

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPRESION EN ESTUDIANTES DEL
CICLO BASICO DE UNA
COMUNIDAD RURAL

(Estudio, Prealizado en el Instituto de Educación
Básica del Municipio de Zaragoza, Chimaltenango.
Guatemala, mayo de 1996.

MIRNA ROXANA SANTOS RUANO

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Págs.
INTRODUCCION-----	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA-----	2
JUSTIFICACION-----	4
OBJETIVOS-----	5
REVISION BIBLIOGRAFICA-----	6
METODOLOGIA-----	19
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES-----	22
CUADROS Y GRAFICAS-----	23
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS-----	29
CONCLUSIONES-----	32
RECOMENDACIONES-----	33
RESUMEN-----	34
BIBLIOGRAFIA-----	35
ANEXOS-----	38

INTRODUCCION

La importancia de la depresión se ha destacado en los últimos años, considerándola hoy en día no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino como el padecimiento que más afecta a la humanidad.

Se han realizado diversos estudios sobre depresión en jóvenes, con lo cual hemos observado que existe un elevado porcentaje de ellos que la presentan; sin que ésta sea manifiesta; sin embargo, esto constituye un riesgo para el futuro de estos jóvenes.

Este estudio determina el grado de depresión que presentan los jóvenes estudiantes del ciclo básico en el municipio de Zaragoza Chimaltenango; donde se encontró que el 36% de los estudiantes presentan algún grado de depresión, siendo el sexo femenino el más afectado. Además se logró identificar el hogar desintegrado como uno de los principales factores de riesgo para presentar dicha enfermedad.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El feto en cualquier momento a partir de la concepción, puede estar expuesto a riesgos diversos, cuyos efectos perjudiciales pueden ejercer una profunda influencia en la vida posterior. Aunque se haya librado de los traumas obstétricos o la premadurez, el recién nacido, lleva inscrito ya los detalles del pasado genético. La herencia y la vida intrauterina pueden ser factores de una predisposición; pero estos factores por sí solos no dan una conducta negativa en la persona, aunque al unirse a otros factores externos, como aspectos emocionales, nutricionales o sociales negativos constituyen una amenaza para el desarrollo psicológico del individuo.(11). Así pues, el comportamiento de los jóvenes está condicionado por las presiones biológicas, psicológicas y sociales a que están sujetos hasta llegar a la pubertad.(11,14).

Entre las manifestaciones más comunes de depresión en adolescentes están: negativismo, conductas antisociales, juntamente con malhumor y agresividad; es frecuente la resistencia a participar en planes familiares, renuncia a cualquier actividad social, las dificultades en la escuela, apariencia personal descuidada y un incremento de la emocionalidad. Existe también la tendencia a desarrollar abuso de fármacos o alcohol.(1).

Diferenciaremos la depresión, por un lado de la tristeza normal y, por otro, de trastornos psiquiátricos como las neurosis, la esquizofrenia y los síndromes cerebrales orgánicos, cuyas fuentes son puramente físicas.(14).

El duelo, es una forma de tristeza normal; causada por la pérdida de un ser querido, o un objeto muy apreciado. El duelo puede confundirse fácilmente con la depresión, pero se diferencian en que en la depresión hay presencia de pensamientos suicidas, retardo y sentimientos de culpa.(14).

En Guatemala no existen estudios de depresión en el área rural, sin embargo está descrito en la literatura que parece haber una incidencia de depresión ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores, aunque no existen cifras exactas de estudios realizados en estas áreas. (14).

En un trabajo de tesis, realizado en 100 estudiantes de institutos de educación básica de la ciudad capital, en 1987 se encontró que el 36% de la población estudiada presentaba algún grado de depresión. Resultando 29% del total con depresión mínima. Además se detectó en uno de los institutos, un 2% del total, con depresión severa.(11).

Tomando en cuenta estos datos y la información anterior, hemos observado la población de estudiantes de educación básica del Instituto de Zaragoza, Chimaltenango, donde se encuentran jóvenes que presentan actitudes negativas, deserción escolar, bajo rendimiento escolar y conductas agresivas, las cuales podrian corresponder a manifestaciones de depresión en estos adolescentes.

JUSTIFICACION

La depresión es un importante problema de Salud Pública, el cual a pesar de ser tan antiguo, no se le ha dado la importancia que merece.

Se ha discutido muchas veces la existencia de cuadros depresivos en la adolescencia e infancia; sin embargo, se ha observado que a partir de los 10 años, los cuadros depresivos de los niños se van aproximando a las depresiones del adulto, por lo que son más fáciles de diagnosticar.(5).

Entre las manifestaciones clínicas de la depresión en adolescentes, se encuentran: irritabilidad, retraimiento social, quejas somáticas, disminución de la energía, conducta agresiva, negativismo, etc.(5). Esto puede tener como consecuencia el bajo rendimiento escolar, trastornos en la adaptación social y en el desarrollo de la personalidad. Estudios realizados con anterioridad; han demostrado que los estados depresivos, pueden ser la base para desarrollar una personalidad suicida.(7,22).

Debido a las razones mencionadas, es necesario detectar tempranamente la depresión en los adolescentes para brindarles la ayuda necesaria.

OBJETIVOS

GENERALES:

Determinar la presencia de depresión en los estudiantes del Ciclo Básico del Municipio de Zaragoza, Chimaltenango.

ESPECIFICOS:

1. Aplicar el test para la depresión, de W. Zung a los alumnos del Instituto de Educación Básica del Municipio de Zaragoza, Chimaltenango.
2. Cuantificar el porcentaje de estudiantes que presenta depresión en el Instituto de Educación Básica del Municipio de Zaragoza, Chimaltenango.
3. Identificar los factores que contribuyen a la depresión en los alumnos del Instituto de Educación Básica del Municipio de Zaragoza, Chimaltenango.

DEPRESION

La depresión es el área más importante de los llamados trastornos afectivos, es decir, de los desordenes patológicos de la vida sentimental.(7,21).

La depresión es considerada actualmente como un importante problema de salud pública, sin embargo es un problema antiguo, descrito por Hipócrates, con el nombre de Melancolía (13)

El síndrome depresivo es un cuadro clínico caracterizado por la alteración primaria del afecto que consiste en tristeza injustificada o exagerada, acompañada de angustia y retardo psicomotor.(6).

Para el psicólogo, la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal. Sin embargo, para el psiquiatra clínico la depresión cubre una gama de cambios de los estados emocionales, que en términos de gravedad van desde fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana hasta los episodios psicóticos graves.(7,10,14).

Actualmente se considera que el término depresión puede referirse a un síntoma, a un síndrome o a una entidad nosológica.(7,10,23).

La depresión es un estado de ánimo abatido, de modo persistente que se acompaña con frecuencia de una pérdida generalizada de interés por la vida, o una incapacidad para experimentar placer.(23).

EPIDEMIOLOGIA:

La depresión, es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes o frecuentes en adultos.(7,14).

Watts, médico general en Inglaterra, hizo un estudio epidemiológico en su área, llegando a la conclusión de que la mayoría de los enfermos deprimidos no consultaban ni siquiera con el médico general, sólo muy pocos lo hacían con el psiquiatra y menos aún eran los que se internaban. Denominó a este hecho,

"FENOMENO DEL ICEBERG", para resaltar que en la mayor parte de los enfermos deprimidos son inaccesibles al médico y al psiquiatra, a los que llega sólo una mínima parte, la porción emergente del iceberg.(7).

La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es de alrededor del 20% para las mujeres y 10% para los hombres.(7,14).

La incidencia de depresión es dos veces mayor en las mujeres que en hombres.(3,7,14,21).

En el trastorno bipolar parece haber una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores.(14).

Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos afectivos son ligeramente superiores a lo normal entre quienes carecen de relaciones íntimas con otras personas o que están solteros o divorciados.(14).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística en España en 1971 las tasas de tentativas de suicidio fueron más altas en personas de 15 a 24 años, de sexo femenino y los suicidios consumados fueron mayores en personas de 80 a 89 años, de sexo masculino.(3,7).

Una forma de depresión crónica, la distimia, se presenta en grupos etáreos de 18 a 64 años y disminuye de 65 y más.(1).

La epidemiología ha jugado un papel fundamental al establecer que la prevalencia de la enfermedad depresiva mayor es del 4 al 6% con una incidencia anual de un 1% y una prevalencia frecuente en la mujer. En los Estados Unidos, sólo el 30 % de quienes padecen una depresión son conscientes de ello y consultan para su tratamiento, en el 80% de los casos quien los atiende, es un médico que no es psiquiatra. Así pues la enfermedad es tratada con medicamentos inapropiados y no reciben la terapia adecuada debido al poco conocimiento de la enfermedad. Esto aumenta el riesgo de recaídas y recurrencia.(generalmente del 70 al 80%).(13).

ETIOPATOGENIA:

Las depresiones tienen una génesis multifactorial, en la que diversas causas y motivos actúan sobre una personalidad que posee una predisposición más acentuada.(7).

Entre las causas y motivos, existen las de naturaleza más estrictamente biológica (genéticas, somáticas) hasta las de naturaleza psicológica y psicosocial.(7).

FISIOPATOLOGIA:

Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos se desarrollan a lo largo de 3 líneas principales de investigación:

1. Estudios Endócrinos
2. Estudios de Neurotransmisores
3. Estudios Electrofisiológicos

Estudios Endócrinos:

Los deprimidos con frecuencia tienen elevación de las concentraciones de esteroides corticales en la sangre y orina y por lo menos la mitad no pueden suprimir la secreción de cortisol después de que se administra dexametasona.(7,14).

La reacción a la hormona estimulante de la tiroides con la hormona liberadora de tirotrópina también está disminuida en muchos deprimidos aún cuando la concentración sanguínea de T3 y T4 está normal.(3).

La hormona del crecimiento, proláctina, hormonas gonadales, y melatonina, también tienen reacciones disminuidas en subgrupos de trastornos afectivos. Aunque ninguno de estos hallazgos, es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas, sugieren sin embargo una disfunción hipotálamo hipofisiaria en todos los trastornos afectivos.(3).

Estudios de Neurotransmisores:

La teoría bioquímica de la depresión ya tiene una larga historia, desde que Schildkraut en 1965 planteó la hipótesis catecoláminica.(3,7,11).

Se sabe que el metoxihidroxifenilglicol (MHGP) urinario, que con cierta garantía refleja la actividad de noradrenalina cerebral está disminuida en los pacientes afectivos, especialmente bipolares.(11,25).

También se ha definido la teoría indolaminica de las depresiones. La disminución del ácido 5 hidroxindolacético (5HIAA) en LCR es el dato más consistente.(11,23).

Estudios Electrofisiológicos:

Estos estudios se concentran en las disfunciones del sueño, en especial en la presencia de cambios en el patrón de sueño REM durante los episodios de la enfermedad. Hay un subgrupo de pacientes con trastorno afectivo en donde se acorta la latencia del sueño REM durante episodios de la enfermedad. Este cambio se correlaciona con trastornos del metabolismo de la melatonina.(3).

CLASIFICACION DE LA DEPRESION:

La clasificación de una enfermedad puede basarse en la etiología, los síntomas, la evolución, o bien el momento de la vida en que se presenta la afección.

También se puede dividir las formas de depresión en primarias y secundarias según que la dolencia sea única o dominante, o bien obedezca a algún otro trastorno, como alcoholismo, drogadicción o alguna enfermedad de carácter médico.(8).

Existe una subdivisión nosológica en tres grupos principales:

1. Somatogena
2. Endógena
3. Psicogena

Somatogena:

De causa orgánica conocida y demostrable.(7,11,20,21,22).

Endógena:

Enraizadas en el terreno constitucional hereditario.(21).

Psicogena:

Relacionada con conflictos emocionales, ambientales o de personalidad.(22).

Existen dos sistemas clasificatorios muy conocidos de los trastornos psiquiátricos y en particular, las alteraciones del humor. Estos son: La clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, de la Organización Mundial de la Salud (1992), que se encuentra en el manual de Clasificación Internacional de las enfermedades, que al momento lleva ya diez revisiones (CIE 10), y de la Asociación Americana de Psiquiatría; la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (1980)(DSM-III) el cual lleva ya cuatro revisiones (DSM-IV).(13).

CLASIFICACION CIE 10

PSICOSIS AFECTIVAS:

- Psicosis Maniaco-Depresiva *tipo depresivo
 - *circular: depresiva
 - mixta
 - fase no especificada
 - *de otro tipo.

OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS:

- Tipo Depresivo.

TRASTORNOS NEUROTICOS:

- Depresión Neurótica.

REACCION DE ADAPTACION:

- Reacción Depresiva: * Breve
 - * Prolongada.
- Con alteración simultanea de las emociones y la conducta.

TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRO LUGAR. (19).

DEFINICION CIE 10 DE LAS PSICOSIS AFECTIVAS:

Trastornos mentales por lo general recurrentes, en los que hay alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad pero que también se manifiesta como alborozo y excitación) acompañada de uno o más de los siguientes síntomas y signos: ideas delirantes, perplejidad, perturbación, de la actitud hacia sí mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento;

todo esto de acuerdo con el ánimo prevaleciente de la persona (igual sucede con las alucinaciones cuando están presentes). Hay una fuerte tendencia al suicidio. Por razones prácticas también se pueden incluir aquí los trastornos moderados del ánimo si los síntomas encajan justamente dentro de la descripción dada; esto se aplica en particular a la hipomanía moderada.(19).

DEPRESION NEUROTICA

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, v.g. pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría. La diferencia entre neurosis depresiva y psicosis deberá hacerse no solo con base en el grado de depresión sino también por la presencia, o ausencia, de otras características neuróticas y psicóticas y además teniendo en cuenta el grado de alteración del comportamiento del paciente.(19).

CLASIFICACION DSM III R

TRASTORNOS AFECTIVOS

- Trastornos afectivos mayores

* Trastorno Bipolar

- Mixto

- Maníaco

- Depresivo

* Depresión Mayor

- Episodio Unico

- Recurrencia

OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS:

- Trastorno ciclotímico
- Trastorno distímico (neurosis depresiva)

TRASTORNOS AFECTIVOS ATIPICOS:

- Trastorno bipolar atípico
- Depresión atípica.(2)

DISTINCION BIPOLAR-UNIPOLAR

Los pacientes con historia de episodios maníacos (grupo bipolar) son diferenciados de los que tienen sólo episodios depresivos recurrentes (grupo unipolar).(2,14).

DEPRESION MAYOR

El rasgo esencial de la depresión mayor es un periodo distintivo de actividad psicofisiológica disminuida.(14).

Cuando la depresión es leve los cambios ambientales pueden determinar alguna mejora de la condición; pero, cuando la predisposición es grave, no se registra este efecto.(14).

LA DEPRESION ENMASCARADA

La depresión enmascarada no tiene entidad nosológica; es más bien un término didáctico, que ayuda al no psiquiatra a no pasar por alto los componentes psicológicos entre pacientes que describan su afección en términos somáticos.(14).

RASGOS CLINICOS

AFECTIVIDAD:

Se expresa generalmente a través de la tristeza, que en el endógeno es vital y profundo aunque a veces puede verbalizarse como indiferencia, apatía, desidia, abatimiento, falta de ilusión y desánimo. (6,7,11).

PENSAMIENTO, CONGNICION:

El deterioro de las funciones cognitivas es un rasgo poco estudiado de la enfermedad depresiva.(18).

El curso del pensamiento está enlentecido y los contenidos son

claramente negativos; la visión del pasado es pesimista, y son frecuentes las ideas de culpa. Futuro sin esperanza, y presente mortecino y angosto, señalan un panorama aún desolador cuya única salida frecuentemente es el suicidio. (7,10,11,26).

CONDUCTA:

La inhibición, que puede llegar al estupor, es típica en depresiones endógenas especialmente bipolares. Las facies y movimientos traducen en general, una hipotonía vital, el descuido personal expresa un total abandono y desinterés, tanto por su persona como por las relaciones interpersonales y sociales. (7,10,11,26).

RITMOS BIOLOGICOS:

Los trastornos cronobiológicos son frecuentes y típicos de las depresiones endógenas, sobre todo en las formas bipolares. Se concede cada vez más importancia a la relación de la afectividad y el periodo menstrual, pues además de los datos de disforias y actos delictivos e ingresos hospitalarios psiquiátricos durante estos días, se sabe que ciertos trastornos premenstruales son formas de depresión bipolar. (7,10,26).

TRASTORNOS SOMATICOS

Disminuye el impulso sexual, anorexia, pérdida de peso. (7,10,11,26).

TRASTORNOS DEL SUEÑO:

Estos son una constante, y frecuentemente uno de los primeros síntomas; insomnio inicial en las depresiones psicógenas y despertar precoz en las endógenas, (20% de las depresiones en general bipolares presentan hipersomnias). (7,10,11,26).

Se estima que un 85 a 95% del número de pacientes deprimidos se quejan de insomnio. (8).

La queja del paciente deprimido es esencialmente subjetiva. El paciente deprimido a veces pasa mucho tiempo en cama pero duerme poco o mal. (8).

Las perturbaciones del ciclo sueño/vigilia a saber, durante el día (menor energía) o por la noche (insomnio intermedio y tardío), son resultados psicopatológicos del aumento de actividad (SAS en la depresión mayor). (16).

La correlación positiva entre la variación diurna del ánimo y la excreción de MHGP también puede reflejar disfunciones del ciclo sueño/vigilia. (16).

APARIENCIA:

El paciente depresivo quizá se haga notar por su desaliño en vestimenta y peinado. Su semblante se distingue por las comisuras de la boca torcidas hacia abajo, el entrecejo fruncido verticalmente, formando el llamado signo Omega, y el pliegue de Veraguth en el párpado superior. (14).

HUMOR:

El humor es sombrío y lastimero, penetrando todo pensamiento. La ansiedad suele estar presente, aunque no siempre. Es común la irritabilidad, con fastidio desproporcionado ante la primera sollicitación o frustración. En algunos sujetos podrán darse agitación y desasosiego y en otros apatía y letargia. (14).

DEPRESIONES DE LA ADOLESCENCIA

Aunque no es posible disponer de estimaciones acerca de la morbilidad depresiva en los adolescentes, es bien conocido que la incidencia de depresiones que reciben tratamiento aumenta de forma progresiva, lo cual hace pensar, que la prevalencia de esta enfermedad es superior a lo que la opinión general cree. (5).

El cuadro clínico en el adolescente tiene gran parecido con los síntomas del adulto: estado de ánimo triste, pérdida de interés por las cosas, pérdida del placer, autorreproche, pensamiento de culpa, excitación psicomotriz, enlentecimiento psicomotor, insomnio, anorexia, pérdida o ganancia de peso, falta de reacción ante los acontecimientos. (9).

Junto a estos síntomas se asocian, otras manifestaciones como:

ideas obsesivas, bajo o nulo rendimiento escolar, sentimientos de impotencia ante el mundo, delirios de culpa o nihilismo.(5).

MEDICION DE LA DEPRESION

Se han empleado diferentes escalas de medición pero la mayoría requiere demasiado tiempo para su aplicación.(4).

En 1965 se publicó por primera vez la Escala para la Automedición de la Depresión EAMD, por el Dr. William W. K. Zung, destinada a medir cuantitativamente la depresión.(4,21). Sus ventajas radican en que su aplicación requiere de poco tiempo, descubre las depresiones ocultas (larvadas).(4).

También es útil para seguir el curso de una enfermedad y diferenciar la depresión de la ansiedad.(4).

Zung tomó elementos que conllevan características específicas: culpa, insomnio, inapetencia, acceso de llanto, constipación hasta llegar a gravedad que marca el suicidio. Afirma que esta escala es relativamente independiente con respecto a factores de edad, educación, estado marital, sexual, inteligencia, ingresos económicos familiares y situación social del paciente.(4).

TRATAMIENTO

Existen tres modalidades terapéuticas para tratar la depresión:

1. Terapia Electroconvulsivante (TEC)
2. Farmacoterapia
3. Psicoterapia

TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE

Es considerada como tratamiento específico para las depresiones retardadas caracterizadas por delirios somáticos y por delirios de culpa, unidos a una falta de interés por el mundo, ideación suicida y pérdida de peso. También se utiliza en depresión menos grave que se resiste a los fármacos antidepresivos. Además se utiliza para poner fin a una manía una vez que han fallado todas las demás medidas. La aparición de los fármacos antidepresivos

disminuyó el uso de la TEC en la depresión. En muchos sentidos fue poco afortunada, pues aunque la TEC tiene reputación de ser un método brutal, la morbilidad y mortalidad tras su uso, se sabe que son menores que con el uso de antidepresivos.(14,17).

FARMACOTERAPIA

La clase de antidepresivo a usar, dependerá del tipo de depresión.(13).

Las sales de Litio son atidepresivos.

Antidepresivos tricíclicos como Clorhidrato de Doxipina, imipramina, nortriptilina, desipramina, debenzepina, clomipramina, maprotilina. Estos están indicados en todo tipo de estados depresivos, sobre todo los que se acompañan de inhibición psicomotora; síndromes obsesivo compulsivos. Las propiedades anticolinérgicas de los antidepresivos tricíclicos acaso menoscaben el rendimiento cognositivo y la memoria de los pacientes ancianos, igual que podrán dar lugar a problemas de índole cardiovascular y urológica. Los efectos colaterales más comunes son: Xerostomía, trastornos de la acomodación ocular, dificultades miccionales, sudación profusa, taquicardia, hipotensión, cambios en el ECG arritmias ventriculares, temblor fino, falta de coordinación, cefaleas, contracciones musculares, ataques epilépticos, neuropatía periférica, erupciones cutáneas, ictericia colestática, agranulocitosis.(11,12,14).

Hay también antidepresivos tetracíclicos (miauserina y maprotilina).(11, 14,17).

Otro tipo de medicamentos, son los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), (iproniazida, socarboxazida, nialamida, fenlezina, tranilcipromina). Están indicados en estados de inhibición, en especial depresiones con inhibición.(11,14,17).

Sus efectos secundarios son hipotensión, fenómenos de incompatibilidad con timolépticos y algunos simpaticomiméticos.(17).

PSICOTERAPIA

Analítica:

Freud describió que la vulnerabilidad a la depresión producida por un desaliento interpersonal al comienzo de la vida determinaba relaciones de amor posteriores caracterizadas por la ambivalencia. Las pérdidas interpersonales amenazadas o reales en la vida adulta desencadenarían una lucha autodestructiva en el yo, que se manifestaría como depresión. Estos individuos tienen una dependencia anormal de los demás para la gratificación narcisista, y el mantenimiento de su amor propio. El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica es promover un cambio de la estructura de la personalidad o el carácter, y no simplemente en aliviar los síntomas. La mejora de la confianza interpersonal, la intimidad y creatividad de los mecanismos defensivos, de la capacidad para experimentar emociones y de la capacidad para la aflicción son algunos de los objetivos.(14). El tratamiento puede requerir en ocasiones que el paciente experimente una alta ansiedad y malestar durante el curso de la terapia, que habitualmente prosigue durante varios años.(14).

Psicoterapia breve:

Las terapias breves difieren del psicoanálisis clásico en su énfasis en la identificación de un foco diagnóstico específico. Se selecciona un problema interpersonal y el paciente y el terapeuta acuerdan tratar primero este problema. Este foco se considera dinámico porque se utiliza como vínculo con los conflictos nucleares que se remontan a los primeros años de vida.(14).

Terapia Interpersonal:

Es una psicoterapia breve que consiste en 12 a 16 sesiones semanales, y fue desarrollada específicamente para el tratamiento de los depresivos ambulatorios no bipolares y no psicóticos, se caracteriza por un enfoque activo por parte del terapeuta y por un énfasis en las cuestiones actuales. El objetivo son las conductas

discretas, como la falta de afirmación, las facultades sociales y el pensamiento, pero solo en el contexto de su significación o efecto sobre las relaciones interpersonales.(14).

Terapia conductual:

Existen diferentes enfoques y estrategias como:

1. El programa de tratamiento está altamente estructurado y suele ser breve.
2. El principio de refuerzo suele considerarse el elemento clave de la depresión.
3. El cambio de conducta se considera la forma más efectiva para aliviar la depresión.
4. El objetivo es la articulación y el alcance de metas específicas.(14).

Terapia Cognitiva:

El objetivo consiste en aliviar la depresión e impedir su reaparición ayudando al paciente a 1) identificar y comprobar sus conocimientos negativos; 2) desarrollar esquemas alternativos y más flexibles, así como formas de pensamiento más positivas; 3) crear nuevas respuestas conductuales y cognitivas. El objetivo es también el de cambiar la forma de pensar del individuo y, posteriormente, aliviar el síndrome depresivo.(14).

Terapia Familiar:

Examina el papel del miembro deprimido en el bienestar psicológico general de toda la familia; también examina el papel de la familia en el mantenimiento de la depresión. Este enfoque tiene un valor especial cuando el paciente deprimido es la madre de niños pequeños.(14).

MARCO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo.

VARIABLES:

Depresión, cuantificada con el test de Zung.

Edad, Sexo, Integración del Hogar.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL
DEPRESION.	Cuadro clinico caracterizado por alteración primaria del afecto.	ORDINAL	TEST DE ZUNG. PUNTEO DE ESCALA AMD: LEVE, MODERADA Y SEVERA.
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	DE RAZON.	AÑOS
SEXO	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	NOMINAL	MASCULINO FEMENINO.
INTEGRACION DEL HOGAR.	Se refiere a la presencia o ausencia de uno o ambos padres dentro de la convivencia familiar.	NOMINAL	HOGAR: INTEGRADO Y DESINTEGRADO.

POBLACION:

Se tomó como población a los alumnos que se encuentran inscritos en ciclo escolar 1996, en el Instituto de Educación Básica de Zaragoza, Chimaltenango.

MUESTRA:

Se seleccionaron 200 alumnos, 100 de sexo masculino y 100 de sexo femenino; sin tomar en cuenta edad ni grado académico.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los alumnos, de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 12 a 18 años; que se encuentran inscritos en el ciclo escolar 1996, en el Instituto de Educación Básica de Zaragoza.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Alumnos que no se encuentran dentro del Instituto, al momento de se entrevistados.

Alumnos menores de 12 años o mayores de 18 años.

INSTRUMENTOS DE MEDICION

Cuestionario sobre datos generales, Escala de automedición de la depresión de Zung.

TECNICA Y MEDICION DE DEPRESION

Se le aplicó a cada estudiante el test de Zung, cuya escala (AMD) valora la depresión como un trastorno sin tomar en cuenta el diagnóstico, únicamente indica la presencia de sintomatología.

La escala AMD se compone de 20 preguntas organizadas en los aspectos: afectivo, fisiológico y psicológico; cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta, a cada opción se le asigna un puntaje de 1 a 4 puntos, y el valor más alto muestra el signo o sintoma más manifiesto. Los valores se suman, y la calificación obtenida es convertida al índice AMD (ver anexos), formando un continuo que va de 25 a 100. La calificación mínima a obtener es de 20 puntos.

INTERPRETACION

25-49-----En límites normales
50-59-----Depresión leve
60-69-----Depresión moderada
70-100-----Depresión severa.

Además a cada alumno se le aplicó un cuestionario, para información general (edad, sexo, integración familiar, toxicomania, enfermedades actuales o secuelas).

Se agruparon los datos y se hizo un análisis mediante porcentajes, tasas de ataque y χ^2 . Se elaboraron gráficas y cuadros para mejor interpretación visual.

RECURSOS:

FISICOS: Instituto de Educación Básica del Municipio de Zaragoza, Chimaltenango.

ECONOMICOS: Gastos del Investigador.

MATERIALES:

- Boleta de Recolección de datos
- Test para la medición de la depresión, de W. Zung.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

			1	9	9	6		
ACTIVIDADES	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
SELECCION DEL TEMA								
ELECCION DE ASESOR Y REVISOR								
RECOPIACION BIBLIOGRAFICA								
ELABORACION DE PROTOCOLO								
AUTORIZACION DE LA INSTITUCION								
APROBACION DEL PROYECTO USAC								
EJECUCION DEL PROYECTO								
PROCESO DE DATOS								
ANALISIS DE DATOS								
ELABORACION DEL INFORME FINAL								
APROBACION DEL INFORME FINAL								

CUADRO # 1

PRESENCIA DE DEPRESION SEGUN EL SEXO, EN 200
ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO DEL MUNICIPIO DE ZARAGOZA,
CHIMALTENANGO. GUATEMALA 1996.

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
CON DEPRESION	28	14	45	22.5	73	36.5
SIN DEPRESION	72	36	55	27.5	127	63.5
TOTAL	100	50	100	50	200	100

FUENTE: Test de Zung y Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 2

TIPO DE DEPRESION SEGUN EL SEXO EN 200
ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO DEL MUNICIPIO DE ZARAGOZA,
CHIMALTENANGO. GUATEMALA 1996.

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
DEPRESION LEVE	24	32.87	32	43.83	56	76.7
DEP. MODERADA	3	4.1	11	15.06	14	19.16
DEP. SEVERA	1	1.37	2	2.74	3	4.11
TOTAL	28	38.36	45	61.64	73	100

FUENTE: Test de Zung y Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 3

TIPO DE DEPRESION SEGUN LA EDAD, EN ESTUDIANTES
DE SEXO MASCULINO, DEL CICLO BASICO DEL MUNICIPIO DE ZARAGOZA,
CHIMALTENANGO. GUATEMALA 1996.

EDAD EN AÑOS	DEP. LEVE		DEP. MODERA		DEP. SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
12	1	3.57	0	0	0	0	1	3.57
13	3	10.71	0	0	0	0	3	10.71
14	7	25	1	3.57	0	0	8	28.57
15	6	21.43	0	0	1	3.57	7	25
16	4	14.29	1	3.57	0	0	5	17.86
17	2	7.15	1	3.57	0	0	3	10.71
18	1	3.57	0	0	0	0	1	3.57
TOTAL	24	85.71	3	10.71	1	3.57	28	100

FUENTE: Test de Zung y boletas de recolección de datos.

CUADRO # 4

TIPO DE DEPRESION SEGUN LA EDAD, EN ESTUDIANTES
DE SEXO FEMENINO, DEL CICLO BASICO DEL MUNICIPIO DE ZARAGOZA,
CHIMALTENANGO. GUATEMALA 1996.

EDAD EN AÑOS	DEP. LEVE		DEP. MODERA		DEP. SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
12	1	2.2	0	0	0	0	1	2.22
13	6	13.3	4	8.9	0	0	10	22.2
14	15	33.3	2	4.44	0	0	17	37.8
15	3	6.7	2	4.44	0	0	5	11.1
16	5	11.1	2	4.44	1	2.22	8	17.8
17	2	4.4	1	2.22	1	2.22	4	8.9
TOTAL	32	71	11	24.3	2	4.44	45	100

FUENTE: Test de Zung y boletas de recolección de datos.

CUADRO # 5

PRESENCIA DE DEPRESION, SEGUN INTEGRACION DEL HOGAR, EN 2000
ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO DEL MUNICIPIO DE ZARAGOZA,
CHIMALTENANGO. GUATEMALA 1996.

	H. INTEGRADO		H. DESINT..		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
CON DEPRESION	57	28.5	16	8	72	36.5
SIN DEPRESION	113	57.5	14	7	127	63.5
TOTAL	170	85	30	15	200	100

FUENTE: Test de Zung y Boletas de recolección de datos.

CUADRO # 6

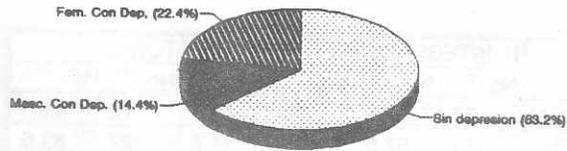
PRESENCIA DE DEPRESION, SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA, EN 2000
ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO DEL MUNICIPIO DE ZARAGOZA,
CHIMALTENANGO. GUATEMALA 1996.

	MUNICIPIO		ALDEA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
CON DEPRESION	62	31	11	5.5	73	36.5
SIN DEPRESION	114	57	13	6.5	127	63.5
TOTAL	176	88	24	12	200	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y Test de W. Zung.

GRAFICA # 1

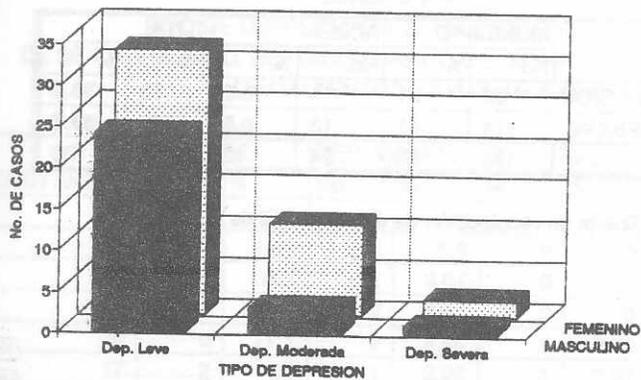
DEPRESION SEGUN SEXO EN ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO DE ZARAGOZA, CHIMALTENANGO



FUENTE: Test de Zung y Boletas de recolección de datos.

GRAFICA # 2

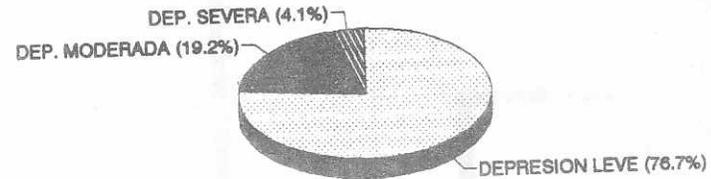
DEPRESION SEGUN SEXO EN ESTUDIANTES CICLO BASICO DE ZARAGOZA, CHIMALTENANGO



FUENTE: Test de Zung y boletas de recolección de datos.

GRAFICA # 3

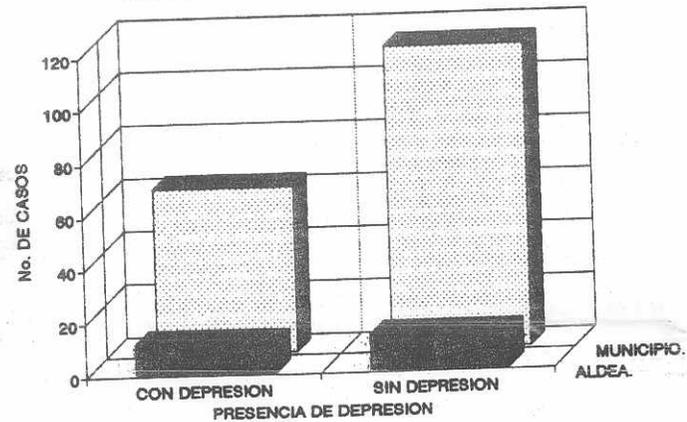
TIPO DE DEPRESION EN ESTUDIANTES DE CICLO BASICO DE ZARAGOZA, CHIMALTENANGO



FUENTE: Test de Zung y boletas de recolección de datos.

GRAFICA # 4

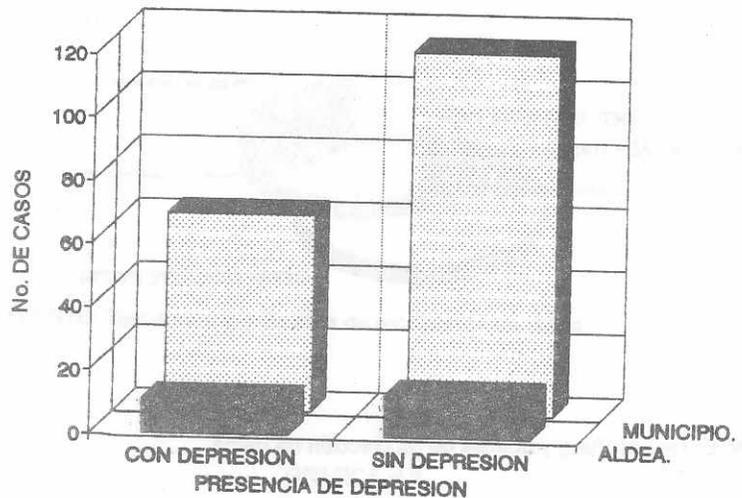
DEPRESION SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA ESTUDIANTES, CICLO BASICO, ZARAGOZA.



Test de Zung y boletas de recolección de datos.

GRAFICA # 5

DEPRESION Y LUGAR DE RESIDENCIA ESTUDIANTES, CICLO BASICO, ZARAGOZA.



FUENTE: Test de Zung y boletas de recolección de datos.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se efectuó el estudio en 200 estudiantes del Ciclo Básico del Municipio de Zaragoza, Chimaltenango; durante el mes de mayo de 1996.

Según los datos obtenidos en este estudio se encontró que la depresión en los estudiantes del ciclo básico del municipio de Zaragoza, es del 36.5%; de los cuales el sexo femenino es el más afectado, ya que del total de estudiantes con algún grado de depresión el 61.64% son de sexo femenino; lo cual concuerda con el estudio realizado en 1987 por el Dr. Werner O. Garcia, en 100 estudiantes de dos Institutos de la ciudad capital, en el que observamos que el comportamiento de la enfermedad es parecido, ya que en dicho estudio el porcentaje de alumnos con algún grado de depresión fue de 36%; aunque en la distribución por sexo, la diferencia fue insignificante.

El tipo de depresión más frecuentemente encontrado en ambos sexos fue la depresión leve, con 56% del total de estudiantes con depresión, detectándose únicamente 4.11 % con depresión severa; es decir 3 casos, de los cuales 2 fueron de sexo femenino. Esto es de suma importancia, ya que los casos de depresión leve pueden tratarse con mayor facilidad, utilizando terapias de bajo costo para evitar problemas posteriores; lo que significa que la gran mayoría de alumnos que presentan algún grado de depresión pueden recibir ayuda temprana para llevar posteriormente una vida normal, sin frustraciones.

Con respecto a la edad, podemos observar en los cuadros No. 3 y 4, que no existe mucha diferencia entre la distribución de la enfermedad en las distintas edades entre sexo masculino y femenino, ya que en ambos sexos existe un aumento de los casos de depresión entre los 14 y 15 años, lo cual va disminuyendo a los 16 años.

Con relación a la presencia de depresión en jóvenes según la integración del hogar, se encontró que de los 73 alumnos, que se les diagnosticó algún grado de depresión, 16 provienen de hogares desintegrados, mientras que 57 provienen de hogares integrados; por lo que bien podría decirse que el hogar integrado es un factor de riesgo para la depresión; sin embargo, si analizamos detenidamente el cuadro # 5 y además utilizamos las tasas de ataque para determinar la diferencia entre un grupo y otro nos damos cuenta que la probabilidad de presentar algún grado de depresión en los alumnos del ciclo básico del municipio de Zaragoza que provienen de hogares integrados es del 33.5%, mientras que los que provienen de hogares desintegrados es del 53.33%. Esto puede comprobarse utilizando la Significancia de Factor de Riesgo, donde $X = 4.3149$, con una probabilidad de error <0.05 y >0.01 , por lo que puede decirse que el hogar desintegrado es un factor de riesgo significativo. de error <0.05 y >0.01 .

El estado civil como la vida sexual activa fueron evaluados, encontrándose que de los 200 estudiantes incluidos en el estudio, el 100% son solteros y sólo 7 alumnos masculinos afirmaron haber tenido experiencias sexuales y ninguno presentó depresión. Estos resultados pueden relacionarse con la cultura de la población, en la cual las relaciones sexuales en adolescentes son totalmente restringidas por los padres; principalmente en las mujeres.

El uso de drogas no fue admitido más que por 2 de los estudiantes y sólo uno presentó depresión leve, esta conducta refleja que en esta población aún no se ha propagado el uso de drogas en los adolescentes.

La presencia de enfermedades crónicas y/o secuelas de enfermedad o accidente no es representativa como factor de riesgo ya que de los 24 estudiantes que afirmaron padecer enfermedades crónicas sólo 8 tenían diagnóstico; los demás lo manifestaban como "dolor en el corazón", "alergia", o no especificaron. De los 8

alumnos con enfermedades crónicas diagnosticadas, sólo 2 presentaron depresión leve. Esto puede deberse a que los alumnos que presentan enfermedades crónicas son aceptados por sus compañeros y sus familias.

Con relación al lugar de residencia de los alumnos estudiados, observamos que hay una diferencia socioeconómica evidente entre los alumnos que viven en el municipio y las aldeas. Tomando en cuenta lo referido por el Comité Internacional para la Prevención y Tratamiento de la Depresión, que indica que ésta es más alta en estratos socioeconómicos superiores, esperábamos que la incidencia de depresión sería más alta en los alumnos que residen en el municipio; pero de acuerdo al cuadro # 6 encontramos que esta situación no tiene ningún valor significativo; porque de acuerdo a la significancia del factor de riesgo, encontramos que $X = 0.009$ con una probabilidad de error >0.20 .

CONCLUSIONES

En relación a la encuesta realizada en 200 estudiantes del Ciclo Básico, del municipio de Zaragoza, Chimaltenango; podemos concluir que:

1. El porcentaje de depresión en estudiantes del ciclo básico es del municipio de Zaragoza, Chimaltenango; es de 36%.
2. El grupo más afectado es el de sexo femenino, con un 22.5%.
3. Del total de estudiantes con algún grado de depresión, el 76.7% presentó depresión leve, el 19.16% presentó depresión moderada y depresión severa un 4.11%.
4. Los alumnos que provienen de hogares desintegrados, tienen mayor riesgo de padecer algún tipo de depresión, que los que provienen de hogares integrados.
5. El principal factor de riesgo encontrado, para adquirir algún grado de depresión fue la desintegración del hogar.
6. No se observó ninguna relación entre la presencia de enfermedades crónicas y/o secuelas de accidente o enfermedad, con la presencia de depresión.
7. No se encontró diferencia significativa de presencia de depresión, entre los alumnos que viven en aldeas y los que viven en el municipio de Zaragoza.

RECOMENDACIONES

1. Crear un programa de ayuda para los estudiantes de los institutos públicos del área rural, el cual incluya la capacitación de maestros guías u orientadores, para detectar tempranamente problemas de depresión y sus desencadenantes; y así poderlos referir al tratamiento específico.

2. Divulgar la importancia de la salud mental en los adolescentes, así como el papel del médico psiquiatra en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

3. Que en la formación de todo médico general exista una guía de diagnóstico y referencia de enfermedades mentales, en especial de la depresión.

4. Por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conjuntamente con la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, implementar departamentos de Salud Mental a nivel rural para poder referir a jóvenes con problemas de depresión, sin tener limitaciones geográficas.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo, con 200 estudiantes del ciclo básico del municipio de Zaragoza. Chimaltenango.

Se utilizaron variables como: la presencia de depresión en los estudiantes; relacionada con edad, sexo, integración del hogar, presencia de enfermedad crónica, etc.

Se le aplicó un cuestionario a cada estudiante, el cual contenía datos generales. Además se les aplicó el test para la automedición de la depresión, de W. Zung.

En base a la información obtenida en la boleta de recolección de datos y el punteo obtenido en los test de W. Zung, se tabularon los datos.

Por último se determinó que el 36.5 % de los estudiantes del ciclo básico del Municipio de Zaragoza presentaron algún grado de depresión, siendo más afectado el sexo femenino. Además se encontró que el tipo de depresión encontrado con más frecuencia fue la depresión leve.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akiskal, H.S. Dysthimia: Clinical and extenal Validity. Acta Psychiatrica Scandinavica. No.3833, Vol. 89, Copenhagen,1994. Pp.50.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III.3a. ed. Washington, 1980.
3. Beenson, P.P. Trastornos del Sistema Nervioso y la conducta. En: Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna. 18a. ed., editorial Interamericana. México, 1990
4. Bobadilla, Francisco, M.C. González, Et. Al. Relación Entre Niveles de Depresión y Actitudes Hacia la Muerte. Estudio Realizado en el Hogar de Ancianas San vicente de Paul, Guatemala, USAC. Escuela de C.C. Psicológicas, Tesis de Graduación, 1982.
5. Cervera Enguix, Salvador. Depresiones de La Infancia y de la Adolescencia, Tribuna de la Depresión, No. 7, Vol. 1, 1985.
6. Climent, Carlos E. Lo esencial en Psiquiatria, Cali, Colombia, 1989.
7. Comité Internacional para la Prevención y Tratamiento de la Depresion. Las depresiones en la Clínica Cotidiana. Barcelona, 1980.
8. Conde López, Valentín. Depresión y trastornos del Sueño. Anticipación y Depresión. Vol. 1, No.9, 1994.

9. Dahalman, Beate Herpertz. La anorexia Nerviosa y la Depresión. Focus On Depression, Vol. 2, No.1, Marzo 1992. Pp.24.
10. Ey, H. et. al. Tratado de Psiquiatría. 7a. ed., Barcelona, 1975. Pp. 354.
11. García Sánchez, Werner Oswaldo. Investigación de Depresión En estudiantes de Educación Básica. Guatemala, Tesis de graduación de Médico y Cirujano. USAC, 1987.
12. Goodman, Louis, Gillman, Alfred. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, 7a.ed. México, Editorial Interamericana, 1988.
13. Helmchen, H. La expresión de la enfermedad Depresiva. Boletín de Formación WPA. Vol 1, No. 2, 1993.
14. Kaplan, Harold I. Tratado de Psiquiatría, 2a. ed, Edito. Salvat, México, 1992.
15. Katon, W. Kleinman, A. Depression and Somatization: A review American Journal of Medicine, 1982.
16. Meltzer, M. trastornos del sueño y Ansiedad, Como Perfiles sintomáticos de la Hiperactividad del Sistema Simpático Adrenal en la Depresión Mayor. Focus and Depression And Axiety. Vol 3, No. 4, Nov. 1993.
17. Mintz, J. Tratamientos de la Depresión, Vol.3, No. 3, Sept. 1993.

18. Murray c, Ross M. Las funciones cognitivas en la Depresión Mayor. Focus on Depression. Vol. 3, No. 1, Marzo 1993.
19. OMS. CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, 7a ed, Suiza, 1992.
20. OPS. Salud Mental, Boletín de la Ofician Sanitaria panamericana, Vol 101, No. 6, Dic 1986.
21. Pérez Franco, Mario Roberto. Síndrome Depresivo en el Médico Durante su entrenamiento de Postgrado Hospitalario. Guatemala, Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, Usac. 1994.
22. Ponce Argueta, Guiller mó. Incidencia de Depresión en Una comunidad Urbana Marginal. Guatemala, Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. USAC, 1986.
23. Portillo Murillo, Myron Raúl. Investigación de Depresión en familiares de Pacientes con problemas Psiquiátricos. Guatemala, Tesis de Graduación de Médico y cirujano, USAC, 1987.
24. Rodas García, Victor Eduardo. Conocimiento del Estudiante de Medicina Sobre la Depresión. Guatemala, tesis de graduación de Médico y Cirujano. USAC, 1993.
25. Terroba, G, et. al. El intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos. Salud Pública México, enero-febrero 1986.
26. Vallejo, J. Estados Depresivos. Medicine. Barcelona, sept, 1986.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: M _____ F _____ ESTADO CIVIL: C _____ S _____ U _____ D _____ V _____

TIENE NOVIO O NOVIA: SI _____ NO _____

HA TENIDO EXPERIENCIAS SEXUALES: SI _____ NO _____

RESIDENCIA ACTUAL: _____

HOGAR: INTEGRADO _____ DESINTEGRADO _____

CAUSA DE DESINTEGRACION: DIVORCIO _____ SEPARACION _____ M. SOLTERA _____

FALLECIMIENTO DE: MADRE _____ PADRE _____

VIVE CON: AMBOS PADRES: _____ SOLO PAPA: _____ SOLO MAMA: _____ SOLO: _____

MAMA Y PADRASTRO: _____ PAPA Y MADRASTRA: _____ CON ABUELOS _____

CON TIOS: _____ OTROS: _____

INGIERE ALCOHOL: NO _____ OCASIONALMENTE: _____ CONTINUAMENTE: _____

FUMA: NO _____ OCASIONALMENTE _____ CONTINUAMENTE: _____

HA UTILIZADO DROGAS: NO: _____ SI: _____ CUAL: _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA: SI _____ NO _____ CUAL: _____

PRESENTA SECUELAS DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE: SI _____ NO _____ CUAL _____

ESTA REPITIENDO EL GRADO QUE CURSA: SI _____ NO _____

SE SIENTE BIEN EN LA ESCUELA: SI _____ NO _____

ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE
LA DEPRESION

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR P.T.D.	CONTI NUA- MENTE
1. Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
2. En la mañana me siento mejor.	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	1	2	3	4
5. Como igual que antes solía hacerlo.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo molestias de constipación.	1	2	3	4
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	1	2	3	4
10. Me canso sin hacer nada.	1	2	3	4
11. Tengo la mente más clara que antes.	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo usual.	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario.	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés.	4	3	2	1
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.	4	3	2	1

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICE EAMD

CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD	CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD
20.....	25	62.....	78
21.....	26	63.....	79
22.....	28	64.....	80
23.....	29	65.....	81
24.....	30	66.....	83
25.....	31	67.....	84
26.....	33	68.....	85
27.....	34	69.....	86
28.....	35	70.....	88
29.....	36	71.....	89
30.....	38	72.....	90
31.....	39	73.....	91
32.....	40	74.....	92
33.....	41	75.....	94
34.....	43	76.....	96
35.....	44	77.....	97
36.....	45	78.....	98
37.....	46	79.....	99
38.....	48	80.....	100
39.....	49		
40.....	50		
41.....	51		
42.....	53		
43.....	54		
44.....	55		
45.....	56		
46.....	58		
47.....	59		
48.....	60		
49.....	61		
50.....	63		
51.....	64		
52.....	65		
53.....	66		
54.....	68		
55.....	69		
56.....	70		
57.....	71		
58.....	73		
59.....	74		
60.....	75		
61.....	76		