas entre los diversos años de la carrera, así como considerando a los sexos en lo individual; sin embargo al comparar ambos sexos si existen diferencias significativas tanto para los valores totales como para los agrupados en A y B, lo que indica que las mujeres deprimidas ocupan un mayor porcentaje en el total de población investigada y esto habla acerca de una mayor tendencia a la depresión en este grupo.

Para la explicación de esta diferencia entre sexos, una de las razones podría ser debida a factores socioculturales. Nuestras sociedades latinas, en especial, tienden a restringir el valor y los derechos de las mujeres como parte activa de la sociedad, restricción que se inicia desde las etapas más tempranas con un tipo de educación que les limita su participación en las actividades consideradas como masculinas como los deportes; la expresión de sus sentimientos y emociones de una forma abierta, la obtención de una educación superior, la conservación de reglas morales, la virginidad, la mujer como objeto sexual... esto conlleva frustraciones, les hace interiorizar y aunque se les vea llorar a menudo

do, esto no es una indicación de que estén liberando tensiones; es una señal de que existen.

La carrera de medicina provee presiones extras a la vida de los estudiantes y debido a estos factores socioculturales, es la mujer quien se encuentra en desventaja y la acumulación de frustraciones y las presiones sobre ellas ejercidas crean el medio adecuado para desencadenar un estado depresivo. En contraposición, al hombre se le ha enseñado a expresarse libremente y a superarse y superar la adversidad logrando una mejor adaptación frente a situaciones difíciles.

Hay un hecho que se evidencia en el cuadro 5 y es el de que la diferencia entre proporciones está presente a nivel de los tres primeros años de la carrera en donde un 16% de los hombres y el 30% de las mujeres se encuentran deprimidos y en los tres últimos años la proporción en los hombres es de 33% y para las mujeres del 40%, o sea que hay un aumento de la depresión en el Grupo B para los hombres, mayor que para las mujeres. Considerando que el único factor en común en estos grupos es la carrera de medicina, podríamos hacer una relación entre el aumento de la proporción de la depresión y el aumento en complejidad y responsabilidad en la carrera, lo que haría que en los tres últimos años la diferencia entre hombres a mujeres deprimidas se convirtiera en no significativa en virtud de una adaptación a las condiciones por parte del grupo femenino o bien a un aumento de las presiones y tensiones que haya provocado una desadaptación en los varones hasta casi equiparar a las mujeres.

En el cuadro 7 se aprecia cómo la distribución en cuanto a escalas depresivas de ambos sexos ha sido similar, no existiendo diferencias significativas con una $\chi^2 = 0.52 < 3.48$ y en la gráfica número 3 se expresa la distribución de la población normal y depresiva en cuanto a los puntuos alcanzados en la escala SDS del Zung, siendo esto un resumen gráfico de las tendencias reporta-

das ya detalladas.

En el cuadro 8 se expresan las medias en cuanto a edad y puntuación SDS en deprimidos, sin que se encontrara una diferencia significativa al compararlas entre hombres y mujeres, con una $T = 0.52$ para edad y $T = -0.25$ para indicar SDS, con lo que podemos afirmar que la depresión expresada en intensidad se presenta sin variaciones significativas en ambos sexos o sea, deprimidos – en el mismo grado, y volviendo a la gráfica 3 vemos como el 84% de los varones y el 79% de las mujeres deprimidas corresponden a la escala de 50-59 o de depresión mínima a ligera, distribuyéndose la población restante entre moderados y severos, sin existir, como ya indicamos, variaciones de importancia al comparar las escalas por sexos.

Depresión y personalidad:

Para llevar a cabo un análisis adecuado de la personalidad es necesario tomar en cuenta tanto cada una de las escalas por separado como el trazar un perfil que reúna las características enumeradas por ellas en un patrón común que sea comparable o en el que puedan clasificarse grupos poblacionales.

Iniciaremos entonces por estudiar las escalas individuales de los varones y las mujeres, comparándolos con los resultados del grupo control, para luego referirnos a los perfiles de personalidad en cada grupo.

Para el ordenamiento de las escalas se utiliza el sistema de codificación de Hathaway (17-19) en donde estas aparecen de mayor a menor puntuo según los valores "T" alcanzados (gráficas 4-5).

Hombres:

y Escalas clínicas (cuadro 9) en el cuadro se observa lo siguiente:

Codificación Hathaway (17-19)

Deprimidos: 87412'963 6:9:10

No Deprimidos: 1478'9235 6:6:5

Escala 8:

Con una $T = 4.31$ significativa, esta escala muestra una mayor elevación entre los estudiantes con punteo para depresión, siendo asimismo la más elevada del perfil (gráfica 4) con características diferentes para uno y otro grupo.

Deprimidos, punteo natural 37: Mentalidad esquizoide con problemas en sus relaciones interpersonales; dificultades para adaptación y aceptación a su grupo pero manteniendo un buen nivel vocacional y social. Tienden a evitar la realidad presentando fantasías extrañas, aislamiento emocional, apatía e indiferencia.

No deprimidos, punteo natural 27: personas con adecuada combinación de intereses prácticos y teóricos; interés en las personas y poseen control de sí mismos.

Escala 7:

Con una $T = 1.61$ no significativa por lo que la interpretación de la escala para ambos grupos es la misma. Es de hacer notar que ésta es la segunda en elevación en el perfil para deprimidos y la tercera en no deprimidos.

El punteo natural es de 32 para deprimidos y 29 para no deprimidos siendo estas personas en la evaluación perfeccionistas,

ordenadas, responsables, autocriticas con preocupación por los problemas más insignificantes. Hay ansiedad, indecisión y tensión. Son personas sentimentales, dependientes, deseosas de agradar, con sentimientos de inferioridad, compulsivos y de buen temperamento aunque individualistas.

Escala 4:

Lo mismo que en la anterior, con una $T = 0.55$, las características para ambos grupos son de personas independientes e inconformistas; energicas y activas. Resienten la autoridad y se muestran hostiles hacia sus padres, tienden a la intelectualización.

Escala 1:

La $T = 1.9$ significativa indica un mayor problema en esta escala a nivel de los no depresivos aunque en el punteo natural de 18 para Dep. y 19 para no deprimidos, los agrupa bajo las mismas características, lo que indica que los no deprimidos tienen o reúnen un patrón más acorde a esta escala.

Aquí se encuentran personas que expresan interés significativo por su salud y aquellos con una puntuación T más elevada (65 o más) tienden a controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización.

Escala 2:

$T = 5.05$ significativa con una separación clara entre deprimidos y no deprimidos, alcanzando los primeros una puntuación natural de 27 y los segundos de 22.

Deprimidos: personas con niveles de depresión clínicamente significativos por su importancia; se preocupan por minuciosamente.

dades; son insatisfechas con el medio y con ellas mismas. Hay apatía, evasión, convencionalismo, indiferencia, aislamiento, sumisión y timidez.

No deprimidos: personas ligeramente deprimidas, preocupadas y pesimistas lo que podría resultar de situaciones temporales que le preocupan.

Escala 9:

T = 3.56 significativa lo que también nos divide a los grupos en estudio en donde los no deprimidos, con una puntuación natural de 20, es característica de personas con actividad y energía sanas, mientras que los depresivos son difíciles de catalogar en esta escala en vista a una puntuación natural de 23 y una puntuación T de 69. O sea, no podemos diferenciar con los datos obtenidos, al individuo energético y ambicioso del hipomaníaco, - con una vida sin metas ni ambiciones.

Escala 6:

T = 4.81 significativa, separando a los no depresivos como personas sensibles con adecuada flexibilidad, siendo los depresivos hipersensibles, rígidos, desconfiados y capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.

Escala 3:

T = 1.34 no significativa por lo que ambos grupos presentan egoísmo y que generalmente necesitan percibirse en forma favorable; no tienen comprensión de sus relaciones interpersonales.

Mujeres:

Escalas clínicas (cuadro 10);

Codificación Hathaway (17-19)

Deprimidas: 87419'623 6:10:11

No deprimidas: 1487'963 7:7:12

Escala 8:

T = 6.27 significativa en donde las características tanto para deprimidas como para no deprimidas son las mismas que las enumeradas para el grupo masculino en este renglón, en vista a puntuaciones naturales de 37 y 28 respectivamente.

Escala 7:

T = 5.83 significativa, presentando las mismas características las mujeres y los hombres deprimidos en esta escala, mientras que las no deprimidas son personas con capacidad adecuada para organizar trabajo, sin presentar preocupaciones indebidas.

Escala 4:

T = 3.54 significativa, con una puntuación natural en no deprimidas de 23 siendo personas con un grado aceptable de conformismo a las reglas sociales pero sin ser ni controladas ni restringidas. Las deprimidas tienen las mismas características descritas para los hombres en esta escala.

Escala 1:

T = 1.47 no significativa, ajustándose la interpretación a la dada para los hombres en esta escala pero sin haber mayores variaciones en la comparación entre deprimidas y no deprimidas.

Escala 9:

T = 3.04 significativa con la misma interpretación para hombres y para mujeres, deprimidos y no deprimidos.

Escala 6:1

T = 3.65 significativa sin embargo la puntuación natural alcanzada de 14 para deprimidas y 12 para no deprimidas les confiere las mismas características que el grupo masculino deprimido, siempre en la evaluación de esta escala.

Escala 2:

T = 6.39 significativa en donde las deprimidas tienen el mismo patrón dado para los hombres deprimidos, mientras que las mujeres no deprimidas con una puntuación bruta de 21, son personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio entre optimismo y pesimismo, caracterizándose por su energía y entusiasmo.

Escala 3:

T = 2.25 significativa en donde nuevamente las mujeres deprimidas se ajustan a la interpretación para la escala dada para los hombres pero con las no deprimidas, por la puntuación natural lograda, no se encuentran significados consistentes, por lo que no podemos atribuirles ninguna de las características en la escala 3.

Escala de Validez:

Las escalas de validez (L-F-K), como su nombre lo indica, nos señalan el grado de confianza que se puede tener para hacer inferencias en lo que respecta a la personalidad; se refieren a la

actitud tomada por la persona al contestar la prueba (19) y de hecho si iniciamos a interpretar los datos dados por las escalas de validez, comenzaremos a encontrar rasgos de la personalidad del paciente (17-19). Por lo que a nosotros respecta, me limitaré a hacer el análisis a partir de las escalas clínicas considerando que los datos obtenidos en las escalas de validez nos indican que las pruebas son confiables, gracias a la puntuación natural en L y F y el índice F-K de Gough reportados, como se mencionó al inicio del análisis y discusión de resultados.

Por ello tanto los resultados del MMPI de los hombres y las mujeres, son confiables por lo que es adecuado hacer inferencias en cuanto a la personalidad en los grupos.

Perfiles de Personalidad:

Si dejásemos las escalas individuales, los datos en muchas serían repetitivos y discordantes. No podemos entonces conformarnos con una interpretación segmentaria de la personalidad. Hay que encontrar las escalas más elevadas y su relación con las que le siguen, tomando las características comunes que nos permitan trazar un perfil (gráficas 4-5) en el cual se pueda encmarcar la población o persona estudiada.

Existen perfiles comunes que nos dan características o rasgos que puedan identificar a un grupo dado, mientras que muchas otras personas no podrán ajustarse a un perfil determinado por lo que deberán considerarse en lo individual.

Hecha ya esta aclaración, al observar las gráficas 4 y 5 encontramos que las escalas más elevadas son la 8 y 7 tanto para hombres como para mujeres y esto corresponde a un perfil 7-8 y 8-7 (17-19), siendo las características del perfil las siguientes: es un perfil que está integrado por igual número de neuróticos y psicóticos, siendo el grupo neurótico de tipo mixto en algunos ca-

sos, predominando los obsesivo-compulsivos y los deprimidos. Los rasgos de personalidad son de depresión, introversión, apatía y aislamiento, siendo personas pesimistas, con gran preocupación con lo sexual, que toman actitudes inadecuadas en sus relaciones interpersonales y que enfrentan sus problemas cotidianos con poco sentido común.

Claro está que cada persona en lo individual tendrá mayor o menor afinidad con lo listado en este perfil pero si podemos considerar a los anteriores como características comunes al grupo de personas con puntuaciones para depresión ya que son ellas las enmarcadas en este perfil.

En contraposición, el grupo no deprimido, tanto hombres como mujeres no presentan un perfil común en donde se les pueda agrupar, por lo que si se desea un estudio de su personalidad, este deberá hacerse con cada uno en lo individual.

El significado que esto posee es el de que los estudiantes con depresión dentro de la facultad de medicina de la USAC, presentan un perfil común 7-8/8-7 en donde la tendencia a la depresión es una característica que se puede encontrar en todos, o sea las personas con este tipo de perfil que ingresan a la facultad podrían presentar depresión en algún momento dado, sujetos a las condiciones apropiadas, con una mayor facilidad que el resto de la población estudiantil.

Si recordamos, cualquier persona, independientemente del tipo de personalidad que posea, puede deprimirse pero existen ciertos tipos de personalidad con una mayor tendencia o predisposición a la depresión, y este es el caso de los estudiantes investigados y con punteo para depresión los que se ajustan a un perfil en donde la depresión está integrada.

CONCLUSIONES

- 1.- La depresión es un valor constante entre los diversos años de la carrera de medicina de la USAC. ($\chi^2 = 2.7 < 3.48$)
- 2.- El 33% de los varones y el 19% de las mujeres, en toda la carrera, se encuentran deprimidos.
- 3.- No existen diferencias significativas en depresión ($\chi^2 = 2.41 < 3.48$) en cuanto a proporciones en el sexo masculino, analizado individualmente por años como agrupado en los tres primeros y tres últimos años.
- 4.- Las mujeres deprimidas no presentan diferencias significativas en cuanto a proporciones por años como agrupadas en los tres primeros y los tres últimos años ($\chi^2 = 1.21 < 3.48$).
- 5.- En la comparación por sexos si existe diferencia significativa ($\chi^2 = 9.05 > 3.48$), en donde las mujeres muestran una mayor tendencia a la depresión que los varones.
- 6.- La intensidad de la depresión es la misma en hombres y mujeres con una $T = 0.52$ no significativa.
- 7.- El 84% de los varones y el 79% de las mujeres presentan depresión de mínima a ligera, dentro del grupo depresivo.
- 8.- Los deprimidos tanto hombres como mujeres, tienen un perfil de personalidad 7-8 y 8-7, del cual una de las características es la tendencia a la depresión.
- 9.- La población o grupo control normal no pudo ser agrupada dentro de un perfil común en base a las puntuaciones individuales de las escalas clínicas del MMPI.

RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar como parte del programa de atención de la unidad de salud de la USAC, una identificación y seguimiento de aquellos estudiantes con depresión, mediante pruebas psicométricas adecuadas, investigando su relación con el rendimiento académico y llegando, a través de la entrevista clínica, al esclarecimiento de las causas de la depresión.
- 2.- Efectuar sondeos sobre depresión en la población estudiantil de la facultad de medicina y prestar a los estudiantes con este problema la atención adecuada que les permita la superación de su problemática.
- 3.- Dar en la carrera de medicina una mayor importancia al estudio de la psiquiatría como una de las ramas principales de la medicina, contribuyendo de esta forma a un manejo integral del paciente como persona y no como una entidad gnosológica separada.

RESUMEN

RECOMENDACIONES

El presente estudio de depresión en estudiantes de medicina de la USAC, comprende una muestra de 361 estudiantes del total de 3561 inscritos para el año de 1984, habiéndose detectado mediante el test de William Zung, para la evaluación de la depresión, 85 estudiantes deprimidos en toda la carrera, o sea, un 24% del total. Este porcentaje es del 33% para las mujeres y del 19% para los varones con una χ^2 de $9.05 > 3.48$ significativa, lo que indica una mayor tendencia para la depresión en el grupo femenino, mientras que considerando los valores totales con una χ^2 de $2.7 < 3.48$, la depresión se presenta como un valor constante dentro de los diversos años de la carrera sin existir diferencias al considerar los sexos por separado.

A los estudiantes con puntuo para depresión como a un grupo control se les administró el MMPI, encontrándose que el grupo de deprimidos posee un perfil 7-8 y 8-7 que tiene como característica la tendencia a la depresión mientras que el grupo control no pudo ser incluido dentro de un perfil común debido a su diversidad en cuanto a las escalas clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Adams, R. Affective disorders. In his: *Neurology*. 2nd. ed. Montreal, McGraw-Hill, 1982. 1441p. (pp. 240-246)
- 2.- Alegría, Carlos. Depresión en pacientes del Hospital Roosevelt; estudio en 100 pacientes hospitalizados en la medicina de mujeres y 100 pacientes de consulta externa en el Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 41p.
- 3.- Amdur, M. et al. Conscience and repressive disorders. *Br J Psychiatry* 1972 Dec; 120:259-264
- 4.- Andreasen, N. et al. Cluster analysis and the classification of depression. *Br J Psychiatry* 1980 Dec; 137:256-265
- 5.- Parracough, B.M. Are the Scottish and English suicide rates really different? *Br J Psychiatry* 1972 Dec; 120:267-273
- 6.- Brocháin, M. Depressive illness, Clinically diverse? *Br J Psychiatry* 1981 Jan; 138:161-163
- 7.- Castro Conde, Graciela. Correlación de la depresión y el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Rafael Landívar del primer semestre correspondiente al primer año de estudios universitarios. Tesis (Licenciado en Psicología)-Universidad Rafael Landívar, Facultad de Psicología. Guatemala, 1980. 401p.

- 8.- Davis, Lucy. Consideraciones sobre la depresión; estudio clínico en pacientes hospitalizados en el centro para enfermos mentales "Federico Mora". Tesis (Licenciado en Psicología)-Universidad de San Carlos, Facultad de Psicología. Guatemala, 1967. 103p.
- 9.- Glassman, A. et al. Tricyclic drugs in the treatment of depression. *Med Clin North Am* 1982 Sept; 66(5): 1037-1052
- 10.- Gold, M. et al. Depression. *Postgrad Med* 1982 Jun; 69(6):104-117
- 11.- Gold, M. et al. Diagnosis of depression in the 1980s. - *JAMA* 1981 Apr 17; 245(15):1562-1564
- 12.- Hackett, T. and E. Hackett. Affective disorders. In: *Harrison's principles of internal medicine*. 10th. ed. Philadelphia, McGraw-Hill, 1983. 2304p. (pp. 2204-2209)
- 13.- Katon, W. Depression and somatization: a review. *Am J Med* 1982 Feb; 72:241-247
- 14.- Kendell, R.E. The classification of depression: a review of contemporary confusion. *Br J Psychiatry* 1976 Jan; 129:15-28
- 15.- Klerman, G. Affective disorders. In his: *Harvard guide to modern psychiatry*. 3th. ed. Cambridge Mass., Harvard press, 1978. 585p. (pp. 253-281)
- 16.- López, J.J. Masked depression. *Br J Psychiatry* 1972 Dec; 120:245-258
- 17.- Meehl, P. y S. Hathaway. *Atlas clínico del MMPI*. México, Manual Moderno, 1974. 571p. (pp. 39-540)
- 18.- Murphy, G. Suicide in physicians on probation. *JAMA* 1981 Apr 17; 245 (15):1526-1527
- 19.- Núñez, R. *Aplicación del inventario multifásico de la personalidad a la psicopatología*. 2a. ed. México, Manual Moderno, 1978. 280p. (pp. 26-139)
- 20.- Pérez, José. Mortalidad en profesionales universitarios; estudio de la mortalidad en profesionales universitarios durante el período de 1960-1979. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 120p.
- 21.- Víctor, M. Enfermedad depresiva. En su: *Psiquiatría*. 2a. ed. México, Manual Moderno, 1978. 783p. - (pp. 425-446)
- 22.- West, D. et al. Suicide potential. *Postgrad Med* 1982 Jul; 72(1):203-211
- 23.- Wilson, P. Anxiety and depression in elderly and dying patients. *Med Clin North Am* 1982 Sept; 66(5): 1037-1052
- 24.- Winokur, G. Types of depressive illness. *Br J Psychiatry* 1972 Dec; 120:265-266
- 25.- Zung, W. et al. Treatment predictions in depression using a self rating scale. *Biol Psychiatry* 1970 Jan; 2(9):321-329

A N E X O S

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CONVERSION DEL PUNTEO BRUTO A INDICE SDS

$$\text{Index} = \frac{\text{Total punteo bruto}}{\text{Punteo máximo de 80}} \times 100$$

Punteo Bruto	SDS Index	Punteo Bruto	SDS Index	Punteo Bruto	SDS Index
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	73	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

Nombre _____
Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

1. Me siento decaído y triste
- 2 Por la mañana es cuando mejor me siento
3. Me siento con ganas de llorar o tengo ansias de llanto
4. Tengo problemas para dormir durante la noche
5. Estoy comiendo como siempre
6. Me gusta ver, hablar y estar con un hombre/mujer atractivo
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo problemas de estreñimiento
9. Mi corazón late más rápido que de costumbre
10. Me canso sin razón alguna
11. Mi mente está tan clara como siempre
12. Encuentro fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado
13. Estoy intranquilo y no me puedo quedar quieto
14. Siento esperanzas en el futuro
15. Estoy más irritable que de costumbre
16. Encuentro fácil hacer decisiones
17. Siento que soy útil y necesario
18. Mi vida está llena de cosas buenas
19. Siento que otros estarían mejor si yo me muriera
20. Aún gozo de las cosas como solía hacerlo

	Nada o muy poco	A veces	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1.	1	2	3	4
2.	4	3	2	1
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1
6.	4	3	2	1
7.	1	2	3	4
8.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11.	4	3	2	1
12.	4	3	2	1
13.	1	2	3	4
14.	4	3	2	1
15.	1	2	3	4
16.	4	3	2	1
17.	4	3	2	1
18.	4	3	2	1
19.	1	2	3	4
20.	4	3	2	1

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S).

INFORME:

Palomo

Dr. Iris Palomo Nürnberg.
ASESOR.

Dr. Luis Palomo Nürnberg
Col. 3542

SATISFECHO:

Rodolfo Velásquez
Dr. Rodolfo Velásquez
REVISOR.



ROBADO:

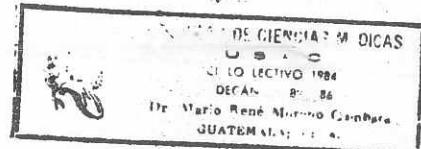
Mario Moreno
Dr. Juan Francisco Arteaga Ariza,
DIRECTOR DEL CICLO, a.i.



IMPRIMASE:

Mario Moreno
Dr. Mario René Moreno Cambray
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS,
U.S.A.C.

Guatemala, 3 de Agosto de 1984



conceptos expresados en este trabajo
responsabilidad únicamente del Autor.
Salmiento de Tesis, Artículo 44).