



José Luis Benavente Martín

Tese de doutoramento

**DEPRESIÓN: DISTINTAS
MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN
FUNCIÓN DE LAS VARIABLES
SOCIOCULTURALES EN UN MEDIO
GALLEGO**

Departamento de Psiquiatría, Radioloxía e Saúde Pública
Facultade de Medicina e Odontoloxía

Santiago de Compostela
1996

TÍTULO:

**Depresión: distintas manifestaciones clínicas
en función de las variables socioculturales
en un medio gallego.**

AUTOR:

José Luis Benavente Martín

benavente.gomez@gmail.com

DIRECTOR:

Raimundo Mateos Álvarez

Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina
Universidad de Santiago de Compostela

CODIRECTOR:

Carlos Carbonell Masía

Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

FECHA:

PRESENTACION: 19 de septiembre de 1995

LECTURA: 19 de abril de 1996, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela

I - INTRODUCCIÓN





I. - INTRODUCCIÓN.

Las Depresiones constituyen un problema sanitario de primer orden, especialmente si tenemos en cuenta tanto el gran número de personas afectadas, como las serias repercusiones que producen.

La elevada prevalencia de las Depresiones ha sido cuantificada en los estudios comunitarios, y en este sentido, se puede decir, que sin duda constituyen algo cotidiano para los Psiquiatras. Al mismo tiempo, no debemos olvidar que también afectan a un alto número de pacientes atendidos por otros especialistas. Las siguientes cifras nos pueden aproximar su magnitud (VALLEJO y GASTÓ, 1990): la prevalencia puntual global de la Depresión, en población general, se estima entre el 4,3% y 8%, elevándose al 15%-20% si se aplican escalas en vez de criterios clínicos. Mayor frecuencia presenta la prevalencia longitudinal, que está entre 23,6% y el 26,7%, lo que significa que alrededor de una de cada cuatro personas padecerá alguna Depresión a lo largo de su vida. Por último, no debemos olvidar las elevadas tasas de suicidio en población general, ya que en Francia provocan entre el 0,5% y el 1% de las muertes, con una incidencia anual de 21 casos por 100 mil habitantes (LEJOYEUX y cols., 1994). Los mismos autores, mediante estudio retrospectivo, determinan la existencia de Depresión en el 64% de los casos. La importancia de estos datos se acentúa si tenemos en cuenta que durante las últimas décadas se está produciendo un incremento de estas cifras.

Por otra parte, las Depresiones suelen producir una gran limitación en las personas que las padecen, con una serie de repercusiones en el entorno a nivel familiar, laboral y social. En este sentido, Alonso Fernández (1988) defiende que al calibrar la Depresión, podemos valorar el índice de bienestar o malestar de una sociedad.

Por último, es importante recordar que actualmente existen tratamientos potentes y seguros. Ya los antidepressivos Tricíclicos, los cuales constituyen clásicamente el núcleo central del tratamiento de la Depresión, tienen unas tasas de mejoría que se sitúan entre el 65% y el 90% (WOLMAN y STRICKER, 1993). Por su parte, los nuevos antidepressivos, aunque no se han mostrado más eficaces, aportan ventajas considerables con respecto a los tricíclicos. Y aparte de todos ellos, existen otros tratamientos biológicos y psicoterapéuticos útiles en Depresiones resistentes. Por todo esto, los que trabajamos en el área de la Salud Mental estamos en la obligación de realizar una labor de divulgación acerca de las Depresiones, tanto entre los profesionales sanitarios, como en la población.

El Síndrome Depresivo puede estar presente a partir del nacimiento del individuo. La privación del niño de su madre durante los primeros 6-12 meses produce una reacción estudiada por Spitz, y denominada *Depresión Anaclítica*, caracterizada clínicamente por: aprehensión y llanto, retrai-

miento, un gran retraso en el desarrollo, retardo en la reacción a estímulos, enlentecimiento de movimientos, abatimiento, estupor, anorexia, pérdida de peso e insomnio. Dicho cuadro puede ser reversible al proveer una madre sustituta. Por otra parte, también son conocidas las reacciones depresivas en animales. En experimentos con monos, se observa que al ser separados de sus madres, durante las 24-36 horas hay un distrés agudo, con excesiva vocalización y locomoción, o fase de protesta. Durante los 5-6 días siguientes, aparecen como "deprimidos", se sientan enrollados con la cabeza entre las piernas, casi como una bola, es la fase de desesperación. Por lo tanto, en ambos casos hay una primera etapa de Protesta, seguida por una posterior de Desesperación (ALONSO y cols., 1991).

Según diversas escuelas, la Depresión se ha entendido como una agresión llevada hacia uno mismo, o como la "pérdida del objeto", o bien como la pérdida de las fuentes de refuerzo. Arieti y cols. (1980) definen como lo característico de la Depresión la limitación de modos alternativos de pensamiento y como una autoinhibición ante nuevas experiencias.

Por su parte, la *Teoría Cognitiva de Beck* defiende que una vez iniciado el cuadro, puede presentar su propia autonomía, apareciendo una distorsión del concepto de sí mismo, de los otros, del futuro y del entorno. La extensión como el individuo acepta esta distorsión y se siente incapaz de luchar contra ella define el continuum entre Depresión moderada-Neurótica y severa-Psicótica.

Por lo tanto, entendemos que las Depresiones se pueden presentar como algo elemental en la naturaleza humana, y también pueden ser consideradas como el resultado de complejas interacciones individuo-ambiente. En este sentido, algunos autores defienden las *Teorías Multifactoriales*. Akiskal y Mckinney (1973) piensan que las Depresiones pueden ser causadas por la interacción de factores genéticos, químicos, del desarrollo e interpersonales.

Paykel (1985) nos resume el proceso por el que evolucionó el concepto de Depresión, a lo largo de la historia de la medicina: el término *Melancolía* fue acuñado por Hipócrates durante el siglo IV a.C. y Galeno explicó la bioquímica de la melancolía en su teoría de los humores el siglo II d.C. Este término fue el habitualmente utilizado para definir a las Depresiones hasta finales del siglo XIX. Por el contrario, el concepto de *Manía* habitualmente se usaba para indicar un desorden de tipo psicótico, que se diferenciaba del delirio en que el paciente no tenía fiebre, por lo enlobaba una serie de disfunciones muy amplia, incluida la esquizofrenia. Posteriormente, a finales del siglo pasado empieza a emerger un concepto del Desorden Afectivo, similar al que ha prevalecido hasta la actualidad. Los escritos de Falret y Baillarger empezaron a hablar de *folie a double forme* y de *folie circulaire* para describir un desorden que era habitualmente grave y para subrayar que podía adoptar un carácter bipolar. Más tarde, Kahlbaum acuñó el término *Distimia*, que usaba para referirse a una forma crónica de melancolía, y *Ciclotimia* a un desorden que se caracteriza por las oscilaciones del estado de ánimo. Kraepelin conservó el término *Melancolía*, pero lo usó sólo para referirse a los desordenes depresivos que aparecen en las senectud, y por primera vez le dio importancia al término *Depresión*. Sabía que muchos pacientes deprimidos tendían a fluctuar hacia la manía, y en consecuencia unificó la Depresión y la manía en un solo desorden.

Rojo (1989) destaca que las limitaciones actuales en el estudio de las Depresiones, se deben a que existen serias dificultades básicas: hay pro-

blemas tanto a la hora de definir el concepto de afectividad, como al intentar delimitar sus trastornos. La definición de la vida afectiva es muy dificultosa por dos razones; primero, por estar omnipresente en todos los otros procesos psíquicos: como percepción, juicio, memoria y conceptualización. Y también, por ser la vida afectiva excesivamente proteiforme: hambre, sed, apetito sexual, agresividad, alegría, tristeza, miedo, cólera y sentimientos estéticos.

Por su parte, Vallejo (1989) afirma que en la nosología de los Trastornos Afectivos existen hoy día una serie de lagunas como las dudas acerca de la Depresión como enfermedad, síndrome, síntoma o vivencia normal. También hay problemas en establecer los límites con la Ansiedad, o las fronteras con las Psicosis Afectivas y la Esquizofrenia. En otras ocasiones es difícil diferenciar Depresiones crónicas y los Trastornos de la Personalidad. Por último, desde hace años se viene discutiendo la naturaleza unitaria o múltiple o la dimensionalidad o categorialidad de estos trastornos.

En este sentido, Paykel (1985) destaca el que la definición de Depresión es aún muy imprecisa y demasiado sobreinclusiva. Por lo tanto, carece de utilidad clínica para predecir la respuesta al tratamiento, así como validez investigadora, si lo que intentamos es aislar grupos que sean homogéneos y bien definidos.

Otro de los problemas con el que nos encontramos es que, en los distintos estudios, se suelen utilizar muestras diversas y criterios distintos, lo que dificulta la homogeneización de los resultados. Hamilton (1989) puntualiza que las descripciones clásicas de la Depresión generalmente se han realizado en enfermos hospitalizados, pero que en la clínica se ven muchos pacientes que presentan un Síndrome que es más leve, y que no requiere hospitalización.

Para Fernández da Fonseca (1989), los Síndromes Depresivos, además de ser muy comunes, parecen ser muy heterogéneos, tanto en lo que respecta a la causa y mecanismos que los determinan, como a la variedad de su expresión clínica, circunstancia que dificulta su ordenación. Finalmente, Alonso Fernández (1988) considera la Depresión como una verdadera encrucijada entre cuerpo y alma.

1.1.- MOTIVACIÓN PERSONAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

Desde los primeros momentos en que entré en contacto con la clínica psiquiátrica tomé conciencia de la importancia de la sintomatología depresiva en nuestra especialidad. No se trata simplemente de una serie de capítulos destacados en los Tratados de Psiquiatría, sino un problema con el que diariamente tenemos que enfrentarnos.

Me llamó la atención las diferentes formas en que las Depresiones se presentaban en la consulta. Las quejas iniciales por parte de los pacientes eran diversas, y en ocasiones opuestas de unos pacientes a otros: en ocasiones referían miedo a la muerte, en otros casos deseaban fervientemente morir; algunos tenían pérdida de apetito o insomnio, mientras en otros crisis bulímicas o hipersomnias; y si en ciertos casos deseaban estar solos, en otros no soportaban la soledad.

Para aumentar mis dudas, observé que algunos de estos pacientes cumplían criterios de cualquier otro diagnóstico Psiquiátrico, con mayor o menor sintomatología depresiva, y que podían responder favorablemente a los llamados antidepresivos. Por lo que, además de las Depresiones, ya en sí polimorfos, nos encontramos con unos cuadros satélites, que en ocasiones se han llamado *Equivalentes Depresivos*.

Por otra parte, la falta de pruebas diagnósticas objetivas, que delimiten el campo de las Depresiones, constituye otra dificultad. En este sentido, en las Depresiones ambulatorias, la mayor parte de los datos sobre los que se realiza el diagnóstico parte de la información que el paciente nos refiere, siendo menos los signos objetivables.

Eliminados los casos de simulación, se sabe que hay distintas formas de percibir los cambios físicos y psíquicos, y mientras en ocasiones se infravaloran o niegan, en otros, los cambios que pueden ser considerados como normales o mínimos, son hipertrofiados. También existen muchas diferencias en la forma de comunicarlo, observando que algunos pacientes se muestran más inhibidos que otros.

Sabemos que son diversos los factores que pueden influir en la modificación de la expresividad clínica de las Depresiones: Severidad del cuadro, grupo nosológico, características individuales o ambientales. Siendo en estas últimas sobre las que se centra nuestro trabajo. Trataremos de aislar los síntomas sobre los que influyen las variables sociales, y por otra parte, los que no se modifican en función de estas. Posteriormente buscaremos en qué medida influye cada una de las variables sociales en cada síntoma.

De entre la amplia revisión bibliográfica realizada, no hemos encontrado trabajo clínico alguno que profundice tanto en las características de las Depresiones, respecto al hábitat rural-urbano, por lo que consideramos que nuestras aportaciones pueden ser interesantes, dentro del complejo mundo de las Depresiones.

II - REVISIÓN CONCEPTUAL



II. - REVISIÓN CONCEPTUAL.

2.1- EXPRESIVIDAD CLÍNICA DE LAS DEPRESIONES.

Las Depresiones tienen una expresividad clínica muy proteiforme, constituyendo las alteraciones del área puramente afectiva las más constantes. El humor depresivo, el cual está presente prácticamente siempre, se considera el síntoma básico de la Depresión. Según Paykel (1985) los tres síntomas más frecuentes, y que se encuentran en casi todos los pacientes, son: el abatimiento (humor depresivo), la pérdida de interés y la Ansiedad. También Hamilton (1989) coincide en la triada de síntomas que aparecen más repetidamente.

Alonso Fernández (1984-b) engloba la sintomatología depresiva en cuatro dimensiones básicas: el Humor Depresivo, el Hundimiento Energético, la Discomunicación y la Ritmopatía; destacando el autor que los dos primeros se manifiestan en el plano psíquico y somático (TABLA-2.1).

TABLA 2.1.- EXPRESIVIDAD CLÍNICA EN LOS PLANOS PSÍQUICOS Y SOMÁTICOS DE LAS DIMENSIONES HUMOR DEPRESIVO Y HUNDIMIENTO ENERGÉTICO.

PLANO PSÍQUICO	PLANO SOMÁTICO
Pesimismo	Sentimientos Displacentero
Desesperanza	- Difusos
Amargura	- Localizados
Ideación Depresiva	Hundimiento
Disminución de la Iniciativa	Adinamia y/o Astenia
Dudas	Perdida de Apetito, Peso y Libido
Pensamiento Lento, Oscuro y Reiterativo	Predominio Parasimpático
Falta de Fantasías	
Incapacidad de Concentración	

(ALONSO FERNÁNDEZ, 1984).

Constituye una aportación de este autor (ALONSO, 1988) el considerar la Discomunicación como una dimensión independiente, tanto a nivel sensorial, como afectivoemocional, y en ocasiones con alteración psicomotora: hay una incapacidad tanto como emisor como receptor de mensajes, en el primer aspecto hay una tendencia al alejamiento excesivo, y en el segundo se

suelen captar los mensajes distorsionados. Por último, también en el depresivo hay una disminución de la capacidad de sintonización vital, con una postura introvertida, y que muchas veces culmina con un bloqueo de la comunicación.

En nuestra Revisión Conceptual, en primer lugar hacemos un análisis detallado de la sintomatología depresiva, agrupándola en varios apartados: Síntomas puramente Afectivos, Síntomas Somáticos, Síntomas Cognitivos, Área de la Ritmicidad y Alteraciones de la Psicomotricidad. Posteriormente analizamos como los factores demográficos, socioculturales y clínicos pueden influir en la expresividad de las Depresiones.

2.1.1.- Manifestaciones Psicoafectivas.

La característica primordial de las Depresiones es el cambio del estado de ánimo en forma de **Tristeza** vital y profunda que envuelve al sujeto y afecta a todas las parcelas de individuo.

Chinchilla (1991) opina que el humor deprimido está siempre presente en mayor o menor grado, a pesar de que los pacientes pueden no mencionarlo por miedo ser etiquetados de débiles o neuróticos. En otras ocasiones puede quedar oculta por otros síntomas psíquicos del cuadro depresivo, que aparecen en un plano más destacado.

Por su parte, López Ibor (1979) refiere que lo que está alterado en el Melancólico no es la capacidad de experimentar Tristeza, sino la de manifestarla. Ante una desgracia el Melancólico siente la misma Tristeza, pero por su enfermedad está impedido a transparentarla con la misma intensidad que los demás. En este sentido, indica que el núcleo de la Depresión consiste en la imposibilidad de estar Triste, de hecho, cuando empieza a desatarse el nudo de las lágrimas, se anuncia un principio de mejoría de la enfermedad. En el depresivo existe un "estasis" o estancamiento de la existencia, con la imposibilidad de sentir correr el tiempo, o de sentirse inmerso en el tiempo, por lo que el enfermo no se siente vivir. También Ramos y cols. (1990, 1991-b) observan una distinta cualidad de Tristeza entre los depresivos con Melancolía y sin ella; sin encontrar diferencias significativas respecto al sexo, edad y nivel socioeconómico o educativo, o a la presencia de Acontecimientos desencadenantes o estresores crónicos. No obstante, los mismos autores relacionan más recientemente este síntoma más con las Depresiones en general, que exclusivamente con las de características Endógenas (RAMOS y cols., 1993).

Finalmente, para Nelson y Charney (1981) la distinta cualidad del ánimo depresivo no es claramente independiente de la severidad del ánimo depresivo o la falta de reactividad.

Por otra parte, se define la **Anhedonia** como una incapacidad de obtener o experimentar placer. Se presenta en depresivos más severos, con características clínicas Endogenomórficas o Melancólicas, una mejor respuesta al tratamiento y, por lo tanto mejor pronóstico (CLARK y cols., 1984). Por su parte, Fawcett y cols. (1983) también relacionan la Anhedonia con menor edad, sexo femenino, mayor desesperanza y deterioro social y familiar y me-

nor neuroticismo; mientras los hedónicos: mayor hipocondriasis, Irritabilidad, indecisión y pesimismo. Por el contrario, el grupo de síntomas vegetativos-somáticos como alteraciones del sueño, del peso o la fatiga no se diferencian entre ambos grupos.

Vallejo y Gastó (1990) destaca la falta de tono Hedónico como la característica primordial de los cuadros depresivos Melancólicos, con una pérdida demasiva de los mecanismos normales de anticipación y consumación hedónicos. La Depresión patológica también suprime la resonancia emocional, es decir, el melancólico es incapaz de adecuar sus emociones a las contingencias ambientales. Existe una amortiguación de todas las funciones: motoras, apetitivas y cognitivas. Por lo tanto, la anhedonia se asocia a la pérdida de Apetito, la Disminución del la Libido, la tendencia al Aislamiento y el Abandono de trabajo y aficiones.

Por último, debemos recordar que aunque la Anhedonia se considera un síntoma cardinal de la Depresión, no es exclusiva de éste cuadro, pues también se presenta en otros Trastornos psiquiátricos (SILVERSTONE, 1991).

Chinchilla (1991) define la **Ansiedad** como una emoción de tonalidad displacentera, caracterizada por un estado de aprensión, inquietud, aumento de la tensión psíquica y/o física, preocupación, estado de alerta, incapacidad para relajarse y temor de que va ocurrir algo grave: morir, volverse loco o realizar un acto incontrolable. Además se acompaña de Síntomas Somáticos como palpitaciones, dolor precordial, sequedad de boca, cefalea, mareo, sudoración, indigestión, aerofagia y con menor frecuencia dolor cólico y diarrea.

Sobre la asociación entre Ansiedad y Depresión, Stavrakaki y Vargo (1986) citan tres hipótesis básicas. Las teorías unitarias defienden que la Ansiedad y la Depresión difieren sólo cuantitativamente, tratándose de fases distintas de Trastornos afectivos, con variación de las proporciones de Depresión y Ansiedad a lo largo del tiempo. Por su parte, Kendell (1974) encuentra una variación del diagnóstico de Ansiedad a Depresión a lo largo de los cinco años de seguimiento en un 24% de los pacientes, y en sentido inverso en el 2%.

Por el contrario, las posiciones pluralistas afirman el que la Depresión y la Ansiedad difieren cualitativamente. En este aspecto, Ballus (1987) resume algunas de las características diferenciales clínico-evolutivas entre Ansiedad y Depresión (TABLA 2.2).

Por último, existe un tercer planteamiento que determina que el cuadro combinado de Ansiedad y Depresión difiere cualitativa y cuantitativamente de los cuadros depresivos y ansiosos puros, presentando el grupo mixto cierta tendencia a la cronicidad, reducida respuesta a las terapias convencionales y peor pronóstico (CORYELL y cols., 1992). En este sentido, el mismo autor (1992) observa una alta relación entre Ansiedad y Depresión: los pacientes con cuadros de Ansiedad, la sintomatología depresiva es más antigua y más severa, mostrando más patología depresiva durante los siguientes cinco años.

También en un reciente estudio (ANDRADE y cols., 1994) se obtiene un riesgo de comorbilidad entre Crisis de Ansiedad y Depresión Mayor, a lo largo de la vida, muy superior a lo esperado (O.R.: 11.4, 95%). Destacan los autores que la severidad del cuadro es mayor cuando están presentes los dos, con más culpa, ideación suicida y cambios en la psicomotricidad. En

cualquier caso, teniendo en cuenta la severidad del cuadro, las características clínicas no ofrecen diferencias entre las Depresiones con y sin crisis de Ansiedad. Por su parte, Ball y cols. (1995) estudian pacientes con Crisis de Pánico, observando una significativa presencia de Síntomas Depresivos en la muestra, destacando: la Fatiga, el Insomnio y las dificultades en la Concentración.

TABLA 2.2.- DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

ANSIEDAD	DEPRESIÓN
- Antecedente Infantiles y Adolescentes de Neuroticismo o Personalidad Neurótica	
- Tendencia a Empeorar a lo Largo del Día	- Peor por la Mañana, Mejor por la Tarde.
- Facilidad de Respuesta Fisiológica Periférica (Vegetativa)	- Disminución de Apetito, Peso y Libido
- Comienzo Antes de los Treinta	- Comienzo después de los Treinta
- Insomnio Primario	- Insomnio Terciario
- Contenidos de Sueños Angustiosos	- Sueños Tristes o Fúnebres
- Carácter más Permanente o Critico	- Carácter más Fásico o Curvilíneo
- Peor Pronostico a Largo Plazo	- Mejor Pronostico a Largo Plazo
- Preocupaciones Proyectadas Hacia El Futuro	- Dependencia del Pasado

(BALLUS, 1987)

Boulenger y Lavallee (1993) revisan el concepto de Ansiedad y Depresión Mixtas, recordando sus semejanzas con el *Síndrome Neurótico General de Tyrer*, el cual se caracteriza por: cambios en la primacía de la Depresión o la Ansiedad a lo largo de la vida; las manifestaciones se presentan en ausencia de Acontecimientos Estresantes mayores; asociados a personalidades con rasgos dependientes o inhibidos; y probablemente se asocian con antecedentes familiares.

De todos modos, en los pacientes con Depresión Mayor, la presencia de crisis de Ansiedad, se relaciona con mayor severidad, que los que sólo presentan Depresión Mayor (GRUNHAUS y cols., 1994). De los síntomas estudiados, el Insomnio de mantenimiento, la Ansiedad generalizada y los síntomas Obsesivo-compulsivos, se presentan con mayor probabilidad en los primeros.

Finalmente, D.A. Clark y A. Beck (1994) comparan las características clínicas de pacientes con Ansiedad y Depresión, mediante un Análisis Discriminante, destacando entre los primeros los síntomas autonómicos, cogniciones amenazantes y Ansiedad subjetiva y tensión. Por su parte, en los segundos son más frecuentes la Anhedonia, las cogniciones sobre Incapacidad personal y Pérdida y el estado anímico Disfórico. En cualquier caso, observan que las Distimias y los Trastornos por Ansiedad generalizada están más próximos, y que por el contrario, las Depresiones Mayores y las Crisis de Ansiedad, son las que más diferencias ofrecen.

La **Hostilidad** también es un síntoma habitual en los cuadros depresivos, y frecuentemente relacionado con la Ansiedad. En este sentido, Paykel

(1985) piensa que la Ansiedad se manifiesta no sólo como un continuo estado de aprensión, sino también como Irritabilidad y explosiones de cólera ante la más pequeña frustración. También Kendell (1976) opina que síntomas como Irritabilidad, Agorafobia moderada, Ansiedad, Agitación e Ideas de culpa son comunes en cuadros ansiosos y depresivos.

Con respecto a las diferencias entre sexos, los resultados son confusos. En un amplio estudio comunitario en Argentina, aplicando PSE-RDC, se encuentra una mayor prevalencia de Irritabilidad en las mujeres (ASZKENAZI, 1984). Similares resultados obtienen Frank y cols. (1989), los cuales comparan 230 pacientes depresivos en función del sexo, y el síntoma que más diferencias refleja es la Irritabilidad. Por el contrario, en pacientes de Medicina General, Gonçalves y cols. (1991) encuentran una mayor tendencia a la Heteroagresividad entre los varones deprimidos (DSM-III), aunque señala que remite al mejorar la Depresión, cosa que no sucede en las mujeres. También Pilowsky y Spence (1975) observan que los hombres y los de bajo nivel socioeconómico, manifiesta Hostilidad más fácilmente. Por último, Snaith y Taylor (1985) no encuentran diferencias significativas entre sexos en este sentido. Por el contrario, hay una clara tendencia al predominio de la Irritabilidad en los depresivos de menor edad (PILOWSKY y SPENCE, 1975; ASZKENAZI y MARTINA, 1984; SNAITH y TAYLOR, 1985).

También parece existir cierta relación con rasgos de personalidad (VALLEJO y GASTÓ, 1990). Estudiando a un grupo de pacientes ingresados por Depresión (N=68), Pilowsky y Spence (1975) encuentran una mayor puntuación en el ítem rabia en los depresivos no Endógenos. Fava y cols. (1982) observaron que las mujeres con Personalidad Histórica muestran un incremento de la Hostilidad con el empeoramiento de la Depresión, mientras que en las obsesivas, o bien no se presenta esta relación, o es inversa.

Por otra parte, también se asocia la Hostilidad con factores neurológicos, endocrinos, al abuso de alcohol (SNAITH y TAYLOR, 1985), tóxicos, o una incipiente demencia (VALLEJO y GASTÓ, 1990). Por otra parte, se observado una escasa relación entre Acontecimientos Vitales y Hostilidad (FAVA y cols., 1982).

Kendell y Gourlay (1970) plantean la hipótesis que la Depresión es causada por una inhibición de la respuesta agresiva a la frustración. Se basan en datos obtenidos de la comparación entre diferentes culturas. Por ejemplo, los Hutteritas, donde hay un fuerte tabú contra la agresividad física, existe una alta frecuencia de Depresión. Por el contrario, en culturas primitivas, donde la violencia es aceptado como algo diario, la Depresión es infrecuente. También refiere tasas inversas en distintos países entre homicidios y suicidios: en países como México y Gautemala, donde hay una alta tasa de homicidios, es escasa la frecuencia de suicidios.

En este sentido, Alonso Fernández (1988) piensa que la disminución de la incidencia de la Depresión durante los periodos de tumulto, lucha y guerra se debe una alta cohesión social, unida a una abundancia de motivaciones que invaden el medio. Señala que estas circunstancias llevan a la elaboración de la agresividad en una dirección externa.

Por su parte, Schless y cols. (1974) también encuentran diferencias en este sentido al estudiar a 37 pacientes depresivos, observa que en los que tienden a orientar su Hostilidad hacia el interior, existe una relación entre le grado de Hostilidad y la severidad de la Depresión. Por el contrario, en los que tienden a orientarla hacia el exterior, aquella se relacio-

na con los rasgos de Personalidad Histéricos y el resentimiento. En cualquier caso, es importante tener en cuenta que la Hostilidad se observa con mayor frecuencia en los individuos que protagonizan tentativas de suicidio (FAVA y cols., 1982).

2.1.2.- Síntomas y signos somáticos.

Dentro de los Síntomas Somáticos consideramos tres grandes grupos. En primer lugar los Trastornos Vegetativos, y principalmente en el aspecto del sueño y la alimentación; y en segundo lugar las Quejas y Molestias somáticas.

Existen diferencias respecto a la especificidad de los síntomas neurovegetativos y las Depresiones. Según Nelson y Charney (1981) aparecen en cuadros Endógenos y no Endógenos, asociándose más con una respuesta no específica al Estrés. Por el contrario, Mathew y cols. (1982) comparan pacientes deprimidos y ansiosos, y observan que en los primeros predominan: Pérdida de apetito y peso, Inquietud durante el sueño, Despertar precoz e Insomnio de conciliación, sin hallar diferencias en el resto de síntomas.

Señalan Ayuso y Saiz (1987) que los Trastornos del **sueño** son de los síntomas biológicos que más frecuentemente presentan los depresivos, y de ellos el Insomnio es el más común. Añaden que el Insomnio de conciliación, o el retraso del sueño, con reducción total del mismo, es el más frecuente, y se asocia con las Depresiones neuróticas.

Chinchilla (1991) indica que al aumentar la severidad de la enfermedad, este tipo de Insomnio, tiende a extenderse e incluir los otros, de mantenimiento y precoz. Es por esto, que para algunos autores (PAYKEL, 1985), el Insomnio precoz parece en realidad más indicativo de la severidad de la enfermedad. También, el Insomnio matutino o de despertar precoz, se ha relacionado con los deprimidos de mayor edad (CHINCHILLA, 1991) y las Depresiones Endógenas (AYUSO y SAIZ, 1987). Este mismo autor señala que lo que existe en el Insomnio precoz es un adelantamiento del sueño, conservando la cantidad total.

Por el contrario, entre un 15% y un 20% de los depresivos tienen Hipersomnia, con mayor frecuencia entre las Depresiones Bipolares, y las que tienen menos Acontecimientos Estresantes previos (AYUSO y SAIZ, 1987). Este síntoma se suele asociar con Anergia-Hipoactividad, aumento de apetito-peso e Insomnio de mantenimiento o precoz. En cualquier caso la arquitectura del sueño está igualmente alterada en los depresivos insomnes e hipersomnes, con acortamiento del periodo de latencia REM, y reducción del periodo de sueño en fases tres y cuatro (GARVEY y cols., 1984).

Según Paykel (1977) la variación de **peso** en la Depresión se atiene a este esquema: el 66% esta disminuido, en 14% aumentado, y en el 20% no hay cambios. También señala, que en general, las personas que muestran más cambios en la conducta alimentaria son los más jóvenes y las mujeres; y que mientras que el aumento de peso y la bulimia se asocia con Depresiones moderadas, la pérdida de apetito y peso con las más severas; de hecho, en los

pacientes con ideación delirante, es el Trastorno de la alimentación que se observa.

Por el contrario, no está clara su mayor presencia en los cuadros Endógenos o Melancólicos. Mientras algunos autores como Feiberg, determinan la pérdida de peso como el factor más importante para distinguir la Depresión Endógena, otros lo rechazan pues consideran a los cambios vegetativos como una respuesta inespecífica al Estrés presente en los cuadros psíquicos acentuados (VALLEJO y GASTÓ, 1990). Centrándose en el síntoma pérdida de apetito, en una revisión de 13 estudios mediante Análisis Factorial, no se muestra como un ítem importante a la hora de valorar las Depresiones Endógenas, ya que en la mitad de ellos se encuentra una asociación moderada, y en la otra mitad, era escasa o no significativa (NELSON, 1981).

Alonso (1988) cita cuatro factores que influyen en la modificación del apetito y peso durante la Depresión: la edad, el sexo, la historia alimentaria y ponderal previa y el tipo de Depresión. Hay que tener en cuenta que hay depresivos que tienen historia previa con grandes variaciones de peso, con algún momento de sobrepeso, lo que puede considerarse como una obesidad latente, o como un incremento del apetito y peso como respuesta al Estrés (ALONSO, 1988).

Por otra parte, hay Depresiones que se asocian con bulimia y obesidad, y estas suelen tener un curso más desfavorable, se encronizan con más facilidad, constituye un predictor de resistencia terapéutica y existen más riesgos vitales (ALONSO, 1988). La ingesta excesiva es un fenómeno frecuente en mujeres en respuesta a sucesos Estresantes de la vida diaria. El aumento de apetito se relaciona más con la Ansiedad (CHINCHILLA, 1991), así como con la tensión premenstrual y la disminución del interés sexual (PAYKEL, 1977).

Schuman y cols. (1987) piensan que no se sabe hasta donde estas conductas son una forma de gratificación, o por el contrario, pueden corresponder a un mecanismo por parte del paciente para reajustar su funcionamiento cerebral.

Para Alonso Fernández (1988) los cuadros clínicos que se asocian a la obesidad pueden englobarse en dos sectores: por una parte, ciertos cuadros intensos de Depresiones Endógenas, y con menos intensidad Depresiones Situacionales. Por otra parte, algunos cuadros larvados y atípicos como la Depresión Ansiosa, la Depresión de Klein-Levin y la Depresión Estacional.

La *Depresión Ansiosa*, de estirpe predominantemente neurótica, suele acompañarse por una gran avidez por los alimentos, con crisis bulímicas, preferentemente nocturnas, y con preferencia por hidrocarbonados. Por su parte, la *Depresión estacional* suele ser una Depresión Bipolar que prevalece en las mujeres. Se manifiesta por un cuadro ligero y atípico, integrado por Hiperfagia, con gran avidez por carbohidratos, obesidad e Hipersomnia y algunas veces pérdida de interés sexual. También el *Síndrome de Klein-Levin* se caracteriza por obesidad, Hiperfagia, Hipersomnia, Hiperactividad de la libido y accesos de Irritabilidad, en tanto que los síntomas de la Depresión son menos frecuentes. La Bulimia a base de dulces y chocolates se asocia a Depresiones atípicas, y en concreto a la llamada *Disforia Histeroide*, siendo más frecuente entre las mujeres. Cambios de humor, enamoramiento fácil, desconsuelo por desengaño amoroso y vulnerabilidad a la aprobación o desaprobación de los otros son características que se asocian con estas pacientes bulímicas.

Las **Quejas Somáticas** psicógenas constituyen el mayor problema sanitario público, porque un elevado número de médicos dedican gran parte de su tiempo a examinar, investigar y tratar a estos pacientes (KELLNER, 1985).

En este sentido, la presencia de Síntomas Somáticos para manifestar un malestar psíquico ofrece ciertas *ventajas* y algunos *inconvenientes* (LLOYD, 1989). Entre las primeras está la adopción del papel de paciente de una forma aceptada, también se evita la responsabilidad sobre la enfermedad, y por último, la severidad de la Depresión es reducida. Por el contrario, los inconvenientes son el que nos encontramos son: un Trastorno psiquiátrico no tratado, con inapropiados estudios por parte de los médicos, el riesgo de enfermedades iatrogénicas y una conducta de enfermedad inapropiada.

Paykel (1985) destaca la pérdida de energía, Astenia o fatigabilidad es un síntoma frecuente en la Depresión, y se expresa en los aspectos físicos y psíquicos. Los pacientes refieren dificultad para iniciar cualquier actividad y el que se cansan en seguida.

Chinchilla (1991) por su parte, indica que la Astenia aparece con mayor frecuencia en las Depresiones neuróticas; y recuerda que no sólo aparece en los Trastornos Afectivos, sino que también se presenta en otros cuadros psiquiátricos y somáticos, como: bulimia nerviosa, hiperventilación, alcoholismo, apnea del sueño o infección viral crónica. También Jolly y cols. (1994), en un grupo de adolescentes (n=96), y mediante Análisis Multivariante observan una relación entre Ansiedad, más que Depresión, y Síntomas Somáticos.

Dentro de este aspecto, Blacker y Clare (1987) señalan que una proporción de pacientes depresivos presentan síntomas somáticos en la consulta de Medicina General, pero no está justificado el asumir que son la mayoría; y que aquellos pueden ser fácilmente identificados si son interrogados sobre los síntomas cognitivos y fisiológicos. En este sentido, Cathebras y cols. (1993), en un estudio con una muestra de consulta de Atención Primaria (n=686), encuentran una elevada frecuencia de pacientes diagnosticados de Depresión actual (17.2%) o anterior (45.2%), entre los que refieren fatiga. Analizando este grupo de pacientes con ambos diagnósticos, encuentran una mayor frecuencia de síntomas físicos inexplicados, Estrés, mayor atribución patológica a estos síntomas y problemas emocionales.

Las quejas somáticas se presentan con mayor frecuencia en las Depresiones unipolares y neuróticas y encuentra una diferencia significativa entre los grupos en la escala de neuroticismo del Inventario de Personalidad de Eysenck (MATHEW y cols., 1981). Por el contrario, no se observan en la fase depresiva de la Depresión Bipolar (BEN-TOVIM y SCHWARTZ, 1981).

Es frecuente encontrar en los pacientes deprimidos síntomas como: Trastornos del sueño, Fatiga, mareos y síntomas gastrointestinales (WILSON y cols., 1983). En principio, los pacientes psiquiátricos tienen un mayor número de molestias somáticas debido a la Ansiedad; y por otra parte, también es posible que los depresivos tengan de hecho más enfermedades somáticas. Por último también la mayor frecuencia de ancianos entre los depresivos puede influir, pues en ellos hay una mayor prevalencia de Trastornos somáticos.

Ya en 1972 López Ibor perfila lo que denomina la *Depresión Enmascarada*: las manifestaciones de la Depresión son fáciles de reconocer, pero en

ocasiones existen otros síntomas y los típicos de la Depresión no aparecen, manifestándose como sintomatología equivalente a aquella.

En este sentido, Von Korff y cols. (1993) estudian un amplio grupo (n=803) a lo largo de tres años, y observan que la preexistencia de síntomas depresivos se asocia con el incremento del riesgo de padecer Cefaleas o dolor en torácico, y especialmente si se trata de Depresiones Crónicas. Por el contrario, no se asocia con dolor de espalda o abdominal. Concluyen los autores sugiriendo que en determinados individuos la susceptibilidad a síntomas somáticos o psíquicos se relaciona con la vulnerabilidad de la respuesta al Estrés.

En 1982, Blumer y Heilbronn proponen el *Pain-Prone Disorder*, relacionándolo con una serie de características clínicas como: inactividad, anhedonia, Insomnio y desesperanza. Como rasgos de personalidad destaca una tendencia a negar los conflictos, con antecedentes de trabajos intensos, una esposa dominante y una historia personal o familiar de Depresiones o alcoholismo. En resumen se caracterizan por la alexitimia, y los rasgos de dependencia y pasividad. Finalmente sitúan el cuadro como una variante crónica de la Depresión, y en relación con los Trastornos Somatoformes.

Hay cada vez un predominio mayor de las Depresiones Somatomorfas, según Alonso (1988) el que esto suceda se debe a varios factores: el radical hedonismo somático de la cultura occidental; la alexitimia o incapacidad para reconocer y/o manifestar los propios sentimientos que afecta cada vez a un número de personas mayor; y la inclinación de la Depresión larvada a encronizarse.

A menudo, el paciente selecciona las molestias somáticas de la Depresión, minimizando el componente cognitivo. Según esto, la somatización en un paciente con Depresión Mayor puede definirse como la percepción selectiva y focalización en los síntomas somáticos de la Depresión, negando o minimizando los cambios afectivos o cognitivos (KATON y cols., 1982). Este mismo autor añade que podemos encontrarlas en una serie de cuadros psiquiátricos como: Trastorno por somatización, Trastornos por Ansiedad, Trastornos Obsesivo-compulsivos, Trastornos Reactivos, Trastorno por Personalidad Histérica o Límite, Trastornos Facticios, Trastornos por Conversión, Hipochondriasis y Simulación.

Koss (1990) considera a las quejas somáticas como el "uso del cuerpo como canal de comunicación", o como el "resultado de la atención focalizada en el cuerpo", o "el idioma del Estrés" o "la manera de hacer que se canalice el sufrimiento".

En la etiología de las somatizaciones se citan factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. En los primeros se incluyen los aprendidos durante el desarrollo y los socioculturales (LIPOWSKI, 1988).

La familia es la unidad cultural en la que se enseña al niño a diferenciar entre dolor psíquico o somático, y donde se enseña a expresar las emociones. La presencia de padres sobreprotectores se asocia con somatizaciones en la edad adulta, también se relaciona con antecedentes de enfermedad física en el paciente o recientemente en una persona próxima. Mechanic (1972) afirma que a los niños norteamericanos se les enseña desde pequeños que deben soportar el dolor "como hombres, no ser mujeres, y no llorar". También aprenden a estar enfermos o referir quejas somáticas para obtener atención, o eludir cualquier conflicto u obligación. Durante la edad más

joven, en las familias se proporciona cuidado para las alteraciones somáticas, pero no para las físicas. de esa forma, los sentimientos son fuertemente sancionados y etiquetados (KATON y cols., 1982). Por todo esto se entiende como los factores educacionales juegan un papel muy importante en la aparición de síntomas o quejas somáticas en respuesta a Estrés psíquico.

La Teoría Sistémica también ha estudiado el terreno de las somatizaciones durante la infancia. En algunas ocasiones las quejas funcionales de los chicos son copiadas de los padres. Minuchin interpreta la somatización en los hijos como estabilizadora del precario equilibrio familiar.

También se han encontrado diferencias transculturales en la forma de manifestar las preocupaciones somáticas. Mechanic (1972) analiza la expresividad clínica de la hipocondriasis en varios medios culturales de Nueva York. Los judíos tienden a reaccionar de una forma más pasional, y se muestran preocupados por el significado de su dolencia, y sus posibles consecuencias. Por el contrario, los americanos son más estoicos y objetivos, y los irlandeses tienden a negar el dolor. Los italianos, a la vez que se muestran más emocionales, buscan la remisión del dolor con medicación, al contrario de los judíos que no son reacios a tomar medicación, estando más preocupados por las implicaciones futuras en su salud. Hay culturas en las que la expresión del Estrés emocional en términos psicológicos es tradicionalmente inhibida, lo que suele ocurrir en culturas no occidentales (LIPOWSKI, 1988).

Kawanishi (1992) revisa la literatura respecto a la supuesta elevada frecuencia de somatizaciones entre los orientales. Señala que el hecho de manifestar abiertamente los sentimientos, en una cultura como la China se asocia a debilidad, al mismo tiempo que atenta contra la armonía social; por el contrario, la supresión de las manifestaciones emocionales, es el mecanismo de socialización más importante.

En ocasiones, también el Estrés Social puede actuar como factor desencadenante en la aparición de Síntomas Somáticos. Mechanic (1972) piensa que los niveles de autoestima se relacionan con la vulnerabilidad a presentar molestias somáticas. Es posible que las personas con elevada autoestima se consideren a sí mismos más capaces de afrontar las situaciones. Finalmente, Lipowski (1988) recuerda que algunas familias utilizan el lenguaje del cuerpo para afrontar cualquier Estrés.

En este sentido, Watson y Pennebaker (1989) analizan las características personales de los individuos con tendencia a las quejas somáticas, y consideran varias hipótesis. En primer lugar definen la *Afectividad Negativa* (A.N.) como una suma de estados de ánimo: rabia, disgusto, culpa, desprecio, horror y Depresión; y lo consideran bien como un estado transitorio en una persona, o bien como unos rasgos estables de personalidad. En primer lugar destacan el que los pacientes con A.N. tienden a experimentar unos mayores niveles de Estrés e insatisfacción ante determinadas circunstancias, en apariencia no Estresantes. Y observan una escasa relación entre las quejas subjetivas y las alteraciones objetivas del estado de salud en los pacientes del grupos con A.N.. Por otra parte, se sabe que estos pacientes son más sensibles al dolor, en respuesta a estímulos estandarizados. Sumado a esto, también tienen una mayor tendencia a destacar las sensaciones corporales habituales, y a interpretarlas como más dolorosas y patológicas, con tendencia a rumiar sobre ellas. Por lo tanto, defienden el que el neuroticismo se relaciona estrechamente con las quejas somáticas

subjetivas, y por el contrario, no se relacionan con los indicadores objetivos de salud.

Estos mismos autores no pueden demostrar que sean las características de personalidad las que lleven a la enfermedad somática, aunque no lo descartan. Por otra parte, tampoco piensan que sea la enfermedad somática la que motive un cambio en el estado de ánimo, por tres causas: el grupo de pacientes enfermos no presentan mayor frecuencia de Afectividad Negativa; la presencia de ésta no se relaciona con la severidad de la enfermedad somática; y por último, tampoco encuentran que tipos de enfermedad específicas se asocien con la Afectividad Negativa. En este sentido, Pietri y cols. (1994) encuentran también una asociación significativa entre neuroticismo y somatización.

Costa y cols. (1985) estudian las relaciones entre hipocondriasis, neuroticismo y edad, y concluyen en que los individuos con quejas somáticas se mantienen relativamente estables a lo largo de los años. Observan una alta correlación entre hipocondriasis y neuroticismo, y por el contrario, indican el que no se ha encontrado una mayor morbilidad o mortalidad en este grupo de pacientes, excepto en el suicidio y los accidentes. Y concluyen que son las características de personalidad las que influyen directamente en esta relación, mientras que la edad, influye en el número de quejas, en la medida en que incrementa la carga de enfermedades.

Sobre los resultados de un estudio comunitario, G.E. Simon y Vonkorff (1991) critican el concepto de alexitimia en los pacientes con quejas somáticas. Observan que este grupo también refiere más quejas afectivas, justificando estas por el malestar físico. Por lo tanto, concluyen en que el concepto de alexitimia, que puede ser aplicado a los enfermos psicósomáticos, no lo es la los somatizadores. También encuentran una elevada asociación entre somatización y síntomas de Depresión y Ansiedad.

Por último, los Factores de Mantenimiento están en función de aspectos individuales y familiares. Por ejemplo, la Ansiedad crea más Síntomas Somáticos y viceversa, con lo que se crea un círculo vicioso. Por otra parte, las Somatizaciones pueden convertirse en un mecanismo cognitivo o estrategia para dar respuesta a un problema. Se trata de un mecanismo desadaptativo, y puede ser uno de los mecanismos primarios de afrontamiento (KATON y cols., 1982).

También es importante la respuesta del entorno a las quejas depresivas, tanto a nivel familiar como social. Si se define el término *disease* como trastorno o lesión médica, e *illness* la respuesta psicosocial del paciente; cada enfermedad (*disease*) lleva asociado unas dificultades adaptativas (*illness*) a nivel familiar y social. La enfermedad supone una manipulación de las relaciones familiares, y los antidepresivos pueden curar la Depresión, pero durante esta, el enfermo ha creado un nuevo balance, que puede oponerse a la curación (KATON y cols., 1982).

Por su parte, el sistema sanitario, con su tendencia a tratar quejas somáticas, de alguna manera elude los síntomas afectivos y potencia los patrones hipocondríacos del paciente (KATON y cols., 1982).

Es importante tener en cuenta el que las somatizaciones no son exclusivas de los Trastornos afectivos. Chandler y Gerndt (1988) observaron que cuando se controlan el sexo y la edad, los pacientes deprimidos no muestran más alteraciones somáticas que el resto de enfermos psiquiátricos. Por su

parte, Silver (1987), obtiene los mismos resultados en individuos de distintos medios culturales.

Finalmente, destacamos por su gran frecuencia en las Depresiones, las Cefaleas. Sobre 116 pacientes depresivos Garvey y cols. (1983) refieren Cefaleas en el 63% de los casos, mientras que en el grupo control, sólo aparece en el 16% de los estudiados. Después de la remisión de la fase depresiva, la frecuencia de Cefaleas es similar en ambos grupos.

2.1.3.- Cambios Cognitivos.

En el terreno de lo cognitivo, hay dos grupos de síntomas a considerar: en primer lugar los que alteran el correcto funcionamiento psíquico, y por otra parte, tenemos los que se caracterizan por un contenido del pensamiento puramente depresivo, como el pesimismo o la ideación de ruina o muerte.

En este sentido, la anergia o vaciamiento impulsivo afectivo, se manifiesta en los planos psíquico y corporal. En el plano psíquico se caracteriza por un pensamiento oscuro, estrecho, lento y reiterativo, con falta de fantasías e imaginación, e incapacidad para la concentración, experimentada como falta de memoria. Por su parte, la voluntad está marcada por la dificultad para tomar decisiones (ALONSO, 1988).

Los Depresiones Endógenas se relacionan con una mayor disfuncionalidad a nivel de pensamiento, aunque también las Depresiones Reactivas, se asocian con esta alteración (DEUTSCHER y CIMBOLIC, 1990), siendo esta disfuncionalidad más característica del ánimo depresivo que de la severidad. También Nelson y Charney (1981), refieren que las dificultades en la concentración no se ha asocian con tipo alguno de Depresión.

La dificultad para organizar la información ya ha sido descrita, y aunque los depresivos más leves no muestran diferencias significativas con respecto a los del grupo control. Silberman y cols. (1983) piensan que los Trastornos del pensamiento en la Depresión no solamente se deben a una grosera alteración en la atención, memoria o lógica, sino que hay una dificultad para utilizar estos elementos de una manera coordinada para la realización del complejo proceso mental, es decir la abstracción y el pensamiento lógico.

Vallejo y Gastó (1991) opinan que la Rumiación de ideas es más marcada en los pacientes de edad avanzada o con alteraciones cognitivas. Estos mismos autores piensan que es probable que el pensamiento rumiativo se deba a alteraciones más profundas en la atención. Sumado a estos déficits, los depresivos suelen subestimar sus rendimientos en los test de inteligencia, con una hipersensibilidad a los estímulos adversos y una hiposensibilidad a las recompensas (ALONSO, 1988).

Dunbar y Lishman (1984) ofrecen dos explicaciones a este fenómeno: en primer lugar, la posible influencia del estado hedónico sobre el impacto en el momento de la adquisición sobre la memoria. Otra Teoría orienta hacia una atención selectiva sobre el material congruente con el estado anímico.

Por último, en pacientes sanos, los recuerdos desagradables decaen antes, por lo que en depresivos puede que no suceda esto, o que los recuerdos agradables decaigan más pronto.

En este sentido, Cohen y cols. (1982) piensan que se puede hablar de un déficit único en el área de la motivación central, y que secundariamente afecta a otra serie de funciones, debido a que al acentuarse la Depresión se empeoran fuertemente el rendimiento de las pruebas motoras y de memoria.

Los Trastornos de la memoria de los depresivos son transitorios, secundarios a la Depresión, y no indican la existencia de una alteración orgánica subyacente. No se observa diferencias en los cambios de la memoria verbal y no verbal en los pacientes deprimidos. Fogarty y Hemsley (1983) encuentran una relación entre la severidad de la Depresión y el porcentaje de Acontecimientos tristes recordados. También refieren una disminución de estos recuerdos al mejorar el estado anímico. Estos datos son importantes pues enlazan con las teorías cognitivas de la Depresión, y plantean dudas a la hora de evaluar los Acontecimientos Vitales referidos por los pacientes durante la fase depresiva, pues existe una dificultad en recordar Acontecimientos agradables y cierta facilidad en recuperar los recuerdos tristes.

Comparando la capacidad de abstracción de un grupo de depresivos con esquizofrénicos y un grupo control, los primeros muestran más déficit que el control, pero menos que los esquizofrénicos (BRAFF y BECK, 1974). También Deutscher y Cimboric (1990) encuentran que los pacientes depresivos refieren más disfunciones cognitivas que un grupo control de sujetos.

Por otra parte, si consideramos los síntomas depresivos correspondientes al contenido del pensamiento, Paykel (1985) recuerda que los pacientes depresivos tienden a fijarse en el lado triste de las cosas, y contemplan su vidas anterior como algo sin sentido y lleno tan sólo de fracasos; pierden las perspectivas de futuro, todo les parece inútil, se sienten impotentes, y tienen la impresión de que jamás les irá bien.

Las preocupaciones hipocondriacas aparecen en un tercio de los pacientes depresivos (PAYKEL, 1985), y es importante tener en cuenta el que ocasionan un uso frecuente de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Ayuso y cols (1982) comparan un grupo de un centenar de pacientes depresivos ingresados en la Unidad de Psiquiatría, con otros cien de interconsultas de las distintas unidades del hospital. Todos ellos diagnosticados de Trastorno Afectivo Primario, encontrando una mayor frecuencia de Depresión Hipocóndrica y Ansiosa en el grupo de Interconsultas.

El concepto de hipocondriasis es muy amplio, y en relación a él Barsky y Klerman (1983) mencionan cuatro alternativas. En primer lugar, se puede considerar como un Trastorno psiquiátrico, con síntomas físicos desproporcionados para una enfermedad física. También puede consistir en un miedo a la enfermedad o la convicción de estar enfermo. En tercer lugar se puede presentar como una preocupación por el propio cuerpo. Las molestias somáticas suelen ser vagas y variables, y el cuadro no puede ser incluido en otro diagnóstico psiquiátrico. Puede ser entendida como el resultado de una anomalía perceptiva o cognitiva, en el sentido de amplificar o interpretar inadecuadamente las sensaciones corporales normales. Y por último, ya que representa un persistente e insatisfactorio uso de los servicios médico, puede interpretarse como un comportamiento social aprendido. Son individuos en los que sus conversaciones están dominadas por los temas de su salud, con una completa vocación de pacientes y visitantes de médicos.

Mayou (1976) concluye que la hipocondriasis no es una entidad aislada, sino un tipo de reacción, como la Depresión o la ansiedad, que puede ir desde la normalidad hasta una severidad extrema.

La ideación de **culpa** está presente en algún grado en el 75% de los pacientes (CHINCHILLA, 1991), siendo frecuente el que se acusen a sí mismos por no hacer lo suficiente para salir de su Depresión (PAYKEL, 1985).

Vallejo Ruiloba (1987) ha estudiado en profundidad los Trastornos **obsesivos**, y refiere que hay tres posibles relaciones entre estos y las Depresiones. En primer lugar, obsesivos que en el transcurso de la enfermedad presentan episodios depresivos. También puede haber episodios obsesivos periódicos que pueden ser interpretados como equivalentes de fases melancólicas. Y en tercer lugar, hay depresivos que el curso de una fase melancólica presentan sintomatología obsesiva. Esto sucede entre el 13% y el 30% de las Depresiones. De todos modos, piensa Vallejo que aunque se acepte que algunas obsesiones tienen una raíz timodinámica, es evidente que una vez fijada la creencia obsesiva puede desarrollarse al margen del núcleo depresivo que ayudó a cristalizarla. En cualquier caso la evolución es independiente, y sólo en las Depresiones anancásticas, al mejorar el estado depresivo desaparecen las obsesiones. En este sentido, las características clínicas de las Depresiones difieren en función de la presencia de sintomatología obsesiva (TABLA 2.3).

TABLA 2.3.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES CON Y SIN OBSESIONES.

DEPRESIONES CON ID. OBSESIVAS	DEPRESIONES SIN ID. OBSESIVAS
Ansiedad y Agitación	Episodios Maníacos e Hipomaniacos
Hostilidad	Síntomas Psicopáticos
Personalidad Obsesiva	Inhibición Psicomotora
Variaciones Diurnas Del Humor	
Variaciones Estacionales	
Despertar Precoz	
Despersonalización	
Menor Incidencia De Suicidio	

(VALLEJO Y GASTÓ, 1987).

En el depresivo existe una adhesión total al Trastorno tímico, lo que le puede llevar a una claudicación existencial y al suicidio; al contrario del obsesivo, en el que la Depresión es secundaria a la idea, y mantiene distancia respecto a ella, con una lucha permanente, que excepcionalmente le lleva al suicidio.

Aproximadamente un 15% de los enfermos depresivos acaban dándose muerte (PAYKEL, 1985). El **pensamiento suicida** esta presente en cuatro de cada cinco depresivos, desarrollándose progresivamente. En principio la vida es una carga y se les hace difícil vivir; al aumentar la severidad expresan el deseo de dormirse y no volver a despertar o morir repentinamente; más tarde

empiezan a acariciar la idea de terminar de alguna manera con su vida, hasta concretar un plan que puede materializarse.

Kurz y cols. (1987) refieren que los que más riesgo de suicidio representan son los mayores sin antecedentes de tentativas. Curiosamente, los mayores son los que puntúan más bajo en las escalas para la Depresión, por lo que se puede decir que con la edad aumenta la probabilidad de suicidio y disminuye la de parasuicidio. También se sabe que existe una fuerte asociación entre enfermedad médica, severidad de la Depresión y riesgo suicida. Michel (1987) señala que las tentativas de suicidio y los que las consuman difieren en la intensidad de la patología depresiva; aunque las tentativas con alto riesgo tienen tanta patología como los suicidios completos.

Rojas (1984) describe a la Depresión y el suicidio como un binomio clínico, y según el tipo de Depresión, diferencia distintas conductas suicidas. Las Depresiones bipolares son las que presentan un mayor riesgo suicida. También tienen un importante riesgo las Depresiones ansiosas, con Insomnio acentuado y cierta Hiperactividad psicomotora. Las Depresiones inhibidas representan un menor riesgo, aunque con dos momentos de mayor riesgo como son el principio del cuadro depresivo y al inicio de la mejoría. Hay una serie de Depresiones leves, que pasan inadvertidas, y en las que el primer aviso puede ser una tentativa de autolisis. Las Depresiones paranoides, pueden llevar a una conducta heteroagresiva que secundariamente produzca conductas suicidógenas. Por último, en las Depresiones atípicas, donde se pueden producir repetidos intentos de suicidio con muy relativa intencionalidad, no deben menospreciarse, pues es una forma de lenguaje especial, que puede significar una búsqueda de atención o una petición de ayuda.

En la epidemiología del suicidio, no parece existir relación con la presencia de Acontecimientos Vitales (PALLIS y SAINSBURY, 1976), aunque sí una clara influencia cultural, principalmente debido a la distinta actitud de la sociedad hacia aquel (JILEK, 1988). En países como Noruega hay una muy baja incidencia por ser las conductas autodestructivas vistas como actos de cobardía y faltos de sentido. Por el contrario, en el Japón hay una tendencia a glorificar el suicidio como última expresión de autocontrol y coraje. Entre los indios norteamericanos, hay una tendencia a responder al Estrés con el suicidio, por la creencia que la muerte significa el reunirse con los antecesores. Por último, en un estudio sobre la baja incidencia de suicidios en Argelia, los autores (BENSMAIL y cols., 1989) atribuyen este hecho a la rareza de las ideas de culpa, que son sustituidas por otras de persecución o embrujamiento. Y señalan el predominio del suicidio en las jóvenes, tanto solteras como casadas, y en los niveles socioeconómicos bajos, con la prácticamente desaparición de estos durante el Ramdhán. De todos modos, Hatcher (1994) encuentra una clara relación entre la ejecución de una tentativa de autolisis, y la presencia dificultades económicas.

También es conocido el que en situaciones de conflictos sociales o catástrofes naturales, las tasas de suicidio bajan. En este sentido, Soma-sundaram y Rajadurai (1995) observan una drástica disminución de las tasas de suicidio durante los años de Guerra en el norte de Sri Lanka. Destacan el conocido aumento de la cohesión social en estas circunstancias, así como la Guerra como vía para canalizar el suicidio de forma socialmente altruista. En este sentido, observan que disminuyen mucho más las tasas de suicidio de los hombres que de las mujeres.

Además de factores socioculturales, influyen características de personalidad en relación a las tentativas de suicidio. Ennis y cols. (1989), en una población de pacientes ingresados tras una tentativa de autolisis, sólo el 31% de ellos cumplen criterios de Depresión Mayor. Destacan la rápida mejoría de muchos pacientes tras cinco días de internamiento, específicamente con un tratamiento ansiolítico y psicoterapéutico, hablando de un efecto catártico de la autolisis. La alta puntuación observada en un principio en la escala de la Depresión de Beck, lo justifican por la elevada prevalencia de Trastornos de la personalidad en este grupo, lo que puede proporcionar un tinte de enfermedad depresiva en dichas circunstancias. Del total de la muestra (n=71) el 58% son diagnosticados de un Trastorno de la personalidad en el eje dos, y principalmente el límite o mixto. Sólo el 8% cumple criterios de Depresión Mayor con melancolía.

En un reciente estudio (GOMEZ y cols., 1992) también se observa una elevada frecuencia (69.8%) en diagnósticos en el eje II (DSM-III-R) entre 63 mujeres que habían realizado una tentativa de suicidio. Destacan los autores el que en el momento de la evaluación, las pacientes con Trastorno de la Personalidad se encontraban más desesperanzadas y presentaban ideación suicida más severa.

Por el contrario, si sólo consideramos a los depresivos que realizan tentativas, se puede decir que no hay un tipo de personalidad específico. Overholser y cols. (1987) no encuentran diferencias significativas respecto a los rasgos de personalidad entre depresivos con ideación de autolisis y sin ella. Tampoco Michel (1987) obtiene asociación entre características personales y seriedad de la tentativa.

Se sabe que el suicidio, o la ideación suicida, se relacionan con una mayor frecuencia de algunos síntomas. Milch (1990) compara la sintomatología presentada por un grupo de pacientes con antecedentes de suicidio (n=22) o parasuicidio (n=83), y otros sin ellos (n=44), los primeros muestran con mayor frecuencia: desesperanza, desánimo, inhibición psicomotora, tensión, agitación, Ansiedad y acciones impulsivas. Por su parte Overholser y cols. (1987) encuentran como única diferencia al ingreso la puntuación en la escala de desesperanza, permaneciendo estas diferencias en el momento del alta. En un grupo de pacientes con Depresión, mayores de 63 años, Rifai y cols. (1994) observan que los que realizan tentativas de suicidio presentan desesperanza con mayor frecuencia, manteniéndose incluso al mejorar la Depresión. Sumado a esto, el grupo de pacientes suicidas también se caracteriza por una mayor tendencia al abandono del tratamiento y a las recidivas.

Más recientemente, Botsis y cols. (1994), comparando pacientes psiquiátricos ingresados, encuentran una alta asociación entre conductas suicidas y agresividad. Esto lo relacionan con una carencia de recursos, por parte de los suicidas, para afrontar los problemas de la vida. Por otra parte, existe la hipótesis de que los pacientes más deprimidos se muestran más intrapunitivos, mientras que aquellos autointoxicados, y sin una marcada Depresión, serían más extrapunitivos. Farmer y Creed (1986) observan que en 70 pacientes ingresados tras intoxicación medicamentosa, la mitad de ellos con un síndrome depresivo, éstos puntúan más alto en las escalas intrapunitivas, y ambos grupos tienen alta puntuación en la extrapunitiva. De todos modos, Heerlein y Richter (1990) recuerdan que en los depresivos Endógenos manifiestan menores niveles de agresividad, y mayor dificultad para expresar sus emociones, y pueden tener un riesgo valorable de suicidio.

Es importante tener en cuenta el que la presencia de ideación suicida empeora el pronóstico de la Depresión. En un estudio comparativo entre pacientes depresivos con ideas de suicidio, y otros sin ellas, igualmente depresivos ambos grupos, Overholser y cols. (1987) encuentran diferencias evolutivas. La mayoría del grupo de pacientes con ideación suicida se mostraban bastantes deprimidos cuatro meses después del alta; por el contrario, prácticamente todos los pacientes del otro grupo estaban recuperados. Los dos grupos se muestran igualmente depresivos durante la primera etapa del ingreso.

Por último, **la infravaloración** se observa con mayor frecuencia en los pacientes deprimidos, de todos modos, los rasgos de autocrítica y dependencia, se observan como rasgos de personalidad, previos a la Depresión (BAGBY y cols., 1994).

2.1.4.- Ritmicidad-temporalidad.

Otro aspecto estudiado del síndrome depresivo es la **estimación del tiempo** por parte del paciente. El enfermo depresivo sobrestima la duración del tiempo, percibe el paso del tiempo como demasiado lento, y puede llegar a la sensación de que el tiempo se ha detenido (ALONSO, 1988).

En primer lugar detallamos las tres pruebas principales utilizadas para cuantificar este aspecto. En el Test de Conciencia del Tiempo, se presentan al paciente nueve situaciones habituales, y tiene que puntuar de uno a cinco el como valora el paso del tiempo, desde muy lento hasta muy rápido (KITAMURA y cols., 1982). En el Test de Estimación del tiempo (TET) se le pide al paciente que valore el tiempo transcurrido entre dos señales. Por último, en el Test de Producción del tiempo (TPT), se le solicita que cuente 30 segundos. Comparando depresivos con un grupo control, la infraproducción del tiempo alterna con la sobreproducción y la normalidad, aunque predomina la primera (KITAMURA y cols., 1983).

En el estudio de estos parámetros en el paciente deprimido, Kitamura y cols. (1983) también observan cierta relación con la intensidad del cuadro y la presencia de Retardo Psicomotor. Encuentran una correlación entre estimación más enlentecida del tiempo, y mayor puntuación en la escala de Hamilton para la Depresión; y por otra parte, a mayor retardo, mayor puntuación en el TET y menor en el TPT. Debido a esto consideran que el reloj interno corre más cuando el paciente presenta retardo. Posteriormente, Richter y Benzenhöfer (1985) confirman la asociación entre Retardo Psicomotor y alteración en la producción del tiempo.

Rojas (1987) recuerda que al igual que el hombre está sometido a las leyes rítmicas, existe en la naturaleza un esquema cíclico que tiene una estructura alternante. Se puede decir que en toda la escala evolutiva, desde los organismos unicelulares hasta el hombre, se registra cierta Ritmicidad. Por lo tanto, el ritmo biológico se puede definir como un sistema oscilante en el cual se producen sucesos idénticos en unos intervalos de tiempo iguales. Existen ritmos exógenos, los cuales se ponen en marcha merced a la presencia de estímulos provenientes de fuera; y Endógenos, que dependen escasamente de lo externo.

Los dos principales ritmos biológicos afectados en las Depresiones son el circadiano, a lo largo de 24 horas, y el estacional o circanual. También comentaremos el Síndrome Premenstrual, como cuadro afectivo sometido a ritmicidad.

Ya en 1984, Rosenthal estudia El **Trastorno Afectivo estacional**, y la respuesta al tratamiento lumínico. Este tipo de Depresión tiende a iniciarse en la infancia o adolescencia, con predominio en mujeres, más el 80%. Lo define como episodios depresivos recurrentes que suceden cada año, y destaca de las características clínicas la Hipersomnia, la hiperfagia, con voracidad hacia carbohidratos, y la ganancia de peso.

Como suele ocurrir con las demás perturbaciones cíclicas, el depresivo Bipolar está más sujeto a una evolución estacional que el monopolar. De aquellos, la mayoría de los pacientes que refiere son diagnosticados como Trastorno Bipolar tipo II (83%) (FLUVIA y cols., 1987). También señala el autor, que después de viajes se pueden presentar cambios en el estado anímico, con empeoramiento al viajar hacia el norte y mejoría hacia el sur.

En cualquier caso, la especificidad del cuadro estacional es independiente de la bipolaridad según Allen y cols. (1993). Comparan un grupo de pacientes con Depresión Mayor estacional (n=34), con otro no estacional (n=34), sin diferencias significativas entre los grupos respecto a la bipolaridad; y observan que mientras síntomas como la hipersomnia, la hiperfagia y la ganancia de peso son más frecuentes en los estacionales, las ideas de suicidio, y el empeoramiento matutino los son en los no estacionales. Por el contrario, las pérdidas de energía, y el deterioro social y laboral no parecen diferenciarse entre los grupos, por lo que no se puede decir que las Depresiones con patrón estacional sean menos severas. No obstante, en relación a la hipersomnia, Shapiro y cols. (1994) concluyen, en un reciente estudio, que no se puede considerar como un síntoma básico de las Depresiones Estacionales.

Mueller y Davies (1986) proponen el término de *Síndrome Energético Estacional* por considerar que los pacientes se suelen quejar de faltas de energía o anhedonia, más que de síntomas afectivos. Durante primavera-verano predomina la hiperforia, con pensamientos acelerados y agitación. Por el contrario, Rosenthal puntualiza que si bien la anhedonia y la falta de energía pueden ser representantes de Depresiones atípicas; las manifestaciones típicas de primavera-verano son bastante típicas de manía, por lo que se considera que el Trastorno Afectivo Estacional se debe seguir considerando como una variante de los Trastornos Afectivos.

Wehr y Rosenthal (1989) diferencian dos tipos de Depresiones estacionales. La *Depresión Invernal* se presenta como una Depresión atípica, con Hipersomnia, bulimia con apetito extremo de carbohidratos y ganancia de peso. También se ha encontrado una asociación entre Crisis de Ansiedad y Depresión Invernal, principalmente entre los hombres, y coincidiendo con la sintomatología depresiva (HALLE, 1993). Por el contrario, los *Depresivos del verano*, presentan un cuadro más parecido al endógeno clásico: Insomnio, pérdida de apetito y peso. Ambos grupos de pacientes, duermen más y ganan peso en invierno, y duermen menos y pierden peso en verano. Por último, las Depresiones invernales son más largas y severas en latitudes más altas, y las de verano en las más bajas.

Schlager y cols. (1993) estudian la posible variación de la sintomatología depresiva en una población comunitaria sana, y encuentran entre las mujeres un empeoramiento de la sintomatología durante el otoño y el invierno, no así entre los hombres. Estos resultados los observan al estudiar síntomas depresivos, de Ansiedad y de somatizaciones.

En una revisión sobre los internamientos por Depresión en Nueva Gales del Sur entre 1971 y 1976 (PARKER y WALTER, 1982) se objetiva un claro patrón estacional. Se observa un claro pico de ingresos en primavera para la Depresión reactiva, mientras que al final del invierno se produce para la Depresión de la Psicosis Maníaco-depresiva. Por otra parte, los varones muestran un claro patrón estacional respecto a los suicidios, con un pico al principio del verano; mientras, en las mujeres hay dos picos, en primavera y otoño.

Coinciden con los resultados anteriores los de un amplio estudio en el que revisan los datos de los suicidios declarados en Gran Bretaña durante 16 años (1958-74). Se observa una clara variación cíclica, con similares diferencias según el sexo. En los varones se observa un primavera (Abril-Mayo), y en las mujeres dos picos: primavera (Mazo-Abril) y otoño (Octubre-Noviembre) (MEARES y cols., 1981). Por el contrario, estos hallazgos no son confirmados por un estudio realizado en Madrid, donde se observa una mayor incidencia en Junio-Julio (HERAS y cols., 1987). Tampoco en Asturias se observa estacionalidad alguna en la tasa de suicidios (GARCIA y cols., 1991).

La Ritmicidad patológica **circadiana** de las Depresiones Endógenas se refleja en tres puntos: empeoramiento matutino, Insomnio tardío y su aparición en fases (primavera y/o otoño). La variación diurna se encuentra en la mitad de los pacientes depresivos, y de ellos, la gran mayoría se quejan de estar peor por las mañanas. En un grupo de 47 pacientes con *Trastorno Afectivo Estacional*, se observa que las tres cuartas partes presenta el típico patrón de empeoramiento matutino (GRAW y cols., 1991).

Von Zerssen y cols. (1985) resumen las tres hipótesis para justificar las alteraciones circadianas en la Depresión: la primera determina que el acoplamiento entre algunos ritmos fisiológicos y el principal marcador circadiano está deteriorado en los pacientes con Depresión Endógena; la segunda orienta hacia una disfunción del reloj principal; y la tercera defiende que lo que está alterado es el oscilador del ritmo sueño-vigilia.

No está clara la relación entre variación circadiana del estado anímico y tipo de Depresión. Ayuso y cols. (1979-b) señala que según algunos autores, se considera como un síntoma básico dentro de las Depresiones Endógenas, o que según otros, se presenta sólo en el cincuenta por cien de los casos. Lo que sí se sabe es que cuando el cuadro clínico se encroniza, el ritmo circadiano suele desaparecer o invertirse. Por último, añade que no se han encontrado diferencia en el ritmo circadiano entre las Depresiones Bipolares y Monopolares. Por su parte, Graw (1991) indica que la mayoría de los pacientes melancólicos presentan el típico patrón de mejoría por las tardes, aunque algunos se encuentran mejor por las mañanas y otros no refieren cambios a lo largo del día. Más recientemente, Leibenluft y cols. (1992) no encuentran relación en un grupo de depresivos (n=37) entre Depresión *típica* y empeoramiento matutino y Depresión *Atípica* y empeoramiento vespertino.

Por otra parte, tampoco parece existir relación entre la severidad del cuadro depresivo y la variación diurna del estado anímico (HAUG y

FÄHNDRICH, 1990). En este sentido, Williams y cols. (1975) señalan que en Depresiones severas, la variación circadiana puede ser más una impresión subjetiva, que un signo clínico objetivable. En una evaluación sobre la variación anímica a lo largo del día en nueve depresivos psicóticos ingresados, y que referían empeoramiento matutino de su estado anímico, en ocho de ellos no se reflejaba este en el Inventario de Beck para la Depresión o en escala conductuales. Los autores concluyen que o bien los instrumentos no son válidos para detectar este cambio; que en depresivos severos, el cambio anímico es tan mínimo que sólo lo perciben los pacientes; o bien que la posible variación anímica es una distorsión perceptual del paciente.

De todos modos, hay que tener en cuenta que la variación diurna de la sintomatología no es específica de las Depresiones. Aparece en pacientes con Ansiedad neurótica, o con síntomas mixtos Ansiedad-Depresión, en crisis de angustia Endógena, y ocasionalmente, en personas normales (VALLEJO y GASTÓ, 1990). En este sentido, Cowdry y cols. (1991) encuentran también una alta frecuencia en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y Síndrome Premenstrual. Por otra parte, Hall y cols (1991) encuentran en un grupo de depresivos que las variaciones pueden ser varias a lo largo del día, por lo que aconsejan el estudio de ciclos *ultradianos*.

Eastwood y cols. (1985) analizando los ritmos *ultradianos*, mayores de 24 horas, han encontrado cambios tanto en deprimidos como en individuos normales, respecto a los síntomas depresivos. Las diferencias entre ambos grupos son escasas: los deprimidos tienen mayor amplitud de ciclos en el estado de ánimo, el sueño y las energías. También indican los autores, el que los Trastornos del ánimo y el alcoholismo, son los únicos Trastornos psiquiátricos que presentan variación estacional.

Por último, **El Síndrome Afectivo Premenstrual**, es un subtipo de Depresión que muestra una especial afinidad por los días paramenstruales. Alonso (1998) lo describe como un cuadro clínico atípico, en el que destacan: sentimiento de culpa, ideación suicida, pérdida de actividad, escasez de palabras, Irritabilidad y deseo de estar sólo o de una compañía muy afectuosa; y en el que no son raras la Hipersomnia y la hiperfagia. Por su parte, Hallman (1986) destaca la Irritabilidad como síntoma más común del síndrome premenstrual,

Es un Trastorno muy frecuente, pero que no siempre se acompaña de solicitud de asistencia médica. En un estudio comunitario en Suecia (n=1852), se encuentra una alta prevalencia de Síndrome Premenstrual (72,8%) (HALLMAN, 1986). Los autores dividen la muestra en dos grupos según hayan solicitado consulta médica o no, con una mayor Depresión en el grupo que consulta al médico. Por otra parte, en ambos grupos tanto la Irritabilidad, como la Ansiedad y la Depresión son más importantes en las de mayor edad.

Ezquiaga y García (1987) lo asocian con ciertos rasgos de personalidad como inestabilidad emocional, neuroticismo y actitud hacia la menstruación. Por su parte, Parry y cols. (1987) observan un patrón estacional en la presentación del síndrome, con una significativa mejoría durante el verano. También señala cierta similitud entre el Síndrome Premenstrual y la Depresión Estacional: Bulimia, Hipersomnia, ingesta excesiva de carbohidratos y letargia, y consideran que ambas son dos formas cíclicas de Trastorno Afectivo.

Ya Halbreich y Endicott (1985) encontraron una alta asociación entre Síndrome premenstrual y Trastornos Depresivo Mayor (RDC). Y posteriormente

Graze y cols. (1990) confirmaron que el Síndrome premenstrual es predictor de un Trastorno Depresivo Mayor durante el seguimiento de 36 mujeres.

2.1.5.- Cambios conductuales.

Además de los síntomas referidos por el paciente, es importante tener en cuenta que en las Depresiones hay una serie de signos que se observan en el depresivo endógeno: la falta de respuesta a estímulos ambientales, la Inhibición-Agitación, o la pobreza expresiva del lenguaje (VALLEJO y GASTÓ, 1990). Por su parte, Nelson y Charney (1981) asocian los cambios en la psicomotricidad con las Depresiones Autónomas.

El Enlentecimiento Psicomotor se encuentra en menos de la mitad de los pacientes. Chinchilla (1991) destaca que con la evolución del cuadro, los pacientes tardan más tiempo en contestar, los intervalos entre las palabras son más largos, la voz se apaga, el discurso se vuelve un murmullo ininteligible y finalmente cesa. Al mismo tiempo la actividad disminuye, camina lentamente arrastrando los pies, con los hombros caídos como si llevaran un gran peso, todos sus movimientos requieren un gran esfuerzo y finalmente acaban sentados en una silla, con la cabeza agachada mirando fijamente al suelo. Por el contrario, indica que la inquietud puede manifestarse de diversas formas: como incapacidad para permanecer sentados, deambulación continua, retorcimiento de manos, estiramiento o manoseo de cabeza, la piel y los vestidos u otros objetos.

Las formas inhibidas abundan más que las agitadas, y se observa cierta relación con las Depresiones Delirantes con temática congruente con el estado anímico (VALLEJO y GASTÓ, 1990), y la pérdida de interés (NELSON y CHARNEY, 1981). Se puede decir que en el retardo psicomotor, el paciente está como desconectado de una situación, sienten dificultad para pensar, y sus pensamientos son lentos o confusos (PAYKEL, 1985), con pobreza de ideas e indecisión (CHINCHILLA, 1991).

Por el contrario, la agitación se define como una forma particular de inquietud asociada a la Ansiedad. Es más común en las mujeres, y en las formas más leves se trasluce en los miembros periféricos (PAYKEL, 1985). Vallejo y Gastó (1991) indican que las formas agitadas de la Depresión corresponden a la forma Bipolar, a la involutiva, o a los cuadros confusionales. También se ha relacionado con los delirios y los autorreproches (NELSON y CHARNEY, 1981).

Pero estas conclusiones no están del todo claras, Paykel (1985) analiza los cambios en la voz en 16 pacientes deprimidos, de los que nueve tienen patrón melancólico, y no observa diferencias con respecto al resto: Depresión Mayor no Melancólica, Distimia, Ciclotimia y Trastorno de la personalidad. Por lo tanto, resume el autor que el porcentaje de pausa total está aumentado en la Depresión, y su relación con el retardo psicomotor no está clara, ni con ningún subtipo de Depresión.

También se han descrito ciertas diferencias transculturales en este aspecto. Escobar y cols. (1983-a) comparan la sintomatología depresiva en dos muestras, una estadounidense y otra colombiana, y observa un predominio de la agitación en los primeros, y del retardo en los segundos. Lo justifi-

ca por la tendencia a un pensamiento más autopunitivo o a una aceptación más resignada en los sudamericanos.

Por último, como síntomas conductuales, referimos la tendencia al aislamiento, que según Paykel (1985) es debido a las cogniciones negativas. Los pacientes se atormentan con sus desdichas, impidiéndoles el reunirse con los demás y evitando las compañías, los amigos y los lugares de reunión.



2.2.- DIFERENTES MANIFESTACIONES CLINICAS DE LAS DEPRESIONES EN FUNCIÓN DE DIVERSAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

2.2.1.- Sexo y Depresión.

No existen dudas acerca de la mayor prevalencia entre la mujeres tanto de Sintomatología Depresiva como de Depresión Monopolar. Por el contrario, en el Trastorno Bipolar, la frecuencia en ambos sexos es similar. Ya Warheit y cols. (1973), en un amplio estudio comunitario, encontraron una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres. Posteriormente Hirschfeld y Cross (1982), en una revisión bibliográfica, concluyen que los síntomas depresivos se presentan en las mujeres con el doble de frecuencia que en los hombres. Estos resultados se confirman por Weissman y Myers (1978-B). Morera y cols. (1984), en nuestro país, sobre pacientes que acuden a consulta de medicina general, también encuentran este predominio de las mujeres. Steele (1978) señala que el sexo influye más que la Clase Social en relación a la mayor frecuencia de sintomatología depresiva en las mujeres (TABLA 2.4).

TABLA 2.4.-. ESTUDIOS QUE ANALIZAN LAS DIFERENCIAS CLINICAS DE LAS DEPRESIONES RESPECTO AL SEXO.

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
UHLENHUTH	1973	373	INT./CONS	72 SINT.	MUJERES HOMBRES	>ANSIEDAD, FOBIAS >IRRITABIL, OBSESIONES
MATUSSEK	1981	198	INT. PSQ.	A. CLUSTER	MUJERES HOMBRES	> S. SOMATIC, PERDIDA DE PESO > S.PSICOLOG., AGRESIVIDAD, INSOMNIO
COOKE	1982	408	COMUNIT.		MUJERES HOMBRES	> D. ANSIOSA Y D.VEGETATIVA
HALE	1982		> 63 AÑOS		MUJERES	> INUTL. PESADILLAS, PREOCUP Y PESIMIS
FRANK	1988	230	CONS.PSQ	RDC	MUJERES	> IRRITABILIDAD, AUMENTO APETITO/PESO, HIPOCOND, ANSIEDAD SOMÁTICA
HAMILTON	1989	499		D. MAYOR (DSM-III)	MUJERES HOMBRES	> SINT.SOMÁTICOS, PERD ENERG. ANS SOMÁT Y SINT GASTROINTEST. > ANSIEDAD, INSOMN, ID/TENT SUIC.
LARSSON	1991		COMUNIT. ADOLESCENT.	DSM-III	MUJERES HOMBRES	> INUTILID, INDECISION, BAJA AUTOEST > TENT SUICIDIO

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

También la proporción de Depresión Monopolar es el doble entre las mujeres (HIRSCHFELD y CROSS, 1982). Weissman y Myers (1980) encuentran un predominio en Depresiones Mayores, mientras que no lo observan en las Depresiones Menores. Kovess y cols. (1987), en un estudio comunitario, determina mayor frecuencia de Depresión Mayor y Distimias (DSM-III) entre las mujeres (1.7 vs 3.7; 1.8 vs 3.0). En un amplio estudio comunitario en U.S.A., en el que se analiza la Depresión Mayor (DIS-DSM-III), se obtienen una mayor frecuencia de esta entre la mujeres (CROWELL y cols., 1986). También en un estudio comunitario sobre una zona rural en el norte de España, se encuentra una prevalencia tres veces superior en cuanto a la Depresión Neurótica en las mujeres (VÁZQUEZ-BARQUERO y cols., 1982). Por último, en una reciente revisión, Paykel (1991), refiere una serie de estudios comunitarios en los que la proporción se encuentra entre 3 y 7.4, teniendo en cuenta criterios de Depresión Mayor (DSM-III/RDC).

La Depresión Bipolar, por su parte, presenta una frecuencia es casi similar entre hombres y mujeres (HIRSCHFELD y CROSS, 1982; WEISSMAN y MYERS, 1980).

La mayor prevalencia de Trastornos Afectivos en las mujeres se atribuye tanto a factores sociales como biológicos. Weissman y Klerman (1977-a) piensan que las mujeres están más propensas a padecer Depresión, y que probablemente una sola causa no explique este hecho.

Muy estudiados han sido los factores de vulnerabilidad de Brown y Harris: la presencia en el hogar de hijos jóvenes, la ausencia de un confidente, la falta de trabajo, y el fallecimiento o separación de la madre antes de los once años.

De un estudio comunitario (n=408) en Glasgow (COOKE, 1986) se desprende que el ser mujer potencia los efectos de los Acontecimientos Vitales. Atribuye esto a tres posibles causas: en primer lugar, la mujer experimenta el Estrés de manera cualitativamente distinta a como lo hace el hombre; en segundo lugar, el hombre responde al Estrés desarrollando otro tipo de síntomas; y por último, puede existir diferente modo de afrontar las situaciones, o diferente acceso a una serie de recursos. En esta línea, Weissman y Klerman (1977-a) defienden que el matrimonio parece suponer un factor de protección para el esposo y de riesgo para la mujer.

También parecen predisponer a padecer más cuadros depresivos en la mujer los factores de personalidad y las expectativas sociales. El menor disfrute de poder por parte de las mujeres, asociado a mayores tasas de dependencia y pasividad, lleva a unos bajos niveles de autoestima y mayores dificultades para afrontar el Estrés. (HIRSCHFELD y CROSS, 1982). En una línea similar está la hipótesis de *learned helplessness*, considerando el que no se enseña a las jóvenes a responder de forma adecuada al Estrés.

Dentro de los factores sociales refieren los Acontecimientos Vitales. Aunque es clara la asociación entre Acontecimientos Vitales y Depresión, no existe diferencia entre sexos en el número de Acontecimientos sufridos, ni en la intensidad de estos. Sí hay una mayor tendencia a admitir los síntomas depresivos por parte de las mujeres, y quizás los hombres los manifiesten de otro modo en algunas ocasiones (HIRSCHFELD y CROSS, 1982).

En las mujeres predominan los sucesos relacionados con la muerte; y en los hombres los de peor salud física y falta de actividades (HALE, 1982). En este sentido, También Vázquez-Barquero y cols. (1992), en un estudio co-

munitario, encuentra que los principales predictores de enfermedad mental en los hombres son las enfermedades físicas y el desempleo, mientras que en las mujeres sólo es la primera de ellas.

Es interesante el comentar la distribución según el sexo de la presentación de Trastornos Afectivos entre los Hutteritas, sociedad en la que la mujer juega el papel dominante. En este medio, se observa un predominio de los hombre en el Trastorno Bipolar (22 vs 16) y muy similar en la Depresión Mayor Unipolar (20 vs 21). Por otra parte, la frecuencia de la denominada Depresión enmascarada en los Hutteritas no es mayor en las mujeres, como suele suceder en nuestro medio (EGELAND y HOSTETERR, 1983).

En cualquier caso, la influencia de los factores sociales en la mayor frecuencia de Depresiones en las mujeres vienen siendo muy discutidos. En una cultura tan distinta de la nuestra como la India, se confirma la mayor frecuencia de Trastornos depresivos en las mujeres que los hombres (NANDI, y cols. 1980), por lo que el autor opina que la vulnerabilidad de las mujeres a padecer Trastornos depresivos puede estar más basada en factores biológicos que culturales. Por el contrario, Jambunathan (1992), estudiando un grupo de mujeres indias (n=30), piensa que son el papel dictado culturalmente en las mujeres y la falta de apoyo emocional son los factores que influyen en la mayor prevalencia de Depresión entre las mujeres.

Pero la mayor frecuencia de Depresiones en las mujeres no sólo se atribuye a cuestiones sociales, se piensa que también influyen los factores endocrinos: el parto, el climaterio y la menopausia, aunque no están del todo claras (HIRSCHFELD y CROSS, 1982). En relación al aspecto hormonal, es virtualmente imposible el realizar un estudio comparativo, y aunque se cita la tensión premenstrual, los cambios hormonales específicos no quedan claros. Respecto a los contraceptivos orales, los últimos estudios comparativos no muestran relación entre estos y el estado de ánimo depresivo.

La asociación entre parto y la Depresión también es dudosa, muchas Depresiones postparto son psicosis no afectivas, y de todos modos, éste factor no justifica la diferencia en la relación hombre/mujer. Tampoco queda clara la relación con la menopausia.

Por su parte, López Ibor defiende la teoría de que en los hombres, tanto el abuso de alcohol como las conductas delictivas, podrían ser equivalentes en el varón de los Trastornos afectivos femeninos. Apoya esta hipótesis la elevada frecuencia de asociación familiar entre alcoholismo y Depresión.

También se ha atribuido a que las mujeres presenten más solicitud de tratamiento psiquiátrico que los hombres, pero los estudios comunitarios ofrecen cifras reales de una mayor frecuencia en las mujeres.

Baumart y Oliver (1981) opinan que existen diferencias a la hora de transmitir los síntomas depresivos entre hombres y mujeres. Estas presentan una mayor tendencia a referir sintomatología depresiva en las entrevistas y escalas heteroaplicadas, mientras que al utilizar una escala autoaplicada, las diferencias se atenúan o desaparecen. Por el contrario, Frank y cols. (1988) observa que las diferencias se reflejan tanto en las escalas autoaplicadas como en las heteroaplicadas.

En este sentido, Paykel (1991) refiere que aunque las mujeres tienen una mayor tendencia a solicitar consulta psiquiátrica que los hombres,

éstos tienen mayor probabilidad de volver al especialista. Además, se sabe que en los hombres hay una mayor tendencia a olvidar antes los cuadros depresivos, dado que recientes estudios se observa que la diferencia entre sexos es menor si se tienen en cuenta los tres últimos meses.

También son importantes las consecuencias de la Depresión en la mujer, a nivel familiar. En este sentido, Leal y Montero (1983) citan las dificultades que aparecen en la comunicación con los hijos y la aparición o agudización de la insatisfacción matrimonial. En un estudio comunitario realizado entre 899 mujeres de Nueva Zelanda (McGEE y cols., 1983), se analiza la percepción de los hijos por parte de la madre, y observa que las madres depresivas se quejan de mayores problemas con sus hijos, mientras que los profesores de éstos no determinan diferencias entre el grupo de los hijos de las depresivas y no depresivas.

Respecto a las posibles diferencias clínicas entre los sexos, la mayoría de los estudios encuentran cuadros muy similares, aunque con alguna diferencia en la frecuencia de presentación de ciertos síntomas. Los síntomas somáticos, la Ansiedad y las alteraciones neurovegetativas, y principalmente de la alimentación, se presentan con mayor frecuencia en mujeres (TABLA 2.4). En este sentido, Winokur (1973) defiende que lo que acentúa las diferencias en la presentación clínica entre el hombre y la mujer no es la variable sexo, sino la edad, ya que las mujeres parecen empezar alrededor de una década antes que los hombres.

Matussek y cols. (1981) encuentran que de 37 síntomas estudiados, sólo 4 ofrecen diferencias en función del sexo, por lo que afirman que esta variable no parece influir de forma importante en la expresividad clínica de la Depresión. Estudian una muestra de pacientes depresivos ingresados (n=198) y observan que mientras en las mujeres predominan los síntomas somáticos o psicósomáticos y la pérdida de peso; en los hombres predominan: los síntomas psicológicos, agresividad y el Insomnio de mantenimiento.

Otros autores confirman resultados similares. Cooke (1982) indica que en las mujeres predominan la Depresión Ansiosa (nerviosismo, tensión, ideas de culpa, modo depresivo y tendencia al llanto) y la Vegetativa (Pérdida de apetito y la libido, fatiga, estreñimiento y modo depresivo). Y por último, en un estudio comunitario realizado entre 899 mujeres de Nueva Zelanda (McGEE y cols., 1983), se determina como síntoma más frecuente en la muestra total la pérdida y ganancia de peso.

También Frank y cols. (1988) concluyen que, en general, tanto los hombres como las mujeres tienen similares características clínicas y severidad del cuadro. Y observan que es el síntoma Irritabilidad, más frecuente en las mujeres, el que más discrimina entre sexos. En una muestra ambulatoria de consulta psiquiátrica, aplicando criterios RDC, comparan las características clínicas de las mujeres (n=180) y los hombres (n=50). Como resultados significativos, obtienen una mayor frecuencia de ganancia de apetito y peso, hipocondriasis, Ansiedad somática e Irritabilidad en las mujeres.

Similares resultados obtiene Hamilton (1989) ya que los ocho síntomas más frecuentes son los mismos en ambos sexos. Estudia un grupo de pacientes (n=499) diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor (DSM-III), y sólo encuentra diferencias estadísticamente significativas en: síntomas somáticos generales, que predomina en las mujeres (94% vs 82%), y la disminución de la libido en los hombres (60% vs 50%). Cierta tendencia se observa en otros síntomas como Ansiedad somática, síntomas gastrointestinales, despersonalización

zación e ideas obsesivas en las mujeres; y Ansiedad, Insomnio de conciliación y ideación suicida y paranoide en los hombres. Por último, en la puntuación global, las mujeres se muestran más deprimidas y agitadas.

Ciertas diferencias se han observado también al comparar grupos de edad. En un estudio comunitario centrado en población adolescente en Suecia (LARSSON y cols., 1991) se encuentra entre las chicas una mayor frecuencia de *sentimiento de fracaso, problemas con la toma de decisiones o sentirse poco atractiva o fea*. Por otra parte, en un estudio entre mayores de 63 años, en las mujeres predominan los sentimientos de que la vida es costosa, interrupción del sueño con pensamientos indeseables, preocupaciones o pesadillas y pesimismo; por el contrario, en los hombres predominan: despertares nocturnos (HALE, 1982).

2.2.2.- Edad y Depresión.

La melancolía involutiva fue descrita por Kraepelin en 1907, como una entidad autónoma, de inicio tardío, y caracterizada por: marcada inquietud ansiosa, molestias somáticas, hipocondriasis, Insomnio, anorexia, pérdida de peso y a veces formaciones nihilista o paranoides (ALONSO, 1988). Hoy día su consideración como entidad dependiente es muy discutida.

Weissman y Myers (1978-A,) en un estudio comunitario, observan que si se considera la edad globalmente, no hay diferencias significativas en relación entre ésta y la frecuencia de presentación de *sintomatología depresiva*. Pero si tenemos en cuenta los sexos, mientras las mujeres presentan una alta frecuencia en las menores de 35 años, la cual se va atenuando según aumenta la edad; en los hombres la distribución es la contraria.

Similares resultados obtienen McGee y cols. (1983) en un estudio comunitario entre 899 mujeres en Nueva Zelanda: no encuentra diferencias significativas respecto a la edad entre las mujeres depresivas y no depresivas, observándose una tendencia a un mayor porcentaje entre las menores de 30 años.

Por su parte Hirschfeld y Cross (1982) encuentra que la frecuencia de Síntomas Depresivos parece ser mayor entre los menores de 45 años. Teniendo en cuenta el sexo, los resultados son similares a los comentados anteriormente. Se encuentra un pico en las mujeres menores de 35 años, mientras que en los hombres ocurre entre los 55 y 70 años. Similares resultados ofrecen Morera y cols. (1984) en un estudio realizado sobre población que acuden a consulta de Asistencia Primaria en nuestro país: mayor puntuación en la Escala de Zung en los mayores de 61 años, y en los menores de 21 años, las más bajas.

En 1980, Weissman y Myers publican un trabajo, en el que objetiva la tendencia de la Depresión Mayor a aumentar con la edad, mientras que la Depresión Menor y el Trastorno Bipolar no muestran diferencias significativas. En un más reciente estudio sobre el Trastorno Distímico (WEISSMAN y cols. 1988), no encuentran relación directa con la edad, pero sí tenemos en cuenta la edad y el sexo, este Trastorno parece ser más frecuente en las mujeres menores de 65 años.

En un estudio comunitario realizado en Canadá (KOVES y cols., 1987), se encuentra una más alta frecuencia de Depresión Mayor y Distimias (DSM-III) en relación a la edad, pero discrepa de otros estudios, pues determina que las diferencias en función de la edad desaparecen cuando se tienen en cuenta otras variables.

De gran importancia son los factores sociales y somáticos en las Depresiones de las personas mayores. Alonso Fernández (1988) resume en cuatro los factores de la Depresión Situacional: pérdida, aislamiento, sobrecarga y cambios. Y piensa que éstos acosan con particular frecuencia a las personas de tercera edad. En este sentido, en una muestra comunitaria en Grecia (n=251) de mayores de 65 años, los problemas de salud y económicos suponen las principales fuentes de Estrés (MADIANOS y cols., 1992). En cualquier caso, también existen a esta edad un mayor número de enfermedades somáticas que pueden relacionarse con la Depresión.

Blazer (1984) señala que el motivo por el que anciano deprimido acude a consulta no suele ser directamente la Depresión. Puede guardar relación con enfermedades físicas dificultades de las relaciones familiares o sociales, insatisfacción por la situación económica, etc. pero en los ancianos, el abatimiento no suele ser habitual, como tampoco lo es el descenso en la satisfacción por la vida. En general se acusa a otros factores como mala salud, viudedad o jubilación.

Este mismo autor (BLAZER, 1984) observa que las personas de mayor edad tienden a utilizar los servicios de internamiento psiquiátrico con mucha mayor frecuencia que el resto de la población, mientras que subutilizan los servicios ambulatorios. Esto se atribuye a una falta de información respecto a los servicios médicos por parte de los ancianos deprimidos. También se sabe que los ancianos deprimidos tiende a buscar ayuda de los médicos de cabecera.

Greene y Cooke (1980) estudian a mujeres durante el climaterio, y comparando los factores de personalidad y los ambientales, los autores concluyen que los Acontecimientos Vitales tienen un mayor poder de influencia en la elevación de la intensidad de la clínica depresiva en una población normal de mujeres que en las menopaúsicas.

La importancia de las Depresiones en las personas mayores se acentúa si se tiene en cuenta el elevado riesgo suicida en este grupo. Kurz y cols. (1987) encuentran que los que más riesgo de autolisis representan son los mayores, los cuales comunican menos las ideas de suicidio, utilizan armas letales con mayor frecuencia, y tienen más posibilidades de alcanzar el desenlace mortal. En este sentido, es fundamental saber que los pacientes de este grupo refieren con menor claridad, minimizando su severidad, la sintomatología depresiva en la entrevista médica (LYNESS y cols., 1995).

La presencia de enfermedades físicas aumenta de forma significativa el riesgo de suicidio. En las enfermedades cerebrales orgánicas, cuando mejora la capacidad cognoscitiva del paciente, pueden aparecer con rapidez los síntomas depresivos y precipitar el suicidio. En cualquier caso, también la hipochondriasis se asocia con riesgo suicida.

El fallecimiento del cónyuge también aumenta de forma significativa el riesgo de autolisis. El duelo por sí mismo, no es suficiente para precipitar el suicidio, siendo la asociación entre duelo y suicidio mayor entre los más jóvenes. La relación entre duelo y mortalidad puede ser por la

pérdida de la red de soporte social del individuo, hay que recordar que la soledad es un factor que se presenta con mayor frecuencia en los ancianos que comenten suicidios (BLAZER, 1984).

De la importancia del Apoyo Social en este grupo de población nos puede orientar un estudio comunitario (n=139) entre mayores de 65 años no institucionalizadas (BEN-ARIE y cols., 1987). Al comparar el grupo de deprimidos con el que no lo está, observamos una alta prevalencia de hipocondriasis, pero también una baja de tentativas de suicidio, lo que se relaciona con un elevado apoyo social.

A modo de resumen podemos citar los cuatro factores principales que encuentran Woo y cols (1994) como determinantes de las Depresiones en los mayores: los socioeconómicos, la capacidad funcional, el estado de salud y el apoyo social.

En la Tabla 2.5 recogemos los trabajos que estudian la modificación de las características clínicas de las Depresiones en función de la edad. En resumen, podemos decir que en los mayores predomina la sintomatología de tipo endógeno y somática-vegetativa, con hipocondriasis y desesperanza, siendo también más frecuente el deterioro cognitivo. Por el contrario, en los más jóvenes, destacan la Ansiedad, infravaloración y cambios conductuales.

TABLA 2.5.-. ESTUDIOS QUE ANALIZAN LAS DIFERENCIAS CLÍNICAS DE LAS DEPRESIONES RESPECTO A LA EDAD.

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
CRAIG	1979		INT. PSQ.	ENTREV	< 44 AÑOS	> DIF. CONCENTRACIÓN
COOKE	1982	408	POB GEN	ENTREV	D. ANSIOSA D. ENDÓGENA D. VEGETATIVA	< CON LA EDAD > CON LA EDAD > CON LA EDAD
BROWN	1984	91	INT. PSQ.	-	D. INVOL (31) DEPRESIÓN (60)	> SOMATIZAC., HIPOCONDR., > DISM LIBIDO, CULPA, TENTAT. SUICIDIO
CIVEIRA	1988	84	INT. PSQ. CET-DE	MUJERES	PRECLIMATÉRICAS CLIMATÉRICAS POSTCLIMATÉRICAS	> SOMATIZ., CULPA E INDIGNIDAD, INSOMNIO > DESESPER., DIF CONCENTRAC. NO REACTIV > QUEJAS, PERDIDA APETITO/PESO, HIPOCONDRIASIS
CARLSON	1988	100	INT PSQ	COMP.	ADULTOS NIÑOS Y ADOLESC	> CON EDAD: EMP MATUTINO, DESESPERANZA, RETARDO, ANHEDONIA DELIRIO < CON EDAD: ASPECTO DEP, SOMATIZAC. ALUCINACIONES, BAJA AUTOESTIMA

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

Uhlenhuth y Paykel(1973) destaca que el síndrome depresivo tiene en las distintas edades un origen común y una patogenia similar, con variaciones importantes en el cuadro clínico: los pacientes mayores tienden hacia más Depresión, y los más jóvenes, más Ansiedad. También la bibliografía orienta hacia un predominio en los mayores de las somatizaciones.

En un estudio comunitario (COOKE, 1982) se encuentra una relación directa con la edad en la Depresión Vegetativa, e inversa en la Depresión Ansiosa. En 408 residentes en Glasgow, se analizan cuatro síndromes depresivos por separado: ansioso, endógeno, vegetativo y cognitivo. La Depresión Ansiosa (nerviosismo, tensión, ideas de culpa, modo depresivo y tendencia al llanto) se presenta con mayor frecuencia en los más jóvenes, lo que sugiere que éste tipo de Depresión se asocia con el Estrés y la forma de afrontarlo. Por el contrario, la que denomina Depresión Vegetativa (Pérdida de apetito y la libido, fatiga, estreñimiento y modo depresivo) se relaciona de una forma directa con la edad. No existe una relación clara entre la edad y la Depresión Cognitiva (Insatisfacción, baja autoestima, incapacidad y desesperanza). Y por último, la Depresión Endógena (Empeoramiento matutino, despertar precoz, pérdida de peso, agitación e Irritabilidad) se muestra de igual manera con una relación inversa respecto a la edad.

También se observan diferencias significativas al comparar un grupo de pacientes internados por Depresión Involuntiva (n=31), con otros (n=60). Brown (1984) encuentra que aquellos tienen una mayor frecuencia de: somatizaciones, hipocondriasis; y por el contrario, menor probabilidad de pérdida de la libido, sentimiento de culpa y tentativas de suicidio.

Aplicando el cuestionario CET-DE se estudian a 84 mujeres ingresadas en el Hospital Universitario san Carlos de Madrid. En las que se encuentran en edad climatérica la psicopatología es más rica, y la hipocondría muestra una menor frecuencia en la mujer preclimatérica, aumentando con la edad. En la siguiente tabla (TABLA 2.6) se muestran las diferencias significativas encontradas (CIVEIRA y cols., 1988):

TABLA 2.6.-. DIFERENCIAS CLINICAS (CET-DE) EN FUNCIÓN DE LA EDAD EN UNA MUESTRA DE MUJERES.

PRECLIMATERIO (< 45)	CLIMATERIO (45-60)	POSCLIMATERIO (> 60)
Somatizaciones	Desesperanza	Tendencia a Hablar de
Sentimiento de Indignidad	Dific. para Pensar-Recordar	la Enfermedad
Sentimiento de Culpa	Ausencia de Reactividad	Perdida de Apetito y Peso
Insomnio	Lentificación del Tiempo	
	Hipocondría	

(CIVEIRA Y COLS., 1988.)

El sueño se encuentra entre las molestias más frecuentes en los mayores. Es importante tener en cuenta los cambios fisiológicos del sueño que acompañan al envejecimiento, existiendo en ocasiones una incomprensión e intolerancia hacia éstos. La mayoría de las personas con más de 60 años

requieren entre seis y siete horas de sueño nocturno, siendo el sueño en el anciano más ligero y con frecuentes desvelos.

Blazer (1984) destaca el que son frecuentes en este grupo de edad los síntomas relacionados con el deterioro cognitivo, con dificultades para la concentración y mala memoria. Señala el que existe una Depresión con obnubilación de la conciencia en el 10% de las Depresiones seniles, y que se asocia a un alto riesgo de suicidio. Concluye que estas formas atípicas de la Depresión del anciano, donde se conjugan la abulia, Bradipsiquia y inhibición psicomotora se describe a veces como un cuadros pseudodemenciales. En este sentido, Alonso Fernández (1988) indica que como consecuencia del prolongado aislamiento e inactividad, también se desarrolla un deterioro psicomotor, algunas veces irreversible, que es específico del anciano. En un grado extremo, la Depresión grave se acompaña frecuentemente de una parálisis completa de la voluntad, que conduce a una inmovilidad total, junto con resistencia pasiva a la intervención de otros (BLAZER, 1984).

Cavanaugh (1983) encuentra que no hay relación significativa entre severidad de la Depresión y disfunción cognitiva en aquellos pacientes cuya edad es inferior a los 65 años, y una estrecha relación para los que tienen 65 o más años. Estos resultados lo obtiene en un grupo pacientes (n=289) no psiquiátricos ingresados, y concluye que es probable que el Estrés asociado a la Depresión pueda disminuir la reserva cognitiva con la edad.

Se estima que influye la severidad de los síntomas, más que el diagnóstico de Depresión, a la hora de determinar deterioro en las personas mayores deprimidas (O'HARA y cols., 1986). Para comparar déficit cognitivo autoevaluado con una alteración objetiva en personas mayores, se realizan tres grupos: sujetos con Depresión Mayor (RDC); sujetos con alto índice de sintomatología depresiva referida, aunque sin Depresión mayor; y sujetos con bajo nivel de sintomatología depresiva referida. Aunque no hay diferencias en la presencia de alteraciones objetivas de la memoria, los dos primeros grupos refieren mayor alteraciones mnésicas.

Blazer (1984) destaca que la pérdida de interés en el medio social, junto con la Irritabilidad, la preocupación y las ganas de llorar son síntomas exhibidos con frecuencia por los pacientes depresivos de edad avanzada. También es frecuente el sentimiento de inutilidad y la Rumiación con respecto a ello. La desmoralización aparece en el individuo cuando siente que no es capaz de hacer frente a las demandas impuestas por el medio ambiente y no puede desembarazarse de su situación.

Por su parte, Newmann y cols. (1991) encuentran, en mujeres entre 51 y 92 años, dos síndromes depresivos distintos que se solapan. Un síndrome depresivo clásico, que muestra menor frecuencia según se incrementa la edad; y un síndrome por agotamiento, con marcados sentimientos de debilitación y pérdida de interés en las cosas, que se aumenta según avanza la edad.

Las enfermedades y la penuria económica pueden restar autonomía al individuo, y justificar el sentimiento de desesperanza y desánimo hacia el futuro, los que le lleva a retraerse de las actividades sociales, y le conduce al tedio y la soledad (BLAZER, 1984). También la hipocondriasis es frecuente en los ancianos, incluso entre personas que nunca se habían preocupado durante toda su vida por su salud (BEN-ARIE y cols., 1987).

Por el contrario, la disminución de la autoestima y los sentimientos de Hostilidad hacia sí mismo son menos frecuentes en el anciano, tendiendo

a estar sustituidos por el pesimismo injustificado hacia el futuro (BLAZER, 1984). Tampoco los sentimientos de culpa son habituales en los mayores, con mayor frecuencia de reacciones paranoides. En relación a estos aspectos, Wallace y Pfohl (1995) observan en una muestra de pacientes ingresados (n=257) entre 18 y 81 años, que síntomas como: baja autoestima, ideas de culpa, sentimiento de fracaso, autoacusaciones e ideas de suicidio, se relacionan de forma negativa con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Finalmente, Alonso Fernández (1988) afirma que existe una alta atipicidad de las Depresiones en los ancianos, lo que se manifiesta en Depresiones paranoides, nihilistas, estados mixtos y otras Depresiones.

Si en las personas mayores la sintomatología muestra algunas peculiaridades, también se observan importantes diferencias en los niños y jóvenes. Akiskal (1983-b) afirma que frecuentemente los Trastornos afectivos en los niños son diagnosticados previamente de Trastornos del comportamiento; y el que no son raras en los niños y adolescentes las Depresiones de tipo crónico. Hay que tener en cuenta que el inicio del Trastorno Bipolar es frecuente en la adolescencia o en la infancia.

Durante la pubertad, los chicos defienden el estar sano como un sentimiento de bienestar y la capacidad de hacer lo que ellos quieren, y por lo tanto ser felices. Por el contrario, no estar sano significa no ser capaz de alcanzar las actividades que ellos desean, por lo que la enfermedad se puede identificar por cambios conductuales como Irritabilidad, indiferencia, apatía y caprichos (KATON y cols., 1982).

En este sentido, Blazer (1984) señala que entre los seis y trece años, la Depresión se suele manifestar de una forma atípica, destacando la fobia escolar, caída del rendimiento escolar, conducta rebelde, hiperactividad, fugas, Trastornos viscerales o psicósomáticos, episodios de tristeza y llanto, aislamiento social, falta de energía, pérdida de peso, anorexia e Insomnio.

Carlson y cols. (1988) concluyen que la edad modifica la frecuencia de los síntomas, pero no altera la fenomenología básica. Por su parte, Ryan (1987) estudia 100 pacientes adultos, ingresados con el diagnóstico de Depresión Unipolar, y los compara con otros tres estudios previos realizados en preescolares, prepuberales y adolescentes, encontrando que los siguientes síntomas son los que aumentan, disminuyen o no se modifican con la edad (TABLA 2.7).

TABLA 2.7.-. DIFERENCIAS CLINICAS OBSERVADAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD.

AUMENTAN	NO VARÍAN	DISMINUYEN
Empeoram. Matutino	Animo Depresivo	Aspecto Depresivo
Desesperanza	Dificult. Concentrac.	Molestias Somáticas
Retardo Psicomotor	Insomnio	Alucinaciones
Anhedonia	Ideas Suicidas	Baja Autoestima
Ideas Delirantes	Tentativas De Suicid.	

Aunque la metodología es similar, existen ciertas limitaciones que pueden justificar algunos resultados contradictorios: diferentes investigadores, lugares y poblaciones; la muestra de preescolares es muy pequeña (9); el diagnóstico cambió desde criterios DSM-III a DSM-III-R; y, por último las dificultades en verbalizar los síntomas en los niños pequeños. También McGee y cols. (1986) observa síntomas como baja autoestima, pobre autopercepción de habilidades académicas en muchachos de 11 años.

En un reciente estudio comunitario centrado en adolescentes suecos diagnosticados de Depresión Mayor (DSM-III), Larsson y cols. (1991) encuentran cuatro ítems que son los que determinan la mayor diferencia entre depresivos y no depresivos: ideación suicida, sentimiento de tristeza, preocupaciones sobre la salud y sentirse maltratado. Estos cuatro síntomas son capaces de distinguir el 91% de los depresivos de los no depresivos

McGee y cols (1986) comparan 95 niños y 92 adolescentes atendidos en consulta de centro especializado en Nueva York, se obtiene importantes diferencias clínicas. Todos cumplen criterios de Depresión Mayor (DSM-III), y se observa que mientras en la muestra prepuberal predomina la desesperanza, la Hipersomnia, la disminución o incremento de peso y las tentativas o letalidad en suicidio, en el grupo de adolescentes hay una diferencia significativa respecto al aspecto depresivo, las quejas somáticas, la agitación psicomotora, la Ansiedad de separación, la fobias, las alucinaciones, la anhedonia y el abuso de drogas y alcohol. La mayor tendencia a la desesperanza en el grupo de adolescentes lo asocian a una maduración cognitiva. Por otra parte, la asociación entre Ansiedad y edad prepuberal, es lo que puede predisponer a las alucinaciones en este grupo. Concluyen los autores que los adolescentes eligen métodos de mayor letalidad en sus tentativas, como armas de fuego o sobredosis; y los prepuberales mediante ahorcadura o ahogamiento. En otro estudio, se relacionan las tentativas de suicidio con circunstancias problemáticas, como ruptura familiar o abuso sexual (KIENHORST y cols., 1992).

También en un estudio comunitario sobre niños/as entre 11 y 13 años en Reus, Canals y cols. (1991) observan que existen diferencias en la expresividad clínica en función del sexo, y que el desarrollo puberal no parece influir en las manifestaciones de la Depresión. Se encuentra que en las niñas predominan los síntomas somáticos como: "falta de apetito" o "preocupación por el dolor o la enfermedad". Por el contrario ítems cognitivos como "indecisión" y "nunca me saldrá nada bien" predominan en los varones. Por su parte, la ideación depresiva no muestra diferencias entre los sexos.

Más recientemente, Goodyer y cols. (1993) extraen de una muestra comunitaria la niñas con Depresión Mayor, y las comparan según la edad (11-12 vs 13-14 vs 15-16). Observan que la mayoría de los síntomas son estables a lo largo de los tres grupos, pero con algunas diferencias: mientras la desesperación disminuye con la edad, los actos suicidas y la pérdida de peso aumentan. Encuentran una alta frecuencia (40%) de Ansiedad y Trastornos del comportamiento y obsesivos asociados a las Depresiones, y señala como síntomas habituales en las no deprimidas las preocupaciones hacia su aspecto físico.

2.2.3.- Residencia Urbana/Rural y Depresión.

Al estudiar la relación entre el Hábitat rural-urbano y las Depresiones, nos vemos obligados a ver si existen diferencias en las cifras de prevalencia, tanto globales como por grupos nosológicos (TABLA 2.8). Posteriormente, analizamos si el Hábitat puede influir en la frecuencia de presentación de algunos síntomas de la Depresión, de forma que éstas tengan unas características distintas

TABLA 2.8.-. ESTUDIOS QUE RECOGEN LAS DIFERENCIAS EN LA FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN Y EN LA CLÍNICA ENTRE DEPRESIONES EN FUNCIÓN DEL HÁBITAT RURAL/URBANO.

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
MURPHY	1964	99	CONS PSIQ 30 PAÍSES	CUEST.	URBANO (48) RURAL (79)	NO DIF SIGNIF.
DOHRENWEND	1974	-	-	ENTREV	URBANA RURAL	URB.: > NEUROSIS Y T.PDAD.
COMSTOCK	1976	3938	COMUNITARIO	CES-D ENTREV	URBANA RURAL	N.S.
HIRSCHFELD	1982	=	REV BIBL	=	SÍNTOMAS DEP. DEP. MONOPOLAR DEP. BIPOLAR	N.S. DIF. FREC DEPRES URB/RUR
VÁZQUEZ	1982	=	REV BIBL	=	URBANA RURAL	> NEUROSIS > P.M.D.
CORYELL	1982	-	PARIENT. DEPRES	- ENTREV	URBANA RURAL	> TASA DEP. MONOPOLAR FAMIL N.S. AL RESTRINGIR CRITERIOS DTO.
CROWELL	1983	3798	COMUNITARIO	DIS-DSM-3 ENTREV	URBANA RURAL	> DEPRESIÓN MAYOR
BLAZER	1985	3798	COMUNITARIO ECA	DIS-DSM-3 ENTREV	URBANA (1862) RURAL (1936)	> D MAYOR URB. (DISTIMIA=NS)
KEVESS	1987	3070	COMUNITARIO	DSM-3 ENTREV	URBANA RURAL SUBURBANA	> DEPRESIÓN MAYOR URB. (DISTIMIA=N.S.)
IERIODA- TIAKONOU	1987	788	CONS PSI	ENTREV.	SINT SOMÁT	ALTA INCIDENCIA DE SINT. SOMÁTICOS EN EL MED. RURAL SINT NO SOMÁT T.PDAD Y D NEURÓTICAS EN RURAL

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

Ya Helgason en 1964 apunta la tendencia a encontrar una mayor prevalencia de Depresión en el medio urbano, mientras la Psicosis Maníaco-depresiva aparece con mayor frecuencia en el rural.

Comparando una muestra urbana y rural en Carolina del Norte (n=3921), Blazer y cols. (1985) encuentra que la Depresión Mayor es tres veces más frecuente en el área urbana, por el contrario, la prevalencia a lo largo de la vida de la Distimia es similar en ambas. Concluye en que la Distimia se

presenta con mayor frecuencia en mujeres, y parece ser más independiente del entorno, al influir más las características personales.

En un amplio estudio comunitario (3789 adultos) realizado en U.S.A. (CROWELL y cols., 1986), y centrado en la Depresión Mayor (DSM-III), se observa que la población rural muestra cierta protección contra esta, que es tres veces más frecuente en la población urbana. Encuentra que el riesgo de Depresión Mayor decrece significativamente entre los residentes en el medio rural de menos de 44 años, protegiendo más a las mujeres que a los hombres. En este sentido, Crowell y cols. (1986) piensan que los cambios sociales se experimentan más rápidamente en la ciudad, lo que puede influir principalmente en las personas más jóvenes de la población.

En la misma línea, Kovess y cols. (1987) encuentran que en el medio rural existen menores tasas de Depresión Mayor y Distimias (DSM-III). Las diferencias entre ambos grupos se acentúan en dos minorías: los hombres desempleados y las mujeres sin pareja. Señalar que no se modifica esta diferencia al considerar el resto de las principales variables sociales: sexo, edad, estado civil, ocupación, educación o emigración interna. También Lubin y Zuckerman (1988) observan una tendencia a predominar los síntomas depresivos en las ciudades de más de un millón de habitantes.

En éste campo destacan en nuestro país Vázquez Barquero y cols., los cuales publican en 1982 el estudio realizado en el valle navarro de Baztan, donde se centra en los Trastornos de tipo neuróticos y la influencia de la urbanización en su presencia. Encuentran mayor frecuencia de Trastornos Neuróticos en las zonas más urbanizadas de la muestra. En resumen, concluyen que las Psicosis Maníaco-depresivas predominan en el medio rural, y los Trastornos Neuróticos en el urbano. Se piensa que por la existencia de un mayor número de demandas sociales en la ciudad, puede existir una mayor dificultad para afrontar las situaciones estresantes que en el medio rural.

En un reciente estudio comunitario realizado con adolescentes suecos (Larsson y cols., 1991), a los que se les aplica el BDI, no se encuentran diferencias en la frecuencia de sintomatología depresiva entre los residentes en el medio urbano y el rural. Se controlan el resto de variables sociodemográficas, que no ofrecen diferencias significativas entre los grupos.

Comparando mujeres de Escocia (n=355) y Londres (n=458), Brown y Prudo (1981) encuentran que las urbanas tienen mayores agentes desencadenantes de la Depresión. A pesar de ello, las pertenecientes a la muestra rural tienen una incidencia de casos depresivos similar a las urbanas.

Carpiniello y cols. (1989) elaboran un estudio comunitario con mayores de 65 años en Italia, y también confirma la mayor frecuencia de Depresión en el medio urbano. Concluye que la vecindad en la ciudad es más superficial y faltan lazos emocionales. Por el contrario, los residentes en el medio rural, disponen de una red social más próxima, por lo que los mayores de 65 residentes en el campo tienen un mejor afrontamiento.

En un estudio comunitario de una muestra rural de mayores de 65 años en USA (O'HARA y cols., 1985), se encuentra una escasa incidencia de Trastornos depresivos. Las mujeres no presentan una tasa tan alta como en otros estudios similares en muestras urbanas, parece ser que el medio rural, con muy buen apoyo social, protege de la Depresión. Por el contrario, el vivir sólo y los bajos ingresos predisponen a ella. También Helgason (1964) rela-

ciona la mayor prevalencia en el medio urbano con un menor soporte social, y en concreto la disponibilidad de un apoyo por parte del vecindario.

Para justificar estas diferencias, se han apuntado una serie de causas. Vázquez-Barquero y cols. (1982) señalan que es en las ciudades donde hay mayor discrepancias entre el nivel de aspiraciones del individuo y las posibilidades reales. Otro factor a tener en cuenta es la inmigración, debido a esto, las ciudades atraen un número desproporcionado de personalidades inestables.

Muller (1981) llama la atención acerca de varios aspectos metodológicos, que en ocasiones pueden invalidar los resultados obtenidos al comparar Hábitats. En primer lugar, la mayoría de los estudios se basan en escalas de síntomas, y no en diagnósticos psiquiátricos válidos. Por otra parte, no se suelen tener en cuenta las diferencias en otros parámetros sociodemográficos, como nivel educativo o cualificación profesional, que habitualmente tienen una distribución muy distinta en ambos medios. Hirschfeld y Cross (1982) señala como dato a tener en cuenta las menores posibilidades de acceso al tratamiento psiquiátrico en el medio rural.

Respecto a las diferencias en la expresividad clínica de las Depresiones en función del Hábitat, los resultados son contradictorios. Comparando 99 pacientes de 30 países (MURPHY y cols., 1964), los autores no encuentran diferencias significativas en los síntomas estudiados al considerar el Hábitat. Similares resultados ofrece un conocido estudio comunitario de George Comstock y Helsing (1976) en U.S.A. al comparar una muestra individuos de Kansas City con otra semirural de Washington Country, Maryland.

Por el contrario, hay serie de autores que ofrecen distintos resultados. En un estudio sobre pacientes depresivos de una área rural de Grecia Ierodiakonou y cols. (1987) llaman la atención sobre la alta prevalencia de quejas somáticas. Encuentran una alta frecuencia de Cefaleas, principalmente en pacientes jóvenes, al contrario del resto de las molestias somáticas: musculoesqueléticas, mareos, gastrointestinales, cardiovasculares y genitourinarias que son más frecuentes en personas mayores. Opinan los autores que los pacientes del área rural aceptan más fácilmente a consultar en un centro psiquiátrico por una manifestación física.

En este sentido, también Bensmail y cols. (1989) indican que en las áreas urbanas de Argelia la semiología depresiva se ha modificado, aproximándose más a los patrones occidentales. También German (1987) señala que el suicidio se presenta en las grandes ciudades de África, donde hay un rápido cambio cultural, a diferencia de lo infrecuente que es en el medio rural. Por último, Ndetei y Vadher (1984) refieren que según observación personal, las características clínicas de los estudiantes de Nairobi, son similares a las occidentales, con menos síntomas somáticos, mientras que la población rural y con menor nivel educativo tienden a presentar síntomas físicos.

2.2.4.- Clase Social y Depresión.

Previamente al estudio de la relación entre Clase Social y Depresión, estudiamos el concepto de Clase Social y analizamos el grupo de variables a partir de las cuales se puede obtener.

• VARIABLES DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL

La elaboración de una estratificación social de una muestra es algo complejo debido a la multitud de factores que pueden influir. Los cinco indicadores clásicos para obtener la Clase Social son: el nivel educativo, la cualificación profesional, los ingresos, el consumo y la Clase Social subjetiva. Es fundamental el conocer las características de la muestra, así como los objetivos del estudio, para así poder estimar que variables nos serán más útiles.

Los tres parámetros fundamentales son el poder, la autoridad y el prestigio. Se puede decir que un mismo estrato social comparte unas similares posibilidades económicas, una parecida posición estructural dentro de la organización de producción y una cierta autoridad en el trabajo. En este sentido, es importante diferenciar el nivel socioeconómico, en el que se distribuyen grupos de población que comparten prestigio y estilo de vida; con la Clase Social, en las que se valoran estructuras de poder y autoridad (LATOURET y ÁLVAREZ, 1989).

Antes elaborar la Clase Social debemos plantear el utilizar un enfoque unidimensional o multidimensional. Para ello hay que tener en cuenta los aspectos logísticos en la recogida de datos, la población estudiada y los objetivos de estudio. Liberatos y cols. (1988) señala que la ocupación se relaciona con determinadas causas sociales de enfermedad, los ingresos con el acceso a dispositivos sanitarios, y la educación con los hábitos de vida y la capacidad de resolver problemas.

Estudiando la relación entre salud y Clase Social en Jerusalén, se concluye que la ocupación es el parámetro más útil en este tipo de estudios, y que otros indicadores no se asocian tanto con ella como el nivel educativo y los ingresos. Por lo tanto, si se realiza la Clase Social a partir de un solo parámetro, se aconseja escoger alguno de éstos tres, considerando que es favorable el utilizar más de uno de ellos. La elección de indicadores se determinará a partir de consideraciones prácticas y principios conceptuales con respecto al estudio concreto que se va a realizar, (HABRAMSON, 1982).

La ocupación del cabeza de familia se suele asociar a un determinado prestigio social, a unas remuneraciones económicas y a unos años de educación. Por esto, se ha considerado que el utilizar el parámetro cualificación profesional del cabeza de familia, por sí sólo, puede ser apropiado.

La British Registrar General's Scale es la pionera de las clasificaciones en capas sociales (TABLA 2.9). Se elabora a partir de la ocupación, y consideran VI grupos, revisándose cada seis años. Esta constituye una escala básica en los estudios realizados en Gran Bretaña, dando pie a clasificaciones similares en otros países. Su punto más criticado, el método por

el cual una profesión se incluye en un apartado u otro (LIBERATOS y cols., 1988).

Otras escalas a partir de la profesión son las de Edward, la de Nam-Powers o la de Siegel. La primera se basa en la británica, elaborando los grupos a partir de la cualificación profesional y los ingresos medios de cada profesión. Se establecen 10 categorías, a partir de datos del censo. Es criticada por la gran fluctuación que pueden presentar los ingresos dentro de cada profesión, no siendo reflejada esta realidad con la media aritmética. La Clasificación de Man-Powers tiene similares características.

TABLA 2.9.- CLASIFICACIÓN BRITÁNICA DE PROFESIONES (BRGS).

I .- PROFESIONALES.
II .- OCUPACIONES INTERMEDIAS
III.- OCUPACIONES CUALIFICADAS
(N) NO MANUAL
(M) MANUAL
IV .- OCUPACIONES PARCIALMENTE CUALIFICADAS
V.- OCUPACIONES NO CUALIFICADAS
VI.-OCUPACIONES INADECUADAMENTE DESCRITAS

(LIBERATOS Y COLS, 1988)

Otras, como la de Siegel, se elaboran a partir del prestigio de cada profesión, mediante amplias encuestas en población general. Presenta el inconveniente que no ha sido actualizada desde 1980. Similares características cumple la de Treiman, en cuyo caso la encuesta recoge datos de 55 países, con lo que se intenta que sea válida en distintos contextos.

Con todo esto, los principales inconvenientes de las escalas elaboradas a partir de la profesión son: en primer lugar, los estudios suelen estar más actualizados que el censo; por otra parte, se refieren a población activa, sin tener en cuenta la situación laboral del individuo; tampoco consideran la posible actividad económica en la esposa; no consideran la variación a lo largo de los años, de las características de una determinada profesión; y por último, no tienen en cuenta la unidad familiar, al no considerar el número de personas que trabajan. Latour y Álvarez (1989) señalan que en algunos estudios se ha encontrado una relación muy modesta entre nivel ocupacional y Clase Social.

En España, al igual que en otros países, se ha elaborado una Clasificación Nacional de Ocupaciones (1979), tomando como referencia la Classification of Occupations británica. La clasificación Nacional de Ocupaciones está organizada en 10 grandes grupos y 85 subgrupos, con un total de 1.568 ocupaciones. Un equipo del Instituto Municipal de Salud de Barcelona (DOMINGO y MARCOS, 1989) propone un indicador de Clase Social a partir de la ocupación. En este caso también se considera el estado del empleo (asalariado, autoempleado, etc.) y la situación laboral (TABLA 2.10).

Los propios autores señalan algunas limitaciones de la escala: sólo se consideran los grupos más frecuentes dentro de cada profesión, desestimando

algunos menos frecuentes; por otra parte, no se tiene en cuenta el tamaño de la empresa; por último, piensan que no es válida para todo tipo de poblaciones. Citan como ejemplo la población rural, que podría quedar muy concentrada con esta escala. En cualquier caso, concluyen que ningún tipo de clasificación es válida para todo tipo de estudio.

TABLA 2.10.- CLASIFICACIÓN DE LA C.SOCIAL SEGÚN LA OCUPACIÓN.

I.- DIRECTIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN Y DE LAS EMPRESAS (EXCEPTO LOS INCLUIDOS EN II).
ALTOS FUNCIONARIOS. PROFESIONALES LIBERALES. TÉCNICOS SUPERIORES.
II.- DIRECTIVOS Y PROPIETARIOS-GERENTES DEL COMERCIO Y DE LOS SERVICIOS
PERSONALES. OTROS TÉCNICOS (NO SUPERIORES). ARTISTAS Y DEPORTISTAS.
III.- CUADROS Y MANDOS INTERMEDIOS. ADMINISTRATIVOS Y FUNCIONARIOS, EN GENERAL.
PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD.
IV.A.-TRABAJADORES MANUALES CUALIFICADOS DE LA INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS.
IDEM DEL SECTOR PRIMARIO.
IV.B.-TRABAJADORES MANUALES SEMICUALIFICADOS DE LA INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS.
IDEM DEL SECTOR PRIMARIO.
V.- TRABAJADORES NO CUALIFICADOS.
VI.- OTROS CASOS (MIEMBROS DEL CLERO Y DE LAS FUERZAS ARMADAS). MAL ESPECIFICADOS.
NO CONSTA.

(DOMINGO y MARCOS, 1989)

La educación es otro parámetro utilizado, teniendo en cuenta que para la mayoría de los adultos, la educación es más estable a lo largo de la vida que los otros índices. Tiene una serie de limitaciones como: en el caso de las mujeres, que reciben menores ingresos con igual nivel de educación, el que la titulación es más importante que los años de estudio, y el que existe un distinto acceso a ella. Por último, recuerda Liberatos y cols. (1988) que existe cierta tendencia a exagerar el nivel educativo en los encuestados.

El mismo autor añade, que si lo que valoramos son los ingresos, nos encontramos también con algunos problemas: no se suele dar la cifra exacta, no se relaciona con el nivel educativo, varía mucho dentro de cada profesión, es inestable con el tiempo y depende de la edad. Es importante tener en cuenta los ingresos totales y según el número de miembros de la familia. También, en ocasiones, un cambio de trabajo puede suponer una disminución de ingresos, pero una promoción profesional. Por último, el enviudar o separarse del esposo suele constituir una disminución brusca de ingresos, así como la jubilación.

La Clasificación de Hollingshead y Redlich ha sido ampliamente usada en psiquiatría y utilizada en el famoso estudio de New Haven publicado en 1958 (TABLA 2.11). Se determinan cinco niveles socioeconómicos a partir de

una serie de variables: raza, etnia, religión, lugar de residencia, ocupación y educación (KAPLAN y SADOCK, 1989). Sólo validada en Connecticut, se la critica por considerar sólo la ocupación del cabeza de familia.

En resumen, prácticamente todos los autores concluyen en que aunque la Clase Social ha sido ampliamente estudiada y medida, no hay método alguno que sea el mejor en todos los estudios. En cualquier caso aconsejan el utilizar más de un parámetro, considerando las más idóneas para el trabajo, siendo las tres más importantes el nivel educativo, la ocupación y los ingresos. En esta línea, Klein-Hesselink y Spruit (1992), en un amplio estudio comunitario (n=1.000), elaboran una puntuación compuesta de Estatus Socioeconómico a partir de la suma de las variables Educación, Ocupación e Ingresos.

TABLA 2.11.- CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE HOLLINGSHEAD Y REDLICH.

I .- LÍDERES PROFESIONALES. DOS GRUPOS: HEREDEROS Y PROFESIONALES CON ALTA PREPARACIÓN Y MOVILIDAD ASCENDENTE.
II .- DIRECTIVOS Y PROFESIONALES DE SEGUNDO ORDEN Y CUALIFICACIÓN EDUCATIVA SUPERIOR A LA ESCUELA SECUNDARIA.
III.- EMPLEADOS EN TAREAS ADMINISTRATIVAS Y ASALARIADOS O PEQUEÑOS PROPIETARIOS. GRADUADOS DE ENSEÑANZA MEDIA.
IV .- CLASE TRABAJADORA: OPERARIOS MANUALES CUALIFICADOS O SEMICUALIFICADOS, CON RARA MOVILIDAD GENERACIONAL.
V .- OPERARIOS SEMICUALIFICADOS O NO CUALIFICADOS, QUE NO SUELEN HABER CONCLUIDO LA ESCUELA PRIMARIA.

(KAPLAN y SADOCK, 1989)

● RELACIÓN ENTRE CLASE SOCIAL Y DEPRESIÓN.

Ha sido muy estudiada la relación existente entre cuadros depresivos y Clase Social, y desde los primeros trabajos de Psiquiatría Social se observaron resultados significativos. La mayoría de los estudios analizan las cifras de prevalencia, bien considerando los cuadros depresivos de un modo global, o bien estudiando por separado los grandes grupos nosológicos.

Los estudios pioneros de éste tipo se realizan sobre internamientos psiquiátricos (TABLA 2.12). La primera referencia a éste respecto es de Stern, que en un estudio publicado en 1925, encuentra que los pacientes ingresados y diagnosticados de cuadros depresivos, pertenecían a una clase más elevada que el resto. En el clásico trabajo de Faris y Dunham (1939) se obtienen similares conclusiones: los pacientes diagnosticados del Psicosis Maníaco-depresiva residen en las zonas de mayor nivel socioeconómico, cuantificado a partir de la cualificación profesional. Por su parte, Hare (1955) encuentra una distribución más aleatoria de la Psicosis Maníaco-depresiva a lo largo de la ciudad de Bristol. Señalar que aunque la metodología era similar a la aplicada por Faris y Dunham, ésta ciudad inglesa presentaba unos patrones sociodemográficos diferentes a los de Chicago. Más claros son los resultados de Clausen y Kohn (1955) en la pequeña ciudad estadounidense de Hagerstown. Observaron que los pacientes hospitalizados por

Psicosis Maníaco-depresiva tendían a proceder, de una manera desproporcionada, de los vecindarios de mayor nivel socioeconómico.

TABLA 2.12.- FRECUENCIA DE DEPRESIONES RESPECTO A LA CLASE SOCIAL EN CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
HARE Bristol	1955	1264	PMD (OMS) C.PUBLIC	REV.HIST	PROF (I-V)	DISTRIB P.M.D. HOMOGÉNEA ENTRE CS
MUNRO Edinburgo	1966	213	DEP.INT.153 M.G.AMB.163	HSI	(I-V)	SIMILAR DISTRIB. DEP
DEAN Plymouth	1980	2298	C.PUBLIC REV.HIST	ICD-8 CENSO	H&R (I-V)	D NEURÓTICA >> CS BAJA
HOOVER Filadelfia	1981	72	UNIPOL PAREJ PMD PUB/UNIVERS.	ENTREV BIPOL I BIPOL II	(I-III)	CS BAJA: > DEPRESIÓN MONOPOLAR
MURPHY Londres	1982	219	DEP (119) P GEN (100) > 65 A.	PSE-SPAS ENTREV.	REGISTRO CS MED/TRAB	CS TRABAJADORA > DEPRESIÓN
GOODMAN N. York	1983	1033	T AFECTIV C PUBLICO	DSM-II REV HISTOR	INGRESOS RESIDENCIA	CS BAJA: > T AFECTIVOS EN < 44 A.
EISEMANN BIPOL.Suiza	1986	308	DEP 111 CONS GEN,97 PUB/UNIVERS.	D UNIPOL D BIPOL D NEURÓT	PROF (3)	CS BAJAS: > DEPRES UNIPOL, E INESPECÍFICA >> DESCENSO EN CS EN D. BIPOL Y D.INESPEC Y MONOPOLAR
LENZI Pisa	1993	877	INT.PSIQ. CONS.PSIQ.	DSM-III HRSD	H & R	C.S. BAJA > DISTIMIA

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

Estudios posteriores no se limitan a pacientes ingresados, sino que amplían la muestra a los que acuden a consulta de psiquiatría (TABLA 2.12). Entre ellos destaca el de New Haven (Hollingshead y Redlich, 1958), donde se encuentra un predominio de cuadros psicóticos (90%) en las clases inferiores, y de tipo neurótico (65%) en las más altas. Posteriormente, Hamilton (1959) compara pacientes depresivos ingresados (n=153), con ambulatorios de un hospital general (n=163), no encontrando diferencias significativas en la distribución de la Clase Social entre los depresivos y los pacientes no psiquiátricos.

Christopher Bagley revisa en 1973 algunos de los aspectos de los estudios publicados en éste campo. En primer lugar señala la necesidad de dar una definición clara a los conceptos de Depresión y Clase Social. En relación al primero, hasta entonces se utilizaron diagnósticos clínicos, sin aplicar criterios operativos. En relación a la división en clases sociales, refiere que se utiliza el criterio profesión del cabeza de familia en vez de Clase Social. Puntualiza Bagley, que en la mayoría de los trabajos se considera la Depresión psicótica, y que es posible que algún tipo de Depresión sí muestre diferencias en función a la Clase Social, como la Psicosis Maníaco-depresiva. Plantes como hipótesis de esta asociación varias posibi-

lidades: los depresivos de clases inferiores no son diagnosticados; también piensa que algunos factores de personalidad pueden influir en los dos aspectos: elevación en la Clase Social y la presentación de Depresión; por último, señala que ciertos Acontecimientos propios de las clases superiores pueden desencadenar una Depresión.

Por el contrario, más tarde Brown y cols. (1977) encuentran una mayor frecuencia de Depresión en las mujeres pertenecientes a la clase trabajadora, en comparación con la clase media. Esta conclusión la confirma en posteriores estudios (BROWN y PRUDO, 1981). Por su parte, Dean y James (1980) observan una relación significativa entre Depresión neurótica y Clase Social más baja en depresivos ingresados. Aunque no todos los estudios obtienen éstos resultados, la mayoría coinciden en similares conclusiones, (GOODMAN y cols., 1983). También en un estudio realizado en Suecia sobre pacientes depresivos ambulatorios e ingresados (EISEMAN, 1986), se observa que tanto la Depresión monopolar, como la Bipolar, presentan una mayor representación en las clases con menor cualificación profesional.

En un estudio en pacientes de bajo nivel socioeconómico (n=216) con internamiento psiquiátrico, también se observa una alta incidencia de Trastornos Depresivos, siendo el 60% diagnosticado de clínicamente depresivo (WOLD y cols., 1982). Posteriormente, en un amplio estudio (n=1033) realizado sobre pacientes internados en dos centros públicos de una zona suburbana de Nueva York (GOODMAN y cols., 1983), se observa que las clases sociales inferiores se correlacionan con una alta prevalencia de Trastorno Afectivos, siendo mayor el predominio en los menores de 45 años.

Por lo tanto, son numerosos los estudios que determinan una relación inversa entre Clase Social y hospitalización por Depresión y/o tiempo de hospitalización para los Trastornos psiquiátricos (HUSAINI y NEFF, 1981). Del mismo modo, la relación entre Depresión y Clase Social baja parece confirmarse tanto en los estudios realizados en consulta de Psiquiatría, como en las que comparan los pacientes psiquiátricos con los de Medicina General (NIELSEN y WILLIAMS, 1980).

Por ejemplo, en una muestra de pacientes de consulta de medicina general (n=526) en Washington, Nielsen y Williams (1980) observan una clara relación inversa entre Clase Social y mayor puntuación en la escala de Depresión. En un estudio similar realizado en nuestro país (MORERA y cols., 1984) se encuentra una clara relación inversa entre nivel educativo y sintomatología depresiva. Señalar que si se corrigen los resultados en función al sexo, desaparece la significación estadística, pues en la muestra predominan las mujeres de nivel educativo bajo y muy bajo, mientras que en los niveles superiores hay más hombres (TABLA 2.13).

Algunos estudios apuntan a la Clase Social baja como principal predictor de sintomatología depresiva (WRIGHT y cols., 1980). En una revisión de la literatura respecto a éste tema, Blacker y Clare (1987) concluyen que aunque la mayoría de los estudios señalan una mayor frecuencia de Depresión en clases inferiores, se deben realizar estudios más detallados y buscar variables individuales relacionadas con la Clase Social.

Pero dadas las características de los cuadros depresivos, surge la necesidad de realizar estudios en población general. De todos modos, Dohrenwend y Dohrenwend (1974-B) plantea como limitación de los estudios comunitarios el que se ajustan más los datos socioeconómicos que los clínicos, por lo que existen grandes diferencias en las cifras de prevalencia de

Trastornos psicopatológicos en la comunidad. Todos los trabajos que se citan a continuación se refieren a estudios comunitarios (TABLA 2.14).

TABLA 2.13.- FRECUENCIA DE DEPRESIONES RESPECTO A LA CLASE SOCIAL EN CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN NO PSIQUIÁTRICA.

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
SCHWAB Florida	1967	143	INTER. M.I. DEP/ NO DEP	DTO CLIN ENTREV HSD BDI	SROLE (1-6) EDUC/PROF/ING	NO DIFERENC CS DEP/NO DEP CS ALTA > DTO CLÍNICO CS BAJA > DTO ESCALAS DEP
NIELSEN Washington	1980	526	CONS MED G.	BDI	H & R (5)	CS BAJAS > PUNT BDI
MORERA Tenerife	1984	89	CONS MED G. DEP/ NO DEP	SDS ZUNG	N. EDUCATIVO	N EDUC. BAJO > PUNT SDS ZUNG
KOENIG	1992A	1011	INTERNAM. MED/NEUROL	G.D.S.	EMPLEO	LOS DESEMPLEADOS TIENEN MAS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

En primer lugar recogemos los estudios que cuantifican Síntomatología Depresiva mediante escalas y cuestionarios. Aunque la mayoría de los estudios se han realizado en población general, algunos toman una muestra determinada: bien población rural (HUSAINI y NEFF, 1981 y VÁZQUEZ-BARQUERO y cols., 1987), o mayores de 60-65 años (KIVELA y cols., 1988 y MURPHY, 1982), emigrantes mejicanos (MOSCICKI y cols., 1989) o individuos de raza negra (GARY, 1985). Repetidamente se encuentra una relación significativa entre sintomatología depresiva e indicadores de clase inferiores, como: Clase Social (WARHEIT y cols., 1973; WHARHEIR, 1975; STEELE, 1978; WEISSMAN y MYERS, 1978-B; HUSAINI y NEFF, 1981; KIVELA y cols., 1988 y MURPHY y cols., 1991), nivel educativo (COMSTOCK y HELSING, 1976; WEISSMAN y MYERS, 1978-B; HUSAINI y NEFF, 1981; VÁZQUEZ-BARQUERO y cols., 1987; LUBIN y ZUCKERMAN, 1988; KIVELA y cols., 1988 y MOSCICKI y cols., 1989), ingresos económicos (COMSTOCK y HELSING, 1976; WEISSMAN y MYERS, 1978-B; HUSAINI y NEFF, 1981; GARY, 1985; VÁZQUEZ-BARQUERO y cols., 1987; LUBIN y ZUCKERMAN, 1988; MOSCICKI y cols., 1989), cualificación profesional (WEISSMAN y MYERS, 1978-B; MURPHY, 1982 y LUBIN y ZUCKERMAN, 1988) o desempleo (COMSTOCK y HELSING, 1976 y GARY, 1985).

Por el contrario, son menos los trabajos que no obtienen estos resultados. En un estudio realizado en Turquía en pacientes mayores de 60 años (BEKAROGLU y cols., 1991), no se encuentra relación entre el nivel educativo, la ocupación y los ingresos mensuales y Depresión (HRSD). Por su parte, McGee y cols. (1983) encuentra una tendencia a una mayor frecuencia de síntomas depresivos en las clases inferiores, aunque éstas desaparecen cuando se tienen en cuenta otras variables.

Si revisamos los trabajos respecto a la Depresión Menor o Neurótica, Srole, en 1962, determina una asociación entre el posible cuadro de tipo neurótico y la Clase Social alta. Por el contrario, Weissman y Myers (1978-B) encuentran un predominio de Depresión menor en las clases inferiores

(n=720). Posteriormente, Dean y James (1980) observan una clara relación entre mayor incidencia de Depresión Neurótica y desempleo en los hombres. Aunque más recientemente (WEISSMAN y cols., 1988) encuentra relación significativa entre Trastorno Distímico e ingresos familiares bajos, en los menores de 44 años. Por el contrario, no lo observa con respecto al nivel educativo. Por su parte, Kivela y cols. (1989) en Finlandia obtienen una relación significativa inversa con el Nivel Educativo y Trastorno Distímico. Por último, en un reciente estudio realizado en Londres (BEBBINGTON y cols., 1991), y seleccionando a los pacientes que cumplen criterios Trastorno Afectivo Menor (n=275), concluyen los autores que existe mayor frecuencia en las clases más bajas.

TABLA 2.14.- FRECUENCIA DE DEPRESIONES RESPECTO A LA CLASE SOCIAL EN ESTUDIOS COMUNITARIOS.

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
BROWN	1975	458	COMUNITARIO MUJ	-	PROF C FAM TRAB/CS MED	> DTO CLÍNICO DEP. EN TRABAJ
WARHEIT	1975	103 mil	COMUNITARIO	ESC DEPRES 18 ítems AUTOAPLIC.	-	CS BAJA: > SÍNTOMAS DEPRESIVOS CS ALTA: < SÍNTOMAS DEPRESIVOS CS. VARIABLE MAS RELACIONADA CON DEPRES.
COMSTOCK	1976	3938	COMUNITARIO	CES-D ENTREV	CS BAJA:	> SÍNTOMAS DEPRESIVOS
WEISSMAN Conncticut	1978A	1658	COMUNITARIO LONG 76-79	ESC GURIN AUTOAPLIC	H & R (5)	CS BAJA: > SÍNTOMAS DERESIVOS
WEISSMAN New Haven	1978B	720	COMUNITARIO	LONGITUD. 1975/76	H & R (5)	CS BAJA > D. MENOR N. S. D. MAYOR
STEELE New Haven	1978	134	COMUNITARIO	ZDS ENTREV	EDUC / OCUPAC (I-III)	CS BAJA: > SINT DEPRES CS ALTA: < SINT DEPRES
WEISSMAN Conncticut	1980	515	COMUNITARIO	SADS-RDC ENTREV	h & R (5)	CS BAJA: > DEPRESIÓN MENOR CS ALTA: > DEPRESIÓN BIPOLAR
BROWN Escocia	1981	355	RURAL MUJERES	PSE	OCUPAC ESPOSO	N. S. RELAC CON DEP. MAYOR
COSTELO	1982	449	COMUNITARIO MUJERES	PSE	CS TRABAJO CS MEDIA	NO DIF ENTRE CS O NIVEL DE EMPLEO
HIRSCHFELD	1982	=	REV TRAB.	SINTOM DEP D. MONPOLAR	=	>> CS BAJA > CS BAJA
McGEE N Zelanda	1983	899	MUJERES	C. AUTOAPL. D. MAYOR DSM-III	SES ELLEY & IRVING	N.S. RELAC ENTRE SES Y DEPRESIÓN
HÄLLSTRÖM Goteborg	1984	460	MUJERES	D.MAYOR(60) NO DEP (400) DSM-III	PROF (I-V)	DEPR < INGRESOS ESPOSO Y FAM N.S. ING PAC O C.S. PAC O ESPOS
ASZKENAZI Argentina	1984	6798	ADULTOS	PSE RDC	OCUPACION EDUCACION	CS BAJAS > DEPRESIÓN
ROSS U.S.A.	1985	1360	MATRIMONIOS	CES-D	INGRESOS FAMIL EDUCAC (AÑOS)	< INGRESOS Y EDUCAC > SINT DEPER.
GARY Washington	1985	142	RAZA NEGRA	CES-D	EDUCACION INGRESOS	< INGRESOS, DESEMPLEO Y < TAMAÑO DE LA CASA >> SINT. DEPR.

(CONTINUA)

TABLA 2.14.- FRECUENCIA DE DEPRESIONES RESPECTO A LA CLASE SOCIAL EN ESTUDIOS COMUNITARIOS
(CONTINUACIÓN).

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
CROWELL Carolina N.	1986	3798	COMUNITARIO	D MAYOR DIS-DSM-III	VARIABL SOC	CS MEDIAS (3 y 2): > DEPRESIÓN
VEGA San Diego	1986	1825	MUJERES INMIGR MEX	CES-D	EDUC E INGRES	> S DEP EN < EDUC E INGRESOS
HÄLSTRÖM Goteborg	1987	460	MUJERES URBANA	D MAYOR DSM-III	OCUPAC PADRE N EDUCAT	DIFERENCIAS N.S. ENTRE C.S. NIVEL EDUCATIVO
VÁZQUEZ Cantabria	1987	1250	RURAL	GHQ-ENTREV PSE-CATEGO ICD-9	? (3)	CS BAJA >DEPRESIÓN
BEN-ARIE Sudafrica	1987	139	RAZA NEGRA > 60 AÑOS	ICD-8 PSE	OCUPACION INGRESOS	NO RELAC SIGIFICAT ENTRE OCUPAC., INGRESOS Y DEPRESIÓN
VEGA Mexico	1987	991	COMUNITARIO	CES-D	SES	< SES > S. DEP.
BIRTCHELL Inglaterra	1988	90	MUJERES	PSE	OCUPAC PACIENTE OCUPAC ESPOSO	DESEMPLEO O INF. CUALIF DEL PACIENTE O ESPOSO > SINT D.
WEISSMAN USA	1988	18572	DISTIMIA	ENTREV DIS-DSM-III ECA	VARIABL SOC EDUCAC/EMPLEO	> DISTIMIA EN BAJO INGRESOS Y DESEMPLEADOS (18-44 AÑOS)
KIVELA Finlandia	1988	1529	> 60 A.	ENTREV ZSDS DSM-III	EMPLEO EDUCACION	> DEP EN BAJO N.EDUCAT. Y PRINCIPALM. EN VARONES
LUBIN USA	1988	1543	S DEPRES S ANSIED	MAACL-R	EDUCACION EMPLEO	> S. DEP EN MENOR N EDUC, PROF E INGRESOS ECONOM.
KIVELA Finlandia	1989	1529	DISTIMIA > 60 A.	ENTREV ZSDS DSM-III	EMPLEO EDUCACION	> DISTIM EN VARONES BAJO N.EDUCATIVO
MOSCICKI USA	1989	3118	HISPANOS MEJICANOS EMPL/DESEMP	CES-D	EDUCAC (AÑOS) INGRESOS	> SÍNTOMAS DEPRES EN MENORES INGRESOS Y BAJO N.EDUCAT.
BEKAROGLU Turkia	1991	292	> 60 AÑOS INST/NO INT	HRSD	EDUCAC, OCUPAC E INGRESOS	NO RELAC. SIGNIFICAT ENTRE EDUC, OCUPAC E INGRES Y DEPRESIÓN
MUPHY Canada	1991	593	RURAL	DPAX	CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA	PREDOMINAN SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN C.S. INFERIORES
MADIANOS Atenas	1992	251	>65 AÑOS	CES-D	EDUCAC, OCUP	> SINT. DEPRES. EN NIVELES INFERIORES

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

Si lo que estudiamos es la Depresión Mayor, los resultados son algo más contradictorios. Hay trabajos que no observan relación significativa con indicadores de clase, como: Clase Social (WEISSMAN y MYERS, 1978-b y WEISSMAN y MYERS, 1980), cualificación profesional (McGEE y cols., 1983; McGEE y cols., 1986 y BEN-AIRE y cols., 1987), nivel educativo (McGEE y cols., 1986) o ingresos (BEN-AIRE y cols., 1987). Por el contrario, hay otra serie de estudios que sí encuentran relación significativa entre Depresión Mayor e inferiores Niveles Socioeconómicos, como: cualificación Profesional (EISEMAN, 1986), Nivel Educativo (KOVESSE y cols., 1987) o clases sociales medias (CROWELL y cols., 1986).

Por último, respecto al Trastorno Bipolar (TABLA 2.15), Weissman y Myers (1978-b) encuentran una clara relación con clases altas (4,6% en clases I y II vs 0% en clase V). Posteriormente Coryell y cols. (1989) comparan tres grupos de depresivos Monopolares (n=442), bipolares I (n=64) y bipolares II (n=88), y observa que mientras el nivel educativo o profesional no difiere entre los grupos no Bipolares, sí encuentran un nivel socioeconómico más elevado entre los familiares de primer grado de los bipolares. La diferencia se marca más en el nivel educativo que en la ocupación. En 1980, Weissman y Myers confirman los mismos resultados: comparando las muestras con los datos de población general, determina que no es que exista una desventaja de los Monopolares, sino que más bien son los bipolares los que manifiestan cierta superioridad sobre los datos medios de población respecto al nivel educativo (WOODRUFF y cols., 1971). Por último, Lenzi y cols. (1993) encuentran también que los pacientes con Depresión Bipolar, tienen una mayor probabilidad de ser de clase alta.

TABLA 2.15.- FRECUENCIA DE DEPRESIONES RESPECTO A LA CLASE SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR.

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
WOODRUFF Washington	1971	198	INTERM PSIQ PAC/HERM	ENTREV DTC CLIN	EDUC (AÑOS) PROF (DUNCAN)	> EDUC Y PROF > T. BIPOL T BIPOL > T MONOPOLAR
DOHRENWEND	1974	=	7 ESTUD.	REV.BIBL.	=	NINGUNO > FR. PMD EN CS BAJA
WEISSMAN New Haven	1978B	720	POB GEN 1975/76	RDC	H&R (5)	CS ALTA > T. BIPOLAR
WEISSMAN Connecticut	1980	515	POB GEN ENTREV	SADS-RDC ENTREV	VARIABLE SOC H & R (5)	CS BAJA: > DEPRESIÓN MENOR CS ALTA: > DEPRESIÓN BIPOLAR
HIRSCHFELD	1982	=	REV TRAB.	=	=	> CS ALTA
JONES N. York	1983	90	INT PSQU HISPANOS	REV HIST DSM-III	HOLL (V)	11% HISPANOS P.M.D., VS 3,5% USA
EISEMANN Suiza	1986	308	DEP 111 CONS GEN,97 PUB/UNIV	D UNIPOL D BIPOL D NEURÓT D INESPEC	PROF (3)	CS BAJAS: > D BIPOLAR QUE POB GEN PADRES DE D. BIPOL >> CS >> DESCENSO EN CS EN D. BIPOL
BRESLAU Detroit	1988	111	INT PSIQ	SADS, PSE DSM-III,RDC BIPOL/UNIPOL ESQUIZOAFECT	N. EDUCATIVO	T. BIPOLAR > N. EDUCATIVO QUE UNIPOLAR Y ESQUIZOAFECTIVOS
LENZI Pisa	1993	877	INT.PSIQ. CONS.PSIQ.	DSM-III HRSD	H & R	C.S. ALTA > T.BIPOLAR

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

Son diversos los aspectos que se proponen para justificar la relación entre Clase Social baja y Sintomatología Depresiva y Depresión Neurótica. Weissman y Myers (1978-b) señala que influye en esto la desmoralización y el menor acceso a los servicios médicos en las clases inferiores, con lo que las fases depresivas tienen una mayor duración. Estudiando 680 matrimo-

nios, Ross y Huber (1985) concluyen que las dificultades económicas son factores importantes en la Depresión, tanto para el esposo, como para la esposa. Pero se encuentran diferencias en función del sexo: mientras que en las mujeres son el nivel educativo y los ingresos personales los que se asocian a la percepción de las dificultades económicas, en el hombre son los ingresos familiares globales.

También hay que tener en cuenta la influencia de la enfermedad en el mantenimiento o descenso de Clase Social. Ya Aristóteles entendía la Depresión como un factor que podía favorecer el ascenso en la escala social; y en el siglo IV a.C. comentaba que "todos aquellos que han llegado la eminencia de la filosofía, o en política o en poesía tienen cierta tendencia hacia la melancolía" (AKISKAL y MCKINNEY, 1973).

Woodruff y cols. (1971) compara un grupo de varones ingresados por Trastornos afectivos mono y bipolares, con hermanos varones, de edades lo más próximas posibles; y Concluye que no hay diferencia entre los probandos y los controles respecto al nivel educativo o profesional.

Por el contrario, Murphy y cols. (1991), en un estudio evolutivo, observan que existían individuos con Depresión y bajo nivel socioeconómico ya en la primera evaluación, y otros que debido a la Depresión ha descendido de Clase Social a lo largo de los años. Posteriormente, Bruce P. Dohrenwend y cols. (1992) analizan la relación inversa entre Trastorno psiquiátrico y Clase Social, y comparan las dos hipótesis: causa social o selección social, y concluyen que en la esquizofrenia es importante la selección social, mientras que en las Depresiones, en los abuso de tóxicos y en la personalidad antisocial, es la enfermedad la que causa el descenso social.

Respecto a la asociación entre Clase Social alta y Depresión Bipolar, Coryell y cols. (1989) piensan que ciertas características de personalidad (alto nivel de expectativas; focalización en el logro, a expensas del propio placer; o una baja autoestima que puede llevar a un esfuerzo compensatorio en busca de logros) pueden predisponer hacia la Depresión Bipolar y hacia el éxito, siendo especialmente frecuente en trabajos creativos.

En este apartado, es importante diferenciar los distintos grupos nosológicos de Depresiones. Eiseman (1986) observa una tendencia, aunque no significativa, a una Clase Social más elevada en los padres del grupo Bipolar, y un mayor descenso en nivel social en las Depresiones Monopolares. Por el contrario, el grupo perteneciente a Depresiones Neurótico-reactivas muestran una movilidad social más similar al del grupo control.

Por otra parte, siempre se plantea la duda sobre la posibilidad de que las distintas cifras de cuadros depresivos en función de la Clase Social, sean debidas a una distinta exposición a situaciones Estresantes. Warheit (1979) señala que los individuos de clases inferiores experimentan un mayor número de Acontecimientos Vitales de pérdida y mayor probabilidad de padecer Depresión. El autor concluye que las personas de un menor nivel socioeconómico tienen menos recursos y un mayor número de pérdidas. Para Ross y Huber (1985) las dificultades económicas se relacionan directamente con bajos ingresos, inferior nivel educativo, menor edad y Depresión. También Lubin y Zuckerman (1988) defienden que existe un mayor Estrés psicosocial en las clases inferiores.

Por su parte, Elaine Murphy (1982) compara depresivos ambulatorios mayores de 65 años, con un grupo control de población general, y halla que el

porcentaje de Acontecimiento Vitales severos, excluidos los relacionados con la salud, no muestra diferencias significativas entre los grupos. Por el contrario, si considera el global de Acontecimientos Estresantes, tanto las dificultades relacionadas con la salud, como las dificultades sociales mayores (problemas de salud de persona próxima, vivienda, relaciones familiares o de pareja u otros) si tienen una mayor incidencia, estadísticamente significativa, en el grupo de la clase trabajadora.

De todos modos, no todos coinciden en que exista más Estrés social en las clases inferiores. Husaini y Neff (1981) no encuentran diferencias significativas en la frecuencia de Acontecimientos Vitales entre clases sociales en pacientes con síntomas depresivos; y por el contrario observan que las clases con mayores ingresos y nivel educativo, tienen mayor número de Acontecimientos indeseables.

En lo que parece existir cierto acuerdo, es en que aunque el Estrés sea mayor en las clases más bajas, por sí sólo no explica la Depresión. En este sentido, Uhlenhuth y cols. (1974) controla la asociación entre Clase Social baja y la intensidad de la sintomatología en función del Estrés, y observa que éste, por sí sólo, no justifica la correlación existente. También Bebbington y cols., (1991), en un amplio estudio comunitario, concluyen que aunque existe mayor adversidad psicosocial en los grupos sociales inferiores, y la adversidad está fuertemente relacionada con el Trastorno, por sí misma no justifica el alto riesgo de Trastorno Afectivo Menor en estas clases, y que por lo tanto deben existir otros factores que hay que identificar.

Otro aspecto muy estudiado es el de la actividad laboral remunerada en la mujer y la presencia de Depresión. Ya en 1975, Mostow determina que las Depresiones en las mujeres trabajadoras son más intensas que en las amas de casa, pero en éstas últimas tienen una peor evolución. Entre las mujeres en Themesmead (Inglaterra) se observa que el no tener un trabajo remunerado fuera de casa, o trabajar en un empleo precario, tanto de las mujeres como de sus esposos, se asocia a una mayor probabilidad de padecer Depresión (BIRCHNELL, 1988). También se ha observado más desempleo comparando 75 suicidios consumados con 150 controles (SHEPHERD y BARRACLOUGH, 1980). Dew y cols. (1992) encuentran que entre las mujeres que pierden el trabajo involuntariamente, las que refieren menor apoyo por parte de su pareja, o las que tienen mayores dificultades económicas, son las que tienden a deprimirse con mayor frecuencia.

Pero no todos los estudios obtienen similares resultados en este aspecto. Dean y James (1980) en una amplia revisión (n=2298) de internamientos psiquiátricos, observan una clara relación entre Depresión Neurótica y trabajo fuera de casa en las mujeres. También McGee y cols. (1983), en Nueva Zelanda, observan que no hay diferencias entre las que refieren sintomatología depresiva actual (n=74) en función al realizar trabajo fuera de su domicilio.

En una reciente revisión de los aspectos de la Depresión en las mujeres Paykel (1991) puntualiza que el factor más importante parece ser el que la mujer elija el trabajar, o el que se vea obligada a realizarlo, y su relación con la educación y cuidado de los hijos. De todas formas, las evidencias sugieren que, en general, el desempleo es peor soportado por los hombres que en la mujeres.

La Pérdida del empleo lleva varios aspectos asociados, y en este sentido, Beiser y cols. (1993) compara un grupo de inmigrantes de Canadá y residentes permanentes, observando que mientras en los primeros era la pérdida de ingresos lo que potenciaba el Estrés; en los segundos es la baja autoestima y la pérdida de contactos sociales lo que más influye. También en Italia, Crepet y Florenzano (1992) han observado una relación directa entre la evolución de las tasas de desempleo y las de suicidio, pero sólo entre los hombres. Por último, nos detendremos en los estudios que analizan las posibles diferencias en la expresividad clínica en función de la Clase Social (TABLA 2.16).

TABLA 2.16.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, RESPECTO A LA CLASE SOCIAL.

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
MURPHY	1964	99	CONS PSIQ	CUEST.	CS BAJA CS ALTA	CS BAJA: > EXCITAC Y COND TEATRAL Y < STO CULPA CS ALTA: > BAJA AUTOEST Y SUIC.
SCHWAB Florida	1967	143	INTER. M.G. NO P.M.D.	BDI, HSD ENTREV CUEST.	SROLE (CS)	CS BAJA: DESESP, AUTOACUS, LLANTO INSATISF, PALPIT, CEFAL Y ANOREXIA. CS MEDIA: SOLED, CULPA Y LLANTO CS MED Y ALT: INSATISF, PALPITAC, CEFALEAS Y ANOREXIA CS ALTA: DESINTERES RELAC SOCIAL N.S. LAS DIF. CLINICAS ENTRE C.S.
AYUSO Madrid	1981	105	INTERNAM	HDS ENTREV	H & R II-III v.s. V	
COOKE	1982	408	COMUNITARIO	ZDS ENTREV	D. ANSIOS D. COGNITI D. VEGETAT D. ENDOG	CS BAJA: D. VEGETATIVA
MAKANJUOLA	1987	521	INTERNAM. NIGERIA	ENTRV	DEPRES D.ENAMSC	TENDENCIA DE DEP. ENMASCARADA EN C.SOCIALES INFERIORES
LENZI Pisa	1993	877	INT.PSIQ. CONS.PSIQ.	DSM-III HRSD	H & R	C.S. BAJA > SOMATIZ.,ANSIEDAD P.PESO E HIPOCONDRIASIS C.S. ALTA > I.CULPA, DESPERSON. I.OBSESIVAS Y DET.COGNITIVO

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

Pionero en este sentido es el trabajo de Schwab y cols. (1967-b) en donde estudian a un grupo de pacientes del Servicio de Medicina Interna de un Hospital General en Florida, y analizan las posibles diferencias en la manifestaciones clínicas de las Depresiones en función de la Clase Social. Observan que las Depresiones en las clases bajas se caracterizan por : desesperanza, autoacusaciones, tendencia al llanto, insatisfacción, y una serie de síntomas somáticos como palpitaciones, Cefaleas y pérdida de apetito. Por otra parte, encuentran como único síntoma característico de la clase alta, la pérdida de interés por la vida social. Como dato curioso, las clases inferiores puntúan más en la Escala de Hamilton para la Depresión

que en el Inventario de Beck, relacionando esto con que la primera hace referencia a un mayor número de síntomas somáticos.

Uhlenhuth y Paykel (1973) resumen diciendo que los individuos de Clase baja manifiestan más Ansiedad, y los de clases superiores posiblemente más Depresión. La bibliografía orienta hacia un predominio de somatizaciones, Fobia-ansiedad y Depresión en las clases inferiores. Las clases más altas manifiestan más agresividad o Irritabilidad y más síntomas Obsesivos-compulsivos.

Posteriormente, Cooke (1982) publica un estudio comunitario en Glasgow (n=408), realizando cuatro grupos de pacientes depresivos según sus características clínicas (TABLA 2.17).

TABLA 2.17.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, RESPECTO A LA CLASE SOCIAL.

-
- 1.- D. **ANSIOSA**: Nerviosismo y Tensión, Ideas de Culpa, Distimia y Tendencia al Llanto.
 - 2.- D. **COGNITIVA**: Disatisfacción, Autodescalificación, Incapacidad y Desesperanza.
 - 3.- D. **VEGETATIVA**: Perdida de Apetito y de la Libido, Fatigabilidad, Estreñimiento y Animo Depresivo
 - 4.- D. **ENDÓGENA CLÁSICA**: Variación Diurna En E.Anímico, Despertar Precoz, Perdida de Peso, Agitación e Irritabilidad
-

(COOKE, 1982.)

Mediante el Análisis de la Varianza, encuentra mayor frecuencia de Depresión Vegetativa en los desempleados, mientras que en las mujeres de un más bajo nivel socioeconómico, observa mayor prevalencia de Depresión Cognitiva. Posteriormente aplica un Análisis de regresión Múltiple, para considerar todas las variables simultáneamente, encontrando que el único tipo de Trastorno depresivo que se asocia con la Clase Social es el Vegetativo. De nuevo se observa que los síntomas somáticos, que predominan en la Depresión Vegetativa, son los que más variación muestran en función de la Clase Social. Por último, en el grupo de desempleados el tipo de Síndrome depresivo asociado es también la Depresión Vegetativa.

Hay estudios que indican el que estas diferencias clínicas son independientes del medio cultural. Comparando 99 pacientes de 30 países, Murphy y cols. (1964) encuentran que la baja autoestima y las tendencias suicidas se encuentran con mayor frecuencia en las clases más altas (n=40); mientras que la excitación y la conducta teatral en las inferiores (n=35), siendo muy infrecuente los sentimientos de culpa en ésta. Por otra parte, Mezzich y Raab (1980) compara un grupo de peruanos (n=93) con otro de norteamericanos (n=64), todos ellos diagnosticados de Trastorno afectivo (DSM-II), y encuentra que las quejas somáticas se presentan con mayor frecuencia en los niveles educativos inferiores y en las mujeres de ambas muestras.

En este sentido, en un estudio sobre pacientes atendidos en un hospital neuropsiquiátrico de Nigeria, Makanjuola y Olaifa (1987-a) comparan los pacientes tratados por Depresión con aquellos cuyo Trastorno Afectivo no fue diagnosticado desde un inicio, lo que incluyen como Depresión enmascarada. Concluyen que aunque no existen diferencias significativas respecto a la Clase Social o la cualificación educativa entre ambos tipos de Depresio-

nes, los denominados como Depresión Enmascarada, presentan una tendencia a ser de estratos inferiores. Por último, dentro de lo infrecuente que es el suicidio en Argelia, se observa un predominio en los niveles socioeconómicos bajos (BENSMAIL y cols. , 1989).

Más recientemente, Lenzi y cols (1993) en Italia, estudian pacientes con T. Afectivos internados y ambulatorios (n=877) y estratificando la muestra en Clase Social según criterios de Hollingshead, observando diferencias clínicas significativas. En las Clase Sociales inferiores predominaban la Ansiedad, la somatización, la pérdida de peso, la hipocondriasis y el deterioro laboral y social. Por el contrario, en las clases superiores predominan los sentimientos de culpa, con despersonalización, ideación obsesiva-compulsiva y deterioro cognitivo.

Pero los síntomas somáticos en las clases inferiores se pueden presentar por diversas causas. Estudiando un grupo de 2.431 personas que presentan dolor de espalda, se observa una discrepancia entre la quejas del paciente y los hallazgos médicos (MECHANIC y ANGEL, 1987). Señalan los autores, que dentro del grupo de deprimidos, son los de menor nivel educativo los que refieren mayor dolor, y lo relacionan con mayor probabilidad de haber realizado trabajos físicos no cualificados; o por otra parte, menor facilidad para afrontar las situaciones Estresantes por su menor escolaridad.

Sólo hemos encontrado un trabajo en el que no se demostraran diferencias significativas en relación a la Clase Social. En un estudio comparativo realizado con pacientes hospitalizados por Trastorno Afectivo primario (n=105) y estratificados en clases sociales según criterios de Hollingshead y Redlich (residencia, educación y ocupación); Ayuso y cols. (1981) no encuentra diferencias significativas en los 21 ítems de la HRS-D entre los individuos de clases más inferiores (n=58), y la más elevadas (n=23).

En este sentido, hay síntomas como la tristeza, que no parece dejarse influenciar por las variables socioeconómicas. En un reciente estudio se analiza la frecuencia de presentación de Tristeza Patológica, o "distinta cualidad" del ánimo depresivo (RAMOS y cols., 1990) en un grupo de pacientes diagnosticados de Depresión Mayor. Analiza su relación con la Clase Social y el nivel educativo, y no encuentra diferencias significativas en cuanto a su ausencia o presencia.

Por lo tanto, parece confirmarse la opinión de Vallejo y Gastó (1990) de que entre las características sociodemográficas de las Depresiones, existe una patoplástia somatomorfa en los grupos de menor nivel cultural y socioeconómico. También Barsky y Klerman (1983) señala la tendencia a presentarse la Depresión como cuadros de hipocondriasis en pacientes de bajos nivel educativo o posición económica.

2.2.5.- Cultura y Depresión.

Antes de recordar los aspectos transculturales de la Depresión, muy estudiados durante muchos años, es preciso revisar los conceptos de Cultura y de Cambio Social. Este proceso es similar en muchas ocasiones, y trata de

explicar como una cultura Tradicional (País en Desarrollo o medio rural tradicional) evoluciona a Moderna (País Desarrollado o medio urbano).

• **CONCEPTO DE CULTURA: EL CAMBIO SOCIAL.**

Si son los sociólogos los que estudian los fenómenos sociales dentro de una cultura, los antropólogos se centran en el estudio del individuo dentro de su medio cultural. Alexander Leighton, en 1982 indica que la cultura incluye la noción de sociedad: grupo de personas que comparten un sistema de acción autosuficiente, que es capaz de existir durante un periodo de tiempo superior al que dura la vida del individuo; y cuyos miembros se reclutan, al menos en parte, por la reproducción sexual de los componentes (KAPLAN y SADOCK, 1989). Por lo tanto, la cultura puede ser definida como el modo de vida de una sociedad en particular (TALBOTT y cols., 1988).

Cada cultura tiene un sistema de valores (creencias, conocimientos y sentimientos), y una simbología distinta, que sirven de modelo para la conducta del individuo y la definición de la realidad. No hay que confundir cultura con grupos subculturales, que algunos casos tienen como finalidad proteger a la sociedad, pero en otros son transitorios y triviales.

Pero la cultura no es algo estático, y es también esta la que proporciona los potenciales de adaptación para el individuo. El sociólogo James Coleman (1993) estudia los cambios aparecidos en la sociedad occidental desde el siglo dieciocho, caracterizados por el declinar de las instituciones primordiales, basadas en la familia como elemento central de organización social.

El proceso de evolución de una sociedad tradicional a otra moderna es complejo, y en él hay que considerar varios aspectos. En las primeras prima el concepto de grupo, siendo la cohesión básica para la supervivencia de la tribu. Progresivamente se instaura una especialización, laboral y social, de sus miembros, con lo que se rompe la familia amplia, y surge la familia nuclear.

El proceso de evolución desde estas sociedades tradicionales hasta las actuales parece ser siempre similar. Y en este sentido, Lucy Mair (1980) piensa que la sociedad tiene que haber evolucionado en todas partes del mismo modo, es decir, que haber atravesado las mismas etapas. A la sucesión de estas etapas es lo que denomina la *Ley de la Evolución Social*.

También se puede decir que ocurre un proceso parecido a los países tradicionales, en las regiones rurales de occidente cuando la industrialización se introduce en ellas. Estos cambios se estudian en términos de adopción o falta de adopción de elementos - rasgos - de la nueva cultura, y las nuevas instituciones de diferentes culturas reaccionan, y crean algo diferente que no podía descomponerse en rasgos tomados de uno u otro lado.

Los cambios constituyen una modificación en los modos de producción, en los lugares de residencia, en las vías de comunicación y en la movilidad, y por último, constituyen una lenta erosión de las instituciones primordiales. En sociedades tradicionales, la mayoría del control social procede de las normas sociales, la reputación y la fuerza moral. El cabeza de familia es el que ejerce este control, por lo que las dificultades pueden aparecer fuera de la familia. Los cambios tecnológicos han sustituido las comunidades de adultos alrededor de un espacio físico, y ahora se sitúan alrededor de unos intereses comunes. Hay nuevas entidades que proporcionan

el control social, por ejemplo, el Estado sustituye a la familia, la comunidad o los poderes religiosos.

Mair (1980) define a las sociedades tradicionales como autónomas, y que generalmente sólo dependen de la sociedad más amplia para vender sus excedentes, o para la organización política. También destaca el que en una sociedad de castas hay una solidaridad mecánica, esto es, todo el mundo tiene derecho a la tierra en virtud de su pertenencia al clan, y todos los clanes gozan de igual Estatus. En muchas partes de África, los agricultores cuentan con la ayuda de sus vecinos - tanto si son parientes de linaje como si no - en las épocas en que se necesita hacer el trabajo rápidamente.

De todos modos, los cambios sociales no son sencillos, pues hay una serie de fuerzas que tienden a mantener la misma situación. Las reglas que definen un rol se denominan expectativas sociales, y toda la gama de presiones sociales dirigidas a hacer que la gente desempeñe sus roles de acuerdo con estas expectativas, se denomina control social. En este sentido Mair (1980) nos recuerda que el orden social se mantiene gracias a la reacción adversa de una mayoría de la gente hacia actos que violan las reglas, teniéndose conciencia, sin embargo, de que conforme se hacen más comunes los incumplimientos, la reacción adversa se debilita.

La misma autora destaca las serias dificultades que existen para dividir el grupo establecido, aunque sea necesario. En las condiciones ecológicas dominantes en África central, a una sociedad le resulta difícil la subsistencia si aumenta más allá de un determinado tamaño, por lo que periódicamente, tiene que venir un momento en el que la aldea tiene que dividirse. Es tan fuerte la convicción de que el grupo de descendencia debería permanecer unido que ninguna sección de la aldea podría marcharse por el simple hecho de querer hacerlo. Por esto se suele recurrir a la acusación de brujería por parte del jefe a un miembro del grupo que se va a escindir.

Hay una suposición aceptada generalmente de que para que exista un orden social tiene que haber determinadas instituciones que regulen las relaciones humanas fundamentales, y que aunque las mismas puedan adoptar formas muy diferentes, cumplen idénticas funciones en todas partes. En este sentido, Malinowski sostiene que un cambio introducido deliberadamente en un punto determinado puede tener repercusiones en todos los demás puntos. En algunas instituciones, por ejemplo el matrimonio, se observa que las antiguas normas no se respetaban en muchos casos, sin que existiesen otras que gozasen de aceptación general y que hubiesen venido a reemplazarlas.

El nivel primitivo de la existencia humana es el de la escasez, y hay necesidades perentorias que deben ser satisfechas antes que toda otra cosa. Sólo cuando el hombre puede disponer de mayor tiempo y energía que los indispensables para satisfacer sus necesidades primarias, puede desarrollarse la cultura, y con ella aquellos impulsos que acompañan al fenómeno de abundancia (FROMM, 1980).

Mair (1980) resume el proceso de evolución de la siguiente manera: los habitantes urbanos viven de los excedentes de alimentos producidos por los campesinos; la sociedad rural está vinculada a la ciudad porque encuentra en ella un mercado y porque está sometida a una autoridad política que viene de la ciudad, pero conserva un sistema propio de relaciones sociales y reglas morales. Viene posteriormente un periodo en el que la ciudad recluta hombres del campo, en calidad de trabajadores asalariados. Los individuos que se incorporan en el mundo comercial en calidad de asalariados estable-

cen una relación con el patrono, al tiempo que pasan a formar parte de un grupo social totalmente nuevo, el de los asalariados del ramo en cuestión, con sus subdivisiones en distintos grados y su posible ampliación hasta la formación de un sindicato obrero. La familia y los parientes carecen aquí de toda significación, incluso el trabajo separa a menudo al obrero físicamente de su familia. Surgen así nuevas instituciones que asumen actividades que solían dejarse a la familia extensa. Las escuelas se hacen cargo de la enseñanza de la nueva preparación técnica indispensable para la sociedad; los hospitales de los enfermos, de los cuales solía ocuparse el jefe de la familia. Así la gente toma mayor independencia en relación con los vínculos familiares, mostrándose mas dispuestos a no tomarlos en cuenta cuando resulten enfadosos. Por estas razones, la familia nuclear acaba sustituyendo a la familia extensa como base del grupo familiar. De todos modos, también se ha visto que la gente puede tratar deliberadamente de mantener los valores de la aldea, en la medida de lo posible, cuando se traslada a las ciudades.

Un ejemplo de este proceso de evolución lo vemos en la India, donde los hermanos trabajan juntos las tierras del padre y hacen fondo común con el producto del trabajo, que administra el padre en beneficio de todo el grupo. Un sistema así no puede funcionar sin algunas fricciones. De hecho, cuando algunos de los miembros de la familia empiezan a tener mayores ingresos, se muestran sumamente reacios a aportar estos al fondo común y afirman su independencia, exigiendo la división prematura de los bienes comunes. Por lo tanto, es sabido que la tierra tiene un valor monetario allí donde puede suponer una fuente de ingresos monetarios. y quienes ven las ventajas que pueden obtener arrendándola o vendiéndola, se impacientan con las obligaciones tradicionales que imponen la consulta a los restantes de-rechohabientes.

Se puede decir que la modernidad implica especialización, y esto va asociado a una evolución del pensamiento y del lenguaje. En las sociedades tradicionales priman los valores materiales (la casa, los alimentos, los animales, ...), y dadas las necesidades de supervivencia, prima el grupo sobre el individuo, siendo menos admitidas las salidas de lo establecido. Por el contrario, en las modernas, lo que se valoran son los valores inmateriales (obras de arte, viajes,...), se valora la iniciativa del individuo, y se prima a este sobre el grupo.

Durkheim distingue las sociedades que carecen de especialistas, en las que la cooperación económica puede consistir únicamente en la multiplicación de manos no especializadas, y las sociedades en las que está implicada la participación de cierta cantidad de manos de especialistas, cada uno de los cuales hace una aportación indispensable para la empresa propuesta o para el sistema económico en su totalidad.

De todos modos, Mair (1980) defiende el que no existe una sociedad que carezca de especialistas: tejedores, alfareros o carpinteros. Se diferencian de los especialistas de las sociedad industrial en que no obtienen su subsistencia intercambiando sus productos por alimentos y abrigo, sino que todo artesano es a la vez productor de alimentos, por lo que trabajan [en su especialidad] en su tiempo libre.

Por lo tanto este proceso de especialización incluye prácticamente todos los aspectos de la sociedad: instituciones, y trabajo, por ejemplo; y también al individuo: pensamiento y lenguaje.

Pero este proceso también tiene algunos inconvenientes, como el de la adopción de responsabilidades por parte del individuo, que anteriormente dependía de un jefe de grupo. Por otra parte, los cambios en las sociedades tradicionales eran escasos a lo largo de las generaciones, al contrario de la sociedad moderna, que requiere un continuo proceso de adaptación a los continuos cambios.

Eric Fromm (1980) describe este proceso de la siguiente manera: un aspecto del proceso de individualización consiste en el aumento de la soledad. Los vínculos primarios ofrecen la seguridad y la unión básica del mundo exterior a uno mismo. Esta separación de un mundo, que en comparación con la propia existencia del individuo, es fuerte y poderoso en forma abrumadora, y a menudo es amenazador y peligroso, crea un sentimiento de angustia e impotencia. Mientras la persona forma parte integral de ese mundo, ignorando las posibilidades y las responsabilidades de la acción individual, no había por qué temerle. Pero cuando uno se ha transformado en individuo, está solo y debe enfrentarse al mundo en todos sus subyugantes y peligrosos aspectos.

Si bien el niño puede sentirse seguro y satisfecho conscientemente, en su inconsciente se da cuenta de que el precio que paga representa el abandono de la fuerza y de la integridad de su yo. Así el resultado de la sumisión es exactamente lo opuesto de lo que debería ser: la sumisión aumenta la inseguridad del niño y al mismo tiempo origina Hostilidad y rebeldía, que son tanto mas horribles en cuanto se dirigen contra aquellas mismas personas de las cuales sigue dependiendo o llega a depender (FROMM, 1980).

En este sentido, también compara esta evolución con el desarrollo desde el punto de vista filogenético. Cuanto más bajo se sitúa el animal en la escala del desarrollo filogenético, tanto mayor es su adaptación a la naturaleza y la vigilancia que los mecanismos reflejos e instintivos ejercen sobre todas sus actividades. Por otra parte, cuanto más alto se halla colocado en esa escala, tanto mayor es la flexibilidad de sus acciones y tanto menos completa su adaptación estructural. Este desarrollo alcanza su apogeo en el hombre (FROMM, 1980).

Vemos así como el proceso de crecimiento de la libertad humana posee el mismo carácter dialéctico que hemos advertido en el proceso de crecimiento individual. Por una parte, se trata de un proceso de crecimiento de su fuerza e integración, de su dominio sobre la naturaleza, del poder de su razón y de su solidaridad con otros humanos. Pero por otro lado, esta individualización creciente significa un aumento paulatino de su inseguridad y aislamiento, y, por ende, una duda creciente acerca del propio papel en el universo, del significado en la propia vida y junto con todo esto, un sentimiento creciente de la propia impotencia e insignificancia como individuo (FROMM, 1980).

A modo de resumen, Mair (1980) piensa que no existe ninguna sociedad que prescriba lo que debe hacerse en todas las situaciones, y hay siempre una zona en la que hay libertad de elección. Pueden hacerse nuevas elecciones cuando se ofrecen nuevas oportunidades, y en las sociedades de pequeña escala de hoy día, las nuevas oportunidades han llegado del exterior, con su incorporación al sistema económico mundial.

• **RELACIÓN ENTRE CULTURA Y DEPRESIÓN.**

A continuación revisamos los estudios transculturales recogidos, en los cuales podemos ver que existe una Depresión típica o *clásica*, que es la habitual en occidente, y que por otra parte, hay un síndrome depresivo similar en culturas tradicionales. Este segundo aspecto es importante, teniendo en cuenta que se trata de culturas distintas y distantes entre sí.

Sartorius (1986) defiende que en los estudios transculturales son más las similitudes del síndrome depresivo que las diferencias. Ya Murphy y cols., en 1964, hablan de un Trastorno Depresivo Básico, con una serie de síntomas con similar frecuencia de presentación en todas las culturas. Zung (1969) define con los mismo síntomas el Núcleo Sintomático Común, en un estudio en países europeos y Japón. Por su parte, Jablensky y Sartorius (1981) encuentran un Core sintomático encabezado por: tristeza, anhedonia, Ansiedad y falta de energías. En la Tabla 2.18 se muestran los síntomas que no menos varían entre culturas según los diferentes autores. Básicamente coinciden con el de Jablensky y cols. (1981), que se puede considerar el trabajo más riguroso y completo, al que únicamente cabría añadir el Insomnio.

TABLA 2.18.- SÍNDROME NUCLEAR EN LA BIBLIOGRAFÍA.

MURPHY (1964)	ZUNG (1969)	MEZZICH (1980)	JABLENSKY (1981)	ESCOBAR (1983)
Tristeza	Tristeza	Tristeza	Tristeza	Tristeza
Var.Diurna	Var. Diurna	Insomnio	Anhedonia	Anhedonia
Insom.Precoz	Insomn.Precoz	Var.Diurna	Ansiedad	Ansiedad
Desinteres	Aislamiento	Astenia	Astenia	Insomnio
	Fatiga	Desinteres	Desinteres	Desesperanza
	Desint.Sexo		Dif.Concentr.	Incapacidad
	Autoacusac.		Incapacidad	Dif.Concentrac.

También Murphy y cols. (1964) señalan la existencia de un Trastorno depresivo común en los europeos, formado por: fatiga, pérdida de interés sexual, autorreproches, anorexia y pérdida de peso (TABLA 2.19):

En la cultura **occidental** predominan: las ideas de suicidio (GERMAN, 1987; JABLENSKY y cols., 1981), y de culpa (JABLENSKY y cols., 1981). Siendo menos frecuentes, por el contrario, los síntomas somáticos y al hipocondría (JABLENSKY y cols., 1981), o la dejadez y el semimutismo (MURPHY y cols., 1964). En un reciente estudio comunitario (DEWEY y cols., 1993), entre mayores de 65 años, y en el que se comparan una ciudad española, como Zaragoza, con otra inglesa, Liverpool, no se encuentran diferencias clínicas entre los grupos.

TABLA 2.19.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS.

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
MURPHY	1964	99	30 PAÍSES CONS PSIQ	CUEST.	EUROPA (27)	EUR: CORE + FATIGA, DISM
					ASIA (21)	LIBIDO, AUTORREPROCH, ANOREX Y
					SUDAM. (19)	P.PESO
					NORTAMER (21)	
					ÁFRICA (11)	NO EUR: DEJADEZ Y SEMIMUTISMO
					OTROS (12)	
ZUNG	1969	1297	INT / CONS	SDS ZUNG	JAPÓN	NO DIF.SIG.
					AUSTRALIA	
					CHECOSLOV	
					INGLAT	
					ALEMAN.	
JABLENSKY SARTORIUS	1981	573	CONS PSI ENTREV C.SOC	WHO-SADD	MONTREAL (108)	>ID SUIC, HIPOCONDRIA, Y < SOMÁT.
					BASILEA (136)	>STO CULP Y <SOM
					NAGASAKY (108)	>ID SUIC
					TEHERAN (107)	>SOM,AGIT Y <STO CULP
					TOKYO (114)	<ID SUIC
DEWEY	1993	2150	COMUNITARIO > 65 A.	GMS	LIVERPOOL	NO DIF.SIGNIFIC.
					ZARAGOZA	

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

En depresivos **africanos** se encuentran claras diferencias clínicas en comparación con pacientes europeos (TABLA 2.20), presentando con mayor frecuencia síntomas somáticos (BINITIE, 1975; MAJODINA y JOHNSON, 1983; GERMAN, 1987; DHADPHALE y cols., 1989; HAFFNER y cols., 1987; RADER y cols., 1991; UZOMA y ADEBAYO, 1994) e hipocondriasis (ORLEY y cols., 1979; HANCK y cols., 1981; HAFFNER y cols., 1987; DHADPHALE y cols., 1989); y raramente sentimientos de culpa o ideas de suicidio (MURPHY y cols., 1964; BINITIE, 1975; HANCK y cols., 1981; GERMAN, 1987; DHADPHALE y cols., 1989; HAFFNER y cols., 1987). También predominan los cambios en la psicomotricidad: inquietud o agitación (MURPHY y cols., 1964; HANCK y cols., 1981; MAJODINA y JOHNSON, 1983; HAFFNER y cols., 1987) y retardo psicomotor (BINITIE, 1975; MAJODINA y JOHNSON, 1983).

En los casos en que las Depresiones cursan con ideas delirantes, también existen diferencias: predominan las de persecución y perjuicio (HANCK y cols., 1981; DHADPHALE y cols., 1989; HAFFNER y cols., 1987) o las de posesión e influencia (MURPHY y cols., 1964). Por último, al igual que en todos los países de religión musulmana, en Argelia existe una baja incidencia de suicidios, siendo raros los sentimientos de culpa en las Depresiones (BENSMAIL y cols., 1989).

En la Tabla 2.21 recogemos los estudios realizados en Asia, en los que se compara el síndrome depresivo con muestras de occidente. En el **Oriente Próximo**, dominado por la cultura árabe, también se encuentran algunas características clínicas diferenciales de las Depresiones. En primer lugar,

son muy infrecuentes los suicidios (WEST, 1985; DUBOVSKY, 1983), con mayor frecuencia de síntomas somáticos (JABLENSKY y cols., 1981; DUBOVSKY, 1983) y agitación psicomotora (JABLENSKY y cols., 1981).

TABLA 2.20.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, ESTUDIOS COMPARATIVOS ÁFRICA VS. OCCIDENTE

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
BINITIE	1975	116	INT PSIQ	PSE	INGLAT	>I. CULPA Y SUICIDIO
			CONS PSIQ	HRS-D	NIGERIA	>S. SOMÁT
ORLEY	1979	228	COMUNITARIO	ENTREV.	UGANDA (206)	
					LONDRES (22)	> S.CULPA
HANCK	1981	200	INT PSIQ	HDS	MADRID (100)	> S. CULPA, I OBSES, AUTOLISIS
			DEPR ENDOG	ENTREV	DAKAR (100)	> AGITAC, ANS SOMATIZ, DESPERS, I PARANOIDES
MAJODINA Ghana	1983	50	CONS/INT PSIQ.	DSM-III-R	-	> S.SOMÁTICOS: CEFALEAS, ARDORES, PALPITACIONES Y DOLORS, RETARDO Y AGITACIÓN
HAFFNER	1987	188	CONS PSIQ	WHO-SADD	ETIOPÍA (52)	>S SOM, HIPOC, INQUIET, DELIR
			DEPR	ENTREV	R.F.A. (136)	>STO CULPA
GERMAN	1987	-	-	REV.BIBLIO.	NIGERIA	> S.SOMÁTICOS; < SUICIDIOS
					LONDRES	> I.CULPA Y SUICIDIO
DHADPHALE Kenya	1989	881	CONS M.GEN.	DSM-III-R	DEPRESIÓN (81)	> HIPOCOND, I. PARANOIDES, S.SOMÁTICO Y < I.CULPA
RADER	1991	95	INT PSIQ.	BDI	EGIPTO (50)	> QUEJAS SINT. SOMÁTICOS
				DSM-III	ALEMANIA (45)	

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

TABLA 2.21.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, ESTUDIOS COMPARATIVOS ASIA VS.OCCIDENTE.

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
TEJA India	1971	359	AMBUL/PSIQ	HDS	N DELI (100)	> S.SOMÁT, HIPOC., AGITAC, ANSIED
					INGLAT (116/143)	> I.OBSESIVAS Y PANOIDES = S. CULPA (N.S.)
WAZIRI Afganistan	1973	49	INT PSIQ	ENTREV.	-	> I.OBSESIVAS Y ALUCINACIONES < I.SUICIDIO
JABLENSKY	1981	573	AMBUL/PSIQ	PSI	MONTREAL (108)	> I.SUIC < HIPOCONDRIA, SOMÁT.
SARTORIUS			C.SOC.	WHO-SADD	BASILEA (136)	> STO CULP <SOM
					NAGASAKY (108)	> I.SUICIDIO
					TEHERAN (107)	> SOM,AGIT <STO CULP
					TOKYO (114)	< I.SUICIDIO
GADA India	1982	100	AMBUL/PSIQ	HDS	INDIA (100)	> S.SOMÁT, HIPOCOND, ISOMN Y AGIT
					GRAN BRETAÑA	> S CULPA, I.OBSESIV Y PARAN.
DUBOVSKY Arabia	1983	-	-	REVISIÓN	-	> S.SOMÁTICOS: DOLORS, ANOREXIA P.PESO, FATIGA, INACTIVIDAD.
WEST Arabia	1985	243	AMBUL/PSIQ	BDI	NORTAMER (48)	> INDECIS, PESIMIS, TRIST, FATIGA
					ARAB (195)	> PESIMIS, AUTODESVALOR, ANOREX, FATIGA
SRINIVASAN	1986	139	CONS PSIQ	ICD-9	-	> CEFALEAS, CANSANCIO, PALPITAC.,

India

SOMNOLENCIA, DOLOR PECTORAL,
P. APETITO Y DOLOR NUCA.

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

También fueron numerosos los estudios transculturales realizados en la India, encontrando predominio de síntomas somáticos e hipocondriasis (TEJA y cols., 1971; GADA y cols., 1982; SRINIVASANT y cols., 1986) y agitación (TEJA y cols., 1971; GADA y cols., 1982). Por el contrario, se presentan con menor frecuencia las ideas paranoides y obsesivas (TEJA y cols., 1971; GADA y cols., 1982) y las de culpa (GADA y cols., 1982).

Por su parte, Waziri (1973), en Afganistán, observa que los pacientes que ingresan por Depresión presentan más ideas obsesivas y alucinaciones. En estos mismos pacientes son raras los actos suicidas o la ideación de autolisis, aunque no las ideas de muerte. Por su parte, las ideas de culpa no ofrecen diferencias con respecto a las cifras de occidente.

Por el contrario, en Japón, las características de la Depresión son muy similares a las occidentales (MURPHY y cols., 1964), destacando las diferencias en las ideas de suicidio encontradas por Jablensky y Sartorius (1981) en dos ciudades como Nagashaki (70%) y Tokyo (41%) y el pensamiento retardado, desánimo, pérdida de la libido, preocupaciones religiosas, teatralidad de aflicción y excitación (MURPHY y cols., 1964).

En los estudios comparativos entre depresivos de **Sudamérica** y Occidente (TABLA 2.22), se repite la mayor frecuencia de síntomas somáticos en los sudamericanos (MEZZICH y RAAB, 1980; ESCOBAR y cols., 1983-a).

TABLA 2.22.- DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE DEPRESIONES, ESTUDIOS COMPARATIVOS SUDAMÉRICA VS. OCCIDENTE.

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
MEZZICH	1980	157	INT/PSIQ	DSM-II	OHIO (64)	> I SUICIDA
			CONS PSIQ		LIMA (93)	> S.SOMÁTIC Y FLUCTUAC CIRCAD.
ESCOBAR	1983	72	INT/PSIQ	HDS	USA (32)	> AGITACIÓN
			DEP.ENDOG		COLOMBIA (40)	> S.SOMÁTICOS Y PROB SEXUALES
				(RDC)		

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

En este punto, es importante el revisar una serie de trabajos comparativos entre individuos de un determinado medio cultural e **inmigrantes** de otras culturas, donde los resultados son similares a los de los otros estudios transculturales (TABLA 2.23).

Ndetei y Vadher (1984) revisan las historias de pacientes psiquiátricos ingresados en un hospital general de Londres, y pertenecientes a nueve culturas, generalmente orientales, y no encuentra diferencias significativas entre los grupos. También Kuo (1984) en un estudio con inmigrantes asiáticos residentes en Seattle, no se observan diferencias clínicas entre los chinos, japoneses, coreanos y filipinos.

Kolody (1986) compara un grupo inmigrantes mejicanos en USA (n=543) y otro de anglosajones (n=637), a través de una entrevista telefónica. Obtie



ne una alta asociación entre Depresión, quejas somáticas y origen mejicano. En un similar estudio comparativo entre pacientes americanos de origen mexicano y otros blancos no hispanos, estos últimos refieren con mayor frecuencia: Disforia, Hipersomnia, fatiga, desinterés sexual, sentimientos de inutilidad, dificultades para la concentración, e ideación de autolisis y muerte. Tras el ajuste en función de otras variables, permanecen la Disforia y las ideas de muerte y suicidio. (GOLDING, 1990).

TABLA 2.23.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, EN FUNCIÓN DE OTRAS VARIABLES SOCIOCULTURALES.

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
NDETI Londres	1984	94	INT/PSIQ	CATEGO REV.HIST.	INGLESES (94) NO INGL. (449)	NO HAY DIF. SIG. ENTRE SÍNDR. CATEGO Y GRUPOS
KUO Seattle	1984	499	COMUNITARIO	CES-D	CHINOS, JAPÓN. COREA. Y FILIP.	NO DIF CLINICAS (NO DIF.SOCIOECONÓM. ENTRE GRUPOS)
CHANG USA	1985	84	ESTUDIANTES	ZSDS	NEGROS (26) CAUCASIAN. (26) CHINOS (32)	> SINT. AFECT. Y SOMÁT. > SINT. EXIST. Y COGNIT. > SINT. SOMÁTICOS
WEST Arabia	1985	243	AMBULT/PSIQ DEPRES	BDI	NORTEAMER ARABES	> INDECIS,INFRVAL > PESIM,HIPOC
KOLOGY	1986	1342	COMUNITARIO C. DEPRES	ENTR.TELEF.	ANGLOSAJ USA MEJ USA MEJ NATIV	> DEPR Y QUEJAS SOMÁTICAS > DEPR Y QUEJAS SOMÁTICAS
GOLDING USA	1990	6422	COMUNIT.	DSM-III DIS	HISPANOS (3441) NO HISP. (2981)	> DISFORIA, I.MUERTE Y SUICIDIO
ROBERTS	1992	2200	ADOLESC. COMUNITARIO	CES-D	ANGL. (993) NEGR. (590) MEX. (394) HISP. (226)	SÍNDROMES SIMILARES ENTRE GRUPOS TENDENCIA ENTRE LOS MEXICANOS DE SINT. SOMÁTICOS

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

Por su parte, West (1985), compara una muestras de Arabes (n=195) con otra de norteamericanos (n=48), empleados temporalmente, de pacientes ambulatorios de consulta psiquiátrica. Encuentra algunas diferencias clínicas entre los grupos: más Depresión en los árabes, con mucha menor frecuencia de ideas de suicidio. También la hipocondría se manifiesta con mayor frecuencia en las mujeres árabes, aunque no existen diferencias si se comparan ambos sexos. Mientras los síntomas más frecuentes en los americanos son la indecisión, el pesimismo, la tristeza, la fatiga y el fracaso; en los árabes son: la baja autoestima, la anorexia, la fatiga y la disatisfacción. Estos resultados son similares a los de los estudios transculturales anteriormente comentados, ya que probablemente no existía integración cultural trabajadores norteamericanos y árabes. El autor destaca una limitación del estudio, que es el hecho de que los individuos de la muestra estadounidense pueden modificar la realidad de su estado anímico por cuestiones laborales.

Recientemente, Roberts (1992) compara cuatro grupos de adolescentes (12-17 años) según el origen de sus familias, y encuentra que la Depresión es similar en ellos, excepto en la tendencia de los de origen mejicano a manifestar síntomas somáticos. Estas diferencias no se pueden atribuir al idioma, pues prácticamente todos ellos respondieron en inglés.

Jablensky y Sartorius (1981) piensan en que el síndrome depresivo descrito por Hipócrates hace tiempo, se expresa en distintas culturas de manera similar. Se puede decir que existe un grupo "típico" de pacientes depresivos que se pueden encontrar en diversas partes del mundo con similares, antecedentes, características clínicas, evolución y respuesta al tratamiento psicofarmacológico.

Donde parecen existir mayores diferencias es el grupo de síntomas somáticos, y principalmente en culturas más tradicionales, como la africana, la hindú o la árabe. También los hispanos son un grupo étnico con una elevada frecuencia de somatizaciones, y una clara tendencia a expresar los nervios mediante Cefaleas, temblores, palpitaciones, alteraciones gástricas o del apetito, dificultades en la concentración, alteraciones del sueño y preocupaciones. Esto no sólo sucede en las Depresiones, pues es habitual entre los puertorriqueños que sufren un cuadro psicótico, que tiendan a la presentación de síntomas somáticos. En cualquier caso, es entre los cuadros de tipo neurótico, entre los que predominan las manifestaciones somáticas, en los atendidos en atención primaria de Nigeria con problemas psíquicos (UZOMA y ADEBAYO, 1994).

Dubovsky (1983) realiza una revisión sobre la asistencia psiquiátrica en Arabia, encontrando en los cuadros depresivos una gran frecuencia de síntomas somáticos como dolores, anorexia, pérdida de peso, y fatiga o inactividad. Agrava la situación el que en ocasiones no pueden solicitar tratamiento pues deben confiar en los deseos divinos, siendo esta pasividad más marcada en las mujeres.

En este mismo medio cultural, Racy (1980) señala el que las peculiaridades de las mujeres de Arabia Saudí hace que la Depresión tenga unas características propias. Con escaso nivel educativo y una renuncia a la libertad, deben permanecer en el círculo familiar y obedecer los dictados tradicionales. Son educadas, recordado repetidamente que las mujeres son inferiores a los hombres, deben encontrar su posición entre varias esposas, y aceptarlo, siendo el único recurso el regresar a su familia de origen, renunciando al apoyo económico de su marido y a la compañía de sus hijos.

En este entorno, es frecuente que en la clínica psiquiátrica manifiesten molestias relacionados con la cabeza, los hombros, la espalda y los "nervios". La fatiga es frecuente, generalmente el sueño no está alterado, el apetito suele ser errático, y la pérdida de peso es un síntoma infrecuente. Racy señala que las dificultades personales y psicosociales son negadas, y la paciente no tiende a asumir responsabilidad por su estado, ni acusa a persona alguna de él. Por último, destaca la pasividad hacia la enfermedad por parte de la paciente, que lo que espera es ser estudiada y que se le de una prescripción.

Otro de los síntomas donde se observan diferencias es en las ideas de culpa, siendo en este caso más frecuente en las culturas modernas. De todos modos, entre algunas tribus de Uganda las ideas de culpa son incluso más frecuentes que en los occidentales, y principalmente en personas altamente

individualizadas, criados que familias que tienden a enfatizar las responsabilidades personales (GERMAN, 1987).

Teja y cols. (1971) no encuentran diferencias significativas respecto a las ideas de culpa al comparar una muestra de pacientes de la India con otra de Gran Bretaña. Añaden que la culpa es cualitativamente distinta en la India. En la cultura hindú, la culpa es de tipo más impersonal, atribuyéndola a un mal acto "Karma", más que individualizarla, como sucede en el medio cristiano, donde el concepto de pecado original contribuye al sentimiento de autoculpa.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que el concepto de culpa, como es entendido en occidente, no es universalmente válido, y particularmente en las culturas africanas y orientales (FERNANDO, 1988). Como veremos más tarde, la influencia de la religión también es importante es este síntoma.

También muestra una influencia religiosa las ideas y conductas suicidas. En un estudio sobre la baja incidencia de suicidios en Argelia (BENSMAIL y cols., 1989), se atribuye este hecho a dos factores: la rareza de las ideas de culpa, que son sustituidas por otras de persecución o embrujamiento; y por la frecuencia de cuadros neuróticos con sintomatología de tipo astenohipocondríaca y evolución crónica. Los suicidios prácticamente desaparecen durante el Ramdhán, y son excepcionales para las instituciones. Indica Dubovsky (1983) que el suicidio está "prohibido" y castigado en la cultura árabe, por lo que es poco habitual, y los existentes son camuflados como accidentes o descuidos. Por este mismo motivo, un "buen musulmán" no puede reconocer ideas de autolisis, y en los estudios epidemiológicos hay unos muy bajos índices de suicidio.

Asimismo, las tasas de suicidio son bajas en África, en parte se puede deber a problemas médico-administrativos, pero también es conocido que el suicidio es un acto terrible en algunas culturas africanas, y que lleva a sanciones que pueden persuadir de cometerlo (GERMAN, 1987).

Por otra parte, Orley y cols. (1979) recuerda las dificultades para valorar síntomas como los déficits en la concentración, en parte por lo menores requerimientos en la culturas más tradicionales, y en parte por algunas limitaciones del idioma. Comenta el autor que es difícil explorar, pues no suelen realizar tareas que la requieran, por lo que la dificultad en mantener la atención en una tarea se atribuye más bien al cansancio físico. Concluye en que el preguntar sobre la tendencia al olvido puede ser más útil en este aspecto.

Es importante detenerse en este momento en el concepto cultural de enfermedad, y posteriormente profundizar en el de enfermedad mental. En este sentido, desde hace muchos años, la psiquiatría se ha preocupado por los estudios transculturales, ya sea en el campo de los factores causales o en el de la expresividad clínica de la enfermedad mental. En las culturas tradicionales, la enfermedad se asocia con lo físico, y en el origen de estas está un pecado, o una mala alimentación. por esto llevan asociadas un cierto grado de vergüenza o culpa. En este sentido, la enfermedad mental se asocia con la locura, y está todavía más llena de tabúes y creencias. También es muy importante señalar el que falta un referente simbólico con respecto a la Depresión como enfermedad.

De todos modos es importante recordar una serie de dificultades que se presentan en todo estudio transcultural. Singer (1975) las engloba estos defectos metodológicos en los siguientes: muestras no representativas, escasa definición de los diagnósticos, y el que estos estudios enfatizan las diferencias entre culturas.

En la esencia de una determinada enfermedad, influye en gran medida la cultura en la que nos encontremos. El profesor Antonio Rodríguez (1994) destaca el que la enfermedad es el resultado, no sólo del fallo biológico, sino también del fallo de alguna de las dos suturas antropológicas: la psicosociológica y la psicocultural. Mientras que la medicina científico-positiva, tiende a considerar la enfermedad como una pura manifestación de lo biológico; la medicina antropológica, integra los fallos biológicos con desajustes de las dos grandes suturas antropológicas. En este sentido, opina que darle el nombre a una enfermedad, significa el apoderarse de su esencia y dominarla. De todos modos, es importante el recordar el que la enfermedad ya existía independientemente de su "construcción" como una realidad médica (KAWANISHI, 1992).

Carmelo Lison (1974) considera al *Etnomedicina* como una sección importante de la antropología social, y en el aspecto de la Salud mental, recuerda el que todavía no se ha construido un sistema cultural que otorgue absoluta garantía, certeza y seguridad a sus miembros y que aniquile la Ansiedad. También destaca que para que un miembro de la sociedad sea considerado como enfermo, tiene que ser reconocido como tal por el grupo; lo que para unas sociedades es enfermedad, no lo es para otras. Añade, que en las culturas antiguas, la etiología de la enfermedad es doble: natural o mística.

En las sociedades tradicionales la mayoría de las enfermedades se asocian a un sentimiento de vergüenza. Mair (1980) describe como los enfermos pasan del tratamiento del cuerpo al examen de conciencia, y se preguntan a quien han ofendido y a quién deben ofrecer reparación. ¿Pero que ocurre si no puede identificarse a ningún espíritu ofendido o si, como es más probable, la víctima y su familia se niega a aceptar la enfermedad como castigo merecido?. En tales casos, tiene que deberse a influencia maléfica, de seres que están tratando simplemente de hacer daño. Estos seres se les concibe como seres humanos, y se conocen en muchos pueblos como brujas y brujos.

En algunos pueblos tradicionales se piensa que la ira de los seres humanos, provocada por las malas obras de los demás, puede inducir a los espíritus ancestrales a castigar a los malhechores. También creen que la envidia de los seres humanos, provocada por el éxito de una persona, puede traer daño al envidiado: tal es el concepto de brujería. Por ejemplo los Lugbara utilizan la misma palabra para expresar los dos sentimientos (*ole*) (MAIR, 1980).

Pero es sobre la enfermedad mental donde mayores interpretaciones mágicas se hacen en las culturas tradicionales. Laplantine (1979) considera que aunque la locura parece quedar relegada a la periferia del sistema cultural, forma parte del sistema del cual se origina y dentro del cual cumple su cometido. En este sentido enuncia tres principios:

1°.- Toda cultura elimina sus deshechos, crea sus comarcas patológicas y su propia definición de locura.

2°.- toda cultura pone a disposición de sus miembros mecanismos de compensación y cojines destinados a amortiguar lo real, alguno de los cuales son patológico.

3°.- toda cultura tiene una forma de preestructurar los síntomas de la enfermedad mental y de canalizarla hacia una forma ética privilegiada.

Es este último sentido el que destacamos: el como un determinado medio cultural valora la importancia y el significado de unos síntomas, diferenciándolos de otros. "La cultura va a buscarnos para decirnos que personalidades de repuesto debemos adoptar: es imposible que un montañés berberisco se haga hippie, tampoco me imagino a un estudiante pueda convertirse en hechicero" (LAPLANTINE, 1979).

Por lo tanto podemos resumir diciendo el que la psiquiatría es la única especialidad médica que estudia enfermedades distintas según el medio cultural, y que en las culturas tradicionales, la enfermedad se asocia a castigo o envidia.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que en los países occidentales, existe una mayor diferenciación entre las emociones. Leff (1973) encuentra una menor diferenciación entre las Depresiones de los habitantes de China o Nigeria, comparándolas con las de occidente. Señala que no sólo se debe al idioma, puesto que no hay diferencias en los que hablan inglés dentro de estas culturas. Piensa que las culturas en las que predomina el individuo sobre el grupo, como la occidental, son más propensas al desarrollo de la identidad del sentimiento personal.

También es importante el como se valora en cada cultura la manifestación de sentimientos. Por ejemplo, en muchas culturas está fuertemente sancionado el percibir y mencionar estados emocionales como la Depresión. Aún hoy día, la mayoría de las culturas no dan valor a la expresión y percepción de emociones; y en muchas de ellas, el estoicismo es considerado como una virtud. Por el contrario, los síntomas somáticos son causa legítimas para obtener cuidados, cariño, simpatía y descanso. Por lo que no es raro que el componente afectivo de la Depresión sea minimizado, negado, o no experimentado; y por el contrario, las molestias somáticas o vegetativas, sobrevaloradas. Por lo tanto hay que tener en cuenta el que la capacidad de percibir un estado afectivo y expresarlo a un médico es poco habitual en ciertos medios. Sumado a esto, no hay asistencia psiquiátrica y la enfermedad psíquica está muy estigmatizada. (KATON y cols., 1982)

Aunque es cierto que los síntomas somáticos en la Depresión se presentan en todas las partes del mundo (CADORET y WILSON, 1983), Escobar y cols. (1983-a) piensan que hay ciertas culturas que tienden a "seleccionar" estos síntomas más que los psicológicos. En este mismo sentido, Uhlenhuth y Paykel (1973) opinan que pueden existir ciertas características culturales aprendidas, y que algunos síntomas pueden ser más útiles que otros en la búsqueda de ayuda en una determinada situación.

Por ejemplo, el *Ode Ori* es un cuadro frecuente en los nigerianos de Yoruba, y consisten en un hormigueo por la cabeza y los pies, ruidos en los oídos, palpitaciones o otra serie de molestias somáticas. El núcleo de cuadro consiste en la sensación de que un organismo se desliza a través de la cabeza, y en otras ocasiones a través de otras partes del cuerpo. Se atribuye a poderes sobrenaturales, aunque de acuerdo con sus creencias, el área

cerebral inmediatamente por debajo de la fontanela anterior, es la localización del iye (el sentido), y es lo que controla al resto del funcionamiento cerebral. Existen conexiones "prioritarias" entre el iye y los ojos, los oídos y el corazón. De todos modos, la sintomatología depresiva y ansiosa destaca en la mayoría de los pacientes, por lo que generalmente se usan antidepresivos y ansiolíticos. Algunos síntomas del cuadro se pueden explicar por una hiperactividad autonómica, siendo las palpitaciones y los mareos también frecuentes entre los Trastornos neuróticos y depresivos.

Similares características tiene el susto de centroamérica, que consiste en cansancio, disminución del apetito, Ansiedad, Insomnio, retardo psicomotor y disminución de la libido. Estos síntomas se interpretan culturalmente como la pérdida del espíritu, y se atribuye a causas religiosas o sobrenaturales.

Aunque el concepto de psiquiatría que considera a esta un análisis de la comunicación, no es nuevo; no se ha explicado en forma suficientemente clara todo lo que implica la idea de que las llamadas enfermedades mentales pudieran parecerse a los idiomas. De hecho las enfermedades orgánicas son independientes del país en el que se presentan (SZASZ, 1976).

Carbonell (1984) recuerda que en los estudios transculturales, hasta mediados de siglo, existía la impresión de que las Depresiones eran menos frecuentes en culturas primitivas. Posteriormente se observó que en estas culturas predominan los síntomas somáticos, posiblemente debido a la dificultad de estos pueblos a verbalizar sus sentimientos. Por ejemplo, en Tailandia se da un tipo de *Depresión Sonriente*.

Sabemos que la forma de pensar está estrechamente unida a la de hablar, por lo que junto a la especialización en la percepción de sentimientos, se desarrolla paralelamente la del lenguaje. En este sentido, es fundamental la importancia del lenguaje y su *especialización* o diferenciación de conceptos. En las culturas tradicionales, los conceptos suelen más materiales y con escasos matices. Katon y cols. (1982) estudian este aspecto y resaltan la importancia del idioma de cada cultura. En muchas culturas Depresión significa cansancio, culpabilidad y pérdida de iniciativa. Y en otras hay una ausencia de palabras o términos para describir los estados emocionales internos, como le sucede a los Yoruba en Nigeria. En otras ocasiones, los términos son muy vagos, incluyendo molestias somáticas y afectivas, como en la Canadá francesa o en china. En un análisis factorial de la sintomatología depresiva presente en un estudio comunitario en una tribu india de la costa noroeste de USA, las quejas somáticas no se diferencian del Estrés emocional (SOMERVELL y cols., 1992).

En este sentido, en un estudio realizado en dos pequeñas comunidades de Uganda (ORLEY y cols., 1979), se entrevistan a los 206 adultos componentes de las dos aldeas. Posteriormente se comparan los resultados con una muestra de Londres de 22 pacientes, destaca que en el grupo africano predominan los sentimientos de culpa. La única diferencia entre sexos en el grupo de Uganda, es el predominio de la culpa patológica en las mujeres. Orley señala que el término *okunenya* significa culpar, y la forma reflexiva es *okwenenya*, que significa culpar a alguien de lo que me ha sucedido, o culparme de lo que nos sucede a varios. Por lo tanto, este matiz lingüístico puede influir en la alta prevalencia del sentimiento de culpa en este grupo.

Rader y cols. (1991) comparan dos grupos de depresivos alemanes y egipcios, cumpliendo todos criterios de Depresión Mayor (DSM-III). Encuentran una puntuación total más alta en la muestra egipcia, lo que relacionan con la tendencia a la hipérbola en el lenguaje de este país. Los japoneses tienden a relacionar condiciones climáticas adversas como la lluvia, y malestar somático como el dolor de cabeza o el cansancio, con la palabra *yuutsu*, que significa Depresión (KAWANISHI, 1992).

Por último, recordamos brevemente la figura del brujo, el cual es un personaje que no solo cura, sino que también influye en la mentalidad del público acerca de Acontecimientos importantes (RODRÍGUEZ, 1979). También el brujo siempre se asocia a lo antisocial y lo oculto: por la noche puede hacerse el mal, es el momento de la brujería; por otra parte son personas ariscas, insociables, gruñonas, que comen solas, pero se quejan de que los demás no les ofrecen comida (MAIR, 1980). En este sentido, el brujo puede pasar de ser un aliado a un enemigo, según las circunstancias del momento.

2.2.6.- Religión y Depresión.

Respecto a la religión, no se han encontrado diferencias significativas en la incidencia de los Síntomas Depresivos o la Depresión Monopolar (HIRSCHFELD Y CROSS, 1982). Por el contrario, si parece existir alguna diferencia en la expresividad clínica de las Depresiones en relación con la religión (TABLA 2.24).

TABLA 2.24.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, EN FUNCIÓN DE LA RELIGIÓN.

AUTOR	AÑO	N°	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
MURPHY	1964	99	CONS PSIQ	CUEST.	CATOL (33) PROTEST (19) INDUS (7) MUSULM (6)	CATOL = PROTEST CRIST: S CULPA, AUTORREPROCHES HINDÚ: NO RITM CIRC, NO SOMATIZ MUSUL: < CULPA, I.SUICID. > I. INFLUENC.

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

En este sentido, en las culturas religiosas cristianas y judía, abundan las reglas que gratifican la enfermedad, el fingimiento, la pobreza, el temor, en suma, todos los tipos de incapacidades. Al mismo tiempo, estas reglas, o sus corolarios, piden que se castiguen la competencia, la confianza en sí mismo, la eficacia y el sentimiento de orgullo por la salud y el bienestar personales (SZASZ, 1976).

Murphy y cols. (1964) resume perfectamente las diferencias clínicas observadas en función de la religión en las Depresiones: en los cristianos predominan los sentimientos de culpa; en los pacientes de religión Hindú,

los síntomas somáticos; por su parte, en los islámicos, son raras las ideas de autolisis; y en los judíos, predomina la hipocondriasis, siendo raros los sentimientos de culpa. En cualquier caso, señala que casi todos los síntomas básicos están presentes en todas ellas.

En relación a la frecuencia de presentación de los sentimientos de culpa en los individuos de religión cristiana, Majodina y Johnson (1983) observan que la frecuencia de este síntoma es mayor de lo esperado en una muestra africana (n=50). Como comentamos anteriormente, es inusual este síntoma en África, justificando esto por el hecho de que la mayor parte de la muestra la formaban pacientes de religión cristiana. También en culturas distintas, aunque pertenecientes a la religión cristiana, se observa una misma frecuencia de presentación del síntoma. En este sentido, Mezzich y Raab (1980) comparan una muestra de peruanos (n=93) con otra de norteamericanos (n=64), diagnosticados de Trastorno afectivo (DSM-II), y no encuentran diferencias respecto a la frecuencia de presentación de los sentimientos de culpa.

Otro aspecto importante es el como la integración religiosa puede influir en la expresividad de las Depresiones. Vázquez-Barquero y cols. (1987) observan en un estudio comunitario, que la religiosidad actúa como factor de protección contra la desesperanza. En este sentido, recientemente, Koenig y cols. (1992-a) estudian la relación entre religiosidad y Depresión en pacientes mayores de 65 años, ingresados en unidades de Medicina Interna. Encuentran una relación directa entre religiosidad y apoyo social, y observan que la integración religiosa está relacionada inversamente con la Depresión. Concluyen que la religión es usada comúnmente para manejar el Estrés en este grupo de pacientes, y que no se debe a que los más deprimidos abandonen la religión. También Meador y cols. (1992) señala que la afiliación religiosa firmemente enraizada en la cultura de una sociedad, puede indicar estabilidad emocional.

Por su parte, Murphy y cols. (1964) indica que cuando los cristianos son devotos creyentes, los sentimientos de culpa y la baja autoestima son frecuentes, no encontrando diferencias entre los pacientes católicos o protestantes. En otras religiones, la presencia de este síntoma no se asocia a la intensidad de creencia, por lo que el autor opina que es un síntoma culturalmente (religiosamente) determinado.

Son conocidos estudios realizados con la comunidad Hutterita, formada por una serie de colonias, 93 en el año 1950, de unos 90 miembros cada una, originarias de Suiza (1528), y sin diferencias entre sus miembros respecto al nivel educativo, ingresos u otras variables sociales. Acuden a la escuela hasta los 15 años, cuando se les asigna un trabajo, no hay emigración, está prohibido el matrimonio fuera de la secta y son pacifistas. Con estos datos se puede suponer que el Estrés social es relativamente bajo, y el apoyo social elevado.

Pues bien, esta secta no es inmune a las enfermedades mentales, y con una alta incidencia de Depresión neurótica y psicótica, es frecuente observar sentimientos de culpa. Egeland y Hostetter (1983) lo justifica por el miedo a no poder cumplir las expectativas del grupo; y señala que la secta está formada por individuos con altos principios, rígidos, restrictivos y con tendencia a internalizar sus emociones. Por último, no hay que olvidar la fuerte carga genética que existe en esta secta.

Si nos centramos en la religión judía, también se suelen encontrar diferencias clínicas significativas. En un estudio comparativo (BALL y CLARE, 1990) entre depresivos (Depresión Mayor) de religión judía y otro control, se encuentran diferencias en la expresividad clínica del cuadro. En primer lugar, en los pacientes judíos predomina la hipocondriasis, dato ya obtenido en estudios previos, y que se asocia a cierta sobreprotección durante a infancia, y una excesiva Ansiedad sobre la salud de los niños en las familias judías.

Por otra parte, se observa una menor frecuencia de sentimientos de culpa en el grupo judío. Este hecho se atribuye a varios factores: la mayor tendencia a los castigos psicológicos sobre los físicos; la presencia de un padre con prestigio dentro del grupo; y a las oraciones de la mañana, que son un buen *trabajo de dolor*. Por último, en algunos casos, se asocia con la persecución sufrida por los grupos antisemitas.

Por lo tanto, en relación a los sentimientos de culpa, Ball y Clare (1990) señalan que es un síntoma más frecuente en los cristianos, japoneses y culturas de estructuras rígidas como los hutteritas; manifestándose con menor frecuencia en los hindúes, africanos y judíos. Añade el que la religión cristiana orienta hacia la autosuficiencia y la culpa, ya tipificada en el pecado original, mientras que en la religión hindú, la autoestima está en función de la posición social.

Por último, ya comentamos al estudiar las peculiaridades en la cultura islámica, inundada de influencias religiosas, la escasa frecuencia de las ideas de autolisis. En este sentido, Murphy y cols. (1964) justifican el que los pacientes islámicos refieran raramente ideas de autolisis, y sí en cambio ideas de influencia o posesión, al hecho de que el islamismo permite proyectar sobre el mundo exterior los malos objetos internos.

2.2.7.- Raza y Depresión.

Los estudios realizados, para determinar las posibles diferencias clínicas entre individuos de raza blanca y negra, concluyen en, de existir éstas, se deben a otras variables socioeconómicas (STEELE, 1978; ROBERTS, y cols., 1981; HIRSCHFELD y CROSS, 1982; CROWELL y cols., 1986)

Warheit y cols. (1973) compara dos muestras de población general de individuos de raza blanca y negra. Encuentra que la mayor puntuación de sintomatología depresiva en los negros, desaparece al tener en cuenta los indicadores de clase. Si considera la Clase Social y los ingresos, sólo observa diferencias entre los niveles más elevados, siendo similares los de distinta raza de bajo estrato social. Por el contrario, no encuentra diferencias en la distribución respecto al nivel educativo. En un estudio posterior (WARHEIT y cols., 1975) replica éstos resultados concluyendo que no hay evidencia de que la raza, negra o blanca, sea un factor etiológico primario en la presentación de diversas tasas de Depresión.

Posteriormente Steele (1978) elabora un estudio comunitario para analizar la relación entre raza negra-blanca y Depresión en USA. No existen diferencias en las escalas de Depresión en función de la raza, lo que sí observa es un mayor número de Acontecimientos Vitales en los individuos ne-

gros. El autor también piensa que hay más influencia en la presentación de la Depresión por los factores sexo y Clase Social, que por la raza en si.

También las diferencias entre individuos de raza blanca y negra en California, respecto a la Depresión, desaparecen al tener en cuenta el sexo, la edad, el estado civil, la educación, los ingresos y ocupación (ROBERTS y cols., 1981). Por otra parte, dentro de cada grupo, hay una mayor prevalencia de Depresión entre los niveles educativos inferiores y menores ingresos familiares.

Por lo tanto, en 1982, Hirschfeld y Cross resumen la literatura al respecto diciendo que las diferencias en la presentación de síntomas depresivos o Depresiones en función de la raza, desaparecen al tener en cuenta la Clase Social. Crowell y cols. (1986), en un estudio comunitario (n=3798) confirman este hecho en Depresión Mayor (DSM-III-R). Posteriormente Lubin y Zurkerman (1988) encuentran una clara relación entre raza y Depresión, predominando los síntomas depresivos en los individuos de raza negra. Asocian la raza a factores socioeconómicos y a un mayor Estrés psicosocial.

Por último, revisaremos los trabajos recogidos que se centran en las manifestaciones clínicas de la Depresión (TABLA 2.25). En este sentido, Simon y cols. (1973) encuentran algunas diferencias entre pacientes de raza negra (n=19) y blanca (n=23), hospitalizados por Depresión. Los primeros muestran con mayor frecuencia preocupaciones depresivas, tensión muscular, Ansiedad general, síntomas autonómicos, molestias somáticas e Irritabilidad. En este caso no se considera las clases sociales de los pacientes.

TABLA 2.25.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, EN FUNCIÓN DE LA RAZA.

AUTOR	AÑO	Nº	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
SIMON N. York	1973	51	INT/PSIQ. DEPR/ESQ	ENTREV.	NEGROS (19) BLANCOS (32)	> IRRIT, SOMAT, ANS Y SINT VEGET. (NO CONSIDERA C. SOCIAL)
ROBERTS California	1981	3119	COMUNITARIO	ENTREV.	NEGROS BLANCOS	LAS DIFER. CLINICAS DESAPARECEN CON: SEXO, EDAD, E. CIVIL, EDUCAC, INGRES Y OCUPACIÓN.
HIRSCHFELD	1982	=	REV. BIBL.	SÍNTOM D.	NEGROS BLANCOS	DESAPARECEN DIFERENCIAS CON C. SOCIAL
CROWELL USA	1986	3798	COMUNITARIO	DSM-III-R DIS	BLANCO NO BLANCO	NO DIF. CLINICAS SIGNIF.
ZUNG USA	1988	1537	AMBUL/M. GEN	ZSRDS	BLANCOS (773) NEGROS (764)	NO DIF. CLINICAS SIGNIF.

> - MAYOR FRECUENCIA; < - MENOR FRECUENCIA

En un estudio sobre estudiantes preuniversitarios en USA (CHANG, 1975), occidentales, negros y orientales, concluye en que no existen diferencias en la expresividad clínica de la Depresión, excepto en dos ítems. El estreñimiento y la inquietud se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes chinos, y una menor en los de raza negra. Concluye que esta diferencia se puede deber a la distinta manera de referir los síntomas según

las culturas. En la cultura norteamericana es socialmente inapropiado el referir estreñimiento, lo que no sucede en la oriental, donde existe menos inhibición a la hora de hacer quejas somáticas. Realizando un análisis factorial entre los ítems dentro de cada grupo, se observan unos patrones distintos de expresión de la Depresión. El grupo de pacientes negros muestran una distribución sindrómica similar al de la Depresión "clásica", es decir, una mezcla de síntomas afectivos y somáticos. En el grupo de orientales, predominan los síntomas somáticos. En el lenguaje chino son frecuentes las metáforas, por ejemplo, los regalos o servicios entre familiares, son intercambiados por muestras de bienestar físico, y no palabras de afecto. Por último, el grupo de los caucasianos refiere más quejas en los síntomas existenciales y cognitivos.

En un estudio comunitario en U.S.A., en el que se comparan blancos, negros y mexicanos, se concluye diciendo que las diferencias en las manifestaciones clínicas de la Depresión en función del medio cultural, pueden deberse al nivel educativo (VERNON y ROBERTS, 1982). Tampoco en un amplio estudio realizado en Durham (U.S.A.), sobre pacientes que acuden a consulta de asistencia primaria (ZUNG y cols., 1988), y con una muestra de pacientes de raza negra (n=764), y blanca (n=773), no se observan diferencias en la prevalencia, la intensidad o las características del cuadro depresivo. Se trata de una población urbana de clase baja a media, y sin diferencias en la Clase Social entre los grupos.

2.2.8.- La Depresión en la cultura gallega.

Cuando se trata de elaborar cualquier estudio transcultural debemos tener en cuenta que las divergencias y limitaciones culturales son a veces tales, que los miembros de un grupo, no pueden entender con categoría intuitivas a los del otro.

Un aspecto a destacar del rural gallego, y probablemente de otras sociedades rurales, es el del concepto de cooperación, que en ocasiones es imprescindible para la subsistencia del grupo. En este sentido, C. Lison Tolosada (1990) destaca la colaboración existente en las tareas del campo entre los integrantes de la aldea gallega. "La reciprocidad en actividades agrícolas es regla dominante en todas las áreas cuando el quehacer aprieta. Consecuencia de esto es la parcelación de la comunidad en pequeños núcleos, potencialmente antagónicos. Las diferencias se ritualizan a nivel interno, frente al exterior, las pequeñas diferencias desaparecen y todos forman un bloque.

Sin duda se puede decir que la presión social es mayor en este medio, y que la gran profusión de tareas que se realizan en común, viene de los intereses internos y de las presiones externas, que exigen cooperación. No se paga en metálico, se devuelve el equivalente en faena". Hay multitud de tareas en las que se colabora: la patatas, el lino, el trigo, el maíz, la construcción de una casa..., también se dan comidas como forma de pago. Existe el concepto de grupo restringido, de hecho si la aldea pasa de 100 habitantes, la ayuda se presta por lo familiares y amigos, u "os veciños da porta" (LISON, 1990).

Respecto a la interpretación que se da en el medio gallego a la enfermedad, se puede decir que en general, las dolencias ligeras se atribuyen a factores naturales empíricos; mientras que en las enfermedades graves e in-domables, la causa es mística. A continuación se detallan las principales causas de enfermedad, siendo distinto el grado de responsabilidad del enfermo, o su familia, en la enfermedad. En este sentido, mientras que en las enfermedades que aparecen en la primera (A) y en la última lista (C), la responsabilidad se considera nula, y por el contrario, es total en las que aparecen en la del medio (B).

- A) Viento, Dieta, Antepasados, Posesión Y Espíritus
- B) Mal de Ojo, Brujería, Pecado o Transgresión Moral o Quebrantamiento Del Tabú
- C) Estado Ritual Impuro, Intrusión de un Objeto en el Cuerpo, Intrusión de un Muerto, Intrusión de Espíritus, Pérdida o Salida del Alma.

Al igual que sucede en otras culturas tradicionales, si nos centramos en la enfermedad mental, en el rural gallego no existe la dicotomía corporal/mental, está enfermo el individuo, a veces la familia, y en ocasiones los animales y pertenencias. Los individuos pueden expresar el malestar a través de síntomas aprobados por la comunidad, es decir, eligiendo discapacidades respetables, a través de las cuales, piden ayuda (LISON, 1974).

En el lenguaje gallego hay una clara diferencia entre enfermedad mental y estar mal de los nervios: alrededor del 70%, tanto rurales como urbano, valoran forma distinta ambas, en parte porque desconocen el significado de la primera (RODRÍGUEZ, 1979).

La Depresión no aparece con tal nombre en la literatura de la medicina popular gallega, sino con una serie de nombres: *mar de ar, mal de ollo, meigallo, morriña, afrixoamento, caída da paletilla ou da espiñela, anemia*. Los diferentes nombres que le da la medicina popular a estos cuadros, tienen más que ver con la hipótesis etiológica, que con el cuadro clínico en sí mismo (RODRÍGUEZ, 1994).

Todas ellas tienen en común: *ter la cor pálida, estar oxeroso, acedo, anémico e moi feble, sentirse canso de brazos e pernas, con sensación de abatimiento, decaemento do corpo e do ánimo que aconsella inactividade, perda do bo humor, falla de folgos e door da cabeza*. (LIS QUIBEN, 1980).

En la cultura tradicional no hay separación cuerpo-espíritu, y en a *paletilla caída*, la paletilla es un miembro más del cuerpo y un trozo de espíritu (GONZÁLEZ y GARCÍA, 1994)

Víctor Lis (1949) incluye en el *Mal de Ollo* a todas aquellas enfermedades a las que el vulgo no sabe encuadrar, y le resultan desconocidas. La procedencia puede ser variada, desde una persona normal, hasta Satanás, y el destinatario suele ser una persona o un animal. Basta con que uno mire al otro para que se produzca, y puede ser voluntario, como involuntario.

Con respecto a la sintomatología que presentan los individuos afectados por el *Mal*, observamos que recuerda claramente a la Depresión. Habitualmente tienen abatimiento, cansancio y debilidad inexplicables; los enfermos muestran intranquilidad, con falta de apetito, mal genio y se sienten mal sin saber de que. Un síntoma constante es el fuerte dolor de cabeza, en ocasiones puede llevar a la muerte. A veces produce caídas al suelo,

o afecta al ojo o la mitad del cuerpo que pasó junto a la persona que le produjo el mal de ojo (LIS, 1949). también Carmelo Lison (1987) describe sus síntomas: "Tú tienes, a veces, una pena contigo que te da por llorar, y no sabes porqué, y no quieres comer..., así a la noche, se me metían unas ganas de llorar y ¿ no sé por qué?, y no comía. También añade: "una persona nota que le han echado mal de ojo cuando está enferma y va a los médicos, y no le encuentran nada"... , "unha persona que lle ten envidia lo mira a usted e se le poñe o dolor de cabeza".

El *Mal de Olló*, se suele relacionar con la meiga, a la que también se le atribuyen el endemoniamiento y la locura, o enfermedades que el médico no entiende (LISON; 1987). El mismo autor piensa que la formulación cultural del mal de olló es deliberadamente confusa, para así poder manipularla mejor, y que más bien parece el que ante una consecuencia palpable, se busca una causa.

Su principal motivación se centra en la envidia, y su origen suele estar en personas de inferior nivel socioeconómico. En el fondo de la envidia está una mejoría social, o la posibilidad de que el otro iguale, o se aproxime, al envidiado. "Una persona que está envidiada no tienen moral para nada, ni para comere, ni para estar en la compañía de nadie, no quiere salir con nadie, se aburre con todos, no quiere cosa ninguna más que estar aburrido, estar aburrido, e no ten ganas de hablare, e abandonan todo..., no duermen ni de noite ni de dia... Sólo tienen ganas de estar o lume calentándose, no quieren que nadie les diga nada..." (LISON, 1987).

Por lo tanto, observamos como una enfermedad mental como la Depresión, en el medio rural gallego, ha estado impregnada de brujería, e interpretada bajo el pensamiento mágico-primitivo. En alguno de los casos, y probablemente la sugestión ha tenido un papel importante tanto su aparición como su curación. Por otra parte, si asimilamos al grupo con una familia, puede ser importante el recordar las teorías sistémicas, que defienden la hipótesis que ante una situación de Estrés, o grupo enfermo, es el miembro más débil el que manifiesta los síntomas, para así conseguir un equilibrio u homeostasis grupal.

Finalmente, debemos hacer referencia a la figura de la bruja o el *Shaman*, los cuales tienen un rol rodeado de un halo mágico, y a través de él ejerce un control social. En general se les considera al margen de las obligaciones normales, y con ciertos derechos especiales (LISON, 1974). El Profesor Rodríguez López (1994) destaca el que un 20% de los enfermos gallegos que van a consulta de medicina general, están acudiendo al mismo tiempo a los curanderos. Indicando el que algunos curanderos actúan como catalizadores entre el enfermo y su cultura, capacidad que se está perdiendo en la medicina actual.

2.3.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS NOSOLÓGICOS.

2.3.1.- Depresiones Endogenomórficas.

Lo endógeno, se venía considerando como ausente de desencadenantes, pero a raíz de trabajo de Paykel, se cuestiona esta asociación, por lo que actualmente se viene relacionando más a una constelación sintomática (VALLEJO, 1989). En este sentido, es de destacar el que las características Endógenas se mantienen constantes en las Depresiones a través de las distintas culturas (JABLENSKY y cols., 1981). Este tipo de Depresiones ha tenido múltiples denominaciones, y ha sido estudiada bajo muy distintos aspectos. A continuación nos centramos en la expresividad clínica característica, y en una serie de aspectos clinico-evolutivos asociados.

En 1920, Kurt Schneider introduce en término *Depresión Vital*, caracteriza por la presencia de un sentimiento que no puede ser localizado en parte alguna del cuerpo. Posteriormente definió la *Undergrounddepression*, como un sentimiento que no sólo se presenta en pacientes, sino que en personas sanas donde sentimientos de Depresión vital aparecen y desaparecen fácilmente y sin razón externa alguna. Müldner (1986) observa que los síntomas de la Depresión Vital son más frecuentes de lo que se suele pensar, y puede diagnosticarse cuando el paciente presenta: fatiga, sentimientos opresivos o de pesadez, inhibición del pensamiento o psicomotora, y cuando estos síntomas son más frecuentes durante la mañana. Acompaña al cuadro una incapacidad para experimentar placer y mostrar interés. Es impotente advertir que este término, no sólo se aplica a las Depresiones Endógenas, sino también se presenta en Reactivas y en prácticamente todas las enfermedades psíquicas y físicas funcionales.

En un amplio estudio sobre 788 pacientes con el diagnóstico de Depresión Mayor, Young y cols. (1986) obtienen dos subtipos de Depresión Endógena, uno relacionado con la anhedonia, y otro en relación con síntomas vegetativos. Cumplen criterios RDC y DSM-III, y dentro de ellos se identifican los Endógenos y los que cumplen patrón melancólico, sean o no bipolares. Por su parte, Vallejo (1989) considera que en las formas clínicas de la melancolía se incluyen tres cuadros, en primer lugar la Melancolía Simple, con tres síntomas básicos: el humor depresivo, la pérdida de interés y rendimiento y la Ansiedad. También considera el autor la Melancolía Delirante, con una mutación desde los delirios de culpa o hipocondríacos a los de persecución en la que podrían influir fenómenos culturales. Por último, incluye las melancolías dependientes de la edad.

En 1989, Zimmerman y Spitzer publican un trabajo en el que estudia los criterios DSM-III de patrón Melancólico, con vistas a elaborar los criterios DSM-III-R, y propone algunas modificaciones. Existe acuerdo en mantener la anhedonia y la falta de reactividad a estímulos agradables, aunque se plantea el modificarlo posteriormente a Estado de Animo invariable. Respecto la distinta cualidad del ánimo deprimido, lo considera difícil de describir por los pacientes, y complicado el hacerlo operativo, por lo que se excluye. Por último, los sentimientos de culpa no parecen ser más frecuentes en los melancólicos. Por otra parte, hay una serie de síntomas que se citan ocasionalmente en algunos trabajos, y parecen tener escaso valor a la hora de identificar a las Depresiones Endógenas: Nelson y Charney (1981)

citan la ideación delirante y los autorreproches; Feinberg y Carroll (1982), por su parte, los sentimientos de culpa y los delirios; Paykel (1985) las dificultades para concentrarse; y por último, Davidson y cols. (1984), la culpabilidad.

Además de las manifestaciones clínicas, se han considerado como orientativos de Depresión Endógena una serie de factores de antecedentes personales y familiares y evolutivos (ZIMMERMAN y cols., 1986-A y 1987-B y ZIMMERMAN y SPITZER, 1989; TABLA 2.26): ausencia de Acontecimientos desencadenantes y/o Trastorno de la Personalidad Premórbido, antecedentes familiares de Depresiones, mejor Apoyo Social, y buena respuesta a tratamientos antidepressivos previos, con recuperación del episodio.

TABLA 2.26.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESIÓN ENDÓGENA.

1986-a	1987-b	1989
	MAYOR EDAD	
	MAYOR SEVERIDAD	INICIO BRUSCO
HISTORIA FAMILIAR DE DEPRESIÓN	MENOR RIESGO DE ALCOHOLISMO Y P. ANTISOCIAL EN FAMILIARES	
BAJA PREVAL. DE SEPARACIONES O DIVORCIOS		
MENORES ACONTECIMIENTOS VITALES	MENORES A. VITALES	AUSENCIA DE ESTRÉS
MENOR T. DE PERSONALIDAD PREMÓRBIDO		AUSENCIA DE T. PERSONALIDAD
MEJOR APOYO SOCIAL	MEJOR APOYO SOCIAL	
MENOR DISTORSIÓN COGNITIVA		
MAYOR FRECUENCIA DE ALTERACIONES BIOQUÍM/ENDOCRINAS		
MEJOR RESPUESTA A LAS TERAPIAS SOMÁTICAS		ANTECEDENTES DE RESPUESTA A ANTIDEPRESIVOS
PEOR RESPUESTA A LAS PSICOTERAPIAS		RECUPERACIÓN DE EPISODIOS PREVIOS

(ZIMMERMAN Y COLS., 1986, 1987, 1989)

No obstante, a pesar de que Feinberg y Carroll (1982) asocian las Depresiones Endógenas con la ausencia de factores desencadenantes, en la mayoría de los trabajos no se relaciona de forma significativa (DAVIDSON y cols., 1984; GROVE y cols., 1987; y RUSH y WEISSENBURGER, 1993). Por otra parte, aunque Garside y cols. (1971) citan la buena personalidad premórbida como criterio diagnóstico, otros autores lo consideran como un criterio difícil de evaluar de forma fehaciente (RUSH y WEISSENBURGER, 1993).

Existen multitud de escalas para diferenciar las Depresiones Endógenas, y a pesar de algunas diferencias de criterio entre ellas, la coincidencia es elevada, por lo que parecen evaluar un grupo muy concreto de pacientes. De la comparación entre la Escala de la Melancolía, dos versiones de las escalas de Newcastle, los RDC y Patrón Melancólico del DSM-III, se obtiene una alta fiabilidad interobservador y un acuerdo entre escalas entre el 80% y el 93% (BECH, 1983). Por lo tanto, de gran valor para determinar la endogenicidad de una fase depresiva es la *Escala de Newcastle*, que se compone de 10 ítems, seleccionado entre 35, y obtenidos mediante el Análisis de Regresión Múltiple a 116 enfermos. En la Tabla 2.27 se presentan los ítems según puntúan positivo, a favor de Depresión Endógena, o negativo.

TABLA 2.27.- ESCALA DE NEWCASTLE.

POSITIVO	NEGATIVO
Delirio Nihilista	Reproches o Heteroacusaciones
Actividad Psicomotora	Ansiedad
Perdida de Peso	
Ausencia de Psicogenesis	
Personalidad Adaptada	
Episodio Previo	
Cualidad Particular del Humor	
Sentimientos de Culpa	

VALLEJO Y GASTÓ, 1990.

A modo de resumen, podemos decir que en la mayoría de los trabajos con Análisis Cluster, que posteriormente se comentarán, se aísla un grupo que corresponde a la Depresión Melancólica; llamando la atención que en diversos estudios, con técnicas heterogéneas, distintas variables y diversas muestras siempre se aísla la forma Vital de la Depresión.

Finalmente, en relación a las **Depresiones Delirantes**, Alonso Fernández (1988) recuerda que el delirio depresivo puro distribuye su temática en tres apartados: culpabilidad-autorreproches, económicas-miseria, y enfermedad-muerte. Añade el autor, que cuando la Depresión se vuelve más intensa es cuando emerge el delirio, y es por ello que las Depresiones Delirantes alcanzan una mayor puntuación en las escalas. Por su parte, las formas juveniles de Depresión paranoide tienen su fuente fundamental en la Ansiedad. Por último, como criterio útil para el Diagnóstico diferencial señala que mientras que el clásico depresivo se comporta como un autista, algunas veces más desvinculado del medio exterior que el propio esquizofrénico, el paranoide se relaciona con el exterior a través de una vía de índole autorreferencial.

Por su parte, Ayuso (1983) plantea la duda de considerar la Depresión Delirante como un subtipo clínico, o como una entidad autónoma; concluyendo que son características clínicas de ellas los Trastornos psicomotores y el alto riesgo suicida. Finalmente defiende que las características clínicas,

junto con estudios evolutivos, bioquímicos, neurofisiológicos, respuesta al tratamiento y estudio familiar apoyan la teoría de que las Depresiones Delirantes forman un grupo independiente. También Kettering y cols. (1987) piensan que los dos tipos de Depresión constituyen Trastornos independientes. Comparando 31 pacientes unipolares delirantes, 28 depresivos no delirantes y 51 esquizofrénicos, los pacientes no psicóticos presentan inicialmente más psicopatología. Parece que en los Depresivos Delirantes, la Ansiedad y la Depresión proporciona menor contribución al cuadro clínico global. Llama la atención el que la ideación delirante y la Rumiación suelen mantener la misma temática a lo largo de las fases.

Por el contrario, comparando pacientes con Depresión Psicótica Unipolar y Bipolar con Esquizoafectivos, los tres grupos son similares respecto al sexo, la edad de inicio (BRESLAU y DAVIS, 1988). Respecto a las características del síndrome depresivo en los tres grupos, las diferencias son mínimas y no significativas.

2.3.2.- Depresiones no Endogenomórficas.

Desde los aspectos clínico-evolutivos, las Depresiones con características Endógenas generalmente quedan bien definidas, pero en contraposición a ellas, se vienen considerando una serie de cuadros depresivos que son más difíciles de clasificar. La situación se complica si consideramos otros tipos como la Depresión Atípica o la Doble Depresión. No obstante, debemos tener en cuenta que en ocasiones, se refieren al mismo tipo de Depresión, la cual es valorada en función de uno u otro aspecto, y consiguientemente denominada de distinta forma.

Tsuang y Winokur (1992) definen a los neuróticos como individuos emocionalmente inestables y con problemas de personalidad, lo que les lleva a conductas maladaptativas y a un estilo de vida que consecuentemente conduce a la Depresión. También opinan que los pacientes con Depresión Mayor y Trastorno de la Personalidad tienen mucho en común con los que padecen **Depresión Neurótica**. Por lo tanto, ésta podría incluirse como un grupo importante dentro de las Depresiones que aparecen en los individuos con Trastorno de la Personalidad. Por su parte, Winokur (1985) afirma que el diagnóstico de las Depresiones Neuróticas-Reactivas debe ser hecho en función de criterios positivos, y no solamente en personas que no cumplan las condiciones para las Depresiones Endogenomórficas. En este sentido, Zimmerman y cols. (1987-a), tras revisar la literatura, delimitan la Depresión Neurótica con unas características propias, y la definen como: *Depresión Unipolar Mayor Neurótica*.

Para Alonso Fernández (1988), toda Depresión secundaria a una Neurosis Sintomática (sobre todo de Angustia y Fóbica) o Asintomática (Neurosis de Carácter) queda catalogada como Depresión Neurótica; asimismo, la etiqueta como la categoría más peculiar desde el punto de vista sintomatológico. En este sentido, la escuela de Newcastle caracteriza al Síndrome Depresivo Neurótico por: rasgos neuróticos de personalidad, presencia de desencadenantes o psicogenia, Ansiedad, agravación por la tarde, variaciones anárquicas que pueden oscilar de un día a otro, curso prolongado no estacional y pronóstico más desfavorable.

Por lo tanto, suele existir unanimidad sobre la mayor probabilidad de factores precipitantes psicosociales previos a la Depresión Neurótica (KLERMAN y cols., 1979; PAYKEL, 1985 y ZIMMERMAN y cols., 1987-a). También suele existir unanimidad sobre la presencia de alteraciones en la personalidad: Zimmerman y cols. (1987-a) los definen como pacientes con largos periodos de desadaptación, con déficits en habilidades sociales, en afrontamiento de situaciones y en funcionamiento ocupacional e interpersonal. Por su parte, también Klerman y cols. (1979) destacan una personalidad premórbida patológica y con conflictos inconscientes. Finalmente, también se relacionan con una fuerte historia familiar de alcoholismo (ZIMMERMAN y cols., 1987-a y TSUANG y WINOKUR, 1992)

Del pronóstico tan negativo de las Depresiones Neuróticas nos puede orientar el un estudio del seguimiento durante 7 años (n=50), y donde se observa que el 40% (n=20) tienen una evolución muy desfavorable, de ellos 6 se suicidaron, y todos ellos, en algún momento, cumplieron criterios de Depresión Mayor. Otro 40% muestra una Depresión Crónica con deterioro social, y en los que predominan los síntomas vegetativos y al Disforia. Por último, el 20% restante están satisfactoriamente mejorados o completamente remitidos (BRONISCH y cols., 1985). En este sentido, Zimmerman y cols. (1987-a) también señalan una menor mejoría durante la hospitalización, con mayores reingresos tras los seis meses del alta. También Tsuang y Winokur (1982) refieren una peor evolución tras el alta, con escasa respuesta a la ECT y a los antidepresivos. Por el contrario, Klerman y cols. (1979) destacan una escasa incapacidad social, en comparación con las Depresiones Endógenas.

Zimmerman y cols. (1987-a) añaden como otras características: la temprana edad de inicio, las frecuentes tentativas de autolisis no serias, los antecedentes de separación o divorcio, la tendencia a culpar a los otros de su Depresión, una asociación negativa con los criterios de Patrón Melancólico DSM-III y una baja tasa de anormalidad en el test de supresión de la dexametasona.

Pero el aislar las la Depresiones Neuróticas, exclusivamente por las características clínicas, no es factible, y en este sentido, Tsuang y Winokur (1992) indican que hay síntomas que se solapan entre las Depresiones Neuróticas y la melancolía, no existiendo características patognomónicas que diferencien claramente a las dos. Encuentran una proporción de Depresiones Neuróticas con síntomas psicóticos es sorprendente, con un porcentaje del 9%, frente al 17% de un grupo Endógeno. La presencia de alucinaciones tampoco ofrece grandes diferencias, probablemente porque los neuróticos presentan psuedoalucinaciones. Concluyen que son más probables en mujeres jóvenes, que atribuyen la Depresión a circunstancias Estresantes, con una buena recuperación al alta, pero enfermando de nuevo durante la evolución. Por su parte, Winokur(1985) destaca como síntomas que se solapan: los viscerales, la pérdida de peso y la fatiga.

Parker y cols. (1988) realizan un Análisis Factorial en 91 pacientes diagnosticados de Depresión Neurótica, aislando cuatro factores. Un primer factor denominado *Cognición Negativa*, compuesto por autocríticas, baja autoestima, bajo estado anímico y sentimiento de culpa; el segundo, *Falta de Impulso*, y refleja la habitual presentación clínica de la Depresión; el tercer factor es llamado *Ansiedad*; y el cuarto *Arousal*, relacionado con pérdida de apetito y peso, predomina en los individuos que refieren la pérdida de una relación íntima previa.

Klein (1974) postula por una interrelación dimensional entre la *Ansiedad Neurótica* y la *Depresión Neurótica*. Mientras la primera se asocia con: agitación, Irritabilidad y tensión; la segunda lo es con: Disforia, sentimientos de inutilidad, incapacidad, pérdida de interés, pérdida de apetito y pensamientos suicidas. En este Postulado Dimensional, se encuentran en un extremo la *Ansiedad Neurótica*, con rasgos de Hostilidad, y en el otro la *Depresión Neurótica*, con rasgos de pérdida de interés. En este aspecto, Alonso Fernández (1988) destaca que sobre un contexto de *Ansiedad*, los rasgos distintivos más acreditativos para determinar la existencia de una *Depresión* son: desasosiego, sentimiento de culpa, deseos de morir, lentificación motora, dificultades en la concentración, desinterés sexual, pérdida de apetito e Hipersomnia.

Finalmente, al dividir Torgersen (1985) en tres grupos a una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios: *Ansiedad Neurótica Pura* (n=50), *Ansiedad-Depresión* (n=50) y *Depresión Neurótica Pura* (n=50), se encuentra algunas diferencias clínicas significativas. Hay una serie de síntomas que son más frecuentes en los depresivos como: *Depresión*, retardo psicomotor, desesperanza, tendencia al aislamiento social, dejadez, tentativas de suicidio, pérdida de interés e *Insomnio de conciliación*. Otros síntomas como la *Ansiedad* en cualquiera de sus tipos, la *hipocondriasis*, la *tensión muscular* y los dolores tensionales son más frecuentes en el primer grupo; y los síntomas de *Conversión* aparecen con mayor frecuencia en el grupo de *ansioso-depresivos*. Por el contrario las diferencias no son tan marcadas en síntomas como: *culpa patológica*, *pérdida de peso*, *ánimo deprimido*, *dificultades en la concentración* y *despertar precoz*. Es curioso observar que éstos síntomas son los que se vienen asociando a *Depresiones* de tipo endogenomórfico.

Por lo tanto, podemos decir que lo que caracteriza a las *Depresiones Neuróticas* es la personalidad inestable del individuo, en la cual frecuentemente destacan los rasgos histriónicos. No obstante, no debemos olvidar que también pueden formar parte ella personalidades en las que predominen características de *Personalidad Límite*, *Pasivo-Agresivo* o *Evitación*, por ejemplo. Con respecto a las características clínicas, suelen ser cuadros próximos a los *Trastornos por Ansiedad*, y que cumplen criterios de *Depresión Mayor*, generalmente no *Melancólica*, o de *Distimia*; y en este sentido, es frecuente la comorbilidad. Por otra parte, también las diversas características de personalidad, de alguna manera, pueden modificar la expresividad clínica.

Aunque no idénticos, muy unido al concepto de *Depresión Neurótica*, está el de **Depresión Crónica**. Akiskal (1983-a) destaca como el predictor más importante de *Depresión Crónica* la longitud del episodio previo a su tratamiento. Respecto a los rasgos de personalidad, opina que la *Depresión Caracterial* es siempre crónica, pero no todas las *Depresiones Crónicas* se asocian a personalidad desadaptada; por ejemplo, las personas mayores tienden con mayor frecuencia a la cronicidad. Como indicadores socioeconómicos, destaca Akiskal la relación con la *Clase Social baja*, ya sea porque dichos pacientes tienden con menor frecuencia a buscar ayuda, o por el inferior funcionamiento intelectual. Por último, concluye que la presencia de otros diagnósticos psiquiátricos predispone también a la cronicidad.

Como Freeman (1994) recuerda, aunque próximo, el concepto de *Distimia* no es sinónimo de *Depresión Neurótica*, destacando que muchas de estas, en la clasificación *DSM-III-R*, pueden ser consideradas como *Depresión Mayor* no *Melancólica* o no *Psicótica*, o *Depresión Atípica*; y por el contrario, sólo

una proporción puede ser diagnosticada de Distimia. Por otra parte, también en ocasiones se ha solapado con el Trastorno por Ansiedad Generalizada, aunque las características clínicas son distintas (AKISKAL, 1983-b). Mientras que en la Distimia predominan la tristeza, reticencia, tendencia a la culpa, letargia y anhedonia; en el segundo lo son: hiperactividad autonómica, vigilancia, tensión y alteraciones gastrointestinales.

Howland (1993) considera en las Depresiones crónica dos grupos: los que tuvieron una Depresión severa y no se recuperaron totalmente, y los que tienen síntomas moderados y persistentes, y que ocasionalmente pueden tener un Episodio Depresivo Mayor. En cualquier caso, los relaciona con una mayor frecuencia de rasgos neuróticos de la personalidad y con Acontecimientos Vitales adversos.

Por el contrario, Hirschfeld y cols. (1986) estudian los factores que pueden influir en la evolución hacia la cronicidad de un cuadro depresivo, y concluyen que el único importante es el Neuroticismo. Encontrando que otra serie de factores no son significativos: sexo, edad, Depresión primaria/secundaria, duración previa del episodio, pérdida parental precoz, recientes Acontecimientos Vitales, Apoyo Social, puntuación total en la escala de Hamilton, Clase Social o Recursos Financieros. Por su parte, Eccleston y cols. (1987) defienden otro punto de vista, al no encontrar relación con la presencia de Trastorno de la Personalidad. En este sentido, recuerdan que los pacientes crónicos pueden presentar un deterioro en el desarrollo de la personalidad como consecuencia de la enfermedad, dado que en muchos casos el diagnóstico se hizo durante el transcurso de la enfermedad y no en los episodios previos. Comparan un grupo de pacientes Depresivos Mayores Crónicos Primarios (n=24) con otros que se recuperaron antes de los dos años (n=20), y observan que no hay diferencias respecto a la edad de inicio, el sexo o la puntuación total. Por el contrario, piensan que predisponen a la cronicidad la presencia de Trastornos Afectivos en familiares de primer grado, y de Acontecimiento Vitales previos al cuadro.

Muy recientemente, Brown y Moran (1994) estudian los factores clínicos y psicosociales predictores de la Depresión Crónica; y concluyen en que las características clínicas son escasamente importantes, comparadas con los factores psicosociales, destacando por el contrario, la adversidad durante la infancia y las dificultades interpersonales de adulto. Posteriormente, tampoco encuentran una clara relación con Trastorno de la Personalidad, no obstante, señalan que el Apoyo Social sí puede disminuir el riesgo de Depresión Crónica (BROWN y cols., 1994-b).

En función de una serie de factores evolutivos, de personalidad previa, antecedentes familiares, respuesta al tratamiento y estudio del sueño, Hagop S. Akiskal (1983-b) propone una clasificación de las Depresiones Crónicas:

A) en primer lugar define a las *Depresiones Primarias con Cronicidad Residual*. Generalmente es de inicio tardío, y se presenta tras un episodio depresivo de características Endogenomórficas, desarrollándose un cuadro crónico con genuinos síntomas depresivos, apareciendo los síntomas de neuroticismo y dependencia.

B) a continuación se citan las *Disforias Crónicas Secundarias* a Trastornos Psiquiátricos no afectivos o enfermedades somáticas incapacitantes. Destacan de las características clínicas de estos cuadros depresivos crónicos la desmoralización y la Ansiedad, no experimentan-

do éstos pacientes su Depresión como una ruptura vital, sino como un empeoramiento de su enfermedad básica.

C) en tercer lugar encontramos las *Depresiones Caracteriológicas*, con dos apartados: los *Trastornos del Espectro del Carácter* y los *Trastornos Distímicos Subafectivos*. El primero se asocia a separación parental o divorcio durante la infancia, y rasgos de personalidad histriónicos, antisociales o dependientes. En la presentación clínica de éste tipo, faltan las características Melancólicas. Los Trastornos del espectro están formados por un grupo heterogéneo de Trastornos de la Personalidad, con características depresivas inconstantes, más frecuentes en mujeres, frecuentemente complicadas con abuso de alcohol u otros tóxicos, y con evolución desfavorable. Por su parte, Winokur (1985) equipara este grupo a las Depresiones Caracteriológicas Crónicas.

D) por último, el *Trastorno Subafectivo*, generalmente de inicio anterior a los 25 años, destaca por: tendencia a la culpa, anhedonia y Hipersomnia, estando muy próximo a los Trastornos por Ansiedad. Akiskal y cols. (1980) estudian a 50 pacientes con Depresión Caracteriológica Pura, de inicio previo a los 25 años, y con más de 5 años de evolución. Se caracterizan por presentar síntomas que representan rasgos habituales del paciente, que aunque presentes de forma habitual, estas manifestaciones tienden a crecer y menguar de forma irregular. Por esto, es difícil que cumplan los criterios de Trastorno Depresivo mayor durante al menos dos semanas. Analizando las manifestaciones clínicas de estos pacientes se encuentra que el apetito y la libido, en general, están poco alterados, predomina la Disforia, la letargia, los sentimientos de inadecuación, el pesimismo y la disminución de la iniciativa social.

Por su parte, Scott (1988) propone otra clasificación de Depresión Crónicas y las divide en cuatro grupos: la Depresión Mayor Primaria Crónica, la Depresión Mayor secundaria Crónica; el Trastorno Distímico; y la Depresión Doble.

Dentro de las clasificaciones para la Depresión no se incluyen una serie de Depresiones leves, que suelen verse en la comunidad o en consulta de especialistas no psiquiatras (SNAITH, 1987). La anhedonia es el síntoma central de la *Hipomelancolía*, es decir la falta de capacidad de experimentar placer. Normalmente disminuyen la actividad física y mental, la autoconfianza, la capacidad de disfrutar y al paciente le faltan energía e iniciativa.

La **Depresión Atípica** se aisló en base a una mejor respuesta a los IMAOs, y se caracteriza por tener un inicio precoz, predominar en las mujeres, ser de moderada intensidad y en pacientes ambulatorios, con raras tentativas de suicidio y mínimas alteraciones psicomotoras.

En este sentido, Vallejo y Gastó (1990) nos resumen las características de este tipo de Depresión según el *Grupo de Londres*, los cuales afirma que ofrecen mejor respuesta a los IMAOs, y peor a otros psicofármacos las Depresiones con las siguientes características clínicas: Ansiedad, tensión, fobias, crisis de pánico, comportamiento histérico, Irritabilidad, labilidad emocional, incremento de la ingesta, Hipersomnia e incremento de la libido. La anhedonia y la falta de reactividad están generalmente ausentes, y

por el contrario, la reactividad y la labilidad emocional son características de las Depresiones Atípicas. El incremento del apetito es más común en Depresiones hostiles y en jóvenes depresivos con alteraciones del carácter.

Las Depresiones Atípicas se pueden acompañar de Ansiedad severa (tipo A) o por síntomas Vegetativos atípicos (tipo V). Algunos tipos de Depresión Bipolar se acompañan de estos cambios vegetativos atípicos, por ejemplo la Hipersomnia, así como la Distimia Subafectiva de Akiskal (TABLA 2.28).

A) el Tipo A suele mostrar una edad de inicio juvenil, con una evolución crónica y persistente durante años. Ambos grupos tienden a presentarse en las mujeres con una frecuencia doble a la de los hombres, aunque el tipo V monopolar predomina en las mujeres. Por último, caracteriza a la personalidad los rasgos obsesivos e histriónicos.

TABLA 2.28.- DEPRESIONES ATÍPICAS: TIPOS A Y V DE DAVIDSON.

VARIABLE	TIPO A	TIPO V	
PRIMARIA-SECUNDARIA	AMBAS	PRIMARIAS	
POLARIDAD	NO BIPOLAR	UNIPOLAR Y BIPOLAR	
ENDOGENOMÓRFICA	NO	NO (A VECES HIPERSOMNIA EN ENDOG)	
CAMBIOS PSICOMOTORES	AGITACIÓN OCASIONAL	RETARDO EN BIPOLARES	
ANSIEDAD-NO ANSIEDAD	ANSIEDAD	GENERALMENTE NO ANSIOSOS	
OTRAS	=	JÓVENES HOSTILES, TIPO UNIPOLAR DE TRASTORNO CARACTERIAL, DISTIMIA SUBAFECTIVA.	
		<u>UNIPOLAR</u>	<u>BIPOLAR</u>
LETARGIA-CANSANCIO	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE
IRRITABILIDAD	PRESENTE	PRESENTE	..
LABILIDAD EMOCIONAL	AUSENTE	AUSENTE	..
ANHEDONIA	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE
FOBIAS	PRESENTE	AUSENTE	AUSENTE
QUEJAS SOMÁTICAS	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE
TENTATIVAS DE SUICIDIO	RARAS	RARAS	SI

AMBOS GRUPOS: ANSIEDAD FÍSICA, ANSIEDAD SOMÁTICA, INSOMNIO INICIAL, QUEJAS SOMÁTICAS GENERALIZADAS, GESTOS SUICIDAS, AUMENTO DE PESO, PERDIDA DE PESO ACTUAL, FOBIAS DE LARGA EVOLUCIÓN, AUTORREPROCHES Y PERSONALIDAD HISTÉRICA. FALTA DE ENERGÍA, IRRITABILIDAD, AUTODESVALORIZACION Y DIFICULTADES EN LA CONCENTRACION.

B) por el contrario, el Tipo V se origina a una edad temprana, el aumento de la ingesta se ha asociado con pacientes jóvenes con Trastorno del Carácter. Los síntomas vegetativos atípicos decrecen, mientras que los típicos crecen, con la edad (POLLITT y YOUNG, 1971). La evolución suele ser recurrente, y caracteriza a la personalidad del tipo monopolar los rasgos obsesivos e histriónicos, con extroversión; mientras que los bipolares presentan una personalidad estable y extrovertida. Es importante señalar que en casos moderados, síntomas vegetativos típicos y atípico pueden coexistir. La anergia y la letargia

extrema son sellos del tipo V, y la agitación se suele asociar a las Depresiones ansiosas. Aunque los del tipo V pueden presentar extrema letargia, no son típicos los Trastornos psicomotores. El retardo es típico de los pacientes Bipolares tipo V, y en ocasiones ocurre en las Distimias subafectivas. No obstante, Spooov y cols. (1993) no encuentran la presencia de un síndrome depresivo atípico de forma constante, y sólo observan correlación entre fatigabilidad e Hipersomnias, pero no con hiperfagia o Irritabilidad.

Finalmente, Davidson y cols. (1982) critican éste concepto, pues piensan que la Depresión Atípica es un término amplio que incluye desde las Depresiones primarias y secundarias, hasta varias formas de Ansiedad. También Paykel y cols. (1983) afirman que la Depresión Atípica puede ser de un limitado valor como un diagnóstico específico dentro de las Depresiones no psicóticas. Por lo tanto, la diferenciación de las Depresiones Atípicas, parece tener más una utilidad terapéutica que nosológica.

Aunque podría considerarse un tipo mixto, incluimos en este apartado a la **Depresión Doble**. Keller y Shapiro (1982) definen la Depresión Aguda superpuesta a una Depresión Crónica preexistente como Depresión Doble. Como características de los pacientes con Depresión Doble determinan: una mayor puntuación en la escala de Beck, y en los criterios para melancolía. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres (55%), principalmente jóvenes y solteras. También tienen más antecedentes de tentativas de autolisis, y mayores rasgos de personalidad depresiva: autocríticos, actitudes disfuncionales, reactividad al Estrés, y menor nivel de extraversión. Por último, se asocian a un mayor deterioro, mayor comorbilidad, más alteraciones de la personalidad, inferior nivel de apoyo social, mayor tendencia a la cronicidad y más elevadas tasa de Trastorno no Bipolar o Bipolar II en los familiares de primer grado.

Por su parte, Miller y cols. (1986) comparan las características clínico-evolutivas de la Doble Depresión (n=39) con un grupo de Depresión Mayor (n=38). Distingue entre los de inicio precoz y tardío, pues los primeros se asocian a más episodios, no de mayor Depresión; mientras que los segundos tienen igual número de episodios, pero de mayor duración que los depresivos recurrentes.

Posteriormente, Keller y cols. (1983) estudian un grupo de pacientes con Depresión (n=316), y observa que el 25% de ellos se pueden incluir en los criterios de Doble Depresión. Comparados con el resto de pacientes, no hay diferencias respecto a las características clínicas de Depresión endógena, psicótica, Unipolar o Bipolar.

También Klein y cols. (1988) comparan las características demográficas, clínicas, familiares, de personalidad y socioambientales de un grupo de pacientes ambulatorios con Depresión Doble (n=31) y otro con Depresión Mayor recurrente (n=50). Concluyen los autores apuntando hacia una posible heterogeneidad de los pacientes incluidos bajo el término Depresión Doble.

2.3.3.- Diferenciación D. Endógena - No Endógena.

Corresponde a Moebius, en 1893, la introducción de la dicotomía exógeno-endógeno, en relación a los Trastornos Afectivos. Por su parte, también Gillespie (1929) apoya esta división estableciendo tres grupos: Reactivo-Psiconeuróticos, Autónomos e Involutivos. Para Kellin (1974), la Depresión Neurótica se puede considerar como una hiperreacción crónica hacia la decepción, con el resultado de Disforia, rabia y desmoralización, manteniendo estos pacientes la capacidad de placer e interés. Por el contrario, en las Depresiones Endogenomórficas, hay un deterioro de la capacidad de experimentar placer, y esta inhibición del mecanismo del placer lleva a un desinterés hacia el entorno, lo que se asocia a una incapacidad de disfrutar con la comida, el sexo o las aficiones. Son múltiples los términos que se han utilizado para definir las Depresiones Neuróticas y Endógenas, Zimmerman y Coryell (1987-b) encuentran en la literatura los que aparecen en la Tabla 2.29.

TABLA 2.29.-LISTADO DE TÉRMINOS UTILIZADOS PARA DENOMINAR A LAS DEPRESIONES ENDÓGENAS Y NO ENDÓGENAS .

Tipo A	Tipo B
Endógena	Neurótica
Vital	Personal
Severa	Reactiva
Incapacitante	Caracteriológica
Mayor	Menor
Psicótica	Moderada
Involutiva	Distimia
Primaria	Secundaria
Retardada	Atípica
Melancólica	No Endógena
Autónoma	Psicogénica
Endogenomórfica	Situacional
	No Melancólica

(ZIMMERMAN Y CORYELL, 1987-b).

Por su parte, Vallejo y Gastó (1990) refieren que mientras en la Depresión Endógena se observa el síndrome clínico clásico, en la Reactiva, la Depresión es un síntoma más, contaminado por otras variables clínicas alejadas de esta. También es importante señalar que hay casos claramente endógeno, y otros que no lo son, pero que entre medias de ellos hay un importante grupo, no pequeño, en el que tras considerar muchos factores, uno no puede llegar a decidirse por el diagnóstico (TABLA 2.30).

En este sentido hay una antigua polémica, y mientras, *La Escuela de Newcastle*, mediante Análisis de Regresión Múltiple, demuestran una distribución bimodal de la población depresiva, de forma que la mayor parte de los individuos tienden a agruparse en algunos de los polos; *La Escuela del Maudsley* defiende la distribución de los cuadros depresivos a lo largo de

un continuo, si bien dos extremos, las formas Psicóticas y la Crónicas Leves, ocupan los polos. Los trabajos de Kendell demuestran un cúmulo de síntomas correspondientes a las Depresiones Endógenas o Melancólicas, pero no han encontrado un segundo cúmulo correspondiente a las Depresiones Neuróticas o Reactivas, por lo que se piensa que son una mezcla de diferentes condiciones, una de las cuales es una melancolía contaminada por rasgos de personalidad y reacciones neuróticas al Estrés. No obstante, Kendell (1970) compara un grupo pacientes diagnosticados de Neurosis Depresiva (n=63), y otro de Psicosis Depresiva (n=115) ambos con internamiento psiquiátrico, realizan un Análisis Discriminante, y encuentran una distribución unimodal.

TABLA 2.30.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES, RESPECTO AL GRUPO DIAGNOSTICO.

AUTOR	AÑO	POBLACIÓN	MAT/MET	GRUPOS	RESULTADOS
KENDELL	1970	INTERNAM.	PSE	PSICOSIS DEP (115) NEUROSIS DEP (63)	DISTRIBUCIÓN UNIMODAL
DAVIDSON	1986	INTERNAM. D.MAYOR	RDC	D.MELANCÓLICA D.NO MELANCÓL.	ESTUDIA S.VEGETATIVOS, NINGUNO VALOR PREDICTIVO
STEER	1987	AMBULAT.	I.BECK	D.MAYOR RECURR (168) DISTIMIA (99)	DIFER. CLINICAS SIGNIF.
MAES	1988	INTERNAM. D.UNIPOL.	ZUNG S-R DSM-III	D.MAYOR (62) D.MENOR (37)	DIFER. CLINICAS SIGNIF.
NELSON	1980	INTERNAM.	RDC	D.ENDÓGENA (36) D.REACTIVA (40)	DIFER. CLINICAS SIGNIF.

Para distinguir un Síndrome Disfórico de una Depresión, Akiskal y Webb (1983-c) ofrecen varios indicadores clínicos, evolutivos, antecedentes familiares y personales, y marcadores de laboratorio (TABLA 2.31). Destacan los autores que las Depresiones Moderadas se caracterizan, generalmente, porque funciones como el sueño, el apetito o la libido no están seriamente afectadas; y la variación diurna del estado anímico está ausente, y un grado extremo de agitación o inhibición no se observan. Además, en el 90% de los casos se acompañan de signos y síntomas de otras neurosis: manifestaciones autonómicas, fobias, obsesiones, quejas hipocondríacas o despersonalización.

TABLA 2.31.- CARACTERÍSTICAS DE "DEPRESIÓN" EN CONTRA DE SÍNDROME DISFÓRICO.

Al menos una fase
 Tiene autonomía (no influencia ambiental)
 Incapacitante, principalmente laboral
 Empeoramiento matutino
 Ruptura estado premorbido
 Retardo psicomotor
 Antecedentes de manías, hipomanías o recurrencias

Antecedentes familiares

Estudios de laboratorio

(AKISKAL Y WEBB, 1983C.)

Aunque posteriormente volveremos a hablar de estos aspectos, son muchos los autores que están de acuerdo sobre la modificación de las características clínicas de la Depresión, a lo largo de las distintas recurrencias. En este sentido, ya en 1974, Klein asociaba las Depresiones Reactivas con los más jóvenes y las Endogenomórficas con los mayores. Por su parte, también Akiskal y cols. (1978) piensan que un estado depresivo menor, definido en los aspectos sintomatológicos, carece de especificidad diagnóstica, ya que no es infrecuente en la práctica clínica que un Trastorno que inicialmente parece ser una respuesta a un acontecimiento vital, progresa en futuras recurrencias a una Depresión autónoma con unas características clínicas típicas. Por lo tanto, defienden que la Depresión con Melancolía puede ser una vía clínica común en el desarrollo de la Depresión Mayor, y en ocasiones de la Depresión Menor. En este sentido, realiza un seguimiento de pacientes con Depresión Neurótica, y encuentran que el 36% de ellos desarrolla episodios de Depresión Melancólica (AKISKAL y WEBB, 1983-c). Posteriormente, en el apartado sobre el estudio de la evolución de las Depresiones, se verán estos aspectos más detenidamente.

Prácticamente todos los estudios son consistentes al mostrar la tendencia de los depresivos Endógenas, a ser de mayor edad (DAVIDSON y cols., 1984); y aunque Grove y cols. (1987) no observan diferencias en función de la edad, Zimmerman y cols. (1986-a), por ejemplo, sí las encuentran. Así mismo Nelson y Charney (1980) señalan que los pacientes con Depresión Endógena son mayores que los del grupo de la Reactiva (44,9 a. vs 29,8 a.). Por último, Ni Bhrolchain y cols. (1979) afirma que Depresiones Psicóticas o severas se presentan con mayor frecuencia en personas mayores, con personalidad más estable, y las moderadas o Neurótica en jóvenes con rasgos de Personalidad Neurótica. Más recientemente Ramos Brieva y cols. (1993-a y 1994) también observan que con las progresivas recurrencias de la Depresión, además de disminuir la presencia de factores desencadenantes, la gravedad del cuadro, la pérdida de peso y la intensidad del ánimo deprimido se acentúan (TABLA 2.32). Por su parte, Coryell y cols. (1994) encuentran que las Depresiones Psicóticas son más estables a lo largo de los años de evolución, que las formas agitadas, inhibidas o Endógenas.

TABLA 2.32.- EVOLUCIÓN DE LAS DEPRESIONES DESDE EL PERFIL NEURÓTICO (INICIAL) AL ENDÓGENO (TARDÍO).

VARIABLE	D. NEURÓTICA	D. ENDÓGENA
NUMERO DE FASE	INICIAL	TARDÍA
FACTORES DESENCADENANT.	PRESENTES	AUSENTES
EDAD	JUVENIL	AVANZADA
CONCIENCIA DE DEPRESIÓN	NO	SI
ANIMO DEPRIMIDO	POCO INTENSO	INTENSO
CULPA	POCO INTENSA	INTENSA
INHIBICIÓN	POCO INTENSA	INTENSA
ANSIEDAD PSÍQUICA	INTENSA	POCO INTENSA
ANSIEDAD SOMATICA	INTENSA	POCO INTENSA

(RAMOS-VIEBRA, 1993-A.)

A modo de conclusión, Rush y Weissenburger (1994) piensan que aunque las características Melancólicas no se repiten constantemente a lo largo de los episodios, según aumenta la edad, los no Melancólicos tienen más probabilidades de convertirse en Endógenos, que a la inversa, y, por el contrario, estos últimos tienden a una mayor estabilidad a lo largo del tiempo.

2.3.4.- *Depresiones Secundarias.*

El grupo de Saint Louis incluye en los Trastornos Afectivos Primarios aquellos sujetos que no tienen otros antecedentes psiquiátricos, ni afecciones físicas precedentes o concomitantes con el episodio afectivo (VALLEJO y GASTÓ, 1990), englobando el resto de las Depresiones bajo el concepto de Depresiones Secundarias.

Andreasen y Winokur (1979-b) definen la Depresión Secundaria a otro Trastorno psiquiátrico, es decir, como una enfermedad aguda insertada en una más crónica. Por su parte, Weissman y cols. (1977-b) refieren que los diagnósticos psiquiátricos con los que más frecuentemente se asocia son: Histeria, Neurosis de Ansiedad, Personalidad Antisocial, Alcoholismo y Dependencia a Tóxicos.

Es de destacar que el carácter primario de los *Trastornos Bipolares*, no es generalmente admitido. En este sentido, Stancer los considera tanto dentro de los primarios como de los secundarios. Por su parte, Coryell encuentra en Trastornos Obsesivos Compulsivos, en Trastorno de Briquet, en Personalidades Antisociales y en Abuso de Drogas una mayor frecuencia Trastornos bipolares del tipo II, que del tipo I (VALLEJO y GASTÓ, 1990). Finalmente, Alonso (1988) también los observa asociados a las Crisis de Ansiedad, los Trastornos Fóbicos y al Alcoholismo.

El mismo autor señala (ALONSO, 1988), al igual que Giles y cols. (1987), que no encuentra diferencias respecto a las variables sociodemográficas en las Depresiones Secundarias. Por el contrario, Guze y cols. (1971) observan una mayor prevalencia en varones, y una edad de inicio más joven. Respecto a la severidad de la Depresión, o no se encuentran diferencias (GUZE y cols., 1971; WEISSMAN y cols., 1977 y GILES y cols., 1987), o es de menor intensidad (ANDREASEN y WINOKUR, 1979-b). Por último, no parecen existir diferencias respecto a la respuesta al tratamiento antidepresivo (ANDREASEN, 1979-b)

Con respecto a las **manifestaciones clínicas**, aunque prácticamente todos los autores encuentran diferencias en algunos de los síntomas, la mayoría piensan que estas no son importantes. En este sentido, Andreasen y Winokur (1979-b) indican que las Depresiones Secundarias tienden a ser más coloristas y floridas, con mayores tentativas de suicidio, más cuadros "psicóticos", con fobias, agresividad, Insomnio de conciliación y quejas somáticas. Tampoco Giner y cols. (1983) han encontrado diferencias clínicas

de importancia, ni diferencias en relación a la respuesta al tratamiento, la intensidad del cuadro, o la presencia de factores desencadenantes.

En la Tabla 2.33 se recogen los resultados de los trabajos encontrados, concluyendo la mayoría, que aunque existen algunas diferencias, no está justificado considerar a las Depresiones Secundarias como un grupo independiente.

TABLA 2.33.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS.

AUTOR, AÑO	N° D.PRIM.	D.SECUNDARIAS	RESULTADOS
GUZE 1971	158	HISTERIA N.ANSIEDAD P.ANTISOCIAL ALCOHOLISMO DROGODEPENDENC.	<u>D.SECUND:</u> > S.SOMATICOS, ANSIEDAD Y CONDUCTAS ANTISOCIALES EDAD INICIO INFERIOR MAS VARONES > ANTEC. PSYQU. EN FAMILIAR.
WEISSMAN, 1977-B	148	DEP.OPIACEOS (60) ALCOHOLISMO (61) ESQUIZOFRENIA (50)	NO DIFERENCIAS CLINICAS PRIM / SECUND.
ANDREASEN	48	S.BRIQUET ALCOHOLISMO DROGODEPENDENCIA P.ANTISOCIAL	<u>D.SECUND:</u> > T.SUICIDIO, FOBIAS, AGRESIV. INSOMN.CONCIL, QUEJAS SOMATIC. P.PESO Y ACTITUDES SUICIDAS <u>D.PRIMAR:</u> > SEVERIDAD, RETARDO Y TENTATIVAS SERIAS
ANDREASEN 1979	43	26	<u>D.SECUND:</u> > SOMATIZACIÓN, RABIA, ANSIEDAD INSOMN.CONCIL. Y EN OTROS SÍNT. NO DEPR.. ANTEC. PSYQU. EN FAMILIARES
STANCER 1984	144	ALCOHOLISMO T.ANSIEDAD P.ANTISOCIAL ESQUIZOFRENIA T.OBSES-COMPULS. OTROS	<u>D.PRIMAR:</u> > DIF.CONCENTRAC <u>D.SECUND:</u> > ID.MUERTE RESTO DE SÍNTOMAS NO DIFERENCIAS SIGNIF. NO DIF. EN SEVERIDAD

Como ya comentamos anteriormente, también se consideran Depresiones Secundarias a las asociadas a otro cuadro de base orgánica conocida. Alonso (1988) divide las *Depresiones Sintomáticas* en tres grandes series: las somáticas, producidas por enfermedades físicas extracerebrales; las orgánicas, por enfermedades cerebrales; y las farmacógenas. Su peor pronóstico, no sólo se debe a la existencia de un cuadro somático asociado, sino que la sintomatología depresiva es más persistente y menos sensibles al tratamiento. Por su parte, Chinchilla (1990) piensa que las Depresiones Sintomáticas pueden ser tan incapacitantes y severas como las Endógenas, incluso en el riesgo de suicidio, y opina que sí pueden beneficiarse del tratamiento habitual de las Depresiones.

En estudios de cuadros de pacientes de consultas de Medicina General se encuentra una asociación entre Depresión y enfermedad somática, en este sentido, Hall y cols. (1978) observan una frecuencia del 9,1%. Blacker y

Clare (1987) presentan tres posibles explicaciones: los pacientes neuróticos o depresivos tienen a consultar con mayor facilidad por cualquier molestia física; por otra parte, al aumentar la edad, también aumenta la frecuencia tanto de Depresiones, como de morbilidad física; por último, en algunos estudios longitudinales, como el de Mann y cols. (1981), se observa que los pacientes neuróticos, pasado un año, tienen mayor probabilidad de padecer una enfermedad somática.

Dentro de las *Depresiones Farmacógenas*, se considera la Depresión Neuroléptica, en la que destacan la inhibición psicomotora y el bloqueo de la comunicación, con inclinación al suicidio (ALONSO, 1988). También se han relacionado los Trastornos afectivos con el uso de anticonceptivos orales (ACO) donde parece que su papel es más de causa desencadenante, sobre una serie de factores predisponentes previos. Herzberg y cols. (1971) comparan mujeres con ACO y otras que utilizan el Dispositivo Intrauterino, y observan que los efectos secundarios más frecuentes, y que llevan a suspender el tratamiento con ACO, son la Depresión, las Cefaleas y la pérdida de la libido. Este grupo se diferenciaba de las que continuaban el tratamiento en una mayor tasa de Depresión y Neuroticismo en la primera entrevista, con antecedentes de Síndrome Premenstrual, Depresión durante el embarazo, tratamiento psiquiátrico ambulatorio y tratamiento con antidepresivos.

Por otra parte, Fernandes Da Fonseca (1987) presenta varios árboles genealógicos en los que se manifiesta claramente la asociación familiar entre úlcera duodenal y una elevada penetrancia afectiva. Aporta dos teorías para ello, la primera es que ciertas formas afectivas pudieran localizarse en el mismo brazo corto del cromosoma 6 que los Trastornos de histocompatibilidad. Por otra parte, frecuentemente se encuentran la tristeza y la culpa asociados a cuadros psicósomáticos.

Es habitual la presencia de Depresiones en los pacientes con cuadros neurológicos, y estas parecen tener ciertas características clínicas. Berrios y Samuel (1987) comparan en pacientes con Trastornos Neurológicos y Depresión (n=83) y otros con Depresiones Mayores aislada (n=43), observando un predominio de dolores de cabeza y la Irritabilidad en el primer grupo; y del Insomnio de despertar precoz, los sentimientos de culpa y las ideas de suicidio en los segundos. Por último, destaca el autor que la asociación entre alteración neurológica y Depresión es más letal que cuando la Depresión no se presenta, a pesar de que la respuesta al tratamiento antidepresivo es similar en ambos grupos.

Es frecuente la asociación de Enfermedad de Parkinson y Depresión, y estudiando a estos pacientes, Huber y cols. (1990) observan una variación de las manifestaciones clínicas de la Depresión, según evoluciona la enfermedad. En los primeros estadios están presentes el ánimo depresivo y los autorreproches, pero no se incrementan según avanza la severidad de la enfermedad. También los síntomas somáticos se evidencian precozmente, pero éstos sí se incrementan con la progresión de la enfermedad. Respecto a los síntomas vegetativos, señalan que únicamente se presentan en los estadios avanzados. Por otra parte, comparando pacientes con Enfermedad de Parkinson (n=16) y Esclerosis Múltiple (n=20), Schiffer y cols. (1988) observan que en los primeros predominan la Ansiedad y las Crisis de Pánico.

También es habitual en los pacientes que han sufrido Accidentes Cerebro-vasculares (ACVA) la presencia de cuadros depresivos. En este sentido, Kikumoto (1990) obtiene una frecuencia de Depresión Mayor (DSM-II-R) del 21%, estudiando a 118 pacientes tras ACVA. Destacar el que se han observado

diferencias clínicas al compararlos con otros pacientes deprimidos, pero sin ACVA previo (LIPSEY y cols., 1986). De los 17 síntomas evaluados: el enlentecimiento (enlentecimiento, hiporreactividad, lenguaje enlentecido o mutismo y restricción de la cantidad de lenguaje) es más frecuente en el grupo post-ACVA; y por el contrario, el desinterés y dificultades en la concentración son más frecuentes en los segundos. Añadir que también se han encontrado diferencias según la localización del ACVA: si es el hemisferio derecho el afectado, las características son más similares a las de la Depresión Endógena, con ánimo deprimido, ideas de suicidio, variación diurna, pérdida de peso y sintomatología paranoide. Por el contrario, si es el izquierdo, el cuadro recuerda al de la Depresión Neurótica, con Ansiedad psíquica, hipocondriasis y fatiga (KIKUMOTO, 1990).

También es muy frecuente en la práctica clínica el observar cuadros depresivos asociados a Demencias, y en ocasiones no es fácil diferenciarlos. Rubin y cols. (1988) señalan que en la Demencia Degenerativa Primaria se observan síntomas que frecuentemente aparecen en la Depresión: disminución de interés, dificultades en la concentración, fatiga, cambios en la actividad psicomotora, y en ocasiones, Trastornos Alucinatorio-delirantes. Por otra parte, la Depresión Mayor se asocia con anormalidades cognitivas tanto en el joven como en el adulto, con deterioro mnésico y disminución de la concentración. Como síntomas diferenciales, añade el autor que en las demencias existe cierta preocupación acerca de sus déficits, pero habitualmente no experimentan sentimientos de culpa, ideación suicida o cambios vegetativos.

En este sentido, Chinchilla (1990) destaca que en la Pseudodemencia Depresiva los pacientes están apáticos, perplejos y con marcado desinterés, con un pensamiento lento y laborioso, pudiendo aparecer graves Trastornos de la atención, concentración, memoria y fallos en la orientación con pérdida del contacto con la realidad. En ocasiones su conducta se vuelve torpe e ineficaz, extravagante e histeroide, recordando al síndrome de Ganser. Por último, en un reciente estudio, Forsell y cols. (1993) comparan un grupo de pacientes mayores con Depresión Mayor (n=430), y otros con distinto grado de Demencia (n=213). En un análisis global de los síntomas encuentran dos factores: en el primero está afectado el ánimo (disforia, ideas de muerte-suicidio y Trastornos del apetito), siendo más frecuente en los no demenciados o en los demenciados ligeros. Por otra parte, según se acentúa el deterioro, aumenta el factor alteraciones de la motivación (pérdida de energía, desinterés, cambios psicomotores y Trastornos del pensamiento-concentración), y disminuyen los sentimientos de culpa. Por último, añadir que los síntomas vegetativos, como el Insomnio, no se diferencian entre los grupos.

2.3.5.- Depresiones Situacionales.

Se define la *Depresión Reactiva* como un episodio o fase depresiva que constituye una respuesta inmediata a una vivencia o a una Estrés psicosocial. Para Alonso Fernández (1988) el diagnóstico de Depresión Situacional es negativo, es decir, ausencia de características propias de Depresión Endógena, de Personalidad Neurótica o de algún factor somático o medicamentosos que se asocie al cuadro afectivo.

Dohrenwend y Dohrenwend (1974-a) postulan que los cambios vitales requieren un esfuerzo de adaptación, y según donde se localice el punto de menor resistencia corporal, con mayor probabilidad aparecerá la enfermedad. Alonso (1988) define al Acontecimiento Vital como un cambio rápido e intenso de las circunstancias de la vida del sujeto, a partir de un origen extra-biográfico.

También se sabe que una proporción muy pequeña de los sujetos que sufre Acontecimientos Vitales se deprimen, pero la mayoría de los estudios demuestran que los pacientes deprimidos experimentan más Acontecimientos Estresantes en los meses previos al inicio de la sintomatología que la población general, otros enfermos no psiquiátricos y otros enfermos psiquiátricos (AYUSO y SAIZ, 1987). Billings y Moss (1984) comparan, en una muestra comunitaria (n=424), depresivos crónicos (más de un año de tratamiento) y no crónicos, encontrando que ambos grupos refieren mayor número de Acontecimientos Vitales Indeseables que los del grupo control, pero sin diferencias entre si.

Mc Gonagle y Kessler (1990) piensan que el Estrés crónico es un predictor más potente de Sintomatología Depresiva que el agudo. También refieren una interacción negativa entre ambos, ya que la Depresión creada por el Estrés agudo, en general, es menos pronunciada entre las personas que tenían alguna dificultad crónica previa, que entre las que no. Por su parte, Breslau y Davis (1986) sugieren un papel precipitante del Estrés crónico en la Depresión al estudiar madres cuyos hijos sufren alguna incapacidad crónica (n=310), y compararlas con un grupo control (n=357). Observan que las madres con Estrés tienen más Síntomas Depresivos, pero las tasas de Depresión Mayor no se diferencian significativamente entre los grupos. Por el contrario, Turner y Beiser (1990) concluyen que el Estrés crónico no sólo representa un factor de riesgo significativo con respecto a padecer Sintomatología Depresiva, sino también el Trastorno Depresivo Mayor.

Alonso (1988) refiere cuatro clases situaciones depresógenas: la pérdida, la sobrecarga, el aislamiento y la crisis, y considera a las Depresiones Situacionales como las determinadas primordialmente por circunstancias psicosociales conflictivas o traumatizantes. También aconseja a la hora de evaluar los Acontecimientos Vitales, no remontarse a los posteriores a los seis o doce meses previos, pues es difícil dar una fecha sobre el inicio de la fase depresiva, y se pueden confundir la causa de la Depresión con sus consecuencias.

Unido al concepto de Acontecimientos Vitales, está el de *Apoyo Social*, el cual comprende distintos aspectos: bien como: a) una Red de relaciones interpersonales significativas; b) o como una disponibilidad funcional de un Apoyo Tangible (material), informativo o afectivo. También debemos recordar que puede actuar como factor de protección, o bien como desencadenante o causa de la Depresión tras su pérdida. Ayuso y Saiz (1987) destacan que la percepción del Apoyo Social es muy subjetiva y puede ser cambiante en función de diversos factores.

Carpiniello y cols. (1989), en un estudio comunitario sobre mayores de 65 años, observan que la viudedad se asocia claramente con la Depresión, pero es de señalar que la Depresión aparece con mayor frecuencia en los que viven con extraños que en los que posteriormente viven solos. Por lo que concluyen que no es la soledad, sino el sentimiento de soledad, y la falta de un confidente, lo que puede desencadenar un cuadro depresivo. Además encuentran una correlación entre Depresión y enfermedad física, y que la

existencia de un confidente no atenúa esta tendencia, a diferencia de otros factores Estresantes como una pérdida. En un amplio estudio comunitario (n=3798) de una muestra rural y urbana, también Crowell y cols. (1986) observan que la ausencia de un confidente y el haber tenido uno o más Acontecimientos Estresantes durante el año previo se asocian significativamente con Depresión.

Con respecto al *Duelo*, Parker y cols. (1988) establecen sus fases: inicialmente, predominan el Insomnio, la pérdida de apetito y peso, un general sentimiento de Ansiedad, y vigilancia, denominada, fase de *Pena Aguda*. Pasadas semanas o meses, el Insomnio se atenúa, y puede sustituirse por Hipersomnias, el apetito y el peso se recuperan, y el sentimiento de inseguridad disminuye. Esta fase, corresponde a la *Extinción Crónica*, con pérdida de la esperanza y tendencia al distanciamiento. El autor piensa que los síntomas vegetativos son indicadores de un proceso biológico, más que de un tipo de Depresión.

Comparando, mediante una escala autoaplicada para la Depresión, a 196 personas mayores durante una fase de duelo reciente, con un grupo control de similar edad, se encuentra que la Disforia, el llanto, la insatisfacción personal, las molestias somáticas, la pérdida de apetito y el Insomnio son más frecuentes en el grupo a estudio (BRECKENRIDGE y cols., 1986). Señalan los autores que una larga enfermedad previa al fallecimiento afecta más que un fallecimiento brusco. Por último, observan que síntomas como los auto-reproches y los sentimientos de culpa y fracaso ofrecen escasa diferencias.

Por otra parte, no parecen existir diferencias del efecto causal de los Acontecimientos Vitales entre Depresiones Endógenas y Neuróticas (VALLEJO y GASTÓ, 1990). También Parker y cols. (1988) opinan que la presencia de Acontecimientos Vitales no se asocia con ningún tipo clínico de Depresión. En este sentido, en una revisión de la bibliografía sobre la influencia de los sucesos Estresantes sobre la Sintomatología Depresiva, Guerrero y Fernández (1980) concluyen que si en el conjunto de las Depresiones el Estrés Psicosocial sí constituye un factor determinante, no parece ser discriminante entre los diversos grupos nosológicos de Depresión. Ayuso y Saiz (1987) también opinan que no parecen existir diferencias entre la Depresión Neurótica y Psicótica respecto a la proporción de Acontecimientos Vitales, ni tampoco sirve como criterio discriminatorio entre Depresión Monopolar y Bipolar.

En cualquier caso, algunos autores como Brugha y Conroy (1985), ofrecen distintos resultados. Estos autores comparan dos grupos de pacientes depresivos según criterios CATEGO R (retardado o endógeno) y CATEGO N (Neurótico) con otro control, y encuentran que ambos tienen mayor número de Acontecimientos Vitales previos, marcando más diferencias el grupo de CATEGO R, lo que va en contra de la teoría de asociación de cuadros depresivos más leves y de características neuróticas con los Acontecimientos Estresantes previos.

Finlay-Jones y Brown (1981) defienden que una pérdida severa es un agente causal de inicio de una Depresión, mientras una situación de peligro, lo es de un estado de Ansiedad y observan que las mujeres con Ansiedad y Depresión, refieren con mayor probabilidad ambos tipos de Acontecimientos: de pérdida y de peligro. Estudian a un grupo de mujeres (n=164), que acuden a consulta de Medicina General, no por Depresión, y utilizan un concepto de *pérdida* en sentido amplio: separación o muerte de una persona

próxima; la pérdida de la salud física; la pérdida de un trabajo, unos beneficios o unos bienes materiales; y por último, la pérdida de una idea querida, por ejemplo el descubrimiento de una infidelidad conyugal, lleva a la pérdida de la noción de un matrimonio feliz. Por el contrario, el peligro se define como el nivel de desagrado producido por una futura crisis específica, que puede ocurrir como resultado de un Acontecimiento.

Analizando la relación entre la puntuación en el eje IV con la sintomatología depresiva, se puede observar que mayor puntuación se asocia con más sintomatología al ingreso (ZIMMERMAN y cols., 1987-c). También Uhlenhuth y Paykel (1973) señalan que la presencia de Acontecimientos Estresantes parece influir en la aparición del cuadro depresivo, y se relaciona con la intensidad de este, pero no parece influir en la configuración clínica. No obstante, en un grupo de pacientes psiquiátricos ambulatorios (n=167), encuentran en lo que tienen más Estrés mayor Ansiedad y menos somatizaciones.

En 1981, Hirschfeld realiza una aproximación al concepto de *Depresión Situacional*, y a pesar de mostrar ciertas características, no considera que deba constituir un subgrupo depresivo. Compara un grupo de Depresiones Situacionales (n=38) y no Situacionales (n=68), y encuentra que las primeras muestran mayor severidad del cuadro y una más rápida recuperación, mientras que las no Situacionales se asocian con características Endógenas (83% vs 74%). También observa algunas diferencias en la expresividad clínica en los depresivos Situacionales: mayor ánimo o ideación depresiva, actitud e ideación suicida, abuso de alcohol y tóxicos, Síndrome maniaco y sintomatología miscelánea. Por último, añadir que no hay diferencias en los Rasgos de Personalidad entre los grupos.

Por el contrario, Alonso Fernández (1984) señala que el cuadro clínico no suele ser tan acentuado ni completo como la Depresión Endógena, incluyéndose la mayoría de los cuadros depresivo unipolares no Endógenos en este apartado: en las Depresiones Situacionales abundan los cuadros clínicos larvados, incompletos y atípicos, con humor profundamente negro y sombrío, desapego por la vida, sufrimiento corporal difuso y Trastornos corporales localizados. Por su parte, Nelson y Charny (1980) relacionan con las Depresiones Reactivas: la disminución del apetito, peso o actividad y los pensamientos suicidas.

Posteriormente Hirschfeld y cols. (1985) publican un trabajo sobre la Depresión Mayor Situacional, no encontrando diferencias en las características clínicas con respecto a las no Situacionales. Con criterios RDC compara pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor Situacional (n=57) y con Depresión Mayor no Situacional (n=72), destacando que los Situacionales presentan un menor número de episodios previos y de internamientos, y son algo más jóvenes que los No Situacionales. Respecto a los Rasgos de Personalidad no hay diferencias significativas; ni en cuanto al sexo, la Clase Social o la edad de inicio. Tampoco Breslau y Davis (1986) observan diferencias en la sintomatología de los episodios depresivos entre mujeres con Estrés crónico y sin él.

Por el contrario, en nuestro país, Giner y cols. (1988) estudian un grupo de pacientes (n=187) con Depresión Monopolar, y observa que es la Distimia la que presenta más Acontecimientos Estresantes durante los seis meses previos. También encuentra diferencias clínicas, asociando los Acontecimientos Estresantes con la tristeza, la Ansiedad (QD2) y los impulsos suicidas (IBD).

2.3.6.- Bipolaridad.

En primer lugar, puntualizamos que en este apartado nos centraremos en los aspectos clínicos, recogiendo la bibliografía que estudia las posibles diferencias en la expresividad de las Depresiones Monopolares y Bipolares. Ya es clásica la clasificación de Leonhard (1957) en Depresiones Endógenas Monopolares y Bipolares, presentando unas características clínicas independientes: las primeras, mayor agitación, Ansiedad y quejas somáticas; mientras que en las segundas predomina la inhibición. También existe mayor riesgo suicida en las bipolares, con una menor duración de los episodios y recidivas más frecuentes.

Por su parte, Akiskal y cols. (1983-a) afirman que en los Bipolares predomina el fenómeno retardo-hipersomnia, la Depresión Psicótica y los episodios posparto. También Malt (1983) asocia el retardo y la Hipersomnia con la Depresión Bipolar y la agitación y el Insomnio con la Monopolar. En la misma línea, Paykel (1985) refiere que los altos niveles de actividad física, la abierta expresión de cólera, y las quejas somáticas diferenciaban la Depresión de los pacientes unipolares de los bipolares, quienes tendían a ser menos activos y más apartados socialmente durante las fases depresivas.

En cualquier caso, no todos los estudios confirman estos resultados (TABLA 2.34), y Ayuso y cols. (1979-a) no hallan diferencias respecto a los Trastornos de la psicomotricidad entre los tipos de depresivos. También, Abrams y Taylor (1980) compara 40 pacientes ingresados con el diagnóstico de Depresión Endógena y observa que las formas clínicas Bipolares y Monopolares son homogéneas, aunque con algunas diferencias: en los Bipolares predominan la agitación y la agresividad, mientras que en los Unipolares la pérdida de peso y la mayor Depresión.

TABLA 2.34.- DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE DEPRESIONES BIPOLARES Y MONOPOLARES.

	AYUSO 1979	ABRAMS 1980	GURPEGUI 1985	LEONARD 1987
MONOPOLARES	CULPABILIDAD ID. SUICIDIO ANSIEDAD P. PESO OBSESIONES >SEVERIDAD	P. PESO > SEVERIDAD	P. PESO ANOREXIA TENSION MUSCUL. TRISTEZA DESINT. SEXO	TRISTEZA INHIBICIÓN INCAPACIDAD > SEVERIDAD
BIPOLARES		AGITACIÓN AGRESIVIDAD	HOSTILIDAD	INHIBIC-EXCITAC FLUCTUAC. ANIMICAS
NO DIFERENCIAS	INSOMNIO INHIB-AGITAC. S. SOMÁTICOS		HIPERSOMNIA AUMENTO PESO ID. CULPA	

CAMB. CIRCAD.

Gurpegui y cols. (1985) justifican las diferencias clínicas entre los enfermos Unipolares y Bipolares por la interacción entre la personalidad de base y el estado depresivo. Por ejemplo, los Depresivos Unipolares son más metódicos y tienen un alto control de impulsos; por el contrario, los Bipolares muestran una relativa falta de control de impulsos, siendo más extrovertidos, francos, activos y cambiantes de ánimo. Comparando pacientes Depresivos Unipolares Endógenos (n=19) y Bipolares (n=8), obtienen una serie de diferencias clínicas significativas entre ambos grupos. Por su parte, Ritcher y cols. (1993) observan que los Monopolares son más introvertidos, mientras que los Bipolares no se diferencian del grupo de normales en las características de personalidad.

Leonard (1987) defiende que las Depresiones Monopolares pueden ser diagnosticadas no sólo por su curso, sino también por sus patrones clínicos. Las Depresiones de la Enfermedad Maníaco-depresiva raramente dan este cuadro puro, a veces la inhibición es muy pronunciada, o existe excitación, con profundas fluctuaciones en el humor depresivo.

Por último, en un reciente estudio se confirma esta similitud clínica entre los Depresivos Monopolares y Bipolares (MITCHELL y cols., 1992). Se estudian 27 parejas de depresivos Melancólicos, y se observa que los Bipolares tienen unas fases más cortas, y también los Bipolares muestran con menor frecuencia enlentecimiento psicomotor que los Monopolares, tendiendo a presentar agitación con mayor probabilidad.

2.3.7.- Subtipos Depresivos.

A continuación citamos algunas clasificaciones de las Depresiones elaboradas a partir de otros criterios, como etiopatogénicos, de antecedentes familiares o severidad de la Depresión. Principalmente nos centraremos en las características clínicas de estos Subtipos Depresivos.

Van Valkenburg y cols. (1977) clasifican las Depresiones según los antecedentes psiquiátricos en los padres, en una muestra de mujeres, y obtienen dos grupos: *Enfermedad de Espectro Depresivo* (n=105) y *Depresión Pura* (n=86). Las primeras tienen una menor probabilidad de mostrar una pérdida de interés en las actividades, y tienen una mayor tendencia a la Irritabilidad, y aunque no significativas, hay una tendencia a referir con mayor frecuencia crisis de Ansiedad e hipocondriasis, y a ser descritas como "nerviosas de siempre", con una evolución menos seria. Por último, la sintomatología de tipo Endógena, no muestra diferencias entre los grupos.

En un grupo de pacientes hospitalizados (n=83) y diagnosticados de Depresión Mayor (RDC), Andreasen y Winokur (1979-a) comparan las características clínicas en función de los antecedentes familiares y del curso de la enfermedad, elaborando tres subtipos depresivos: ausencia de antecedentes familiares de Depresión, *Enfermedad Depresiva Pura*, y *Enfermedad del Espectro Depresivo*. Estudiando las características clínicas, parece existir un continuo, con las Depresiones Puras entre las otras dos. En la *Enfermedad*

del Espectro predominan: desesperanza, desconfianza, nerviosismo, extrañeza y psicoticismo agudo. Por otra parte, el grupo con *Ausencia de Antecedentes Familiares* se caracteriza por un sueño más inquieto. Finalmente, en la *Depresión Pura* con más frecuencia tienen autoacusaciones y un tipo de sintomatología que se suele asociar a las formas más severas de Depresión. Por último, los autores destacan que entre los tres tipos no hay diferencias en características clínicas nucleares de la Depresión, como: alteraciones del apetito, disminución de la energía o dificultades en la concentración.

Pichot (1986) por su parte elabora cuatro grupos: los estados depresivos *Asociados a Enfermedades Somáticas*; los estados depresivos que *Siguen a Trauma Psicológico*; en el tercer grupo se incluyen las *Depresiones Permanentes*, o bien Trastornos Maníaco-depresivos o de la Personalidad; y por último, un grupo *Puro*, no asociado con enfermedades somáticas, traumas psicológicos u otro Trastorno mental, y dentro de él dos grupos: los Endógenos y los No Endógenos. Los primeros se diferencian en la intensidad del cuadro, la naturaleza de sus síntomas, la reactividad al medio, y las características de la personalidad entre episodios.

Pollitt y Young (1971) distinguen *Depresiones Fisiológicas* (Tipo S) de la *Psicológicas* (tipo J), y mientras la primera suponen disfunciones del sueño, apetito, peso, libido, variaciones diurnas del humor; las segundas son desencadenadas por Estrés ambiental, siendo psicológicamente comprensibles. Van Praag (1965), por el contrario, las divide en *Depresiones Vitales* y *Personales*. La primera correspondería a la Depresión Endógena, por afectación de los sentimientos vitales; y la segunda se caracteriza por la repercusión en el plano psíquico, comprensibilidad psicológica y clínica alejada del cortejo psicofísico que acompaña a la Depresión Vital.

Leonard (1987) define otros tipos de Depresiones Puras, además de la Melancolía Pura, estas son: la *Depresión de Acoso*, o agitados, en los que un impulso de excitación domina el cuadro, en donde los pacientes expresan sus quejas de forma permanente y uniforme. En la *Depresión Hipocondríaca*, las quejas del paciente se limitan a determinadas quejas somáticas. En las *Depresiones de Autocastigo*, los pacientes aseguran una y otra vez, como si quisieran torturarse a sí mismos, que son culpables, pecadores, criminales. Por último, en la *Depresión no participativa*, el único síntoma esencial es la pérdida completa de los sentimientos, y que no existe ya la capacidad de conectar con los demás, incluso con los familiares más cercanos y con los amigos íntimos.

Por último, Alonso Fernández (1988) cita una serie de subtipos de Depresiones, que agrupa en Depresiones Ligeras, Depresiones Masivas y Depresiones Atípicas.

Las *Formas Ligeras* pueden ser incluso sintomatológicamente mudas, y las quejas del enfermo se refieren a una debilitación ambigua o a un sentimiento de enfermedad general. Aparecen, por lo general, al inicio de una fase depresiva, o al final de la misma. Las más representativas son la *Depresión de Subfondo*, en las que el acontecer depresivo está diluido en el subfondo vital. Y la *Depresión de Trasfondo*, en la que el estado depresivo sólo se manifiesta por una reactividad depresiva a los estímulos externos, con una sobrevaloración de las circunstancias externas penosas. Por último. La forma *Larvada Somatomorfa*, se caracteriza por expresarse en la vertiente corporal.

Dentro de las Depresiones Masivas se incluyen *Cuadros Confusionales* y *Catatoniformes*, que se debe a la solidificación de la inhibición. En la Depresión ansiosa hay una sobrecarga de Ansiedad, y la conciencia puede estar confusa u obnubilada. Estos tipos de Depresión, en ocasiones se denominan Depresión Anestésica.

En la vertiente somática, destaca como Depresiones Atípicas la *Depresión Hipersómnica*, con Hipersomnia, hiperfagia e hipersexualidad. En la vertiente psicomorfa se describen los *Cuadros Disfóricos*, en los que prevalece la Irritabilidad y los rasgos paranoides; y los *Cuadros Anancásticos*, formados por fobias y obsesiones. Por último, la *Despersonalización* se da en las Depresiones de inicio paulatino, y es al agravarse la Depresión cuando aparece el síndrome



2.4.- DIFERENCIAS CLINICAS EN FUNCIÓN DE OTRAS VARIABLES.

2.4.1.- Intensidad del cuadro.

Las características clínicas endogenomórficas se han relacionado con la intensidad del cuadro depresivo, y en este sentido, algunos autores piensan que es la principal característica que la hace diferente de las otras Depresiones es su mayor severidad.

Ya Garside y cols. en 1971 estudian a 269 ingresos psiquiátricos diagnosticados de Depresión, y encuentra que las Depresiones Endógenas ofrecen más puntuación (The Depressive Category-Type Scale). También Zimmerman y cols. (1986-a y 1986-b) piensan que la Escala de Melancolía del DSM-III no identifica un grupo distinto cualitativamente, y que mas bien refleja una diferencia cuantitativa, con una enfermedad más severa. En 257 pacientes ingresados con el diagnostico e Depresión Mayor (DSM-III), comparan los No Melancólicos (n=150) con los Melancólicos (n=107). Observando que tres síntomas melancólicos: el Insomnio de mantenimiento, la agitación y la disminución de la libido no son útiles para distinguir entre ambos grupos. En la misma línea, Ni Bhrolchain y cols. (1979) estudian 111 pacientes, ambulatorios e ingresados, con Depresiones Psicóticas (n=62), y Neuróticas (n=49), concluyendo que la severidad del cuadro depresivo es la principal diferencia, y la propone como mayor fuente de diferencias clínicas entre pacientes depresivos.

La gravedad del cuadro también ha sido considerada como la principal diferencia de las Depresiones Psicóticas: Baldwin (1988) compara dos grupos de 24 pacientes ingresados por Depresión de Inicio Tardío, y concluye que la principal diferencia entre los que presentaban una Depresión Delirante y los otros es la intensidad de la Depresión.

Como ya comentamos anteriormente, a la hora de valorar los estudios realizados sobre pacientes depresivos, es importante el tener en cuenta si se trata de una muestra de pacientes ambulatorios o ingresados, pues las diferencias en la expresividad clínica son importantes. Paykel y cols. (1970) encuentran una serie de síntomas que aparecen con distinta frecuencia, según el grupo nosológico, en pacientes ambulatorios, como: sentimientos de Depresión, distinta cualidad del ánimo, tendencias suicidas, tipo de cambio de apetito, pérdida de insight, agitación, Hostilidad, delirios depresivos y puntuación global de la enfermedad. Por el contrario, el típico Síndrome de Depresión Endógena se observa con mayor frecuencia en los depresivos internados. Esto apoya la tesis de que es en las Depresiones leves en las que se pueden observar más claramente las diferencias entre Depresiones, y que por el contrario, cuando los distintos tipos de Depresión se agravan, su expresividad clínica se iguala.

Algunos estudios consideran la gravedad de la tentativa de suicidio, para estudiar las diferencias clínicas respecto a la intensidad del cuadro, observándose que de alguna manera, modifica la presencia de ciertos síntomas. En este sentido, Pallis y Sainsbury (1976) estudian a 151 pacientes ingresados tras una tentativa de autolisis, y los separan según el riesgo de ésta; observando que los síntomas que se presentan con mayor frecuencia

en los que realizan una tentativa más seria son: Insomnio, pesimismo, dificultades en la concentración, pérdida de interés, disminución de peso, sentimientos de inutilidad y aislamiento social. De todos modos, los únicos síntomas que se muestran discriminantes entre los grupos son el Insomnio y el pesimismo, así como los cambios en el lenguaje y en la psicomotricidad. Los pacientes de alto riesgo, los cuales hablan más lentamente y con más pausa entre palabras, retrasan más su contestación a respuestas, y su postura es descrita como de "desánimo" o "desaliento".

En otro estudio posterior (MICHEL, 1987) se comparan dos grupos de 50 pacientes, unos con tentativa de suicidio, y otros con suicidio consumado, y se observan algunas diferencias. De diez síntomas depresivos, dos muestran una clara diferencia significativa, con predominio en el grupo de suicidio consumados: el Insomnio de despertar precoz y la pérdida de interés.

Por último, Kitamura y Kumar (1983) destacan que las alteraciones en la estimación del tiempo no se presentan con mayor frecuencia en grupo nosológico alguno, aunque sí se asocian a cuadros más severos. Con la mejoría de la Depresión se normaliza este parámetro, y a la segunda semana no existen diferencias significativa con respecto a un grupo control. Pero no todos los síntomas aumentan su presencia al intensificarse la Depresión, y por ejemplo, síntomas como los somáticos no se relacionan claramente con la severidad del cuadro (VON KORFF y cols., 1993).

2.4.2.- Evolución.

Al estudiar la variable evolución tenemos que analizarla en dos aspectos: dentro de una misma fase, y por otra parte, a lo largo de la enfermedad en las distintas fases. Como veremos hay variaciones en la sintomatología en función de estos dos aspectos

Chinchilla (1990) describe la evolución del estado afectivo desde el inicio de la Depresión, hasta que el cuadro está instaurado: en las formas más leves aparece un aplanamiento del afecto y una inadecuación del mismo para sintonizar con el ambiente. Al aumentar la Depresión, empiezan a sentirse más desdichados y a percibir el entorno de esta manera, y aunque al principio pueden distraerse de estas ideas por esfuerzos personales o alentados por el medio, esto se vuelve progresivamente más difícil. Por lo tanto, en los estadios iniciales, la anhedonia puede ser expresada como dificultad en mantener la concentración y el interés en las actividades habituales, con una tendencia cada vez menor a tomar parte en ellas, dejando por completo en los hobbies y distracciones del paciente. A diferencia del Insomnio, la anhedonia es uno de los síntomas que mejora con mayor prontitud con el tratamiento antidepressivo.

Fava y Kellner (1991) han estudiado los *Síntomas Prodrómicos* de los Trastorno Afectivos, los cuales suelen desarrollarse durante semanas o meses previos a la aparición del cuadro. El inicio rápido del cuadro depresivo, se asocia a las Depresiones Endógenas o a las Bipolares, mayor edad y escasos Acontecimientos Estresantes. Por el contrario, el inicio gradual se relaciona con Acontecimientos Estresantes y las Depresiones de tipo Neurótico, las cuales se preceden de Trastornos por Ansiedad. Por último, las hay de inicio fluctuante, en las que los síntomas desarrollan considerables

fluctuaciones en su severidad, antes de presentarse definitivamente. También las Depresiones del Espectro se presentan con una menor probabilidad de forma brusca. Los mismo autores afirman que tanto en las Depresiones Monopolares como en las Bipolares, los síntomas prodrómicos son en todas las fases similares en cada paciente. En las Depresiones Mayores Primarias predominan como síntomas prodrómicos: Ansiedad, Irritabilidad, deterioro en la actividad laboral y en la iniciativa, fatiga e Insomnio de conciliación. Por su parte, en los Trastornos Bipolares, los síntomas prodrómicos más frecuentemente recogidos son: ánimo deprimido, pérdida de energía y dificultades en la concentración. Por último, el 30% de las Depresiones Psicóticas se preceden de una fase de tensión y de un sentimiento vago de Ansiedad.

Recientemente se ha publicado un trabajo en el que se estudian los síntomas que, presentes a lo largo del año previo, se relacionan con más alto riesgo de desarrollar una Depresión Mayor (DRYMAN y EATON, 1991). Son tres los síntomas que se presentan previamente en ambos sexos: disminución del impulso sexual, sentimiento de inutilidad o excesiva culpa y dificultades para la concentración o el pensamiento; y como síntomas con distinta presentación en ambos sexos están la fatiga en el varón y los Trastornos del sueño en la mujer.

A modo de resumen, Alonso Sanmartín (1984) describe detalladamente la evolución clínica de la Depresión; y señala que ésta suele tener un comienzo lento en el 80% de los casos. En un principio aparecen un cotejo de elementos subjetivos: se pierde la alegría, aparecen las preocupaciones morales, económicas o hipocondríacas, se vuelve apático, aburrido, desconfiado o irritable, con humor inestable e Insomnio, anorexia y/o sexualmente inhibido. Posteriormente aparecen signos objetivos: disminución de la impulsividad y de la capacidad de comunicación, abandono de aficiones, disminución del rendimiento laboral, pérdida de actividad, aislamiento social y empobrecimiento del lenguaje y de la mímica. Finalmente, Alonso Fernández (1988) indica que el Insomnio es uno de los primeros síntomas en aparecer, también es uno de los últimos en remitir al mejorar.

Por otra parte, en la evolución a lo largo de las distintas fases depresivas, se suele observar un patrón de incremento de la severidad desde la fase inicial hasta la primera, segunda y tercera recaída, no afectándose esto por el tratamiento (MAJ y cols., 1992). Kolakowska (1975) estudia 70 mujeres diagnosticadas de Depresión Endógena, y con un total de 396 episodios depresivos, de los que cerca de la mitad precisaron internamiento. Depresiones Atípicas, con características neuróticas, hipocondriacas o involutivas, aparecen en 35 pacientes en uno o más episodios, de las que 17 lo fueron en todas las fases. Un primer episodio atípico es más frecuente entre los Depresivos Monopolares, y estas fases atípicas se relacionan con: la edad, la Depresión Involutiva, la presencia de Acontecimientos Vitales, o los rasgos de personalidad premórbida. Con respecto a los factores Situacionales, destacan la alta incidencia de precipitantes en la primera fase, mostrando una progresiva disminución. Por último, en los pacientes en los que no se observó una remisión total, su estado difería de la fase depresiva por la ausencia de los síntomas Endógenos en la patología residual.

Young y cols. (1987) también encuentran una baja estabilidad de la sintomatología endógena al comparar las distintas fases. Estudian un grupo (n=119) de individuos diagnosticados de Depresiones Endógenas, durante un tiempo superior a dos años, y con al menos dos fases en cada uno. El hecho de que la estabilidad inter-episodio sea baja, les hace pensar el que los

síntomas de cada episodio están determinados por factores situacionales o personales, mas que en genéticos o biológicos. Por lo tanto, concluye que en el subtipo endógeno no es entidad válida, y por consiguiente no se pueden esperar patrones específicos a través de los episodios. Estos resultados no se justifican en función del tiempo entre episodios, las diferencias entre la severidad o a los cambios de observador.

En un posterior trabajo, Young y cols. (1990), de nuevo observan que el Patrón Endógeno no es estable en un mismo individuo a lo largo de todas las fases. Pero en este caso, encuentran que el perfil sintomatológico de las distintas fases depresivas, dentro de un mismo paciente, parece estar relacionada con la intensidad del cuadro. Estudian 12 síntomas depresivos en pacientes bipolares (n=93) y Monopolares (n=108) durante un periodo de cinco años. Para cada síntoma, la concordancia de su presencia a lo largo de cada fase es baja, tanto para los enfermos bipolares como Monopolares, y en general con menor concordancia en estos últimos. Si se tiene en cuenta la intensidad del cuadro, la concordancia alcanzada es considerable, por lo que parece que hay una serie de síntomas que aparecen en cuadros más intensos, pero que no se presentan en los menos severos.

2.4.3.- Personalidad.

Tellenbach (1976) describe el *Typus melancholicus*. como factor patógeno de la Depresión, con un rasgo básico como es la *ordenalidad*, la cual define el autor como la fijación y mantenimiento de la vida entre límites rígidos que difícilmente pueden ser trascendidos. Se caracterizan por personalidades ordenancistas, puntuales, pulcros y puritanos, con una fuerte carga de autoexigencias y gran sentido de la responsabilidad. En el contexto de las relaciones humanas se vinculan por lazos sólidos con los demás, con fidelidad a las amistades y a la familia, y lealtad a los superiores. También Hirschfeld y cols. (1983) comparan las características de personalidad de un grupo de depresivos, con otro grupo control, y destaca la introversión social y la tendencia a la dependencia interpersonal en las primeras.

En un grupo de estudiantes depresivos, Ionescu y Popescu (1989) observan que los que además tienen el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, presentan una severidad de la Depresión más marcada. Estudian los Rasgos de Personalidad (16-PF) en Depresivos Bipolares (n=20), en Depresiones Mayores (n=45) y en Distimias (n=35), una vez remitido el cuadro depresivo, y como principal hallazgo encuentran que las mayores diferencias aparecen entre las Depresivos Bipolares y las Distimias, pues mientras las primeras muestran unos rasgos de personalidad más parecido al de la Población General, las segundas tienen más inestabilidad emocional y neuroticismo. En esta misma línea, también Kendell (1976) diferencia los Rasgos de Personalidad, y señala que los Unipolares son más retraídos, tensos y ansiosos; mientras que los Bipolares tienden a ser cálidos, enérgicos y extrovertidos. Por su parte, Charney y cols. (1981) observan que los pacientes con Patrón Melancólico tienen una menor probabilidad de Trastorno de la personalidad (14%), que los bipolares (23%), y estos menos que los Monopolares no melancólicos (66%).

Finalmente, en una reciente revisión bibliográfica Alvarado (1992) destaca que en los Depresivos Monopolares predominan las tendencias neuróticas: sobredependencia, obsesionalidad y apatía, y los Bipolares, serían difícilmente diferenciables de la Población General.

Por su parte, Matl (1983) piensa que los rasgos de personalidad pueden influir no sólo como factores predisponentes, sino también como factores que modifican la presentación clínica. En este sentido, define dos tipos de Trastorno de la Personalidad: uno caracterizado por la baja autoestima y rasgos obsesivos; y otro que se caracteriza por la baja tolerancia a la frustración y una elevada dependencia de los demás, necesitando su apoyo o aprobación.

En este sentido, Parker y cols. (1988) también opinan que en algunos casos hay una fuerte relación entre las variables personales y la Sintomatología Depresiva: los individuos con baja autoestima y actitudes disfuncionales tendrán una Depresión marcada por el factor *Cognición Negativa*; mientras que las personas con rasgos de personalidad neurótica presentan una serie de características de Ansiedad cuando se depriman.

Alonso Fernández (1988) indica que los rasgos obsesivos predominan en los Melancólicos y en los Bipolares, y la Depresión Secundaria a la Neurosis Obsesiva, y contrariamente a la Depresión Neurótica arquetípica, suele manifestarse por cuadros depresivos más acentuados y completos. Añade que los No Melancólicos sin Trastorno de la Personalidad tienen perfiles similares a ellos, mientras que los que están diagnosticados de Trastorno de la Personalidad tienen mayor frecuencia de rasgos histriónicos, límite y hostiles.

Pero no hay un total acuerdo respecto a la relación entre Trastorno de la Personalidad y expresividad clínica. Charney y cols. (1981) señalan que no parece afectar en gran medida a la expresividad clínica de las Depresiones la existencia de Trastorno de la Personalidad. No obstante, algunos síntomas como ideación suicida y despersonalización predominan significativamente en los que presentan Trastorno de la Personalidad; y la Rumiación del pensamiento en los que no lo presentan.

En resumen, podemos decir que cada uno de los principales grupos nosológicos de la Depresión tiende a asociarse con determinados rasgos de personalidad, sin diferencias importantes en esta con respecto a la Población general en los diagnosticados de Depresión Mayor tipo Melancólico y de Trastorno Bipolar. Por su parte, en los individuos con Depresión Crónica o de tipo Neurótica las Depresiones tienen una expresividad clínica más prototípica. En conclusión, la personalidad previa y las características clínicas de las Depresiones se asocian estrechamente, en el sentido que personalidades con buena adaptación social tiendan a sufrir Depresiones severas y con características Melancólicas o típicas; y por el contrario, individuos con frecuentes conductas disfuncionales y dificultades de adaptación, con mayor frecuencia refieren Depresiones leves o moderadas, con una clínica atípica.

2.4.4.- *Búsqueda de Ayuda Especializada.*

Se sabe que no todas las Depresiones llegan a consulta del psiquiatra, y mientras algunas son tratadas por otros especialistas, otras no llegan a solicitar asistencia médica. No sólo la intensidad de los síntomas determinan la búsqueda de ayuda, sino que una serie de características sociales y de personalidad influyen en este aspecto (PILOWSKY y SPENCE, 1975). Por lo tanto, en la búsqueda de ayuda por un cuadro depresivo influyen:

- A) Características individuales.
- B) Características del cuadro clínico.
- C) Actitudes y creencias acerca de las causas y propiedades del tratamiento de los problemas psiquiátricos o anímicos.

Un primer factor importante es el sexo: Mechanic (1972) indica que hay una tendencia aprendida de los varones a tomar mayores riesgos, a buscar ayuda médica más tardíamente, y a ser menos expresivo con respecto a su enfermedad, siendo más estoicos. Katon y cols. (1982) relacionan este hecho con la tendencia a decir a los niños que se porten "como un hombre, y no lloren". En este sentido, también Shapiro y cols. (1984) observan que hay una pequeña predisposición a que las mujeres hagan una mayor utilización de los Servicios Psiquiátricos. También Frank y cols. (1988) encuentran una tendencia entre los hombres a negar sus síntomas, por lo que acuden más tarde a consulta. Añaden que del mismo modo, la mejoría se presenta antes, probablemente por el mismo mecanismo inicial.

En un estudio sobre población asistente a consulta de Medicina General (WRIGHT y cols., 1980), a pesar de no encontrar diferencias significativas a la hora de referir Sintomatología Depresiva entre hombres y mujeres (Escala de Zung), éstas aceptaban con mucha mayor frecuencia el ser evaluadas por un Psiquiatra que aquellos, lo que parece apoyar el que existen menores inconvenientes por parte de las mujeres a solicitar ayuda por problemas afectivos. No obstante, Paykel (1991) destaca que la proporción de Depresiones, respecto al sexo se mantiene similar en consulta psiquiátrica y en la comunidad. En el caso de la Depresión Mayor es del doble en las mujeres, y en los Síntomas Depresivos, la razón mujer/hombre es de 9:1.

Los factores sociales también han sido tenidos en cuenta, y Uhlenhuth y Paykel (1973) señalan que pueden existir ciertas características culturales aprendidas, y que siendo algunas síntomas más útiles que otros en la Búsqueda de Ayuda en una determinada situación. Weissman y Myers (1978) estudian en la comunidad la presencia de Sintomatología Depresiva, y la utilización de especialistas en función de la Clase Social, no encontrando diferencias significativas, excepto en el Nivel Educativo más alto. Este grupo muestra mayor tendencia a solicitar consulta, y aunque escasean los que son tratados por especialista de Salud Mental, una gran mayoría de ellos acuden al Médico General (80%), y un alto porcentaje (60%) toman psicotrópicos.

Por lo tanto las características sociodemográficas también influyen a la hora de canalizar la atención psiquiátrica, y en este sentido, en un estudio comunitario realizado en USA (n=559) por Cooper y cols. (1994), se puede observar que los deprimidos atendidos en consulta de Medicina General tienen una mayor probabilidad de ser de raza negra, mayores de 65 años, un

nivel educativo igual o inferior al bachiller, sexo femenino y raramente de las clases más altas. También Mechanic (1972) observa que los individuos de un menor nivel educativo, medio rural y nivel socioeconómico bajo, acuden por problemas psiquiátricos a una consulta distinta de la psiquiatría. Asimismo, en un estudio comunitario en Grecia, Madianos y cols. (1993) observan que los individuos con inferior nivel educativo, con menor cualificación profesional, rurales, y solteros o divorciados, tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios de Medicina General, para tratar problemas psíquicos.

Kawanishi (1992) indica que en la cultura occidental, cuando una persona está "superada" por el Estrés, va por sí misma al psiquiatra o psicólogo, sin llegar a considerarse por ello un enfermo mental crónico. Personas que tienen problemas interpersonales o emocionales, circunstancias en las que anteriormente se acudía a un familiar, un amigo o al clero, fuentes de apoyo que hoy día no suelen estar disponibles, buscan ayuda en el psiquiatra, el cual se ha convertido en una alternativa de Apoyo Social. En esta vía de la medicalización de un problema afectivo, muchos casos permanecen en la asistencia del Médico de Cabecera. Por último, destaca el autor que la somatización no ha sido un problema médico hasta que la sociedad no ha empezado a creer que la mente y el cuerpo son dos entidades aisladas, comenzando la gente a manifestar su Distrés emocional, en términos psicológicos.

Por último, en lo que respecta a los factores psicosociales, Mario Páramo y cols. (1995) han observado relación entre la presencia de Acontecimientos Vitales, principalmente los negativos, con la solicitud de Ayuda especializada, siendo esta proporción mayor, según aumenta el número de Acontecimientos Vitales.

Como ya comentamos anteriormente, también influyen en la Búsqueda de Ayuda especializada, el tipo de Depresión, y en este sentido, Weissman y Myers (1978) encuentran diferencias significativas. Mientras los diagnosticados de Trastorno Bipolar, consultan exclusivamente a profesionales de Salud Mental, los de Depresión Menor tienden a visitar al Médico General o a otros profesionales de la Salud Mental, con un alto índice de consultas por motivos distintos de la Depresión. Por último, los diagnosticados de Depresión Mayor, muestran un patrón intermedio. Relacionado con esto, Wells y cols. (1995) también determinan una relación con la severidad de la Depresión al observar que los pacientes tratados en consulta de Psiquiatría están más severamente enfermos que los de consulta de Medicina General o de Psicoterapia.

Asimismo, se sabe que determinados síntomas, como los somáticos o las conductas suicidas, son determinantes a la hora de canalizar el tratamiento. Mientras que los pacientes en los que destacan las quejas somáticas, suelen derivarlo por otros canales; cuadros más severos, que puedan precisar internamiento, o síntomas como las conductas suicidas, habitualmente son seguidos por el Psiquiatra.

En este sentido, Mechanic (1972) opina que el síntoma que el paciente muestra inicialmente no suele tener un especial consecuencia, pero sirve para establecer una relación legítima entre el enfermo y el doctor. Las quejas somáticas frecuentemente ocultan un problema emocional, que suele ser la causa principal por la que el paciente pide ayuda, y de esta forma, la solicitud de asistencia se hace de una forma socialmente aceptada. También piensa que dolencias de algunas determinadas partes del cuerpo tienen

una mayor aceptación social que otras. Respecto a la presentación de síntomas somáticos en los Trastornos Afectivos, Kirmayer (1984) hace tres grandes grupos: los que sólo manifiestan síntomas psíquicos; los que inicialmente presentan síntomas somáticos, pero que terminan aceptando el que el estado anímico es la posible causa de sus síntomas; y por último, los verdaderos somatizadores, que rotundamente niegan los "nervios o preocupaciones".

Kawanishi (1992) compara la actitud de los norteamericanos, que identifican sus problemas psiquiátricos y buscan ayuda especializada, fácilmente disponible, con los orientales, que suelen llegar a la consulta psiquiátrica, remitidos por otros médicos, y tras estudios somáticos. En este sentido, piensa que el fondo del problema puede estar en las dificultades de comunicación con un médico de distinta cultura: el terapeuta no termina de comprender la forma de manifestar la queja por parte del paciente, y por otra parte, al enfermo le es difícil el sincerarse con una persona extraña. Por lo tanto, se puede decir que la comunicación es simbólica y metafórica; ya que en ciertas culturas, un gesto o expresión facial, puede ser más elocuente que la verbalización de sentimientos. De todos modos, destaca que también en EE.UU., muchos "somatizadores" son atendidos en Asistencia Primaria, o en Clínicas del Dolor, por lo que piensa que la somatización es un fenómeno universal, y la tesis de que su causa es la dificultad para expresar emociones, al menos en los asiáticos, carece de una base sólida, considerándolo más bien un estigma.

Dentro de nuestra cultura, las molestias somáticas tienden a ser más frecuente en las clases sociales más bajas (LIPOWSKI, 1988). En una amplia revisión bibliografía de la relación entre Clase Social y Depresión, Bagley (1973) concluye que probablemente la prevalencia de Depresión es la misma en las distintas Clases Sociales, y lo que cambian son las manifestaciones: mayor frecuencia de síntomas somáticos en clases inferiores, que en ocasiones no son bien reconocidos por los psiquiatras; o que, concomitantemente, los pacientes de Clases Inferiores no acuden al psiquiatra.

Estudiando a 92 pacientes que acuden a consulta de Medicina General, Barsky y cols. (1986) observa que los síntomas somáticos son un poderoso determinante de la utilización de los servicios médicos. En este sentido, Ierodiakonou e Iacovides (1987) también opinan que los pacientes del área rural aceptan más fácilmente a consultar en un centro psiquiátrico por una manifestación física que psíquica.

Con respecto a los intentos de autolisis, debemos decir que no todos tienen el único fin de conseguir la muerte, sino que en ocasiones también tratan de atraer la atención de los demás, de reclamar su ayuda (CHINCHILLA, 1990). En este sentido, tener antecedentes de conductas suicidas, o de internamiento, determinan el que un paciente esté atendido por un psiquiatra, y no por su médico general (MADIANOS y cols., 1993). También Larsson y cols. (1991) observan que en una población de 23 adolescentes suecos con antecedentes de tentativas de suicidio, la mayoría de ellos (59%) experimentaron que no se les había proporcionado ayuda previamente.

No obstante, si revisamos los estudios que comparan las características clínicas de las Depresiones atendidas en consulta de Psiquiatría, y las que no llegan a esta, en general, la conclusión es que las diferencias son escasas. En 1985, Brown, Craig y Harris publican un estudio en el que se trata de comparar las características de las pacientes depresivas que acuden a consulta y las que permanecen sin solicitar asistencia psiquiátrica.

Concluyen que no hay diferencias en la intensidad del cuadro, o las características clínicas de éste, medidas tanto por los síntomas núcleo de la Depresión, como por el total de síntomas del PSE. La única diferencia clínica la tenemos en la frecuencia de tentativas de suicidio o ideación suicida, que es significativamente mayor en las que acuden a consulta, así como la dependencia al alcohol u otras drogas. Similares resultados se encuentran en un estudio comunitario en la India rural (NANDI y cols., 1976). En un grupo (n=41) de pacientes deprimidos, se observa que la intensidad del cuadro no muestra diferencias significativas ente los pertenecientes a la Población General, y los que acuden a una clínica privada.

Por otra parte, en un reciente estudio se analizan las diferencias clínicas entre pacientes diagnosticados de Depresión (DSM-III) en una consulta de Psiquiatría, y en otra de Medicina General (WILLIAMSON y YATES, 1989), también se observa que el patrón clínico es similar. Sólo encuentran diferencias significativas en los síntomas: retardo psicomotor, indecisión y sentimiento de fracaso o inutilidad, más frecuentes en la consulta de Psiquiatra. Curiosamente, ambos grupos no presentan diferencias significativas en lo que respecta a los síntomas somáticos, refiriendo incluso los pacientes psiquiátricos más quejas de este tipo que los de consulta general.



2.5.- ESTUDIO DE LAS DEPRESIONES MEDIANTE ANÁLISIS CLUSTER.

El Análisis Cluster (A.C.) es una técnica eminentemente descriptiva, que nos permite el obtener grupos de similares, y a partir de ellos estudiar las características de cada uno de ellos. Dadas las dificultades que existen en la clasificación de las Depresiones, y ya que el A.C. realiza grupos de individuos o de síntomas, ha sido considerada como una herramienta estadística útil en este terreno.

En ocasiones, se han comparado los grupos diagnósticos hechos por los clínicos, con lo obtenidos mediante A.C.. En este sentido, López Ares (1983) estudia una muestra de pacientes diagnosticados de Depresión (n=453), y tratados en el departamento de Psiquiatría del Hospital Xeral de Galicia, concluyendo que el Análisis Factorial no resulta adecuado para el establecimiento de grupos diagnósticos diferenciales, siendo más adecuado el A.C.. Encuentra que los grupos realizados por medio de este análisis muestran diferencias con los realizados por los psiquiatras.

En 1971, Paykel estudia a pacientes ambulatorios (n=100), ingresados (n=90) y semihospitalizados (n=30), obteniendo cuatro grupos mediante la elaboración del A.C.: uno de ellos de características Endógenas, y los otros, Neurótica. Utiliza como principales componentes del análisis la severidad del cuadro, el continuo psicótico-neurótico, y el contraste Ansiedad-Depresión típica (TABLA 2.35).

TABLA 2.35.- CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS OBTENIDOS MEDIANTE ANÁLISIS CLUSTER: PAYKEL (1971).

VARIABLE	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
DENOMINACIÓN	D. PSICÓTICA	D. ANSIOSA	D. HOSTILES	T. PERSONALIDAD
SEVERIDAD	SEVERA	MODERADA	INTERMEDIA	MODERADA
EDAD	MAYOR	MEDIANA	MAS ALTA	MAS JÓVENES
SÍNTOMAS	ANHEDONIA ID. CULPA ANOREXIA RETARDO INSOMNIO	ANSIEDAD ID. OBSESIVAS DESPERSONALIZAC.	HOSTILIDAD AUTOCOMPASIÓN	ID. SUICIDAS
NEUROTICISMO	NO	ALTO		ALTO

(PAYKEL, 1971)

Posteriormente, el mismo autor (PAYKEL, 1972) examina a un grupo de pacientes depresivos (n=165) utilizando en esta ocasión antecedentes personales, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y evolución, obteniendo también cuatro grupos (TABLA 2.36).

TABLA 2.36.- CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS OBTENIDOS MEDIANTE ANÁLISIS CLUSTER: PAYKEL (1972).

VARIABLE	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
DENOMINACIÓN	D. PSICÓTICA	D. ANSIOSA	D. HOSTILES	T. PERSONALIDAD
SEVERIDAD	SEVERA INTERNAMIENTO		INTERMEDIA	MODERADA
EDAD	MAYOR	MEDIANA		JÓVENES
SÍNTOMAS	ID. DELIRANTES RETARDO ANOREXIA ID. CULPA INSOMNIO	ANSIEDAD ANS. SOMÁTICA FATIGA DESPERSONALIZACIÓN SINT. OBSESIVOS	HOSTILIDAD AUTOCOMPASIÓN	
NEUROTICISMO	NO	ALTO		ALTO
A. VITALES	NO	PRESENTES		PROBLEMAS SOCIALES
OTROS	INFRAPUNTUAN EN ESCALAS AUTOEVAL.	EPISODIOS RECURRENTES DE MAYOR DURACIÓN		MARCADA FLUCTUACIÓN

(PAYKEL, 1972)

Posteriormente, Bryne (1978) elabora un A.C. a partir de 135 depresivos mediante la escala de Zung autoaplicada, no encontrando un grupo que cumpla las características de Depresión Neurótica, lo que se puede deber al tipo de enfermos (hospitalizados), o bien porque el instrumento aplicado no permite una adecuada descripción clínica (TABLA 2.37).

TABLA 2.37.- CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS OBTENIDOS MEDIANTE ANÁLISIS CLUSTER: BRYNE.

VARIABLE	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
DENOMINACIÓN	D. ENDÓGENA	D. INVOLUTIVA	D. ENDÓGENA	MODERADA
INTENSIDAD	SEVERAS		MENOR	ESCASA
EDAD	MÁS JÓVENES	MAYOR		
SÍNTOMAS	INSATISFACCIÓN STO. VACIO DESINTERES DESESPERANZA ENLENTECIMIENTO	TRISTEZA AGITACIÓN IRRITABILIDAD FATIGABILIDAD INSOMNIO INSATISFACCIÓN STO. VACIO S. GASTROINTESTIN.	INSATISFACCIÓN STO. VACIO INFRavalORACIÓN DESESPERANZA INDECISIÓN RETARDO DIFI. CONCENTRAC.	
OTROS			SIMILARES AL GRUPO I	INFERIOR PUNTUAC. EN TODOS LOS SÍNTOMAS

(BRYNE, 1978)

Dentro de este tipo de estudios, también Andreasen y cols. (1980) analizan un grupo de pacientes ingresados (n=86) diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor o Menor (SADS), considerando el inicio, el curso, la sintomatología y los antecedentes. Obtiene tres grupos que difieren significativamente en: la severidad global de ánimo deprimido, la negativa autoevaluación y el desánimo; siendo la severidad del cuadro la mayor diferencia entre los grupos (TABLA 2.38). Por su parte, también se han elaborado estudios mediante A.C. (método de Ward) en depresivos (HDRS) mayores de 60 años, obteniendo Good y cols. (1987), en un grupo de 200 pacientes, cuatro grupos: Depresivos, Ansiosos, Deterioro Cognitivo y Trastornos Psicosomáticos.

TABLA 2.38.- CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS OBTENIDOS MEDIANTE ANÁLISIS CLUSTER: ANDREASEN Y COLS..

VARIABLE	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
DENOMINACIÓN	D. ENDÓGENAS	D. NEURÓTICAS-REACTIVAS	D. MODERADA
INTENSIDAD	MAYOR		MODERADA
SÍNTOMAS	INSOMNIO PRECOZ ANOREXIA DESINTERES RETARDO NO REACTIVIDAD ANHEDONIA EMPEORAM. MATUTINO	LABILIDAD EMOCIONAL RABIA REACTIVIDAD ID. SUICIDIO DESINTERES ANHEDONIA	T. PENSAMIENTO
EVOLUCIÓN	INICIO RÁPIDO	INICIO RÁPIDO MAYOR DURACIÓN	D. CRÓNICA
OTROS		TEMPERAMENTO EXPLOSIVO ABUSO DE ALCOHOL ANTEC. FAMILIARES	T. PERSONALIDAD

ANDREASEN Y COLS. (1980).

Finalmente, el único estudio mediante A.C. que toma síntomas como elementos para realizar los racimos, en vez de individuos, es el de Matussek y cols. (1981). Tratan de aislar el Síndrome Endógeno (TABLA 2.39) sobre una muestra de pacientes depresivos ingresados (n=198), concluyendo que la experiencia clínica indica que hay un grupo de pacientes que son claramente Endógenos, otros claramente no lo son, y entre estos dos hay un tercero, no pequeño, en los que tras considerar muchos factores, no es posible decidir. El estudio confirma las características de la Depresión Endógena, considerando más difícil la clasificación de las Depresiones Neuróticas.

Por lo tanto, podemos resumir diciendo que prácticamente en todos los estudios se obtiene un grupo de pacientes con características Endógenas, más severas, y otros grupos más heterogéneos, entre los que se encuentran las Depresiones Crónicas y las Neuróticas. Otro aspecto constante es la disminución de la severidad de la Depresión en los distintos grupos, y mientras en los primeros, encontramos las Depresiones más intensas, en los últimos grupos siempre se observan las más moderadas.

TABLA 2.39.- SÍNTOMAS QUE SE INCLUYEN EN CADA GRUPO EN EL ESTUDIO DE MATUSSEK Y COLS..

DEPRESIÓN ENDÓGENA	D.NEURÓTICA	NO DISCRIMINAN
Empeoramiento Matutino (*)	Tristeza	Ansiedad
< 1 Año de Evolución (*)	Neuroticismo	Soledad
Distinta Cualidad Anim. (*)	Insomnio Inicial	Rumiación
Retardo (*)	Alt.Vegetativas	Agitación
Indecisión	Irritabilidad	Edad de Inicio
Inicio Rápido	Empeoram. Vespertino	Sexo
Perdida Apetito		Hipocondriasis
Retraimiento		Insomnio Mantenim.
Incapacidad Llanto (*)		Fatigabilidad
Delirio Depresivo (*)		T.Digestivos
Insomnio (*)		Baja Autoestima
Perdida de Peso		T.Sexuales
Id.Culpa		Ideas de Suicidio
Inhibición		

(MATUSSEK Y COLS., 1981); (*) SÍNTOMAS QUE MAS DICRIMINAN ENTRE GRUPOS.



2.6.- RESUMEN DE LA REVISIÓN CONCEPTUAL.

Las Depresiones se manifiestan de formas muy diversa, y es sabido que diversas variables influyen en la modificación de esta expresividad clínica. En primer lugar hemos analizamos los síntomas de la Depresión divididos en grandes grupos, para posteriormente pasar al estudio de la interacción de distintas variables sociodemográficas y clínicas con la Depresión.

En el grupo de síntomas puramente afectivos, están los más constantes: tristeza, desinterés y Ansiedad, y sobre los cuales los factores culturales tienen, en general, escasa influencia. Por el contrario, la presencia y el tipo síntoma somático dependen en mayor medida de las características personales y socioculturales. Dentro de estos, se consideran los síntomas vegetativos, los cuales se modifican claramente en función de la severidad del cuadro y del tiempo de evolución. Por lo tanto, la presencia de quejas somáticas acompañando a la Depresión, con gran frecuencia Astenia, fatigabilidad y Cefaleas, parecen depender de factores individuales y sociales. En primer lugar, se observa que ciertos individuos, tienden a la presentación de síntomas somáticos como respuesta al Estrés. También la influencia educativa-cultural, la Clase Social y el Hábitat influyen en este sentido. Por último, el actual tipo de asistencia médica, en ocasiones parece favorecer el mantenimiento de estos cuadros, así como, en ocasiones, el medio familiar y cultural.

Dentro de los síntomas que refieren los pacientes acerca de sus déficits cognitivos, destacar la hipoprosexia y la amnesia, los cuales más frecuentemente se presentan en los de mayor edad. Por otra parte, están los síntomas que modifican el contenido del pensamiento, como el pesimismo y la rumiación de ideas. Otra serie de síntomas como las ideas de culpa, parecen relacionarse por el medio cultural. Finalmente, en la presencia y verbalización de las ideas de suicidio también influyen factores individuales y culturales.

Por otra parte, aunque la ritmicidad del estado anímico a lo largo del día, con empeoramientos matutinos o vespertinos, se ha asociado con el tipo nosológico de Depresión, estos aspectos no están claros. El Síndrome Premenstrual, muy frecuente en población general, parece relacionarse con características de personalidad, y con cierta frecuencia precede a la Depresión. Por último, los signos clínicos, como los cambios en la psicomotricidad, aparecen en los cuadros de características Endógenas y en los más severos.

Si analizamos la interacción de las variables sociodemográficas en la expresividad clínica de la Depresión, vemos que en este sentido, mientras el sexo parece influir escasamente, la edad sí es una variable a tener en cuenta. En los más jóvenes predominan los Trastornos de conducta y los síntomas atípicos, mientras que en los mayores son las quejas somáticas con hipocondriasis y el deterioro cognitivo. Hay que tener en cuenta que en ambos grupos hay un alto riesgo de suicidio.

Con respecto a la variable Hábitat, en principio no se modifica la expresividad clínica, aunque en países en donde las diferencias entre el campo y la ciudad son todavía importantes, sí parecen existir ciertas variaciones. En relación a los grupos nosológicos, se ha visto que las Depresiones Monopolares y los Síntomas Depresivos predominan en las ciudades, mientras que las Bipolares tienden a ser más frecuentes en el rural.

Para estratificar una población en las distintas Clases Sociales, debemos estudiar las características de la muestra sobre la que se va a trabajar, para considerar las variables más adecuadas, siendo preferibles las escalas multifactoriales. Al estudiar la interacción entre Clase Social y Depresión, es frecuente observar una mayor frecuencia de Ansiedad y síntomas somáticos en las clases inferiores, y de ideas de culpa, Depresión y quejas sobre deterioro cognitivo en las superiores.

Con respecto al medio cultural, nos encontramos con dos grandes síndromes depresivos: uno en el que predominan la agitación, las quejas somáticas y las ideas paranoides, más frecuente en las culturas tradicionales, y otro considerado como el "clásico", frecuente en occidente. En este sentido, los cambios sociales sufridos por las culturas tradicionales de países en desarrollo son similares a los ocurridos en los rurales de occidente, según han ido evolucionando a sociedades con tipo de vida más moderna. En este proceso, son básicos los conceptos de individualización y especialización.

De gran importancia a la hora de buscar las causas de las diferencias clínicas transculturales, en relación con la Depresión, está en primer lugar la capacidad de identificar los sentimientos, para lo que se necesita algún referente cultural. En segundo lugar, las quejas deben ser manifestadas de forma culturalmente aceptada. Por último, en el terreno de la especialización, un aspecto muy portante es la del lenguaje. Finalmente, destacar que en el medio cultural gallego hay una serie de "enfermedades" que parecen ser equivalentes de la Depresión, como el *Mal de Ollo*.

Otro factor que es preciso tener en cuenta en los estudios transculturales son las posibles diferencias en la Búsqueda de Ayuda: en las culturas tradicionales, la asistencia psiquiátrica se incluye en el terreno de la medicina tradicional occidental, mientras que en los países desarrollados, en ocasiones se utiliza al psiquiatra como una fuente de apoyo social. El sexo, el nivel socioeconómico y el Hábitat también influyen en esta conducta, y de algún modo en la disponibilidad de asistencia especializada.

Por otra parte, el tipo de religión se relaciona de forma importante con las ideas y conductas suicidas, y con la ideación de culpa. Por último, se sabe que la raza en sí no es un factor que modifique la expresividad de las Depresiones, siendo más bien otras variables sociales asociadas las que justifican las diferencias.

Consideramos preciso el estudio de otros aspectos clínicos, y en este sentido hay una muy amplia bibliografía respecto a las diferencias entre las Depresiones de características Endógenas y No Endógenas. Mientras algunos consideran que estas diferencias son exclusivamente cuantitativas, es decir, que sólo se diferencian en la intensidad, otros piensan que son cualitativas. En cualquier caso, parece que estas diferencias son más destacables en las Depresiones menos severas.

Respecto a las llamadas Depresiones Situacionales no parecen tener características clínicas propias. Al contrario de las bipolares y las Depresiones en pacientes con Trastorno de la Personalidad, donde sí se han encontrado diferencias significativas. Finalmente, las modificaciones clínicas en función de la severidad y el tiempo de evolución, parecen ir muy unidas a las del grupo nosológico.



III – OBJETIVOS





III. - OBJETIVOS.

Nuestra investigación se enmarca en el campo de la *Psiquiatría Social*, en cuanto que persigue como objetivo genérico el estudio de las relaciones entre la expresividad clínica psiquiátrica y los factores de índole socio-cultural. La metodología aplicada es la de la Epidemiología Clínica.

Acotamos el campo clínico a una parte del Síndrome Depresivo, fundamental dentro de la clínica psiquiátrica. Para delimitar el terreno de investigación con mayor precisión, hemos agrupado los objetivos investigados en dos categorías.

En primer lugar definir los:

- A) *Objetivos Preliminares*, los cuales nos permiten, una vez iniciado el estudio, matizar el tipo de variables clínicas y socioculturales que podemos manejar con un rigor científico.

- B) *Objetivos Nucleares*, que propiamente persiguen el dar cuenta de las relaciones entre las variables clínicas y socioculturales.

A) **OBJETIVOS PRELIMINARES:**

1º.- Descripción de las **Variables Socioculturales** de la muestra:

- 1.1.- Descripción de la variable Hábitat.
- 1.2.- Descripción de un Índice Operativo de Clase Social.
- 1.3.- Análisis de la relación entre el resto de las variables sociales y el Hábitat / Clase Social.
- 1.4.- Análisis de la Consistencia Interna de estas variables socioculturales.

2º.- Descripción **Clínica** de la muestra:

- 2.1.- Perfil sintomatológico.
- 2.2.- Diagnóstico Clínico según criterios DSM-III-R e ICD-9.
- 2.3.- Severidad del cuadro depresivo.
- 2.4.- Antigüedad del cuadro clínico.
- 2.5.- Grado de congruencia entre las distintas variables clínicas.
- 2.6.- Otras variables clínicas: Antecedentes de Trastornos Afectivos, Antecedentes Somáticos, Antecedentes Familiares y Características de la Fase Actual.
- 2.7.- Subsíndromes clínicos, delimitados mediante análisis multivariados.
- 2.8.- Descripción de Casos Clínicos Ejemplares.

B) OBJETIVOS NUCLEARES:**3°.- Estudio del tipo de Asociación entre las variables Clínicas y Sociales, diferencias entre:**

- a) *Síntomas Nucleares*, casi omnipresentes en todo Síndrome Depresivo
- b) *Síntomas Patoplásticos*, o sometidos al influjo de las variables socioculturales.

En concreto analizamos:

- 3.1.- Síntomas Patoplásticos asociados al Hábitat y a la Clase Social.
 - a) Síntomas Somáticos
 - b) Síntomas Cognitivos
 - c) Síntomas puramente Afectivos
 - d) Otros Síntomas
- 3.2.- El efecto confusor que puedan introducir las variables clínicas diagnóstico y severidad del cuadro.
- 3.3.- El efecto confusor que ejercen las variables sociodemográficas: Sexo, Edad, Estado Civil, Clase Social Subjetiva, Profesión del Cabeza de Familia, Nivel Educativo, Renta Familiar Y Religión.
- 3.4.- Síntomas Patoplásticos asociados a otras variables sociales: Sexo, Edad, Estado Civil, Clase Social Subjetiva, Profesión del Cabeza de Familia, Nivel Educativo, Renta Familiar y Religión.

4°.- Relación entre el Estrés y las variables clínicas y sociodemográficas.

- 4.1.- Descripción global del Estrés.
- 4.2.- Relación del Estrés con las variables clínicas.
- 4.3.- Análisis de efecto confusor de las variables sociales en la relación entre Estrés y expresividad clínica.



IV - HIPÓTESIS





IV. - HIPÓTESIS.

Según los datos ya comentados, recogidos de la bibliografía, las principales hipótesis se pueden resumir en las siguientes:

- 1°.- Entre los hombres, es de esperar Depresiones de mayor severidad y más tiempo de evolución.
- 2°.- Cabe esperar que los cuadros provenientes del rural y de las clases inferiores tengan un mayor tiempo de evolución.
- 3°.- En los pacientes de sexo femenino y los de mayor edad predominarán, en las demandas iniciales de tratamiento, los síntomas somáticos e hipocondriasis.
- 4°.- Las diferencias clínicas respecto al sexo serán escasas. En relación a la edad, en los mayores predominarán los Síntomas Somáticos.
- 5°.- Cabría esperar una congruencia incompleta entre las clasificaciones DSM-III-R e ICD-9. En todo caso sería mayor entre las Depresiones Neuróticas y las Distimias, por una parte; y las Depresiones Mayores con Patrón Melancólico y las PMD-D, por otra.
- 6°.- En la diferenciación de las Depresiones Endógenas y de las Neuróticas, los síntomas más discriminantes serán los Cambios en la Psicomotricidad, la Pérdida de Apetito, la Anhedonia, el Insomnio de despertar Precoz y el Empeoramiento Matutino; los cuales se presentarán con mayor frecuencia en las primeras. En cualquier caso, es entre las Depresiones de menor intensidad, entre las que las diferencias son más destacadas.
- 7°.- Las diferencias clínicas en función del Tiempo de Evolución serán escasas, siendo los síntomas Vegetativos los que mayores diferencias ofrezcan.

- 8°.- En la sociedad gallega actual, es de esperar encontrar diferencias en la expresividad clínica de las Depresiones en función del Hábitat rural-urbano:
- A).- En el medio urbano, las características clínicas de las Depresiones serán similares a las descritas en las Sociedades Modernas: mayor frecuencia de Ideas de Culpa, y en general, de Síntomas Cognitivos.
- B).- Por el contrario, en el Hábitat rural, más próximo a las culturas tradicionales, predominarán los Síntomas Somáticos.
- 9.- Respecto a la expresividad clínica y la Clase Social, entre las clases superiores predominarán las Quejas sobre Déficits Cognitivos, y en las inferiores los Síntomas Somáticos.
- 10°.- Los pacientes de mayor edad y los urbanos referirán mayor Estrés.
- 11°.- La expresividad clínica de las Depresiones se modificará muy escasamente en función de la ausencia/presencia de Estrés. No obstante, algunos síntomas somáticos podrían considerarse como una respuesta al Estrés.
- 12°.- En el Análisis Cluster del Síndrome Depresivo, nos encontraremos en los primeros racimos, los Síntomas más genuinos y frecuentes, por el contrario, en los sucesivos grupos aparecerán los menos frecuentes (Patoplásticos).

A large, light blue watermark of the USC logo is centered on the page. The logo consists of the letters 'USC' in a large, bold, sans-serif font, with 'UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA' written in a smaller font below it, all contained within a diamond-shaped border.

V - MATERIAL
Y MÉTODO



V. - MATERIAL Y MÉTODO.

5.1.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

En primer lugar hemos tenido que decidir si los cuestionarios a utilizar son auto o heteroaplicados. Dada las características que cabrían esperar de la muestra, de bajo Nivel Educativo y Socioeconómico, consideramos más adecuado que todos los cuestionarios fueran heteroaplicados.

Paykel (1985) destaca lo importante que es que los evaluadores estén familiarizados con la escala que usan, siendo preciso aprender a puntuar los ítems de forma independiente. En este sentido, cita algunos de los errores más frecuentes, y que debemos tener en cuenta en nuestro estudio. En primer lugar, si no prestamos atención a esta regla caeremos en un *Error Lógico*, es decir, si un paciente está asediado de culpabilidad deducimos que debe estar muy deprimido, o si ha perdido peso es porque perdió apetito. Otro de los errores posibles a la hora de recoger los datos es el *Efecto Halo*, el cual conduce a evaluaciones sesgadas cuando la puntuación de un síntoma influye en la evaluación de síntomas asociados, como los diferentes tipos de insomnio. El *Error de Proximidad* se da cuando la puntuación de un ítem influye en las puntuaciones de los ítems adyacentes. El *Error de Indulgencia* significa el que el calificador se resiste a dar puntuaciones elevadas. Por último, la *Tendencia Central* es el error más común en calificadores sin experiencia, y consiste en una resistencia a desviarse de la puntuación intermedia. Pues bien, todos estos errores han de evitarse en una investigación como la nuestra, que busca el matizar las diferencias entre los síntomas integrantes del síndrome depresivo.

5.1.1.- Cuestionarios Clínicos.

• ESCALA HETEROAPLICADA DE ZUNG-CONDE.

La escala de Zung (TABLA-10.1) es un escala de la primera generación, válida para la evaluación de la gravedad del cuadro depresivo (BECH, 1987). En 1969, Zung creó una Escala para la Depresión, con la finalidad de realizar un estudio transcultural en cinco países (n=1.297): Japón, Australia, Checoslovaquia, Inglaterra y Alemania. Los resultados de las cinco muestras fueron similares, mostrando una alta correlación con el resto de las pruebas clínicas en pacientes deprimidos ($r=0.53$), no así en los que se incluyen en otros diagnósticos ($r=0.13$).

Posteriormente, en 1975, Blumenthal publica un trabajo en el que demuestra que la Escala de Zung autoaplicada es un instrumento válido en la detección de cuadros depresivos en la Población General. En la validación de la versión española de la escala, el Profesor Valentín Conde y Esteban (1975) comparan 46 pacientes depresivos, con 15 alcohólicos crónicos y 250 individuos de grupo control. El autor confirma la versión castellana como una escala útil en nuestro medio para la detección de Depresiones, destacando las diferencias cuantitativas respecto al grupo control. El mismo autor (CONDE y FRANCH, 1984) indica que la Escala de Zung constituye un instrumento útil y rápido para la detección de la Depresión, evaluando el estado predominante del paciente durante la semana previa.

Posteriormente, Ramos (1986) observa que la Escala Heteroaplicada de Zung para la Depresión ofrece mejores resultados que la autoaplicada, existiendo cierta tendencia a utilizarlo como *screening*. En un estudio (n=296) de validación de la escala de Zung frente a criterios clínicos, concluye que con puntos de corte entre 48-50, la sensibilidad es importante (0.89), aunque con una especificidad más baja (0.71-0.76), con un 20% de falsos positivos y apenas un 11% de falsos negativos. Por lo que el autor lo considera útil como cuestionario criba en una primera fase del estudio. Si el punto de corte se sitúa en 47, la sensibilidad alcanza al 100%, a cambio de una especificidad nula.

Por su parte, Maes y cols. (1988) utilizaron la Escala Autoaplicada para evaluar a un grupo (n=99) de pacientes ingresados y diagnosticados de Depresión, observando que las diferencias entre los distintos tipos de Depresiones: Menor, Mayor con o sin Melancolía (DSM-III) es más de tipo cuantitativo que cualitativo. También Ramos y cols. (1991-a) observan su utilidad en la detección de ancianos deprimidos (n=69) atendidos en los diversos servicios del Hospital Universitario San Carlos de Madrid. Los autores encuentran que el punto de corte de 47, con una sensibilidad de 0.89, especificidad de 0.94, es el mejor equilibrado para en diagnóstico.

Teniendo en cuenta que nuestro trabajo estudia una muestra eminentemente ambulatoria, y que de lo que se trata en este primer paso es eliminar a los pacientes *no deprimidos*, elegimos un punto de corte bajo. Si consideramos los criterios cuantitativos de la tabla 5.1 (CONDE y FRANCH, 1984) observamos que por debajo de 35 se puede considerar la Depresión como ausente, por lo que es este el Punto de Corte elegido.

TABLA 5.1.- GRUPOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESION SEGÚN PUNTUACIÓN EN ESCALA DE ZUNG.

DEPRESION AUSENTE.....	20-35
DEPRESION SUBCLÍNICA Y VARIANTES NORMALES.....	36-51
DEPRESION MEDIA-SEVERA.....	52-67
DEPRESION GRAVE.....	68-80

(CONDE y FRANCH, 1984)

Por lo tanto, la Escala de Zung es adecuada como instrumento cuantitativo y de *screening*, ya que en otro tipo de cuestionarios, como la escala de Hamilton para la Depresión, se utilizan con mayor frecuencia en los es-

tudios longitudinales. Por otra parte, aporta la gran ventaja de estar validada en España, por lo que nos parece la más adecuada.

• **ESCALA CET-DE.**

La sistematización del cuadro depresivo en cuatro dimensiones parte de la observación clínica con un método fenomenológico, y posteriores confirmaciones en estudios clínicos. Consideran Alonso Fernández y Alonso (1984) que la Depresión afectan los cuatro parámetros de la vitalidad: estado anímico, impulsos, comunicación y ritmicidad. En este sentido, destaca el Profesor Alonso, que su cuestionario (TABLA 10.2) trata de servir como instrumento para la tipificación de las Depresiones, y no la categorización. Es decir, mientras que las categorías representan grupos bien definidos y excluyentes, los tipos son tomados como una especie de perfiles que se repiten no raramente.

Por lo tanto, entre los síntomas casi constantes en el Síndrome Depresivo encontramos representantes de las cuatro dimensiones: la autodesvalorización, el desapego a la vida y la anhedonia como característicos de la afectación del humor depresivo; en el hundimiento energético y la reducción de intereses; el descenso de la interrelación afectivoemocional como representante de la incomunicación; y las acentuadas variaciones circadianas de la afectividad y/o conducta y los trastornos del sueño. También establece cuatro situaciones depresógenas como origen a cada una de ellas: la aflicción y el infortunio, donde el impacto se opera sobre el estado anímico; las situaciones de sobrecarga, donde el impacto es a nivel energético; las de aislamiento o inactividad, donde se afectan las comunicación; y las situaciones de crisis, en las que se afecta el ritmo de la vida.

En ésta línea, en 1987 el Prof. Alonso Fernández y cols. (1987-b) presentan una nueva Escala Clínica Tetradimensional para la Depresión (CET-DE). Con un *método fenomenológico-estructural* que agrupa las manifestaciones depresivas en las cuatro dimensiones citadas. Observa que la Depresión se sitúa en el plano vital de la personalidad, lo que permite entender el que se manifieste por síntomas somáticos y psíquicos. El humor depresivo se manifiesta tanto en el plano psíquico como en el somático, y dentro de este último con molestias difusas y localizadas. La anergia por su parte, también se manifiesta en el plano psíquico y físico, con síntomas objetivos y subjetivos. Y por último, la discomunicación se manifiesta en los planos sensorial, cognitivo, afectivo y espacial (ALONSO y cols., 1987-a).

El instrumento se enfoca hacia el terreno diagnóstico, de clasificación y seguimiento de las Depresiones. Asimismo, lo destaca el autor, por ser una prueba sumamente útil para disponer de un inventario de síntomas, y en este sentido será utilizado en el presente estudio.

Para la validación de la Escala se comparó una muestra de enfermos deprimidos con otros pacientes psiquiátricos ingresados y un grupo control. Con criterios CIE-9 se realiza la validación empírica del cuestionario, obteniendo una sensibilidad del 92%; especificidad 100% en sujetos sanos y 50% en enfermos deprimidos; un valor predictivo positivo 0.80 y valor predictivo negativo 0.87; un coeficiente Kappa interobservador entre 0.70 y 0.90; y una estabilidad interna o test-retest entre 0.61 y 0.88 (ALONSO, 1986).

Posteriormente se mostraron útiles las versiones de 12 y 16 ítems para la clasificación de las Depresiones, y desde el punto de vista clínico la versión de cuarenta era comparable a la de 63. En cualquier caso, los propios autores (CIVEIRA y cols., 1987) proponen por entonces una espera para replicar los resultados con muestras mayores.

El cuestionario CET-DE es heteroadministrado, consta de 63 ítems, y mediante ellos se valora el cuadro clínico durante las cuatro últimas semanas. La respuesta a cada ítem es evaluada de cero a cuatro (TABLA 5.2). Por lo tanto, en la valoración del ítem se tiene en cuenta la intensidad y la frecuencia de presentación. El propio autor aconseja utilizar la máxima puntuación, siempre que el síntoma esté presente, y así lo identifique el paciente.

TABLA 5.2.- PUNTUACIÓN DE CADA UNO DE LOS ÍTEMES DE LA ESCALA CET-DE.

-
- 0.- AUSENCIA DEL SÍNTOMA.
 - 1.- SÍNTOMA LIGERO O ESPORÁDICO (CON UNA FRECUENCIA DE DOS VECES POR SEMANA).
 - 2.- SÍNTOMA MEDIO O POCO FRECUENTE (TRES VECES POR SEMANA).
 - 3.- SÍNTOMA INTENSO Y FRECUENTE (AL MENOS CUATRO VECES POR SEMANA).
 - 4.- SÍNTOMA MUY INTENSO Y FRECUENTE (AL MENOS CUATRO VECES POR SEMANA).
-

(ALONSO Y COLS, 1987-B)

Por otra parte, recordar que el entrevistador del CET-DE puede ser un psiquiatra, un médico, un psicólogo o cualquier especialista o personal sanitario que haya sido suficientemente adiestrado. En este sentido, previo al inicio de la recogida de los datos, el Autor de esta Tesis, y responsable de la recogida de todos los cuestionarios, fue preparado mediante un curso de utilización del cuestionario. Dicho curso, de veinte horas de duración, fue impartido por el Departamento de Psiquiatría del Profesor Alonso Fernández.

Se inicia la administración del CET-DE con una conversación libre de unos cinco minutos para crear un clima adecuado, aplicando el cuestionario de forma semiestructurada: leyendo al enfermo los 63 ítems, teniendo los perfiles semánticos disponibles, con objeto de poder recurrir a ellos si el entrevistado tiene alguna duda sobre alguna cuestión. La duración exigida para la aplicación del cuestionario es de 15 a 20 minutos.

Dada la finalidad del presente estudio, la evaluación de los síntomas se hizo tendiendo a la valoración de ausencia/presencia. En cualquier caso, a continuación nos detenemos en algunos ítems, con el fin de matizar ciertos aspectos que convendrá tener en cuenta posteriormente.

En primer lugar, el perfil semántico de algunos ítems se muestra excesivamente amplio, al primar la presencia del síntoma y la frecuencia, sobre la intensidad. Debido a esto, en alguno de los síntomas se pierde información sobre la gravedad. Los ítems que valoran las ideas hipocondriacas (ítem 7), de culpa (ítems 16 y 17), la desconfianza (ítem 43) o la autoestima (ítem 18), abarcan desde una ideación pesimista, frecuente en los depresivos, hasta una elaboración delirante. En nuestro caso, se puntúa como

presente, si hay una tendencia hacia cualquiera de estos tipos de ideación, sin ser necesariamente delirante.

En este sentido, en el ítem 36 (*¿tiene algún trastorno de la vista o del oído, ajeno a su posible defecto habitual?*), también muestra una excesiva amplitud. Puntúa con la presencia de zumbidos de oídos o la distorsión de la percepción del espacio, que se observan con cierta frecuencia en depresivos; y por otra parte, también valora la presencia de alucinaciones o ilusiones. En este caso, nuestra interpretación es similar a la de los anteriores ítems.

También el ítem 42 (*¿se siente incomprendido, enfadado o molesto con otras personas?*) es valorado como la presencia de irritabilidad o malhumor. Aunque en las Depresiones se puede llegar a presentar una hostilidad abierta, en este punto se valoran algunos posibles cambios conductuales. Estos son referidos tanto por la familia como por el paciente, y se precisa que se asocien en el tiempo a la aparición del síndrome depresivo.

Similar problema se plantea con los ítems 61 y 62 (*¿Se le hacen los días muy largos o tiene la sensación de que el tiempo va muy lento? y ¿piensa más en las cosas del pasado que en las del presente?* respectivamente). En los perfiles semánticos se incluyen desde sentimientos de enlentecimiento del tiempo, o Rumiación sobre acontecimientos pasados, hasta la negación de la muerte o ideas de inmortalidad, o delirios sobre acontecimientos pasados. Como en casos anteriores, no precisa la presencia de la sintomatología más intensa tener la máxima puntuación.

En cualquier caso, las puntuaciones totales de las escalas, la Valoración Global del Paciente y el quinto dígito de los criterios DSM-III-R, nos aportarán información sobre la intensidad del cuadro.

El ítem 51 (*¿se despierta con frecuencia durante la noche o tiene pesadillas durante el sueño?*) valora dos síntomas distintos: el insomnio de mantenimiento y las pesadillas. Cualquiera de los dos se considera válido para la puntuación del ítem, pero esta circunstancia puede hacer difícil discriminar entre ellos, y también puede influir en una elevada puntuación del ítem. Por el contrario, el ítem 57 adopta dos acepciones en los perfiles semánticos (*¿nota variaciones en su modo de sentirse o en su conducta a lo largo del día?*): primero como oscilaciones diarias repetidas; y segundo, como empeoramiento por las tardes. Nosotros lo hemos considerado en el sentido de cambios anímicos a lo largo del día, teniendo momentos durante los cuales el paciente se encuentra bien.

Por último, en el cuestionario CET-DE hay una cuestión sólo aplicable a las mujeres: *¿ tiene trastornos menstruales o empeoran sus molestias actuales durante los días premenstruales o menstruales ?*. Tampoco se considera este ítem en mujeres mayores de 50 años, la edad habitual de la menopausia o fecha de la última regla (Botella, 1980).

Es este punto, es importante señalar el que no utilizamos la escala CET-DE como criterio diagnóstico, sino más bien como un amplio inventario de síntomas depresivos. En este sentido, del resto de las escalas comparadas (TABLA 5.3), ninguna consideraba tantos síntomas independientemente, y por otra parte, prácticamente todos los síntomas evaluados en ellas se incluyen en el CET-DE.

TABLA 5.3.- CUESTIONARIOS Y ESCALAS CON LAS QUE SE COMPARO EL CET-DE.

ESCALA PARA LA DEPRESION DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS (CES-D)
ESCALA DE CARROLL PARA LA DEPRESION (ECD)
ESCALA PARA LA DEPRESION DE CROMHOLM-OTTOSSON (EDCO)
ESCALA PARA LA DEPRESION DE MONTGOMERY Y ASBERG (EDMA)
ESCALA PARA LA DEPRESION DE UMEA (EDU)
ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (EHD)
ESCALA DE MELANCOLÍA DE BECH-RAFAELSEN (EMBR)
ESCALA DE ZUNG PARA LA DEPRESION (EZD)
INVENTARIO PARA LA DEPRESION DE BECK (IDB)
ÍNDICE DIAGNOSTICO DE ENDOGENEIDAD DE COPELAND (IDEC)
ÍNDICE DE ENDOGENEIDAD DE MICHIGAN (IDEM)
ÍNDICE DE ENDOGENEIDAD DE NEWCASTLE I (IDEN)
ESCALA PARA LA DEPRESION SCL-90
PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESION DE LA O.M.S. (WHO / SADD)

(AYUSO y SAIZ, 1987).

No obstante, hay una serie de síntomas y signos que son evaluados con más detenidamente en otras escalas. En primer lugar, el CET-DE considera en el mismo ítem al estreñimiento y diarrea, y a la pérdida de apetito y peso. Nos parece importante el señalar este aspecto, pues el cuestionario no discrimina entre síntomas distintos de la Depresión. Por otra parte, hay que destacar el que la escala CET-DE se limita a evaluar síntomas depresivos, dejando de lado signos como la Inhibición-retardo o la Agitación-inquietud psicomotora. No obstante, todos estos son signos y síntomas se evalúan suficientemente en otros cuestionarios del estudio.

También se podrían plantear dudas de elección con respecto a las Entrevistas Clínicas Diagnósticas: DIS, PSE o SADS, pero el objetivo de estas es diagnóstico, más que de estudio de perfil sintomatológico. Además prolongarían la entrevista, aportando escasa información adicional. En este sentido, dadas las características del estudio, se consideró más factible el hacer un diagnóstico clínico apoyado en los criterios diagnósticos internacionales. En la elección del CET-DE también fue fundamental el hecho de que la Tesis Doctoral se inició bajo la dirección del Profesor Carbo-nell, miembro del Servicio, dirigido por entonces por el Profesor Alonso Fernández. Esta circunstancia también permitió el realizar un curso aprendizaje sobre el manejo de la escala.

Por lo tanto, se toma la Escala CET-DE como principal instrumento de medida por: ser un instrumento adecuado para cubrir las necesidades del estudio; de fácil disponibilidad por mantener contacto con el equipo creador de la escala; por la facilidad de acceso a una amplia información sobre ella; y por último, por el hecho de haber sido y seguir siendo utilizada en España.

● CUESTIONARIO CLÍNICO COMPLEMENTARIO

La principal finalidad del cuestionario clínico (TABLA 10.3) es la recogida amplia de información, distinta de la expresividad clínica, para así

poder comprobar el que las posibles diferencias que nos encontremos en las manifestaciones clínicas, respecto a las variables sociales, no se deben a otros aspectos clínicos o evolutivos.

El cuestionario clínico incluye datos evolutivos sobre fases anteriores, y tratamientos previos. También valora los antecedentes somáticos, la toma actual o reciente de fármacos y el consumo de alcohol o tabaco. Tiene en cuenta los posibles antecedentes familiares, y en una segunda parte interroga sobre el tiempo de evolución, forma de inicio y tratamiento recibido en la fase actual.

5.1.2.- Cuestionario Socioeconómico.

Por su parte, la finalidad del cuestionario social (TABLA 10.4) es doble. En primer lugar una recogida de datos esenciales para el estudio, y en segundo lugar servirnos de base para elaborar una escala de Clase Social. Como es de esperar, la muestra urbana permite una estratificación más sencilla con los parámetros habituales. Por el contrario, en los individuos del medio rural, el Nivel Educativo o la Profesión del Cabeza de Familia discriminan escasamente, por lo que es necesario recoger otras variables específicas para el medio rural.

Se consideran el Nivel Educativo, la Profesión y Situación Laboral del Paciente y del Cabeza de Familia, los Ingresos Globales Familiares Mensualmente, la Clase Social Subjetiva, y otra serie de datos de la vivienda o el tipo de vida del paciente. Dentro de este apartado y en la muestra rural, se incluye la extensión de terreno que el paciente, o la familia, posee. Habitualmente, las tierras en Galicia se miden en *Ferrados*, medida que varía en los distintos municipios, pero que viene siendo alrededor de 500 metros cuadrados

Estos cuestionarios fueron elaborados a partir de los cedidos por: La Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; La Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela; la Historia Clínica Informatizada de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia; y por último, el Cuestionario Psicosocial del profesor Seva Díaz.

5.1.3.- Escala de Acontecimientos Vitales.

Como primer antecedente histórico sobre la valoración de los Acontecimientos Vitales, Adolf Meyer desarrolla la *life chart*, la cual se trata de un dispositivo en el que se integran datos biológicos, fisiológicos y fenómenos sociales en relación al estado de salud del individuo.

La *Escala de Holmes y Rahe* (TABLA 10.5) fue elaborada en 1967, a partir de la revisión de 5.000 historias clínicas, estudiando los acontecimientos asociados al inicio de una enfermedad somática. La escala está com-

puesta de 43 ítems, e incluye algunos socialmente indeseables, y otros socialmente deseables. Posteriormente se solicitó a 394 sujetos que valorasen los ítems a partir de una puntuación de 500 al ítem matrimonio. A la valoración media, dividida entre 10 se le llamó *Unidad de Cambio Vital*. Según los autores, si se supera una puntuación de 300, el riesgo de enfermar es del 79%. Desde un principio se utilizó en multitud de trabajos, siendo también validada en estudios transculturales. En este sentido, se observó que entre culturas occidentales no existían diferencias significativas, sí en cambio con otras, y principalmente en la valoración de la importancia de cada ítem (DOHRENWEND y DOHRENWEND, 1974-a).

Por lo tanto, se puede decir que a pesar de la aceptación general de la asociación entre vicisitudes y Depresión, la investigación sistemática sobre el tema solamente se ha desarrollado en los últimos años. En este sentido, hay general unanimidad en que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos estresantes durante los meses previos que la población general. Dichas situaciones estresantes se han dividido según varias características en: deseables / indeseables, entradas / pérdidas, no controlables / controlables, dependientes / independientes o los que suponen una amenaza grave para el individuo (AYUSO y SAIZ, 1987). Por último, los ítems de la escala de Holmes se agrupan en cinco áreas: económica, familiar, laboral, sociales y otras.

La escala de Holmes Y Rahe ha sido validada en nuestro país (GONZÁLEZ y MORERA, 1983) en una muestra (n=397) pacientes y acompañantes del Hospital General en Tenerife. Valoran cada uno de los ítems, encontrando algunas diferencias en la puntuación de alguno de ellos debido a una serie de condicionamientos culturales.

No intentamos entrar en profundidad en el campo de los Acontecimientos Vitales, pero pensamos que es imprescindible tener en cuenta este aspecto. Se sabe que hay diferencias respecto al Estrés al comparar distintos indicadores socioculturales. Por lo tanto, debemos controlar esta variable, para estudiar si se comporta como *Variable Confusora*.

Es importante recordar que consideramos la presencia o ausencia de Acontecimientos Vitales y el número de ellos, durante los seis meses previos a la evaluación. La información recogida en este cuestionario, será complementada con la del Eje IV de los Criterios Diagnósticos DSM-III-R.

5.2.- CRITERIOS DIAGNOSTICO DSM-III-R E ICD-9.

Los criterios DSM-III-R (1988) incluye las Depresiones dentro del apartado de Trastornos del Estado de Animo, utilizando principalmente criterios evolutivos y clínicos. Una vez aislados los enfermos Bipolares, quedan dos grandes grupos: la Depresión Mayor y la Distimia (TABLA 10.6).

Los criterios de Depresión Mayor son muy amplios, y se han considerado un auténtico *cajón de sastre* en el que entran una heterogénea muestra de enfermos (VALLEJO y GASTÓ, 1990). La severidad de las Depresiones Mayores se puntúa mediante el Quinto Dígito; y para la puntuación positiva del Patrón Crónico, se requieren más de dos años de evolución de la fase actual; por otra parte, para el Patrón Estacional se requiere una relación entre la aparición, o remisión, de la fase depresiva y cierta época del año. Finalmente, el Patrón Melancólico, o de endogenicidad, requiere, al menos cinco de los nueve criterios. Con respecto al Patrón Estacional, es importante recordar que no se incluyen los casos en que hay una evidente influencia de otros factores psicosociales que puedan presentar cierta periodicidad.

Por otra parte están las Distimias, o Depresiones con más de dos años de evolución, y que en muchas ocasiones se pueden equiparar a las Depresiones Neuróticas. Dentro de ellas se puede especificar si son secundarias a otros trastornos psiquiátricos o médicos, o primarias; o también si son de inicio precoz (antes de 21 años) o tardío. Aunque los diagnósticos de Depresión Mayor y Distimia son excluyentes, en algunos casos se asocian, dando lugar a la Depresión Doble. No obstante, debemos recordar que en este caso predomina el diagnóstico de Depresión Mayor.

Es imprescindible el realizar el diagnóstico en los cinco ejes por la información adicional que aportan. En el *Eje II* valoran los Trastornos de la Personalidad, y en este sentido, debemos puntualizar que, en el marco de nuestro trabajo, no profundizamos en este aspecto lo suficiente como para considerarlo fiable en el terreno de la investigación. Por ello utilizamos el concepto de Indicios de Trastorno de la Personalidad, y principalmente con la finalidad de analizar su distribución dentro de las distintos grupos de la muestra.

El *Eje III* considera los factores puramente somáticos. Por su parte, el *Eje IV* o *Estrés Psicosocial Agudo y Crónico* (TABLA 10.7), complementa a la escala de Acontecimientos Vitales, y hace una distinción importante entre Acontecimientos puntuales y situaciones crónicas. Por último, el *Eje V* o *Escala de Evaluación Global del Sujeto* (TABLA 10.8) está basada en la *Global Assessment Scale* (ENDICOTT y cols., 1976). En ella se mide el funcionamiento del individuo en diversas esferas sociales; en este sentido, los creadores demostraron una buena consistencia interobservador, con un error estándar entre 5 y 6, y una validez concurrente óptima al compararla con otras escalas.

Para el análisis de los resultados precisaremos estudiar, junto con el grupo diagnóstico, dos aspectos importantes de las Depresiones: la Severidad y el Tiempo de Evolución. Para el primero de ellos utilizaremos cuatro parámetros: dos obtenidos directamente de la información aportada por el paciente, como son las Puntuaciones totales de las Escalas CET-DE y Zung; y otros dos que se valoran según el juicio clínico del doctorando, o encargado de recoger los cuestionarios: el Eje V de los Criterios DSM-III-R (Valo-

ración Global del Paciente: Actual y Último año) y el Quinto Dígito o Gravedad del Cuadro Actual (Sólo en Depresiones Mayores o Trastornos Bipolares). Las dos primeras serán denominadas Escalas Subjetivas, y las segundas Escalas Técnicas. Por otra parte, para la cuantificación del Tiempo de Evolución, utilizaremos los datos recogidos en el Cuestionario Clínico, y la presencia de Patrón Crónico (en Depresión Mayor) de los criterios DSM-III-R.

La principal crítica a los criterios de la A.P.A. es la de ser válidos para un medio como el occidental, y principalmente en U.S.A., teniendo escaso valor en otras culturas. Sumado a esto, y dado el que nuestro trabajo es eminentemente clínico, nos parece necesario completar los criterios DSM-III-R con otra clasificación. Por ello, una vez recogidos todos los cuestionarios, se trató de clasificarlos dentro de los grupos de la O.M.S. (ICD-9). Ya que los cuestionarios no estaban encaminados a esta clasificación, cada diagnóstico se valoró como seguro o probable, si existían algunas dudas. En cualquier caso, es importante darle un respaldo a los criterios diagnósticos DSM-III-R con otra clasificación contrastada en el terreno clínico.

Por lo tanto, la gran ventaja de los criterios de la OMS es su universalidad (1979): ya que ha sido el producto de intentar consensuar y contentar a psiquiatras de 50 países. No obstante, en ocasiones las categorías son complejas y confusas, se solapan, y no se disponen de criterios claros (VALLEJO y GASTÓ, 1990). En este sentido, los Trastornos Afectivos se encuentran a lo largo de 16 apartados, en 8 categorías distintas. En la Tabla 10.9 se citan todos los posibles criterios diagnósticos de Síndromes Depresivos, y marcados con un asterisco, los que consideramos para el presente estudio.



5.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

En principio se incluyen en el estudio a los mayores de 18 años que solicitan consulta en algún dispositivo de asistencia psiquiátrica de los que se comentan a continuación. Es importante excluir a pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos, con la finalidad de evitar una contaminación de la muestra con cuadros atípicos.

Dado que una de las variables importantes a tener en cuenta es el Hábitat rural o urbano, se requieren, al menos dos años de residencia en el área en la que se va a considerar al individuo. Nos parece que este es un tiempo indicativo como para que el individuo se integre en el Hábitat correspondiente. Los núcleos de población de Santiago, próximo a los 100.000 habitantes, y Vigo, muy superior, son los que se incluyen como urbanos, siendo el resto rurales.

Como ya señalamos anteriormente la Escala de Zung elimina los casos que no tienen una severidad suficiente. Debemos destacar que para nuestro trabajo, nos parece adecuado recoger un rango amplio de severidad, siendo aconsejable considerar un grupo representativo de Depresiones Leves

Finalmente, también se precisa que cumplan alguno de los criterios diagnósticos de las Depresiones incluida en el grupo de los Trastornos Afectivos DSM-III-R. A continuación se presentan los criterios utilizados.

TABLA 5.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN (DEBEN CUMPLIR TODOS)
1.- RESIDIR EN EL ÁREA A ESTUDIO AL MENOS DURANTE LOS DOS AÑOS PREVIOS. 2.- SER ATENDIDO EN ALGÚN DISPOSITIVO PSIQUIATRICO DE FORMA AMBULATORIA, DE HOSPITALIZACIÓN TOTAL O PARCIAL. 3.- ACCEDER EL PACIENTE Y ACOMPAÑANTES A COLABORAR CON LA RECOGIDA DE DATOS. 4.- PUNTUACIÓN SUPERIOR A 35 EN LA ESCALA DE ZUNG HETEROAPLICADA. 5.- CUMPLIR CRITERIOS DIAGNOSTICO DE ALGUNO DE LOS GRUPOS DE LA CLASIFICACIÓN DSM-III-R, Y SER DIAGNOSTICADO MEDIANTE ENTREVISTA CLÍNICA, POR AL MENOS UN PSIQUIATRA O RESIDENTE EN PSIQUIATRÍA.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN (ALGUNO DE LOS SIGUIENTES)
1.- SER MENOR DE 18 AÑOS 2.- PRESENTAR, AÑADIDO AL SÍNDROME DEPRESIVO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS PSIQUIATRICOS: <ul style="list-style-type: none"> - SÍNDROME DEMENCIAL - RETRASO MENTAL - ABUSO DE ALCOHOL U OTROS TÓXICOS - PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA O ESQUIZOAFECTIVA - PSICOSIS DELIRANTE CRÓNICA O PSICOSIS ATÍPICA - TRASTORNO FACTICIO O SIMULACIÓN

5.4.- LA MUESTRA.

5.4.1.- Elección de la Muestra.

Hemos querido tomar una muestra heterogénea con respecto a la variable Hábitat rural-urbano, y con un espectro amplio desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, podemos decir que se trata de una muestra de conveniencia.

Con las limitaciones comentadas en la Discusión, hemos intentado que la Muestra sea representativa de todos los grupos culturales y sociales. Del mismo modo, se consideran diversos grupos nosológicos y gravedad del cuadro.

5.4.2- Recogida de Datos.

Desde un principio, se considera muy importante en la recogida de datos el que el cuestionario sea aplicado por la misma persona, lo que evita los posibles errores interobservador. El tiempo medio empleado para aplicar el cuestionario oscila entre 25 y 40 minutos.

La recogida de los datos, todos ellos por parte del Autor de esta Tesis, fue realizada entre febrero de 1989 y diciembre de 1991. Como ya se vio anteriormente, los datos del medio rural se tomaron en los Dispensarios del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo en Vimianzo y Corcubión. El primero de ellos atiende a una población rural del interior, la cual tiene como principal fuente de ingresos la agricultura o los servicios. Por su parte, el de Corcubión, corresponde a una zona costera, por lo que se añade una población marinera: de pesca o mercante. Todos los casos recogidos en estos Dispensarios se consideran rurales, detallando a continuación los Municipios con su Población de Derecho correspondiente.

TABLA 5.5.- MUNICIPIOS RURALES Y POBLACIÓN DEL ÁREA CONSIDERADA EN EL TRABAJO.

AMES.....9.527	CORCUBIÓN...2.114	MUXÍA.....7.080	TORDOIA....6.220
A BAÑA.....8.361	DUMBRÍA....4.778	NEGREIRA...7.771	TRAZO.....5.005
BRION.....6.790	FINISTERRE..5.322	ORDES.....11.076	VIMIANZO...9.646
CAMARIÑAS...7.220	FRADES.....3.655	OROSO.....3.657	ZAS.....7.329
CEE.....7.531	MESIA.....4.410	S. COMBA...11.902	

El que los pacientes hayan sido atendidos en dispositivos psiquiátricos donde había más de un psiquiatra o residente de psiquiatría, permite el

que en el 88.6% (n=124) de los pacientes, el diagnóstico clínico haya sido hecho, al menos, por dos psiquiatras. Este hecho refuerza la validez del diagnóstico clínico.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes son de consulta de psiquiatría, aunque cuatro de ellos estaban o bien ingresados en el Hospital de Día del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (n=3) o bien en una de las Unidades de Admisión de agudos (n=1). Otro grupo de casos fueron incluidos al ser solicitada su evaluación mediante interconsulta a la unidad de psiquiatría del Hospital do Meixoeiro en Vigo (n=7) (FIGURA 5.1). En cualquier caso, todos precisaron asistencia psiquiátrica en alguno de los dispositivos que aparecen en la Tabla.- 5.6.

En un primer análisis, es importante señalar que no existen diferencias respecto a la gravedad de cuadro o al diagnóstico psiquiátrico en función del dispositivo donde se recoge el cuestionario. De no ser así, diferencias significativas en la distribución de estas variables podrían contaminar los resultados obtenidos en función al Hábitat (TABLA.- 10.10).

Los cuestionarios se cumplimentaban durante el primer contacto con el paciente, ya fuera una primera consulta o una revisión. En el proceso de recogida de datos, en primer lugar completamos la Escala Heteroaplicada de Zung-Conde, a continuación se aplica la escala CET-DE, y posteriormente los cuestionarios clínicos y sociales, evaluando por último, los acontecimientos vitales. Las valoraciones diagnósticas las realiza el evaluador al finalizar la entrevista, y apoyándose en los datos de la historia clínica del paciente. Es en los cuestionarios social y en el de Acontecimiento Vitales donde el paciente puede estar más retraído a la hora de contestar con total sinceridad, por ello se aplican en último lugar.

FIGURA 5.1.- ÁREAS DONDE SE RECOGIERON LOS CASOS.

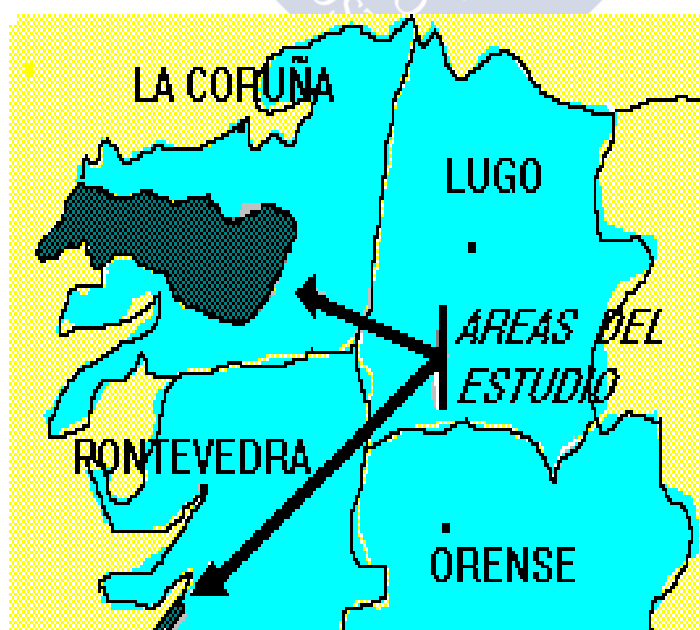


TABLA 5.6.- CENTROS Y AÑOS DONDE SE RECOGIERON LOS DATOS.

DISPOSITIVO		AÑO	TOTAL/AÑO: %	Nº	%	% ACUM.
AMBULATORIO	DISPENSARIO-CORCUBIÓN	1989		(48)	34.3	34.3
AMBULATORIO	DISPENSARIO-VIMIANZO	1989		(26)	18.6	52.9
AMBULATORIO	DISPENSARIO-SANTIAGO	1989		(14)	10.0	62.9
HOSPITALIZ.	H.CONXO-SANTIAGO (ADM/H.D.)	1989	1989: 65.7	(4)	2.8	65.7
AMBULATORIO	U.S.M.-SANTIAGO	1990	1990: 20.0	(28)	20.0	85.7
AMBULATORIO	U.S.M.-VIGO	1991		(2)	1.4	87.1
INTERCONS.	H. MEIXOEIRO-VIGO	1991		(7)	5.0	92.1
AMBULATORIO	CONS. NEUROPSIQ-VIGO	1991	1991: 14.3	(11)	7.9	100
				PACIENTES AMBULATORIOS	(129)	92.0
				PACIENTES HOSPITALIZADA	(4)	2.8
				PACIENTES INTERCONSULTA	(7)	5.0
				TOTAL: (140)	100	

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la presencia de acompañantes durante la recogida de datos. Cuando se consideró que estos podían complementar o confirmar la información del paciente se solicitaba su presencia. Por otra parte, ante la sospecha que podrían influir en las respuestas restando fiabilidad, se realizaba la entrevista exclusivamente con el paciente.

Otra cuestión a destacar es el del idioma, y aunque en la muestra rural la mayoría tiene como lengua principal el gallego, no tienen dificultades de comprensión del castellano. Tampoco existieron dificultades de comprensión del gallego por parte del Doctorando. Finalmente, el autor de la Tesis se encontraba en el segundo y tercer año de residencia en el momento de recogida de los primeros cuestionarios, lo que ya puede dar suficiente experiencia clínica y diagnóstica

5.4.3.- Descripción de la Muestra.

Dadas las características de este trabajo, en este apartado nos limitamos a una mera descripción de las tablas de frecuencias de las principales variables sociodemográficas. Posteriormente, en el análisis de los resultados profundizamos en el estudio de las variables clínicas y sociales.

En la TABLA 10.11 se recogen los valores de las principales variables sociodemográficas y clínicas de los 140 casos. Respecto al sexo, en nuestro caso nos encontramos con una proporción entre ellos de 1:2.8, con una esperada mayoría de mujeres. La media de edad de la muestra es de 48.5

años, con un predominio de los comprendidos entre los 40-49 años. Si analizamos la variable Hábitat, se puede observar que las muestras agrícolas y marineras son mayores, sumando el 61% del total.

En la Tabla 5.7 podemos observar las principales características de las variables sociodemográficas más importantes, y que a continuación resumimos. El Nivel Educativo es llamativamente bajo, con más del 60% sin completar los estudios primarios, y sólo un seis por ciento de licenciados, medios o superiores. Los Ingresos familiares se distribuyen de forma más homogénea, destacando el que en más del 55% son inferiores a 100 mil pesetas mes, y apenas el 15% supera las 200 mil. La Cualificación Profesional del Cabeza de Familia que predomina es la semicualificada, con el 50% del total; del mismo modo, las cualificaciones medias y altas son escasas: 12%. Respecto la Cualificación Profesional del Paciente, hay un alto predominio del grupo de labores del hogar y cualificaciones nulas: 61%. Las clases sociales subjetivas, se concentran en las medias y las medias-bajas. Respecto al Estado Civil, hay una mayor frecuencia de casados. Por último, el 97% de la muestra se considera católica.

Por lo tanto, destaca de la muestra recogida su bajo nivel socioeconómico, como corresponde al paciente medio que acude a consultas de los centros públicos.

En este momento, podemos analizar en que medida nuestra población a estudio se aproxima a la general de Galicia. Aunque no debemos olvidar que nuestro trabajo no aspira a extrapolar resultados a la Población General, sí nos parece importante compararlo con estudios comunitarios recientes, para conocer la localización real de nuestra muestra. Para ello utilizamos los datos recogidos en la Tesis Doctoral del Profesor Mateos Alvarez (1989), en donde se llevó a cabo un estudio comunitario, sobre una muestra representativa de Galicia, con el fin de cuantificar la morbilidad psiquiátrica.

Tomando la variable Nivel Educativo, en la Tabla 5.8 podemos ver que, como ya se comentó anteriormente, nuestra muestra es de un nivel inferior al global de Galicia. Tenemos una escasa representación de universitarios; y por otra parte, el grupo de pacientes sin los estudios primarios terminados son también más voluminoso. En este sentido, hay que tener en cuenta que nuestra media de edad es superior a la de la Población General, lo que, al menos en parte, puede justificar estas diferencias. Por el contrario, si comparamos la variable Clase Social subjetiva, las diferencias son escasas entre ambos estudios (TABLA 5.11). En resumen, podemos decir que exceptuando la escasa representación de las clases más elevadas, los individuos incluidos en el trabajo, no se alejan mucho de la realidad gallega de nuestros días, teniendo en cuenta las características del estudio

TABLA 5.7.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRAFIAS.

<u>HÁBITAT:</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>C. SOCIAL SUBJETIVA:</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
RURAL-INTERIOR	(36)	26	BAJA	(18)	13
RURAL-COSTERO	(49)	35	MEDIA-BAJA	(53)	38
SANTIAGO	(35)	25	MEDIA	(54)	39
VIGO	(20)	14	MEDIA-ALTA / ALTA	(15)	11

<u>N. EDUCATIVO:</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>RENDA GLOBAL:</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
ANALFABETO	(21)	15	< 24.000	(5)	4
LEER Y ESCRIBIR	(67)	48	24.000-49.000	(29)	21
EGB-PRIMARIOS	(32)	23	50.000-74.000	(23)	16
BUP-BACHILLER	(7)	5	75.000-99.000	(20)	14
COU	(4)	3	100.000-124.000	(19)	14
LICENCIADO MEDIO	(7)	5	125.000-149.000	(10)	7
LICENCIADO SUP	(2)	1	150.000-199.000	(13)	9
			200.000-249.000	(10)	7
			250.000-299.000	(6)	4
			> 300.000	(5)	4

<u>C. PROFESION C.F.:</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>C. PROF. PACIENTE:</u>	<u>N°</u>	<u>(%)</u>
L/H	(4)	3	L/H	(52)	37
CUALIF. NULA	(14)	10	CUALIF. NULA	(33)	24
SEMICUALIFICADO	(70)	50	SEMICUALIFICADO	(19)	14
CUALIFICADO	(36)	26	CUALIFICADO	(23)	16
TÉCNICO MEDIO	(8)	6	TÉCNICO MEDIO	(6)	4
TÉCN. SUPERIOR	(3)	2	TÉCNICO SUPERIOR	(4)	3
PROF. LIBERAL	(1)	1	PEQ/MED PROPIET	(3)	2
PEQ/MED PROPIET	(4)	3			

<u>ESTADO CIVIL:</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>	<u>RELIGION:</u>	<u>N°</u>	<u>(%)</u>
CASADO	(95)	68	CATOL. PRACTICAN	(64)	46
SOLTERO	(29)	21	CATOL. MUY PRACT	(12)	9
VIUDO	(10)	7	CATOL. NO PRACT	(59)	42
DIVORCIADO	(3)	2	OTRA RELIGIÓN	(1)	1
SEPARADO	(3)	2	ATEO	(2)	1
			INDIFERENTE	(2)	1

PORCENTAJES EN CADA VARIABLE SOBRE EL TOTAL DE LA MUESTRA, 140 CASOS; ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 5.8.- COMPARACIÓN DE FRECUENCIAS, POR SEXOS, DE LAS VARIABLES NIVEL EDUCATIVO Y CLASE SOCIAL SUBJETIVA EN NUESTRO ESTUDIO Y EN EL DE MATEOS, 1989.

<u>NIVEL EDUCATIVO:</u>	<u>MATEOS (1989)</u>		<u>ACTUAL</u>	
	HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.
ANALFABETOS	2	7	0	20
LEER Y ESCRIBIR	35	37	58	44
ESTUDIOS PRIMARIOS	35	34	28	21
F. PROFESIONAL	8	4	-	-
BUP Y COU	12	11	8	8
LICENCIADOS MEDIOS	4	5	6	5
LICENCIADOS SUPERIORES	3	2	0	2

<u>CLASE SOCIAL SUBJETIVA:</u>	<u>TOTAL</u>	<u>MATEOS (1989)</u>		<u>ACTUAL</u>	
		HOM	MUJ	HOM	MUJ
ALTA	1	1	1	3	0
MED-ALTA	10	16	16	14	9
MEDIA	39	-	-	31	41
MED-BAJA	38	63	61	33	39
BAJA	13	17	18	19	11
MUY BAJA	-	1	2	-	-
N.C.	-	2	2	-	-

(PORCENTAJES POR COLUMNAS)

5.5.- DEPURACIÓN DE VARIABLES.

Las variables socioeconómicas están todas registradas, excepto el *poseer teléfono, alcantarillado y asfaltado*, que falta en 16 casos. Esto es debido a errores en la recogida de datos. En cualquier caso, representan el 11.4% de la muestra.

El *motivo de consulta* no consta en cinco de los casos (3.6%), ya sea por no haberlo recogido, ya por dificultades por parte del paciente para concretarlo.

De los síntomas, el que mayor número de veces no ha sido recogido es el ítem 34 del cuestionario CET-DE: *¿ se encuentra sin deseos o interés para la vida sexual?*, que falta en 28 casos (20.0%). Esto se debe a que esta pregunta no se aplicó en ciertos casos por temor del entrevistador a malentendidos, que consecuentemente pudieran llevar al paciente a cierto malestar. En la mayoría de estos casos existe una problemática de pareja, que presupone una limitación en las relaciones de sexuales.

Las características de los pacientes en los que no se recogieron estos datos, así como el motivo por lo que no se realizó, aparecen detallados en la Tabla 10.12. Dado el elevado número de casos ausentes, es preciso el realizar un estudio de como se distribuyen los ausentes. En la Tabla 10.13 podemos observar que los casos no recogidos presentan una media de edad significativamente más elevada, con una mayor proporción de mujeres, y de individuos de Clase Social baja. En estos casos, se puede decir que el descenso en la Clase Social se debe en muchos casos a una enfermedad incapacitante del esposo. Con respecto al Hábitat, las diferencias no son significativas. Por último, si analizamos la distribución de los casos no recogidos por grupos de edad y sexo, vemos que se agrupan en los dos extremos: los más jóvenes y los de mayor edad (TABLA.-10.14), por el contrario, con respecto al sexo, la proporción se mantiene estable.

A modo de resumen, podemos decir que los no recogidos son principalmente mujeres, mayores de 50 años y de Clase Social baja.

También hay una serie de síntomas del cuestionario CET-DE, que no fueron recogidos, generalmente por error (TABLA 10.15). En cualquier caso, suponen un porcentaje bajo del total, por lo que su ausencia no es relevante. El resto de datos de antecedentes de Trastornos afectivos, familiares o somáticos, están registrados en su totalidad.

5.6.- MÉTODOS ESTADÍSTICOS APLICADOS.

Dentro de los análisis estadísticos empleados destaca el estudio de las Tablas de Contingencia mediante la Prueba del Chi cuadrado, y una serie de Análisis Multivariados, entre los que están los Análisis Factoriales, el Análisis Cluster y el Análisis Logístico. A continuación haremos comentarios a los métodos multivariados, ya populares, pero no siempre utilizados con propiedad.

5.6.1.- Análisis de Componentes Principales.

El Análisis de Componentes Principales (ACP) es un método que permite el explicar un número de variables n , mediante un menor número de variables latentes o hipotéticas, llamadas Factores (CUADRAS y cols., 1988).

En este sentido, el número de factores con los que nos quedemos dependerá de la cantidad de información que estemos dispuestos a perder. Existen unos factores comunes y otros únicos, y tanto los primeros como los segundos están mutuamente incorrelacionados entre sí, con el fin de encontrar causas latentes no redundantes. Los factores únicos dan cuenta de la parte de cada variable no explicada por los factores comunes, pero en el A.F., lo que interesa es el encontrar los factores comunes. Existe una modalidad de Análisis Exploratorio, en el que no se conoce de antemano el número de factores comunes, y debemos decidir con cuantos quedarnos. Y por otra parte, está el Análisis Confirmatorio, en el que ya se conoce el número de factores.

Se denomina *comunalidad* de una variable, a la contribución de los factores comunes a la variabilidad de ella. Es decir, el tanto por uno de la dispersión de cada variable que es explicada por los factores. Por su parte, la *unicidad* es la parte de cada variable no explicada por la comunalidad. Por su parte, el *eigenvalue* es la Varianza total que cada factor explica. Se calcula mediante la suma de los cuadrados de los coeficientes de cada factor.

El ordenador inicia la prueba proponiendo unas comunalidades cualquiera, y a partir de estas se van calculando otras que mejoren el diseño. En un primer paso se calcula la matriz de correlaciones entre las variables. Posteriormente se realiza la medida global de adecuación Kaiser, mediante la cual se calcula correlación entre dos variables, controlando las otras.

5.6.2.- Análisis Cluster.

El Análisis Cluster (A.C.) es un método eminentemente descriptivo, y cuyos principales objetivos son el identificar grupos homogéneos de casos basados en atributos seleccionados, y el clasificar variables en grupos homogéneos. Las razones para el A.C. son: a) simplificar la descripción de

una gran serie de datos; b) investigar algunas hipótesis sobre los datos; c) sugerir una mejor clasificación de ellos (EVERITT, 1972).

Como ya hemos comentado, dentro del A.C., también es posible el agrupar variables. Algo parecido a lo que realiza el A.C.P., pero en el caso de éste, todas las variables participan de alguna manera en los grupos, mientras que en el A.C., su diferenciación es total.

Previamente a la elaboración del A.C. hay que estudiar una serie de aspectos muy importantes. En primer lugar está la selección de las variables a utilizar, y su estandarización, si presentan distintas unidades. En segundo lugar tenemos que elegir que tipo/s de técnica/s utilizaremos. También hay que determinar el número de racimos que vamos a seleccionar. Y por último, decidiremos si se utilizan todos los casos, o se eliminan algunos de ellos.

Se deben utilizar las variables que se consideren relevantes para el tipo de clasificación que se va a elaborar (EVERITT, 1972). Es muy importante tener claros los objetivos del estudio, para así poder escoger las variables más adecuadas. Andreasen y Grove (1982) consideran: 106 síntomas agrupados en 8 escalas, curso de la enfermedad, antecedentes familiares y respuesta al tratamiento. Por su parte, Maes y cols. (1990) utilizan como variables 14 manifestaciones clínicas.

A continuación es preciso una estandarización de las variables, y si el número de variables es muy grande, se puede realizar previamente un A.C.P.. Cuando se trata de variables dicotómicas, se utiliza el cálculo de la distancia de Jaccard: que consiste en el cálculo del cociente, entre dos individuos, entre el número de variables con presencia simultánea en ambos, y el número de variables con presencia en alguno de los dos.

Los casos son agrupados según proximidad mediante dos principales métodos: los aglomerativos y los divisivos. En los primeros, cada vez los grupos son mayores hasta que todos quedan incluidos en un gran grupo; y en el segundo se empieza con el grupo total y se divide hasta que hay tantos grupos como elementos. Las principales métodos descritos son los aglomerativos.

En el *Enlace Simple*, se juntan los más próximos entre si, y posteriormente el más próximo a uno de los del grupo. No ofrece los resultados esperados, porque une clusters diferentes. En el *Enlace Completo*, se unen los grupos calculando la mayor distancia entre los componentes de ellos. Tiene el inconveniente de la excesiva tendencia a formar grupos de igual diámetro y el verse muy distorsionado ante valores atípicos.

En el *Método de Enlace por promedios* se define la distancia entre los grupos como la media de las distancias entre todos los pares de casos, cada miembro del par con cada uno del otro par. Es preferido a los anteriores porque mide la proximidad de todos los componentes del grupo. Tendiendo a producir clusters compactos.

El *Método Centroide* calcula la distancia entre dos grupos como la distancia entre sus medias. Tiene el inconveniente que según se realizan los grupos, cada vez se aproximan más las medias de ellos. En algunos casos se realiza la *Recolocación Interactiva* que consiste en mover a cada sujeto de su racimo y ver si disminuye el cuadrado de la suma de los errores.

Por último, un método muy utilizado en psiquiatría es el de *Ward* o el *Enlace por Mínima Varianza*, en el que las medias de todas las variables son calculadas para cada grupo. Entonces se calcula la distancia al cuadrado de cada caso con la media del grupo. Esas distancias son sumadas para el total de los casos. En cada paso, los dos racimos que se unen son aquellos en los que resulte el incremento más pequeño en la suma total de la raíz cuadrada dentro de las distancias del grupo. Requiere una distribución normal multivariante en las variables a estudio.

Este método tiende a formar racimos de similar tamaño, lo cual es ventajoso en psiquiatría, porque las categorías raras tienen menor utilidad clínica que las más comunes. En algunos casos se han desechado los que no se aproximan lo suficiente al grupo (ANDREASEN y GROVE, 1982). Grove y cols. (1987) también destacan al método de Ward como el más apropiado para recuperar poblaciones en las que se solapan en distribuciones de variables. En cualquier caso, Everitt (1972) propone realizar más de un tipo de análisis cluster, y aceptar como definitivos aquellos grupos que aparezcan en todos los métodos.

Por su parte, Byrne (1978) utiliza la técnica *Divisiva*, que consiste en partir los grupos sucesivamente, utilizando para ello la variable que tiene una más alta correlación con el resto de las variables. En su estudio con pacientes depresivos, las tres variables de partición utilizadas son la anhedonia, estreñimiento e infravaloración.

Otra cuestión es la selección del número de grupos a obtener. Es un problema el determinar donde detener las agrupaciones, hay una regla: "si juntando los grupos más próximos aparece que la raíz cuadrada de la suma de errores aumenta, comparada con la última serie de uniones, no se deben juntar los grupos" (ANDREASEN y cols., 1982).

En el estudio con A.C. de las Depresiones se presentan una serie de problemas que son importantes analizar con detenimiento. Ya Strauss y cols en 1973 realizan un A.C. de 100 pacientes psiquiátricos, y concluyen que los resultados son muy variables en función de los datos y de la elección del tipo de análisis cluster a realizar.

Por nuestra parte, realizaremos un A.C. de los síntomas de la escala CET-DE, para ver como se distribuyen y los que se muestran más próximos entre sí.

5.6.3.- Análisis Logístico.

Es un modelo especial de Regresión Múltiple con varias características: en primer lugar, la variable dependiente no es continua, sino discreta; las variables explicativas pueden ser cuantitativas o cualitativas; y, por último, la ecuación del modelo no es una función lineal de partida, sino exponencial. Esto último es importante, pues constituye un mayor acercamiento a la realidad biológica, ya que la probabilidad de una enfermedad se asemeja más a una curva de tipo sigmoideo que a una recta. Permite, por un lado, cuantificar la relación existente entre las variables independientes y la respuesta; y por otro lado, clasificar (predecir) los individuos en sanos o enfermos, en función de su probabilidad.

		ENFERMEDAD	
		SI	NO
FACTOR DE RIESGO	SI	A	B
	NO	C	D

$$\text{RIESGO RELATIVO} = \frac{A : (A + B)}{C : (C + D)}$$

$$\text{ODDS RATIO} = \frac{A : B}{C : D}$$

El *Riesgo Relativo* es el cociente entre la probabilidad de tener la enfermedad, teniendo el factor, y la probabilidad de tenerla no teniendo el factor de riesgo. Por otra parte, se denomina *Odds Ratio* a la división entre la proporción de enfermos por sano que presentan factor, dividido entre la misma proporción de los que no lo presentan.

En el caso de variables con tres valores, hay elaborar las llamadas *variables ficticias o dummy*, con una variable menos que categorías.

La ecuación de la curva sigmoidea para una sola variable X es:

$$(1) \quad P = \frac{e^{b_0 + b_1 \cdot X}}{1 + e^{b_0 + b_1 \cdot X}}$$

$$(2) \quad \text{Log} \left(\frac{P}{1 - P} \right) = b_0 + b_1 \cdot X_1 + \dots + b_p \cdot X_p$$

La formula (1) representa la ecuación de la curva sigmoidea en el caso de una sola variable predictiva. En la (2) podemos ver la generalización multivariante.

Por lo tanto, la diferencia fundamental entre un Análisis Logístico y un Análisis de regresión lineal, es que en este segundo, los errores representarían pequeños desajustes distribuidos normalmente alrededor de la media. Pero en la Regresión Logística, la distribución es dicotómica, y el modelo proporciona una probabilidad, por ejemplo $P=0.7$, por lo que el error será $1 - p$, es decir 0.3. El procedimiento de ajuste utilizado es el de máxima verosimilitud, de forma que se maximizen las probabilidades.

El *Índice de Wald* es otro método importante para estudiar la importancia de una variable en el método, y es igual a " b : error estándar de b ". Las variables con un *Índice de Wald* > 1.96 , pueden ser conservadas, ya que cada una de ellas contribuye significativamente, por separado, a la probabilidad final.

Por otra parte, se denomina *Variable de Interacción*, cuando la relación entre una variable independiente y la respuesta es distinta según los valores que tome la otra independiente. Por otra parte, un *factor de Confusión* es un factor de riesgo, que aunque no sea el que interesa investigar, está relacionado con él.

En nuestro actual estudio, utilizaremos el Análisis Logístico para valorar la influencia de otras variables sobre la relación entre Hábitat y el síntoma. Como vimos anteriormente, lo que puede plantear más dudas son los síntomas en los que encontramos diferencias significativas respecto al Hábitat y la Clase Social, pues al ser variables con estrecha relación, no sabemos cual de ellas tiene un mayor peso a la hora de determinar estas diferencias.

Para ello dicotomizamos todas las variables independientes (TABLA 5.9), entre las que consideramos variables sociodemográficas, clínicas, y de Interacción. En las primeras incluimos: Sexo, Edad, Hábitat, Clase Social, Nivel Educativo, Cualificación Profesional del Cabeza de Familia y Nivel de Ingresos familiares. Entre las segundas, están el Diagnóstico (DSM-III-R e ICD-9), la Severidad (Total CET-DE y G.A.F.) y el Estrés (Número de Acontecimientos Vitales, Estrés Psicossocial Agudo y Estrés Psicossocial Crónico). Todas ellas están dicotomizadas, excepto la Variable Diagnóstico ICD-9, ya que aparte de las PMD-D y las DN, están las RD, como grupo diferencial a considerar, por lo que se considera una variable *Dumy*.

TABLA 5.9.- DICOTOMIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS LOGÍSTICO.

VARIABLE	VALOR 0	VALOR 1	V. DUMY
SEXO	HOMBRE	MUJER	
EDAD	MENOR DE 50 AÑOS	MAYOR O IGUAL A 50 AÑOS	
HÁBITAT	URBANO	RURAL	
CLASE SOCIAL	BAJA, MEDIA-BAJA	MEDIA, MEDIA-ALTA Y ALTA	
NIVEL EDUCATIVO	ANALF., LEER Y ESCR.	PRIMARIOS, BACHILL., LICENC.	
C.PROFESIONAL C.F.	NO CUALIF. Y SEMICUAL.	CUALIF., TEC.MED., PEQ.PROP., GRANDES PROPIET. Y ALTOS FUNC.	
INGRESOS FAMILIARES/MES	INFERIORES AL 100 MIL	SUPERIORES O IGUALES A 100 MIL	
DIAGNOSTICO DSM-III-R	D.M. Y T.B.	DISTIMIAS Y NO ESPECIFICADOS	
DIAGNOSTICO ICD-9	PMD-C., PMD-D.	D.N.	R.D.
PUNTUACIÓN TOTAL CET-DE	66-145	146-175	176-225
E.GLOBAL ACTUAL	AUSENCIA Y TRANSITOR.	LEVES, MOD., GRAVES Y PSICÓT.	
NUMERO DE A.VITALES	AUSENTES	UNO O MAS DE UNO	
ESTRÉS PSICOSOC.AGUDO	NO DATOS O AUSENTE	LEVE, MOD., GRAVE O EXTREMO.	
ESTRÉS PSICOS.CRÓNICO	NO DATOS O AUSENTE	LEVE, MOD., GRAVE O EXTREMO.	

D.M. - DEPRESIÓN MAYOR; T.B.- TRASTORNO BIPOLAR; D.N. - DEPRESIÓN NEURÓTICA; R.D.- REACCIÓN DEPRESIVA; PMD-C - PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA CIRCULAR; PMD-D - PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA DEPRESIVA

Una vez seleccionadas las variables, se elabora un Análisis Logístico tomando como variable dependiente cada uno de los síntomas elegidos, y aplicamos el método de *Backward de Wald*. Es decir, Sucesivamente se van eliminando variables del modelo, hasta que permanezcan las más significativas. Esta técnica es correcta para eliminar variables que, introducidas inicialmente en el modelo, tienen una aportación escasa a la variabilidad del síntoma.

No obstante, debemos hacer varias puntualizaciones: en primer lugar, el modelo no trata de cuantificar como las variables finales influyen sobre el síntoma; es decir en que medida influye una más que las otras. Por el contrario, recoge las variables que, de forma significativa, más aportan para la explicación del síntoma, eliminando las menos relevantes. Por lo tanto, no tratamos de conocer hasta que punto influye el Hábitat o la Clase Social, sino cual de ellas es más importante, o si lo son las dos. Final-

mente, lo que nos interesa es conocer si los síntomas que nos quedan en el modelo predicen de forma significativa la presencia-ausencia del síntoma, y hasta que punto hemos perdido información al eliminar las otras variables.

Esto es esencialmente lo que buscamos, es decir, las variables que realmente se asocian con la presencia del síntoma, y principalmente las que podemos eliminar por su menor importancia en este sentido. Dada la estrecha relación entre Hábitat y Clase Social (Rural-Baja y Urbano-Alta), este tipo de análisis nos será muy útil para conocer si las diferencias encontradas en función del Hábitat, pueden justificarse más bien por otras variables, como la Clase Social.

Por otra parte, no tiene sentido el cálculo del Odds Ratio, puesto que no consideramos variables de Interacción o de Confusión; y porque en el modelo final se han eliminado variables, que aunque influyan escasamente en el síntoma, deberían tenerse en cuenta en el Análisis Multivariante, para el cálculo del riesgo.



5.7.- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las principales bases de datos, intentando que esta fuera lo más amplia posible.

En la base Medline se utilizaron las palabras claves: "Depressive Syndrome or Depressive Symptoms". Con estos términos encontramos entre 150 y 200 artículos por año, de los que seleccionamos los que podían ser de interés para nuestra investigación. Por otra parte, también seleccionamos artículos con los términos: "Depression and Socioeconomic Factors". En este caso nos encontramos con menos de medio centenar por año. Debemos destacar que el término *Socioeconomic factors*, en el árbol de términos de la base Medline, engloba a una serie de términos relacionados con nuestro estudio. La búsqueda se realiza desde el año 1987 hasta la actualidad. A continuación detallamos los artículos encontrados, en cada año, según las palabras claves utilizadas (TABLA 5.10). Por otra parte se realiza una búsqueda bibliográfica en una base de datos de la Facultad de Psicología de Santiago de Compostela: *PSICLYT*. En esta ocasión se utiliza el término "Depression", obteniendo un total de 954 los artículos.

TABLA 5.10.- PALABRAS CLAVE DE LA BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS MEDLINE, Y NUMERO DE ARTÍCULOS / AÑO.

AÑO	DEPRESSION AND SOCIOECONOMIC FACTORS	DEPRESSIVE SYNDROME OR DEPRESSIVE SYMPTOMS
1987	23	102
1988	30	131
1989	37	161
1990	33	219
1991	27	171
1992	39	236
1993	53	234
1994	36	165
1995 (*)	32	44

(* - ENERO-AGOSTO)

Tanto en los seleccionados por el Medline, como por esta base de datos, se revisan los artículos, excluyendo los que claramente no tienen relación con nuestro trabajo. Posteriormente se revisaron el resto de las publicaciones, incluyendo en nuestro estudio las que podrían suponer alguna aportación.

Asimismo también se utilizaron Bases de Datos disponibles en el Rectorado de la Universidad de Santiago de Compostela. De entre ellas destacar la *Eric*, en la que se buscaban los artículos en los que se citaban los principales trabajos, y los más antiguos, de nuestro estudio. A continuación se citan los autores y año de los cuales se solicitó búsqueda: SCHWAB, 1967-b; BAGLEY, 1973; COMSTOCK, 1976; ; BEBBINGTON, 1991; STEELE, 1978; WEISSMAN, 1978; BROWN, 1980 y AYUSO, 1981.

Finalmente, también se revisaron algunas Tesis Doctorales, relacionadas o bien con la Escala CET-DE, y el trabajo de investigación de su puesta en marcha; o bien, trabajos epidemiológicos realizados en Galicia, que como ya comentamos, es el medio donde se desarrolla nuestro estudio:

TABLA 5.11.- TESIS DOCTORALES REVISADAS.

AUTOR	AÑO LECTURA	TITULO
MATEOS, R. Y RODRIGUEZ, A.	SANTIAGO, 1989	ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIATRICA EN LA COMUNIDAD GALLEGA.
ABRIL GARCÍA, A.	MADRID, 1987	VALIDACIÓN DE LA DIMENSIÓN DISCOMUNICACIÓN DEL CET-DE.
ALONSO SANMARTIN, C.	MADRID, 1986	FUNDAMENTO TEÓRICO PARA UN MODELO TETRADIMENSIONAL DE LA DEPRESION.
MARÍN DEL MORAL, M.	MADRID, 1989	DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DE ASPECTOS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CET-DE.
PÁRAMO FERNÁNDEZ, M.	SANTIAGO, 1995	INTERACCIÓN DEL ESTRÉS SOCIAL Y APOYO SOCIAL CON PATOLOGÍA PSÍQUICA EN EL ESTUDIO COMUNITARIO DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIATRICA DE GALICIA.

5.8.- ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE OPERATIVO DE CLASE SOCIAL, ADAPTADO A LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

En nuestro estudio nos encontramos con algunas dificultades a la hora de elaborar la estratificación social. En primer análisis, ya observamos las diferencias entre la muestra rural y la urbana, y si en esta última, los indicadores de clase se encuentran distribuidos entre todos los estratos, en aquella, las diferencias son menores. Por ejemplo, en el medio rural, en la mayoría de los casos la ocupación del cabeza de familia suele ser la agrícola, y respecto al nivel educativo, no suelen tener terminados los estudios primarios. Esto no quiere decir el que no existan diferencias de clase, sino más bien, el que estos indicadores exclusivamente no son suficientes. En este sentido, podemos decir que en el medio agrícola gallego, el nivel social lo aporta principalmente la tierra, y lo que esta conlleva, como el estar o no mecanizado, o el tener un mayor o menor número de vacas.

Es por esto, que en la recogida de datos se toman una serie de variables socioeconómicas, que posteriormente nos servirán para valorar nuestra Clase Social Elaborada, y que como se puede observar, la mayoría de ellas están enfocadas al medio rural

Por otra parte, en la Galicia marinera, el abanico es más amplio, yendo desde el pescador de bajura autónomo, con su pequeña embarcación y escasos ingresos, hasta el pescador de alta mar o el mercante, con superiores ingresos, y un más aceptable nivel de vida.

Como ya comentamos en la revisión conceptual, para elaborar un indicador de Clase Social, se prefieren las escalas *multidimensionales*. En este sentido, las tres principales variables son: nivel educativo del paciente, los ingresos familiares brutos mensuales y la profesión del cabeza de familia. Por otra parte, también nos parece más adecuado el seleccionar una escala *discreta*, en vez de continua.

La Profesión del Cabeza de Familia se considera el parámetro más importante en la cuantificación de la Clase Social, pero en nuestro caso es aconsejable el usar los tres indicadores comentados. Tenemos un elevado número de agricultores y pescadores, por lo que si considerásemos únicamente la profesión, la discriminación sería escasa. En este sentido, ya Domingo y Marcos (1989) citan a los agricultores como uno de los grupos que podría plantear dificultades al utilizar su escala. Por otra parte, al considerar los ingresos, ya tenemos en cuenta la situación laboral del individuo, y la posibilidad de un trabajo remunerado por parte de la esposa u otro miembro de la familia. Finalmente, hay que recordar, que en determinados medios, el nivel educativo es un marcador de estatus social más importante que los ingresos.

Los grupos profesionales se realizan a partir de los criterios referidos por Domingo y Marcos (1989) para la elaboración de la Clase Social mediante la ocupación, según la distribución de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (TABLA 10.16). No obstante, para adecuar la clasificación a la muestra, conviene comentar algunas modificaciones realizadas. En principio, no todos los agricultores se engloban en el mismo apartado. En este sentido, los que posean tractor serán incluidos en el grupo de trabajadores manuales cualificados (IV-A), y los que no, en el de semicualificados (IV-B).

El tener tractor supone unos mayores ingresos, un mejor nivel educativo y unos conocimientos básicos, necesarios para su mantenimiento y manejo.

Otro grupo que plantea dificultades es el de los propietarios de un pequeño negocio como es un bar. En la clasificación se incluirían en el apartado II: propietarios de empresas y establecimientos. Considero que según las características locales de estos negocios: espacio reducido, atendidos por la propia familia, que requieren una limitada inversión y proporcionan escasos recursos, se distancian de este grupo. Por lo tanto nos parece más propio incluirlos en el grupo III, y pensamos que representan un estatus más elevado que los asalariados cualificados del grupo IV, pues lo ingresos, en general son superiores en aquellos.

TABLA 5.12.- GRUPOS REALIZADOS DENTRO DE LAS TRES VARIABLES UTILIZADAS PARA OBTENER LA C.S. ELABORADA.

<u>N. EDUCATIVO</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>RENTA (FAM./MES)</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
1.- LICENCIATURA MEDIA O SUPERIOR	(9)	6.4	1.- SUPERIOR 300 MIL	(5)	3.6
2.- BACHILLER-COU	(11)	7.8	2.- 150-299 MIL	(29)	20.7
3.- ESTUDIOS PRIMARIOS	(32)	22.8	3.- 100-149 MIL	(29)	20.7
4.- SABER LEER Y ESCRIBIR	(67)	47.8	4.- 55-99 MIL	(43)	30.7
5.- ANALFABETOS	(21)	15.0	5.- INFERIOR 49 MIL	(34)	24.3

<u>OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
1.- GRUPO I..... Directivos de la Administración y de las Empresas. Altos Funcionarios. Profesionales Liberales. Técnicos Superiores.	(2)	1.4
2.- GRUPOS II Y III..... II.- Directivos y Propietarios-Gerentes del Comercio y de los Servicios Personales. Otros Técnicos (No Superiores). Artistas y Deportistas (9) III.-Cuadros y Mandos Intermedios. Administrativos y Funcinarios en general. Personal de los Servicios de Protección y Seguridad (15)	(24)	17.1
3.- GRUPO IV-A..... Trabajadores Manuales Cualificados de la Industria, Comercio y Servicios. Idem del Sector Primario.	(62)	44.3
4.- GRUPO IV-B..... Trabajadores Manuales Semicualificados de la Industria, Comercio y Servicios. Idem del Sector Primario.	(39)	27.8
5.- GRUPOS V Y VI..... V.-Trabajadores No Cualificados. (5) Vi.- Otros (Miembros del Clero y las Fuerzas Armadas). Mal Especificado. No Consta. (8)	(13)	9.3

PUNTUACION CLASE SOCIAL ELABORADA =
 (RANGO 3-15) + N. EDUCATIVO (1 - 5)
 + RENTA (1 - 5)
 + C. PROFESIONAL C.FAMILIA (1 - 5)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENRTE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS. EN CURSIVA PUNTUACIÓN CORRESPONDIENTE PARA CADA VARIABLE; EN NÚMEROS ROMANOS C.SOCIAL SEGÚN OCUPACIONES DE DOMINGO Y RAMOS (1989).

Por lo tanto, elaboramos la Clase Social a partir de las tres variables citadas, ya que consideramos que es lo que más estrechamente describe las características de la población a estudio. Estos tres factores se puntúan entre uno y cinco según se detalla en la Tabla 5.12, de la suma de las tres variables se obtiene en cada individuo la puntuación total, realizando posteriormente los cinco grupos (FIGURA 5.2.). En lo sucesivo, siempre que citemos la variable Clase Social, nos estaremos refiriendo a la Clase Social Elaborada.

Finalmente, debemos destacar que el Profesor Pérez Vilariño, Catedrático de Sociología de la Facultad de Económicas de Santiago, supervisó el proceso de elaboración de la Clase Social, considerándolo tanto meteorológicamente correcto, como adecuado para nuestro estudio

VI - RESULTADOS





VI - RESULTADOS.

Para la exposición de los resultados realizamos cuatro grandes apartados teniendo en cuenta las características eminentemente descriptivas de esta Tesis. Los dos primeros se centran en la Descripción de las características Socioculturales y Clínicas de la muestra. En un tercer punto, nos centramos en la relación entre las variables clínicas y sociales, como parte esencial del estudio. Y por último, valoramos la posible modificación de estos resultados en función de la presencia-ausencia de Estrés Psicosocial.

6.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIOCULTURALES.

En el análisis descriptivo de los aspectos sociales, en primer lugar estudiamos el Hábitat y la Clase Social, como las dos variables básicas. A continuación analizaremos la consistencia interna de las variables socioculturales.

6.1.1.- Descripción de la variable Hábitat: diferencias entre las submuestras rural y urbana.

Como ya señalamos anteriormente, la inclusión de un individuo e un Hábitat urbano o rural, depende del lugar donde se recoge el cuestionario, siendo preciso la residencia, durante al menos dos años en el área asignada.

En este aspecto, es necesario el plantearse si las muestras rurales y urbanas son representativas de los distintos Hábitats. Es decir, si realmente existen diferencias en la profesión y en otros índices diversos, como recursos o aspectos aceptados como índices diferenciadores del Hábitat rural y urbano.

Para ello estudiamos la distribución de las variables socioeconómicas recogidas en el estudio en ambas muestras. En primer lugar nos centramos en la ocupación del cabeza de familia, como variable social fundamental, reflejando en la Tabla 6.1. el principal área de ocupación en cada uno de los

cuatro Hábitats. Observamos que prácticamente en la totalidad de los casos, la Ocupación dentro cada Hábitat se corresponde con un modo de vida típico del medio.

TABLA 6.1.- DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA RESPECTO A LAS ÁREAS DONDE SE RECOGIERON LOS CASOS.

	<u>TOTAL</u>	<u>RUR-AGRIC.</u>		<u>RUR-NO AGR.</u>		<u>MARINERO</u>		<u>URBANO</u>	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VIMIANZO	25.7		62		47		-		-
CORCUBION	35.0		35		53		100		-
SANTIAGO	25.0		3		-		-		63
VIGO	14.3		-		-		-		37
<u>TOTAL:</u>	(140)	(34)	24	(32)	23	(20)	14	(54)	39

PORCENTAJES POR COLUMNAS; EN CURSIVA - PORCENTAJES HORIZONTALES; ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

A continuación podemos analizar el sector de la economía al cual se dedica el cabeza de familia (TABLA 6.2), donde se puede ver que entre la población del Municipio de Santiago (82.692 habitantes) destacan los dedicados al sector servicios, algunos estudiantes, y un caso que tiene como principal fuente de ingresos la agricultura. Por último, los casos de Vigo, se reparten entre la Industria y los Servicios. En cualquier caso, todos ellos se consideran como urbanos. Por el contrario, en el medio rural predominan los dedicados a la agricultura, los marineros y los trabajadores de la construcción.

TABLA 6.2.- OCUPACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA EN CADA UNO DE LOS HÁBITATS RURAL Y URBANO.

<u>RURAL</u>		<u>URBANO</u>	
AGRIC.-LABRADOR..	(32)	COMERCIO.....	(18)
MARINEROS.....	(22)	ADMINISTRATIVO...	(14)
CONSTRUCCION.....	(14)	S. SERVICIOS.....	(10)
S / P	(7)	CONSTRUCCION.....	(4)
ADMINISTRATIVO....	(2)	LABRAD.-MARIN....	(5)
OTROS.....	(4)	OTROS.....	(1)
<u>TOTAL</u>	(81)	<u>TOTAL</u>	(52)

VALORES ABSOLUTOS.

Por último, si lo que analizamos son otras variables sociales, como tener vehículo propio, teléfono, el número de grifos en la vivienda o disponer de asfaltado y/o alcantarillado en la vía pública, podemos ver que las diferencias también son muy significativas en todas ellas (FIGURA 6.1). En todos los casos, los urbanos tienen mayor disponibilidad de estos servicios que los del medio rural.

En resumen, estos datos nos indican claramente las diferencias existentes entre los individuos rurales y urbanos. Y que tanto en la ocupación, como en la disponibilidad de recursos, podemos decir que ambos grupos son representativos de dos tipos de culturas distintas: la urbana, la cual muestra escasas diferencias con otras ciudades medias occidentales; y la rural, más tradicional, y en la que lentamente se van introduciendo una serie de aspectos propios de sociedades modernas.

6.1.2.- Descripción de un Índice Operativo de Clase Social.

En la muestra predominan las Clases Sociales media-baja (44%) y media (35%), con igual proporción entre la media-alta y la baja (9%), y una representación muy escasa de la Clase Alta (3%). Como es de esperar, la Clase Social muestra una relación muy estrecha con las tres variables con las que se elaboró: Profesión del Cabeza de Familia ($r=.6558$; $p< .001$), Nivel Edu-

cativo ($r=.7335$; $p<.001$) e Ingresos ($r=.5056$; $p<.001$), tanto para la muestra rural, como la urbana (TABLA 6.3).

TABLA 6.3.- DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE CLASE SOCIAL ELABORADA Y EL N.EDUCATIVO, LA PROFESIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA Y LOS INGRESOS FAMILIARES, EN LAS POBLACIONES RURAL Y URBANA.

C.SOCIAL:	URBANO				RURAL			
	IyII	III	IV	V	IyII	III	IV	V
<u>N. EDUCATIVO:</u>								
				***				**
UNIVERSITARIOS	50	4	0	0	0	0	0	0
BACHILLER	38	8	0	0	0	9	2	0
PRIMARIOS	13	54	27	0	100	35	8	0
LEER Y ESCRIBIR	0	31	73	0	0	48	72	36
ANALFABETOS	0	4	0	100	0	9	18	64
<u>PROFESIÓN DEL C.F.:</u>								
				***				***
DIRECTIV-PROFES.	50	8	0	0	100	0	0	0
ADM-INTERM	31	23	0	0	0	13	2	0
MAN. CUALIFIC.	18	62	45	0	0	74	42	0
MAN SEMICUAL.	0	8	18	50	0	13	50	55
MAN. NO CUALIF.	0	0	36	50	0	0	6	45
<u>RENTA FAMILIARES / MES:</u>								
				***				***
> 300	31	0	0	0	0	0	0	0
200-299 MIL	13	8	0	0	100	4	0	0
150-199 MIL	44	39	9	0	0	22	0	0
100-149 MIL	13	50	0	0	0	48	6	0
50-99 MIL	0	4	55	100	0	26	60	0
< 49 MIL	0	0	36	0	0	0	34	100
<u>TOTAL:</u>	(16)	(26)	(11)	(2)	(1)	(23)	(50)	(11)

PORCENTAJES POR COLUMNAS; ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS; $P \leq .0001$ - ***, $P \leq .001$ - **.

En el apartado 6.1.3 analizaremos la distribución del resto de las variables sociales con respecto a la Clase Social, y en resumen, podemos decir que existen diferencias significativas con respecto al Hábitat, la Profesión del Cabeza de Familia, la Profesión del Paciente, el Estado Civil, la Clase Social Subjetiva y la Religión.

No obstante, estudiando la distribución de la Clase Social en cada uno de los medios urbano y rural. Nos encontramos con que el Nivel Educativo, la Profesión del Cabeza de Familia, los Ingresos y la Clase Social Subjetiva muestran una distribución similar en cada Hábitat, y en ambos estadísticamente significativa. Por el contrario, si analizamos la edad y el estado civil, las diferencias aparecen sólo en la muestra urbana, no en la rural: encontramos que los más jóvenes y los solteros tienen una Clase Social más alta, lo que también sucede en la muestra global. Por último, el Sexo no ofrece diferencias significativas, con respecto a la Clase Social, en las muestras rural y urbana.

Hay otra serie de indicadores socioeconómicos que ayudan a validar la Clase Social Elaborada. Así, encontramos una relación significativa entre

Clase Social y el poseer automóvil, el número de grifos de la vivienda, el poseer teléfono en el domicilio, el residir en una zona asfaltada y alcantarillada, número de personas que aportan dinero o número de dormitorios de la vivienda. Todos los entrevistados disponían de energía eléctrica, procedente de la red, en su domicilio (TABLA 6.4).

Como ya comentamos anteriormente, en la muestra rural nos encontramos con un grupo muy homogéneo tanto en Nivel Educativo, como en Cualificación Profesional, aunque no tanto respecto a los Ingresos. Por ello, tomamos otros indicadores de Clase Social más específicos de este grupo, en el cual nos encontramos que una gran mayoría está incluido en la Clase Social media-baja (79%). Por lo tanto, realizando el Índice de Correlación en la muestra rural, vemos que la Clase Social se relaciona de forma significativa con: el número de vacas ($r=-.6395$, $p<.001$) y de ferrados de terreno ($r=-.6480$, $p<.001$). Finalmente, también encontramos asociación ($p=.0311$) entre Clase Social y el poseer tractor: en la Clase III, todos lo poseen, y en la Clase V, ninguno (Clase Social IV, el 54%). En resumen, se confirma la validez de la Escala de Clase Social Elaborada para el medio rural.

TABLA 6.4.- DISTRIBUCIÓN DE OTRAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS RESPECTO A LA CLASE SOCIAL ELABORADA, EN CADA UNO DE LOS HÁBITAT RURAL / URBANO.

C. SOCIAL:	URBANO				RURAL					
	IyII	III	IV	V	IyII	III	IV	V		
<u>VEHÍCULO PROPIO:</u>	94	73	36	0	**	100	52	46	0	
<u>TELÉFONO PROPIO:</u>	94	77	73	0	*	100	56	27	10	*
<u>V.P. ASFALTADA:</u>	94	100	73	50	*	100	89	44	33	**
<u>V.P. ALCANTARILLADA:</u>	100	100	82	100		100	72	37	33	*
<u>Nº DE GRIFOS:</u>					**					
MAS DE CUATRO	75	69	20	0		0	26	22	0	
TRES-CUATRO	25	31	60	100		100	48	42	18	
MEMOS DE DOS	0	0	20	0		0	26	36	82	
<u>PERSONAS CON INGRESOS:</u>										**
MAS DE DOS	25	4	9	0		0	39	12	0	
DOS	56	58	46	0		100	22	54	18	
UNA	19	39	46	100		0	39	32	64	
NINGUNA	0	0	0	0		0	0	2	18	
<u>Nº DE DORMITORIOS:</u>										*
MAS DE TRES	44	35	27	0		100	61	64	27	
TRES	25	50	46	50		0	30	22	18	
MENOS DE TRES	31	15	27	50		0	9	14	55	
<u>TOTAL:</u>	(16)	(26)	(11)	(2)		(1)	(23)	(50)	(11)	

PORCENTAJES POR COLUMNAS, O DE PRESENCIA EN CADA HÁBITAT; ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS
 P <= .01 - **; P <= .05 - *.

Por otra parte, podríamos plantear si la Clase Social Subjetiva sería útil en nuestro estudio para construir la Clase Social Elaborada. Debemos tener en cuenta que estamos estudiando a pacientes deprimidos, lo que les puede llevar, de alguna manera, a distorsionar una situación real. Por otra parte, en la bibliografía revisada, no se cita la Clase Social Subjetiva entre los indicadores fundamentales de clase.

Por lo tanto, consideramos que la variable Clase Social Elaborada es satisfactoria, ya que se correlaciona de forma clara con todas las variables socioeconómicas recogidas en el estudio, tanto para el medio urbano como para el rural.

6.1.3.- Descripción de las variables sociodemográficas: Sexo, Edad Hábitat, Clase Social, Nivel Educativo, Ingresos, Cualificación Profesional del Paciente y del Cabeza de Familia, Estado Civil y Religión.

A continuación realizamos la descripción de todas estas variables, considerando como *dependientes* al sexo, edad, Hábitat y Clase Social (TABLA 10.17).

Como ya comentamos anteriormente la proporción entre **sexos** es de 1:2.8; y con respecto a esta variable, sólo destacar un mayor porcentaje de analfabetos entre las mujeres (20 vs 0), sin encontrar marcadas diferencias en el resto de los Niveles Educativos. También observamos la mayor tendencia a ser Católicas Practicantes las mujeres.

La media de **edad** de la muestra es de 48.5 años, con un predominio de los comprendidos entre los 40-49 años en ambos sexos. La relación inversa entre Edad e Indicadores de Clase es significativa, con medias de edad más elevadas entre los individuos de menor Nivel Educativo, Cualificación Profesional y Clase Social. Finalmente, como era de esperar, también muestran una mayor media de Edad los no solteros y los pacientes mayor religiosos.

Por otra parte, analizando la variable **Hábitat** se puede observar unos estratos más elevados en los urbanos al considerar las variables: Nivel Educativo, Cualificación Profesional del Paciente y del Cabeza de familia, Ingresos, Clase Social y Clase Social Subjetiva. Por otra parte, también hay un mayor porcentaje de Católicos No Practicantes entre los urbanos.

Finalmente, la **Clase Social**, como ya comentamos anteriormente, se relaciona de forma muy significativa con la Edad y el Hábitat: con superiores porcentajes en las Clases más altas, tanto en los individuos más jóvenes, como en los urbanos (FIGURA 6.2). Con respecto al Estado Civil, los casados tienden a presentar unos niveles más altos, así como los Católicos No Practicantes, con respecto a los practicantes. Finalmente, como era de esperar, la Clase Social se relaciona estrechamente con todos los Indicadores de Clase, tanto los utilizados para su elaboración, como el resto.

En conclusión, vemos que las variables Hábitat y Clase Social, en cierto sentido se solapan, de forma que los rurales y las Clases inferiores presentan características similares: mayor Edad, Indicadores de Clase más bajos, y mayor Religiosidad. Los urbanos, por el contrario, se muestran con mayor Nivel Socioeconómico, más jóvenes y con menor Religiosidad, observándose en este grupo los escasos individuos que no son católicos.

6.1.4.- Análisis de la consistencia interna de las variables sociodemográficas, mediante Análisis de Componentes Principales.

Dado que las variables Hábitat y Clase Social están estrechamente relacionadas, antes del análisis de las diferencias clínicas en función de ambas, debemos saber hasta que punto se diferencian. Para ello, elaboramos un Análisis de Componentes Principales con las variables sociodemográficas: Sexo, Edad, Clase Social, Hábitat. Nivel Educativo. Cualificación Profesional de Cabeza de Familia y del Paciente, Ingresos Familiares/Mes y Clase Social Subjetiva.

En la Tabla 6.5 aparecen los *Eigenvalues* y el porcentaje de variabilidad de los distintos factores, y podemos ver que el primero de ellos, y en menor grado el segundo y tercero, son los que explican la mayor parte de la variabilidad. La solución más válida es la rotada que se detalla a continuación.

TABLA 6.5.- ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

	EUGENVALUE	%	% ACUMULADO
FACTOR 1	3.77438	41.9	41.9
FACTOR 2	1.31940	14.7	56.6
FACTOR 3	1.07053	11.9	68.5
FACTOR 4	0.80475	8.9	77.4
FACTOR 5	0.65991	7.3	84.8
FACTOR 6	0.54152	6.0	90.8
FACTOR 7	0.38852	4.3	95.1
FACTOR 8	0.29381	3.3	98.4
FACTOR 9	0.14718	1.6	100

En la Tabla 6.6 describimos la *Comunalidad*, o la contribución de los factores en la variabilidad de cada una de las variables. Podemos ver que principalmente explican, y en orden descendente de importancia: la Edad, la Clase Social, el Nivel Educativo, el Sexo, la Profesión del Paciente, la Profesión del Cabeza de Familia, los Ingresos Familiares / mes y el Hábitat.

TABLA 6.6.- ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: COMUNALIDAD DE CADA UNA DE LAS VARIABLES

VARIABLES	COMUNALIDAD
Edad	.86069
Clase Social	.84247
Nivel Educativo	.74960
Sexo	.74089
C. Profesional Paciente	.71119
C. Profesional Cab.Familia	.65331
Clase Social Subjetiva	.61661
Ingresos Familiares / mes	.49679
Hábitat	.49276

Por último, detallamos el coeficiente de correlación de cada una de las variables respecto a los tres factores considerados (TABLA 6.7). En el factor 1, claramente se representa la Clase Social, con la Clase Social, y la Clase Social Subjetiva y la Cualificación Profesional del Cabeza de Familia como principales variables. El Hábitat influye de forma similar a la profesión del paciente y el Nivel Educativo. Por su parte, en el factor 2, se explica fundamentalmente por las variables Edad, Nivel Educativo, Clase Social y Cualificación Profesión del paciente. Por último, el tercer factor

representa al Sexo, la Profesión del Paciente, la del cabeza de familia y el Nivel Educativo.

TABLA 6.7.- ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (MATRIZ ROTADA).

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3	
C. Social	.78227	Edad	.92686	Sexo	.85364
C.Soc. Subjetiva	.78219	N. Educativo	-.67615	C.Prof. Paciente	-.66581
C.P. Cab.Famil.	.72667	C. Social	.45365	C.P. Cab. Familia	-.33539
Hábitat	-.69513	C.Prof. Paciente	-.35957	N. Educativo	-.24397
Ingr. Famil./mes	.64077	Ingr. Famil./mes	-.22011	Ingr. Famil/Mes	.19431
N. Educativo	.48256	C.P. Cab.Familia	-.11303	C. Social	.15725
C.Prof. Paciente	.37228	C.Soc. Subjetiva	.06594	Hábitat	.07808
Sexo	.10513	Hábitat	.05882	C.Soc. Subjetiva	.02090
Edad	.04017	Sexo	-.03377	Edad	-.00134

Por lo tanto, podemos observar que si el Primer Factor destaca las variables de Clase Social y el Hábitat; en el segundo es la edad y las variables socioeconómicas relacionadas; y en el tercero es el sexo. En resumen, de nuevo observamos que el Hábitat se correlaciona con la Clase Social, con lo que podemos ver que son variables muy próximas.

6.2.- DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA MUESTRA

En primer lugar, elaboramos un estudio de la sintomatología global de la muestra, para posteriormente observar su distribución respecto a las principales variables clínicas: Grupo Nosológico, Severidad de la Depresión y Tiempo de Evolución. A continuación analizamos la frecuencia de otras variables clínicas y evolutivas como: Antecedentes Psiquiátricos, Somáticos y Familiares y Estrés Psicosocial. Finalmente se realiza un Análisis Cluster de la sintomatología recogida en el cuestionario CET-DE.

6.2.1.- Perfil sintomatológico de la Población.

En primer lugar se detallan los síntomas recogidos en la escala CET-DE según frecuencia de presentación (TABLA 10.18): Astenia, Tristeza y Desinterés se presentan como los más frecuentes, seguidos de Pesimismo, Anhedonia, Ansiedad y Susceptibilidad. Todos ellos aparecen en más del 90% de los pacientes. Por el contrario, son los síntomas menos frecuentes: Ideas de Suicidio, Hipersomnia, Dispepsias, Estreñimiento/diarrea y Déficits Sensoriales. Podemos observar que así como los primeros se pueden considerar síntomas típicos de las Depresiones, los últimos, excepto las Ideas de Suicidio y el Estreñimiento, son atípicos.

En la misma tabla se indica el grupo al que pertenece cada síntoma, destacando de entre los Síntomas puramente *Afectivos*: Tristeza, Desinterés, Anhedonia, Ansiedad y Susceptibilidad, Tendencia al llanto y Sufrimiento; en los *Cognitivos*, además del Pesimismo, están la Excesiva preocupación y la Rumiación de ideas; los Síntomas *Somáticos* aparecen con menor frecuencia, y además de la Astenia, destacan el Insomnio y las Cefaleas; de entre los *Conductuales*, son más frecuentes la Inactividad y la Tendencia al aislamiento. Y por último, de los síntomas que afectan al área de la *Ritmicidad*, los más frecuentes son los Cambios anímicos a lo largo del día, el predominio de Ideas del pasado y la Ausencia de pensamientos respecto al futuro.

En la Tabla 10.18 también aparecen varios síntomas que no se consideran en la escala CET-DE, como: Cambios en la Psicomotricidad, Estreñimiento y Pérdida de peso, por lo que se estudian a partir de los datos obtenidos de la escala de Zung-Conde, y del Patrón Melancólico del DSM-III-R. En la cuantificación de los Cambios de la Psicomotricidad, tenemos la presencia de Agitación-Inquietud en un 21.4%, y de Inhibición-Retardo en el 12.1%. Por último, si consideramos a las mujeres menores de 50 años (n=55), 19 de ellas (34.5%) presentan un empeoramiento de su sintomatología durante los días premenstruales o menstruales.

Queremos destacar que se realizó un Análisis Factorial de los 64 síntomas de la escala CET-DE, con el fin de obtener una agrupación sindrómica, para su posterior manejo. Debido a la escasa correlación entre los síntomas, el número de Factores seleccionados, para que fueran representativos de la muestra, era muy elevado (22 factores), por lo que se descartó esta posibilidad como Análisis previo.

En este punto, podemos hacer un análisis de la concordancia entre las puntuaciones de la Escala de Zung y CET-DE en ítems que valoran el mismo síntoma. En ambas escalas consideramos el síntoma como Presente / Ausente, eliminando algunos casos en que el paciente obtuvo puntuaciones intermedias. En la Tabla 6.8 presentamos los Índices de Correlación de Pearson, con su significación estadística, y el Parámetro Kappa. Como podemos ver, existe una alta correlación entre las dos escalas, con clara significación estadística. Por su parte, el Parámetro Kappa también se considera como bueno o excelente en todos los casos.

Finalmente, podemos decir que la falta de unanimidad observada en algunos casos, se debe a las diferencias semánticas entre los ítems, los cuales, aún interrogando sobre el mismo síntoma, lo hacen de distinta forma o con distinta amplitud. Por ejemplo, el síntoma Inquietud/Ansiedad, mientras que en la Escala de Zung se plantea: "Me siento agitado e intranquilo, y no puedo estar quieto"; el CET-DE pregunta: "¿Tiene sentimientos de inquietud, ansiedad o miedo?".

TABLA 6.8.- GRADO DE ASOCIACIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN DE E. ZUNG Y CET-DE EN ÍTEMS SIMILARES.

	ÍTEM ZUNG	ÍTEM CET-DE	r=		KAPPA
Empeoramiento Matutino	2	55	.4522	**	.4774
Tendencia al Llanto	3	5	.8166	**	.9070
Insomnio	4	50	.5196	**	.6295
Anorexia	5	59	.6829	**	.7838
Disminucion Libido	6	34	.6860	**	.6573
Perdida de Peso	7	59	.7203	**	.8010
Estreñimiento	8	32	.6436	**	.6500
Ansiedad / Inquietud	13	4	.4687	**	.4339
Indecisión	16	26	.6639	**	.7224
Sufrimiento	18	6	.4912	**	.5095
Ideación de Muerte	19	20	.6590	**	.7695

P <= .001 - **; KAPPA: >= 0.75 - EXCELENTE; 0.40-0.75 - BUENO; <= 0.40 - BAJO.

6.2.2.- Diagnósticos clínicos según criterios DSM-III-R e ICD-9.

En este apartado revisamos las características de la muestra con respecto a los Diagnósticos Clínicos (TABLA 6.9), encontrando que entre los grupos DSM-III-R predominan Depresión Mayor (D.M.) y Distimia. Por otra parte, hay un pequeño grupo de Trastornos Bipolares (T.B.). Dentro de la D.M., cumplen criterios de Patrón Melancólico (P.M.) el 55.4% de los caso. Como ya comentamos en Material y Métodos, completamos el estudio con la clasificación ICD-9, y este caso, observamos que hay una mayor frecuencia de Depresiones Neuróticas (DN) y Psicosis Maniaco-Depresiva tipo Depresivo (PMD-D).

TABLA 6.9.- DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS DSM-III-R E ICD-9 EN LA MUESTRA TOTAL.

DSM-III-R	%	ICD-9	%	SEGURO PROB.	
D. MAYOR -EPISODIO ÚNICO-	33	PMD DEPRESIVA	28.6	26.0	36.4
D. MAYOR -EPISODIO RECURR-	20				
DISTIMIA -INICIO TARDÍO-	31	D.NEURÓTICA	43.6	43.8	43.2
DISTIMIA -INICIO PRECOZ-	8				
T. BIPOLAR DEPRESIVO	6	PMD CIRCULAR	6.4	8.3	0.0
T. BIPOL NO ESPECIFICADO	1				
		REACCIÓN DEPRESIVA	16.4	15.6	18.2
T. DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	1	NO CLASIFICADA	5.0	6.3	2.3
<u>TOTAL:</u>	(140)	<u>TOTAL:</u>	(140)	(96)	(44)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

Si analizamos la distribución de ambos criterios Diagnósticos respecto a las variables Sociodemográficas (TABLA 10.19), observamos que no hay diferencias en función del Sexo, la Edad, el Hábitat o la Clase Social. Respecto al Eje II, puntúa Indicios de Trastorno de la Personalidad en 43 individuos, sin ofrecer diferencias significativas respecto al Sexo, la Edad, el Hábitat o la Clase Social. Los Ejes III, IV y V, así como otros aspectos de los criterios DSM-III-R se estudiarán posteriormente en otros apartados.

En la Tabla 6.10 presentamos la distribución de los pacientes respecto a ambas clasificaciones, detallando los porcentajes de distribución horizontales y verticales. En primer lugar observamos una alta concordancia entre las Distimias y las D.N.; no obstante, hay 13 pacientes con diagnóstico de D.N. y D.M., de los que probablemente una gran mayoría constituyen el grupo de la Doble Depresión. Como era de esperar, también hay una estrecha relación entre la D.M. y la PMD-D. Finalmente, vemos que las R.D. cumplen con mayor frecuencia criterios de D.M., aunque en otras ocasiones lo son de Distimia.

La relación entre las dos clasificaciones también puede ser vista si estudiamos la presencia de Patrón Melancólico (D.M. de criterios DSM-III-R), con los principales grupos de la clasificación ICD-9 ($p=0.0004$). Observamos que en las PMD-D la mayoría cumple este Patrón (87.5%), y que por el contrario, en las D.N. la presencia es escasa (38.5%). Respecto a las R.D., también muestran en esta ocasión una distribución mixta (47.1%).

Dentro de cada uno de los grupos diagnósticos DSM-III-R, como era de esperar, encontramos distinta distribución de los síntomas medidos con el cuestionario CET-DE (TABLA 10.20). Son significativamente más frecuentes en la Depresión Mayor con patrón Melancólico (DMM): Anorexia, Ideas de muerte, Empeoramiento matutino, Rumiación de ideas, Abandono de los medios de comunicación, Inactividad y Abandono del aseo. Por su parte, en el T.B. son más frecuentes que en el resto: Ideas de suicidio, Clinofilia y Dificultades en la comprensión. Por último, los más frecuentes en las Distimias son: Rumiación de ideas, Excesiva preocupación y Bulimia.

TABLA 6.10-. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE LOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS DSM-III-R RESPECTO A ICD-9.

DSM-III-R:	ICD-9:				TOTAL:
	PMD-D	D.N.	R.D.	NO CLASIF.	
D.M.-E.ÚNICO	(19)	(8)	(14)	(4)	(45)
	<i>42.2</i>	<i>17.8</i>	<i>31.1</i>	<i>8.8</i>	
	47.5	13.1	60.9	57.1	34.4
D.M.-E.RECURR.	(21)	(5)	(3)	(0)	(29)
	<i>72.4</i>	<i>17.2</i>	<i>10.3</i>		
	52.5	8.2	13.0		22.1
DISTIMIA-PRECOZ	(0)	(9)	(2)	(0)	(11)
		<i>81.8</i>	<i>18.2</i>		
		14.7	8.7		8.4
DISTIMIA-TARDÍA	(0)	(38)	(3)	(3)	(44)
		<i>86.4</i>	<i>6.8</i>	<i>6.8</i>	
		62.3	13.0	42.9	33.6
D. NO ESPECIF.	(0)	(1)	(1)	(0)	(2)
		<i>50.0</i>	<i>50.0</i>		
		1.6	4.3		1.5
<u>TOTAL</u>	(40)	(61)	(23)	(7)	(131)
	<i>30.5</i>	<i>46.6</i>	<i>17.6</i>	<i>5.3</i>	

PORCENTAJES COLUMNAS, EN CURSIVA PORCENTAJE POR FILAS, ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

NO SE CONSIDERAN LOS TRASTORNOS BIPOLARES. ($P < .0000$)

Comparando con el resto, no hay ningún síntoma que sea significativamente más frecuente en la Depresión Mayor sin Patrón Melancólico (DMNM), presentando este grupo un patrón mixto entre las Distimias y las D.M.M. (TABLA 10.20). No obstante son menores las diferencias respecto a las Distimias, con sólo diferencias significativas en dos síntomas: Rumiación de ideas y Excesiva preocupación, más frecuentes en las Distimias.

Asimismo, si comparamos la frecuencia de presentación de síntomas en función de la clasificación ICD-9 (TABLA 10.21), encontramos como síntomas más frecuentes en la PMD-D: Anorexia, Ideas de muerte, Insomnio precoz, Tendencia al aislamiento, Cefaleas, Desinterés e Insomnio de mantenimiento. Como más frecuente en las PMD-C están las Ideas de suicidio. Y, por último, en las D.N. y R.D. sólo se presenta con mayor frecuencia la Excesiva preocupación.

En relación a la R.D., también tiene características intermedias entre la PMD-D y la D.N. (TABLA 10.21). Respecto a la primera, la PMD-D muestra una mayor frecuencia en los síntomas: Cefaleas, Ideas de muerte y Molestias torácicas. Por el contrario, en las R.D. aparecen con mayor frecuencia, respecto a las D.N., los síntomas: Insomnio precoz, Insomnio mantenimiento

y Anorexia. Por último, destacar en la R.D. un menor frecuencia de Hipocondriasis, respecto a los otros dos grupos.

También en los cambios en la Psicomotricidad (TABLAS 10.20 y 10.21), encontramos una mayor frecuencia entre las Depresiones de los Trastornos Bipolares, y en menor grado en las D.M.M. y las PMD-D, con mucha menor frecuencia de aparición en el resto de los grupos. En este sentido, no encontramos diferencias importantes si analizamos aisladamente los cambios que suponen Agitación-Inquietud o Inhibición-Retardo.

En resumen, podemos decir que nos encontramos con dos grupos principales, las Depresiones con características Endogenomórficas (D.M.M. y PMD-Depresiva), y las Neurotiformes o Crónicas (Distimias y D.N.); y mientras en las primeras vemos como síntomas más frecuentes: Desinterés, Astenia e Inactividad, en las segundas son: Ansiedad, Preocupación excesiva y Rumiación. Por otra parte, si las comparamos según las dos clasificaciones, observamos que son similares los síntomas que las diferencian del resto de los grupos, y todos ellos se presentan con mayor frecuencia en las primeras, destacando el grupo de síntomas Vegetativos (Anorexia e Insomnio precoz y de mantenimiento), Conductuales (Tendencia al aislamiento, Abandono del aseo, Clinofilia, Inactividad y Desconexión social) y algunos Afectivos (Ideas de muerte y Desinterés).

En este sentido, si profundizamos en las diferencias clínicas en función de las Características Endógenas, y comparamos los síntomas utilizados para aislar las D.M. con Patrón Melancólico con los resultados de nuestro estudio, los hallazgos son interesantes. En la Tabla 6.11 podemos ver claramente que los Cambios en la Psicomotricidad y la Anorexia son los síntomas que más discriminan entre los grupos en ambas clasificaciones; mientras que por el contrario, la Ausencia de reactividad ofrece escasas diferencias. En este sentido debemos recordar que las diferencias de los síntomas entre las D.M.M y las D.M.N.M. tienen una menor importancia, pues es precisamente la presencia de algunos de estos síntomas la que determinan que un caso pertenezca a un grupo u otro.

También aparecen en lugar destacado otra serie de síntomas como las Ideas de muerte u otros de tipo conductual. No obstante, todas estas diferencias deben ser cuantificadas teniendo en cuenta la Severidad del cuadro, lo que haremos en un posterior apartado. Por otra parte, si entendemos que en el primer punto de los criterios diagnósticos del Patrón melancólico, además de referirse al Desinterés, incluye la Anhedonia, observamos que esta no discrimina de forma importante en nuestro estudio, aunque sí presenta una similar tendencia (TABLAS 10.20 y 10.21).

Por último, respecto a las Depresiones Bipolares (TABLAS 10.20 y 10.21), en primer debemos recordar que son escasas en nuestra muestra, por lo que las diferencias en las características clínicas tienen una escasa significación. No obstante, su perfil clínico es similar al de las Depresiones Endogenomórficas, observando en estas últimas una mayor frecuencia de Cefaleas e Hipocondriasis, mientras que en las Bipolares predominan las Ideas de suicidio.

TABLA 6.11.- SÍNTOMAS CON MAYORES DIFERENCIAS ENTRE DEPRESIONES ENDOGENOMÓRFICAS Y NO ENDOGENOMÓRFICAS SEGÚN CLASIFICACIONES DSM-III-R E ICD-9.

ÍTEM: SÍNTOMA	DSM-III-R						ICD-9		
	PM	DMM	DMM	DIST.	(1)	(2)	PMD-D	DN	
Enlentec./Agitación	(*)	61.4	13.3	16.4	****	****	57.5	18.0	****
59: Anorexia	(*)	74.0	25.0	23.6	***	****	67.5	24.6	****
20: Ideas de Muerte		84.0	41.7	43.6	***	****	80.0	47.5	**
40: Aislamiento		90.0	66.7	58.2	*	***	87.5	63.9	**
27: Inactividad		96.0	70.8	70.9	**	***	92.5	73.8	*
49: Abandono del Aseo		84.0	50.0	49.1	**	***	72.5	57.4	*
52: Insomnio Precoz	(*)	78.0	58.3	45.5		***	75.0	44.3	**
22: Desinterés	(*)	100	95.8	80.0		***	100	85.2	*
55: Empeoramiento Matutino	(*)	62.0	16.7	27.3	***	***	50.0	34.4	
45: Desconexión Social		84.0	45.8	61.8	***	*	77.5	60.7	
51: Insomnio Mantenido		82.0	70.8	58.2		**	80.0	55.7	*
9: Cefaleas		83.7	62.5	69.1	*		89.7	67.2	*
37: No Reactividad	(*)	78.0	43.5	67.3	**		72.5	63.9	

PORCENTAJE DE PRESENCIA DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. (*) CRITERIOS P.MELANCÓLICO;

(1) DMM vs DMNM; (2) DMM vs DISTIMIA. $P \leq .0001$ - ****; $P \leq .001$ - ***; $P \leq .01$ - **; $P \leq .05$ - *.

6.2.3.- Severidad del cuadro depresivo.

Como ya comentamos en el apartado Material y Métodos, para medir la severidad del cuadro depresivo utilizamos distintos parámetros. Por una parte, las puntuaciones totales de las escalas de la depresión Zung y CET-D, que denominaremos Escalas *Subjetivas*; y por otra parte el Eje V del DSM-III-R (Valoración Global del Paciente, actual y último año; FIGURA 6.3) y Quinto Dígito o gravedad del cuadro actual, que llamaremos *Técnicas*.

Como se puede observar en las Tablas 10.22 y 10.23, la distribución de ninguna de estas escalas ofrece diferencias significativas si se estudia con respecto al Sexo, la Edad, el Hábitat o la Clase Social.

Por otra parte, si estudiamos las correlaciones entre los cuatro parámetros de severidad, como era de esperar, estas son muy significativas (TABLA 6.12). Destacan por ser más elevadas las correlaciones de las llamadas Escalas *Técnicas* y *Subjetivas* entre sí.

No obstante, como se puede observar en la próxima tabla (TABLA 6.13), la relación entre las Escalas *Técnicas* y *Subjetivas* también son altamente significativas.

En la TABLA 10.24 podemos ver la frecuencia de presentación de cada síntoma (CET-DE), comparando entre los cuadros de menor y mayor severidad, según la puntuación total CET-DE, y la G.A.F.-Actual. Si tratamos de verificar la hipótesis de a mayor severidad de la Depresión, mayor densidad sintomática, vemos que se cumple en la mayoría de los síntomas, pero no en

todos. Esto sucede, por ejemplo en la Hipersomnia, los Déficit sensoriales y las Ideas de suicidio. Por otra parte, hay síntomas en que el aumento es menor de lo esperado: Tendencia al llanto, Molestias abdominales, Culpabilidad por enfermedad, Irritabilidad, Insomnio de conciliación, Cambios anímicos y Bulimia.

TABLA 6.12.- ÍNDICES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LAS VARIABLES QUE MIDEN SEVERIDAD DE LA DEPRESION.

	TOTAL E.ZUNG	G.A.F. (ACTUAL)	5° DIGITO
TOTAL CET-DE	.7012 **	.3475 **	.3651 **
TOTAL E.ZUNG	=	.3157 **	.2897 *
G.A.F. (ACTUAL)	=	=	.6552 **

5° DIGITO SOLO EN D.MAYOR Y T.BIPOLAR; P <= .01 - **; P <= .05 - *.

Por el contrario, respecto a la escala GAF-Actual (TABLA 10.24) vemos que son menos los síntomas que muestran un incremento significativo. En este sentido, es en los síntomas más puros de la Depresión en donde se observan mayores incrementos en su frecuencia de presentación con el aumento de

la Severidad: Inactividad, Tendencia al aislamiento, Ideas de muerte, Clonofilia, Infravaloración, Pesimismo, Indiferencia, Sentimiento de soledad y Anorexia. Finalmente, podemos decir que tanto el grupo de Síntomas Somáticos, como los Vegetativos, muestran menores incrementos con el aumento de la intensidad de la depresión.

TABLA 6.13.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES TÉCNICAS (GAF-ACTUAL Y 5° DIGITO) CON RESPECTO A LAS SUBJETIVAS (TOTAL CET-DE Y E.ZUNG).

	G.A.F. (ACTUAL)					5° DIGITO				
	TOTAL	>= 80	70-79	<= 69		TOTAL	LEV.	MOD.	GRA.	
<u>CET-DE:</u>										
MEDIA	156.8	140.3	164.5	169.3	***	161.9	124.9	166.9	173.4	***
D.TÍPICA	32.5	34.5	23.7	29.5		32.4	41.6	23.1	26.4	
<u>E.ZUNG:</u>										
MEDIA	58.5	55.0	59.0	62.1	**	60.6	52.9	61.6	63.0	**
D.TÍPICA	8.4	8.1	8.1	7.3		8.0	8.9	6.7	7.1	
TOTAL:	(140)	(53)	(44)	(43)		(83)	(14)	(42)	(27)	

ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS; 5° DIGITO SOLO D.MAYOR Y T.BIPOLAR. P <= .001 - ***; P <= .01 - **.

A continuación (TABLA 10.25) seleccionamos los síntomas más frecuentes, tanto en los cuadros de mayor, como en los de menor Intensidad, observando que mientras en los primeros, aparecen con mayor frecuencia de la esperada: Pesimismo, Tristeza, Inactividad y Sufrimiento, en los segundos, predominan Ansiedad y Tendencia al llanto.

A modo de resumen, en la Tabla 6.14, podemos ver los Odds Ratio, entre la frecuencia de presentación del síntoma en los cuadros severos y en los leves, observando que son los Síntomas Afectivos, y algunos de los Cognitivos y de los Conductuales los que mayores diferencias ofrecen. Por el contrario, de nuevo los Síntomas Somáticos aparecen como los que menores diferencias presentan. También llama la atención que la Ansiedad no aparece entre los síntomas con diferencias significativas. Analizando de forma separada los pacientes con Inquietud-Agitación, y al compararlos con respecto a los que presentan Inhibición-Retardo, observamos que no hay diferencias entre ellos. Finalmente, podemos decir que existe una buena concordancia entre ambas escalas.

TABLA 6.14.- INCREMENTO DE LA PRESENCIA DEL SÍNTOMA, POR GRUPOS, AL AUMENTAR LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN.

AFFECTIVOS	(1)	(2)	COGNITIVOS	(1)	(2)	SOMÁTICOS	(1)	(2)	OTROS	(1)	(2)
Tristeza	+++	+++	Pesimismo	+++	+++	Somnolencia	++	+	Inactividad	+++	+++
Anhedonia	+++	+++	Susceptib.	+++	+	Estr/Diarr	++	+	Aislamiento	+++	++
Sufrimiento	+++	++	Rumiación	+++		Desint.Sexo	+	+	Aislam.Soc.	+++	+
Desinterés	+++	+	I.Muerte	++	++	Insom.Conc.	+	+	Clinofilia	+	++
Soledad	+++	+	I.Ruina	++	+	Astenia	+	+	C.Psicometr.	+	++
Incapacidad	++	++	Infraeval.	++	+	Anorexia	+	+	Lamentac.	+	+
Bloq.Afect.	++	+	Bradipsiq.	++	+	Cefaleas	++		Imp.Pasado	+	+
Exc.Preoc.	++	+	Paral.Psiq.	++	+	M.Miembr.	++		No Futuro	+	+
No Reactiv.	+	+	Desconfian.	++	+	Seq.Boca	++		Enl.Tiempo	+	+
Desrealizac.	++		Indecisión	++		M.Torax	++		Irritabilid.	+	
Desesperan.	+		D.Comprend.	++		Bulimia	+		Llanto	+	
Anest.Afect.	+		Indiferenc.	+	+	Malest.Dif.	+		E.Matutino	+	
Camb.Anímico.	+		Hipocondr.	+		M.Abdomin.	+		Aband.Aseo		
Ansiedad			I.Culpa	+		Dispepsias	+				
			Culp.Enferm	+		Insom.Man.	+				
			Amnesia	+		Insom.Prec.	+				
			I.Suicidio		+	S.No Repar.	+				
						Inv. Sueño	+				
						C.Premenst.	+				
						Hipersomnia					
						Def. Sensorial					

(1) - ODDS RATIO DE SEVERIDAD RESPECTO A PUNTUACIÓN TOTAL CET-DE: + ≥ 2 ; ++ ≥ 5 ; +++ ≥ 10 .

(2) - ODDS RATIO DE SEVERIDAD RESPECTO A PUNTUACION G.A.F.-ACTUAL: + ≥ 2 ; ++ ≥ 5 ; +++ ≥ 10 .

6.2.4.- Antigüedad del cuadro depresivo.

El 30.7% de la muestra tiene menos de tres meses de evolución del cuadro depresivo, el 67.8% menos de un año, y sólo el 17% tiene más de dos años. Con respecto a la distribución de las variables Tiempo de Evolución de la Fase Actual y la del Patrón Crónico (TABLA 10.26) observamos escasos datos significativos, destacando el predominio del Patrón Crónico entre los hombres. Por su parte, también se insinúa cierta tendencia al predominio de los cuadros de mayor tiempo de evolución entre los individuos rurales.

En la Tabla 10.27 se detalla la frecuencia de presentación de los síntomas del cuestionarios CET-DE, según la variable Tiempo de Evolución, y como datos más significativos destacamos dos circunstancias. En primer lugar, tres síntomas aumentan su frecuencia a partir de los cuatro meses de evolución (Tendencia la llanto, Culpabilidad por la enfermedad e Ideas de culpa); y por otra parte, los Cambios Anímicos, disminuyen de frecuencia en los cuadros de más de doce meses.

Si comparamos las Depresiones con más de dos años de evolución con el resto, vemos que las diferencias también son escasas, destacando los sínto-

mas Vegetativos (TABLA 10.28). En este sentido, también podemos comparar los pacientes con Patrón Crónico (sólo D.M. y T.B.), observando que síntomas como el Sufrimiento y las Ideas de culpa, aumentan con el tiempo de evolución, y el Déficit sensorial, disminuye (TABLA 10.28).

Por lo tanto, podemos decir que tanto en los aspectos sociales, como en los clínicos, las diferencias observadas en función de la variable Tiempo de Evolución, son escasas.

6.2.5.- Grado de congruencia entre las distintas variables Clínicas.

En primer lugar analizamos las relaciones entre grupos Diagnósticos y Severidad de la Depresión (TABLA 6.15), y como era de esperar, las D.M.M./PMD-D presentan una mayor severidad, y las Distimias/D.N., por el contrario, suelen tener una puntuación inferior en todas las escalas. Por su parte, en lo que a Severidad se refiere, tanto las D.M.N.M. como las R.D. muestran un patrón intermedio; no obstante, las D.M.N.M., parecen estar más próximas a las Distimias.

TABLA 6.15.- DISTRIBUCIÓN DE LOS DISTINTOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS (DSM-III-R E ICD-9) RESPECTO A LA SEVERIDAD DE LA DEPRESION (PUNTUACION TOTAL CET-DE Y E.ZUNG Y G.A.F.-ACTUAL)

	<u>TOTAL CET-DE</u>		<u>TOTAL E. ZUNG</u>		<u>G.A.F. - ACTUAL</u>		
	MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T.	>=80	70-79	<=69
<u>DSM-III-R:</u>							
D.MAYOR-P.M.	173.3	25.8	63.5	6.9	28.0	30.0	42.0
D.MAYOR-NO P.M.	139.2	32.4	57.7	7.9	42.7	37.5	20.8
DISTIMIAS	149.4	31.1	55.3	8.1	49.1	30.9	20.0
T.BIPOLAR	159.6	36.3	57.3	9.2			
	p=.0000		p=.0000				
<u>TOTAL:</u>	160.7	30.1	59.1	8.5	(53)	(44)	(43)
<u>ICD-9:</u>							
P.M.D.-DEPRESIVA	167.5	31.2	62.5	8.9	27.5	32.5	40.0
REACCIÓN DEPRES.	155.9	32.7	59.8	5.0	39.1	30.4	30.4
D. NEURÓTICA	151.7	30.6	54.7	9.0	44.3	34.4	21.3
P.M.D.-CIRCULAR	159.6	36.3	57.3	9.2			
			p=.0054				
<u>TOTAL:</u>	160.7	30.1	59.1	8.5	(53)	(44)	(43)

PARA TOTAL CET-DE Y E.ZUNG: MEDIA Y D.T. DE CADA GRUPO; EN GAF-ACTUAL: PORCENTAJES POR FILAS, (NO CONSIDERAMOS T.B. EN GAF-ACTUAL POR SER MUY POCOS CASOS).

En este sentido, también analizamos si la sintomatología (CET-DE) que muestran diferencias significativas en función del grupo diagnóstico (Distimias y D.M.M.) mantienen éstas al variar la intensidad de la depresión. En un primer análisis vemos que es en los cuadros de inferior y media intensidad (G.A.F) en donde las diferencias de presentación de los síntomas son más importantes, mientras que en los cuadros más severos, estas se atenúan (TABLA 6.16). No obstante, la Bulimia sólo predomina en las Distimias en los cuadros mediana y alta intensidad, y es en los cuadros leves en donde las diferencias apenas existen. Por lo tanto, de esta tabla podemos concluir, que hay diferencias entre las Depresiones Endógenas y no Endógenas que no se explican únicamente por la distinta severidad de estas Depresiones; y que, en general, estas diferencias son más evidentes en los cuadros menos severos, ya que al agravarse la Depresión, las características de ambas se hacen similares.

TABLA 6.16.- SÍNTOMAS DEL CUESTIONARIO CET-DE CON DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DIAGNÓSTICOS, EN FUNCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL CUADRO DEPRESIVO (G.A.F.).

G.A.F. - ACTUAL:	<= 69		70 - 79			>= 80	
	DM.M	DIST.	DM.M	DIST.		DM.M	DIST.
Id.Muerte	100	72.7 *	80.0	41.2 *		64.3	33.3
Anorexia	81.0	63.3	86.7	17.6 ***		50.0	11.1 **
Abandono Aseo	76.2	72.7	93.3	52.9 *		85.7	37.0 **
Aislamiento	90.5	90.9	100	70.6 *		78.6	37.0 **
Sueño No Reparador	57.1	45.5	80.0	41.2 *		71.4	33.3 *
Insomnio Precoz	81.0	63.6	73.3	23.5 **		78.6	51.9
Emp. Matutino	52.4	36.4	60.0	29.4		78.6	22.2 ***
Desinterés	100	90.9	100	82.4		100	74.1 *
Inactividad	95.2	100	100	82.4		92.9	51.9 **
Invers. Sueño/Vig	33.3	45.7	66.7	91.2		78.6	29.6 **
Inafectividad	81.0	72.7	66.7	64.7		85.7	40.7 **
Desconex. Social	81.0	72.7	86.7	82.4		85.7	44.4 *
Insomnio Mantén	76.2	72.7	93.3	52.9 *		78.6	55.6
Bulimia	33.3	45.5	20.0	58.8 *		57.1	48.1
Astenia	100	81.8 *	100	100		92.9	81.5
Cefaleas	85.0	54.5	86.7	64.7		78.6	77.8
Preocupación Exc.	92.5	100	80.0	100		78.6	92.6
Desesperanza	57.1	63.6	20.0	52.9		71.4	48.1
Enlent. Tiempo	71.4	54.5	62.7	35.3		42.9	44.4
Dif. Compresión	71.4	72.7	86.7	58.8		64.3	59.3
Déf. Sensorial	28.6	27.3	26.7	23.5		7.1	29.6
Indiferencia	76.2	81.8	86.7	58.8		50.0	44.4
Cambios Anímicos	81.0	63.6	53.3	58.8		92.9	66.7
<u>TOTAL:</u>	(21)	(11)	(15)	(17)		(14)	(27)

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. ENTRE PARÉNTESIS: VALORES ABSOLUTOS.

DM.M: D. MAYOR MELANCÓLICA; DIST.: DISTIMIA. P <= .001 - ***; P <= .01 - **; P <= .05 - *.

A continuación pasamos a analizar las relaciones entre el Tiempo de Evolución y los Grupos Diagnósticos (ICD-9), y como es de esperar, las PMD-D se concentran entre las de menos de un año de evolución (72,5%), con inferior frecuencia entre las D.N. (54,1%). En la Tabla 10.29 mostramos las diferencias encontradas al estudiar la frecuencia de presentación de los síntomas CET-DE dentro de cada grupos diagnósticos ICD-9, observando que estos síntomas disminuyen su presentación en los cuadros de más de un año de evolución. Destacamos como excepción las Ideas de ruina, que aumentan en los cuadros de más de un año. También destacamos la baja presencia de Ideas de culpa (D.N.) y desconfianza (PMD-D) en las Depresiones de menos de tres meses de evolución. Finalmente, llama la atención la presencia de Estreñimiento-Diarrea, como síntoma frecuente e inicial en las R.D., disminuyendo su presentación de forma importante según pasa el tiempo.

Por último, si analizamos la relación entre Intensidad del cuadro y el Tiempo de Evolución, los resultados son escasamente significativos. Como era de esperar, hay una tendencia entre los cuadros de mayor tiempo de evolución a una menor severidad (TABLA 10.30).

6.2.6.- Otras variables clínicas.

Como ya comentamos anteriormente, en este apartado vamos a estudiar las características de la Fase Actual, y los Antecedentes del paciente. De cada una de las variables se estudia su tabla de distribución de frecuencias, y su relación con las variables: Sexo, Edad, Hábitat y Clase Social.

Dentro de las características de la Fase Actual, estudiamos lo que llamamos **Motivo de Consulta**, o principal queja o síntoma, que frecuentemente es el que lleva al paciente al especialista. En este sentido, los síntomas que más frecuentemente motivan consulta se pueden agrupar en los relacionados con el estado de ánimo y los del correspondientes a las preocupaciones y molestias somáticas, destacando que estas últimas constituyen más de un tercio de la muestra (TABLA 6.17). Observamos que son Disforia e Insomnio las más frecuentes entre las primeras, y las Quejas somáticas difusas e inespecíficas, Astenia y Cefaleas, entre las segundas.

Finalmente, respecto a las variables sexo y edad también hay diferencias significativas. Las mujeres presentan más Quejas de tipo somático y neurovegetativas que los hombres; y en estos destacan más quejas puramente psiquiátricas. En este sentido, podemos ver en la tabla 6.20, que en las mujeres predominan: Molestias somáticas, Cefaleas e Insomnio, y en los hombres Astenia, Ideas depresivas y de suicidio. Como era de esperar, también vemos que las quejas somáticas, con respecto a las psíquicas, predominan entre los de mayor edad (51.6, 14,5 vs. 45.9, 17.4; $p=.0467$). En relación al Hábitat y la Clase Social, no hay diferencias significativas en la distribución de esta variable.

Entre las variables que estudian las características de la **Fase Actual** (TABLA 10.31) destacamos: el Tipo de Inicio, si había tratamiento previo y por parte de quién, y finalmente quién remite a tratamiento. Si comparamos las Depresiones de inicio progresivo, que son la mayoría (73,6%), con el resto, vemos que en el Hábitat urbano hay un predominio de los cuadros de

inicio brusco. Por otra parte, un tercio de los pacientes no tenían antecedentes de tratamiento previo de la Fase Actual, y de los que lo tenían, más

TABLA 6.17.- TIPO DE SÍNTOMAS QUE MOTIVARON LA CONSULTA Y SU DISTRIBUCIÓN RESPECTO AL SEXO.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%	TOTAL
<u>PSIQUIÁTRICOS:</u>				56.4	(76)
Disforia	16.6	16.3	16		
Insomnio	2.4	9.2	7		
Ansiedad	4.7	4.1	4		
Ideación Depresiva	9.5	2.0	4		
Irritabilidad	4.7	4.1	4		
Ideación Suicida	4.7	3.1	4		
Dificult. Concentrac.	0.0	3.1	2		
Tendenc. al Aislam.	4.7	0.0	1		
Crisis de Ansiedad	0.0	2.0	1		
Ideas Obsesivas	2.4	1.0	1		
Apatia	2.4	1.0	1		
Miedos Inespecíficos	0.0	2.0	1		
Tendencia Llanto	0.0	2.0	1		
Amnesia	2.4	0.0	1		
Anhedonia	0.0	1.0	1		
Disminución Libido	2.4	0.0	1		
Clinofilia	2.4	0.0	1		
Ideas Delirantes	2.4	0.0	1		
Mutismo	2.4	0.0	1		
Pesadillas	0.0	1.0	1		
Tentativa De Suicidio	0.0	1.0	1		
<u>SOMÁTICOS:</u>				38.6	(52)
Quejas Somáticas(*)	7.1	14.3	12		
Astenia	11.9	6.1	8		
Cefaleas	0.0	10.2	7		
Vértigos-Mareos	2.4	3.1	3		
Anorexia	0.0	2.0	1		
Ideas Hipocondríacas	2.4	1.0	1		
Acúfenos	0.0	1.0	1		
Disartria	0.0	1.0	1		
Disnea	2.4	0.0	1		
Dispepsias	0.0	1.0	1		
Palpitaciones	2.4	0.0	1		
Nauseas-Vómitos	0.0	1.0	1		
Otros (Somáticos)	0.0	2.0	1		
<u>OTROS:</u>				5.0	(7)
Conflictiva Familiar	2.4	1.0	1		
No Consta	4.7	3.1	4		
<u>TOTAL:</u>	(35)	(100)	(135)		

PORCENTAJES POR COLUMNAS DEL TOTAL DE LA MUESTRA; ENTRE PARÉNTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

(*) INESPECÍFICAS/VARIAS.

de la mitad (62.8%) lo era por parte del Médico de Atención Primaria. Y en este sentido, cerca de la mitad de los pacientes acuden a consulta remitidos por el Médico General. Finalmente, del total de la muestra, el tratamiento previo más frecuente es el formado por la combinación de antidepresivos y ansiolíticos; no obstante, casi la mitad de los pacientes no venían siendo tratados con psicofármacos en la Fase Actual.

Si analizamos los **Antecedentes de Trastornos Afectivos** (TABLA 10.32), observamos que la media de Edad de inicio del tratamiento es de 41.0 (DT=15.7; RANGO=13-87) y en el 92.1% de los casos consistió en una Depresión tratada de forma ambulatoria. En este sentido, como era de esperar, la edad actual del paciente se relaciona estrechamente con la edad de inicio del tratamiento, pues en el 70.7% de los casos se trata de la primera fase depresiva a tratamiento psiquiátrico.

Por otra parte, un 19.3% (n=27) del total de la muestra ofrecen cierta estacionalidad. De ellos, la mayoría empeora en primavera (n=11), observando también una mayor tendencia a la estacionalidad entre los hombres y los de clases inferiores. Por otra parte, de los tratamientos recibidos previamente, la mayoría fueron ansiolíticos y antidepresivos (50%), y los que lo habían abandonado fue, en gran parte por dos motivos: por mejoría del cuadro (n=24) o por efectos secundarios (n=12). Finalmente, un 13.6% (n=19) de los pacientes tienen antecedentes de tentativas de autolisis, en cinco casos más de una; y de todos ellos, el 63.1% fue por Intoxicación Medicamentosa.

Entre los **Antecedentes Familiares** destacar que el 43.6% tienen antecedentes de familiares, de primer o segundo grado, de tratamiento por Trastornos Afectivos, correspondiendo la mayor frecuencia corresponde a la madre (9%) y a los hermanos (9%). Por otra parte, en el 15% hay antecedentes de Alcoholismo en familiares y en el 7.6% de tratamiento por otro Trastorno Psiquiátrico. Por último, de los 140 casos recogidos, siete tienen antecedentes familiares de suicidio.

En relación con los **Antecedentes Somáticos** se distribuyen de la siguiente forma: Recientes (menos de dos años previos), Remotos y Crónicos Tipo I y II; apareciendo detallados en la Tabla 10.33. Por otra parte, el 40% de los pacientes refieren la toma de algún tipo de medicación no psiquiátrica (TABLA 10.34). En nueve de los casos encontramos alguna causa médica, de las que se suelen asociar con Depresión (TABLA 10.35). Para completar este apartado, destacamos la elevada frecuencia de Reumatismo (24.3%), con un predominio significativo entre los de Clase Sociales más bajas (FIGURA 6.4) y los de mayor edad (54.3-13.4 vs. 46.6-16.4; $p=.0150$), y una tendencia a ser más frecuente entre las mujeres (26.9% vs. 16.7%) y los residentes en el medio rural (29.4% vs. 16.4%).

Respecto al **Consumo de tóxicos**, encontramos que más del 20% son fumadores habituales. De ellos, 22 pacientes fuman una o menos de una cajetilla al día, predominando de forma significativa entre: hombres, urbanos, de clases inferiores (TABLA 10.36) y más jóvenes (38.4-13-4 vs. 51.2-15.7; $p=.0001$).

Por otra parte, hay un 10% de bebedores habituales de alcohol de forma moderada, con un patrón similar al del tabaco: más hombres, de menor edad, urbanos y de clases superiores (TABLA 10.36). Finalmente, en la Tabla 10.37 se detallan las características demográficas de los pacientes bebedores, el

tipo de consumo y las bebidas ingeridas. Observamos que predomina el consumo de vino y cerveza, adoptando éste las características de Fin de Semana entre los más jóvenes.

En resumen, la gran mayoría de las variables clínicas analizadas en este apartado se comportan según lo esperado, y si no se especifica en alguna su distribución con respecto al Sexo, la Edad, el Hábitat o la Clase Social, es porque los resultados no son significativos.

6.2.7.- Subsíndromes clínicos, delimitados mediante Análisis Cluster.

Mediante un Análisis Cluster de todos los síntomas que componen la escala CET-DE, aplicando el Método de Ward, obtenemos dos grandes grupos. En el primero (TABLA 6.18), nos encontramos asimismo dos grupos, apareciendo en el primero de ellos los diez síntomas que con mayor frecuencia presentan en la muestra global. Analizando detenidamente estos síntomas, vemos que en general ofrecen escasas diferencias respecto a las variables clínicas y sociales, destacando la Astenia y el Desinterés, que predominan de forma significativa en las D.M.M..

El segundo grupo de este primer racimo, incluye síntomas que son más frecuentes en las D.M.M., observando en general, escasa influencia de las variables sociales sobre ellos. Dentro de este hay varios subgrupos más definidos: en uno de ellos encontramos Síntomas Cognitivos: Incapacidad, Indecisión, Amnesia y Bradipsiquia. En otro están síntomas que predominan en

los pacientes de mayor edad: Insomnio de conciliación y mantenimiento, Hipocondriasis, Cefaleas y Sequedad de boca. Por último, hay un subgrupo de síntomas que aumentan de forma significativa al aumentar la severidad del cuadro: Ideas de muerte, Inactividad, Sufrimiento, Indiferencia, Tendencia al aislamiento y Ausencia de reactividad.

Por otra parte, en el segundo gran racimo (TABLA 6.19), encontramos los síntomas que tienen menor frecuencia de presentación, destacada influencia de las variables sociales, y escasa modificación de su frecuencia de presentación al incrementarse la severidad de la Depresión. En un primer subgrupo vemos Síntomas Vegetativos y Cognitivos, y en general predominantes en el Hábitat urbano y en las clases sociales más altas. Por el contrario, en el segundo racimo observamos tres síntomas Vegetativos, relacionados con el sueño y la ritmicidad: Sueño no reparador, Empeoramiento matutino e Inversión del ritmo sueño-vigilia. Así mismo, predominan en este grupo una serie de Síntomas Somáticos más frecuentes en el medio rural y en las clases inferiores. En general, en este último grupo encontramos los síntomas que menores diferencias presentan al estudiar el incremento de severidad de la depresión.

En resumen, se puede decir que en el primer grupo aparecen los síntomas que apenas se dejan influir por los factores socioculturales; mientras que por el contrario, en el segundo están aquellos que ofrecen mayores diferencias respecto a las variables Hábitat y Clase Social. Por otra parte, observamos que los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en el global de la muestra, son los que aparecen en el primer racimo; y en el segundo podemos ver los que tienen una menor frecuencia de presentación. A continuación detallamos las características de los síntomas de cada grupo.



TABLA 6.18.- DOS PRIMEROS RACIMOS OBTENIDOS MEDIANTE EL ANÁLISIS CLUSTER DE LOS SÍNTOMAS (CET-DE) .

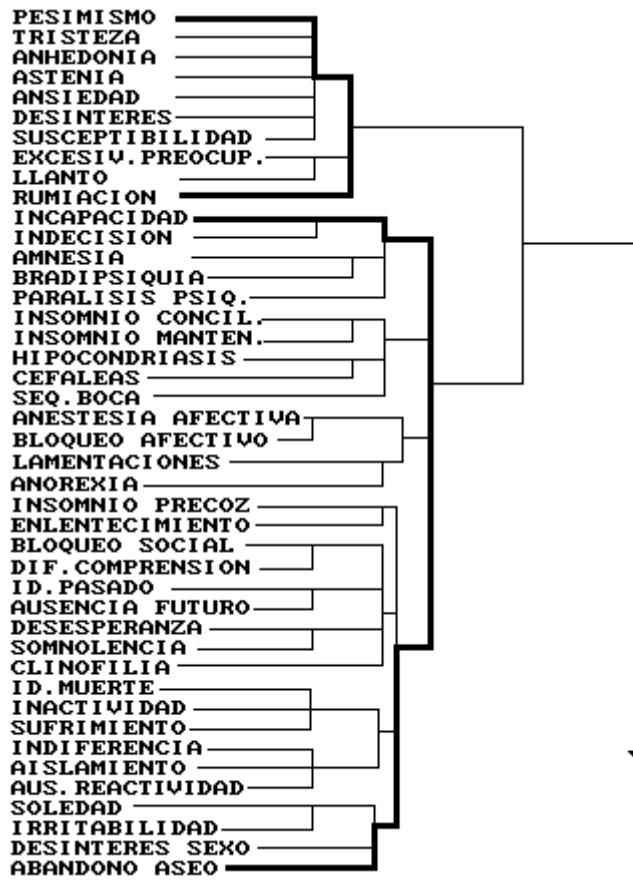
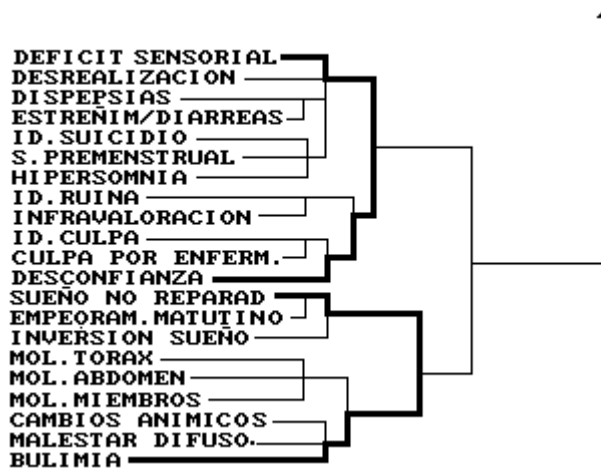


TABLA 6.19.- SEGUNDO Y TERCER RACIMOS OBTENIDOS MEDIANTE EL ANÁLISIS CLUSTER DE LOS SÍNTOMAS (CET-DE) .



6.2.8.- Descripción de casos clínicos ejemplares.

A continuación describimos seis casos, de entre los 140 recogidos, como representativos de los distintos Hábitats y Clases Sociales, deteniéndonos especialmente en los aspectos clínicos de cada uno de ellos.

CASO CLÍNICO N° 23:

Se trata de una mujer de 48 años, casada, con tres hijos y residente en Santiago. Su esposo, el cual es administrativo, es el único que aporta ingresos económicos a casa (entre 100 y 124 mil pesetas mes). Ella no terminó los estudios primarios, y se dedica a las labores del hogar. Viven en un piso de dos dormitorios, y poseen un automóvil. Tanto la Clase Social Subjetiva como la objetiva, están en el grupo de la clase Media.

Con antecedentes de una anterior fase depresiva a los 37 años, y sin una total remisión de la sintomatología desde entonces, acude directamente por empeoramiento de su estado anímico a lo largo el último mes. El principal motivo de consulta es la Anorexia y la Astenia, con Infravaloración, Desesperanza y Susceptibilidad. Acude sola a consultas, con aspecto físico cuidado y estado de ánimo reactivo. Acompañan al cuadro la Tristeza y la Anhedonia, con molestias somáticas como las Cefaleas y los Trastornos recientes en la vista o el oído. También se queja de Déficit cognitivos, como dificultades en la concentración, hipoprosexia e indecisión. Añade que últimamente tiende al Aislamiento, con Retraimiento social y Bloqueo afectivo. Por último, también sufre Insomnio de conciliación, mantenimiento y precoz, con Anorexia y Empeoramiento matutino. Indica el que estas molestias se acentúan durante los días previos a la menstruación. Por último, no refiere Clinofilia, e indica que a pesar de su estado, continua realizando todas las tareas caseras. Aunque refiere cierto Desinterés, no tiene Ideaación de muerte o Suicidio, ni se observan alteraciones en la psicomotricidad.

Destacar como antecedente de interés, que la madre de la paciente también padece de Depresiones. Como única circunstancia desencadenante indica la bajada del rendimiento académico de un hijo universitario, acompañada de una actitud desafiante por parte de este, con frecuentes discusiones.

Por lo tanto, la paciente es diagnosticada de Distimia (DSM-III-R) y Depresión Neurótica (ICD-9), con un cuadro de Severidad moderada en la Escalas Subjetivas (total CET-DE:159; total E.ZUNG: 59), valorada como de mínima en la G.A.F.-actual. Durante la evolución, se observó una escasa respuesta a los antidepresivos, precisando apoyo psicoterapéutico para alcanzar cierta mejoría.

CASO CLÍNICO N° 26:

Mujer de 71 años, casada y procedente del medio rural. Sin estudios primarios, tanto ella como su esposo son agricultores jubilados por la edad. Viven con los hijos y los nietos, siendo un total de seis personas las que viven en casa, cuatro aportan ingresos habitualmente, situándose estos por encima de las 200 mil pesetas al mes. Poseen un tractor, 21 va-

cas, un vehículo y se consideran en la Clase Social media, incluyéndose también en este grupo en la Clase Social Objetiva.

Remitida por el médico de cabecera, refiere un cuadro en el que destacan las Molestias abdominales difusas y el Insomnio. Sin antecedentes psiquiátricos previos, la artrosis de años de evolución y una úlcera péptica, tratada con antiácidos, son los únicos antecedentes somáticos de interés. En los estudios previos no se objetivó causa alguna a sus dolores abdominales. Acompaña al cuadro un síndrome ansioso-depresivo, de empeoramiento progresivo durante los dos últimos meses, en el que destacan Cefaleas, y Dolores torácicos y en miembros, Hipocondriasis, Anhedonia, Astenia y Pérdida de apetito y peso. También refiere la paciente progresivo sentimiento de soledad, con tendencia al aislamiento, atribuyendo su estado anímico al estado somático y a las preocupaciones respecto a él. Tanto la familia, como la paciente, niegan cualquier circunstancia desencadenante, siendo la situación económica familiar acomodada

Este caso es representativo del medio rural, aunque con un estrato social más elevado que la mayoría de los de este Hábitat. En cualquier caso, destacan del cuadro clínico las Molestias somáticas y las preocupaciones Hipocondríacas. La paciente es diagnosticada de Depresión Mayor con Patrón Melancólico y PMD-Depresiva, con muy escasa Severidad en las escalas Subjetivas (Total CET-DE: 145; Total E.Zung: 52), en las escalas Técnicas se considera como Leve. Finalmente, a estos diagnósticos, se podría añadir el de Dolor Somatoforme (DSM-III-R:307.80).

CASO CLÍNICO N° 48:

Mujer de 78 años, soltera y residente en un asilo de Santiago. Sin completar los estudios primarios, la paciente trabajó de modista, estando en la actualidad jubilada por la edad. Como renta tienen una pensión inferior a las cincuenta mil pesetas mensuales, y aunque se sitúa en Clase Social media, queda incluida en un nivel medio-bajo de nuestra escala social.

Con una primera fase a los 76 años, de la que se recuperó, ahora acude de nuevo por un empeoramiento de alrededor de tres semanas de evolución. Destaca el estado de ánimo Disfórico, con Desinterés ansiedad y Tendencia al llanto. Se queja de Molestias somáticas difusas, Astenia, Cefaleas y Dolores en la espalda. Pasa en cama gran parte del día, con abandono de sus tareas habituales y del aseo personal. Refiere intensa Ideación de muerte, con Amnesia, Indecisión y Rumiación de ideas, con Tendencia al aislamiento. Por último, tiene Insomnio y Empeoramiento matutino, observándose en la paciente un Retardo psicomotor.

Como único antecedente somático conocido está la úlcera péptica, a tratamiento con Ranitidina y antiácidos. La paciente relaciona su estado con unas discusiones con familiares, aunque reconoce que estas no tuvieron tanta importancia. Es diagnosticada de Depresión Mayor Recurrente con Patrón melancólico y PMD-Depresiva, con mayor Severidad en las Escalas Subjetivas (Total CET-DE: 180; Total E.Zung: 60) que en las Técnicas (G.A.F.-Actual con Síntomas transitorios).

Ya en este momento se observa una ligera rigidez en los miembros superiores, con mínimo signo de la rueda dentada y facies inexpresiva, sin que ninguno de los fármacos administrados justifiquen estos síntomas. Una vez estudiada por el Servicio de Neurología, donde es diagnosticada de Enferme-

dad de Parkinson. Posteriormente, se observa mejoría del estado anímico al ser tratada con antiparkinsonianos, sin presentar la paciente signos de deterioro cognitivo durante el tiempo de seguimiento.

CASO CLÍNICO N° 51:

Se trata de un varón de 43 años, analfabeto, casado y con cuatro hijos, que viven en casa. Los ingresos económicos los aportan el paciente, trabajando como pescador de bajura, y su esposa, no llegando a las 100 pesetas al mes. No poseen automóvil, y la vivienda tiene tres dormitorios para las seis personas. Ellos se incluyen en la Clase Social media-baja, siendo este también su nivel de Clase Social Objetiva.

Es remitido por el Médico de Cabecera, tras ser estudiado por el Servicio de Neurología, teniendo antecedentes de tratamiento psiquiátrico a los 23 años, durante varios años. Como primera queja se presentan unas cefaleas, prácticamente constantes, destacando de los antecedentes una tentativa de autolisis tres años previos a la consulta. Fumador de 3-4 paquetes de tabaco día, tanto él como los acompañantes niegan ingesta etílica. Completa el cuadro un Síndrome Ansioso-depresivo, de más de dos años de evolución, en el que destacan: Ansiedad, Tendencia al llanto, Molestias somáticas, preocupaciones acerca de su situación somática y laboral, Desinterés, Anhedonia consumatoria, Tendencia al aislamiento y Amnesia. También refiere Insomnio de conciliación y Empeoramiento matutino. El estado anímico se relaciona con las Cefaleas, que impiden una normal actividad laboral, lo que motiva la precaria situación económica. Niega otro tipo de desencadenante o situación estresante. El paciente es diagnosticado de Distimia (DSM-III-R: 300.40) y Depresión Neurótica, con muy escasa puntuación tanto en las escalas Subjetivas (Total CET-DE: 122; Total E.Zung: 40) como en las Técnicas.

Durante los meses de evolución, presenta una buena respuesta a los antidepresivos, con mejoría de su estado psíquico y somático. Este caso es representativo de un caso rural costero de bajo nivel socioeconómico. También observamos que la sintomatología somática está en el primer plano, y tanto para el paciente como para su esposa, el estado anímico depresivo es debido a la incapacidad laboral asociada a las Cefaleas.

CASO CLÍNICO N° 70:

Se trata de un varón de 21 años, soltero, y residente en el medio rural. De familia de agricultores, vive con su padre y cinco hermanos, colaborando en las tareas del campo, tras concluir los estudios de bachiller. Poseen un tractor y un automóvil, y con unos ingresos por debajo de las 75 mil pesetas al mes, se sitúan en la Clase Social media, donde también los encuadra la Clase Social Elaborada.

A los 19 años, ingresa en la Unidad de Agudos del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo por una Fase Maníaca con ideación delirante congruente con el estado de ánimo. Posteriormente llega a una remisión completa, manteniéndose sin medicación hasta su incorporación al Servicio Militar, donde de forma brusca desarrolla el severo estado depresivo que motiva su consulta, teniendo que ser licenciado a los dos meses de iniciarlo. En el momento de la consulta, el cuadro tienen tres meses de evolución, destacando la In-

hibición y el Mutismo, con marcado Bloqueo afectivo, y Abandono del aseo. También refieren los familiares Anhedonia, Desinterés y Ansiedad, con Hipersomnias, Bulimia y Clinofilia. Desde el inicio del cuadro, el paciente ha abandonado totalmente su actividad habitual. No refiere Molestias somáticas, y sí Déficits cognitivos como las dificultades en la concentración y en la memoria, e Indecisión. Niega Ideas de autolisis, aunque se sospecha que están presentes.

No antecedentes somáticos conocidos, su padre tuvo una fase Maníaca de joven. No bebedor, no fumador, no contactos con tóxicos, como único desencadenante está el Estrés asociado al Servicio Militar. El paciente es diagnosticado de Trastorno Bipolar, con Severidad leve tanto Subjetiva (Total CET-DE: 110; Total E.Zung: 53), como Técnica en el momento de la evaluación. con una buena respuesta al tratamiento antidepresivo, y una total mejoría semanas más tarde.

CASO CLÍNICO N° 98:

En este último caso, describimos la historia clínica de un mujer de 27 años, casada y residente en Santiago. Natural de Madrid, la paciente trabaja como administrativo, y el esposo es Inspector de Seguros. Tienen dos hijos, y sus ingresos mensuales superan ampliamente las trescientas mil pesetas. También tienen un automóvil, y se consideran de clase media. Por el contrario, en nuestro estudio, se incluyen en el reducido grupo de la Clase Social alta.

Sin antecedentes psiquiátricos, la paciente refiere un cuadro de desarrollo progresivo, de unos tres meses de evolución. Remitida por el médico de cabecera, la demanda inicial se centra en la Disminución de la libido, coincidiendo con la aparición del Síndrome Depresivo. Además refiere Tristeza con Tendencia al llanto, sentimientos de Impotencia y Culpa, Susceptibilidad e Infravaloración. También indica un Abandono de Tareas y del Aseo, con Ideación ocasional de muerte. La única Molestia somática que refiere son las Cefaleas, y por el contrario, se queja de Desinterés, dificultades para la Atención y la Concentración e Indecisión. La paciente presenta un estado anímico no reactivo y tendencia al llanto. Los familiares también han observado un cambio en su estado anímico habitual. El cuadro se desencadena por el ascenso de categoría de unas compañeras de trabajo con menor cualificación y antigüedad que ella, mientras que ella permaneció en la misma categoría. Aunque indica que su estado de ánimo es desproporcionado al desencadenante, refiere un progresivo empeoramiento.

Sin antecedentes psiquiátricos en familiares, la paciente estaba a tratamiento con anticonceptivos orales desde hacía un año. Fumadora de un paquete y medio de tabaco, no consume alcohol. Por lo tanto es diagnosticada de Depresión Mayor, Episodio Único no Melancólico y Reacción Depresiva, con Severidad moderada tanto Subjetiva (Total CET-DE: 113; Total E.Zung: 47) como Técnica. No cumple criterios evolutivos para el diagnóstico de Distimia, ni en la personalidad de la paciente se manifiestan rasgos neurotiformes, ni tiene antecedentes de desadaptación social, laboral o familiar. Por otra parte, su estado parece claramente desproporcionado y el cuadro parece presentar cierta autonomía, como para ser diagnosticado de Trastorno Adaptativo. Durante el tratamiento, se observó una progresiva mejoría en respuesta al tratamiento con fluvoxamina, siendo dada de alta meses más tarde.

6.3.- ESTUDIO DEL TIPO DE ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES CLINICAS Y SOCIALES.

Esta constituye la parte nuclear del estudio, y en ella analizamos la relación entre la sintomatología depresiva (Variable Dependiente) y las características sociales (Variable Independiente). Las manifestaciones clínicas se estudian fundamentalmente con la escala CET-DE, y en el apartado de variables sociales, principalmente tomamos el Hábitat y la Clase Social. Con posterioridad al estudio de estas dos, analizaremos el resto de las variables.

6.3.1.- Síntomas patoplásticos asociados al Hábitat y la Clase Social.

Si estudiamos las diferencias clínicas que aparecen en función del **Hábitat** (TABLA 10.38) observamos una serie de diferencias significativas. Pero es en la Tabla 6.20 donde aparecen resumidas estas diferencias entre el Hábitat rural y urbano, observando claramente una mayor frecuencia de quejas Somáticas en los rurales, y Cognitivas en los urbanos. Como excepción, destacamos el Déficit sensorial, síntoma relacionado con los aspectos somáticos, que se observa con más frecuencia en el medio urbano.

Por su parte, si comparamos las muestras agrícola interior y la costera, únicamente vemos diferencias en dos síntomas: Clinofilia (72.2% vs. 49.0%; $p=.0154$) y Desinterés sexual (67.9% vs. 37.1%; $p=.0314$), los cuales son más frecuentes en la primera.

En la Tabla 10.39 aparecen las diferencias observadas en función de la **Clase Social**, siendo estos síntomas similares a los correspondientes del Hábitat. En este sentido, en la tabla 6.21 aparecen resumidas las principales diferencias. Destacamos que en los síntomas con diferencias más importantes, estas se mantienen tanto si se elaboran dos, como cuatro, grupos de Clase Social.

En primer lugar, observamos un predominio de los Síntomas Somáticos en las Clases inferiores; por el contrario, tanto los síntomas Afectivos, como los Cognitivos se presentan en ambos grupos, aunque con algunas diferencias. En relación a los primeros, observamos en las clases más altas el predominio del Desinterés, y en las inferiores de la Ansiedad. Por otra parte, mientras en las clases inferiores hay más síntomas Cognitivos en relación a contenido del pensamiento depresivo, en las clases superiores, dominan las quejas respecto al rendimiento intelectual. Finalmente, la única excepción al predominio de los síntomas somáticos en las clases inferiores es la Hipersomnia, más frecuente en las clases altas. No obstante, dada su baja frecuencia, los resultados son escasamente significativos.

TABLA 6.20.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN MAYORES DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL HÁBITAT (ODDS RATIO).

	URBANO	RURAL
<u>S.AFECTIVOS:</u>	Desinterés Sexual ** Tristeza ** Susceptibilidad ** Desrealización * Irritabilidad * Desesperanza	
<u>S.SOMÁTICOS-VEGETATIVOS:</u>	Déficit Sensorial **	Malestar Difuso * Molestias Abdominales * Molestias Miembros * Molestias Torácicas * Estreñimiento/Diarrea * Dispepsias Cefaleas
<u>S.COGNITIVOS:</u>	Ideas de Culpa * Infravaloración * Exc. Preocupación * Rumiación * Culpabil. por Enfermedad	
<u>RITMICIDAD-TEMPORALIDAD:</u>		Enlentecimiento del Tiempo
<u>S.CONDUCTUALES:</u>		Lamentaciones * Clinofilia

ODDS RATIO: * - >= 2; ** - >= 5. MAS FRECUENTE VS. MENOS FRECUENTE.

Debemos destacar que la realización de un Análisis Factorial de los síntomas con diferencias significativas respecto al Hábitat y la Clase Social, no aportó resultados de interés. Tomando los quince síntomas, obtenemos cinco Factores que explican el 55,3% de la varianza, siendo esto debido a la baja correlación entre los síntomas. Por lo tanto cerramos la vía de obtener varios factores, con especificidad sintomática cada uno de ellos, que pudieran ser útiles para condensar la información clínica.

A continuación estudiamos por grupos, los síntomas que ofrecen diferencias significativas con respecto al Hábitat y la Clase Social. Posteriormente analizaremos si estas diferencias observadas se pueden justificar por alguna de las otras variables clínicas o sociales.

TABLA 6.21.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN MAYORES DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA CLASE SOCIAL (ODDS RATIO).

	C.S. I-III	C.S. IV-V
<u>AFECTIVOS:</u>	Desinterés ** Desinterés Sexo * Irritabilidad *	Ansiedad * Sufrimiento
<u>COGNITIVOS:</u>	Dif.Concentración * Id.Culpa * Amnesia * Rumiación * Indecisión Culpa por Enfermedad	Id.Muerte Id.Ruina Hipocondriasis
<u>SOMÁTICOS-VEGETATIVOS:</u>	Hipersomnia *	Estreñimiento-Diarreas * Insomnio Conciliación * Molestias Miembros * Malestar Difuso * Dispepsias * Insomnio Precoz Insomnio Mantenimiento
<u>RITMICIDAD-TEMPORALIDAD:</u>		Enlentecimiento del Tiempo * Futuro Desalentador
<u>CONDUCTUALES:</u>	Abandono del Aseo	

ODDS RATIO: * - ≥ 2 ; ** - ≥ 5 . MAS FRECUENTE VS. MENOS FRECUENTE.

• SÍNTOMAS SOMÁTICOS.

Las preocupaciones y síntomas Somáticos suelen ser más frecuentes en el medio rural, con una excepción, que es el síntoma Déficit Sensorial, que se presenta con mayor frecuencia en la muestra urbana (TABLA 6.22).

En relación al *Malestar difuso*, podemos decir que es el síntoma que mayores diferencias significativas presenta respecto al Hábitat, con un claro predominio en el medio rural. Si analizamos como se comporta con respecto a otras variables, encontramos que también muestra diferencias de forma significativa respecto a la Profesión del cabeza de familia ($p=.0034$), el Nivel Educativo ($p=.0204$) y la Clase Social ($p=.0270$), con predominio en los estratos inferiores. Finalmente, también tiende a estar con mayor frecuencia en las Distimias.

Asimismo, las *Molestias en los miembros* tiene una más alta frecuencia en los individuos rurales, no obstante, debemos destacar que también predomina en Cualificaciones Profesionales ($p=.0099$), Clases Sociales ($p=.0208$) y Nivel Educativo ($p=.0342$) inferiores. Por otra parte, las *Molestias abdominales y torácicas*, muestran un patrón similar, con una distribución significativa respecto al Nivel Educativo ($p=.0074$ y $p=.0414$, respectivamen-

te), predominando en los más bajos. Finalmente, también ambos, y especialmente el segundo, tienden a ser algo más frecuentes entre las mujeres.

El síntoma *Estreñimiento-diarrea* tiene una estrecha relación con los indicadores de Clase Social, siendo más frecuente en las Clases Sociales ($p=.0034$), los Niveles Educativos ($p=.0047$), de Renta ($p=.0184$) y en las Cualificaciones Profesionales ($p=.0343$) inferiores. A diferencia del síntoma anterior, las diferencias significativas con respecto al Hábitat son más modestas.

Respecto al *Déficit sensorial*, recordar que es el único síntoma de este grupo más frecuente en la muestra urbana, con cierta tendencia a predominar entre las mujeres y los indicadores de clase más altos.

Por último, el *Insomnio de conciliación*, de forma estadísticamente significativo, es más frecuente en las Clases sociales inferiores; no obstante, al igual que el resto de los ítems que valoran el Insomnio, se relaciona estrechamente con la edad.

Con respecto a los ítems que valoran la Severidad de la Depresión, contrasta en este grupo de síntomas la discordancia entre la Escala subjetiva y la Técnica. Mientras que en la primera las diferencias se acentúan de forma significativa, en la valoración por parte del observador, estos síntomas no parecen influir en gran medida en el aumento de la intensidad de la Depresión.

En resumen, podemos decir que los Síntomas Somáticos se relacionan más claramente con el Hábitat: Malestar difuso, Molestias torácicas, abdominales y en los miembros, que predominan en el rural; y el Déficit sensorial, que lo hace en el urbano. Por el contrario, las diferencias con respecto al Estreñimiento-diarrea parecen más bien justificarse por las diferencias de Clase. No obstante, estos aspectos podrán verse con mayor profundidad en el Análisis Multivariante.

TABLA 6.22.- DISTRIBUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HÁBITAT Y LA CLASE SOCIAL EN RELACIÓN A LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIALES Y CLÍNICAS.

	SEXO	EDAD	HAB.	C.S.	EDUC.	PROF.	RENTA	DSM	ICD	CET-DE	GAF
Malestar Difuso			R ***	B *	B **	B **		DIS		> *	
Estreñim-Diarrea			R *	B **	B *	B *	B *			> ***	> *
Mol.Miembros			R **	B *	B *	B **	B			> ***	
Mol.Torácicas	M		R **	B	B *	B				> ***	
Mol.Abdominales			R **	B	B *	B					
Déficit Sensorial	M		U **				A				
Inosmnio Concil.	M	> *		B *	B		B			>	

M: MUJERES; EDAD: >: MAYOR EDAD; U: URBANO; R: RURAL; A: ALTO; B: BAJO;; DIS: DISTIMIAS

CET-DE: PUNTUACION TOTAL CET-DE; GAF: GAF-ACTUAL (DSM-III-R)

CET-DE Y GAF: > AUMENTAN CON EL AUMENTO DE SEVERIDAD DE LA DEPRESION.

*: $p \leq .05$; **: $p \leq .01$; ***: $p \leq .001$; SIN ASTERISCO: N.S. (TENDENCIA).

• SÍNTOMAS COGNITIVOS.

En relación a los Síntomas Cognitivos, también encontramos que algunos se distribuyen de forma significativa con respecto al Hábitat, y otros a la Clase Social (TABLA 6.23).

Como síntoma destacado de este grupo tenemos las *Ideas de culpa*, que muestran un claro predominio urbano (p=.0099), aunque también hay una estrecha relación con los Niveles Educativos (p=.0034), la Clase Social (p=.0040) y las Rentas (p=.0136) superiores.

Con respecto al síntoma *Bradipsiquia*, su distribución parece más significativa al considerar la Clase Social (p=.0013) y el Nivel de Renta (p=.0232). Algo más modesta es la relación de la *Amnesia* con la Clase Social (p=.0.243); por otra parte, también muestra cierto predominio entre las Depresiones Neuróticas.

Por su parte, el síntoma *Infravaloración o baja autoestima*, se relaciona de forma significativa con el Hábitat (p=.0268), pero al contrario de las Ideas de Culpa, no se relaciona con el resto de los indicadores de Clase Social. Finalmente, respecto a la *Preocupación Excesiva*, aunque se asocia moderadamente con el Hábitat urbano (p=.0.353), pero con quién tiene más estrecha relación es con las Distimias y las Depresiones Neuróticas.

En el estudio del comportamiento de este grupo de síntomas con respecto la Severidad de la Depresión, exceptuando al síntoma Infravaloración, en el resto sucede algo similar a lo comentado con los Síntomas Somáticos: que si bien influyen en la valoración subjetiva del paciente, o en la puntuación total de la escala, apenas parecen tener importancia según la valoración del observador.

En resumen, nos encontramos que las Ideas de culpa se asocian de forma importante con la variable Hábitat; y por el contrario, otra serie de síntomas que constituyen más bien quejas sobre el funcionamiento cognitivo (Bradipsiquia y Amnesia), lo hacen con la Clase Social.

TABLA 6.23.- DISTRIBUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS COGNITIVOS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HÁBITAT Y LA CLASE SOCIAL EN RELACIÓN A LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIALES Y CLINICAS.

	SEXO	EDAD	HAB.	C.S.	EDUC.	PROF.	RENTA	DSM	ICD	CET-DE	GAF
Ideas de Culpa			U **	A **	A *	A	A *			> **	
Bradipsiquia				A **		A	A *			> ***	> *
Amnesia				A *		A			DN	> *	
Infravaloración			U *							> ***	> ***
Exc.Preocupación			U *					DIS **	DN **	> **	

U: URBANO; A: ALTO; DIS: DISTIMIA; DN: D.NEURÓTICA;

CET-DE: PUNTUACION TOTAL CET-DE; GAF: GAF-ACTUAL (DSM-III-R)

CET-DE Y GAF: > AUMENTAN CON EL AUMENTO DE SEVERIDAD DE LA DEPRESION.

*: p <=.05; **: p<=.01; ***: p<=.001; SIN ASTERISCO: N.S. (TENDENCIA).

• SÍNTOMAS AFECTIVOS.

Con respecto a los Síntomas puramente Afectivos, en general observamos una menor relación con el Hábitat y la Clase Social que en los anteriores; no obstante cuando estas diferencias aparecen, es para estar con mayor frecuencia en el Hábitat urbano y en las Clases Sociales altas (TABLA 6.24).

Los resultados más significativos los encontramos en el síntoma *Desinterés sexual*, que muestra un claro predominio en la muestra urbana ($p=.0008$). Con respecto a otras variables, también se presenta con mayor frecuencia en los más jóvenes ($p=.0080$), y en los de superior Nivel Educativo ($p=.0076$), Clase Social ($p=.0128$), Cualificación profesional e Ingresos. Por otra parte, también tiende a estar con mayor frecuencia en las D.M.M. y en las PMD-Depresivas.

Por su parte, también el síntoma *Susceptibilidad* muestra un significativo predominio urbano ($p=.0094$), aunque en este caso no se relaciona de forma tan clara con los indicadores de Clase Social, excepto de forma débil con el Nivel Educativo.

El siguiente síntoma en orden descendente es la *Desrealización*, el cual también tiende a estar de forma significativa en los individuos urbanos ($p=.0143$) y en los de Nivel Educativo más alto ($p=.0380$). Al igual que sucedía con el primero de los síntomas de este grupo, también aparece con mayor frecuencia en los diagnosticados de D.M.M., PMD-D Y R.D..

Con respecto a la *Irritabilidad* también se distribuye de forma significativa en función del Hábitat urbano ($p=.0380$) y la Clase Social alta ($p=.0304$). Por otra parte, tiende a estar con mayor frecuencia entre los individuos de mayor Cualificación Profesional y más moderadamente, en las mujeres.

El *Desinterés* aparece de forma significativa con mayor frecuencia en la Clase Social alta ($p=.0270$), y tiende también a estar, aunque no de forma significativa, entre los de mayor Nivel Educativo y Cualificación profesional, y en los diagnosticados de D.M.M. y PMD-Depresiva.

Por último, tenemos dos síntomas básicos de la Depresión, como son la *Tristeza* y la *Ansiedad*, que muestran una discreta relación con el Hábitat y la Clase Social: la primera predomina entre los urbanos ($p=.0491$), la segunda lo es entre las Clases Sociales ($p=.0239$) y los Niveles Educativos inferiores.

Con respecto a la Severidad, el comportamiento de este grupo de síntomas es similar al de los anteriores grupos: la presencia de estos influye más en la puntuación de las Escalas Subjetivas que de las Técnicas.

En resumen, aunque nos encontramos con un grupo de síntomas que se relacionan con el Hábitat y la Clase Social de forma significativa, observamos una modesta asociación.

TABLA 6.24.- DISTRIBUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HÁBITAT Y LA CLASE SOCIAL EN RELACIÓN A LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIALES Y CLINICAS.

	SEXO	EDAD	HAB.	C.S.	EDUC.	PROF.	RENTA	DSM	ICD	CET-DE	GAF
Irritabilidad			U *	A *			A			>	
Susceptibilidad			U **		A					> ***	
Desrealización			U *		A *			DMM	PMD	> ***	
Desinterés				A *	A	A		DMM	PMD	> ***	>
Ansiedad				B *	B					> *	
Tristeza			U *							> ***	> **
Desinterés Sexual		< **	U ***	A **	A **	A	A	DMM	PMD	> **	>

U: URBANO; A: ALTO; DMM: D.MAYOR MELANCÓLICA; PMD: PMD-DEPRESIVA;

CET-DE: PUNTUACION TOTAL CET-DE; GAF: GAF-ACTUAL (DSM-III-R)

C-D Y GAF: > AUMENTAN CON EL AUMENTO DE SEVERIDAD DE LA DEPRESION.

*: p <=.05; **: p<=.01; ***: P<=.001; SIN ASTERISCO: N.S. (TENDENCIA).

• OTROS SÍNTOMAS.

Por último, en este grupo nos encontramos con tres síntomas que se relacionan, dos con el medio rural (Lamentaciones y Enlentecimiento del tiempo) y otro con el urbano (Síndrome Premenstrual; TABLA 6.25).

En primer lugar nos detenemos en el *Síndrome Premenstrual*, el cual se relaciona de forma significativa con el Hábitat urbano (p=.0225), observándose también una tendencia a estar en la Clase Social, el Nivel Educativo, la Renta y la Cualificación Profesional más altas. Debemos recordar que este síntoma se evalúa en un menor número de casos, por considerar sólo las mujeres inferiores de 50 años. De no ser así, con toda probabilidad la relación con los Indicadores de clase serían más significativos.

Por el contrario, el síntoma *Lamentaciones*, el cual consideramos como conductual, presenta una relación muy estrecha con la edad (p=.0008), y en menor medida con el Hábitat rural (p=.0116), el Nivel Educativo (p=.0183) y las Rentas bajas. Por otra parte, también tiende a predominar en las mujeres y en los diagnosticados de D.M.M. y PMD-Depresiva. Finalmente, el *Enlentecimiento del Tiempo*, está más frecuentemente en las Clases inferiores (p=.0284), y de forma no significativa en las mujeres rurales, de inferior Nivel Educativo y Cualificación Profesional; y en los diagnósticos de D.M.M. y PMD-Depresiva.

TABLA 6.25.- DISTRIBUCIÓN DE "OTROS" SÍNTOMAS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HÁBITAT Y LA CLASE SOCIAL EN RELACIÓN A LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIALES Y CLÍNICAS.

	SEXO	EDAD	HAB.	C.S.	EDUC.	PROF.	RENTA	DSM	ICD	CET-DE	GAF
Síndrome Premenstrual			U *	A	A	A	A				
Lamentaciones	M	> ***	R *		B *		B	DMM	PND	> **	>
Enlent.Tiempo	M		R	B *	B	B		DMM	PMD	> *	> *

M: MUJERES; EDAD: >: MAYOR EDAD; R: RURAL; B: BAJO; DMM: D.MAYOR MELANCÓLICA; PMD: PMD-DEPRESIVA;

CET-DE: PUNTUACION TOTAL CET-DE; GAF: GAF-ACTUAL (DSM-III-R)

CET-DE Y GAF: > AUMENTAN CON EL AUMENTO DE SEVERIDAD DE LA DEPRESION.

*: p <=.05; **: p<=.01; ***: p<=.001; SIN ASTERISCO: N.S. (TENDENCIA)

6.3.2.- Análisis del efecto confusor que puedan introducir las variables clínicas Diagnóstico y Severidad del cuadro.

En este apartado analizamos si las diferencias señaladas anteriormente respecto al **Hábitat** y la Clase Social, se mantienen al tener en cuenta las variables clínicas, fundamentalmente: Diagnóstico, Severidad del cuadro y Tiempo de evolución.

Al analizar los *grupos Diagnósticos* (DSM-III-R e ICD-9), vemos que las diferencias en función del Hábitat en los síntomas Lamentaciones e Infravaloración se producen en las D.M.M. y Las PMD-D, siendo estas diferencias muy atenuadas en las Distimias-D.N.. Todo lo contrario sucede en las Molessias Torácicas y Desinterés Sexual (TABLA 10.40).

Si estudiamos la *Severidad* de la depresión (Total CET-DE y GAF-Actual), encontramos la tendencia a que las diferencias sean mayores entre los cuadros moderados y de mediana intensidad, excepto en las Lamentaciones, en donde se acentúan las diferencias en función del Hábitat en los cuadros más severos (TABLA 10.41).

Por último, analizando el *Tiempo de Evolución*, observamos una tendencia a que las diferencias sean más moderadas en los cuadros de más de un año de evolución, excepto en el síntoma Déficit Sensorial (TABLA 10.42).

A pesar de todo esto, podemos decir que ninguna de las tres variables clínicas intervienen como variables confusoras en la relación entre Hábitat y expresividad clínica. No obstante, en general, es entre las D.N., las R.D., las Depresiones de menor Intensidad y menor Tiempo de Evolución, entre las que las diferencias entre Hábitats se acentúan.

A continuación realizamos similar análisis con respecto a los síntomas que presentan diferencias en función de la **Clase Social**.

Al analizar la variable *Diagnóstico*, vemos que, en general, las diferencias se acentúan en las Distimias y la D.N. (TABLA 10.43). Respecto a la *Intensidad*, también las diferencias son mayores en los cuadros de baja y

media intensidad (TABLA 10.44). Por último, en relación al *Tiempo de evolución*, no hay datos a destacar (TABLA 10.45).

Resumiendo, de nuevo es en las D.N. (ICD-9), en las Distimias (DSM-III-R) y en los cuadros de menor intensidad, entre los que las diferencias en función de la Clase Social, se acentúan. En este caso, tampoco ninguna de estas variables llega a justificar estas diferencia

6.3.3.- Análisis del efecto confusor que ejercen las variables sociodemográficas.

En este apartado incluimos variables demográficas y socioeconómicas, y como en el anterior apartado, estudiamos en primer lugar el **Hábitat**. Si consideramos el *Sexo*, observamos que las diferencias se mantienen en ambos, aunque éstas son algo más discretas entre los hombres (TABLA 10.46). Al considerar la *Edad*, vemos una distribución interesante, mientras que los síntomas más frecuentes en el medio rural ofrecen mayores diferencias entre el subgrupo de mayores de 50 años; en los que predominan en el urbano, lo es entre los menores de 50, excepto la disminución de la libido (TABLA 10.46). Por otra parte, al tener en cuenta el *Estado Civil*, las diferencias se mantienen similares entre los dos grupos: excepto en el síntoma Ideas de culpa, que muestra una llamativa diferencia entre los no casados (TABLA 10.46).

Por su parte, con respecto al *Nivel Educativo* hay que destacar que el síntoma Desinterés sexual, acentúa sus diferencias entre los individuos mayor nivel. Por su parte, en el ítem 32, Estreñimiento-diarrea, observamos prácticamente desaparecen las diferencias al considerar el nivel educativo (TABLA 10.47). En relación a la *Cualificación Profesional*, vemos que las diferencias se acentúan en los grupos de mayor cualificación, y sobre todo en los síntomas Susceptibilidad, Infravaloración, Desrealización y Estreñimiento/diarreas (TABLA 10.47). Con respecto a los *Ingresos familiares*, en prácticamente todos los síntomas sucede que las mayores diferencias están entre los de Renta superior a 100 mil pesetas mes (TABLA 10.47).

Finalmente, al valorar la *Clase Social*, las diferencias clínicas respecto al Hábitat se acentúa más entre los individuos de clases superiores, y principalmente en los síntomas: Susceptibilidad, Infravaloración, Estreñimiento-diarreas y Tristeza (TABLA 10.48).

Por lo tanto, en general, se observan que las diferencias clínicas encontradas en función del Hábitat rural o urbano, son mayores entre los individuos con indicadores de Clase Social más alta, y que síntomas como el Estreñimiento-diarrea, Ideas de culpa y Susceptibilidad, parecen justificarse más en función de los indicadores de clase, que del Hábitat en sí.

A continuación nos detenemos en la **Clase Social**, y estudiamos como interaccionan en las diferencias clínicas observadas, el resto de variables sociodemográficas.

Si analizamos la variable *Sexo*, observamos que las diferencias en el síntoma Desinterés sexual se incrementan entre las mujeres (TABLA 10.49). En relación a la *Edad*, las diferencias se acentúan entre los mayores de 50

años en los síntomas: Desinterés sexual, Molestias en los miembros y Ansiedad (TABLA 10.49). Respecto al *Estado Civil*, síntomas como el Insomnio de conciliación, el Estreñimiento-diarrea y la Disminución de la libido, tienen mayores diferencias entre los no casados; mientras que la Bradipsiquia, lo es entre los casados (TABLA 10.49).

Si consideramos las diferencias en función del *Hábitat*, estas se acentúan en el medio rural en: Ansiedad, Insomnio de conciliación, Ideas de culpa e Irritabilidad; y por el contrario, en el urbano lo son: Estreñimiento-diarrea, Bradipsiquia, Amnesia y Molestias en los miembros (TABLA 10.50). Recordamos que este grupo de síntomas eran los que, aún teniendo diferencias significativas en función del *Hábitat*, estas parecían justificarse por las variables de clase.

Si tenemos en cuenta las tres variables a partir de las cuales obtenemos la Clase Social, vemos que las diferencias en síntomas como Bradipsiquia, Enlentecimiento del tiempo, Desinterés sexual, Insomnio de conciliación y Malestar difuso, se incrementan entre los de menor *Nivel educativo* (TABLA 10.51). Por su parte, hay una tendencia en: Molestias en los miembros, Estreñimiento-diarrea y Malestar difuso a incrementar sus diferencias entre los de *Cualificación profesional* más alta (TABLA 10.51). Por último, las diferencias observadas en función de la *Renta*, las consideramos poco relevantes (TABLA 10.51).

Por lo tanto, encontramos que síntomas de tipo Somático se acentúan entre los niveles de clase superiores; y los Cognitivos en los inferiores.

6.3.4.- Síntomas patoplásticos asociados a las variables sociales Sexo, Edad, Estado Civil, religión, Nivel Educativo, Cualificación Profesional del Cabeza de familia e Ingresos.

Estudiadas las diferencias clínicas en función del *Hábitat* y la Clase Social, a continuación analizamos las diferencias encontradas en relación a las otras variables sociodemográficas. Con respecto a la variable **sexo** no se observan diferencias significativas en la distribución de los síntomas del cuestionario CET-DE, excepto en la Hipersomnias, que predomina con el doble de frecuencia en los hombres (30,6% vs 14,4%; $p=.0319$).

También encontramos diferencias en función de la **edad** (TABLA 6.26), y en general observamos que son los Síntomas Vegetativos, principalmente el Insomnio, los que se presentan con mayor frecuencia en los de mayor edad, junto con los síntomas Lamentaciones e Ideas hipocondriacas. Por el contrario, en los más jóvenes se presentan como más frecuentes el Desinterés sexual y la Parálisis Psíquica.

Respecto al **Estado Civil**, hay dos síntomas que muestran una distribución significativa: la Infravaloración, y la Tendencia al aislamiento; en ambos casos son más frecuentes entre los solteros que en los casados.

TABLA 6.26.- DIFERENCIAS CLINICAS OBSERVADAS EN CUESTIONARIO CET-DE EN FUNCIÓN DE LA EDAD.

	PRESENTE	AUSENTE	
<u>PREDOMINAN EN MAYORES:</u>			
Lamentaciones	52.8 - 15	43.8 - 16	***
Insomnio de Mantenimiento	51.0 - 16	42.4 - 15	**
Insomnio de Precoz	51.3 - 15	44.2 - 17	**
Ideas Hipocondriacas	51.5 - 15	44.5 - 17	*
Sufrimiento	50.1 - 16	43.3 - 14	*
Insomnio de Conciliación	50.4 - 16	44.3 - 17	*
Anhedonia	49.4 - 16	39.6 - 17	*
<u>PREDOMINAN EN JÓVENES:</u>			
Desinterés Sexual	44.1 - 11	51.6 - 17	**
Parálisis Psíquica	45.7 - 16	53.0 - 16	**
Tendencia al Llanto	47.0 - 16	54.9 - 16	*
Clinofilia	41.3 - 16	45.1 - 16	*

MEDIA Y D.TÍPICA DE LA EDAD EN PACIENTES CON SÍNTOMA PRESENTE Y AUSENTE.

P <= .001 - ***; P <= .01 - **; P <= .05 - *.

Si analizamos la variable **Religión**, las Ideas de suicidio son verbalizadas con menor probabilidad entre las personas más religiosas, aunque de forma no significativa. Sí se presentan de forma estadísticamente significativa las Lamentaciones, las cuales son más frecuentes en los grupos de mayor integración religiosa.

En relación al **Nivel Educativo**, predominan en las capas inferiores: Cefaleas, Malestar difuso, Hipocondriasis, Lamentaciones, Molestias abdominales, Inversión del sueño-vigilia, Desesperanza, Molestias en los miembros, Estreñimiento-diarrea y Molestias torácicas. Por el contrario, en los Niveles Educativos más altos hay una mayor frecuencia de Disminución de la libido, Ideas de culpa, Culpabilidad por enfermedad y Desrealización.

Si consideramos las otras variables de clase, como **Renta** y Profesión del cabeza de familia, las diferencias son escasas. Respecto a la primera, las Ideas de culpa, la Bradipsiquia y la Tendencia al llanto son más frecuentes en los pacientes con ingresos superiores; mientras que el Insomnio de despertar precoz y el Estreñimiento-diarrea, lo es en los de inferiores. Por su parte, sólo aparecen como significativos en función de la **Profesión del cabeza de familia**: Malestar difuso, Cefaleas, Molestias en los miembros, Desconfianza y Estreñimiento-diarrea, en los de menor cualificación.

Por último, el único ítem que muestra diferencias significativas respecto a la **Clase Social Subjetiva** es el Estreñimiento/diarrea, que predomina en las clases inferiores.

En resumen, vemos que las diferencias clínicas son escasas al considerar estas variables, excepto en la edad, en donde coinciden con los síntomas referidos en la bibliografía.

6.4.- RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LAS VARIABLES CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS.

Respecto al Estrés Psicosocial, en primer lugar describimos el como se distribuye en relación al total de la muestra, y posteriormente estudiaremos las diferencias clínicas asociadas a su presencia/ausencia. Por último, y como parte fundamental, analizamos el posible efecto confusor del Estrés sobre las diferencias clínicas encontradas en función del Hábitat y la Clase Social.

6.4.1.- Descripción global del Estrés

Como ya comentamos anteriormente, cuantificamos el Estrés mediante la Escala de Holmes y Rahe (seis meses), y también considerando el Eje IV de la clasificación DSM-III-R, especificando, del mismo modo, si es agudo (un año) o crónico.

En primer lugar estudiamos el Estrés Psicosocial Global, en el que se consideran los individuos que refieren algún tipo de circunstancia estresante, ya como desencadenante reciente, ya como situación crónica. En la Tabla 6.27 observamos la tendencia a un mayor Estrés Global entre los hombres. Si analizamos el Estrés Agudo, las únicas diferencias que encontramos son el predominio del Estrés durante los seis meses anteriores en los individuos de clases altas; mientras que si consideramos el año previo, el predominio es entre los pacientes urbanos. Con respecto al Estrés Crónico, no hay diferencias significativas. Finalmente, debemos destacar que no encontramos diferencias en función de la Edad y las presencia de Estrés Global, o de alguno de los tipos.

Si revisamos las **causas de Estrés** (TABLA 10.52) durante los seis meses previos, encontramos que son el fallecimiento de un familiar próximo y los problemas económicos los más frecuentes. Entre las causas de Estrés Psicosocial Agudo, también están como más frecuentes la muerte de un familiar próximo y la separación o muerte del cónyuge. Por último, respecto al Estrés Crónico, entre sus primeras causas están las enfermedades del cónyuge, o la separación.

Si lo que valoramos es el **Área de Estrés** (TABLA 10.53), vemos que más de la mitad corresponden al Área familiar, y alrededor de la cuarta parte son asuntos Económico-laborales. En relación a los primeros, destacar el predominio significativo entre las mujeres, y la tendencia a ser más frecuente entre los rurales. Por el contrario, los problemas Económico-laborales predominan entre los hombres, los más jóvenes (30,3-14.4 vs. 48-16.0; $p=.0253$), con cierta tendencia a ser más frecuentes entre las clases superiores (FIGURA 6.5).

TABLA 6.27.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES ESTRÉS GLOBAL, AGUDO, PSICOSOCIAL AGUDO Y PSICOSOCIAL CRÓNICO RESPECTO AL SEXO, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL.

	TOTAL	SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL			
		H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
<u>ESTRÉS GLOBAL:</u>	51.4	61.1	48.1	56.4	48.2	76.5	46.9	45.9	61.5
P=		-		-		-			
<u>E. AGUDO (6 MESES):</u>	28.6	33.3	26.9	30.9	27.1	64.7	22.4	23.0	30.8
P=		-		-		**			
<u>E.PS. AGUDO (1 AÑO):</u>	41.4	47.8	40.0	49.1	36.5	64.7	40.8	34.4	46.2
P=		-		*		-			
<u>E.PS. CRÓNICO:</u>	62.1	55.6	64.4	61.8	62.4	52.9	67.3	59.0	69.2
P=		-		-		-			
<u>TOTAL:</u>	(140)	(36)	(104)	(55)	(85)	(17)	(49)	(61)	(13)

PORCENTAJES POR COLUMNAS; ENTRE PARÉNTESIS, VALORES ABSOLUTOS. P <= .01 - **; P <= .05 - *.

6.4.2.- Relación entre Estrés y variables clínicas.

En primer lugar estudiamos la interacción entre las variables Diagnóstico, Severidad de la depresión y Tiempo de evolución, para posteriormente analizar las diferencias en la expresividad clínica.

Con respecto a los grupos **Diagnósticos**, aunque las diferencias no son significativas, se observa una clara tendencia: las Depresiones de características Endógenas y las Bipolares tienen menor Estrés que el resto; las R.D., como era de esperar, son las que mayores porcentajes presentan, y finalmente, el resto de los cuadros tienen un patrón intermedio (TABLA 10.54). En relación a la **Intensidad** del cuadro, los parámetros Técnicos (G.A.F.) muestran una tendencia a presentar mayor Estrés entre los cuadros más severos; por el contrario, con los criterios Subjetivos las diferencias son mínimas (TABLA 10.54). Por último, con respecto al **Tiempo de Evolución**, podemos ver una cierta tendencia al predominio del Estrés en los cuadros de menos de tres meses (TABLA 10.54).

A continuación estudiamos la sintomatología que presentan diferencias significativas respecto a la presencia o ausencia de Estrés. En este sentido, los síntomas que se asocian con mayor frecuencia a la presencia de Estrés son: Sufrimiento (83,3 vs. 69,1; $p=.0476$), Malestar difuso (56,9 vs. 41,2; N.S.) e Ideas de culpa (34,7 vs. 20,6; N.S.). Por el contrario hay otra serie de síntomas que están con mayor frecuencia, estadísticamente significativa, en los pacientes que no refieren estresantes previos: Empeoramiento matutino, (51,5 vs. 29,2; $p=.0071$), Sueño no reparador (60,3 vs. 38,9; $p=.0113$) y Amnesia (80,9 vs. 65,3; $p=.0380$).

Si analizamos por separado el Estrés Agudo y el Crónico, podemos ver que es el segundo el que ofrece mayores diferencias, encontrando síntomas como el Insomnio de Conciliación (74,4 vs. 56,6; $p=.0261$), la Disminución de la libido (71,9 vs. 52,3; $p=.0371$) y las Ideas de culpa (32,2 vs. 20,8; N.S.) que predominan en las personas con Estrés Crónico. En el resto de los síntomas, sólo encontramos diferencias significativas en algunos síntomas, pero en este caso, con mayor frecuencia del síntoma en los pacientes que no refieren Estrés, por ejemplo: Astenia o Irritabilidad.

6.4.3.- Análisis del efecto confusor de las variables sociales en la relación entre Estrés y expresividad clínica.

En este aspecto, pasamos a estudiar como se comportan los síntomas que ofrecen diferencias significativas respecto al Hábitat y la Clase Social, al considerar la presencia/ausencia de Estrés.

En primer lugar nos detenemos en los síntomas que presentan diferencias significativas en función del **Hábitat** (TABLA 10.55). El síntoma *Malestar difuso*, aumenta claramente como respuesta al Estrés Global, tanto en los individuos rurales, como en los urbanos.

Si analizamos las diferencias separando el Estrés Agudo y el Crónico (TABLA 10.56), vemos que este síntoma, el Malestar Difuso, aumenta se frecuencia en relación a la presencia de Estrés Agudo. Por el contrario, otra

serie de síntomas lo hacen en respuesta al Estrés crónico: Ideas de Culpa, Desrealización y Desinterés sexual; y en menor medida Síntomas Somáticos como las Molestias Abdominales, en los Miembros y las Torácicas.

A continuación estudiamos los síntomas que ofrecen diferencias respecto a la **Clase Social**, y su comportamiento en función de la presencia de Estrés. En la Tabla 10.57 vemos que síntomas como Ideas de culpa, Desinterés Sexual, Malestar difuso e Isomnio de Conciliación, aumentan su presencia en los cuadros con Estrés.

Por último, si analizamos por separado la presencia de Estrés Agudo y Estrés Crónico (TABLA 10.58), de nuevo encontramos que síntomas como Malestar difuso y Enlentecimiento del Tiempo aumentan su presencia en respuesta al Estrés Agudo; y por el contrario, Ideas de culpa, Molestias en los Miembros y Desinterés sexual, lo hacen en respuesta al Crónico.

Por lo tanto, podemos ver que algunos síntomas que ofrecían distinto patrón de presencia en función del Hábitat o la Clase Social, también aumentan su frecuencia de aparición en respuesta al Estrés. Y en este sentido, mientras el Malestar difuso aumenta en respuesta al Estrés agudo, el resto lo hacen con el crónico: Desinterés Sexual, Ideas de culpa, y Molestias somáticas, como las localizadas en miembros, abdomen o tórax.



6.5.- ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS SÍNTOMAS QUE MUESTRAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HÁBITAT Y LA CLASE SOCIAL.

En la descripción de Resultados del Análisis Multivariante, en primer lugar revisamos el comportamiento de las variables sociales con respecto a cada síntoma, para posteriormente comentar el resto de las variables clínicas.

Recordamos previamente que mediante este Análisis buscamos el aislar las variables más relevantes en la presencia de cada síntoma, eliminando las que puedan ser secundarias a estas, o aportar una menor información a la hora de predecir la presencia del síntoma. Para ello estudiamos todos los síntomas que ofrecen diferencias significativas con respecto al Hábitat o la Clase Social en el análisis bivariante. En primer lugar podemos observar que todos los modelos obtenidos son altamente significativos, y que con un reducido número de variables, para cada síntoma, podemos predecir su presencia o ausencia con un alto índice de probabilidad de acierto (entre el 61% y el 95%).

En primer lugar, respecto a los *Síntomas Somáticos*, observamos una clara relación con el Hábitat, siendo las Molestias difusas o localizadas dominantes en el rural; y el síntoma Déficit Sensorial, en el urbano. Por lo tanto, vemos que en este grupo de síntomas, es fundamentalmente el Hábitat el que explica su presencia o ausencia, con independencia de las variables de Clase. Lo contrario sucede en síntomas como Estreñimiento-diarrea o Insomnio de Conciliación, en los que sus diferencias se deben más bien a la Clase Social, y especialmente la Renta en el primero de ellos.

Por el contrario, en el grupo de *Síntomas Cognitivos*, suelen ser los indicadores de Clase los que principalmente aportan las diferencias. Respecto a las Ideas de culpa, el Nivel Educativo es lo que más variabilidad explica. Por el contrario, en los síntomas Bradipsiquía y Amnesia, es el Nivel de Renta, y en el segundo también la Clase Social.

Como síntomas de entre los *Afectivos* y del grupo de *Otros* síntomas, nos encontramos la Ansiedad, la cual se asocia con Clase Social Baja y Hábitat urbano. Con esto se refuerza el hecho de su asociación con las Clases Sociales inferiores. Por otra parte, la Desrealización parece depender sólo del Hábitat, siendo más frecuente en las ciudades. Otra serie de síntomas como: Irritabilidad, Susceptibilidad, Desinterés y Enlentecimiento del tiempo, por el contrario, se relacionan más con la Clase Social alta. Respecto al Síndrome Premenstrual, parece más específico del Hábitat urbano; y las Lamentaciones, más frecuentes entre las mujeres rurales de más de 50 años.

En relación al Desinterés Sexual (ya comentamos las limitaciones observadas en su recogida) encontramos que se asocia con el Hábitat urbano y el ser menor de 50 años.

Por último, en tres síntomas, Infravaloración y Excesiva preocupación y Tristeza se confirma que las diferencias observadas en función de los indicadores sociales, son secundarias a otras variables clínicas.

Con respecto al Diagnóstico, nos encontramos que mientras que algunos síntomas del grupo de los Somáticos y de los Cognitivos, se asocian a De-

presión Neurótica y Distimia; la Susceptibilidad y el Desinterés se relacionan más con las Depresiones Melancólicas.

La presencia de Estrés aparece influir sólo en algunos Síntomas Somáticos, como en el Malestar Difuso, en respuesta al Estrés Agudo; y el Insomnio de conciliación y el desinterés sexual, con el Crónico. Por el contrario, en la mayoría de los síntomas de los cuatro grupos, la relación suele ser con la ausencia de Estrés, lo que parece indicar que hay otra serie de factores clínicos o sociales, que justifican las diferencias. Por lo tanto, excepto en los tres síntomas comentados, no se puede decir que las diferencias clínicas de la Depresión en función de las variables sociales sean distintas forma de respuesta al Estrés en distintos medios socio-culturales.

Finalmente, es habitual que mayoría de los síntomas de los cuatro grupos se asocien con mayor severidad en la puntuación total CET-DE. Aunque este hecho en sí no es muy valorable, si debemos recordar que la inclusión de esta variable es aconsejable, pues indica que las relaciones observadas con respecto a las otras variables clínicas y sociales, se mantienen aún considerando la puntuación total CET-DE. Con respecto a la relación con el aumento de severidad según la G.A.F.-Actual, sucede algo parecido. No obstante, como ya comentamos, este último es un parámetro más fiable de Gravedad.

Por lo tanto, podemos ver que mediante el Análisis Logístico se resumen, y en general se confirman los resultados del bivariante. Pero esencialmente, de una manera clara podemos determinar si las diferencias en la expresividad clínica observadas dependen del Hábitat, de la Clase Social (o de sus indicadores), de ambas o ninguna de ellas, con lo que damos respuesta al objetivo fundamental de esta Tesis.

Para finalizar, tratamos de analizar con técnicas estadísticas multivariantes si las diferencias clínicas obtenidas respecto al Hábitat, desaparecen al considerar otras variables clínicas o sociodemográficas.

Como ya destacamos anteriormente, elegimos los cinco síntomas que ofrecen diferencias significativas respecto al Hábitat y la Clase Social para este estudio multivariante.

De los cinco síntomas analizados, el único que mantiene asociación significativa con el Hábitat es el *Malestar Difuso*. Como podemos ver en la tabla 6.28, excepto la Clase Social, el resto de las variables se pueden eliminar del modelo, y el síntoma mantiene una alta relación significativa con el Hábitat ($\text{Exp}(B)=3.1138$, $\text{sig}= .0055$). La Clase Social permanece como Variable Confusora del modelo, que explica correctamente un 64.29% de los casos. La Odds Ratio, para el 95% de confianza, es de 3.5, con un Límite de Confianza de 1.40 y 6.91, por lo que se considera adecuado.

Con respecto al resto de los síntomas, las diferencias significativas con respecto al Hábitat, desaparecen en el estudio multivariante, por lo que consideramos que aquellas se deben a otras variables asociadas al Hábitat. El primer síntoma a estudio es *El Desinterés Sexual*, y en la Tabla 6.29 podemos ver como la relación entre el Hábitat y este síntoma es escasamente significativa en el estudio multivariante. Similares conclusiones se pueden extraer de los síntomas *Ideas de Culpa*, *Molestias en los Miembros* y *Estreñimiento-diarrea*.

Para finalizar, debemos recordar que la finalidad de este Análisis Logístico no es el encontrar un modelo multivariante que explique la presencia / ausencia de estos síntomas, o el que hasta que punto influyen cada una de las variable. La finalidad es analizar si el Hábitat realmente justifica las diferencias encontradas en el análisis bivariante, y en caso de hacerlo, que otras variables pueden actuar como confusoras.

TABLA 6.28.- ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS SOMÁTICOS, VARIABLES QUE PERMANECEN EN EL MODELO EN CADA SÍNTOMA.

SÍNTOMA	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	P=	%
<u>MALESTAR DIFUSO:</u>	HÁBITAT RURAL DISTIMIA (DSM-III-R) PRESENCIA DE ESTRÉS AGUDO MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	70.71
<u>MOLESTIAS EN MIEMBROS:</u>	HÁBITAT RURAL MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	65.47
<u>MOLESTIAS TORÁCICAS:</u>	HÁBITAT RURAL MAYOR GRAVEDAD EN GAF-ACTUAL MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	72.14
<u>MOLESTIAS ABDOMINALES:</u>	HÁBITAT RURAL MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0011	61.43
<u>DÉFICIT SENSORIAL:</u>	HÁBITAT URBANO SEXO FEMENINO AUSENCIA DE ESTRÉS AGUDO	.0021	75.71
<u>ESTREÑIMIENTO-DIARREA:</u>	RENTA INFERIOR A 100 MIL/PTS. MAYOR GRAVEDAD EN GAF-ACTUAL MAYOR PUNTUACION CET-DE AUSENCIA DE ESTRÉS CRÓNICO	.0000	81.43
<u>INSOMNIO CONCILIACIÓN:</u>	CLASE SOCIAL BAJA PRESENCIA DE ESTRÉS CRÓNICO MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0012	72.86

% - PORCENTAJE DE PREDICCIÓN CORRECTA DEL SÍNTOMA CON LAS VARIABLES QUE RESTAN EN EL MODELO.

TABLA 6.29.- ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS COGNITIVOS, VARIABLES QUE PERMANECEN EN EL MODELO EN CADA SÍNTOMA.

SÍNTOMA	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	P=	%
<u>IDEAS DE CULPA:</u>	N. EDUCATIVO SUPERIOR A E. PRIMARIOS MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	73.57
<u>AMNESIA:</u>	CLASE SOCIAL ALTA (I-III) RENTA SUPERIOR A 100 MIL PTS. / MES D. NEURÓTICA (ICD-9) MAYOR PUNTUACION CET-DE AUSENCIA DE ESTRÉS AGUDO AUSENCIA DE ESTRÉS CRÓNICO	.0000	77.86
<u>BRADIPSQUIA:</u>	RENTA SUPERIOR A 100 MIL PTS. / MES DISTIMIA (DSM-III-R) MAYOR GRAVEDAD EN GAF-ACTUAL MAYOR PUNTUACION CET-DE AUSENCIA DE ESTRÉS	.0000	74.29
<u>INFRAVALORACIÓN:</u>	MAYOR GRAVEDAD EN GAF-ACTUAL MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	69.29
<u>EXCESIVA PREOCUPACIÓN:</u>	DISTIMIA (DSM-III-R) MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	91.45

% - PORCENTAJE DE PREDICCIÓN CORRECTA DEL SÍNTOMA CON LAS VARIABLES QUE RESTAN EN EL MODELO.

TABLA 6.30.- ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS PURAMENTE AFECTIVOS, VARIABLES QUE PERMANECEN EN EL MODELO EN CADA SÍNTOMA.

SÍNTOMA	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	P=	%
<u>ANSIEDAD:</u>	CLASE SOCIAL BAJA (IV-V) HÁBITAT URBANO	.0000	90.71
<u>DESREALIZACIÓN:</u>	HÁBITAT URBANO MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	71.43
<u>SUSCEPTIBILIDAD:</u>	CLASE SOCIAL ALTA (I-III) RENTA SUPERIOR A 100 MIL PTS / MES C. PROFESIONAL DEL C.FAMILIA ALTA D.MAYOR MELANCÓLICA (DSM-III-R) MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	94.29
<u>IRRITABILIDAD:</u>	CLASE SOCIAL ALTA (III-II-I) . MAYOR PUNTUACION CET-DE AUSENCIA DE ESTRÉS	.0014	70.71
<u>DESINTERÉS:</u>	CLASE SOCIAL ALTA (I-III) D.M.MELANCÓLICA (DSM-III-R) PMD-DEPRESIVA (ICD-9) MAYOR PUNTUACION CET-DE AUSENCIA DE ESTRÉS	.0000	95.00
<u>TRISTEZA:</u>	MAYOR GRAVEDAD EN GAF-ACTUAL	.0048	97.14
<u>DESINTERÉS SEXUAL:</u>	MEDIO URBANO MENOR DE 50 AÑOS PMD-DEPRESIVA (ICD-9) PRESENCIA DE ESTRÉS PSICOSOCIAL CRÓNICO MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	73.15

% - PORCENTAJE DE PREDICCIÓN CORRECTA DEL SÍNTOMA CON LAS VARIABLES QUE RESTAN EN EL MODELO.

TABLA 6.31.- ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE "OTROS" SÍNTOMAS, VARIABLES QUE PERMANECEN EN EL MODELO EN CADA SÍNTOMA.

SÍNTOMA	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	P=	%
<u>SÍNDROME PREMENSTRUAL:</u>	MEDIO URBANO AUSENCIA DE ACONTECIM. VITALES	.0000	75.00
<u>LAMENTACIONES:</u>	HÁBITAT RURAL EDAD SUPERIOR A 50 AÑOS SEXO FEMENINO MAYOR PUNTUACION CET-DE AUSENCIA DE ESTRÉS CRÓNICO	.0001	62.14
<u>ENLENTECIM. DEL TIEMPO:</u>	CLASE SOCIAL ALTA (III-II-I) MAYOR PUNTUACION CET-DE	.0000	62.86

% - PORCENTAJE DE PREDICCIÓN CORRECTA DEL SÍNTOMA CON LAS VARIABLES QUE RESTAN EN EL MODELO

VII - DISCUSIÓN





VII. - DISCUSIÓN.

7.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA ESPECIALIZADA.

Como ya comentamos, diversas variables sociales, clínicas y personales influyen a la hora de llegar o no a la consulta de psiquiatría. En este sentido, podría suceder que las diferencias clínicas encontradas fueran más bien dependientes de los patrones de Búsqueda de Ayuda en los distintos medios socioculturales.

En consecuencia, profundizaremos en dos aspectos: en primer lugar en la posible influencia de las características sociodemográficas a la hora de acudir a consulta de psiquiatría. Por otra parte, comparamos las Depresiones de cada grupo respecto a las variables clinico-evolutivas Severidad, Antigüedad y otra serie de antecedentes. En segundo lugar, nos detenemos en el estudio de la Demanda Inicial por parte del paciente, la cual nos indica el síntoma que inicialmente presenta el paciente para la primera toma de contacto.

Si analizamos los patrones de Búsqueda de Ayuda en función del **sexo**, en nuestros resultados se observa una tendencia entre los hombres a presentar cuadros de mayor severidad, principalmente con la escala GAF-Actual. También sucede que entre los cuadros leves hay más clara representación de mujeres, lo que parece confirmar el hecho de una mayor facilidad de las mujeres a demandar consulta psiquiátrica. Respecto al Tiempo de Evolución, también pudimos ver una mayor proporción de hombres entre las Depresiones de más de dos años. Por lo tanto, a la vista de nuestros resultados, existe una tendencia a que los hombres precisen una Depresión de mayor severidad y más tiempo de evolución, para acudir a consultas de psiquiatría.

Los aspectos culturales, que se transmiten a lo largo de la infancia, influyen en que los hombres soliciten consulta con más tardanza (MECHANIC, 1972; KATON, y cols., 1982) debido a cierta tendencia entre estos a negar los síntomas depresivos. En este sentido, Shapiro y cols. (1984) observan que entre las mujeres se utilizan más los servicios psiquiátricos. También Wright y cols. (1980) destacan una mayor resistencia por parte de los hombres a la consulta psiquiátrica. No obstante, hay datos que indican que el sexo influye más en retrasar la consulta, que en realizarla, pues Paykel (1991) encuentra que la proporción entre sexos de Depresiones es similar en población general y en consulta de psiquiatría. Por lo tanto, parece claro que hay factores culturales que influyen a la hora de demorar la consulta psiquiátrica, y junto a una mayor tolerancia social a que las mujeres manifiesten su estado anímico depresivo, se espera en el hombre una mayor resistencia hacia la petición de ayuda, ya que esto conlleva de reconocimiento de "debilidad".

En segundo lugar, nos centramos en las variables **Hábitat y Cultura**, y en este sentido hay que tener en cuenta que influyen las menores posibilidades de acceso al tratamiento especializado en el medio rural (HIRSCHFELD y CROSS, 1982), así como en las culturas tradicionales. Otro aspecto a destacar es el estigma que existe sobre las enfermedades psíquicas en prácticamente todas las culturas. Por ejemplo, las "Enfermedades del Alma" en culturas tradicionales se canalizan por vías distintas de la medicina occidental. No obstante, esto no es exclusivo de este tipo de culturas, pues en occidente, tanto en pacientes rurales como urbanos, también es frecuente que busquen ayuda en médicos no psiquiatras o en medicinas alternativas.

En nuestro estudio existen escasas diferencias respecto a la Severidad de la Depresión en función del Hábitat, con cierta tendencia a un mayor Tiempo de Evolución en los rurales. No obstante, teniendo en cuenta las características de la zona rural a estudio, el que las diferencias no sean significativas, se puede considerar como positivo.

Con respecto a la **Clase Social**, también encontramos una tendencia a cuadros algo más severos en las clases inferiores; por el contrario, son escasas las diferencias observadas con respecto al Tiempo de Evolución. Weissman y Myers (1978-B) destacan el que las clases inferiores tienen menor acceso al tratamiento psiquiátrico. También Mechanic (1972) refiere que los individuos de inferior Nivel Educativo y Clase Social, y los del medio rural, tienden a consultar por problemas psiquiátricos en consultas distintas de las de psiquiatría. Más recientemente, Cooper y cols. (1994) observan que los deprimidos con inferior Nivel Educativo, tienden a tratar su depresión en consulta de Medicina General.

Por lo tanto, todo indica que los individuos de clases superiores tienden a canalizar el tratamiento de las Depresiones por la vía psiquiátrica. Este factor, sumado a la mayor disponibilidad de tratamientos, un mejor seguimiento de este, y mayores recursos para afrontar circunstancias estresantes, hacen que el pronóstico de las Depresiones en estas clases sea más favorable. En este sentido, en nuestro trabajo podemos ver como entre los escasos individuos de clase media-alta y alta, es mucho más infrecuente que el cuadro pase del año de evolución. Es probable que el limitado número de pacientes de estas clases justifique que las diferencias encontradas no sean más significativas.

Mechanic (1972) opina que el **Motivo de Consulta** no suele tener especial importancia, sino que más bien sirve para iniciar una relación médico-enfermo. En este sentido, a través de las quejas somáticas, se busca ayuda de una forma socialmente aceptada. El mismo autor indica que, además de las somatizaciones, las conductas suicidas son otra vía frecuente de solicitud de ayuda. En nuestra muestra, observamos el predominio, estadísticamente significativo, de Quejas Somáticas entre las mujeres y los de mayor edad.

Pero no sólo la demanda inicial, sino también la expresividad clínica del cuadro ofrece un predominio de *Quejas Somáticas* entre las mujeres y los mayores. Lo primero coincide con lo recogido de la bibliografía, y comentado en la Revisión Conceptual (TABLA 2.4), y el segundo aspecto será discutido posteriormente.

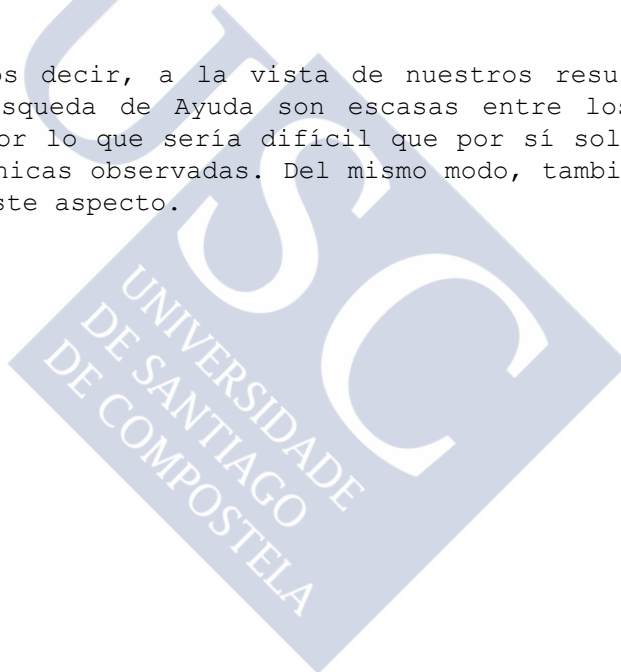
Respecto a los *Actos Suicidas*, como toma inicial de contacto, son escasos en nuestro estudio por tratarse una muestra predominantemente ambula-

toria y de severidad moderada. En cualquier caso, se admite que las ideas de muerte verbalizadas predominan entre las mujeres y los de mayor edad, como sucede en nuestro estudio.

Por último, hay que considerar la *Solicitud de Apoyo Social* como otra posibilidad de Demanda inicial de ayuda. Esta circunstancia es más frecuente en los de mayor edad (BLAZER, 1984), en donde no es raro que la elevada incidencia de circunstancia estresantes (GREENE y COOKE, 1980; BLAZER, 1984; ALONSO, 1988; MADIANOS y cols., 1992), y la escasez de Apoyo Social (BEN-AIRE y cols., 1987; WOO y cols., 1994) les lleven a la consulta en busca de apoyo afectivo.

En nuestro estudio son escasas las demandas relacionadas con la solicitud de Apoyo, sólo dos casos refieren conflictiva familiar como motivo de consulta. De todas formas, si lo comparamos con la alta frecuencia de Acontecimientos o Situaciones Estresantes, la frecuencia es muy baja. En este sentido hay que tener en cuenta que es frecuente que el paciente no verbalice la problemática que le rodea de entrada, siendo precisas varias consultas para ello.

Por lo tanto, podemos decir, a la vista de nuestros resultados, que las diferencias en la Búsqueda de Ayuda son escasas entre los distintos grupos socioculturales, por lo que sería difícil que por sí solas justificasen las diferencias clínicas observadas. Del mismo modo, también el estudio multivariante apoya este aspecto.



7.2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA.

7.2.1.- Características globales de la expresividad clínica de la muestra, y sus diferencias en función del resto de las variables clínicas.

En este sentido, en la tabla 7.1 se recogen los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en varios trabajos, especificando el tipo de muestra, el instrumento aplicado y el número de casos. Se mantienen como síntomas más frecuentes: Estado Anímico Deprimido, Insomnio, Ansiedad, Ideas de suicidio, Desinterés y Anorexia. Recordamos que en nuestro estudio, los más frecuentes eran: Astenia, Tristeza, Desinterés, Pesimismo, Anhedonia y Ansiedad.

TABLA 7.1.- SÍNTOMAS MAS FRECUENTES EN DIVERSOS ESTUDIOS SOBRE PACIENTES DEPRESIVOS.

BYRNE-1978	AYUSO-1979	BERRIOS-1987	CARLSON-1988	HAMILTON-1989
INTERNAMIENTO ZSRDS (N = 135)	INTERNAMIENTO HDS (N = 113)	CONSULTA HDS (N = 83)	INTERNAMIENTO SADS (N = 100)	CONSULTA HDS (N = 499)
Variac. Diurna	Tristeza	Tristeza	Tristeza	Tristeza
Dismin. Libido	Desinterés	Insomnio Precoz	Fatiga	Desinterés
Desinterés	Ans. Somática	< Libido	< Concentrac	Ans. Psíquica
Retardo	Ans. Psíquica	Anorexia	Anorexia	Ans. Somática
Indecisión	Id. Suicid	Id. Suicidio	Anhedonia	Insomnio
< Autoestim	Síntomas Somat.	Retardo	Insomnio	Ans. General
Desesperanza	Agitación	Id. Culpa	Retardo	Id. Suicidio
Anhedonia	Insonio Conciliac.		Desesperanza	Alt. Gastrointest.
< Concentrac.			Insomnio Precoz	
Anorexia			Id. Culpa	

AUTOR, AÑO; CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA; INSTRUMENTO Y NUMERO DE CASOS.

En este sentido, Paykel (1985) considera como los tres síntomas más frecuentes, y que se encuentran en casi todos los pacientes, el Abatimiento (humor depresivo), la pérdida de Interés y la Ansiedad. A continuación, y en orden descendente de frecuencia cita las dificultad para dormir, la pérdida de apetito y la falta de energías, así como la fatigabilidad y los incipientes pensamientos suicidas.

Destaca la elevada frecuencia de Astenia en nuestro estudio, la cual sólo aparece en la publicación de Carlson y Kashani (1988). Algunos autores la incluyen en los síntomas somáticos generales como fatigabilidad; por el

contrario, en el estudio de Carlson (1988), con la escala SADS, donde sí está presente, observamos que ocupa el segundo lugar en frecuencia de aparición. Por lo tanto, podemos decir, que la Astenia es uno de los síntomas más frecuentes de la depresión cuando se considera aisladamente.

Algo similar sucede con la *Anhedonia*, la cual sólo es recogida por la escala de Zung y la SADS, apareciendo en los trabajos realizados con estas escalas en lugares preferentes. Otros síntomas que se presentan con gran frecuencia en nuestro estudio, y no están en los recogidos en la bibliografía son la Rumiación de ideas, la Excesiva preocupación y el Pesimismo.

Por lo tanto, hay una serie de síntomas frecuentes en las Depresiones, al menos en una muestra eminentemente ambulatoria como la nuestra, y que no se recogen en las escalas y cuestionarios de la Depresión. Estos parecen centrarse más en Síntomas Vegetativos, Psicomotores y Signos observables. Este hecho puede ser debido en gran medida a que las escalas preferentemente se destinan a Depresiones que requieren internamiento, en donde estos síntomas predominan.

Con respecto a la variable **sexo**, en la Tabla 7.2 podemos ver como la proporción entre sexos de nuestro estudio (1:2.8) coincide con la esperada según la bibliografía. Por otra parte, ya comentábamos en la Revisión Conceptual, que la mayoría de los autores describen escasas diferencias clínicas en función de esta variable. Sólo parece existir en las mujeres un ligero predominio de la Ansiedad somática y de los síntomas relacionados con la alimentación, y en los hombres del Insomnio y los Síntomas cognitivos.

TABLA 7.2.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SEXOS EN DEPRESIONES.

AUTOR	AÑO	CRITERIOS	RESULTADOS
HIRSCHFELD,	1982	D.MONOPOLAR	DOBLE DE FRECUENCIA ENTRE MUJERES
WEISSMAN,	1980	D.MAYORES	PREDOMINAN EN MUJERES (3.2 : 5.2)
		D.MENORES	NO PREDOMINAN EN MUJERES (2.3 : 2.7.)
KOVES,	1987	D.MAYOR (DSM-II)	PREDOMINA EN MUJERES (1 : 2.17)
		DISTIMIA (DSM-III)	PREDOMINA EN MUJERES (1 : 1.66)
CROWELL,	1986	D.MAYOR (DSM-III)	PREDOMINA EN MUJERES (1 : 2.9)
VÁZQUEZ,	1982	D.NEUROTICA	PREDOMINA EN MUJERES (1 : 3)
PAYKEL,	1991	D.MAYOR (DSM-III/RDC)	PREDOMINA EN MUJERES (1 : 3-7.4)

En nuestro estudio encontramos una gran similitud en las características clínicas de las Depresiones entre sexos. La Anorexia ofrece escasas diferencias, no así la Bulimia, que predomina en las mujeres; también las Quejas Somáticas son más frecuentes entre estas, destacando las Cefaleas.

Por el contrario, predominan en los hombres el Insomnio precoz y Síntomas Cognitivos como Pesimismo e Ideas de muerte.

El único síntoma que muestra diferencias significativas es la Hipersomnia, que predomina en los hombres. Sólo es considerado en uno de los estudios en los que se comprara directamente la sintomatología entre sexos (FRANK y cols., 1988), observando una similar frecuencia entre ambos. En nuestro estudio, no se presenta con mayor frecuencia en las Depresiones Bipolares o en las Estacionales, en las que la bibliografía lo sitúa como síntoma más frecuente, ni en ninguna de las otras variables. Por el contrario, sí aparece con mayor frecuencia en los cuadros de más tiempo de evolución, que al mismo tiempo son más frecuentes en los hombres, pero tampoco este hecho justifica las diferencias en función del sexo. Por lo tanto, carecemos de explicación para justificar esta diferencia, que más bien puede deberse a la baja presencia del síntoma.

Con respecto a la variable **edad**, destacan como síntomas más frecuentes en los más mayores: Insomnio (los tres tipos), Lamentaciones e Hipocondriasis; y como veremos a continuación, estos resultados coinciden con los esperados según la bibliografía.

Ya Blazer (1984) indica el que el anciano suele acudir a consulta, no por Depresión, sino por quejas somáticas o problemas de adaptación sociofamiliar. De todos son conocidas las frecuentes quejas en relación al sueño en los ancianos. Con respecto a las quejas somáticas, se pueden entender como una vía para canalizar las demandas de asistencia. De hecho, como ya destacamos, en nuestro estudio también observamos una mayor media de edad, estadísticamente significativa, entre los individuos que presentan la demanda inicial de consulta por la vía somática. En cualquier caso las enfermedades no psiquiátricas, también son más frecuentes en los mayores, por lo que en muchos casos pueden justificar estas quejas. En este sentido, recordamos que Costa y McGrae (1985) observan que las quejas somáticas dependen más de rasgos de personalidad que de la edad. Por lo tanto consideramos que si bien puede existir cierta sensibilidad en las personas mayores a las disfunciones orgánicas, las somatizaciones en sentido estricto, no son más mucho frecuentes que en otros grupos de edad.

Por el contrario, son síntomas más frecuentes en los más jóvenes: Tendencia al Llanto, Desinterés Sexual y Parálisis Psíquica. Este último es señalado por Craig y Van Natta (1979) como más frecuente entre los más jóvenes, en un amplio estudio comunitario.

Cooke (1982) observa que las Depresiones Ansiosas son más frecuentes en los de menor edad y las Endógenas y Vegetativas en los mayores. También comentamos en la Revisión Conceptual que autores como Akiskal y cols. (1978) o Klein (1974) observaban la modificación de las características de las fases depresivas a lo largo de los años: si en los más jóvenes parecían Reactivas, en las sucesivas recurrencias, adoptaban características Endógenas. Por lo tanto, si analizamos nuestros resultados, no es extraño encontrar en los más jóvenes Depresiones con un importante componente ansioso, y con predominio de síntomas como: Llanto, Ansiedad e Irritabilidad; y por el contrario, en los mayores: Anhedonia, Sufrimiento y las Quejas somáticas, son más frecuentes.

7.2.2.- Relación entre la expresividad clínica y el Diagnóstico.

Respecto al **Diagnostico**, encontramos una alta concordancia entre las dos clasificaciones utilizadas (DSM-III-R e ICD-9), aún teniendo en cuenta que la primera es eminentemente clínico-evolutiva, y la segunda etiopatogénica.

De la relación entre diagnostico y **Hábitat**, destacamos la mayor proporción de T.B. en el medio rural, lo que está apoyado por la bibliografía (VÁZQUEZ-BARQUERO y cols., 1982). No obstante, la proporción en nuestro estudio es mayor de lo esperado, y no valorable, dado el reducido número de pacientes bipolares. Otro aspecto a señalar es la mayor presencia de D.N. y de Distimias en la muestra urbana. En este sentido, Vázquez-Barquero y cols. (1982) encuentran mayor frecuencia de D.N. en las zonas más urbanizadas de una muestra rural, justificándolo por el hecho de que la ciudad atrae a un mayor número de personalidades inestables. En nuestro estudio se observa una cierta tendencia, no significativa, a predominar estas entre los urbanos. En este sentido, es posible que por tratarse de Depresiones de menor severidad, en el medio rural la D.N. o no es tratada o se canaliza por otra vía distinta de la psiquiátrica.

No obstante, Blazer y cols. (1985) piensan que las D.N. dependen más de características de la personalidad, y no tanto del entorno. El hecho de que en los recientes estudios comunitarios no se hayan encontrado diferencias en la prevalencia de la Distimia en función del hábitat, apoya este razonamiento (CROWELL y cols., 1983; BLAZER y cols., 1985 y KOVESS y cols., 1987)

A continuación comparamos la bibliografía recogida con nuestros resultados, en relación a los síntomas más significativos a la hora de diferenciar tipos de depresión (TABLA 7.3). A modo de resumen, podemos decir que los Cambios en la Psicomotricidad, la Tristeza Patológica y algunos Síntomas Vegetativos (Insomnio y Anorexia) son los más repetidos.

En prácticamente todos los estudios revisados, se incluyen como características de las Depresiones Endógenas: *Tristeza patológica, Anhedonia, Ausencia de reactividad y Desinterés*. Los distintos autores defienden este grupo de síntomas de diferentes formas: Distinta cualidad del ánimo y Animo deprimido (GARSIDE y cols., 1971); falta de Reactividad al medio, Animo severamente deprimido y pérdida de Interés en actividades placenteras (NELSON y CHARNEY, 1981); pérdida de Interés en actividades y Anhedonia (FEINBERG y CARROLL, 1982); la Anhedonia penetrante y el estado anímico no Reactivo (DAVIDSON y cols., 1984); cualidad diferente del estado de Animo, Animo muy abatido e incapacidad para Reaccionar a los cambios placenteros que se dan en una situación del entorno (PAYKEL, 1985). Por su parte, Young y cols. (1986) definen el llamado Subtipo Anhedónico, que se presenta con persistente Pérdida de placer, Falta de reactividad y Distinta cualidad del ánimo. Finalmente, también se asocian a la pérdida de Interés en las actividades habituales (GROVE, 1987).

En nuestro estudio, únicamente el Desinterés y la ausencia de Reactividad diferencian de forma significativa ambos tipos de depresión. Por su parte, también la Anhedonia está con mayor frecuencia, aunque no de forma significativa, en las Depresiones Bipolares, en las Endógenas y en las R.D., siendo menos frecuente en las Distimias, D.N. y las D.M.N.M.. Con respecto a la Tristeza, debemos puntualizar que nosotros la consideramos de

forma amplia, y en general es la referida por el paciente. Por lo tanto, no podemos compararla con la Tristeza patológica de algunos estudios.

TABLA 7.3.- SINTOMAS QUE MAS DISCRIMINAN ENTRE DEPRESIONES ENDÓGENAS / NO ENDÓGENAS, EN LA BIBLIOGRAFÍA Y EN EL ACTUAL TRABAJO.

NELSON (1980)	MAES (1988)	RUSH (1993)	DSM-III-R	ICD-10
Camb.Psicomtr.	Anhedonia	Retardo Psicom.	Desinteres	Desinteres
Autorreproches	Tristeza	No Reactividad	Anhedonia	Aus.Reactiv.
Dif.Concentr.	Retardo	Anhedonia	Aus.Reactiv.	Insom.Prec.
	Dism.Libido	Distinta Cualidad	Emp.Matutin.	Emp.Matut.
	Fatigabil.		Insom.Precoz	Cam.Psicom.
	Anorexia		Camb.Psicomtr	P.Peso
	Agitación		Anorexia	Dism.Libido
	Var.Diurna			
	Insomnio			

<u>DSM-III-R</u>	<u>ICD-9</u>
D.M.M. / DISTIMIA	P.M.D.-D / D.N.
Id.Muerte	Anorexia
Anorexia	Id. Muerte
Aislamiento	Insomnio Precoz
Abandono Aseo	Aislamiento
Empeoram.Matutino	Cefaleas
Insomnio Precoz	Desinterés
Inactividad	Insomnio Mantenim.
Desinterés	Clinofilia
Sueño No Reparador	Inactividad
Insomnio Mantenim.	Abandono Aseo
Desconexion Social	Desconexion Social
Bloqueo Afectivo	Futuro Desalentador
Clinofilia	
Astenia	

Aunque prácticamente todos los autores están de acuerdo en incluir los *Trastornos de la Psicomotricidad*, no está claro cual de ellos predomina en las Depresiones Endogenomórficas, mientras que para algunos autores es el Retardo (GARSIDE y cols., 1971; PAYKEL, 1985; YOUNG y cols., 1986); otros incluyen tanto la Agitación como el Retardo (NELSON y CHARNEY, 1981; FEINBERG y CARROLL, 1982; DAVIDSON y cols., 1984). Por el contrario, Grove y cols. (1987) destacan como más útil la Agitación que el Retardo; y Vallejo y Gastó (1990) piensan que las formas agitadas son más frecuentes en los Bipolares.

Por su parte, aunque Zimmerman y cols. (1986-a) no lo consideraban inicialmente, en un posterior estudio (1989) mantienen como criterio al Retardo Psicomotor, no sin mucho desacuerdo; y considerando a la Agitación, tan frecuente en pacientes Melancólicos como no Melancólicos. Contrariamen-

te, Parker y cols. (1994) destacan los Trastornos de la Psicomotricidad como los más útiles para diferenciar las Depresiones Melancólicas, encontrándolo como el ítem más repetido en todas las escalas, y considerándolo como específico de las Depresiones Endógenas, más que un signo dependiente de la Intensidad de la Depresión. En nuestro trabajo, tanto la Agitación como la Inhibición, son más frecuentes en las Depresiones Endógenas, destacando, la elevada proporción de pacientes con agitación entre las Depresiones Bipolares.

La variación en el *apetito y el peso* es otro criterio discutido. Mientras Garside y cols. (1971) no lo consideran útil, otros autores como Grove y cols. (1987) valoran tanto el aumento como la pérdida de apetito y peso. No obstante, en general, se viene incluyendo la Pérdida de Apetito y Peso como criterio asociado a las Depresiones Endógenas, aunque no de forma constante (DAVIDSON y cols., 1984; YOUNG y cols., 1986; GROVE y cols., 1987; PAYKEL, 1985; ZIMMERMAN y SPITZER, 1989). En nuestro trabajo aparecen ambos como unos de los síntomas más destacados a la hora de discriminar, con mayor frecuencia de Anorexia en las D.M.M. y PMD-D; y de Aumento de Apetito en las Distimias y D.N..

Garside y cols. (1971) y Davidson y cols. (1984) no encuentran como síntoma discriminante de la Depresión Endogenomórfica el *Insomnio* de despertar Precoz. Por el contrario, Grove y cols. (1987) y Paykel (1985) sí. Según Davidson y cols. (1984) el despertar precoz está influido por la edad, y parece presentarse tanto en Depresiones Endógenas como no Endógenas. En cualquier caso se incluye en los criterios DSM-III-R con reservas (ZIMMERMAN y SPITZER, 1989), y aparecen en la 10ª Revisión de la OMS (TABLA 7.3). En nuestro estudio, tanto el Insomnio Precoz, como el de Mantenimiento, aparecen como síntomas con mayor presencia en las Depresiones Melancólicas. Por el contrario, el Insomnio de Conciliación se muestra como más inespecífico.

Por último, aunque el *Empeoramiento Matutino* se venía considerando como un síntoma útil para aislar las Depresiones Endógenas (GARSIDE y cols., 1971), posteriormente no se ha mostrado discriminante. Young y cols. (1986) lo encuentran con similar frecuencia en las Depresiones Anhedónicas y en las Vegetativas. A pesar de esto, también se mantiene como criterio del patrón melancólico DSM-III-R, aunque con muchas reticencias (ZIMMERMAN y SPITZER, 1989).

Davidson y cols. (1984) han observado que este síntoma varía en función de la Severidad de la Depresión, pues desaparece al aumenta la intensidad del cuadro. En el actual estudio, es útil para diferenciar las depresiones Melancólicas, tanto de las no Melancólicas como de las Distimias. Por su parte, al comparar los grupos de la clasificación ICD-9, hay una misma clara tendencia, aunque no significativa. Estos resultados, por lo tanto, se pueden justificar por las características de la muestra, que como ya vimos anteriormente, hay una representación de Depresiones moderadas.

Por lo tanto los resultados coinciden con lo esperado, aunque en nuestro estudio destacan una serie de síntomas que no aparecen en las otras revisiones, como las Ideas de Muerte o la Rumiación. En este sentido, Ayuso (1983) señala un alto riesgo suicida en las Depresiones Delirantes; y Zimmerman y Spitzer (1989) proponen el alto riesgo suicida como criterio de Patrón Melancólico, así como la Rumiación de ideas.

Finalmente, aparecen en nuestro trabajo un grupo de síntomas *conductuales*: Tendencia al Aislamiento, Abandono del aseo, Inactividad, Clinofilia y Desconexión social, y que habitualmente no se recogen en la bibliografía. No obstante, estos síntomas se asocian también muy estrechamente a la Severidad de la Depresión.

A modo de conclusión, en una recientemente revisión bibliográfica del tema, Rush y Weissenburger (1994) recogen como los síntomas más específicos de las Depresiones Endógenas: Retardo Psicomotor, Estado Anímico no Reactivo, Anhedonia constante y Distinta cualidad del estado anímico. En este sentido, podemos decir que los síntomas que aparecen en nuestro estudio son los esperados en función de la bibliografía revisada.

7.2.3.- Modificación de la expresividad clínica respecto a la severidad.

En primer lugar, podemos observar que los síntomas más frecuentes en las Depresiones más severas, son similares a los más frecuentes en las Depresiones Endogenomórficas, mientras que las más leves, coinciden con las neuróticas o crónicas. Como pudimos observar en el análisis de los Resultados, si consideramos los síntomas que más se acentúan al aumentar la intensidad de la depresión, vemos que predomina la sintomatología puramente Depresiva (Pesimismo, Tristeza, Sufrimiento, Indiferencia, Infravaloración e Incapacidad) y la Conductual (Inactividad, Tendencia al aislamiento, Aislamiento social y Clinofilia).

Algunos autores defienden que lo que realmente varía entre los distintos grupos nosológicos es la intensidad. Maes y cols. (1988) concluyen que las diferencias entre Depresión Mayor y Menor son cuantitativas, y que no pueden definirse diferentes entidades teniendo en cuenta los síntomas autoevaluados. Aplicando la escala de Zung autoaplicada a un grupo de 99 pacientes ingresados, se encuentra que los diagnosticados de Depresión Menor se evalúan con menor puntuación que los que sufren Depresión Mayor, y que los que cumplen el Patrón Melancólico, también puntúan más alto que los que no lo cumplen. Otros autores defienden la misma hipótesis: Garside y cols. (1971), Zimmerman y cols. (1986-a Y 1986-b), Ni Bhrolchain y cols. (1979) o Baldwin y cols. (1988).

Por el contrario, Rush y Weissenburger (1993) defienden que la Severidad del cuadro no es un adecuado sustituto de la Melancolía, porque un gran número de pacientes con Depresión Moderada, también tienen características Endógenas. También Akiskal y cols. (1978) opinan que frente a las Depresiones Endógenas, los estados depresivos menores, carecen de especificidad diagnóstica, si consideramos los aspectos sintomatológicos.

Si comparamos los síntomas que más se acentúan al aumentar la severidad de la depresión con los que más discriminan entre grupos diagnósticos, podemos ver que entre los primeros están los síntomas Conductuales, los puramente Afectivos y los Cognitivos; por el contrario, los que diferencian a los dos grandes grupos nosológicos son principalmente Vegetativos y Conductuales. Finalmente, también los Cambios en la Psicomotricidad se distribu-

yen muy significativamente, predominando en los cuadros más severos y en las Depresiones Endógenas.

De todos modos, tenemos Depresiones Endógenas leves, y Depresiones Crónicas Severas, y al comparar las diferencias entre grupos nosológicos, en función de la Intensidad, en primer lugar vemos que la mayoría de los síntomas atenúan sus diferencias en los cuadros más severos (≤ 60). Destacan en este sentido los síntomas Conductuales (Abandono del aseo, Tendencia al aislamiento, Desinterés, Inactividad y Aislamiento social) y los Vegetativos: (Anorexia, Sueño no reparador, Insomnio precoz, Empeoramiento matutino, Inversión del ritmo sueño-vigilia e Insomnio de mantenimiento), que presentan mayores diferencias entre las Depresiones de Leve y Moderada Intensidad. Por lo tanto, esto nos indica que es en las depresiones más leves entre las que se pueden apreciar las diferencias entre los grupos diagnósticos, lo que parece confirmar que hay Depresiones Endógenas de menor intensidad, y que mantienen unas características clínicas diferenciales de las no Endógenas.

Por otra parte, se sabe que las Depresiones Neuróticas, al acentuarse, adoptan un patrón similar al de las Depresiones Endógenas. En este sentido Akiskal y cols. (1978) señalan que no es infrecuente el que una Depresión, que inicialmente parece ser una respuesta a un acontecimiento, progresa en sucesivas recurrencias a una Depresión Autónoma, con características clínicas típicas. En este punto es importante recordar las Depresiones Dobles, donde una Depresión Crónica adopta características clínicas similares a las de las Depresiones Endógenas (KELLER y cols., 1983).

Por lo tanto, podemos decir que nos encontramos con unas Depresiones cuyo cuadro clínico adopta características Endógenas, y que al aumentar su Intensidad, principalmente se suman síntomas Conductuales, Puramente Afectivos y Alteraciones de la Psicomotricidad. Este grupo suele tener una evolución con fases más precisas, y dentro de unas características determinadas, adopta mayor o menor severidad.

Por otra parte, hay otro tipo de Depresiones más Crónicas y moderadas, con características clínicas más proteiformes y donde predominan los síntomas próximos a la Ansiedad. Pues bien, si comparamos las Leves de este grupo (o las de igual puntuación en la escala) con las anteriores, vemos que se diferencian principalmente en los síntomas Vegetativos y Conductuales. La situación se complica si recordamos que a estas Depresiones Crónicas o Neurotiformes, en ocasiones, se les puede añadir una fase Endógena, o por el contrario ser un secuela de esta.

7.2.4.- Modificación de la expresividad clínica respecto al Tiempo de Evolución.

Billings y Moss (1984) señalan que una vez instaurado el cuadro, no parece existir tantas diferencias en función del *Tiempo de Evolución* de la fase. Comparando las características clínicas de dos grupos de pacientes depresivos Crónicos (n=165) con más de un año de tratamiento, y no Crónicos (n=259), examinado individualmente los 18 síntomas de los criterios RDC, no evidencian diferencia alguna en los patrones clínicos.

En este sentido, en nuestro estudio tampoco observamos grandes diferencias en función del tiempo de evolución, y las diferencias que aparecen, probablemente tienen mucho que ver con los distintos tipos diagnósticos de Depresión. En este punto podemos recordar lo comentado con el síntoma Cambios Anímicos a lo largo del día, generalmente con empeoramiento matutino, y que aparece en las Depresiones más moderadas, desapareciendo en las más Severas, donde el empeoramiento es constante a lo largo del día.

7.2.5.- Análisis Cluster.

Finalmente comentamos algunas diferencias observadas en nuestro estudio, con respecto a los recogidos en la bibliografía, y que utilizan el Análisis Cluster como herramienta estadística.

En primer lugar, al igual que en nuestro trabajo, en la mayoría aparece un primer racimo compuesto por los síntomas más frecuentes, y que generalmente caracterizan las Depresiones Endógenas o más severas. Progresivamente, las características clínicas de los sucesivos racimos son más atípicas, apareciendo otros síntomas más característicos de las Depresiones Neuróticas. No obstante, debemos considerar que este hecho también puede ser debido a limitaciones de la Técnica.

En nuestro trabajo, podemos decir que sucede algo parecido, y en los primeros racimos aparecen los síntomas más frecuentes, y en los últimos los menos. No obstante, en los primeros aparecen tanto síntomas frecuentes en Depresiones Melancólicas como en Neuróticas, y en los últimos están los síntomas menos habituales, y que discriminan entre medios socioculturales. De hecho, en el último grupo están prácticamente todos los síntomas que presentan diferencias significativas en función del Hábitat y la Clase Social.

En resumen, esto ratifica la existencia de un grupo de síntomas más constantes y cuyas características clínicas son independientes del medio; y por otra parte, otros síntomas sobre los que factores ambientales, y de personalidad, parecen influir en su presencia.

7.3.- DIFERENCIAS CLINICAS EN FUNCION DE LAS VARIABLES HABITAT Y CLASE SOCIAL.

Previamente debemos considerar el que en los países desarrollados, las diferencias entre hábitat rural y urbano no existen, encontrándonos en estos medios habitantes de idénticas características, y que sólo se diferencian de estos en que viven en pequeños núcleos de población. Por el contrario, en países en desarrollo, lo rural todavía se relaciona con actividad agricultura-ganadería, y con "distanciamiento" con respecto a las ciudades, tanto en los aspectos geográficos, económicos, como culturales. En este medio, hay grandes similitudes con respecto al tipo de vida tradicional: necesidad vital de mantener la *tribu*, que apenas depende del exterior, y cuyos miembros tienen una clara sensación de pertenencia. En este sentido, en la Galicia de nuestro estudio, todavía persisten estas diferencias entre hábitats, con un rural tradicional, y unos núcleos urbano *modernizados*, y que progresivamente intensifican su influencia sobre el rural.

Por lo tanto, cuando nos referimos al *Hábitat*, queremos englobar una serie de costumbres que crean un medio cultural distinto. Y de este medio, nos interesan el concepto de enfermedad, y el comportamiento cultural ante una determinada enfermedad, así como la valoración o respuesta que el medio ofrece a unos determinados síntomas.

Con respecto a la Depresión, y probablemente como consecuencia de las características sociales comentadas, las diferencias clínicas entre hábitats no se observan en países como USA (COMSTOCK y HELSING, 1976), y por el contrario, todavía se describen en otros países como Grecia (IERODIAKONOU y IACOVIDES, 1987), Argelia (BENSMAIL y cols., 1989) u otras ciudades africanas (GERMAN, 1987, NDETEI y VADHER, 1984).

Como ya destacamos en el análisis de los Resultados, nos encontramos con la limitación de una estrecha relación entre hábitat y Clase Social, ya que los indicadores de clase son inferiores en el rural. Es por esto que en un principio nos detenemos en los síntomas que simultáneamente ofrecen diferencias respecto a las dos variables. Nuestra intención es, a la luz del análisis resultados, de precisar si lo que justifica estas diferencias es el Hábitat o la Clase social.

7.3.1- Síntomas Somáticos.

En un principio nos detenemos en los *Síntomas Somáticos* que predominan en el medio rural y en las clases inferiores: Malestar difuso, Molestias en los Miembros y Estreñimiento-Diarrea. Si bien los dos primeros parecen justificarse por la variable Hábitat, el último tiene más relación con la Clase social.

También hay una serie de síntomas que son específicos del medio rural: Molestias Abdominales y Molestias Torácicas; y Déficit Sensorial, que lo hace en el urbano. Por otra parte, el Insomnio de Conciliación, como síntoma somático, es más frecuente en las clases inferiores, y la Hipersomnia en las superiores.

Szasz (1976) da una explicación al hecho de que una dolencia psíquica se puede llevar al terreno de lo somático: ¿Por qué el paciente se queja de dolor? ¿Por qué el paciente se queja de su cuerpo, cuando se halla físicamente intacto?: la *Conversión* es un técnica defensiva, la sustitución de un problema personal por un estado corporal, y esta sustitución permite que el problema personal se ignore como tal. Pero también nos recuerda, que en toda queja hay influencia sobre el receptor del mensaje, en cierto sentido manipulativa. La presencia de síntomas somáticos suele ser una señal válida para alertar a los que rodean al individuo, y movilizarlos, con lo que obtenemos atención y apoyo en la búsqueda de ayuda especializada. En este sentido, influyen factores tanto individuales como sociales.

También Blumer y Heilbron (1982) destacan la tendencia a negar los conflictos, la dependencia y la pasividad entre las personas tendentes a somatizar. Es importante destacar, que el individuo, generalmente, lo que hace es destacar o escoger los síntomas somáticos, minimizando los afectivos (KATON y cols., 1982). Todos tenemos la experiencia de pacientes justifican su estado anímico deprimido en función del malestar de "origen" somático o por las preocupaciones hipocondríacas.

La sociedad, desde la educación en la familia, nos indica que algunas quejas son más aceptables que otras, teniendo en este sentido también especial importancia el sexo. Kawanishi (1992) destaca que manifestar un estado anímico depresivo en la cultura China, está mal considerado socialmente. Por otra parte, también es preciso la existencia de un referente cultural para la Depresión, y una terminología adecuada para comunicarla. En este sentido, Laplantine (1979) defiende que cada sociedad crea sus propias comarcas patológicas, y su propia definición de *locura*.

Por lo tanto, podemos observar como en la aparición de Síntomas Somáticos, como manifestación de un malestar Afectivo, influyen factores individuales y sociales; y si bien son los primeros los que pueden determinar su aparición, los segundos canalizan el tipo de queja y en la manera de manifestarla.

Es llamativo como las Depresiones entre las culturas tradicionales son similares, aunque lógicamente cada una de estas culturas tiene sus peculiaridades. Lo que sí parece ser similar es el proceso de evolución social (MAIR, 1980), tanto desde una sociedad tradicional a una occidental, como en la evolución del rural al urbano, dentro de Occidente. En este sentido hay dos términos básicos: especialización e individualización.

Al considerar el primero, se sabe que en las culturas tradicionales, no hay una clara separación somático-psíquico. En muchas de ellas faltan los términos adecuados para esta diferenciación. A todo tipo de dolencias se le atribuyen una causa mágica, y generalmente relacionada con la vergüenza-culpa o la envidia. Por el contrario, en las sociedades occidentales, hay una mayor especialización, en todos los aspectos, con lo que el individuo diferencia lo psíquico de lo somático, y busca la ayuda que la sociedad le ofrece.

Por otra parte, también existen diferencias culturales a la hora de buscar una solución: mientras en las culturas tradicionales se le suele acudir a Brujos o Curanderos, y la solución psiquiátrica (más entendida como médica) se utiliza según la disponibilidad o la gravedad de caso; por el contrario, en la cultura moderna, la gravedad del cuadro, algunos síntomas como las tentativas de suicidio, y características como la Clase Social o

el sexo, son las que determinan el acudir a un Psiquiatra (visto como una rama específica de la medicina) o a otro tipo de asistencia: Médico de Cabecera o medicinas alternativas.

En relación al síntoma *Malestar Difuso*, ya vimos que, además de predominar en el hábitat rural y en las clases inferiores, aparece con mayor frecuencia en los casos con Estrés Agudo presente y en las Distimias (comparadas con la DMM). En el análisis Multivariante, encontramos que respecto a las variables sociales, es su mayor frecuencia en el hábitat rural, la que determina que secundariamente aparezca en las clases inferiores. Por lo tanto, observamos que se presenta como respuesta, de pacientes diagnosticados de Distimia, a un Estrés Agudo. En este caso encontramos la combinación de factores individuales y sociales, como determinantes en la aparición del síntoma.

Por su parte, las *Molestias en los miembros*, también tiene una clara relación con el hábitat rural, apareciendo en el Análisis Multivariante, junto con la puntuación total CET-DE, como la principal variable. De forma significativa también vemos una relación con Clase Social baja, inferior Cualificación Profesional y menor Nivel Educativo. Esto también podría justificarse por la realización de trabajos manuales en este grupo de pacientes, lo que se asocia con mayor Artrosis en Miembros. También vemos mayor frecuencia en las Distimias y en las D.M.N.M., así como en los pacientes con Estrés Crónico Presente.

Respecto al *Estreñimiento-diarrea*, ya encontramos en el análisis bivariante una relación con el hábitat rural y las clases inferiores; pero al contrario de los anteriores, no se asocia a la presencia de ningún tipo de Estrés, y se muestra más frecuente en la D.M.M.. En el Análisis Logístico podemos ver que la relación más estrecha es con un indicador de Clase social, como los ingresos, y que fundamentalmente es con la Severidad de la Depresión, tanto la Técnica, como la Subjetiva. Por lo tanto, sus características son muy distintas a los anteriores: como ya vimos es un síntoma más frecuente en las Depresiones más severas. Con respecto a su relación con la Clase social, probablemente los individuos de niveles inferiores valoran más su presencia, por considerarlo un síntoma más preocupante. Por otra parte, aunque no significativa, podemos ver cierta tendencia al predominio de cuadros más severos entre las clases inferiores, lo que de alguna manera también puede influir en estos resultados.

Los síntomas *Molestias Torácicas y Abdominales* también son más frecuentes en los pacientes del medio rural, y con menor significación estadística, en los de clase inferior. Con respecto al Estrés, observamos una similar tendencia en ambos: con una mayor tendencia a aumentar, tanto en respuesta tanto al estrés agudo como al crónico, pero únicamente entre los individuos rurales.

Por último, el *Insomnio de Conciliación* se asocia claramente con Clase social baja y mayor edad, variables muy relacionadas entre sí. El similar comportamiento de los "otros" Insomnios, así como su ausencia de relación significativa con respecto al Hábitat, hacen pensar que las diferencias se deben más a la variable edad.

Sólo un síntoma de este grupo es más frecuente en el medio urbano: el *Déficit Sensorial*, el cual sin una clara relación con la Clase Social, predomina en las mujeres. Con respecto al Estrés, a diferencia de los otros síntomas somáticos, aparece con mayor frecuencia en los casos en que está

ausente cualquier tipo de Estrés. En este caso, observamos una tendencia a ser más frecuente en las Distimias-D.N. y en las D.M.N.M., y que probablemente no es significativa estadísticamente por la baja frecuencia de presentación del síntoma.

Por lo tanto, podemos resumir diciendo que tanto las Molestias somáticas difusas, como las localizadas, se presentan como una respuesta a los Acontecimientos Estresantes en los individuos del medio rural. Esto probablemente está en relación con la falta de un concepto cultural de Depresión, con lo que el paciente *selecciona* estas quejas como indicador de solicitud de Ayuda. Por el contrario, en la presencia del síntoma somático "urbano" (Déficit Sensorial) parecen influir más factores de personalidad, dado el tipo de Depresiones en las que es más frecuente, que los antecedentes Estrés. En este caso, parece ser una forma de canalizar el malestar en un determinado grupo de pacientes, siendo por lo tanto, un síntoma válido para la búsqueda de ayuda médica y de atención por parte del entorno.

Debemos puntualizar que este tipo de pacientes estarían próximos a los Trastorno por Somatización, pero a diferencia de estos, en nuestra muestra se trata de un síntoma más dentro de Síndrome depresivo. Tampoco son tan evidentes los intentos de manipulación del entorno, o búsqueda de atención, como suelen ser en aquellos, entre los que tienen más peso específico los rasgos de personalidad desadaptada.

7.3.2- Síntomas Cognitivos.

De este grupo de síntomas, hay dos que predominan en el hábitat urbano: Ideas de Culpa e Infravaloración; mientras otros dos se asocian con Clases altas: Bradipsiquia y Amnesia. Por último, la Excesiva preocupación, aunque es más frecuente en los urbanos, parece justificarse por otro tipo de variables.

Las *Ideas de culpa* se relacionan estrechamente tanto con el Hábitat urbano, como con la Clase social alta, mayor Nivel Educativo, superiores Ingresos y Mayor cualificación profesional. También muestra una relación con el Estrés Crónico, aumentando en respuesta a él tanto en los urbanos como en los rurales. Por el contrario, debemos destacar que no se relaciona con subtipo nosológico alguno, ni se asocia con la Severidad según la escala GAF-actual. En el Análisis Multivariante podemos ver que se relaciona de forma muy significativa con el Nivel Educativo, lo que parece arrastrar al resto de las variables sociales.

No obstante, debemos recordar que está presente en menos de 30% de los pacientes, y que otro síntoma con similar comportamiento, pero no significativo por su inferior frecuencia es el que alude al Sentimiento de culpabilidad por la enfermedad.

Ya comentamos el como la evolución social también conlleva una individualización, o cambio desde una sociedad en la que prima el grupo, hacia otra en la que lo es el individuo. En este sentido, el romper la familia amplia, puede aportar ciertas ventajas, pero también significa el romper con la seguridad que del grupo.

Las ideas de Culpa, es un síntoma que aparece frecuentemente en los trabajos transculturales, y aunque con un mayor predominio en Occidente, no está claro esto se debe exclusivamente a las variables culturales. En este sentido, Waziri (1973) encuentra una mayor tendencia a la culpa en los pacientes con un nivel educativo, o una clase social más altos.

Tampoco es un síntoma específico de nuestra cultura, y en este sentido, German (1987) describe que entre algunas tribus africanas, en una serie de familias con mayor nivel de responsabilidad sobre el grupo, es frecuente el ver ideas de culpa en sus depresiones.

Teja y cols. (1971) también destacan que el concepto de culpa es cualitativamente distinto en función de las culturas. En Occidente la culpa es más individualizada, mientras que en las culturas tradicionales, es más impersonal: uno es castigado, con una serie de síntomas físicos, por algo que no debía hacer, según las normas del grupo.

En este sentido, la culpa ya se presenta en las culturas tradicionales con distintos matices. En ellas, se asocia la enfermedad, o la aparición de los síntomas, con una acción, de la cual el paciente paga con su malestar. Si tenemos en cuenta el pensamiento mágico de este tipo de culturas, no es de extrañar que en ocasiones sea previa la enfermedad, y posteriormente se rebusque en el pasado la causa del castigo. Por el contrario, el deprimido occidental, con un pensamiento Lógico, sufre moralmente por algo ya pasado, y de lo cual se siente responsable. Frecuentemente se siente también culpable de no poder hacer frente a los requerimientos sociales debido a su Depresión.

La religión se considera como una variable básica a la hora de estudiar este síntoma: se sabe que en las religiones cristiana y japonesa es frecuente. Este tipo de religiones, como lo Hutteritas, se caracterizan por tener un elevado nivel de exigencias sobre sus individuos (BALL y CLARE, 1990). En este sentido, los autores también destacan que las ideas de culpa parecen depender más de este último factor, que de la religión en si. Por su parte, en las culturas árabes, y africanas en general, predominan las ideas paranoides en la depresión, con escasez de las de culpa. Murphy y cols. (1964) relacionan esto con el hecho de que esta cultura permite el proyectar sobre le exterior el malestar interior.

Por lo tanto, parecen que en otros medios culturales-religiosos, existen vías para canalizar la culpa, ya sea por las molestias somáticas, ya por la proyección. Por el contrario, la religión Católica asocia el pecado con el sentimiento de culpa, y un posterior castigo eterno.

En este sentido, podría pensarse que la Integración religiosa podría asociarse con mayor sentimiento de culpa, pero como vimos en los Resultados, es entre los rurales, los de Clase Social baja y los de mayor edad en donde la Integración es mayor, siendo al mismo tiempo menos frecuente el síntoma en estos individuos. Por lo tanto, a este nivel, se puede decir que la Religión impregna nuestro medio, tanto en el rural como en el urbano, y que por lo tanto no tiene relación con este síntoma.

Por lo tanto, tener un mayor Nivel Educativo, con superiores requerimientos sociales y autoexigencias, sí se asocia con el síntoma. Y es en estos individuos, con un pensamiento lógico, en donde el malestar psíquico y físico asociado a la Depresión, motiva la aparición de Ideas de culpa. Por el contrario, en pacientes de inferior Nivel Educativo, con predominio de

pensamiento mágico, cualquiera de los mecanismos vistos anteriormente, sirven para expulsar la culpa. En cualquier caso, tampoco sería extraño encontrar una relación entre la presencia de este síntoma y la capacidad Intelectual del individuo.

La *Infravaloración o Baja Autoestima*, es un síntoma que aparece con mayor frecuencia en el hábitat urbano, en los de Nivel Educativo superior a los estudios primarios, y en las Depresiones más severas según GAF-actual. En cualquier caso, a diferencia esta última, la influencia de las variables sociales parece ser inferior. Por lo tanto, parece ser un síntoma que aumenta su frecuencia de presentación al incrementarse la severidad de la Depresión, y que de alguna manera tiene una mayor repercusión en el medio urbano, en donde se verbaliza con mayor frecuencia. Este síntoma también se puede considerar como próximo a las Ideas de culpa, por ser eminentemente intrapunitivo.

Por otra parte, tenemos dos síntomas, en los que se manifiestan déficits cognitivos, y que predominan en las Clases superiores: *Bradipsiquia* y *Amnesia*. Ambos son más frecuentes entre los indicadores de clase superiores, y en las D.N., y en el caso del primero, se asocia con el aumento de la Severidad GAF-actual. En primer lugar debemos tener en cuenta que se precisan unos mínimos requerimientos intelectuales para poder verbalizar estos síntomas, lo que en parte puede justificar que aparezcan en Clases más altas.

En primer lugar, observamos que la *Bradipsiquia* se relaciona de forma estrecha con la Clase Social, y en especial con el nivel de Ingresos, lo que se suele asociar con lo comentado anteriormente: un mayor nivel de exigencias intelectuales en la esfera laboral. Al igual que sucedía con el síntoma *Déficit sensorial*, parece asociarse más a un determinado tipo de grupo diagnóstico, que a la presencia de Estrés. De forma similar, se comporta el síntoma *Amnesia* o dificultad subjetiva para recordar, que como todos sabemos se asocia más bien con déficit en la atención asociado a estado anímico ansioso-depresivo.

Por último, la *Excesiva preocupación*, se presenta más frecuentemente en los individuos urbanos, y en los diagnosticados de Distimia-D.N., sin clara relación con la Severidad, la presencia de Estrés u otro tipo de variable sociodemográfica. En este caso, las relaciones con el Hábitat parecen ser secundarias a las del Diagnóstico, y en este sentido, la mayor frecuencia de Distimias-D.N. en las ciudades de alguna manera puede justificar este hallazgo.

En resumen, dentro de los síntomas Cognitivos, es probable que todos se puedan justificar por la variable Clase Social, excepto la Excesiva preocupación, y en menor medida la Amnesia, en los que el componente de Personalidad influye de forma muy importante.

7.3.3- Síntomas Afectivos.

Ya en 1964, Murphy y cols. observan en las Clases inferiores más excitación y conducta teatral; siendo, por el contrario, infrecuentes los sen-

timientos de culpa. Posteriormente, Uhlenhuth y Paykel (1973-a) refieren que mientras en las Clases bajas hay más ansiedad, en las superiores es mayor la depresión. También Cooke (1982) encuentra más probabilidad de Depresión Vegetativa en las Clases bajas, y de Depresión Cognitiva, en las altas. Finalmente, Lenzi y cols. (1993) encuentran que en las clases inferiores predominan Ansiedad, Somatización, Pérdida de peso e Hipocondriasis. Por el contrario, en las Clases altas hay con mayor probabilidad las Ideas de culpa, la Despersonalización, Ideación obsesiva-compulsiva y Deterioro cognitivo.

En este sentido, Mezzich y Raab (1980) obtienen mayor frecuencia de somatizaciones entre las clases bajas. Y posteriormente, Mechanic y Angel (1987) también destacan la probabilidad de los dolores de tipo reumático en los de clases inferiores, así como menor capacidad para afrontar el estrés. Lo primero lo relacionan con la realización de trabajos de tipo mecánico.

En nuestro estudio, los hallazgos en el grupo de Síntomas Afectivos coincide con lo esperado: más ansiedad en las Clases inferiores, y más Depresión en las superiores. Por el contrario, si consideramos el Hábitat, ambos síntomas son más frecuentes entre los urbanos.

Es evidente que las Clases superiores tienen mayores recursos financieros para afrontar el Estrés, y por otra parte, ya vimos que suelen dar un mejor tratamiento a la Depresión una vez que esta aparece: con más frecuencia buscan ayuda especializada, lo suelen hacer con mayor prontitud y frecuentemente tienen un mejor seguimiento del tratamiento. Por el contrario, entre las Clases inferiores hay inferiores recursos económicos, con lo que ello lleva asociado; así como, en algunos casos, menor capacidad individual para este afrontamiento.

Con respecto a la *Irritabilidad*, ya vimos en la Revisión Conceptual parece relacionarse con factores de personalidad (VALLEJO y GASTO, 1990; FAVA y cols., 1982), y también con ciertos síntomas como la ansiedad (KENDELL, 1970 y PAYKEL, 1985). Por otra parte, en medios donde la hostilidad es más admitida, también su frecuencia es mayor (KENDELL, 1970). Por el contrario, parece tener escasa relación con algún grupo diagnóstico, la Severidad de la Depresión o la Presencia de Estrés. En este sentido, en nuestro estudio es un síntoma más frecuente en urbanos y en clases superiores, sin depender de otras variables clínicas, por lo que probablemente tiene relación con ciertos rasgos de personalidad. Por otra parte, en el medio rural, donde el Control Social es más fuerte, es posible que este tipo de síntomas estén más reprimidos.

El *Desinterés*, es un síntoma básico de la Depresión, y relacionado más bien con las Depresiones de características Endógenas y las de mayor Severidad, y en este sentido, es entre las Depresiones Crónicas y Neuróticas y las de menor intensidad, en donde son mayores las diferencias entre Clases. Con respecto al *Desinterés Sexual*, aunque podemos ver cierta similitud con aquel, ya comentamos que la ausencia de casos recogidos, los cuales tienen una distribución muy específica, hace que los resultados no sean valora- bles.

De igual modo que las Ideas de culpa, se podría decir que los síntomas de este grupo, y de predominio urbano: *Susceptibilidad* y *Desrealización*, se pueden deber a la inseguridad asociada a la individualización y al mayor nivel de responsabilidades. En este sentido, Eric From (1980) destaca el que la ruptura de los vínculos primarios crea un sentimiento de an-

gustia e impotencia. Destacar la mayor frecuencia de presentación en las Depresiones de características Melancólicas.

Con respecto al grupo de síntomas Puramente Afectivos, podemos resumir diciendo que en las Clases superiores, y en los Urbanos, predominan síntomas de la Depresión más relacionados con las Melancólicas. Esto puede ser debido a una Búsqueda de Ayuda más adecuada en estos individuos, que como ya comentamos, disponen de mejor información y recursos. Por el contrario, en las Clases Inferiores predomina la ansiedad, probablemente en relación a ciertas dificultades para afrontar el Estrés.

7.3.4.- Otros Síntomas.

En primer lugar analizamos el *Síndrome Premenstrual*, que como ya destacamos en la Revisión Conceptual, parece ser muy frecuente en la población general (HALLMAN, 1986), y en muchos casos se asocia, o precede a la aparición de una depresión (GRAZE y cols., 1990). Por otra parte, la mayoría de los autores parecen estar de acuerdo en su asociación con neuroticismo. En nuestro estudio, también se relaciona con las D.N., y con Hábitat urbano y Clase Social alta. No obstante lo limitado de la muestra en este síntoma hace poco valorables estos resultados.

Con respecto a las *Lamentaciones*, se presenta como una síntoma que podríamos considerar conductual, y que es más frecuente entre los de mayor edad y la mujeres. Como ya comentamos, es entre aquellos en donde predominan los antecedentes somáticos. Unido a esto, también entre las clases inferiores y los rurales, donde es mayor la dependencia al grupo, y por lo tanto estas quejas pueden tener una mayor repercusión, es más frecuente. En resumen, este síntoma muestra unas características muy próximas a las Quejas Somáticas, quizás con un mayor peso por parte de las variables edad y sexo.

Si bien el *Enlentecimiento del Tiempo* parece asociarse a Depresiones más severas y de características Endógenas (KITAMURA y KUMA, 1983) y síntomas como el Retardo Psicomotor (RICHTER y BENZENHÖFER, 1985), en nuestro estudio también muestra mayor frecuencia entre los de mayor edad, las mujeres y los de Clase Social más baja.

Finalmente, uno de los síntomas que más frecuentemente aparecen en los estudios transculturales, como presentes en las culturas no Occidentales, son los *Cambios en la Psicomotricidad*.

Frecuentemente se relaciona con el Hábitat en los estudios transculturales, y por el contrario en nuestro trabajo ofrece escasas diferencias en función de las variables sociales, con ligero predominio entre los rurales y los de clases inferiores. Por otra parte, como era de esperar, se relaciona de forma significativas con las Depresiones de mayor intensidad y las Melancólicas.

Por lo tanto, podemos decir, que las escasas diferencias entre habitat y clase social, en nuestro estudio, con respecto a la Severidad de la Depresión, pueden justificar las diferencias en la presentación del síntomas entre distintos grupos sociales. Por el contrario, en medio culturales menos desarrollados que el rural gallego, y donde el acceso al tratamiento es

más difícil, probablemente los cuadros que llegan a tratamiento médico son de mayor severidad. Es por esto que en estudios realizados en muestras africanas o asiáticas, este síntoma se presenta con mucha mayor frecuencia que en occidente, donde la asistencia suele ser más precoz.

7.3.5.- Ideas de Suicidio e Integración religiosa.

Al estudiar la variable religión, encontramos que las ideas de suicidio aparecen estrechamente unidas a la religiosidad. Es decir, las personas más religiosas, refieren con menor frecuencia ideas de autolisis. Ya en la Revisión Conceptual vimos como el tipo de religión-cultura influye destacadamente en este síntoma, con muy baja frecuencia entre los musulmanes, y mayor entre los japoneses.

En primer lugar es importante diferenciar entre Ideas de muerte de las de suicidio, siendo las primeras más frecuentes en las Depresiones, y sin que parezcan existir influencias culturales-religiosas. Con respecto a las segundas, además de la influencia cultural, también se relaciona con rasgos de personalidad neuróticos (CHARNEY y cols., 1981).

El suicidio se puede entender como un acto atroz en las culturas musulmanas, o como un tipo de muerte digna en el Japón. Aunque, en general, todas las religiones rechazan el suicidio, algunas son más tajantes en este sentido. En cualquier caso, podemos decir que la influencia religioso-cultural se manifiesta tanto en la realización de actos suicidas, como en la verbalización de ideas suicidas. Por lo tanto, además de los factores de personalidad, el Control Social limita este tipo de actos o ideas.

En nuestro caso, la religión es la católica en prácticamente el global de la muestra, por lo que analizamos el grado de integración religiosa o religiosidad, más que en el tipo de religión. Ya comentamos como la mayor integridad religiosa se asocia con menor probabilidad de ideas de suicidio.

En primer lugar recordamos como la religiosidad puede actuar como "protectora" contra la Depresión, lo que parece deberse a la utilización de la fe como instrumento para manejar el Estrés. Por otra parte, se ha encontrado una asociación entre religiosidad y apoyo social (KOENING y cols., 1992-a), lo que también puede influir en este sentido.

En resumen, en el análisis de este síntoma, debemos considerar varios aspectos, con dos situaciones extremas. En el grupo de las personas con alta integración religiosa, nos encontramos individuos con recursos para afrontar el Estrés y mejor Apoyo Social, aunque también probablemente más temerosos a reconocer ideas de suicidio. Y en el extremo contrario están los que tienen menos dificultades en comunicar las ideas de suicidio.

7.4.- ESTRES.

En primer lugar revisamos las características de la distribución del Estrés en relación a las variables sociodemográficas. Ya vimos que los hombres refieren más Estrés Global, encontrando resultados contradictorios en este sentido. Aunque Uhlenhuth y Paykel (1973-b) observan más Estrés entre los hombres durante los 12 meses previos, posteriormente Hirschfeld y cols. (1985) obtienen resultados inversos.

En relación a la edad, ya Alonso (1988) y Madianos y cols. (1992), entre otros muchos autores, destacan la mayor frecuencia de Estrés entre los mayores. En nuestro estudio, sólo observamos una clara tendencia al considerar los 12 meses previos. Por su parte, Blazer (1984) destaca los problemas de salud y de adaptación sociofamiliar, como los más importantes en las Depresiones de los ancianos. En el actual trabajo, vemos mayor media de edad entre los que refieren Estrés en más de un área.

Si analizamos la variable Hábitat, también en la muestra urbana existe más Estrés durante el año previo, y en este sentido, Brown y Prudo (1981) observan un mayor Estrés en las ciudades; destacando Crowell y cols. (1986) que en las ciudades los cambios se realizan más rápidamente, lo que puede afectar a las personas más jóvenes.

En la Tabla 7.4, observamos que mientras algunos autores no hallan relación entre Estrés y Clase Social (UHLENHUTH y PAYKEL, 1973; HIRSCHFELD, 1981; HIRSCHFELD y cols. 1985; BEBBINGTON y cols., 1991); otros observan mayor Estrés en las clases inferiores (WARHEIT, 1979; MURPHY, 1982; BEBBINGTON y cols., 1991); y por el contrario, Husaini y Neff (1981) encuentran que es mayor en las clases más elevadas. Destacamos que en ninguno de los trabajos se especifica si el Estrés es agudo o crónico.

También analizamos los grupos diagnósticos y la presencia de Estrés, pudiendo observar claramente como las Depresiones Endógenas (DMM y PMD-D) refieren menos Estrés que el resto, lo que coincide con lo recogido en la bibliografía (KLERMAN y cols., 1979; PAYKEL, 1985; HIRSCHFELD y cols., 1986; ZIMMERMAN y cols., 1987-b; TSUANG y WINOKUR, 1992; HOWLAND, 1993). En este sentido, en 1985, Hirschfeld y cols. descartan el diagnóstico de Depresión Situacional, como cuadro clínico diferencial respecto al resto de las depresiones. No obstante, en 1981, Hirschfeld observó mayor tendencia a la ideación depresiva y suicida. Por su parte, Nelson y Charney (1980) la relacionan con Pérdida de peso y Pensamientos suicidas. Finalmente, Giner y cols. (1988) también la relacionan con Tristeza, Ansiedad e Impulsos suicidas.

En cualquier caso, son escasos los síntomas que aumentan su frecuencia en función de la presencia de Estrés, y en este sentido, destacamos la ausencia de las Ideas de suicidio, que al contrario de lo observado en los estudios comentados, no aparece con mayor frecuencia en los cuadros con Estrés en nuestro estudio. Como ya vimos en el apartado de Resultados, los síntomas somáticos muestran cierta tendencia a aumentar sus diferencias entre hábitats al existir estrés presente, siendo esto más claro con el síntomas *Malestar Difuso* y el Estrés Agudo.

TABLA 7.4.- ESTUDIOS QUE RELACIONAN CLASE SOCIAL Y PRESENCIA DE ESTRES.

AUTOR, AÑO	N°	C.ESTRES	TIEMPO	GRUPOS	RESULTADOS
UHLENHUTH 1973	373	61 ITEMS	12 M	PACIENTES CONTROL	NO DIF. EN CLASE SOCIAL EN ESTRES
WARHEIT 1979	517	PAYKEL I. COMUNITARIO	3 A.	PACIENTES CONTROL	CS (EDUC, PROF, INGR) CS BAJA MAS PREDIDAS
HIRSCHFELD 1981	322	PERI-M D.MAYOR (RDC)	9 M.	D.SITUACIONAL D. NO SITUAC.	NO DIF. EN CLASE SOCIAL EN ESTRES
HUSAINI 1981	713	52 ITYEMS RURAL COMUNITAR.	12 M. HOLMES-RAHE	PACIENTES CONTROL	CS (EDUC, INGRES) CS ALTA MAS ESTRES
MURPHY 1982	288	BCLE > 65 AÑOS COMUNITARIO	12 M.	PACIENTES CONTROL	CS BAJA (C.PROF) MAS ESTRES.
HIRSCHFELD 1985	129	PERI-M D.MAYOR	12 M.	D.SITUACIONAL D. NO SITUAC.	NO DIF. EN NIVEL EDUCATIVO ESTRES
BEBBINGTON 1991	275	BROWN-H. D.MENOR (PSE) COMUNITARIO	3 M.	PACIENTES CONTROL	NO DIF. EN C. PROFESIONAL C.F. EN ESTRES

7.5.- LIMITACIONES DE ESTA INVESTIGACIÓN.

En primer lugar nos centraremos en las limitaciones dependientes de la muestra, la cual tiene escasa representación de individuos de Clase Social media-alta y alta. En este sentido, este déficit es más acentuado en el grupo rural, con lo que entre las muestras rurales y urbanas también hay una diferencias importantes de clase.

Debemos decir que estas diferencias existen hoy día en Galicia, y que como ya vimos nuestra muestra se aleja moderadamente del global de la población. No obstante, tenemos que reconocer, que para el actual trabajo, hubiera sido interesante el recoger una mayor representación de las clases altas, y principalmente de las clases rurales.

En la recogida de datos, en los correspondientes al Sanatorio psiquiátrico de Conxo, hay más casos rurales y de internamiento, con mayor intensidad; por el contrario, los de Vigo son más leves y una parte de ellos de interconsulta hospitalaria. Este hecho se relaciona con ciertas limitaciones del Autor de la tesis, que ha tenido que adaptarse a su ubicación a la hora de recoger los cuestionarios.

Un dato que hubiera sido interesante recoger es el correspondiente al medio en el que se educó el individuo, ya que algunos pacientes urbanos seguramente son emigrantes, que durante su infancia crecieron en un medio rural. Esto nos podría haber ayudado al estudio de la influencia de los factores que influyen durante la educación del paciente, y que como vimos en la Revisión Conceptual, tanto influyen en la presentación de síntomas somáticos.

Por último, también debemos tener en cuenta la aplicación de los cuestionarios, y sus posibles errores. Schwab y cols. (1967-a) observan, en un grupo de pacientes de una sala de Medicina Interna, que los depresivos de las clases inferiores puntuaban más alto en las escalas autoaplicadas, mientras que los de clase superior, eran más fácilmente diagnosticados de Depresión por el equipo médico. Esta observación la justifica por el hecho de que el médico valora de forma distinta los síntomas de personas más próximas socialmente. En nuestro estudio podemos ver que en la escala CET-DE, recogida de los síntomas referidos por los pacientes, aparecen una mayor severidad en las clases inferiores, mientras que en las escalas de valoración global por parte del evaluador, estas diferencias se invierten. Por lo tanto, es posible que en esta ocasión se haya caído en similar error al referido por Schwab y cols..

Por último, está la cuestión lingüística, dado que en algunos individuos rurales y de mayor edad, el idioma que hablan exclusivamente es el gallego. En cualquier caso, aunque el doctorando, fué el encargado de recoger los cuestionarios, no domina el gallego, no encontró serias dificultades en la toma de datos, por lo que se supone también, en general, una clara comprensión por parte de los pacientes.

VIII - CONCLUSIONES





VIII. - CONCLUSIONES.

Dividimos las Conclusiones del presente estudio en tres grupos:

A) en primer lugar las de interés **Metodológico**:

1.- El Índice de *Clase Social Elaborado ad hoc* a partir de las variables Nivel Educativo, Renta Familiar y cualificación Profesional del Cabeza de Familia muestra no sólo una validez aparente o de constructo, sino que ha resultado operativamente discriminatorio, tanto en el medio urbano como en el rural.

2.- el *Hábitat*, una de las variables duras utilizada, ha resultado ser fundamental, ya que aglutina a otras variables sociodemográficas de la muestra, y nos permite distinguir dos grupos bien diferenciados:

a) Rural, formado por individuos de Clase Social baja y que conservan una cultura más tradicional.

b) Urbano, de Clase media, y que comparten un marco cultural moderno.

3.- Los resultados de la presente investigación carecen del posible sesgo que podría emanar de la elección de un único instrumento de investigación.

La pluralidad de variables utilizadas para:

a) la objetivación semiológica (Escala de Zung-Conde y CET-DE).

b) efectuar el Diagnóstico taxonómico (Sistemas DSM-III-R e ICD-9).

c) evaluar la Severidad del cuadro (Gravedad sintomática mediante escalas CET-DE y Zung-Conde, Eje V del sistema DSM-III-R).

ha permitido comprobar una gran coherencia interna en cada grupo de variables. Ello añade verosimilitud a las conclusiones nucleares.

B) por otra parte, tenemos las Conclusiones Nucleares:

1.- En el Hábitat rural observamos una mayor frecuencia de Síntomas Somáticos, y en el urbano de Cognitivos y Puramente Afectivos. Las diferencias con respecto a la Clase Social son similares: en las inferiores mayor frecuencia de Síntomas Somáticos y en las superiores de Cognitivos. No obstante, es en las Depresiones menos severas y en las Diagnosticadas de Depresión Neurótica o Distimia, en las que estas diferencias clínicas se acentúan.

2.- En el medio rural se presentan con mayor frecuencia síntomas Somáticos como Malestar Difuso o Localizado (Miembros, Tórax o Abdomen), y en el urbano los relacionados con el Déficit Sensorial. Similar comportamiento presentan estos síntomas con respecto a las variables de Clase, siendo la relación con el Hábitat más estrecha que con estas.

3.- Por el contrario, las diferencias en las Ideas de Culpa, más frecuentes en el Hábitat urbano y en las Clases altas, dependen en mayor medida de una variable de clase como es el Nivel Educativo.

4.- Podemos decir que el perfil clínico de la muestra global coincide con lo esperado, siendo los síntomas más frecuentes Astenia, Tristeza y Desinterés. En este sentido, también las variaciones clínicas en función del sexo y la edad son las esperadas: prácticamente nulas las diferencias al considerar el sexo, y superior frecuencia de Insomnio e Hipocondrías en los de mayor edad.

5.- Con respecto a la distribución en Grupos Nosológicos, observamos dos grandes apartados. En primer lugar el formado por las Depresiones Endógenas (Depresión Mayor Melancólica y PMD-Depresiva), caracterizadas por los síntomas: Desinterés, Astenia e Inactividad. Y por otra parte, encontramos el que incluye las Depresiones Neuróticas y las Crónicas, y que se diferencia del anterior por la mayor presencia de Ansiedad, Excesiva preocupación y Rumiación de Ideas. En este sentido, los Criterios de Patrón Melancólico (DSM-III-R) se muestran, en general, como los más útiles para diferenciar ambos tipos de Depresiones.

6.- Mediante la elaboración del Análisis Cluster de los síntomas el Cuestionario CET-DE, nos encontramos con dos grandes Racimos. En el primero aparecen los síntomas más frecuentes y característicos de la Depresión; y por el contrario, en el segundo están los que suelen mostrar diferencias significativas con respecto a las variables sociales: Hábitat y Clase social. Del mismo modo, los síntomas del primer Racimo, influyen de forma significativa en el aumento de la Severidad de la Depresión, por el contrario los del segundo, apenas modifican su frecuencia de aparición en función de la gravedad.

C) por último, como Conclusiones **Marginales** analizamos el efecto modulador del Estrés, asumiendo las limitaciones de nuestro estudio respecto a la valoración del Estrés.

1.- Las diferencias en las expresividad clínica encontradas en función del Hábitat y la Clase Social, en algunos casos, se ve modificada por la presencia de Estrés, influyendo también que este sea Agudo o Crónico. En este sentido, mientras el Malestar difuso aumenta en respuesta al Estrés Agudo tanto en el medio rural como en las clases bajas; Ideas de culpa, Desinterés sexual y Molestias Somáticas Localizadas (Torácicas, Abdominales y en Miembros) lo hacen en respuesta al Crónico.

2.- Encontramos entre las Depresiones Endógenas y las Bipolares una menor presencia de Estrés.

3.- Por último, tras la elaboración del Análisis Multivariante, observamos que la Presencia o Ausencia de Estrés influye escasamente sobre el grupo de síntomas que ofrece diferencias clínicas en relación a las variables socioculturales, siendo en este sentido más relevantes otras variables clínicas o sociales.

A modo de **Resumen**, destacamos que las Diferencias clínicas observadas entre el medio rural y el urbano en la Galicia actual, coinciden con las encontradas en los estudios transculturales cuando se comparan las Depresiones de países desarrollados con otras culturas tradicionales. Por lo tanto, al proceso de cambio desde un tipo de cultura a la otra se asocia también con una modificación de las características clínicas del Síndrome Depresivo. En este sentido, podemos decir que el individuo *comunica* su malestar al medio según unos referentes culturales aceptados y que al mismo tiempo le son útiles en la obtención de ayuda.



IX - BIBLIOGRAFÍA



IX. - BIBLIOGRAFIA.

- ABRAMS, R. y TAYLOR, M.A. (1980): A comparison of unipolar and bipolar depressive illness. *Am. J. Psychiat.*, 137, 9, 1084-1087.
- ABRAMSON, J.H.; GOFIN, R.; HABIB, J.; PRIDAN, H y GOFIN, J. (1982): indicators of Social Class. A comparative appraisal of measures for use in epidemiological studies. *Soc. Sci. Med.*, 16, 1739-1746.
- ABREU, P.; ZIMMERMANN, P.R.; FREITAS, L.; PETRILLO, M.I. y cols. (1991): Estudio de comorbilidad de enfermedades afectivas y disturbios de personalidad. *Act. Lus-esp.neu rol-psi.*, 19, 2, 81-87.
- AKISKAL, H.S. y MCKINNEY, W.T. (1973): Depressive Disorders: toward a unified hypothesis. *Science*, 182, 20-29.
- AKISKAL, H.S.; BITAR, A.H.; PUZANTIAN, V.R.; ROSENTHAL, T.L. y WALKER, P.W. (1978): The nosological status of Neurotic Depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35, 756-766.
- AKISKAL, H.S.; ROSENTHAL, T.L.; HAYKAL, R.F.; LEMMI, H.; ROSENTHAL, R.H. y SCOTT-STRAUSS, A. (1980): Characteriological Depressions. *Arch. Gen. Psychiat.*, 37, 777-783.
- AKISKAL, H.S.; WALKER, P.; PUZANTIAN, V.R. y cols. (1983-A): Bipolar outcome in the course of depressive illness. *J. Affect. Dis.*, 5, 115-128.
- AKISKAL, H.S. (1983-B): Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am. J. Psychiat.*, 140:1, 11-20.
- AKISKAL, H.S. y WEBB, W.L. (1983-C): Affective Disorders: Y. recent advances in clinical conceptualization. *Hosp. Comm. Psychiat.*, 34, 8, 695-702.
- ALLEN, J.M.; LAM, R.W.; REMICK, R.A. y SADOVNICK, A.D. (1993): Depressive Symptoms and Familiar History in seasonal and Nonseasonal Mood Disorders. *Am. J.Psychiatr.*, 150,3: 443-448.
- ALONSO, C; y ALONSO FERNANDEZ, F. (1984-A): La depresión: sintomatología. *Pathos*, 65, 39-48.
- ALONSO, F. (1984-B): La depresión: concepto y clasificación. *Pathos*, 65, 15-28.
- ALONSO, F. (1984-C): Perspectiva polidimensional del Síndrome Depresivo Vital. *Psicopatol.*, 4, 4, 347-354.
- ALONSO, F. (1986): Manual del Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión CET-DE. TEA ediciones, S.A., Madrid.
- ALONSO, F. (1987-A): Un nuevo modelo clínico de depresión integrado por cuatro dimensiones. *Psicopatol.* 7, 163-172.
- ALONSO, F.; CIVEIRA, J.; PALOMO, T.; ALONSO, C. y cols. (1987-B): Presentación de un cuestionario para obtener el perfil de la Depresión distribuido en cuatro dimensiones. *Psicopatol.* 7, 217-227.
- ALONSO, F (1988): La Depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Ed. Labor, Barcelona.
- ALONSO, S.; NAVARRO, E.; CASTELLANO, M.A.; GARCIA C. y cols. (1991): Modelos animales de Depresión. *Pisuis*. Vol. 12: 35-44.
- ALVARADO, L. (1992): Acerca de la personalidad premorbidamente en los trastornos depresivos. *Act.Lus-esp. Nuerol-psi.*, 20, 4: 145-154.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3 rd. edition revised. American Psychiatric Association. Washington.
- ANDRADE, L.; EATON, W. y CHILCOAT, H. (1994): Lifetime comorbidity of Panic Attacks and Major Depression in a Population-based Study. Symptom Profiles. *Brit. J. Psychiatr.*, 165: 363-369
- ANDREASEN, N.C. y WINOKUR, G. (1979-A): Newer experimental methods for classifying depression. *Arch. Gen.Psychiat.*, 36, 447-452.
- ANDREASEN, N.C. y WINOKUR, G. (1979-B): secondary depression: familiar, clinical and research. *Am. J. Psychiat.*, 136, 1, 62-66.
- ANDREASEN, N.C.; GROVE, W.M. y MAURER, R. (1980): Cluster Analysis and the classification of depression. *Brit. J.Psychiat.*, 137, 256-265.
- ANDREASEN, N.C. Y GROVE, W.M. (1982): the classification of depression: traditional versus mathematical approaches. *Am. J. Psychiat.*, 139, 1, 45-52.
- ANDREASEN, N.; SCHEFNER, W.; REICH, T.; HIRSCHFELD, R.M.; ENDICOTT, J. y KELLER, M.B. (1986): The validation of the concept of Endogenous Depression. *Arch. Gen.Psychiat.*, 43, 246-251.
- ANGEL, R. y GUARNACCIA, P.J. (1989): Mind, body and culture: somatization among hispanics. *Soc. Sci. Med.*, 28, 12, 1229-1238.
- ARIETI, S. y BEMPORAD, J.R. (1980): The Psychological organization of Depression. *Am. J. Psychiat.*, 137, 11, 1360-1365.
- ASZKENAZI, M. y MARTINA, M. (1984): Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Act. Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, 30, 11-20.

- AYUSO, J.L.; MONTEJO, L. y RAMOS (1979-A): Sintomatología depresiva y clasificación unipolar-bipolar. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 7, 117-122.
- AYUSO, J.L.; MONTEJO, M.L. y RAMOS, J.A. (1979-B): Ritmo circadiano y pronóstico de las de presiones endógenas. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 7, 163-168.
- AYUSO, J.L. y MENDEZ, J.R. (1979-C): estudio de la agresividad en una muestra de pacientes deprimidos. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 7, 285-290.
- AYUSO, JL; MONTEJO, L; y RAMOS JA.(1981): Social class and depressive symptomatology. *Int. J. Soc. Psychiat*, 27, 4, 297-299.
- AYUSO, JL; RAMOS, JA; y MONTEJO, L.(1982): Aspectos clínicos y asistenciales de la depresión en la interconsulta de psiquiatría de un Hospital general. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.* 10, 5, 263-268.
- AYUSO, J.L. (1983): Melancolía Delirante. ¿Subtipo clínico o entidad autónoma?. *I Reunión de la Association pour la Methodologie de la Recherche en Psychiatrie*. Barcelona.
- AYUSO, J.L. y SAIZ, J. (1987): La depresión desde la perspectiva psicobiológica. Jarpyo ed., S.A.. Madrid.
- BAGBY, R.M.; SCHULLER, D.R.; PARKER, J.D.A.; LEVITT, A. y colabs. (1994): Major Depression and the Self-criticism and Dependency Personality Dimensions. *Am. J. Psychiat.*, 151: 597-599.
- BAGLEY, C.(1973): Occupational class and symptoms of depression. *Soc. Sci. & Med.*, 7, 327-340.
- BALDWIN, R.C. (1988): Delusional and non-delusional depression in late life. Evidence for distinct subtypes. *Brit. J. Psychiat.*, 152, 39-44.
- BALL, R.A.; y CLARE, A.W.,(1990): Symptoms and social adjustment in Jewish depressives. *Brit. J. Psychiat.*, 156, 379-383.
- BALL, S.G.; BUCHWALD, A.M.; WADDELL, M.T. y SHEKHAR, A. (1995): Depression and Generalized Anxiety symptoms in Panic Disorder. Implications for comorbidity. *J. Nerv. Ment, Dis.*, 183 (5): 304-308.
- BALLUS, C. (1987): Algunos aspectos de la relación entre ansiedad y depresión. *Trib. Depres.*, 3, 1-4.
- BARSKY, A.J.; KLERMAN, G.L. (1983): Overview: hipochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am. J. Psychiat.*, 140, 3, 273-283.
- BARSKY, A.J.; WYSHAK, G. y KLERMAN, G.L. (1986): Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Med. Care*, 24, 6, 548-560.
- BAUMART, E.P. y OLIVER, J.M. (1981): Sex-ratio and gender differences in depression in an unselected adult population. *J. Clin. Psychiatol.*, 37, 570-574.
- BEBBINGTON, PE; TENNANT, C; y HURRY, J. (1991): Adversity in groups with an increased risk of minor affective disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 158, 33-40.
- BECH, P.; GJERRIS, A.; ANDERSEN, J. y cols. (1983): The Melancholia Scale and the Newcastle Scales. *Brit. J. psychiat.*, 143, 58-63.
- BECH, P (1987): Escalas y cuestionarios para la depresión. *Psicopatología*, 185-194.
- BECK, A.T. (1983): Terapia Cognitiva de la Depresión. Desclee de Brouwer, Bilbao.
- BEISER, M.; JOHNSON, P.J. y TURNER, R.J.(1993): Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast Asian Refugees. *Psychol. Med.*, 23(3): 731-743.
- BEKAROGU, M.; ULUUTKU, N.; TANRIOVER, N. y KIRPINAR, Y. (1991): Depression in an elderly population in Turkey. *Act. Psychiat.Scand.*, 84, 174-178.
- BEN-ARIE, O.; SWARTZ, L y DICKMAN, B.J. (1987): Depression in the elderly living in the community. Its presentation and features. *Brit. J. Psychiat.*, 150, 169-174.
- BEN-TOVIM, D.I. y SCHWARTZ, M.S. (1981): Hypoalgesia in Depressive Illness. *Brit. J. Psychiat.*, 138, 37-39.
- BENSMAIL, B.; MERDJI, Y. y TOUARI, M. (1989): Reflexiones sobre detección e intervención en la patología depresiva en Argelia. *Psicopatol.*, 9, 4, 211-214.
- BERRIOS, G.E. y SAMUEL, C. (1987): Affective disorder in the neurological patient. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, 3, 173-176.
- BILLING, A.G.; MOSS, R.H. (1984): Chronic and Nonchronic Unipolar depression. the differential role of environmental stressors and resources. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 172,1, 65-75.
- BINITIE, A. (1975): A factor-analytical study of depression across cultures (african and european). *Brit. J. Psychiat.*, 127, 559-563.
- BIRCHNELL, J. (1988): Depression and life circumstances. A study of young, married women on a London housing estate. *Soc. Psychiat. Psychiat. Epidem.*, 23, 240-246.
- BLACKER, CVR.; y CLARE, AW. (1987): Depressive disorder in primary care. *Brit. J. Psychiat.*, 150, 737-751.
- BLAZER, D.G. (1984): Síndromes depresivos en geriatría. Ed.Doyma, Barcelona.
- BLAZER, D.; GEORGE, L.K.; LANDERMAN, R.; PENNYBACKER, M. y cols. (1985): Psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiat.*, 42, 651-656
- BLUMENTHAL, M.D. (1975): Measuring depressive symptomatology in a general population. *Arch. Gen. Psychiat.*, 32, 971-978.
- BLUMER, D. y HELBRONN, M. (1982): Chronic pain as a variant of depressive disease. The Pain-prone Disorder. *J.Nerv. Ment. Dis.*, 170, 7, 381-406.
- BOTELLA, J. y CLAVERO, J.A. (1980): Tratado de Ginecología, Tomo-I; (12ª Edición). Ed. Científico-Médica, Barcelona.
- BOTSIS, A.J.; SOLDATOS, C.R.; LIOSSI, A; KOKKEVI, A. y STEFANIS, N. (1994): Suicide and violence risk. *Acta Psychiatr. scand.*, 89: 92-96.
- BOULENGER, J.P. y LAVALLEE, Y.J. (1993): Mixed Anxiety and Depression: Diagnostic Issues. *J. Clin. Psychiatry*, 54, 1, 3-8.
- BRAFF, D.L. y BECK, A.T. (1974): Thinking disorder in depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 31: 456-459.
- BRECKENRIDGE, J.N.; GALLAGHER, D.; THOMPSON, L.W. y PETERSON, J. (1986): Characteristic depressive symptoms of bereaved elders. *J. Geront.*, 41, 2, 163-168.

- BRESLAU, N. y DAVIS, G.C. (1986): Chronic stress and major depression. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 43, 4, 309-314.
- BRESLAU, N. y MELTZER, H.Y. (1988): Validity of subtyping Psychiatric Depression: examination of Phenomenology and Demographic Characteristics. *Am. J. Psychiatr.*, 145, 35-40.
- BRONISCH, T.; WITTCHEM, H.U.; KRIEG, C.; RUPP, H.U. y VON ZERSSEN, D. (1985): Depressive Neurosis. *Act. Psychiatr.Scand.*, 71, 237-248.
- BROWN, GW; HARRIS, T; y COPERLAND, JR (1977): Depression and loss. *Brit. J. Psychiatr.*, 130, 1-18.
- BROWN, G.W. y PRUDO, R. (1981): Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 1. Aetiology of depression. *Psychiatol. Med.*, 11, 581-599.
- BROWN, R.P.; SWEENEY, J.; LOUTSCH, E.; KOCISIS, J. y FRANCES, A. (1984): Involutional Melancholia revisited. *Am. J. Psychiatr.*, 141, 1, 24-28
- BROWN, GW; CRAIG, TJK; y HARRIS, TO (1985): Depression: distress or disease? some epidemiological considerations. *Brit. J. Psychiatr.*, 147, 612-622.
- BROWN, G.W. y MORAN, P. (1994): Clinical and Psychosocial origins of Chronic Depressive Episodes. I: A Community Survey. *Brit. J. Psychiatr.*, 165: 447-456.
- BROWN, G.W. HARRIS, T.O y ROBINSON, R. (1994): Clinical and Psychosocial origins of Chronic Depressive Episodes. II: A Patient Enquiry. *Brit. J. Psychiatr.*, 165: 457-465.
- BRUGHA, T.S. y CONROY, P. (1985): Categories of depression: reported Life Events in a controlled design. *Brit. J. Psychiatr.*, 147, 641-646.
- BYRNE, D.G. (1978): Cluster Analysis applied to self-reported depressive symptomatology. *Act. Psychiatr.Scand.*, 57, 1-10.
- CADORET, R.J. y WILSON, D. (1983): Somatization among depressed patients in industrialized nations. *Am. J. Psychiatr.*, 140, 8, 1103-1104.
- CALEV, A.; KORIN, Y.; SHAPIRA, B. y colabs. (1986): Verbal and non-verbal recall by depressed and euthymic affective patients. *Psychiatol. Med.*, 16, 789-794.
- CANALS, J.; DOMENECH, E.; CLIVILLE, R.; FERNANDEZ, J. y cols. (1991): Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico logitudinal. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 19, 3, 155-161.
- CARBONELL, C. (1984): Las deresiones: aspectos epidemiológicos y transculturales. *Pathos*, 65, 33-38.
- CARLSON, GA; y KASHANI, JH. (1988): Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am. J. Psychiatr.*, 145, 10: 1222-1225.
- CARPINIELLO, B; CARTA, MG; y RUDAS, N. (1989): Depression among elderly people, *Act. Psychiatr. Scand.*, 80, 445-450
- CATHEBRAS, P.J.; ROBBINS, J.M.; KIRMAYER, L.J. y HAYTON, B.C. (1992): Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior and outcome. *J. Gen. Intern. Med.*, 7(3): 276-286.
- CAVANAUGH, S.V. y WETTSEIN, R.M. (1983): The relationship between severity of depression, cognitive dysfunction and age in medical inpatients. *Am. J. psychiatr.*, 140, 4: 495-496.
- CHALEBY, K. (1986): Psychosocial stresses and psychiatric disorders in an outpatient population in Saudi Arabia. *Act. Psychiatr. Scand.*, 73, 147-151.
- CHANDLER, J.D. y GERNDT, J. (1988): Somatization, depression and medical illness in psychiatric inpatients. *Act. Psychiatr. Scand.*, 77, 67-73.
- CHANG, W.C. (1985): A cross-cultural study of depressive symptomatology. *Cult. Med. Psychiatr.*, 9, 295-317.
- CHARNEY, D.S.; NELSON, J.C. y QUINLAN, D.M. (1981): Personality Traits and Disorder in Depression. *Am. J. Psychiatr.*, 138, 12, 1601-1604.
- CHINCHILLA, A. (1991): Enfermedades afectivas: concepto, etiopatogenia, clínica y tratamiento. I.M & C., Madrid.
- CIVEIRA, J.; MARTIN, M.; ABRIL, A. y cols. (1987): Tipología de las depresiones según el modelo estructural dimensional sobre enfermos hospitalizados. *Psicopatol.* 7, 368-367.
- CIVEIRA, J.; SANCHEZ, L.; MARTIN, M.; ABRIL, A. y DIEZ, A. (1988): Diferencias sintomatológicas en la mujer depresiva con relación al climaterio. *Psicopatol.*, 8, 3, 183-195.
- CLARK, D.C; y cols. (1984): Seven-months clinical outcome of anhedonic and normal hedonic depressed inpatients. *Am. J. Psychiatr.*, 141, 10, 1216-1220.
- CLARK, D.A.; BECK, A.T. y BECK, J.S. (1994): Symptom differences in Major Depression, Dysthymia, Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Am. J. Psychiatr.*, 151: 205-209.
- COHEN, R.M.; WEINGARTNER, H.; SMALLBERG, S.A.; PICKAR, D. y MURPHY, D.L. (1982): Effort y cognition in depression. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 39: 593-597.
- COLEMAN, J.S. (1993): The rational reconstruction of society. *Am.Sociolog.Rev.*, 58 (2): 215-229.
- COMSTOCK, G.W.; HELSING, K. (1976): Symptoms of depression in two communities. *Psychiatol. Med.*, 6, 551-563.
- CONDE, V. y ESTEBAN, T. (1975): Perfil de una escala de evaluación conductual en una muestra psiquiátrica. *Arch. Neurobiolog.*, 38, 87-120.
- CONDE V. y FRANCH, J.I. (1984): Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid
- COOKE, D.J. (1982): Depression: demographic factors in the distribution of different syndromes in the general population. *Soc. Psychiatr.*, 17, 29-36.
- COOKE, D.J. (1986): Psychosocial variables and the Life Events/anxiety-depression link. *Act. Psychiatr. Scand.*, 74, 281-291.
- COOPER, P.L.; CRUM, R.M. y FORD, D.E. (1994): Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health settings. *Med. Care*, 32(1): 15-24.
- CORYELL, W.; ENDICOTT, J.; KELLER, M.; ANDREASEN, N. y cols. (1989): Bipolar affective disorder and high achievement: a familial association. *Am. J. Psychiatr.*, 146, 8, 983-988.

- CORYELL, W.; ENDICOTT, J. y WINOKUR, G. (1992): Anxiety syndromes as epiphenomena of primary major depression: outcome and familiar psychopathology. *Am. J. Psychiat.*, 149, 1, 100-107.
- CORYELL, W.; WINOKUR, G.; SHEA, T.; MASER, J.D.; ENDICOTT, J. y AKISKAL, H.A. (1994): The Long-term stability of Depressive Subtypes. *Am. J. Psychiat.*, 151: 199-204.
- COSTA, P.T. y McCRAE, R.R. (1985): Hypochondriasis, neuroticism, and aging. When are somatic complaints unfounded?. *Am. Psychologist*, 40(1): 19-28.
- COWDRY, R.W.; GARDNER, D.L.; O'LEARY, K.M. y cols. (1991): Mood variability: a study of four groups. *Am. J. Psychiat.*, 148, 1505-1511.
- CRAIG, T.J. y VAN NATTA, P.A. (1979): Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms. *Arch. Gen. Psychiat.*, 36, 149-154.
- CREPET, P y FLORENZANO, F. (1992): Suicidio y desempleo en Italia (1979-1990). *Psiquis*, 13(1): 36-42.
- CROWELL, B.A.; GEORGE, L.K.; BLAZER, D.; y LANDERMAN, R. (1986): Psychiatosocial risk factors and urban/rural differences in the prevalence of Major Depression. *Brit. J. Psychiat.*, 149, 307-314.
- CUADRAS, C.M.; ECHEVERRIA, B.; MATEO, J. y SANCHEZ, P. (1988): Fundamentos de estadística. Aplicaciones a las ciencias humanas. Promociones Publicaciones Universitarias, S.A., Barcelona.
- DAVIDSON, J.R.; MILLER, R.D.; TURNBULL, C.D. y SULLIVAN, J.L. (1982): Atypical Depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 39, 527-534.
- DAVIDSON, J.; TURNBULL, C.; STRICKLAND, R. y BELYEA, M. (1984): Comparative diagnostic criteria for melancholia and endogenous depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 41: 506-511.
- DAVIDSON, J. y TURNBULL, C.D. (1986): Diagnostic significance of Vegetative Symptoms in depression. *Brit. J. Psychiat.*, 148, 442-446.
- DEAN, G; JAMES, H.D. (1980): The spatial distribution of depressive illness in Plymouth. *Brit. J. Psychiat.*, 136, 167-180.
- DEUTSCHER, S. y CIMBOLIC, P. (1990): Cognitive process and their relationship to endogenous and reactive components of depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178, 6, 351-359.
- DEW, M.A.; BROMET, E.J. y PENKOWER, L. (1992): Mental Health effects of job loss in women. *Psychol. Med.*, 22(3): 751-764.
- DEWEY, M.E.; DE LA CAMARA, C., COPELAND, J.R.M y cols. (1993): Cross-cultural comparison of Depression and Depressive Symptoms in older people. *Act. Psych. Scand.*, 87: 369-373.
- DHADPHALE, M; COOPER, G.; CARTWRIGHT-TAYLOR, L. (1989): Prevalence and presentation of depressive illness in a primary health care setting in Kenya. *Am. J. Psychiat.*, 146, 5, 659-661.
- DOHRENWEND, B.S; y DOHRENWEND, B.P. (1974-A): Stressfull life events: their nature and effects. John Wiley & Sons, Inc.
- DOHRENWEND, B.P; y DOHRENWEND, B.S. (1974-B): Social and cultural influences on psychopathology. *Ann. Rev. Psychiat.*, 417-452.
- DOHRENWEND, B.P.; LEVAV, I.; SHROUT, P.E. y cols. (1992): Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: the causation-selection issue. *Science*, 255, 2, 946-952.
- DOMINGO, A. y MARCOS, J. (1989): Propuesta de un indicador de la "Clase Social" basado en la ocupación. *Gaceta Sanit.*, 10, 3, 320-326.
- DRYMAN, A. y EATON, W.W. (1991): Affective symptoms associated with the onset of major depression in the community: findings from the US National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. *Act. Psychiat. Scand.*, 84, 1-5.
- DUBOVSKY, S.L. (1983): Psychiatry in Saudi Arabia. *Am. J. Psychiat.*, 140, 11: 1455-1459.
- DUNBAR, G.C.; y LISHMAN, W.A. (1984): Depression, recognition-memory and hedonic tone a signal detection analysis. *Brit. J. Psychiat.*, 144: 376-382.
- EASTWOOD, M.R.; WHITTON, J.L.; KRAMER, P.M. y PETER, A.M. (1985): Infradian Rhythms. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 42: 295-299.
- EATON, W.W.; y cols. (1990): DSM-III Major Depressive Disorder in the community. A latent class analysis of data from de NIMH Epidemiologic Catchment Area Programme. *Brit. J. Psychiat.*, 155: 48-54.
- ECCLESTON, D.; SCOTT, J.L. y BARKER, W.A. (1987): Pacientes con depresión: su perfil clínico y su tratamiento. *Psicopatol.*, 7, 3, 327-340.
- EGELAND, J.A.; HOSTETTER, A.M. (1983): Amish study, Y: affective disorder among the amish. *Am. J. Psychiat.*, 140, 1: 56-61.
- EISEMANN, M. (1986): Social class and social mobility in depressed patients. *Act. Psychiat. Scand.*, 73:399-402.
- ENDICOTT, J.; SWPITZER, R.L.; FLEISS, J.L. y COHEN, J. (1976): The Global Assessment Scale. *Arch. Gen. Psychiat.*, 33: 766-771.
- ENNIS, J.; BARNES, R.A.; KENNEDY, S. y TRACHTENBERG, D.D. (1989): Depression in self-harm patients. *Brit. J. Psychiat.*, 154, 41-47.
- ESCOBAR, J.I.; GOMEZ, J.; y TUASON, V.B. (1983-A): Depressive phenomenology in north and south american patients. *Am. J. Psychiat.*, 140, 1: 47-51.
- ESCOBAR, J.I.; TUASON, V.B. y GOMEZ, J. (1983-B): Dr. Escobar and associates reply. *Am. J. Psychiat.*, 140, 8, 1104-1105.
- EVERITT, B.S. (1972): Cluster Analysis: a brief discussion of some of the problems. *Brit. J. Psychiat.*, 120, 143-145.
- EZQUIAGA, E. y GARCIA, A. (1987): Personalidad y subgrupos diagnósticos en la enfermedad depresiva. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 15, 1, 29-33.
- FARMER, R. y CREED, F. (1986): Hostility and deliberate self-poisoning. *Brit. J. psychiat.*, 59, 4, 311-316.
- FAVA, G.; KELLNER, R.; MUNARI, F.; PAVAN, L y PESARIN, F. (1982): Losses, hostility and depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 170, 8, 474-478.

- FAVA, G.A.; KELLNER, R. (1991): Prodromal symptoms in affective disorders. *Am. J. Psychiat.*, 148, 7, 823-830.
- FAWCETT, J.; CLARK, D.C.; SCHEFTNER, W.A. y HEDEKER, D. (1983): Differences between anhedonic and normally hedonic depressive states. *Am. J. Psychiat.*, 140, 8, 1027-1030.
- FEINBERG, M y CARROLL, B.J. (1982): Separation of subtypes of depression using Discriminant Analysis. I. Separation of Unipolar Endogenous Depression from Non-endogenous Depression. *Brit. J. psychiat.*, 140, 384-391.
- FERNANDES DE FONSECA, A. (1987): Patología afectiva y manifestaciones somatoformes. *Psicopatología*, 7, 3: 287-294.
- FERNANDES DA FONSECA, A. (1989): La nosología de las Depresiones. *Psicopatol.*, 9, 2, 78-83.
- FERNANDO, J.M. (1975): A cross-cultural study of some familiar and social factors in depressive illness. *Brit. J. Psychiat.*, 127, 46-53.
- FERNADO, S. (1988): Race and culture in psychiatry. Billing & Sons Ltd., Worcester.
- FINLAY-JONES, R. y BROWN, G.W. (1981): Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol. Med.*, 11, 803-815.
- FLUVIA, X.; BELLOCH, J.V.; y COBO, T. (1987): El trastorno afectivo estacional. *Rev. Psíqu. Fac. Med. Barc.*, 14, 6:309-318.
- FOGARTY, S.J.; y HEMSLEY, D.R. (1983): Depression and the accessibility of memories. A longitudinal study. *Brit. J. Psychiat.*, 142: 232-237.
- FORSELL, Y; JORM, A.F.; FRATIGLIONI, L. y colabs. (1993): Application of DSM-III-R Criteria for Major Depressive Episode to elderly subjects with and without Dementia. *Am. J. Psychiat.*, 150, 8: 1199-1202.
- FRANK, E.; CARPENTER, L.L. y KUPFER, D.J. (1988): Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant?. *Am. J. Psychiat.*, 145, 1: 41-45.
- FROMM, E (1980): Miedo a la libertad. Paidós Studio, Barcelona.
- GADA, M.T.; y cols. (1982): A cross cultural study of symptomatology of depression. Eastern versus western patients. *Int. J. Soc. Psychiat.*, 195-202.
- GARCIA, A; BOBES, J.; BOUSOÑO, M.; SUAREZ, L.A. y GONZALEZ, J.M. (1991): Aspectos Epidemiológicos del suicidio en Asturias en relación con la climatología, lo estacional y otros factores. *Actas Luso-Esp., Neurol. Psiquiatr.*, 19, 4, (185-190).
- GARSIDE, R.F.; KAY, D.W.K.; WILSON, I.C.; DEATON, I.D. y ROTH, M. (1971): Depressive syndrome and the classification of patients. *Psychol. Med.*, 1, 333-338.
- GARVEY, M.J.; SCHAFFER, C.B.; y TUASON, V.B. (1983): Relationship of headaches to depression. *Brit. J. Psychiat.*, 143: 544-547.
- GARVEY, M.J.; MUNGAS, D. y TOLLEFSON, G.D. (1984): Hypersomnia in Major Depressive Disorders. *J. Affect. Dis.*, 6, 283-286.
- GARVEY, M.J.; TOLLEFSON, G.D.; y SCHAFFER, C.B. (1984): Migraine headaches and depression. *Am. J. Psychiat.*, 141: 986-988.
- GARY, L.E. (1985): Correlates of depressive symptoms among a select population of black men. *Am. J. Public Health.* 75, 10, 1220-1222.
- GERMAN, G.A. (1987): Mental Health in Africa: II. The nature of Mental Disorder in Africa today. Some clinical observations. *Brit. J. Psychiat.*, 151, 440-446.
- GINER, J.; FERNANDEZ-ARGÜELLES, P.; y BLANCO, A. (1983): Consideraciones en torno a la nosología de los trastornos afectivos. *Psicopatología*, 3, 4: 361-367.
- GINER, J.; GUERRERO, J. y CHAPARRO, C. (1988): Papel de los sucesos vitales, apoyo y vulnerabilidad social en diversos subtipos de depresión. *Psicopatología*. 8, 3, 167-176.
- GILES, D.E.; BIGGS, M.M.; ROFFWARG, H.P.; ORSULAK, P.J. y RUSH, A.J. (1987): Secondary depression: a comparison among subtypes. *J. Affect. Dis.*, 12, 251-258.
- GOLDNEY, R.D. (1981): Parental loss and reported childhood stress in young women who attempt suicide. *Act. Psiquiatr. Scand.*, 64, 34-59.
- GOLDBERG, D.P. y BRIDGES, K (1988): Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J. Psychosomatic Res.*, 32, 137-144.
- GOLDING, J.M.; KARNO, M. y RUTTER, C.M. (1990): Symptoms of Major Depression among Mexican-Americans and non-hispanic whites. *Am. J. Psychiat.*, 147, 7, 861-866.
- GOMEZ, A.; LOLAS, F.; MARTIN, M.; BARRERA, A y cols. (1992): La influencia de la personalidad en la conducta suicida. *Act. Lus-esp Neurol-psiq.*, 20, 6: 250-256.
- GONÇALVES, F.; ACOSTA, F. y LEDESMA, A. (1991): estudio clínico y epidemiológico de las depresiones y la agresividad en un núcleo de población rural. *Act. Lus-esp. Neurol-psiquiatr.*, 19, 4, 210-219.
- GONZALEZ, J.L. y MORERA, A. (1983): La valoración de Sucesos Vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7, 20-25.
- GONZALEZ, E. y GARCIA P. (1994): Pailans "Despaletillados". (A paletilla caída). Aproximaciones Antropológicas a clínica psiquiátrica en Galicia. Xunta de Galicia. De.Plana.
- GOOD, W.R.; VLACHONIKOLIS, I.; GRIFFITHS, P. y GRIFFITHS, R.A. (1987): The Structure of depressive symptoms in the elderly. *Brit. J. Psychiat.*, 150, 463-470.
- GOODMAN, A.B.; SIEGEL, C.; CRAIG, T.J.; y LIN, S.P. (1983): The relationship between socioeconomic class and prevalence of schizophrenia, alcoholism, and affective disorders treated by inpatient care in suburban area. *Am. J. Psychiat.*, 140, 2: 166-170.
- GOODYER, I y COOPER, P.J. (1993): A Community Study of depression in Adolescent Girls II: the clinical features of identified disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 163: 374-380.
- GRAZE, K.K.; NEE, J. y ENDICOTT (1990): Premenstrual depression predicts future major depressive disorder. *Act. Psychiat. Scand.*, 81, 201-205.
- GRAW, P.; KRÄUCHI, K.; WIRZ-JUSTICE, A. y PÖLDINGER, W. (1991): Diurnal variation of symptoms in Seasonal Affective Disorder. *Psychiat. Res.*, 37, 105-111.
- GREENE, J.G. y COOKE, D.J. (1980): Life stress and symptoms at the climacterium. *Brit. J. Psychiat.*, 136, 486-491.

- GROVE, W.M.; ANDREASEN, N.C.; YOUNG, M.; ENDICOTT, J.; KELLER, M.B.; HIRSCHFELD, R.M. y REICH, T. (1987): Isolation and characterization of a nuclear depressive syndrome. *Psychiatol. Med.*, 17, 471-484.
- GRUNHAUS, L; PANDE, A.C.; BROWN, M.B. y GREDEEN, J.F. (1994): Clinical characteristics of patients with concurrent Major Depressive Disorder and Panic Disorder. *Am. J. Psychiatr.*, 151: 541-546.
- GUERRERO, J. y FERNANDEZ, P. (1980): El papel de los sucesos y experiencias estresantes en la clínica psiquiátrica. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq. y af.*, 8, 4, 287-298.
- GURPEGUI, M.; CASANOVA, J. y CERVERA, S. (1985): Clinical and neurendrocrine features of endogenous unipolar and bipolar depression. *Act. Psychiatr. Scand.*, 72, suppl. 320, 30-37.
- GUZE, S.B.; WOODRUFF, R.A. y CLAYTON, P.J (1971): "Secondary" affective disorder: a study of 95 cases. *Psychiatol. Med.*, 1, 426-428.
- HAFFNER, J.; TEN HORN, G.H; y MOSCHEL, G. (1987): Culture specific or universal depressive disease?. Comparison of depressive symptoms of WHO/SADD in Mannheim, West Germany and Addis Abeba, Ethiopia. *Schweiz Arch. Neurol. Psychiatr.*, 138, 5: 31-50.
- HALBREICH, U. y ENDICOTT, J. (1985): Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders. *Act. Psychiat. Scand.*, 71, 331-338.
- HALE, W.D. (1982): Correlates of depression in the elderly: sex differences and similarities. *J. Clin. Psychol.*, 38, 2: 253-256
- HALL, D.P.; SING, H.C. y ROMANOSKI, A.J. (1991): Identification and characterization of greater mood variance in Depression. *Am. J. Psychiatr.*, 148, 10: 1341-1345.
- HALL, R.C.W.; POPKIN, M.K.; DEVAUL, R.A.; FAILLACE, L.A. y STICKNEY, S.K. (1978): Physical illness presenting as psychiatric disease. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35, 1315-1320.
- HALLE, M.T. y DILSAVER, S.C. (1993): Comorbid Panic Disorder in Patients with winter Depression. *Am. J. Psychiatr.*, 150, 7: 1108-1110.
- HALLMAN, J. (1986): The premenstrual syndrome- an equivalent of depression?. *Act. Psychiat. Scand.*, 73, 403-411.
- HÄLLSTRÖM, T.; y PERSON, G. (1984): The relationship of social setting to Major Depression. *Act. Psychiatr. Scand.*, 70: 327-336.
- HÄLLSTRÖM, T. (1987): The relationship of childhood socio-demographic factors and early parental loss to Major Depression in adult life. *Act. Psychiat. Scand.*, 75, 212-216.
- HAMILTON, M. (1989): Frequency of symptoms in Melancholia (Depressive Illness). *Brit. J. Psychiat.*, 154, 201-206.
- HANCK, CH.; AYUSO, J.L.; y RAMOS, J.A. (1981): Clinical forms of Depression in african and in spanish cultural communities. A new comparative study. *Act. Psychiat. Belg.*, 81: 437-443.
- HARE, E.H. (1955): Mental Illness and social class in Bristol. *Brit. J. Psychiatr.*, 9: 191-195.
- HATCHER, S. (1994): Debt and deliberate Self-poisoning. *Brit. J. Psychiatr.*, 164, 111-114.
- HAUG, H.J. y FÄHNDRICH, E. (1990): Diurnal variations of mood in depressed patients in relation to severity of Depression. *J. Affect. Dis.*, 19, 37-41.
- HEERLEIN, A.; RICHTER, P. (1990): La evaluación de la suicidalidad en el trastorno depresivo mayor. *An. Psiquiatria*, 6, 10: 409-412.
- HERAS, J.; CIVEIRA, J.M.; ROJAS E.; DUEÑAS, M. y ABRIL, A. (1987): Epidemiología del suicidio en Madrid. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barcel.*, 14, 5, 241-250.
- HERZBERG, B.N.; DRAPER, K.C.; JOHNSON, A.L. y NICOL, G.C. (1971): Oral contraceptives, depression, and libido. *Brit. Med. J.*, 3, 495-500.
- HIRSCHFELD, R.M. (1981): Situational depression: validity of the concept. *Brit. J. psychiat.*, 139, 297-305.
- HIRSCHFELD, R.M.; CROSS, C.K. (1982): Epidemiology of affective disorders. *Arch. Gen. Psychiat.*, 39: 35-46
- HIRSCHFELD, R.M.; KLERMAN, G.L.; CLAYTON, P.J. y KELLER, M.B. (1983): Personality and Depression. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 40, 993-998.
- HIRSCHFELD, R.M.; KLERMAN, G.L.; ANDREASEN, N.C.; CLAYTON, P.J. y KELLER, M.B. (1985): Situational Major Depressive Disorder. *Arch. Gen. Psychiat.*, 42, 1109-1114.
- HIRSCHFELD, R.M.; KLERMAN, G.L.; ANDREASEN, N.C.; CLAYTON, P.J. y KELLER, M.B. (1986): Psycho-social predictors of Chronicity in depressed patients. *Brit. J. Psychiat.*, 148, 648-654.
- HOLLINGSHEAD, A.B. y REDLICH, F.C (1958): Social Class and Mental Illness. John Wiley & Sons, New York.
- HOWLAND, R.H. (1993): Chronic Depression. *Hosp.Comm. Psychiat.*, 44(7): 633-639.
- HUBER, S.J.; FREIDENBERG, D.L.; PAULSON, G.W. y colabs. (1990): The pattern of depressive symptoms varies with progression of Parkinson's Disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 53, 4, 274-278.
- HUSAINI, B.A.; NEFF, J.A. (1981): Social class and depressive symptomatology. The role of life change events and locus of control. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 169, 10: 638-647.
- IERIODIAKONOU, C.S. y IACOVIDES, A. (1987): Somatic manifestations of depressive patients in different psychiatric settings. *Psychopathol.*, 20, 136-143.
- INSTITUTO DE MEDICINA PSICOLOGICA DE BARCELONA (1989): Sistema-RDC. Criterios Diagnósticos de Investigación. Editores Médicos, S.A., Madrid.
- IONESCU, R. y POPESCU, C. (1989): Personality disorders in students with depressive pathology. *Neurol. Psychiatr. Bucur.*, 27, 1, 45-55.
- JABLENSKY, A.; SARTORIUS, N.; GULBINAT, W.; y ERNBERG, G. (1981): Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. *Act. Psychiat. Scand.*, 63: 367-383.

- JAMBUNATHAN, J. (1992): Sociocultural factors in depression in Asian Indian women. *Health Care Women Int.*, 13(3): 261-270.
- JILEK, L. (1988): Suicidal behaviour among youth: a cross-culture comparison. *Transcult. Psychiat. Res. Rev.*, 25, 87-105.
- JOLLY, J.B.; WHERRY, J.N.; WIESNER, D.C.; REED, D.H. y cols. (1994): The Mediating role of Anxiety in self-reported somatic complaints of Depressed adolescents. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 22 (6): 691-702.
- JONES, B.E.; GRAY, B.A.; PARSON, E.B. (1983): Manic-depressive illness among poor urban hispanics. *Am. J. Psychiatr.*, 140, 9: 1208-1210.
- KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J. (1989): Tratado de Psiquiatria. Salvat Ed., Barcelona.
- KATON, W.; KLEINMAN, A. y ROSEN, G. (1982): Depression and Somatization: a review. Part I y Part II. *Am. J. Med.*, 72, 127-135 y 241-247.
- KAWANISHI, Y. (1992): Somatization of asians: an artifact of western medicalization?. *Transcult. Psychiatr. Res. Rev.*, 29: 5-36.
- KELLER, M.B. y SHAPIRO, R.W. (1982): "Double Depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am. J. Psychiat.*, 139, 438-442.
- KELLER, M.B.; LAVORI, P.W.; ENDICOTT, J.; CORYELL, W. y KLERMAN, G.L. (1983): "Double Depression": Two-year follow-up. *Am. J. Psychiat.*, 140, 6, 689-694.
- KELLNER, R. (1985): Functional somatic symptoms and Hypochondriasis. *Arch. Gen. Psychiat.*, 42, 821-833.
- KENDELL, R.E. y GOURLAY, J. (1970): The clinical distinction between psychotic and neurotic depressions. *Brit. J. Psychiat.*, 117, 257-266.
- KENDELL, R.E. (1970): Relationship between aggression and depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 22, 308-318.
- KENDELL, R.E. (1976): The classification of depressions: a review of contemporary confusion. *Brit. J. Psychiat.*, 129, 15-28.
- KENNEDY, H.G. (1988): Fatigue and fatigability. *Brit. J. Psychiat.*, 153: 1-5.
- KETTERING, R.L.; HARROW, M.; GROSSMAN, L y MELTZER, H.Y. (1987): The prognostic relevance of delusions in depression: a follow-up study. *Am. J. Psychiat.*, 144, 9, 1154-1160.
- KIENHORST, C.W.M.; de WILDE, E.J.; DIEKSTRA, R.F.W. y WOLTERS, W.H.G. (1992): Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Act. Psychiat. Scand.*, 85: 222-228.
- KIKUMOTO, O. (1990): Clinica study on depressive state following stroke. *Seishin. Shinkeiga ku. Zasshi*, 92, 7, 411-434.
- KIRMAYER, L. (1984): Overview: culture, affect and somatization. *Transcult. Psychiatr. Res. Rev.*, 21: 159-188 y 237-262.
- KITAMURA, T.; KUMAR, R. (1982): Time passes slowly for patients with depressive state. *Act. Psychiat. Scand.*, 65: 415-420.
- KITAMURA, T.; KUMAR, R. (1983): Time estimation production in depressive patients. *Act. Psychiat. Scand.*, 68: 15-21.
- KIVELA, S.L.; PAHKALA, K.; y LAIPPALA, P. (1988): Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Act. Psychiat. Scand.*, 78: 401-413.
- KIVELA, S.L.; PAHKALA, K. (1989): Dysthmic disorder in the aged in the community. *Soc. Psychiat. Psychiat. Epidem.*, 24: 77-83.
- KLEIN, D.F. (1974): Endogenomorphic Depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 31, 447-454.
- KLEIN, D.N.; TAYLOR, E.B.; HARDING, K. y DICKSTEIN, S. (1988): Double Depression and Episodic Major Depression: demographic, clinical, familiar, personality and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Am. J. Psychiat.*, 145, 10: 1226-1231.
- KLEIN-HESSELINK, J. y SPRUIT, I.P. (1992): The contribution of unemployment to socioeconomic health differences. *Int. J. Epidem.*, 21, 2: 329-337.
- KLEINMAN, A.M. (1977): Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc. Sci. Med.*, 11: 3-10.
- KLERMAN, G.L.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R. y HIRSCHFELD, R.M. (1979): Neurotic Depressions: a systematic analysis of multiple criteria and meanings. *Am. J. Psychiat.*, 136, 1: 57-61
- KOENIG, H.G.; MEADOR, K.G.; GOLI, V. y COLS. (1992-A): Self-rated Depressive Symptoms in medical inpatients: age and racial differences. *Int. J. Psychiat. Med.*, 22(1): 11-31.
- KOENIG, H.G.; COHEN, H.J.; BLAZER, D.G. y cols. (1992-B): Religious Coping and Depression among elderly, Hospitalized Medically ill men. *Am. J. Psychiatr.*, 149: 1693- 1700.
- KOLAKOWSKA, T. (1975): The clinical course of Primary recurrent Depression in Pharmacologically Treated female patients. *Brit. J. Psychiat.*, 126, 336-345.
- KOLODY, B.; VEGA, W.; MEINHARDT, K.; y BENSUSSEN, G. (1986): The correspondence of health complaints and depressive symptoms among anglos and mexican-americans. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174, 4: 221-228.
- KOSS, J.D. (1990): Somatization and somatic complaint syndromes among hispanics: overview and ethnopsychological perspectives. *Transcult. Psychiat. Res. Rev.*, 27: 5-29.
- KOVESS, V.; MURPHY, H.B. y TOUSIGNANT, M. (1987): Urban-rural comparisons of Depressive Disorders in French Canada. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175 (8), 457-466.
- KRAMLINGER, K.G.; SWANSON, D.W. y MARUTA, T. (1983): Are patients with chronic pain depressed?. *Am. J. Psychiat.*, 140, 6, 747-749.
- KRAUSE, N. y LIANG, J. (1992): Cross-cultural variations in Depressive Symptoms in later life. *Int. Psychogeriatr.*, 4-suppl 2: 185-202.
- KUHN, R y MÜLDNER, H. (1986): "Vital" forms of depression. *Psychopat.*, 19, suppl. 2, 53-57.
- KUO, W.H. (1984): Prevalence of depression among asian-americans. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 172, 8, 449- 457.
- KURZ, A.; MÖLLER, H.J.; BAINDL, G.; BÜRK, F. y cols. (1987): Classification of parasuicide by Cluster Analysis. Types of suicidal behaviour, therapeutic and prognostic implications. *Brit. J. psychiat.*, 150, 520-525.

- LARSSON, B.; MELIN, L.; BREITHOLTZ, E.; y ANDERSSON, G. (1991): Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Act. Psychiat. Scand.*, 83: 385-390.
- LAPLANTINE, F. (1979): Introducción a la Etnopsiquiatría. Cedisa editores, SA.
- LATOURE, J. y ALVAREZ, C. (1989): La medición del Nivel Socioeconómico. *Med. Clin.*, 91, 12, 470-474.
- LAZARUS, L.W.; NEWTON, N.; COHLER, B.; LESSER, J. y SCHWEON, C. (1987): Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiat.*, 144, 41-45.
- LEAL, C.; MONTERO, I. (1983): Consecuencias sociales de la Depresión en las mujeres. *Rev. Dept. Psiquiat. Facult. Med. Barc.*, 10, 1: 7-16.
- LEFF, J.P. (1973): Culture and the differentiation of emotional states. *Brit. J. Psychiat.*, 123, 299-306.
- LEIBENLUFT, E.; NOONAN, B.M. y WEHR, T.A. (1992): Diurnal variation: reliability of measurement and relationship to typical and atypical symptoms of depression. *J. Affect. Dis.*, 26: 199-204.
- LEJOYEUX, M.; LEON, E. y ROUILLON, F. (1994): Prevalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. *Encephale*, 20 (5): 495-503.
- LENZI, A.; LAZZERINI, F.; MARAZZITI, D. y cols: (1993): Social Class and Mood Disorders: clinical features. *Soc.Psychiat.Psychiatr.Epidem.*, 28: 56-59.
- LEONHARD, K. (1987): Diagnóstico diferencial y diferente etiología de la Depresión monopolar y bipolar. *Psicopatol.*, 267-276.
- LIBERATOS, P.; LINK, B.G. y KELSEY, J.L. (1988): The measurement of Social Class in epidemiology. *Epidem. Rev.*, 10, 87-121.
- LIPOWSKI, Z.J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. *Am. J. Psychiat.*, 145: 1358-1368.
- LIPSEY, J.R.; SPENCER, W.C.; RABINS, P.V. y ROBINSON, R.G. (1986): Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *Am. J. Psychiat.*, 143, 4, 527-529.
- LIS QUIBEN, V. (1949): Medicina Popular en Galicia. Graf. Torres. Pontevedra.
- LISON TOLOSADA, C. (1974): Perfiles Simbólicos-Morales de la cultura gallega. Akal Editores.
- LISON TOLOSADA, C. (1990): Antropología Cultural de Galicia. Akal Editores.
- LISON TOLOSADA, C. (1987): Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia. Akal Editores.
- LLOYD, G. (1989): Somatization: a psychiatrist's perspective. *J. Psychosomatic Res.*, 33, 6: 665-669.
- LOPEZ ARES, M.S. (1983): Sistematización de la clínica depresiva mediante técnicas de análisis estadísticos. Tesis Doctoral. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela.
- LOPEZ IBOR, J.J. (1972-A): Los Equivalentes Depresivos. Paz Montalvo, Madrid.
- LOPEZ-IBOR, J.J. (1972-B): Masked Depressions. *Brit. J. Psychiat.*, 120, 245-258.
- LOPEZ-IBOR, J.J. (1979): Sobre la Melancolía. *Act. Lus-esp. Neurol-Psiqu.*, 7, 1-2.
- LUBIN, B. y ZUCKERMAN, M. (1988): Affects, demographic variables and health. *J. Clin. Psychol.*, 44, 2, 131-141
- LYNESS, J.M.; COX, C.; CURRY, J.; CONWELL, Y. y cols. (1995): Older age and the underreporting of Depressive Symptoms. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 43 (3): 216-221.
- MADIANOS, M.G.; GOURNAS, G. y STEFANIS, C.N. (1992): Depressive Symptoms and Depression Among elderly people in Athens. *Act.Psychiat.Scand.*, 86: 320-326.
- MADIANOS, M.G.; MADIANOU, D. y STEFANIS, C.N. (1993): Help-seeking behaviour for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 28: 285-291.
- MAES, M.; RUYTER, M.; CLAES, R. y SUY, E. (1988): Self rated Depression in relation to DSM-III classification: a statistical isolinear multiple components analysis. *Act. Psychiat. Scand.*, 77, 27-31.
- MAES, M.; COSYNS, P.; MAES, L. y colabs. (1990): Clinical subtypes of unipolar depression: part I. A validation of the vital and nonvital clusters. *Psychiat. Res.*, 34, 29-41.
- MAIR, L. (1980): Introducción a la antropología social. Alianza Universal. Madrid.
- MAJ, M.; VELTRO, F.; PIROZZI, R. y colabs. (1992): Pattern of recurrence of illness after recovery from episode of Major Depression: a prospective study. *Am. J. Psychiat.*, 149, 795-800.
- MAJODINA, M.Z.; y JOHNSON, A. (1983): Standardized assessment of depressive disorders (SADD) in Ghana. *Brit. J. Psychiat.*, 143: 442-446.
- MAKANJUOLA, J.D. y OLAIFA, E.A. (1987-A): Masked Depression in nigerians treated at the neuro-psychiatric hospital Aro, Abeokuta. *Act. Psychiat. Scand.*, 76, 480-485.
- MAKANJUOLA, R.O.A. (1987-B): "Ode Ori": a culture-bound disorder with prominent somatic features in Yoruba Nigerian patients. *Act. Psychiat. Scand.*, 75, 231-236.
- MALT, U. (1983): Classification and diagnosis of Depression. *Act. Psychiat. Scand.*, suppl. 302, 7-35.
- MANN, AH; JENKINS, R; y BELSEY, E. (1981): The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychiat. Med.*, 11, 535-550.
- MATEOS, R. y RODRIGUEZ, A. (1989): Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega. Servicio de Saude Mental e Drogodependencias. Consellería de Saude. Xunta de Galicia
- MATHEW, R.J.; WEINMAN, M.L. y MIRABI, M. (1981): Physical symptoms of depression. *Brit. J. Psychiat.*, 139: 293-296.
- MATHEW, R.J.; SWIHART, A.A. y WEINMAN, M.L. (1982): Vegetative symptoms in anxiety and depression. *Brit. J. Psychiat.*, 141: 162-165.

- MATUSSEK, P.; SÖLDNER, M. y NAGEL, D. (1981): Identification of the Endogenous Depressive Syndrome based on the Symptoms and the Characteristics of the Course. *Brit. J. Psychiat.*, 138, 361-372.
- MAYOU, R. (1876): The nature of bodily symptoms. *Brit. J. psychiat.*, 129, 55-60.
- MAZURE, C.; NESON, J.C. y PRICE, L.H. (1986): Reliability and validity of the symptoms of major depressive illness. *Arch. Gen. Psychiat.*, 43, 451-456.
- MCGEE, R.; WILLIAMS, S.; KASHANI, J.H.; y SILVA, P.A. (1983): Prevalence of self-reported depressive symptoms and associated social factors in mothers in Dundee. *Brit. J. Psychiat.*, 143: 473-479
- MCGEE, R.; ANDERSON, J.; WILLIAMS, S. y SILVA, P.A. (1986): Cognitive correlates of depressive symptoms in 11 year old children. *J. Abnorm. Child. Psychol.*, 14, 4, 517-524.
- MCGONAGLE, K.A. y KESSLER, R.C. (1990): Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *Am. J. Comm. Psychol.*, 18, 5, 681-706.
- MCLEOD, J.D. (1991): Childhood parental loss and adult depression. *J. Health Soc. Beh.*, 32, 205-220.
- MEADOR, K.G.; KOENING, H.G.; HUGHES, D.C. y cols. (1992): Religious affiliation and Major Depression. *Hosp. Comm. Psychiatr.*, 43, 12: 1204-1208.
- MEARES, R.; MENDELSON, F.A. y MILGROM, J. (1981): A sex difference in the seasonal variation of suicide rate: a single cycle for men, two cycles for women. *Brit. J. Psychiat.*, 138, 321-325.
- MECHANIC, D. (1972): Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *New Eng. J. Med.*, 286, 21, 1132-1139.
- MECHANIC, D. y ANGEL, R.J. (1987): Some factors associated with the report and evaluation of back pain. *J. Health Soc. Behav.*, 28, 131-139.
- MEZZICH, J.E. y RAAB, E.S. (1980): depressive symptomatology across the Americas. *Arch. Gen. psychiat.*, 37, 818-823.
- MICHEL, K. (1987): Suicide risk factors: a comparison of suicide attempters with suicide completers. *Brit. J. Psychiatr.*, 150, 78-82.
- MILCH, W.E. (1990): The change of symptomatology in hospitalized suicidal patients. *Crisis*, 11, 1, 44-51.
- MILLER, I.W.; NORMAN, W.H. y DOW, M.G. (1986): Psychosocial characteristics of "Double Depression". *Am. J. Psychiat.*, 143, 8, 1042-1044.
- MITCHELL, P.; PARKER, G.; JAMIESON, K. y cols. (1992): Are there any differences between bipolar and unipolar melancholia?. *J. Affect. Dis.*, 25, 97-106.
- MORERA, A.L.; GARCIA, R.; CARRILLO, F. y CINCEPCION, A. (1984): Prevalencia de los trastornos depresivos en consultas de medicina general. *Act. Lus-esp. Neurol.Psiquiatr.*, 12, 5: 305-313.
- MOSCICKI, E.K.; LOCKE, B.Z.; RAE, D.S. y BOUD, J.H. (1989): Depressive symptoms among Mexican Americans: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Am. J. Epidemiol.*, 130, 2, 348-360.
- MUELLER, P.S.; DAVIES, R.K. (1986): Seasonal Affective Disorders: Seasonal Energy Syndrome?. *Arch. Gen. Psychiat.*, 43, 188-189.
- MULLER, D.P. (1981): The current status of urban-rural differences in psychiatric disorder. An emerging trend for depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 169, 1: 18-27.
- MUNRO, A. (1966): Some familiar and social factors in depressive illness. *Brit. J. Psychiat.*, 112: 429-441.
- MURPHY, H.B.; WITTKOWER, E.D. y CHANCE, N.A. (1964): Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression: a preliminary report. *Transcult. Psychiat. Res.*, 1:5-21.
- MURPHY, E. (1982): Social origins of depression in old age. *Brit. J. psychiat.*, 141: 135-142.
- MURPHY, J.M.; OLIVIER, D.C.; MONSON, R.R.; SOBOL, A.M. y cols. (1991): Depression and anxiety in relation to social status. *Arch. Gen. Psychiat.*, 48, 223-229.
- NANDI, D.N.; AJAMANY, S.; GANGULI, H.; BANERJEE, G. y cols. (1976): A clinical evaluation of depressives found in a rural survey in India. *Brit. J. Psychiat.*, 128: 523-527.
- NANDI, D.N.; MURKHERJEE, S.P.; BORAL, G.C.; BANERJEE, G. y cols. (1980): Socioeconomic status and castes in India. Cross-cultural study. *Brit. J. Psychiat.*, 136: 73-85.
- NDETEI, D.M. y VADHER, A. (1984): A cross-cultural comparative study of patterns of depression in a hospital based population. *Act. psychiat. Scand.*, 70: 62-68.
- NELSON, J.C. y CHARNEY, D.S. (1980): Primary Affective Disorder Criteria and the Endogenous-Reactive Distinction. *Arch. Gen. Psychiat.*, 37, 787-793.
- NELSON, J.C. y CHARNEY, D.S. (1981): The symptoms of Major Depressive Illness. *Am. J. Psychiat.*, 138,1, 1-13.
- NEWMANN, J.P.; ENGEL, R.J. y JENSEN, J.E. (1991): Changes in depressive symptom experiences among older women. *Psychol. Aging*, 6, 2, 212-222.
- NI BHROLCHAIN, M.; BROWN, G.W. y HARRIS, T.O. (1979): Psychotic and neurotic depression: 2. Clinical characteristics. *Brit. J. Psychiat.*, 134, 94-107.
- NIELSEN, A.C. y WILLIAMS, T.A. (1980): Depression in ambulatory medical patients. Prevalence by self-report questionnaire and recognition by nonpsychiatric physicians. *Arch. Gen. Psychiat.*, 37, 999-1004
- NILSSON, A. (1987): Acoustic analysis of speech variables during depression and after improvement. *Act. Psychiat. Scand.*, 76, 235-245.
- O'HARA, M.W.; KOHOUT, F.J. y WALLACE, R.B. (1985): Depression among the rural elderly. A study of prevalence and correlates. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 173, 10, 582-589.
- O'HARA, M.W.; HINRICHS, J.V.; KOHOUT, F.J.; WALLACE, R.B. y LEMKE, J.H. (1986): Memory complaint and memory performance in the depressed elderly. *Psychol. Aging*, 1, 3, 208-214.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1979): Clasificación Internacional de enfermedades, novena revisión., Modificación clínica, (CIE-9-CM). Ginebra.

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Versión española.
- O'NEIL, M.K.; LANCEE, W.J. y FREEMAN, S.J.J. (1986): Psychosocial factors and depressive symptoms. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174, 1, 15-23.
- ORLEY, J.; LITT, B. y WING, J.K. (1979): Psychiatric disorders in two african villages. *Arch. Gen. Psychiat.*, 36, 513-520.
- OVERHOLSER, J.C.; MILLER, I.W. y NORMAN, W.H. (1987): The course of depressive symptoms in suicidal v.s. nonsuicidal depressed inpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, 8, 450-456.
- PALLIS, D.J. y SAINSBURY, P. (1976): The value of assessing intent in attempted suicide. *Psychol. Med.*, 6, 487-492.
- PARAMO, M.; MATEOS, R. y RODRIGUEZ, A. (1995): Interacción del Estrés Social y Apoyo Social con Patología Psíquica en el Estudio Comunitario de Epidemiología Psiquiátrica de Galicia. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.
- PARKER, G. y WALTER, S. (1982): Seasonal variation in depressive disorders and suicidal deaths in New South Wales. *Brit. J. Psychiat.*, 140, 626-632.
- PARKER, G.; BLIGNAULT, I. y MANICAVASAGAR, V. (1988): Neurotic Depression: deliniation of Symptom Profiles and their relation to outcome. *Brit. J. Psychiat.*, 152, 15-23.
- PARKER, G.; HADZI-PAVLOVIC, D.; BOYCE, P.; WILHELM, K. y cols. (1990): Classifying Depression by mental stage sings. *Brit. J. Psychiat.*, 157, 55-65.
- PARKER, G.; HADZI-PAVLOVIC, D.; WILHELM, K.; HICKIE, I. y cols. (1994): Defining Melancholia: properties of a redefined sing-based measure. *Brit. J. Psychiatr.*, 164: 316-326.
- PARRY, B.L.; ROSENTHAL, N.E.; TAMARKIN, L. y WEHR, T.A. (1987): Treatment of patient with seasonal premenstrual syndrome. *Am. J. Psychiat.*, 144, 6, 762-766.
- PAYKEL, E.S.; KLIERMAN, G.L. y PRUSOFF, B.A. (1970): Treatment setting and clinical depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 22, 11-21.
- PAYKEL, E.S. (1971): Classification of Depressed Patients: a Cluster Analysis derived grouping. *Brit. J. Psychiat.*, 118, 275-288.
- PAYKEL, E.S. (1972): Correlates of a Depressive Typology. *Arch. Gen. Psychiat.*, 27, 203-210.
- PAYKEL, E.S. (1977): Depression and appetite. *J. Psychosom. Res.*, 21, 401-407.
- PAYKEL, E.S.; PARKER, R.R.; ROWAN, R.P.; RAO, B.M. y TAYLOR, C.N. (1983): Nosology of Atypical Depression. *Psychiatolog. Med.*, 13, 131-139.
- PAYKEL, E.S. (1985): Psicopatología de los trastornos afectivos. Ed. Pirámide S.A., Madrid.
- PAYKEL, E.S. (1991): Depression in women. *Brit. J. Psychiat.*, 158, suppl. 10: 22-29.
- PERRIS, C.; HOLMGREN, S.; VON KNORRING, L. y PERRIS, H. (1986): Parental loss by death in the early childhood of depressed patients and of their healthy sibilings. *Brit. J. Psychiat.*, 148, 165-169.
- PICHOT, P. (1986): Classification of depressive states. *Psychop.*, 19, suppl. 2, 12-16.
- PIETRI, F.; RIIHIMAKI, H; VIKARI, E. y LINDSTROM, K. (1994): Longitudinal study on the role of personality characteristics and psychological distress in neck trouble among working men. *Pain*, 58 (2): 261-267.
- PILOWSKY, I. y SPENCE, N.D. (1975): Hostility and depressive illness. *Arch. Gen. Psychiat.*, 32, 1154-1159.
- POLLITT, J y YOUNG, J. (1971): Anxiety states or masked depression?, A study based on the action of Monoamine Oxidase Inhibitors. *Brit. J. Psychiat.*, 199, 143-149.
- PRERADOVIC, M.; GRIVA, D. y EROR, S. (1991): Masked Depression. *Vojnosanit. Pregl.*, 48, 1, 41-45.
- RACY, J. (1980): Somatization in Saudi Woman: A therapeutic Challenge, *Brit. J. Psychiatr.*, 137: 212-216.
- RADER, K.K.; ADLER, L.; SCHWIBBE, M.H. y SULTAN, A.S. (1991): Validity of the Beck Depression Inventory for cross-cultural comparison. A study of German and Egyptian patients. *Nerve narzt.*, 62, 11, 697-703.
- RAMOS, J.A. (1986): La escala de Zung-Conde para la depresión: su validez predictiva. *Act. Lus-esp neurol-psiq.*, 14, 2: 123-127.
- RAMOS, J.A.; RODRIGUEZ, R.; CORDERO, A. y DEL RIO, J. (1989): Desarrollo de un índice de probabilidad de riesgo suicida en las depresiones. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 17, 5, 333-352.
- RAMOS, J.A.; MONTEJO, M.L.; PONCE, C. y VALLE, P. (1990): La distinta cualidad del animo de primido. V: su prevalencia en los trastornos depresivos. *Act. Lus-esp Neurol-psiq.*, 18, 3: 175-181.
- RAMOS, J.A.; LAFUENTE, R.; MONTEJO, M.L.; MORENO, A. y cols (1991-A): Validez predictiva de la escala de Zung en deprimidos ancianos. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 19, 2, 122-126.
- RAMOS, J.A.; PONCE, C.; LOPEZ, V. y MONTEJO, M.L. (1991-B): La distinta cualidad del ánimo deprimido. VII: el "continuum" neurótico-depresivo estudiado con el Índice de Tristeza Patológica. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 19, 3, 137-148.
- RAMOS, J.A.; YAÑEZ, R.; JIMENEZ, M.A. y MARTIN, M. (1993): Depresión Neurótica VS Depresión Endógena: ¿dos momentos evolutivos diferentes de la misma enfermedad? (Un estudio controlado). *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 21, 2: 101-108.
- RAMOS, J.A.; CORDERO, A. y GARCIA, R. (1993): Depresión Endógena y Neurótica otra vez, I: la distinta cualidad como elemento aglutinador de la sintomatología depresiva nuclear. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 21, 6:236-242.
- RAMOS, J.A.; CORDERO, A. y GARCIA, R. (1993): Depresión Endógena y Neurótica otra vez, III: refuerzos para una hipótesis secuencial. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 22, 5: 207-217.
- RICHTER, P. y BENZEHÖFER (1985): Time estimation nad chronopathology in endogenous depression. *Act. Psychiat. Scand.*, 72:246-253.

- RIFAI, A.H.; GEORGE, C.J.; STACK, J.A.; MANN, J.J. y REYNOLDS, C.F. (1994): Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major Depression in late life. *Am. J. Psychiatr.*, 151: 1687-1690.
- ROBINS, C.J.; BLOCK, P. y PESELOW, E. (1989): Specificity of symptoms in RDC endogenous depression. *J. Affect. Dis.*, 16, 243-248.
- ROBERTS, R.E.; STEVENSON, J.M. y BRESLOW, L. (1981): Symptoms of depression among black and whites in an urban community. *J. Nerv. ment. Dis.*, 169, 12, 774-779.
- ROBERTS, R.E. (1992): Manifestation of Depressive Symptoms among Adolescents: a comparison of Mexican Americans with the Majority and other Minority Populations. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 180: 627-633.
- RODRIGUEZ, A. (1979): Las instituciones parapsiquiátricas en la cultura gallega. *Rev. Psiquiat. Psicolog. médica.*
- RODRIGUEZ, A. (1994): Galicia: a medicina popular ante a depresión. Aproximación Antropológica a la clínica psiquiátrica en Galicia. Xunta de Galicia. Ed. Plana.
- ROJAS, E. (1984): Depresión y suicidio. *Pathos.* 65, 76-78.
- ROJAS, E. (1987): Trastornos de los ritmos biológicos en las depresiones. M.S.R. Upjohn.
- ROJO, M. (1989): El sentimiento de la culpa ubicado en un esquema de la pathopsique. *Ann. Psiquiat.*, 5, 8, 295-300.
- ROSENTHAL, N.E.; SACK, D.A.; GILLIN, J.C.; LEWY, A. y cols. (1984): Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch. Gen. Psychiat.*, 41, 72-80.
- ROSS, C.E. y HUBER, J. (1985): Hardship and depression. *J. Health Soc. Behav.*, 26, 4, 312-327.
- ROY, A. (1980): Parental Loss in childhood and onset of Manic-depressive Illness. *Brit. J. Psychiat.*, 136, 86-88.
- ROY, A. (1981): Vulnerability Factors and Depression in men. *Brit. J. Psychiat.*, 138, 75-77.
- ROY, A. (1985): Early Parental separation and adult depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 42, 987-991.
- RUBIN, E.H.; ZORUMSKI, CH.F. y BURKE, W.J. (1988): Overlapping symptoms of geriatric depression and Alzheimer-type dementia. *Hosp. Comm. Psychiat.*, 39, 10, 1074-1079.
- RUSH, A.J. y WEISSENBURGER, J.E. (1994): Melancholic Symptoms Features and DSM-IV. *Am. J. Psychiat.*, 151: 489-498.
- RYAN, N.D.; PUIG, J.; AMBROSI, P.; RABINOVICH, H. y cols. (1987): The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 44: 854-861
- SARTORIUS, N. (1986): Investigación transcultural sobre la depresión. *Psicopatol.*, 109-114.
- SCHATZBERG, A.; ROTHSCCHILD, A.J. (1992): Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV?. *Am. J. Psychiat.*, 149, 6, 733-745.
- SCHIFFER, R.B.; KURLAN, R.; RUBIN, A. y BOER, S. (1988): Evidence for atypical depression in Parkinson's Disease. *Am. J. Psychiat.*, 145, 8, 1020-1022.
- SCHLAGER, D.; SCHWARTZ, J.E. y BROMET, E.J. (1993): Seasonal variations of current symptoms in a healthy population. *Brit. J. Psychiat.*, 163: 322-326.
- SCHLESS, A.P.; MENDELS, J.; KIPPERMAN, A y COCHRANE, C. (1974): Depression and hostility. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 159, 2, 91-100.
- SCHUMAN, M.; GITLIN, M.J. y FAIRBANKS, L. (1987): Sweets, chocolate and atypical depressive traits. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, 8, 491-495.
- SCHWAB, J.J.; BIALOW, M.; BROWN, J.M.; HOLZER, C.E. y cols. (1967-A): Sociocultural aspects of depression in medical inpatients. I. Frequency and social variables. *Arch. Gen. Psychiat.*, 17: 533-538.
- SCHWAB, J.J.; BIALOW, M.; BROWN, J.M.; HOLZER, C.E. y cols. (1967-B): Sociocultural aspects of depression in medical inpatients. II. Symptomatology and class. *Arch. Gen. Psychiat.*, 17: 539-543.
- SCHWAB, J.J. y SCHWAB, M.E. (1978): Sociocultural roots of mental illness. An epidemiologic survey. Plenum Publishing Corporation, New York.
- SCOTT, J. (1988): Chronic Depression. *Brit. J. Psychiat.*, 153, 287-297.
- SHAPIRO, C.M.; DEVINS, G.M.; FELDMAN, B. Y LEVITT, A.J. (1994): Is Hypersomnolence a feature of Seasonal Affective Disorder?. *J. Psychosom. Res.*, 38, suppl. 1: 49-54.
- SHAPIRO, S.; SKINNER, E.A.; KESSLER, L.G. y cols. (1984): Utilization of health and mental health services. Three epidemiologic catchment area sites. *Arch. Gen. Psychiat.*, 41: 971-978.
- SHEPHERD, D.M. y BARRACLOUGH, B.M. (1980): Work and suicide: an empirical investigation. *Brit. J. Psychiat.*, 136, 469-478.
- SILBERMAN, E.K.; WEINGARTNER, H. y POST, R.M. (1983): Thinking disorder in depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 40, 775-780.
- SILVER, H. (1987): Physical complaints are part of the core depressive syndrome: evidence from a cross-cultural study in Israel. *J. Clin. Psychiat.*, 48, 4, 140-142.
- SILVERSTONE, P.H. (1991): Is anhedonia a good measure of depression?. *Act. Psychiat. Scand.*, 83: 249-250.
- SIMON, R.J.; FLEISS, J.L.; GURLAND, B.J.; STILLER, P.R.; SHARPE, L. (1973): Depression and Schizophrenia in hospitalized black and white mental patients. *Arch. Gen. Psychiat.*, 28, 509-512.
- SIMON, G.E. y VONKORFF, M. (1991): Somatization and psychiatric Disorder in the N.I.M.H. Epidemiologic Catchment Area Study. *Am. J. Psychiat.*, 148: 1494-1500.
- SINGER, K. (1975): Depressive Disorders from a transcultural perspective. *Social Science and Medicine*, 9: 289-301.
- SNAITH, R.P. y TAYLOR, C.M. (1985): Irritability: definition, assessment and associated factors. *Brit. J. Psychiat.*, 147: 127-136.

- SNAITH, R.P. (1987): The concepts of Mild Depression. *Brit. J. Psychiat.*, 150, 387-393.
- SOMASUNDARAM, D.J. y RAJADURAI, S. (1995): War and suicide in northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scand.*, 91:1-4.
- SOMERVELL, P.D.; BEALS, J.; KINZIE, J.D. y cols. (1992): Use of CES-D in an American Indian village. *Cult. Med. Psychiat.*, 16(49): 503-517.
- SPOOV, J.; SUOMINEN, J.Y.; LAHDELMA, R.L. y cols. (1993): Do reversed depressive symptoms occur together as a syndrome?. *J. Affect. Dis.*, 27: 131-134.
- SRINIVASANT, K.; SRINIVASANT, R. y JANAKIRAMAIAH, N. (1986): A nosological study of patients presenting with somatic complaints. *Act. psychiat. Scand.*, 73, 1-5.
- SROLE, L.; LANGER, T.S.; MICHAEL, S.T.; OPLER, M.K. y RENNIE T.A. (1962): Mental Health in the Metropolis: Midtown Manhattan Study. McGraw-Hill. New York.
- STANCER, H.C.; PERSAD, E.; JORDA, T.; FLOOD, CH. y WAGENER, K. (1984): The occurrence of Secondary Affective Disorder in an in-patient population with severe and recurrent Affective Disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 144, 630-635.
- STAVRAKAKI, C.H. y VARGO, B. (1986): The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *Brit. J. psychiat.*, 149, 7-16.
- STEELE, R.E. (1978): Relationship of race, sex, social class and social mobility to depression in normal adults. *J. Soc. Psychol.*, 104: 37-47.
- STEER, R.A.; BECK, A.T.; BROWN, G. y BERCHICK, R. (1987): Self-reported depressive symptoms that differentiate recurrent-episode major from dysthymic disorders. *J. Clin. Psychol.*, 43, 2, 246-250.
- STRAUSS, J.S.; BARTKO, J.J. y CARPENTER, W.T. (1973): The use of clustering techniques for the classification of psychiatric patients. *Brit. J. Psychiat.*, 122, 531-540.
- SURTESS, P.G.; McC MILLER, P.; INGHAM, J.G. y colabs. (1986): Life events and the onset of affective disorder. A longitudinal general population study. *J. Affect. Dis.*, 10, 37-50.
- SZASZ, T. (1976): El mito de la enfermedad mental. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- TALBOTT, J.A.; HALES, R.E. y YUDOFISKY, S.C. (1989): Tratado de Psiquiatria. Ancora, s.a., Barcelona.
- TEJA, J.S.; NARANG, R.L. y AGGARWAL, A.K. (1971): Depression across cultures. *Brit. J. Psychiat.*, 119: 253-260.
- TELLENBACH, H. (1976): La melancolía. Ed. Morata S.A., Madrid.
- TORGENSEN, S. (1985): Hereditary differentiation of anxiety and affective neuroses. *Brit. J. Psychiat.*, 146: 530-534.
- TOUSIGNANT, M. (1987): Urban-rural comparison of depressive disorders in French. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, 8: 457-466.
- TSUANG, D.W. y WINOKUR, G. (1992): Testing the validity of the neurotic depression concept. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 180, 7, 446-450.
- TURNER, R.J. y BEISER, M. (1990): Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. Assessing the role of chronic stress. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178, 6, 343-350.
- TYRER, P.; ALEXANDER, J.; REMINGTON, M y RILEY, P. (1987): Relationship between neurotic symptoms and neurotic diagnosis: a longitudinal study. *J. Affect. Dis.*, 13, 13-21.
- UHLENHUTH, E.H. y PAYKEL, E.S. (1973): Symptoms intensity and life events. *Arch. Gen. Psychiatry*, 28, 473-477.
- UHLENHUTH, E.H. y PAYKEL, E.S. (1973): Symptom configuration and life events. *Arch. Gen. Psychiatry*, 28, 744-748.
- UHLENHUTH, E.H.; LIPMAN, R.S.; BALTER, M.B. y STERN, M. (1974): Symptom Intensity and Life Stress in the city. *Arch. Gen Psychiatry*, 31, 759-764.
- UZOMA, J y ADEBAYO, O. (1994): Somatization Symptoms among patients using Primary Health Care Facilities in a rural community in Nigeria. *Am. J. Psychiatry*, 151: 728-731.
- VALLEJO, J. (1987): Relaciones entre los estados obsesivos y los Trastornos Depresivos. *Rev. Psiquiatria Fac. Med. Barc.*, 14, 6, 319-335.
- VALLEJO, J. (1989): Clasificación de las depresiones. *Psicopatol.*, 9, 2: 85-90.
- VALLEJO, J. y GASTÓ, C. (1990): Trastornos Afectivos: Ansiedad y depresión. Salvat Editores, Barcelona.
- VAN PRAAG, H. (1965): The Vital Syndrome Interview. A structured standard interview for the recognition and registration of the Vital Depressive Symptom complex. *Psychiatr. Neurol. Neurosurg.*, 68, 329-346.
- VAN VALKENBURG, CH.; LOWRY, M.; WINOKUR, G. y CADORET, R. (1977): Depression Spectrum Disease versus Pure Depressive Disease. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 165, 5, 341-347.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L.; MUÑOZ, P.E. y JAUREGUI, M. (1981): The interaction between physical and neurotic morbidity in the community. *Brit. J. Psychiat.*, 139, 328-335.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L.; MUÑOZ, P.E. y JAUREGI, V.M. (1982): The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. *Act. Psychiat. Scand.*, 161-170.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L.; DIEZ, J.F.; PEÑA, C.; LEQUERICA, J.; y cols. (1987): Depresión y ansiedad: perfiles socio-demográficos diferenciales en la población general. *Act. Lus-esp. Neurol-psiq.*, 15, 2: 95-109.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L.; DIEZ, J.E.; MUÑOZ, J. y cols. (1992): Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Soc. Psych. Psych. Epidem.*, 27: 62-68.
- VEGA, W.A.; KOLODY, B.; HOUGH, R.L. y FIGUEROA, G. (1987): Depressive symptomatology in northern Mexico adults. *Am. J. Public Health*, 77, 9, 1215-1218.
- VEGA, W.A.; KOLODY, B.; VALLE, R. y HOUGH, R. (1986): Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. *Soc. Sci. Med.*, 22, 6, 645-652.
- VERNON, S.W.; ROBERTS, R.E. (1982): Use of the SADS-RDC in a tri-ethnic community survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 47-52.

- VON KORFF, M.; RESCHE, L.L. y DWORIN, S.F. (1993): First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*, 55: 251-258.
- VON ZERSSEN, D.; BARTHELMES, H.; DIRLICH, G.; DOERR, P. y cols. (1985): Circadian rhythms in Endogenous Depression. *Psychiat. Res.*, 16, 51-63.
- WALLACE, J. y PFOHL, B. (1995): Age-related differences in the symptomatic expression of Major Depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 183 (2): 99-102.
- WARHEIT, G.J.; HOLZER, CH.E. y SCHWAB, J.J. (1973): An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology: a community study. *J. Health Soc. Beh.*, 14: 291-299.
- WARHEIT, G.J.; HOLZER, CH.E. y AREY, S.A. (1975): Race and mental illness: an epidemiologic update. *J. Health Soc. Beh.*, 243-256.
- WARHEIT, G.J. (1979): Life Events, Coping, Stress, and Depressive symptomatology. *Am. J. Psychiat.*, 136, 4B, 502-507.
- WATSON, D. y PENNEBAKER, J.W. (1989): Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96(2): 234-254.
- WAZIRI, R. (1973): Symptomatology of depressive illness in Afghanistan. *Am. J. Psychiat.*, 130, 2, 213-217.
- WEHR, T.A. y ROSENTHAL, N.E. (1989): Seasonal and affective illness. *Am. J. Psychiat.*, 146, 7: 829-8398.
- WEISSMAN, M.M. y KLERMAN, G.L. (1977-A): Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 34, 98-111.
- WEISSMAN, M.M.; POTTENGER, M.; KLEBER, H.; RUBEN, H.L. y cols. (1977-B): Symptoms patterns in Primary and Secondary Depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 34, 854-862.
- WEISSMAN, M.M. y MYERS, J.K. (1978-A): Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community. *Act. Psychiat. Scand.*, 57: 219-231.
- WEISSMAN, M.M. y MYERS, J.K. (1978-B): Affective disorders in a US urban community. *Arch. Gen. psychiat.*, 35, 1304-1311.
- WEISSMAN, M.M. y MYERS, J.K. (1980): Psychiatric disorder in a U.S. community. The application of research diagnostic criteria to a resurveyed community sample. *Act. Psychiat. Scand.*, 62: 99-111.
- WEISSMAN, M.M.; LEAF, P.J.; LIVINGSTON, M. y FLORIO, L. (1988): The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Am. J. Psychiat.*, 145, 7: 815-819.
- WELLS, K.B.; BURNAM, M.A. y CAMP, P. (1995): Severity of Depression in prepaid and fee for service general medical and mental health speciality practices. *Med. Care*, 33 (4): 350-364.
- WELNER, A.; MARTEN, S.; WOCKNICK, E.; DAVIS. y cols. (1979): Psychiatric disorders among professional women. *Arch. Gen. Psychiat.*, 36, 169-173.
- WEST, J. (1985): Comparison of depressive symptomatology between Saudi and American psychiatric outpatients in an eastern province medical center, Saudi Arabia. *Int. J. Soc. Psychiat.*, 230-234.
- WINOKUR, G. (1973): The types of Affectives Disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 156, 2, 82-96.
- WINOKUR, G. (1985): The validity of Neurotic-reactive Depression. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 42, 1116-1122
- WILLIAMS, J.G.; BARLOW, D.H. y AGRAS, W.E. (1975): Diurnal variation in Depression- is it there?. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 161, 1, 59-62.
- WILLIAMSON, P.S. y YATES, W.R. (1989): The initial presentation of depression in family practice and psychiatric outpatients. *Gen. Hosp. Psychiat.*, 11: 188-193.
- WILSON, D.R.; WIDMER, R.B.; CADORET, R.J. y JUDIESCH, K. (1983): A major feature of Depression in a family practice. *J. Affect. Dis.*, 5, 199-207.
- WOLD, P.N.; ROSENFELD, A.G. y KIRBY, D. (1982): Depressive symptoms and the diagnosis of affective disorder in a clinic population of low socioeconomic status. *Am. J. Psychiat.*, 139, 7: 916-918
- WOLMAN, B.B. y STRICKER (1990): Trastornos Depresivos. Hechos, teorías y métodos de tratamiento. Ancora, S.A., Barcelona.
- WOO, J.; HO, S.C.; LAU, J.; YUEN, Y.K. y cols. (1994): The prevalence of depressive symptoms and predisposing factors in an elderly Chinese population. *Acta Psychiatr. Scand.*, 89(1): 8-13.
- WOODRUFF, R.A.; ROBINS, L.N.; WINOKUR, G. y REICH, T. (1971): Manic depressive illness and social achievement. *Act. Psychiat. Scand.*, 47, 237-249.
- WRIGHT, J.H.; BELL, R.A.; KUHN, C.C.; RUSH, E. y cols. (1980): Depression in family practice patients. *South. Med. J.*, 73, 8: 1031-1034
- YOUNG, M.A.; SCHEFFNER, W.A.; KLERMAN, G.L.; ANDREASEN, N.C. y HIRSCHFELD, R.M. (1986): The endogenous sub-type of depression: a study of its internal construct validity. *Brit. J. Psychiat.*, 148, 257-267.
- YOUNG, M.A.; KELLER, M.B.; LAVORI, P. y cols. (1987): Lack of stability of the RDC endogenous subtype in consecutive episodes of major depression. *J. Affect. Dis.*, 12, 139-143.
- YOUNG, M.A.; FOGG, L.F.; SCHEFFNER, W.A. y FAWCETT, J.A. (1990): Concordance of symptoms in recurrent depressive episodes. *J. Affect. Dis.*, 20, 79-85.
- ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W.; PFOHL, B. y STANGL, D. (1986-A): The validity of four definitions of Endogenous Depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 43, 234-244
- ZIMMERMAN, M.; CORYELL, B.A. y PFOHL, B. (1986-B): Melancholic Subtyping: a qualitative or quantitative distinction?. *Am. J. Psychiat.*, 143, 98-100
- ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W.; STANGL, D. y PFOHL, B. (1987): Validity of an operational definition for neurotic unipolar major depression. *J. Affect. Dis.*, 12, 29-40.

- ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W.; PFOHL, B. y STANGL, D. (1987-A): An American Validation Study of the Newcatle Diagnostic Scale. II- Relationship wit clinical, Demografic, familial and psychosocial features. *Brit. J. Psychiat.*, 150, 526-532.
- ZIMMERMAN, M.; PFOHL, B.; CORYELL, W. y STANGL, D. (1987-B): The prognostic validity of DSM-III axis IV in depressed inpatients. *Am. J. Psyhiatr.*, 144, 1, 102-106.
- ZIMMERMAN, M. y SPITZER, R.L. (1989): Melancholia: from DSM-III to DSM-III-R. *Am. J. Psy chiat.*, 146, 1, 20-28.
- ZISOOK, S. (1988): Single case study. Cyclic 48-hour Unipolar Depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 176, 1, 53-56
- ZUNG, W.W.K. (1969): A cross-cultural survey of symptoms in depression. *Am. J. Psychiat.*, 126, 1: 116-121.
- ZUNG, W.W.K.; McDONALD, J. y ZUNG, E.M. (1988): Prevalence of clinically significant depressive symptoms in black and white patients in family practice settings. *Am. J. Psychiat.*, 145, 7: 882-883.p



X - APÉNDICE







X. - APÉNDICE.

TABLA 10.1.- ESCALA DE ZUNG-CONDE.

*A.-	muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente.	
*B.-	algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando.	
*C.-	gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente.	
*D.-	casi siempre, siempre, todo el día.	
1.-	Me siento triste y deprimido.....	A.B.C.D
2.-	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.....	A.B.C.D
3.-	Frecuentemente tengo ganas de llorar, y a veces lloro.....	A.B.C.D
4.-	Me cuesta mucho dormir y duermo mal por las noches.....	A.B.C.D
5.-	Ahora tengo tanto apetito como antes.....	A.B.C.D
6.-	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.....	A.B.C.D
7.-	Creo que estoy adelgazando.....	A.B.C.D
8.-	Estoy estreñado.....	A.B.C.D
9.-	Tengo palpitaciones.....	A.B.C.D
10.-	Me canso por cualquier cosa.....	A.B.C.D
11.-	Mi cabeza esta tan despejada como antes.....	A.B.C.D
12.-	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.....	A.B.C.D
13.-	Me siento agitado e intranquilo, y no puedo estar quieto.....	A.B.C.D
14.-	Tengo confianza y esperanza en el futuro.....	A.B.C.D
15.-	Me siento mas irritable que habitualmente.....	A.B.C.D
16.-	Encuentro fácil tomar decisiones.....	A.B.C.D
17.-	Me creo útil y necesario para la gente.....	A.B.C.D
18.-	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.....	A.B.C.D
19.-	Creo que seria mejor para los demás si me muriera.....	A.B.C.D
20.-	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.....	A.B.C.D

TABLA 10.2.- CUESTIONARIO CET-DE DE ALONSO FERNÁNDEZ.

1.-	¿Nota pesimismo o sensación de amargura?
2.-	¿Se siente triste?
3.-	¿Nota falta de placer o alegría?
4.-	¿Tiene sentimientos de inquietud, ansiedad o miedo?
5.-	¿Tiene muchas ganas de llorar o llora fácilmente?
6.-	¿Siente sufrimiento por vivir o le pesa la vida?
7.-	¿Se siente enfermo del cuerpo o esta pendiente de como va su cuerpo?
8.-	¿Siente todo su cuerpo pesado, rígido, con ardores o con cualquier otra clase de sensaciones difusas, molestas o extrañas?
9.-	¿sufre algún dolor, opresión, ardor, hormigueo u otra sensación molesta localizada?:
10.-	En la cabeza, la nuca, el cuello o la cara;
11.-	En el pecho o en la espalda;
12.-	En el vientre, las nalgas, los genitales o el año;
13.-	En los miembros superiores, (los brazos) o en los miembros inferiores (las piernas);
14.-	¿Se nota incapaz para solucionar los problemas habituales de su vida?
15.-	¿Se preocupa por cualquier contrariedad o se toma las cosas muy a pecho?
16.-	¿Piensa mas de lo habitual en problemas económicos o se cree arruinado?
17.-	¿Tiene la preocupación de haber hecho algo malo o se siente indigno?
18.-	¿Se cree responsable o culpable de sus trastornos actuales?
19.-	¿Se siente menos que los demás o inferior a ellos?
20.-	¿Cree que lo que le ocurre no tiene arreglo?
21.-	¿Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir?
22.-	¿Ha pensado en quitarse la vida o lo ha intentado?
23.-	¿Se siente aburrido, desganado o desinteresado por todo?
24.-	¿Tiene dificultad para retener o no puede recordar?
25.-	¿Le cuesta pensar o tener ideas?
26.-	¿Tiene la sensación de no tener sentimientos?
27.-	¿Le cuesta tomar decisiones?
28.-	¿Ha disminuido su actividad habitual en los trabajos o en las distracciones?
29.-	¿Se pasa en la cama mas tiempo de lo habitual?
30.-	¿Siente que la cabeza por dentro esta como paralizada o vacía?
31.-	¿Tiene sequedad de boca?
32.-	¿Hace malas digestiones o tiene nauseas o vómitos?
33.-	¿Tiene estreñimiento o diarrea?
34.-	¿Se siente agotado o se cansa en seguida?
35.-	¿Se encuentra sin deseos o interés para la actividad sexual?
36.-	¿Le da vueltas a las cosas o tiene ideas de las que no se puede desligar?
37.-	¿Tiene algún trastorno de vista o de oído, ajeno a su posible defecto habitual?
38.-	¿Ha dejado de alegrarse con las experiencias agradables o con la compañía de los seres queridos?
39.-	¿Se aflige por cualquier cosa o esta mas sensible que antes?
40.-	¿Han dejado de afectarle las cosas importantes?
41.-	¿Habla menos con su familia o con sus amistades?
42.-	¿Se siente solo, aislado o alejado de los demás?
43.-	¿Se siente incomprendido, enfadado o molesto con las otras personas?
44.-	¿Se siente receloso o desconfiado?
45.-	¿Nota algo extraño o cambiado en el ambiente o en el aspecto de las personas?

(CONTINUA)

TABLA 10.2.- CUESTIONARIO CET-DE DE ALONSO FERNÁNDEZ (CONTINUACIÓN).

45.-	¿Lee menos los periódicos, ve menos la televisión, o escucha menos la radio?
46.-	¿Habla preferentemente con los demás de sus trastornos o de su enfermedad?

18.- Inicio de la fase: 1.- Brusco
 2.- Progresivo

19.- Tiempo de evolución (meses) _____

20.- Ha precisado ingresar: 0.- no
 1.- Total
 2.- Parcial

21.- Motivo de ingreso _____

22.- Fue visto por otro especialista previamente (TIEMPO DE TRATAMIENTO):
 0.- no _____
 1.- Médico de cabecera _____
 2.- Psiquiatra _____
 3.- Otro especialista _____
 4.- Psicólogo _____

23.- Quien le remite a tratamiento psiquiátrico: 1.- Ya tratado en otras ocasiones
 2.- Médico de cabecera
 3.- Psicólogo
 4.- Psiquiatra
 5.- Otro especialista _____
 6.- Otra persona _____

24.- Tratamiento fase actual	FÁRMACO	TIEMPO TTO.	EN LA ACTUALIDAD ? (S/N)
1.- ADT.	_____	_____	_____
2.- ADnoT.	_____	_____	_____
3.- IMAOs	_____	_____	_____
4.- Benzod.	_____	_____	_____
5.- C. Lit.	_____	_____	_____
6.- Nlept.	_____	_____	_____
7.- ECT.	_____	_____	_____
8.- PSICOT.	_____	_____	_____

25.- MOTIVO DE CONSULTA _____

TABLA 10.4.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.

1.- Lugar de nacimiento: 1.- Urbano Galicia
 2.- Rural Galicia.
 3.- Urbano España
 4.- Rural España
 5.- Urbano extranjero
 6.- Rural extranjero.

2.- Máximo nivel de estudios realizados. 1.- Analfabeto.
 2.- sabe leer y escribir.
 3.- EGB / Graduado escolar
 4.- Bachiller elemental.
 5.- BUP / FP 1º / COU / Bachiller sup.
 6.- Diplomado / Técnico / FP 2º.
 7.- Licenciado

Profesión del 3.- PACIENTE 4.- CABEZA DE FAMILIA

1.- Ama de casa	_____	_____
2.- Asalar. no cualificada	_____	_____
3.- Asalar. cualificada	_____	_____
4.- Técnico medio	_____	_____
5.- Técnico superior	_____	_____
6.- Profesión liberal	_____	_____
7.- Propiet. pequeño/medio	_____	_____
8.- Gran Propiet, Alto func	_____	_____
9.- Otra	_____	_____

Estado laboral actual 5.- PACIENTE 6.- CABEZA DE FAMILIA

1.- Activo	_____	_____
2.- Paro Primario	_____	_____
3.- Paro Secundario	_____	_____
4.- Jubilac por edad	_____	_____
5.- Jubilac enfermed	_____	_____
6.- ILT.	_____	_____
7.- Ama de casa	_____	_____
8.- Estudiante	_____	_____
9.- Otro	_____	_____

7.- Ingresos familiares totales (mensuales): 1.- Inferior a 24 mil
 2.- entre 25-49 mil
 3.- 50-74 mil
 4.- 75-99 mil
 5.- 100-124 mil
 6.- > 125 mil

(CONTINUA)

TABLA 10.4.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO (CONTINUACIÓN).

8.- Clase Social autoestimada: 1.- BAJA
 2.- MEDIA-BAJA
 3.- MEDIA
 4.- MEDIA-ALTA
 5.- ALTA

9.- Municipio en el que reside habitualmente (>2 años):
 1.- más de 100 mil habitantes _____
 2.- más de 10 mil habitantes _____
 3.- menor de 10 mil habitantes (agrícola) _____
 4.- menor de 10 mil habitantes (marinera) _____

10.- Número de personas que habitan en la vivienda _____
 11.- Número de personas que aportan dinero _____
 12.- Número de dormitorios en la vivienda _____
 13.- Posee automóvil propio _____
 14.- Posee tractor _____
 15.- Posee vacas (n°) _____
 16.- Posee Tierras cultivadas o productivas (ferrados) _____
 17.- Vivienda con electricidad (si/no) _____
 18.- Agua corriente (n° de grifos) _____
 19.- Con respecto a la Religión, se considera: 1.- Ateo
 2.- Católico no practicante
 3.- Católico practicante
 4.- Católico muy practicante
 5.- Otra religión, practicante
 6.- Otra religión, no practicante
 7.- Indiferente

20.- Posee teléfono (si/no) _____
 21.- Vivienda con calle asfaltada (si/no) _____
 22.- Vivienda con alcantarillado (si/no) _____

TABLA 10.5.- CUESTIONARIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES.

1.- ÁREA ECONÓMICA. - Pérdida económica importante(1) _____
 - Préstamo o hipoteca importante(2) _____
 - Disminución de los ingresos mensuales importante(3) _____
 - Disminución de los ingresos mensuales moderada(4) _____
 - Mejoría económica significativa(5) _____

2.- ÁREA FAMILIAR.
 HIJOS
 - Muerte de un hijo(6) _____
 - Enfermedad mental de un hijo(7) _____
 - Enfermedad grave de un hijo(8) _____
 - Atentado sexual a un hijo(9) _____
 - Abandono del hogar de un hijo menor de 18 años(10) _____
 - Relación padres-hijos conflictiva(11) _____
 - Matrimonio hijo contra voluntad de padres(12) _____
 - Interrupción trabajo hijo(13) _____
 - Fracaso escolar de un hijo(14) _____
 - Adopción de un hijo(15) _____
 - Matrimonio de un hijo(16) _____
 - Nacimiento de un hijo(17) _____
 - Inicio de trabajo de un hijo(18) _____
 CÓNYUGE
 - Muerte de un cónyuge(19) _____
 - Enfermedad grave del cónyuge (aguda, crónica o incapacitante) (20) _____
 - Alcoholismo del cónyuge(21) _____
 - Infidelidad conyugal(22) _____
 - Matrimonio obligado por embarazo(23) _____
 - Disputas conyugales frecuentes, relación conflictiva(24) _____
 - Enfermedad mental del cónyuge(25) _____
 - Separación conyugal(26) _____
 - Cónyuge deja trabajo(27) _____
 - Matrimonio(28) _____
 FERTILIDAD
 - Aborto provocado(29) _____
 - Embarazo no deseado(30) _____
 - Esterilidad confirmada(31) _____
 - Menopausia(32) _____
 - Aborto espontaneo(33) _____
 - Embarazo(34) _____
 OTROS
 - Muerte de familiar próximo(35) _____
 - Problemas familiares con familiar de 1°(36) _____
 - Incorporación de un miembro a la familia (no hijo)(37) _____
 - Convivencia con suegros (o padres)(38) _____
 - Pérdida del trabajo por crisis de empresa(39) _____
 3.- ÁREA LABORAL.
 - Despido por conflicto laboral(40) _____
 - Paro mayor de 18 meses(41) _____
 - Nuevo empleo insatisfactorio(42) _____
 - Accidente de trabajo(43) _____
 - Trabajo mal remunerado(44) _____
 - Peligrosidad del trabajo(45) _____
 - Sanciones laborales(46) _____
 - Paro mayor de 6 meses(47) _____
 - Problemas con el jefe o compañeros(48) _____
 - Trabajo eventual(49) _____
 - Pluriempleo, Horas extras(50) _____
 - Jubilación(51) _____
 - Cambio de lugar de trabajo en la empresa(responsabilidad similar)(52) _____
 - Cambio de horario en el trabajo, cambio de turno(53) _____
 - Cambio de trabajo satisfactorio(54) _____
 - Ascenso en el trabajo(55) _____

(CONTINUA)

TABLA 10.5.- CUESTIONARIO DE ACONTECIMIENTOS VITALES (CONTINUACIÓN).

4.- <u>ÁREA SOCIAL.</u>	- Encarcelamiento(56) _____ - Atentado sexual(57) _____ - Atraco, agresión en la calle(58) _____ - Servicio militar(59) _____ - Deja actividades escolares(60) _____ - Inicio actividades sociales(61) _____ - Emigración al extranjero solo(62) _____ - Emigración dentro del país solo(63) _____ - Emigración al extranjero con familiares(64) _____ - Emigración dentro del país con familiares(65) _____ - Cambio de ciudad(66) _____ - Cambio de residencia en la misma ciudad(67) _____ - Ruptura relación amorosa(68) _____ - Muerte de íntimo(69) _____ - Separación de una persona significativa(70) _____ - Inicio de relación amorosa(71) _____
5.- <u>OTROS.</u>	- Enfermedad importante(72) _____ - Enfermedades menores repetidas(73) _____

ESCALA DE HOLMES Y RAHE, GONZÁLEZ y MORERA, (1983).

TABLA 10.6.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-III-R.

A.- TRASTORNO BIPOLAR	- T. B. MIXTO; 296.6X - T. B. DEPRESIVO; 296.5X - CICLOTIMIA; 301.13 - T. B., NO; 296.70	
B.- TRASTORNO DEPRESIVO	- DEPRESIÓN MAYOR. EPISODIO ÚNICO; 296.2X - DEPRESIÓN MAYOR. EPISODIO RECURRENTE; 296.3X - DISTIMIA; 300.40 - TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO; 311.00	
QUINTO DÍGITO:	1.- LEVE 3.- GRAVE, SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS 5.- REMISIÓN PARCIAL 7.- NO ESPECIFICADO	2.- MODERADO 4.- GRAVE, CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS 6.- REMISIÓN COMPLETA
PATRÓN ESTACIONAL (SI/NO)		
PATRÓN CRÓNICO: SI/NO (Más de dos años, en Depresión Mayor y Trastorno Bipolar).		
TIPO MELANCÓLICO: (SI/NO) (Cinco ítems, como mínimo, para puntuar SI)		
1.- Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades.		
2.- Falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables.		
3.- Más intensa por las mañanas.		
4.- Despertar precoz por la mañana.		
5.- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.		
6.- Anorexia significativa o pérdida de peso.		
7.- Ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo mayor.		
8.- Uno o más episodios depresivos mayores seguidos de una remisión completa.		
9.- Buena respuesta a la terapia antidepresiva adecuada y específica.		

TABLA 10.7.- EJE IV (DSM-III-R): EVALUACIÓN DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL AGUDO Y CRÓNICO.

AGUDO	CRÓNICO
0.- no hay datos	0.- no hay datos
1a.- Ausente	1b.- Ausente
2a.- LEVE Ruptura afectiva con la pareja, inicio o graduación de escuela, marcha del hogar.	2b.- LEVE Discusiones familiares insatisfacción laboral, vida en un barrio en el que hay mucha delincuencia.
3a.- MODERADO matrimonio, separación conyugal, pérdida de empleo jubilación, aborto.	3b.- MODERADO incompatibilidad conyugal, problemas económicos serios, diferencias con los superiores, estar a cargo de los hijos como progenitor
4a.- GRAVE divorcio, nacimiento del primer hijo	4b.- GRAVE paro, pobreza
5a.- EXTREMO muerte de la esposa, diagnóstico de enfermedad somática grave, víctima de violación.	5b.- EXTREMO enfermedad crónica grave de uno mismo o de lo hijos, alteración física o abuso sexual.
6a.- CATASTRÓFICO muerte de algún hijo, suicidio del cónyuge, catástrofe natural devastadora.	6b.- CATASTRÓFICO cautividad como rehén, experiencia en un campo de concentración.

TABLA 10.8.- EJE V (DSM-III-R), ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL DEL SUJETO.

90.- AUSENCIA DE SÍNTOMAS o síntomas mínimos, buen funcionamiento en todas las áreas, satisfecho con su vida, preocupaciones propias de la vida cotidiana.

- 80.- Si hay síntomas, son TRANSITORIOS y reacciones ESPERABLES ante un estrés psicosocial. Ligera incapacidad social, laboral o escolar.
- 70.- Algunos SÍNTOMAS LEVES. Dificultades en la actividad social, laboral o escolar. el funcionamiento es bastante bueno, relaciones interpersonales significativas.
- 60.- SÍNTOMAS MODERADOS. Deterioro importante de la actividad social, laboral.
- 50.- SÍNTOMAS GRAVES. Deterioro grave en la actividad social, laboral, escolar.
- 40.- Deterioro en la evaluación de la realidad o en la comunicación. o deterioro IMPORTANTE en diferentes áreas, como trabajo, escuela y relaciones familiares, capacidad de juicio, pensamiento o estado de ánimo.
- 30.- la conducta está considerablemente influenciada por las IDEAS DELIRANTES o ALUCINACIONES, o existe un deterioro importante en la comunicación y el juicio. Incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.
- 20.- Peligro relativo de auto y heterolesión, o abandono de la higiene personal mínima. DETERIORO IMPORTANTE EN LA COMUNICACIÓN (mutismo o incoherencia).
- 10.- PELIGRO PERSISTENTE DE LESIONES A SI MISMO o A LOS DEMÁS. Incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima. Intento de suicidio grave con claro riesgo de muerte

TABLA 10.9.- CLASIFICACIÓN ICD-9.

- 1.-PSICOSIS AFECTIVA
 - P.M.D., T. CIRCULAR, NORMALMENTE DEPRESIVA (*)
 - P.M.D., T. CIRCULAR. NORMALMENTE MANÍACO
 - P.M.D., T. CIRCULAR. NORMALMENTE INESPECÍFICO
 - P.M.D., T. CIRCULAR. NORMALMENTE MIXTO
 - P.M.D., T. CIRCULAR. OTROS TIPOS E INESPECIFICOS
 - P.M.D., TIPO DEPRIMIDO (*)
 - P.M.D., TIPO MANÍACO
- 2.-TRASTORNOS NEURÓTICOS
 - DEPRESION NEURÓTICA (*)
- 3.-REACCIÓN DE AJUSTE (*)
 - REACCIÓN DEPRESIVA BREVE
 - REACCIÓN DEPRESIVA PROLONGADA
 - CON ALTERACIONES SIMULTÁNEAS DE EMOCIONES Y CONDUCTA
- 4.- TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIF EN OTROS APARTADOS (*)
- 5.- REACCIÓN AGUDA AL ESTRÉS
 - ALTERACIÓN EMOTIVA PREDOMINANTE MIXTA
- PERSONALIDAD AFECTIVA
- ESQUIZOFRENIA
- TIPO ESQUIZOAFECTIVO
 - TIPO DEPRESIVO
 - TIPO EXCITADO
- TRASTORNOS DE BASE ORGÁNICA
- DEMENCIA SENIL TIPO DEPRESIVO
- PSICOSIS ORGÁNICAS TRANSITORIAS
- OTRAS PSICOSIS ORGÁNICAS

(*)- DIAGNÓSTICOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO.

TABLA 10.10.- GRUPO DIAGNOSTICO (DSM-III-R) Y SEVERIDAD DEL MEDIA DE LAS DEPRESIONES (PUNTUACIÓN TOTAL DE ESCALA DE ZUNG) EN CADA CENTRO DE RECOGIDA.

DISPOSITIVO		TOTAL	E. ZUNG		DIAGNOSTICO		
			MED-D.T.		D.M.	T.B.	DIST.
AMBULATORIO	DISPENSARIO-CORCUBION	(48)	57.1-	7.5	53.8	7.7	38.5
AMBULATORIO	DISPENSARIO-SANTIAGO	(14)	56.6-	7.8	64.3	0.0	35.7
HOSPITALIZ.	H. CONXO-SANTIAGO(H.D.)	(1)	52.0-	0.0	100	0.0	0.0
HOSPITALIZ.	H. CONXO-SANTIAGO (ADM)	(3)	56.0-	11.4	33.3	66.6	0.0
AMBULATORIO	U.S.M.-SANTIAGO	(28)	60.0-	8.8	46.4	3.6	50.0
AMBULATORIO	U.S.M.-VIGO	(2)	62.5-	3.5	100	0.0	0.0
INTERCONS.	H. MEIXOEIRO-VIGO	(7)	57.1-	9.3	42.8	0.0	57.1
AMBULATORIO	CONS. NEUROPSIQ-VIGO	(11)	62.6-	7.6	72.7	0.0	27.7
VIMIANZO-CORCUBION		(74)	57.6-	8.4	51.6	8.1	40.5
SANTIAGO		(46)	58.4-	8.5	50.0	6.5	43.5
VIGO		(20)	60.7-	8.1	65.0	0.0	35.0
TOTAL:		(140)	58.5-	8.4	(74)	(9)	(55)

ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS, PORCENTAJES POR FILAS, EN E.ZUNG - MEDIA Y D.T.

TABLA 10.11.- LISTADO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIALES Y CLINICAS.

N°	SEXO	EDAD	HÁBITAT		PROF. CF.		C. SOC.		PROF. P.	ICD-9		CET-DE		EP-AG	EP-CR		
			E. CIVIL	N. EDUC.	INGRE.	CS. SUB.	DSM-III-R	E. ZUNG		GAF							
1	M	51	S	R-M	AN	SC	4	MB	M	CN	DIS	DN	46	130	LEV	AUS	LEV
2	M	43	C	R-M	FR	CU	2	MB	M	LH	DIS	DN	54	138	LEV	AUS	AUS
3	M	73	S	R-M	AN	CN	1	MB	B	CN	DMNM	FMD-D	64	168	MOD	AUS	AUS
4	M	48	C	R-AG	AN	CN	2	B	MB	LH	DIS	DN	50	142	GRA	AUS	MOD
5	M	63	C	R-AG	LE	SC	1	MB	MB	LH	DMM	FMD-D	59	152	GRA	AUS	AUS
6	H	45	C	R-AG	LE	SC	2	MB	MB	SC	DMM	FMD-D	67	196	GRA	AUS	GRA
7	H	44	S	R-AG	LE	SC	1	MB	MB	SC	DMNM	FMD-D	57	108	LEV	AUS	GRA
8	H	54	C	R-M	PR	CU	3	MA	M	LH	DIS	DN	50	128	TRA	MOD	AUS
9	M	60	C	R-M	PR	SC	1	MB	MB	PL	DMM	FMD-D	66	204	MOD	AUS	MOD
10	M	56	C	R-M	AN	SC	2	M	MB	LH	TB	FMD-C	53	144	MOD	LEV	AUS
11	M	40	S	R-AG	AN	SC	1	MB	B	CN	TB	FMD-C	72	222	DET	AUS	AUS
12	H	47	C	R-AG	LE	SC	2	B	MB	SC	DMM	FMD-D	71	196	GRA	AUS	LEV
13	H	54	S	R-AG	LE	CN	1	B	B	CN	DMNM	FMD-D	58	180	LEV	AUS	GRA
14	H	41	C	U-S	PR	CU	3	MA	M	CU	DMNM	DN	52	158	DET	MOD	LEV
15	M	81	V	R-AG	AN	SC	2	MB	MB	CN	DMM	FMD-D	60	168	MOD	MOD	LEV
16	H	32	C	R-AG	PR	PP	9	M	MA	PL	DMNM	RD	58	152	LEV	MOD	AUS
17	H	59	C	R-AG	LE	CU	2	MB	M	CU	DMM	NO	58	190	LEV	AUS	EXT
18	M	36	S	R-AG	PR	SC	2	MB	MB	SC	TB	FMD-C	62	164	LEV	AUS	LEV
19	H	40	SD	R-M	LE	SC	2	MB	MB	LH	TB	FMD-C	58	194	TRA	LEV	AUS
20	H	46	C	R-AG	PR	SC	5	MB	M	LH	DIS	DN	60	150	TRA	AUS	LEV
21	H	72	V	R-AG	LE	SC	5	MA	M	SC	DMNM	RD	57	162	LEV	EXT	AUS
22	M	65	SD	R-M	LE	CU	3	MB	M	CU	DMM	FMD-D	61	168	TRA	MOD	AUS
23	M	48	C	U-S	LE	CU	3	M	M	LH	DIS	DN	59	159	AUS	AUS	LEV
24	H	45	C	R-AG	LE	SC	2	M	MB	CN	DMNM	NC	44	96	AUS	AUS	AUS
25	M	44	C	U-S	LE	SC	2	MB	MB	LH	DIS	DN	54	182	MOD	AUS	LEV
26	M	71	C	R-AG	LE	SC	5	M	M	LH	DMM	FMD-D	52	145	LEV	AUS	LEV
27	H	30	C	R-M	LE	SC	2	B	MB	LH	DIS	DN	57	158	LEV	MOD	AUS
28	H	18	S	R-M	PR	SC	1	B	MB	SC	DMM	FMD-D	51	146	LEV	AUS	AUS
29	H	46	C	R-AG	LE	SC	1	MB	MB	SC	DIS	DN	56	134	MOD	MOD	LEV
30	M	65	C	R-AG	LE	SC	1	MB	MB	CN	DIS	DN	65	137	TRA	AUS	MOD
31	M	71	S	R-M	LE	CN	2	MB	MB	LH	DIS	DN	62	180	LEV	LEV	LEV
32	M	60	V	R-M	LE	CN	1	B	B	LH	DMM	FMD-D	46	66	TRA	LEV	LEV
33	M	48	C	R-M	LE	SC	5	M	M	LH	TB	FMD-C	57	182	MOD	AUS	MOD
34	H	60	C	R-AG	LE	CN	1	B	MB	CN	DMM	FMD-D	71	193	GRA	AUS	LEV
35	M	60	C	U-S	AN	CN	1	MB	B	CN	DIS	DN	56	161	LEV	MOD	LEV
36	M	44	V	R-M	AN	CN	1	B	B	LH	DIS	DN	56	176	TRA	LEV	AUS
37	M	52	C	R-M	LE	SC	4	MB	MB	CN	DMM	FMD-D	65	194	GRA	LEV	AUS
38	M	48	C	R-M	PR	CU	2	M	M	LH	DMNM	FMD-D	55	90	TRA	AUS	LEV
39	M	41	C	R-M	LE	CN	1	M	MB	LH	DMM	FMD-D	69	185	TRA	AUS	LEV
40	H	63	C	U-S	PR	CU	1	B	MB	CU	DMM	FMD-D	51	134	MOD	GRA	AUS
41	H	52	C	R-M	LE	SC	1	MB	MB	SC	DMNM	RD	53	141	LEV	AUS	LEV
42	M	20	C	R-M	PR	CU	2	M	M	CU	DMNM	DN	39	88	TRA	AUS	LEV
43	M	60	V	R-M	LE	SC	2	B	MB	CN	DIS	DN	68	212	MOD	AUS	AUS
44	M	51	C	R-M	LE	SC	2	MB	MB	CN	DMM	RD	68	203	MOD	LEV	LEV
45	M	79	S	U-S	LE	SC	2	M	MB	CN	DIS	NO	42	97	AUS	MOD	LEV
46	M	57	C	R-M	AN	CN	1	MB	B	LH	DIS	DN	52	126	TRA	AUS	AUS
47	M	57	V	R-M	AN	SC	1	MB	B	CN	DMM	FMD-D	51	175	TRA	LEV	LEV
48	H	78	S	U-S	LE	CU	1	M	MB	CU	DMM	FMD-D	60	180	TRA	AUS	AUS
49	M	62	C	R-M	LE	SC	2	M	MB	LH	DIS	DN	35	95	TRA	LEV	LEV
50	H	44	SD	R-M	LE	CU	3	MB	M	CU	DMM	RD	60	182	MOD	EXT	MOD
51	H	43	C	R-M	AN	SC	2	MB	MB	SC	DIS	DN	40	122	AUS	AUS	LEV
52	M	40	C	R-AG	LE	SC	2	MB	MB	CN	DIS	DN	44	76	AUS	GRA	AUS
53	M	30	C	R-M	LE	SC	3	M	M	CN	DMM	RD	70	199	LEV	GRA	MOD
54	M	30	C	R-M	BA	CU	2	M	M	LH	DMM	FMD-D	55	158	AUS	AUS	LEV
55	M	59	C	R-M	LE	SC	3	M	M	CN	DMM	FMD-D	59	186	MOD	MOD	AUS
56	M	54	C	R-M	LE	SC	1	M	MB	CN	DIS	NO	53	180	TRA	AUS	LEV
57	H	48	C	R-M	LE	SC	2	M	MB	SC	DIS	DN	51	154	AUS	LEV	AUS
58	M	81	V	R-M	AN	CU	1	MB	B	LH	DIS	DN	62	180	MOD	MOD	LEV
59	M	28	C	R-M	LE	SC	2	M	MB	CN	DIS	DN	57	122	TRA	AUS	LEV
60	H	41	S	R-AG	LE	SC	5	MA	M	SC	DIS	DN	59	204	LEV	AUS	LEV
61	M	71	C	R-AG	LE	SC	2	M	MB	CN	DMM	FMD-D	62	146	MOD	AUS	AUS
62	M	60	C	R-AG	AN	SC	1	M	MB	LH	DMM	FMD-D	57	140	LEV	AUS	AUS
63	M	49	C	R-AG	LE	SC	1	MB	MB	LH	DMM	NO	71	174	MOD	AUS	LEV
64	M	45	C	R-M	PR	SC	3	M	M	LH	DIS	DN	48	151	AUS	AUS	MOD
65	M	61	C	R-AG	LE	SC	2	M	MB	LH	DMNM	RD	60	183	LEV	AUS	MOD
66	M	24	C	R-M	PR	SC	3	M	M	LH	DMNM	DN	70	194	LEV	LEV	LEV
67	H	42	S	R-M	LE	SC	1	B	MB	SC	DIS	DN	52	104	AUS	AUS	AUS
68	M	71	S	R-AG	AN	SC	2	B	MB	CN	DMNM	FMD-D	47	141	LEV	AUS	AUS
69	M	27	SD	R-AG	LE	SC	3	M	MB	SC	DMM	DN	59	148	TRA	AUS	LEV
70	H	21	S	R-AG	EP	SC	2	M	M	CU	TB	FMD-C	53	110	DET	LEV	AUS
71	M	33	S	R-AG	LE	CN	1	B	B	LH	DIS	DN	48	145	LEV	AUS	MOD
72	M	67	V	R-AG	LE	SC	2	M	MB	LH	DMM	FMD-D	72	210	MOD	EXT	AUS
73	M	59	C	R-M	LE	CN	1	B	MB	LH	DMM	RD	59	197	AUS	AUS	LEV
74	M	39	C	R-M	LE	SC	2	M	MB	CN	DIS	DN	65	156	LEV	AUS	MOD
75	M	77	C	R-AG	AN	CN	3	M	MB	LH	DMM	FMD-D	67	176	LEV	AUS	AUS
76	M	45	C	R-AG	LE	SC	3	M	M	LH	DIS	DN	57	163	LEV	LEV	AUS
77	M	39	C	R-AG	AN	SC	2	MB	MB	CN	TB	FMD-C	48	124	DET	AUS	LEV
78	M	59	S	R-M	LE	CN	1	B	B	LH	DMM	FMD-D	60	178	LEV	AUS	LEV
79	M	18	S	R-M	LM	CN	1	B	MB	CU	DMM	FMD-D	61	177	TRA	AUS	LEV
80	M	37	C	R-AG	LE	SC	3	MB	M	CN	DIS	NO	57	120	TRA	AUS	LEV
81	M	49	C	R-AG	LE	SC	2	M	MB	LH	DIS	DN	44	94	TRA	AUS	AUS
82	M	67	C	R-M	AN	SC	1	MB	B	LH	DIS	DN	46	168	TRA	AUS	MOD
83	M	79	C	R-M	AN	TM	3	MA	B	LH	DMM	RD	59	152	LEV	AUS	LEV
84	H	40	C	U-S	PR	CU	5	M	M	CU	DMM	FMD-D	75	174	LEV	LEV	LEV
85	H	28	S	R-M	LE	SC	1	MB	MB	SC	DIS	DN	66	170	MOD	LEV	LEV
86	M	44	C	R-AG	LE	SC	2	MB	MB	LH	DMNM	RD	54	175	AUS	AUS	LEV
87	M	53	S	R-AG	LE	SC	3	MB	MB	CN	TB	FMD-C	69	168	MOD	AUS	AUS
88	M	60	V	R-M	AN	CU	2	M	MB	CN	DMNM	RD	64	138	AUS	LEV	LEV
89	M	27	S	U-S	LS	TM	3	MB	M	TM	DMM	FMD-D	63	170	LEV	AUS	AUS
90	M	19	S	R-M	PR	CU	4	MB	M	LH	DMM	FMD-D	69	158	LEV	MOD	LEV
91	M	22	S	R-M	PR	SC	2	M	MB	CN	DIS	DN	50	114	TRA	AUS	LEV

(CONTINUA)

TABLA 10.11.- LISTADO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIALES Y CLINICAS (CONTINUACIÓN).

Nº	EDAD	HÁBITAT	PROF.CF.	C.SOC.	PROF.P.	ICD-9	CET-DE	EP-AG									
SEXO	E.CIVIL	N.EDUC.	INGRE.	CS.SUB.	DSM-III-R	E.ZUNG	GAF	EP-CR									
92	M	63	C	R-M	LE	SC	2	MB	MB	CN	DMM	PMD-D	72	164	MOD	AUS	AUS
93	M	25	C	R-M	LE	SC	2	MB	MB	LH	DIS	DN	68	196	LEV	LEV	MOD
94	M	19	S	U-S	BA	CU	4	MB	MA	CU	DMNM	DN	57	122	MOD	AUS	AUS
95	H	23	S	U-S	LM	PL	3	M	MA	TM	DIS	RD	58	129	MOD	GRA	AUS
96	M	45	C	U-S	PR	CU	3	MB	M	CN	DMM	PMD-D	61	187	LEV	AUS	AUS
97	H	27	S	U-S	BA	CU	3	MB	M	CU	DMNM	DN	58	143	LEV	MOD	MOD
98	M	27	C	U-S	LS	TM	0	M	A	CU	DMNM	RD	47	113	TRA	LEV	AUS
99	M	24	S	U-S	LS	SC	5	MB	MA	TM	DMM	DN	63	153	LEV	AUS	LEV
100	M	29	C	U-S	PR	CU	5	M	M	CU	DIS	DN	71	190	MOD	AUS	LEV
101	M	50	S	U-S	LE	SC	4	MB	M	SC	DIS	DN	44	148	LEV	AUS	LEV
102	M	54	C	U-S	LE	TS	3	M	M	LH	DMM	PMD-D	75	178	MOD	GRA	AUS
103	H	28	C	U-S	PR	TM	3	M	M	TM	DMM	DN	60	184	MOD	AUS	LEV
104	M	46	C	U-S	LE	SC	4	M	M	CU	DIS	RD	65	196	LEV	AUS	GRA
105	M	38	C	U-S	AN	SC	4	M	M	LH	DIS	DN	52	114	TRA	AUS	AUS
106	M	38	C	U-S	PR	CN	1	B	MB	LH	NO	DN	59	186	LEV	AUS	GRA
107	M	27	C	U-S	LM	CU	3	M	M	LH	DMM	RD	59	166	TRA	AUS	AUS
108	M	57	C	U-S	LS	TS	5	MA	A	TS	TB	PMD-C	44	129	LEV	AUS	LEV
109	M	51	C	U-S	LE	PP	5	M	M	LH	DIS	DN	60	170	TRA	LEV	MOD
110	M	31	C	U-S	PR	CU	5	MA	M	SC	DIS	DN	65	182	TRA	LEV	MOD
111	M	34	S	U-S	BA	CU	5	MA	MA	CU	DMM	PMD-D	74	204	LEV	AUS	AUS
112	H	61	C	U-S	PR	CU	3	M	M	CU	DIS	DN	51	183	MOD	AUS	LEV
113	M	56	C	U-S	LE	SC	2	MB	MB	LH	DIS	DN	55	118	TRA	AUS	AUS
114	M	57	C	U-S	LE	CU	4	M	M	LH	DIS	RD	54	148	TRA	GRA	GRA
115	M	57	C	U-S	LE	PP	3	MB	M	PL	DIS	DN	68	192	MOD	GRA	LEV
116	H	69	C	R-M	LE	SC	1	MB	MB	SC	DMM	RD	60	156	GRA	EXT	EXT
117	M	66	S	U-S	LE	CN	2	MB	MB	CN	DMM	PMD-D	69	223	LEV	AUS	AUS
118	H	61	C	U-S	LS	TM	5	A	A	TM	NO	RD	58	112	TRA	MOD	AUS
119	H	38	C	U-S	LS	TM	3	M	MA	TM	DIS	DN	62	134	LEV	AUS	LEV
120	M	58	C	U-S	LE	SC	2	MB	MB	CN	DIS	RD	53	103	TRA	LEV	MOD
121	M	35	C	U-V	LM	SC	5	M	MA	SC	DMNM	RD	60	146	MOD	MOD	AUS
122	H	63	C	U-V	LE	CN	5	MB	MB	CN	DIS	DN	70	170	LEV	AUS	MOD
123	M	25	C	U-V	LS	CU	5	M	MA	TS	DMNM	DN	65	172	LEV	AUS	MOD
124	M	67	C	U-V	PR	CU	3	M	M	LH	DIS	DN	53	157	LEV	MOD	AUS
125	M	32	C	U-V	PR	CU	4	M	MA	LH	DMNM	DN	59	156	TRA	MOD	AUS
126	H	72	C	U-V	LE	CU	3	MA	M	CU	DMM	DN	64	156	TRA	AUS	AUS
127	M	74	C	U-V	PR	CU	2	MA	M	LH	DIS	DN	43	132	LEV	AUS	LEV
128	M	58	SD	U-V	LS	TS	5	MA	MA	TS	DIS	DN	62	180	MOD	GRA	MOD
129	M	68	C	U-V	LE	SC	1	B	MB	LH	DMNM	DN	49	112	TRA	MOD	AUS
130	M	35	C	U-V	BA	CU	4	M	MA	CU	DMNM	RD	51	84	MOD	MOD	LEV
131	M	43	C	U-V	BA	TM	5	MA	MA	CU	DMM	RD	65	188	MOD	MOD	LEV
132	H	49	C	U-V	PR	CU	3	M	M	CU	DIS	DN	55	133	AUS	AUS	LEV
133	M	39	C	U-V	PR	CU	5	M	M	CU	DMM	DN	73	200	TRA	AUS	LEV
134	M	35	C	U-V	LS	PL	5	M	A	TS	DMM	PMD-D	64	168	MOD	MOD	LEV
135	M	87	V	U-V	AN	CU	1	MB	B	LH	DMM	PMD-D	70	184	MOD	MOD	MOD
136	M	37	SD	U-V	PR	SC	4	MB	M	SC	DIS	RD	58	162	TRA	MOD	MOD
137	M	50	C	U-V	PR	CU	5	MA	M	LH	DMM	PMD-D	70	190	TRA	AUS	LEV
138	M	71	C	U-V	PR	SC	2	MB	MB	CN	DMNM	NO	64	120	AUS	GRA	AUS
139	M	41	C	U-V	PR	CU	4	MA	M	CU	DIS	DN	52	150	TRA	AUS	AUS
140	M	42	C	U-V	PR	TM	4	M	MA	LH	DMM	PMD-D	67	142	AUS	LEV	CAT

DESCRIPCIÓN DE ABREVIATURAS DE LA TABLA 10.11:

<u>SEXO</u>	<u>E.CIVIL</u>	<u>HÁBITAT</u>	<u>N.EDUCATIVO</u>
H-HOMBRE	S -SOLTERO	RA -RURAL AGRIC.	AN-ANALFABET.
M-MUJER	C -CASADO	RM -RURAL MARIN.	LE-LEER Y ESC.
	V -VIUDO	US -URB. SANTIAGO	PR-PRIMARIOS
	SD-SEPAR-DIV.	UV -URB. VIGO	BA-BACHILL.
			LM-LIC.MEDIA
			LS-LIC.SUPER.
<u>C. PROFES. C.FAM.</u>	<u>C.PROF. PACIENTE</u>	<u>INGRESOS</u>	<u>CS./CS.SUBJETIVA</u>
CN-CUAL.NULA	LH-LAB.HOGAR	1- < 50 MIL /MES	B -BAJA
SC-SEMICUALIF.	CN-CUALIF.NULA	2- 50-99 MIL / MES	MB-MEDIA-BAJA
CU-CUALIFICADO	SC-SEMICUALIF.	3-100-149 MIL / MES	M -MEDIA
TM-TECN.MEDIO	CU-CUALIFICADO	4-150-199 MIL / MES	MA-MEDIA-ALTA
TS-TECN.SUP.	TM-TECN.MEDIO	5- > 200 MIL/MES	A -ALTA
PL-PROF.LIBER.	TS-TECN.SUP.		
	PL-PROF.LIBERAL		
<u>DSM-III-R</u>	<u>ICD-9</u>	<u>G.A.F.-ACTUAL / ESTRÉS PSICOSOCIAL AGUDO/CRÓNICO</u>	
DMM -DEP.MAYOR-MELANC.	PMD-D-PMD-DEPRES.	AUS-AUSENTE	
DMNM-DEP.MAYOR NO MEL.	PMD-C-PMD CIRCUL.	TRA-TRNSITORIO	
DIS -DISTIMIA	DN -DEP.NEUTOT.	LEV-LEVE	
TB -T.BIPOLAR	RD -REACC.DEP.	MOD-MODERADO	
NO -NO CLASIF.	NO -NO CLASIF.	GRA-GRAVE	
		DET-DETERIORO REALID.	
		EXT-EXTREMO	

TABLA 10.12.- CASOS EN LOS QUE NO RECOGIO EL ÍTEM 34 (DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO): VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DIAGNÓSTICO (DSM-III-R) Y EL MOTIVO DE LA NO RECOGIDA.

N°	EDAD	HÁBITAT	PROF. CF.	C. SOC.	DSM-III-R	MOTIVO
SEXO	E. CIVIL	N. EDUC.	INGRES.	CS. SUB.		
61	M 71	C RA	LE SC 2	M MB	DMM	- Esposo enfermo.
65	M 61	C RA	LE SC 2	M MB	DMNM	- Alcoholismo cónyuge y enfermedad grave del hijo
68	M 71	S RA	AN SC 2	B MB	DMNM	- Soltera de 71 años.
71	M 33	S RA	LE CN 1	B B	DIS	- Intento de violación reciente.
72	M 67	V RA	LE SC 2	M MB	DMM	- Viuda desde hace 4 meses.
73	M 59	C RM	LE CN 1	B MB	DMM	- Enfermedad grave del esposo.
75	M 77	C RA	AN CN 3	M MB	DMM	- Diagnosticada de Carcinoma de Piel.
78	M 59	S RM	LE CN 1	B B	DMM	- Soltera, 59 años, y un hijo con R. Mental grave
82	M 67	C RM	AN SC 1	MB B	DIS	- Separación conyugal reciente.
83	M 79	C RM	AN TM 3	MA B	DMM	- Enfermedad grave del hijo.
86	M 44	C RA	LE SC 2	MB MB	DMNM	- Separación conyugal reciente.
88	M 60	V RM	AN CU 2	M MB	DMNM	- Viuda desde hace un año.
90	M 19	S RM	PR CU 4	MB M	DMM	- Separación reciente de la pareja.
91	M 22	S RM	PR SC 2	M MB	DIS	- Soltera enfermedad grave de la madre
92	M 63	C RM	LE SC 2	MB MB	DMM	- Enfermedad grave del esposo.
93	M 25	C RM	LE SC 2	MB MB	DIS	- Esposo emigrado, aborto reciente.
106	M 38	C US	PR CN 1	B MB	NO	- Separación e infidelidad conyugal
109	M 51	C US	LE PP 5	M M	DIS	- Esposo Hemipléjico.
116	H 69	C RM	LE SC 1	MB MB	DMM	- Esposa en coma durante meses.
117	M 66	S US	LE CN 2	MB MB	DMM	- Soltera de 66 años.
120	M 58	C US	LE SC 2	MB MB	DIS	- Enfermedad grave del cónyuge
127	M 74	C UV	PR CU 2	MA M	DIS	- Mala relación de pareja.
128	M 58	SD UV	LS TS 5	MA MA	DIS	- Separación del esposo, muerte de la madre
135	M 87	V UV	AN CU 1	MB B	DMM	- Viuda 87 años, con enfermedad grave del hijo.
138	M 71	C UV	PR SC 2	MB MB	DMNM	- ACVA reciente

DESCRIPCIÓN DE ABREVIATURAS DE LA TABLA 10.12:

SEXO	E. CIVIL	HÁBITAT	N. EDUCATIVO
H-HOMBRE	S -SOLTERO	RA -RURAL AGRIC.	AN-ANALFABET.
M-MUJER	C -CASADO	RM -RURAL MARIN.	LE-LEER Y ESC.
	V -VIUDO	US -URB. SANTIAG.	PR-PRIMARIOS
	SD-SEPAR-DIV.	UV -URB. VIGO	BA-BACHILL.
			LM-LIC. MEDIA
			LS-LIC. SUPER.
C. PROFES. C. FAM.	C. PROF. PACIENTE	INGRESOS	DSM-III-R
CN-CUAL. NULA	LH-LAB. HOGAR	1- < 50 MIL /MES	DMM-DEP. MAYOR MELANCÓLICA
SC-SEMICALIF.	CN-CUALIF. NULA	2- 50-99 MIL / MES	DMNM-DEP. MAYOR NO MELANCÓLICA
CU-CUALIFICADO	SC-SEMICALIF.	3-100-149 MIL / MES	DIS-DISTIMIA
TM-TECN. MEDIO	CU-CUALIFICADO	4-150-199 MIL / MES	TB-T. BIPOLAR
TS-TECN. SUP.	TM-TECN. MEDIO	5- > 200 MIL/MES	NO-NO CLASIFICADO
PL-PROF. LIBER.	TS-TECN. SUP.		
	EL-PROF. LIBERAL		

TABLA 10.13.- DIFERENCIAS RESPECTO AL SEXO, EDAD, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL ENTRE LOS CASOS EN QUE ESTÁ RECOGIDO EL ÍTEM 34 (DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO) DEL CUESTIONARIO CET-DE, Y LOS NO RECOGIDOS.

	TOTAL (%)	EDAD MEDIA-D. T.	SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL	
			H	M	URB	RUR	I-III	IV-V
RECOGIDOS	80.0	46.5 - 14.4	97.2	74.0	83.6	77.6	89.4	71.6
NO RECOGIDOS	20.0	56.4 - 19.9	2.8	26.0	16.4	22.4	10.6	28.4
		P=.0034	P=.0027				p=.0087	
TOTAL	100	48.5 - 16.1	(36)	(104)	(55)	(85)	(66)	(74)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.14.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, DE LOS CASOS NO RECOGIDOS DEL ÍTEM 34 (DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO) DEL CUESTIONARIO CET-DE, RESPECTO A LA CLASE SOCIAL Y EL HÁBITAT, (SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA CON RESPECTO A LOS CASOS RECOGIDOS).

C. SOCIAL:	I-III		IV-V		HÁBITAT:	URBANO		RURAL	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
< 29	(2)	28.6	(2)	9.5	< 29	(1)	11.1	(3)	15.8
30-39	(1)	14.3	(2)	9.5	30-39	(1)	11.1	(2)	10.5
40-49	(0)	0.0	(1)	4.8	40-49	(0)	0.0	(1)	5.3
50-59	(2)	28.6	(3)	14.3	50-59	(3)	33.3	(2)	10.5
60-69	(0)	0.0	(7)	33.3	60-69	(1)	11.1	(6)	31.6
>70	(2)	28.6	(6)	28.6	> 70	(3)	33.3	(5)	26.6
									p=.0253
HOMBRES	(0)	0.0	(1)	4.8	HOMBRES	(0)	0.0	(1)	5.3
MUJERES	(7)	100	(20)	95.2	MUJERES	(9)	100	(10)	94.7
				p=.0136					p=.0152
TOTAL	(7)		(21)		TOTAL	(9)		(19)	

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARENTESIS VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.15.- SÍNTOMAS DEL CUESTIONARIO CET-DE NO RECOGIDOS.

ÍTEM 7: PACIENTES 41 y 139
 ÍTEM 9: PACIENTE 5
 ÍTEM 12: PACIENTE 89
 ÍTEM 37: PACIENTE 86.

TABLA 10.16.- GRUPOS DE CUALIFICACIONES DEL CABEZA DE FAMILIA, DETALLANDO LAS PROFESIONES INCLUIDA EN CADA UNO DE ELLOS.

	Nº	%
GRUPO I.- DIRECTIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN Y DE LAS EMPRESAS. ALTOS FUNCIONARIOS. PROFESIONALES LIBERALES. TÉCNICOS SUPERIORES. - Economista - Químico	(2)	1.4
GRUPO II.- DIRECTIVOS Y PROPIETARIOS-GERENTES DEL COMERCIO Y DE LOS SERVICIOS. PERSONALES. OTROS TÉCNICOS (NO SUPERIORES). ARTISTAS Y DEPORTISTAS. - A.T.S./D.U.E. (3) - Ingeniero Técnico (2) - Arrendatario de Pisos - Inspector de Seguros - Propietario de Una Granja - Transportista Autónomo	(9)	6.4
GRUPO III.- CUADROS Y MANDOS INTERMEDIOS. ADMINISTRATIVOS Y FUNCIONARIOS EN GENERAL. PERSONAL DE LOS SERV. DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD. - Administrativo (10) - Empleado de Aduanas - Jefe de Person. Sala Fiestas - Maestro de Obra - Patrón de Barco - Propietario de Un Bar (*)	(15)	10.7
GRUPO IV.a.- TRABAJADORES MANUALES CUALIFIC. DE INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS. ÍDEM DEL SECTOR PRIMARIO. - Agricul. (Con Tract.,*) (17) - Trabaj. de la Construcc. (13) - Marino Mercante (6) - Dependiente (6) - Representante (3) - Conductor (3) - Obrero de la Siderurgia (2) - Auxiliar de Farmacia - Carpintero - Electricista - Electrónico - Empl. Recaudación Municip. - Encofrador - Escayolista - Fotógrafo - Herrero - Linotipista - Modista - Submarinista	(62)	44.3
GRUPO IV.b.- TRABAJADORES MANUALES SEMICUALIFICADOS DE LA INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS. ÍDEM DEL SECTOR PRIMARIO. - Agricul. (Sin Tractor) (20) - Pescador de Bajura (11) - Empleado de Un Bar (2) - Pescador de Altura (2) - Celador - Cocinero de Barco - Empleado de Una Gasolinera - Empleado de Una Serrería	(39)	27.8
GRUPO V.- TRABAJADORES NO CUALIFICADOS. - Mozo (2) - Peon (2) - Empleada de Hogar	(5)	3.6
GRUPO VI.- OTROS (MIEMBROS DEL CLERO Y LAS FUERZAS ARMADAS). MAL ESPECIFICADO. NO CONSTA. - Pensionista (8)	(8)	5.7

(VALORES ABSOLUTOS) Y PORCENTAJES; DOMINGO y MARCOS, (1989). (*) PROFESIONES MODIFICADAS.

TABLA 10.17.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS RESPECTO AL SEXO, LA EDAD, EL HÁBITAT Y LA CLASE SOCIAL.

	TOTAL	EDAD		SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL			
		MEDIA-DT.		H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
EDAD											
< 29 AÑOS	15.0			16.7	14.4	18.2	12.9	29.4	18.4	11.5	0.0
30-39 AÑOS	14.3			8.3	16.3	20.0	10.6	41.2	14.3	8.2	7.7
40-49 AÑOS	25.0			38.9	20.2	18.2	29.4	11.8	30.6	26.2	15.4
50-59 AÑOS	17.9			11.1	20.2	18.2	17.6	11.8	20.4	14.8	30.8
60-69 AÑOS	16.4			16.7	16.3	14.5	17.6	5.9	6.1	26.2	23.1
> 70 AÑOS	11.4			8.3	12.5	10.9	11.8	0.0	10.2	13.1	22.1
								p=.0062			
SEXO											
HOMBRE	25.7	46.7-15.2				23.6	27.1	23.5	28.6	27.9	7.7
MUJER	74.3	49.1-16.4				76.4	72.9	76.5	71.4	72.1	92.3
HÁBITAT											
VIGO	14.3	51.1-17.5	8.3	16.3				47.1	16.3	4.9	7.7
SANTIAGO	25.0	45.2-15.9	27.8	24.0				47.1	36.7	13.1	7.7
AGRÍCOLA	25.7	51.1-14.6	36.1	22.1				5.9	16.4	39.3	23.1
COSTERO	35.0	47.9-16.6	27.8	37.5				0.0	30.6	42.6	61.5
								p=.0000			
C. SOCIAL											
BAJA	9.3	59.4-15.3	2.8	11.5	3.6	12.9					
MED-BAJ	43.6	51.8-15.6	47.2	42.3	20.0	58.8					
MEDIA	35.0	45.6-15.2	38.9	33.7	47.3	27.1					
MED-ALT/ALT	12.1	36.5-12.4	11.1	12.5	29.1	1.2					
		p=.0001			p=.0000						
N. EDUCATIVO											
ANALFAB.	15.0	60.4-15.4	0.0	20.2	5.5	21.2		0.0	6.1	14.8	69.2
LEER Y ES.	47.9	52.4-13.0	58.3	44.2	29.1	60.0		0.0	38.8	72.1	30.8
EGB-PRIM	22.9	43.0-15.1	27.8	21.2	34.5	15.3		17.6	44.09	11.5	0.0
BACH-UNIV.	14.3	33.2-12.7	13.9	14.4	30.9	3.5		82.4	10.2	1.6	0.0
		p=.0000	p=.0307		p=.0000			p=.0000			
C. PROFESIONAL CABEZA F.											
LH/NULA	12.9	54.5-15.1	8.3	14.4	7.3	16.5		0.0	0.0	16.4	61.5
SEMICUAL.	50.0	48.6-14.9	47.2	51.0	21.8	68.2		11.8	34.7	78.7	23.1
CUALIFIC.	25.7	47.1-18.5	30.6	24.0	45.5	12.9		29.4	53.1	4.9	15.4
TEC/P. PRO	11.4	44.5-15.8	13.9	10.6	25.5	2.4		58.8	12.2	0.0	0.0
					p=.0000			p=.0000			
C. PROFESIONAL PAC.											
L/H	37.1	51.7-15.6	11.1	46.2	29.1	42.4		11.8	42.9	34.4	61.5
C. NULA	23.6	54.4-14.6	11.1	27.9	12.7	30.6		0.0	10.2	37.7	38.5
SEMICUALIF.	13.6	42.7-13.1	33.3	6.7	7.3	17.6		5.9	10.2	21.3	0.0
CUAL/TEC/PR	57.7	41.5-16.6	44.4	19.2	50.9	9.4		82.4	36.7	6.6	0.0
		p=.0009	p=.0000		p=.0000			p=.0000			
RENTA											
< 74 MIL	40.7	54.3-16.1	47.2	38.5	16.4	56.5		0.0	6.1	67.2	100
75-149 MIL	24.3	42.1-13.7	16.7	26.9	49.1	8.2		88.2	36.7	1.6	0.0
> 150 MIL	35.0	46.2-15.5	36.1	34.6	34.5	35.3		11.8	57.1	31.1	0.0
		p=.0008			p=.0000			p=.0000			
C. S. SUBJETIVA											
BAJA	12.9	48.4-16.0	19.4	10.6	5.5	17.6		0.0	0.0	21.3	38.5
MED-BAJ	37.9	50.7-15.9	33.3	39.4	29.1	43.5		11.8	28.6	47.5	61.5
MEDIA	38.6	44.8-16.1	30.6	41.3	45.5	34.1		58.8	51.0	31.1	0.0
ALT/MED-ALT	10.7	53.8-15.4	16.7	8.7	20.0	4.7		29.4	20.4	0.0	0.0
					p=.0028			p=.0000			
ESTADO CIVIL											
SOLTERO	20.7	42.1-20.0	27.8	18.3	18.2	22.4		23.5	14.3	21.3	38.5
CASADO	67.9	48.7-13.7	63.9	69.2	76.4	62.4		70.6	77.6	68.9	23.1
OTROS	11.4	58.7-17.0	8.3	12.5	5.5	15.3		5.9	8.2	9.8	38.5
		p=.0033						p=.0095			
RELIGION											
CAT NO PRAC	42.1	43.6-15.9	52.8	38.5	56.4	32.9		70.6	53.1	29.5	23.1
CAT PRACT.	54.3	53.5-14.3	44.4	57.7	34.5	67.1		17.6	40.8	70.5	76.9
OTROS	3.6	30.8-15.0	2.8	3.8	9.1	0.0		11.8	6.1	0.0	0.0
		p=.0000			p=.0001			p=.0004			
TOTAL:	100	48.5-16.1	(36)	(104)	(55)	(85)		(17)	(49)	(61)	(13)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS; EN EDAD: MEDIA-D.T.

TABLA 10.18.- SÍNTOMAS DEL CUESTIONARIO CET-DE ORDENADOS POR FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN (POR GRUPOS).

ITEM: SÍNTOMA	%	AFECTIVO	COGNITIVO	SOMÁTICO	CONDUCTUAL	RITMICIDAD
---------------	---	----------	-----------	----------	------------	------------

33: Astenia.....	93.6			*	
2: Tristeza.....	92.9	*			
22: Desinterés.....	91.4	*			
1: Pesimismo.....	90.7		*		
3: Anhedonia.....	90.7	*			
4: Ansiedad, Miedo.....	90.7	*			
38: Susceptibilidad.....	90.0	*			
14: Exc. Preocupación.....	87.1		*		
35: Rumiación.....	87.1		*		
5: Tendencia Llanto.....	81.4	*			*
27: Inactividad.....	81.4				*
6: Sufrimiento.....	76.4	*			
41: Sentimiento de Soledad.....	73.6		*		
23: Amnesia.....	72.9		*		
40: Aislamiento.....	72.9				*
13: Incapacidad.....	71.4		*		
51: Insomnio Mantenimiento.....	70.7			*	
57: Cambios Anímicos.....	70.7	*			*
9: Cefaleas.....	70.0		*		
26: Indecisión.....	68.6		*		
50: Insomnio Conciliación.....	67.9		*		
37: Incapacidad Alegrarse.....	67.1	*			
45: Desconvinco Social.....	66.4				*
48: Dificulta. en Comprens.....	65.7		*		
42: Irritabilidad.....	65.0	*			*
47: Bloqueo Afectivo.....	63.6	*			
62: Imperio del Pasado.....	62.9		*		
29: Vacío de Pensamientos.....	62.1		*		
39: Incapacidad de Sentir.....	62.1	*			
49: Abandono del Aseo.....	62.1				*
58: Somnolencia.....	60.0		*		
52: Insomnio D. Precoz.....	60.0		*		
20: Ideas de Muerte.....	59.3		*		
30: Sequedad de Boca.....	59.3		*		
63: no Planes de Futuro.....	59.3		*		
24: Dific. en Concentración.....	58.6		*		
7: Hipocondriasis.....	55.7		*		
18: Infravaloración.....	55.7		*		
10: Mol Torácicas.....	53.6		*		
28: Clinofilia.....	53.6				*
46: Lamentaciones.....	51.4				*
61: Enlentec. del Tiempo.....	50.7				*
8: Malestar Difuso.....	49.3		*		
34: Desinterés Sexual.....	49.3		*		
53: Sueño no Reparador.....	49.3		*		
12: Mol en Miembros.....	48.6		*		
19: Desesperanza.....	48.6		*		
15: Ideas Ruina.....	45.7		*		
P. Peso (*).....	45.0		*		
56: Inversión Sueño/Vigilia.....	43.6		*		
59: Anorexia.....	43.6		*		
25: Anestesia Afectiva.....	42.1	*			
11: Mol Abdominales.....	41.4		*		
55: Empeoramiento Matutino.....	40.0				*
60: Bulimia.....	40.0		*		
43: Desconfianza.....	35.0		*		
44: Desrealización.....	35.0	*			
64: S. Premenstrual.....	34.5	*			*
C. Psicomotricidad (++).....	34.0			*	
Estreñimiento (+).....	28.6		*		
16: Ideas de Culpa.....	27.9	*			
17: Culpab. por Enfermedad.....	27.9	*			
32: Estreñimiento/Diarrea.....	25.0		*		
36: Alterac. Sensoriales.....	25.0		*		
31: Dispepsias.....	20.0		*		
54: Hipersomnia.....	18.6		*		
21: Ideas de Suicidio.....	13.6		*		

PORCENTAJES DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN EL TOTAL DE LA MUESTRA.
 (+) - E.ZUNG, (++) - P.MELANCÓLICO, DSM- III-R.

TABLA 10.19.- DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE DIAGNOSTICO (DSM-III-R E ICD-9) RESPECTO AL SEXO, EDAD, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL.

	TOTAL	EDAD MEDIA-DT.	SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL			
			H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
DSM-III-R:										
D. MAYOR	52.9	49.2-18.1	57.1	52.4	52.8	54.1	75.6	49.0	53.3	46.2
DISTIMIA	39.9	48.3-13.8	37.1	40.8	45.3	36.5	18.8	46.9	38.3	46.2
T. BIPOLAR	6.4	43.3-11.4	5.7	6.8	1.9	9.4	6.3	4.1	8.3	7.7
TOTAL:	(138)	48.5-16.1	(35)	(103)	(53)	(85)	(16)	(49)	(60)	(13)
ICD-9:										
PMD DEPRES.	25.0	53.7-17.3	23.8	29.0	30.0	26.7	44.4	18.2	31.7	28.6
REACC.DEP.	15.6	53.2-15.6	23.8	14.5	16.7	16.7	33.3	15.2	17.1	0.0
D.NEURÓT	43.8	45.6-13.7	42.9	47.8	53.3	43.3	22.2	60.6	39.0	57.1
PMD CIRCUL	9.4	41.6-10.9	9.5	8.7	0.0	13.3	0.0	6.1	12.2	14.3
TOTAL:	(96)	49.0-15.1	(23)	(73)	(31)	(65)	(9)	(35)	(45)	(7)

NO SIGNIFICATIVO EN TODOS, PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARÉNTESIS -VALORES ABSOLUTOS; EDAD: MEDIA Y D.T.

TABLA 10.20.- PORCENTAJE DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ESCALA CET-DE EN CADA GRUPO DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-III-R.

ITEM	TOTAL	T.B.	DM.M	DM.NM	DIST.	p=	(1)	(2)	(3)	(4)
9: Cefaleas.....	70.8	33.3	83.7	62.5	69.1	.0122	.0012	.0444		
14: Exces. Preocupac...	87.7	55.6	86.0	83.3	96.4	.0047	.0309			.0444
20: Ideas de Muerte....	59.4	66.7	84.0	41.7	43.6	.0001		.0002	.0000	
21: Ideas de Suicidio..	13.8	44.4	18.0	12.5	5.5	.0111			.0436	
22: Desinterés.....	91.3	100	100	95.8	80.0	.0017			.0008	
27: Inactividad.....	81.9	100	96.0	70.8	70.9	.0017		.0019	.0007	
28: Clinofilia.....	53.6	88.9	62.0	54.2	40.0	.0184			.0243	
29: Parálisis Psíquica.	62.3	77.8	72.0	41.7	60.0			.0118		
33: Astenia.....	94.2	100	98.8	100	87.3	.0423			.0385	
35: Rumiación.....	87.0	77.8	94.0	62.5	92.7	.0007		.0006		.0009
37: Ausen. Reactividad.	67.9	77.8	78.0	43.5	67.3	.0287		.0035		
40: Aislamiento.....	72.5	77.8	90.0	66.7	58.2	.0031		.0135	.0002	
44: Desrealización.....	34.8	44.4	46.0	16.7	30.9			.0141		
45: Desconexión Social.	66.7	55.6	84.0	45.8	61.8	.0058		.0007	.0111	
46: Lamentaciones.....	51.4	66.7	60.0	33.3	49.1			.0317		
47: Bloqueo Afectivo...	63.8	44.4	78.0	62.5	54.5	.0486	.0371		.0114	
48: Dific. en Comprens.	65.9	88.9	74.0	50.0	61.8			.0410		
49: Abandono del Aseo..	62.3	55.6	84.0	50.0	49.1	.0012		.0020	.0002	
51: Insomnio Mantenido...	71.0	88.9	82.0	70.8	58.2	.0331			.0081	
52: Insomnio D. Precoz.	60.1	55.6	78.0	58.3	45.5	.0084			.0006	
53: Sueño no Reparador..	50.0	44.4	68.0	41.7	38.2	.0160		.0308	.0022	
55: Empeoramiento Matutino..	40.6	66.7	62.0	16.7	27.3	.0001		.0003	.0003	
56: Invers. Sueño/Vig..	44.2	55.6	56.0	33.3	36.4				.0437	
59: Anorexia.....	43.5	44.4	74.0	25.0	23.6	.0000		.0001	.0000	
60: Bulimia.....	39.9	44.4	36.0	20.8	50.9					.0127
61: Entrenamiento del Tiempo..	50.7	66.7	62.0	37.5	43.6			.0477		
Camb. Psicomotricidad..	34.0	77.8	61.4	13.3	16.4	.0000				
TOTAL:	(138)	(9)	(50)	(24)	(55)					

PORCENTAJES DE PRESENCIA DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. (1)- T.B. vs DM-M, (2)- DM-M vs DM-NM, (3)- DM-M vs DIST, (4)- DM-NM vs DIST. C. PSICOMOTRICIDAD: P.MELANCÓL. DE CRITERIOS DSM-III-R.

TABLA 10.21.- PORCENTAJE DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ESCALA CET-DE SEGÚN GRUPOS DIAGNÓSTICOS ICD-9.

ITEM	TOTAL	PMD-C	PMD-D	R.D.	D.N.	p=	(1)	(2)	(3)	(4)
7: Hipocondriasis.....	55.7	33.3	72.5	22.7	60.0	.0009			.0002	.0028
9: Cefaleas.....	69.7	33.3	89.7	56.5	67.2	.0017	.0101	.0300	.0025	
10: Mol Torácicas.....	53.4	33.3	62.5	34.8	57.4				.0339	
14: Exces. Preocupac...	87.2	55.6	82.5	95.7	91.8	.0093				
20: Ideas de Muerte...	59.4	66.7	80.0	52.2	47.5	.0103	.0011	.0043	.0205	
21: Ideas de Suicidio..	13.5	44.4	12.5	13.0	9.8	.0439				
22: Desinterés.....	91.7	100	100	91.3	85.2	.0503	.0109	.0344		
27: Inactividad.....	82.0	100	92.5	78.3	73.8	.0468	.0185	.0065		
28: Clinofilia.....	54.1	88.9	67.5	47.8	42.6	.0124	.0143			
40: Aislamiento.....	75.2	77.8	87.5	82.6	63.9	.0439	.0089	.0174		
45: Desconex. Social...	66.9	55.6	77.5	69.6	60.7			.0474		
49: Abandono del Aseo..	63.9	55.6	72.5	60.9	57.4		.0377	.0191		
51: Insomnio Manten....	69.9	88.9	80.0	82.6	55.7	.0114	.0123	.0066		.0229
52: Insomnio Precoz....	59.4	55.6	75.0	73.9	44.3	.0077	.0023	.0176		.0153
59: Anorexia.....	42.9	44.4	67.5	47.8	24.6	.0004	.0000	.0000		.0400
63: Futuro Desalentad..	60.2	44.4	55.0	56.5	67.2			.0481		
Camb. Psicomotric...	34.0	77.8	57.5	21.7	18.0	.0007				
TOTAL:	(133)	(9)	(40)	(23)	(61)					

PORCENTAJE DE PRESENCIA DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. C. PSICOMOTRICIDAD: P.MELANCOL. DE CRITERIOS DSM-III-R.
 (1).- PMD-D vs D.N., (2).- PMD-D vs D.N., (3).- PMD-D vs REACC., (4).- D.N. vs REACC.
 RESTO DE SÍNTOMAS: NO DIF. ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

TABLA 10.22.- DISTRIBUCION DE LAS ESCALAS SUBJETIVAS DE SEVERIDAD DE LA DEPRESION (PUNTUACION TOTAL DE LAS ESCALAS CET-DE Y ZUNG) RESPECTO AL SEXO, EDAD, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL.

	TOTAL	SEXO		EDAD			HÁBITAT		C. SOCIAL	
		H	M	< 40	40-60	> 60	URB	RUR	I-III	IV-V
CET-DE:										
MEDIA	156.8	155.4	157.3	153.1	159.2	157.1	156.8	156.8	156.9	156.8
D. TÍPICA	32.5	29.4	33.6	30.6	33.4	33.4	30.6	33.8	29.1	35.4
		N.S.		N.S.			N.S.		N.S.	
E. ZUNG:										
MEDIA	58.5	58.4	58.5	59.5	57.5	58.8	59.4	57.8	58.8	58.2
D. TÍPICA	8.4	6.7	8.9	7.6	8.4	9.1	8.3	8.4	7.9	8.8
		N.S.		N.S.			N.S.		N.S.	
TOTAL:	(140)	(36)	(104)	(41)	(60)	(39)	(55)	(85)	(66)	(74)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS. EN CURSIVA - DESVIACIÓN TÍPICA.

TABLA 10.23.- DISTRIBUCION DE LAS ESCALAS TECNICAS DE SEVERIDAD DE LA DEPRESION (EVALUACION GLOBAL ACTUAL Y DEL ULTIMO AÑO Y QUINTO DÍGITO) RESPECTO AL SEXO, EDAD, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL.

	TOTAL	EDAD MEDIA-DT.	SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL			
			H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
G.A.F. (ACTUAL) :										
>= 80	37.8	47.6-14.5	27.8	41.4	40.0	36.5	23.5	38.8	41.0	38.5
70	31.4	47.4-17.4	36.1	29.8	30.9	31.8	35.3	40.8	23.0	30.8
<= 60	30.8	49.6-15.2	36.1	28.8	29.1	31.8	41.2	20.4	36.1	30.8
		N.S.	N.S.		N.S.		N.S.			
TOTAL:	(140)	48.5-16.1	(36)	(104)	(55)	(85)	(17)	(49)	(61)	(13)
G.A.F. (ULTIMO AÑO) :										
>= 90	46.4	45.7-16.7	52.8	44.2	47.3	45.9	58.8	42.9	47.5	38.5
80	30.7	51.3-14.8	16.7	35.6	32.7	29.4	23.5	26.5	34.4	38.5
<= 70	22.0	49.8-17.3	30.6	20.2	20.0	24.7	17.7	30.6	18.0	23.1
		N.S.	N.S.		N.S.		N.S.			
TOTAL:	(139)	48.4-16.0	(36)	(103)	(54)	(85)	(16)	(49)	(61)	(13)
5° DÍGITO:										
LEVE	16.9	45.1-17.6	4.5	21.3	24.1	13.0	38.5	7.7	13.5	28.6
MODERADO	50.6	49.7-19.5	50.0	50.8	58.6	46.3	46.2	61.5	45.9	43.9
GRAVE	32.5	48.5-14.2	45.5	27.9	17.2	40.7	15.3	30.8	40.5	27.5
		N.S.	N.S.		N.S.		N.S.			
TOTAL:	(83)	48.6-17.6	(22)	(61)	(29)	(54)	(13)	(26)	(37)	(7)

PORCENTAJES POR COLUMNAS; ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS; EN EDAD - MEDIA Y D.TÍPICA; N.S.- NO SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA; 5° DÍGITO SOLO INCLUYE D.MAYOR Y T.BIPOLAR.



TABLA 10.24.- PORCENTAJE DE PRESENCIA DE SINTOMAS DE ESCALA CET-DE SEGÚN SEVERIDAD DEL CUADRO (PUNTUACIÓN TOTAL CET-DE Y GAF-ACTUAL) .

	TOTAL	CET-DE				G. A. F. (ACTUAL)			
		<146	146-75	>175	p=	>=80	70-79	<=69	p=
1: Pesimismo.....	90.7	72.3	100	100	.0000	79.2	95.5	100	.0010
2: Tristeza.....	92.9	80.9	100	97.9	.0004	83.0	97.7	100	.0018
3: Anhedonia.....	90.7	80.9	93.5	97.9	.0129	84.9	90.9	97.7	
4: Ansiedad, Miedo...	90.7	83.0	100	89.4	.0170	92.5	88.6	90.7	
5: Tendencia Llanto...	81.4	70.2	87.0	87.2		81.1	77.3	86.0	
6: Sufrimiento.....	76.4	55.3	80.4	93.6	.0001	62.3	77.3	93.0	.0019
7: Hipocondriasis....	55.7	45.7	51.1	72.3	.0231	57.7	51.2	60.5	
8: Malestar Difuso...	49.3	38.3	43.5	66.0	.0173	52.8	40.9	53.5	
9: Cefaleas.....	70.0	57.4	62.2	91.5	.0005	77.4	70.5	61.9	
10: Mol Torácicas.....	53.6	38.3	45.7	76.6	.0004	66.0	50.0	41.9	
11: Mol Abd.....	41.4	31.9	41.3	51.1		43.4	43.2	37.2	
12: Mol Miembr.....	48.6	36.2	35.6	74.5	.0001	47.2	53.5	46.5	
13: Incapacidad.....	71.4	44.7	80.4	89.4	.0000	56.6	72.7	88.4	.0027
14: Exces. Preocupac..	87.1	74.5	41.3	95.7	.0051	83.0	88.6	90.7	
15: Ideas Ruina.....	45.7	23.4	52.2	61.7	.0005	34.0	47.7	58.1	
16: Ideas de Culpa....	27.9	17.0	21.7	44.7	.0060	24.5	31.8	27.9	
17: Culpabil por Enf..	27.9	21.3	23.9	38.3		24.5	27.3	32.6	
18: Infravaloracion...	55.7	34.0	60.9	72.3	.0006	35.8	63.6	72.1	.0008
19: Desesperanza.....	48.6	36.2	41.3	68.1	.0040	50.9	34.1	60.5	.0440
20: Ideas de Muerte...	59.3	34.0	63.0	80.9	.0000	39.6	61.4	81.4	.0002
21: Ideas de Suicidio.	13.6	8.5	17.4	14.9		7.5	11.4	23.3	
22: Desinterés.....	91.4	78.7	95.7	100	.0005	86.8	93.2	95.3	
23: Amnesia.....	72.9	59.6	80.4	78.7	.0419	67.9	77.3	74.4	
24: Bradipsiquia.....	58.6	36.2	65.2	74.5	.0004	43.4	68.2	67.4	.0174
25: Anestesia Afectiva	42.1	27.7	37.0	61.7	.0026	30.2	56.8	41.9	.0303
26: Indecisión.....	68.6	44.7	80.4	80.9	.0001	60.4	75.0	72.1	
27: Inactividad.....	81.4	63.8	84.8	95.7	.0003	60.4	93.2	95.3	.0000
28: Clinofilia.....	53.6	38.3	54.3	68.1	.0150	32.1	63.6	69.8	.0003
29: Parálisis Psíquica	62.1	44.7	58.7	83.0	.0006	49.1	63.6	76.7	.0203
30: Sequedad de Boca..	59.3	40.4	56.5	80.9	.0003	56.6	54.5	67.4	
31: Dispepsias.....	20.0	8.5	19.6	31.9	.0178	13.2	27.3	20.9	
32: Estreñim/Diarrea..	25.0	12.8	15.6	46.8	.0001	13.2	25.0	39.5	.0124
33: Astenia.....	93.6	83.0	97.8	100	.0012	86.8	100	95.3	.0260
34: Desinterés Sexual.	49.3	46.2	67.6	80.0	.0088	53.5	62.5	78.8	
35: Rumiacion.....	87.1	68.1	95.7	97.9	.0000	83.0	95.5	83.7	
36: Déficits Sensorial	25.0	25.5	21.7	27.7		30.2	20.5	23.3	
37: Ausenc. Reactiv...	67.1	48.9	77.8	76.6	.0034	51.9	70.5	83.7	.0039
38: Susceptibilidad...	90.0	74.5	97.8	97.9	.0001	84.9	93.2	93.0	
39: Indiferencia.....	62.1	40.4	71.7	74.5	.0008	43.4	77.3	69.8	.0013
40: Aislamiento.....	72.9	44.7	82.6	91.5	.0000	50.9	86.4	86.0	.0000
41: Sto de Soledad....	73.6	44.7	82.6	93.6	.0000	56.6	86.4	81.4	.0016
42: Irritabili-Incomp.	65.0	53.2	65.2	76.6		58.5	79.5	58.1	
43: Desconfianza.....	35.0	12.8	41.3	51.1	.0003	26.4	38.6	41.9	
44: Desrealizacion....	35.0	17.0	26.1	61.7	.0000	26.4	43.2	37.2	
45: Desconexión Social	66.4	29.8	678.3	91.5	.0000	52.8	79.5	69.8	.0183
46: Lamentaciones.....	51.4	38.3	45.7	70.2	.0053	43.4	47.7	65.1	
47: Bloqueo Afectivo..	63.6	42.6	69.6	78.7	.0008	56.6	63.6	72.1	
48: Dific. en Compres.	65.7	38.3	78.3	80.9	.0000	56.6	70.5	72.1	
49: Abandono del Aseo.	62.1	46.8	63.0	76.6	.0118	50.9	70.5	67.4	
50: Insomnio Conci....	67.9	59.6	63.0	80.9		64.2	61.4	79.1	
51: Insomnio Manten...	70.7	57.4	78.3	76.6	.0487	66.7	72.7	74.4	
52: Insomnio D. Precoz	60.0	42.6	67.4	70.2	.0108	62.3	47.4	69.8	
53: Sueño no Reparador	49.3	38.3	45.7	63.8	.0390	43.4	52.3	53.5	
54: Hipersomnia.....	18.6	23.4	8.7	23.4		9.4	31.8	16.3	
55: Empeoram Matutino.	40.0	27.7	39.1	53.2	.0407	35.8	36.4	48.8	
56: Inversión Sueñ/Vig	43.6	29.8	41.3	59.6	.0134	49.1	45.5	34.9	
57: Cambios Anímicos..	70.7	63.8	65.2	83.0		77.4	59.1	74.4	
58: Somnolencia.....	60.0	44.7	47.8	87.2	.0000	50.9	61.4	69.8	
59: Anorexia.....	43.6	29.8	45.7	55.3	.0418	26.4	45.5	62.8	.0016
60: Bulimia.....	40.0	29.8	41.3	48.9		43.4	40.9	34.9	
61: Enlent del Tiempo.	50.7	38.3	45.7	68.1	.0109	39.6	47.7	67.4	.0226
62: Imperio del Pasado	62.9	44.7	67.4	76.6	.0044	50.9	72.7	67.4	
63: Futuro Desalent...	59.3	42.6	63.0	72.3	.0109	45.3	70.5	65.1	.0275
64: Cambios Pre/Menstr	34.5	17.6	50.0	33.3		42.3	41.2	8.3	
Camb. Psicometric.*	34.0	17.0	36.2	48.8	.0078	15.1	34.1	55.8	.0001
TOTAL:	(140)	(47)	(46)	(47)		(53)	(44)	(43)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO; ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

* - DE CRITERIOS DE P.MELANCOLICO DSM-III-R.

TABLA 10.25.- SINTOMAS (CET-DE) MAS FRECUENTES EN LOS CUADROS DE MAYOR Y MENOR INTENSIDAD SEGÚN LAS CUATRO ESCALAS DE SEVERIDAD UTILIZADAS EN EL ESTUDIO.

<u>DEPRESIONES SEVERAS</u>			
TOTAL CET-DE	E. ZUNG	G.A.F.	QUINTO DÍGITO
Pesimismo	Pesimismo	Pesimismo	Pesimismo
Desinterés	Astenia	Tristeza	Tristeza
Astenia	Tristeza	Anhedonia	Anhedonia
Tristeza	Desinterés	Desinterés	Sufrimiento
Anhedonia	Susceptibilidad	Inactividad	Astenia
Rumiación	Anhedonia	Astenia	Inactividad
Susceptibilidad	Ansiedad	Sufrimiento	Desinterés
Exc.Preocupación	Rumiación	Susceptibilidad	Ansiedad
Inactividad	Llanto	Ansiedad	Rumiación
Sufrimiento	Inactividad	Exc.Preocupación	Susceptibilidad
Soledad			Aislamiento

<u>DEPRESIONES LEVES</u>			
TOTAL CET-DE	E. ZUNG	G.A.F.	QUINTO DIGITO
Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad	Desinterés
Tristeza	Anhedonia	Desinterés	Susceptibilidad
Anhedonia	Astenia	Astenia	Ansiedad
Astenia	Tristeza	Anhedonia	Llanto
Desinterés	Exc.Preocupación	Susceptibilidad	Astenia
Exc.Preocupación	Desinterés	Tristeza	Anhedonia
Susceptibilidad	Rumiación	Exc.Preocupación	Exc.Preocupación
Pesimismo	Susceptibilidad	Rumiación	Tristeza
Llanto	Pesimismo	Llanto	Pesimismo
Rumiación	Llanto	Pesimismo	Rumiación

TABLA 10.26.- DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES TIEMPO DE EVOLUCIÓN (FASE ACTUAL) Y PRESENCIA DE PATRÓN CRÓNICO (DSM-III-R) RESPECTO AL SEXO, EDAD, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL.

	<u>TOTAL</u>	<u>EDAD</u> MEDIA-DT.	<u>SEXO</u>		<u>HÁBITAT</u>		<u>C. SOCIAL</u>			
			H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
<u>T. EVOLUCIÓN:</u>										
1-3 MESES	30.7	49.3-16.9	30.6	30.8	29.1	31.8	29.4	26.5	36.1	23.1
4-12 MESES	37.1	49.0-17.3	36.1	37.5	47.3	30.6	64.7	30.6	36.1	30.8
> 12 MESES	32.1	47.1-13.8	33.3	31.7	23.6	37.6	5.9	42.9	27.9	46.2
<u>TOTAL:</u>	(140)	48.5-16.1	(36)	(104)	(55)	(85)	(17)	(49)	(61)	(13)
<u>P. CRÓNICO:</u>										
PRESENTE	20.3	55.3-16.6	40.0	13.0	14.3	23.9	0.0	33.3	18.8	16.7
AUSENTE	74.7	47.6-18.2	60.0	87.0	85.7	76.1	100	66.7	81.3	83.3
			p=.0102							
<u>TOTAL:</u>	(74)	49.2-18.1	(20)	(54)	(28)	(46)	(12)	(24)	(32)	(6)

PORCENTAJES POR COLUMNAS; ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS; EDAD: MEDIA Y D.T., PATRÓN CRÓNICO (SOLO D.M. Y T.B.).

TABLA 10.27.- PORCENTAJE DE PRESENCIA DE SINTOMAS DE ESCALA CET-DE SEGÚN ANTIGÜEDAD (MESES DE EVOLUCIÓN DE FASE ACTUAL) .

	TOTAL	1-3	4-12	>12	p=	(1)	(2)	(3)
1: Pesimismo.....	90.7	88.4	90.4	93.3				
2: Tristeza.....	92.9	88.4	94.2	95.6				
3: Anhedonia.....	90.7	88.4	92.3	91.1				
4: Ansiedad, Miedo.....	90.7	90.7	90.4	91.1				
5: Tendencia Llanto.....	81.4	69.8	90.3	80.0	.0183	.0043		
6: Sufrimiento.....	76.4	74.4	76.9	77.8				
7: Hipocondriasis.....	55.7	65.1	47.1	59.1				
8: Malestar Difuso.....	49.3	51.2	46.2	51.1				
9: Cefaleas.....	70.0	67.4	70.6	73.3				
10: Mol Torácicas.....	53.6	53.5	51.9	55.6				
11: Mol Abd.....	41.4	46.5	34.6	44.4				
12: Mol Miembr.....	48.6	42.9	44.2	60.0				
13: Incapacidad.....	71.4	65.1	69.2	80.0				
14: Exces. Preocupación.....	87.1	83.7	88.5	89.9				
15: Ideas Ruina.....	45.7	41.9	44.2	51.1				
16: Ideas de Culpa.....	27.9	14.0	38.5	28.9	.0292	.0077		
17: Culpabil por Enf.....	27.9	11.6	36.5	33.3	.0161	.0054		.0152
18: Infravaloración.....	55.7	60.5	50.0	57.8				
19: Desesperanza.....	48.6	48.8	50.0	46.7				
20: Ideas de Muerte.....	59.3	62.8	61.5	53.5				
21: Ideas de Suicidio.....	13.6	14.0	11.5	15.6				
22: Desinterés.....	91.4	90.7	92.3	91.1				
23: Amnesia.....	72.9	69.8	71.2	77.8				
24: Bradipsiquia.....	58.6	53.5	57.7	64.4				
25: Anestesia Afectiva.....	42.1	44.2	40.4	42.2				
26: Indecisión.....	68.6	65.1	65.4	75.6				
27: Inactividad.....	81.4	86.0	84.6	73.3				
28: Clinofilia.....	53.6	65.1	53.8	42.2				.0314
29: Parálisis Psíquica.....	62.1	62.8	63.5	60.0				
30: Sequedad de Boca.....	59.3	67.4	59.6	51.1				
31: Dispepsias.....	20.0	18.6	15.4	26.7				
32: Estreñim/Diarrea.....	25.0	32.6	23.1	20.0				
33: Astenia.....	93.6	95.3	94.2	91.1				
34: Desinterés Sexual.....	49.3	62.9	61.1	67.6				
35: Rumiación.....	87.1	81.4	88.5	91.1				
36: Déficits Sensorial.....	25.0	23.3	26.9	24.4				
37: Ausenc. Reactividad.....	67.1	69.8	64.7	68.9				
38: Susceptibilidad.....	90.0	86.0	96.2	86.7		.0153		
39: Indiferencia.....	62.1	48.8	73.1	62.2				
40: Aislamiento.....	72.9	72.1	75.0	71.1				
41: Sto de Soledad.....	73.6	72.1	75.0	73.3				
42: Irritabili-Incomp.....	65.0	53.5	63.5	77.8				.0165
43: Desconfianza.....	35.0	34.9	36.5	33.3				
44: Desrealización.....	35.0	32.6	36.5	35.6				
45: Desconexión Social.....	66.4	65.1	73.1	60.0				
46: Lamentaciones.....	51.4	55.8	48.4	51.1				
47: Bloqueo Afectivo.....	63.6	67.4	59.6	64.4				
48: Dificult en Comprensión..	65.7	72.1	63.5	62.2				
49: Abandono del Aseo.....	62.1	69.8	69.2	46.7	.0341	.0244	.0282	
50: Insomnio Conoci.....	67.9	72.1	65.4	66.7				
51: Insomnio Manten.....	70.7	74.9	76.9	60.0				
52: Insomnio D. Precoz.....	60.0	62.8	65.4	51.1				
53: Sueño no Reparador.....	49.3	53.5	48.1	46.7				
54: Hipersomnia.....	18.6	16.3	13.5	26.7				
55: Empeoram Matutino.....	40.0	53.5	34.6	33.3				
56: Inversión Sueñ/Vig.....	43.6	53.5	38.5	40.0				
57: Cambios Anímicos.....	70.7	74.4	80.8	55.6	.0201	.0074		
58: Somnolencia Ocasional....	60.0	60.5	57.7	62.2				
59: Anorexia.....	43.6	51.2	46.2	33.3				
60: Bulimia.....	40.0	39.5	38.5	42.2				
61: Enlent del Tiempo.....	50.7	55.8	53.8	42.2				
62: Imperio del Pasado.....	62.9	58.1	67.3	62.2				
63: Futuro Desalentador.....	59.3	51.2	61.5	64.4				
64: Cambios Pre/Menstrual....	34.5	37.5	44.4	23.8				
Cambios Psicomotricidad..	34.0	44.2	26.9	31.1				
TOTAL:	(140)	(43)	(52)	(45)				

(1).- < 3 M. vs 4-12 M.; (2).- 4-12 M. vs > 1 AÑO; (3).- < 3 M. vs > 1 AÑO
 PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO

TABLA 10.28.- SÍNTOMAS QUE VARÍAN DE FRECUENCIA EN CUADROS DE MAS DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN.

<u>T.EVOLUCIÓN > 2 AÑOS:</u>				
	NO	SI	p=	ODDS RATIO
<u>AUMENTAN:</u>				
Preocupación Exces.	82.4	94.5	.0353	+
Bulimia	31.8	52.7	.0134	+
Hipersomnia	14.1	25.5		+
<u>DISMINUYEN:</u>				
Estreñimiento-Diarrea	30.6	16.4		+
Sueño no Reparad.	56.5	38.2	.0345	+
Anorexia	50.6	32.7	.0374	+
<u>P.CRÓNICO (DM y TB):</u>				
	NO	SI	p=	ODDS RATIO
<u>AUMENTAN:</u>				
Sufrimiento	71.2	93.3		++
Id. Culpa	22.0	53.3	.0164	+
Hipersomnia	13.6	33.3		+
Indecisión	67.7	86.7		+
Impotencia	67.8	86.7		+
Amnesia	69.5	86.7		+
Dif. Concentración	50.8	73.3		+
Bulimia	27.1	46.7		+
<u>DISMINUYEN:</u>				
Déficit Sensorial	30.5	6.7		++
Dispepsias	22.0	6.7		+
Ansiedad	91.5	80.0		+

PORCENTAJES DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO.

ODDS RATIO (MAS VS MENOS FRECUENTE EN CADA SÍNTOMA): ++ >= 5; + >= 2.

TABLA 10.29.- FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CUESTIONARIO CET-DE, RESPECTO AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, EN CADA GRUPO DIAGNOSTICO ICD-9.

	<3 M.	4-12 M.	>12 M.	p=
<u>D.NEURÓTICAS:</u>				
Cambios Animicos	80.0	88.9	46.4	.0054
Id. Culpa	6.7	50.0	28.6	.0246
Empeoram.Matutino	53.3	44.4	17.9	.0372
S.Premenstrual	50.0	77.8	25.0	.0381
Hipocondiasis	86.7	44.4	55.6	.0391
<u>P.M.D.-DEPRESIVAS:</u>				
Desconfianza	7.7	56.3	9.1	.0040
Dif.Concentrac.	76.9	75.0	27.3	.0179
Id. Ruina	23.1	56.3	72.7	.0430
<u>REACCIÓN DEPRESIVA:</u>				
Estreñim/Diarrea	66.7	7.1	0.0	.0078
<u>TOTAL:</u>	(43)	(52)	(45)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.30.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y PATRÓN CRÓNICO RESPECTO A SEVERIDAD (G.A.F., TOTAL CET-DE Y E.ZUNG).

	TOTAL	G.A.F. - ACTUAL			TOTAL CET-DE MEDIA-D.T.	TOTAL E.ZUNG MEDIA-D.T.
		>= 80	70 - 79	<= 69		
TIEMPO DE EVOLUCIÓN:						
1-3 MESES	(43)	37.2	23.3	39.5	157.1-32.5	57.8-8.5
4-12 MESES	(52)	36.5	32.7	30.8	156.2-34.7	59.5-8.3
MAS 12 MESES	(45)	40.0	37.8	22.2	157.4-30.4	57.9-8.3
TOTAL:	(140)	37.9	31.4	30.7	156.8-32.5	58.5-8.4
PATRÓN CRÓNICO:						
PRESENTE	(15)	20.0	46.7	33.3	172.8-28.4	62.4-7.3
AUSENTE	(59)	35.6	28.8	35.6	159.5-32.7	60.6-7.9
TOTAL:	(74)	32.4	32.4	35.1	162.2-32.2	60.9-7.8

PORCENTAJES POR FILAS Y ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS; P. CRÓNICO: SOLO D. MAYOR Y T.BIPOLAR. EN TOTAL CET-DE Y TOTAL E.ZUNG: MEDIA Y D.TÍPICA.

TABLA 10.31.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES QUE ESTUDIAN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FASE ACTUAL RESPECTO AL SEXO, EDAD, CLASE SOCIAL Y HÁBITAT.

	TOTAL	EDAD MEDIA-DT.	SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL			
			H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
TIPO DE INICIO:										
LENTO	73.6	49.9-15.7	30.6	25.0	14.5	34.1	17.6	18.4	36.1	23.1
BRUSCO	26.4	47.9-16.2	69.4	75.0	85.5	65.9	82.4	81.6	63.9	76.9
p=.0103										
TRATAMIENTO PREVIO DE F.ACTUAL:										
MED. CAB.	42.1	48.5-17.4	30.6	46.2	41.8	42.2	47.1	44.9	41.0	30.8
MED ESPEC.	13.6	51.7-11.6	11.1	14.4	16.4	11.8	11.8	16.3	11.5	15.4
PSIQ-PSICOL	11.4	47.9-16.8	16.7	9.6	7.3	14.1	17.6	4.1	13.1	23.1
NO TRATAM.	32.9	48.0-15.4	41.7	29.8	34.5	31.8	23.5	34.7	34.4	30.8
VÍA DE CONTACTO:										
MED. CAB.	40.0	47.6-17.8	25.0	45.2	41.8	38.8	52.9	36.7	41.0	30.8
PROP. INIC.	25.7	50.6-15.7	33.3	23.1	20.0	29.4	5.9	24.5	31.1	30.8
ESPEC PSIQ.	17.1	41.6-11.9	19.4	16.3	27.3	10.6	29.4	18.4	11.5	23.1
OTRA PERS.	17.1	53.0-14.7	22.2	15.4	10.9	21.2	11.8	20.4	16.4	15.4
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO PREVIO:										
BZD+ADT	30.7	52.4-14.1	33.3	29.8	36.4	27.1	23.5	22.4	41.0	23.1
BZD	18.6	50.4-20.3	11.1	21.2	20.0	17.6	17.6	24.5	14.8	15.4
ADT	3.6	50.8-13.0	2.8	3.8	5.5	2.4	5.9	2.0	3.3	7.7
OTROS	7.1	47.2-16.9	13.9	4.8	1.8	10.6	0.0	6.1	8.2	15.4
NO TRATA.	40.0	44.6-14.9	38.9	40.4	36.4	42.4	52.9	44.9	32.8	38.5
TOTAL:	(140)	48.5-16.1	(36)	(104)	(55)	(85)	(17)	(49)	(61)	(13)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARENTESIS VALORES ABSOLUTOS, PARA EDAD: MEDIA Y D.TÍPICA.

TABLA 10.32.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS CON RESPECTO AL SEXO, EDAD, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL.

	TOTAL	EDAD MEDIA-DT.	SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL			
			H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
EDAD DE INICIO T.PSIQ.:										
< 30	27.9	33.3-13.7	27.8	27.9	27.3	28.2	41.2	28.6	27.9	7.7
30-50	43.6	47.4-8.5	41.7	44.2	49.1	40.0	47.1	53.1	37.7	30.8
> 50	28.6	65.0-9.2	30.6	27.9	23.6	31.8	11.8	18.4	34.4	61.5
		p=.0000								p=.0279
ANTECEDENTES DE F.MANIACAS:										
PRESENTE	6.4	43.3-11.4	5.6	6.7	1.8	9.4	5.9	4.1	8.2	7.7
AUSENTE	93.6	48.8-16.3	94.4	93.3	8.2	90.6	94.1	95.9	91.8	92.3
INDICIOS DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD:										
PRESENCIA	30.7	46.5-14.4	33.3	29.8	32.7	29.4	17.6	40.8	29.5	15.9
AUSENCIA	69.3	49.3-16.7	66.7	70.2	67.3	70.6	82.4	59.2	70.5	84.6
TOTAL:	(140)	48.5-16.1	(36)	(104)	(55)	(85)	(17)	(49)	(61)	(13)
PATRÓN ESTACIONAL (*):										
SI	32.5	55.1-14.8	40.9	29.5	27.6	35.2	23.1	19.2	43.2	42.9
NO	67.5	45.4-17.9	59.1	70.5	72.4	64.8	76.9	80.8	56.8	57.1
		p=.0174					N.S			
TOTAL:	(83)	48.6-17.6	22)	(61)	(29)	(54)	(13)	(26)	(37)	(7)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARENTESIS VALORES ABSOLUTOS, PARA EDAD: MEDIA Y D.TÍPICA.
(*) SOLO D.MAYOR T T.BIPOLAR.

TABLA 10.33.- ANTECEDENTES MÉDICOS NO PSIQUIÁTRICOS.

RECIENTES (< 2 AÑOS)		REMOTOS (> 2 AÑOS)	
Bocio.....	2	Histerectomia.....	2
Hipertiroidismo Prim...	1	Hepatitis.....	2
Hemorragia Digestiva A.	1	Colecistectomia.....	1
A.C.V.A.....	1	Apendicectomia.....	1
I. Mioma.....	1	A.C.V.A.....	1
Colecistectomia.....	1	Infarto de Miocardio...	1
Apendicectomia.....	1	Tromboembolismo Pulm...	1
Fractura Maleolo Tibial	1	Tuberculosis Pulmonar..	1
S. Hombro Doloroso.....	1	Artritis.....	1
		I. Mioma.....	1
		I. Rodilla.....	1
		I. Hernia Inguinal.....	1
Mas de Uno.....	1	Mas de Uno.....	7
no Antecedentes.....	92	no Antecedentes.....	79
E.CRÓNICAS TIPO I		E.CRÓNICAS TIPO II	
Ulcus Peptico.....	4	Hipertension Arterial..	5
Litiasis Renal.....	3	Diabetes M. no I.D....	5
B.N.P.C.....	3	Hipercolesterolemia...	5
Prostatismo.....	2	H.T.A. + D.M. no I.D...	2
Insufic. Renal Crónica.	1	Anemia.....	2
Dermatitis.....	1	Valvulopatía Cardíaca..	1
Varices.....	1	Hiperuricemia.....	1
Epilepsia.....	1	Hipercol. + Hiperuric..	1
E. Parkinson.....	1	Hipercol. + Dm. no Id..	1
Reacciones Hipersensib.	1		
Litiasis Biliar.....	1		
Silicosis.....	1		
Diabetes Mellitus I.D..	1		
Obesidad.....	1		
Mas de Una.....	2		
no Antecedentes.....	77	no Antecedentes.....	76
TOTAL:	(140)	TOTAL:	(140)

PORCENTAJES POR COLUMNAS, ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.34.- PORCENTAJE DE PACIENTES A SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO (NO PSIQUIATRICO).

<u>ANALGES-ANTIINFLAMATOR-ANTITERM.:</u>	A. I. N. E.	4
	CORTICOESTEROIDES.	2
	ÁCIDO ACETIL-SALICILICO.	1
	ASOCIACION A. A. A.	1
<u>CARDIOVASCULAR Y AP. RESPIRATORIO:</u>	DIURÉTICOS.	2
	ANTAGONISTAS DEL CALCIO.	1
	SIMPATICOMIMÉTICOS.	1
	METIL-DOPA.	1
	VASOTERAPIAS PERIFER.	1
	BETA-BLOQ. + DIURET.	1
	ANTAG. CA + DIURET.	1
	DIGITALICOS + DIURET.	1
	BETA-B. + ANT.CA + DIUR.	1
	TEOFILINAS.	1
	TEOFIL. Y OXIGENOT.	1
<u>APARATO DIGESTIVO:</u>	ANTIACIDOS.	4
	LAXANTES.	1
	ANTIEMÉTICOS.	1
	ANTIEMÉTICOS + ANTIAC.	1
	ANTAGONISTAS H2.	1
	COLERÉTICOS.	1
<u>NEURO-ENDOCRINO:</u>	ANTIDIABÉTICOS ORALES.	3
	DIHIDROERGOTOXINA.	1
	BETHAHISTINA.	1
	CINARIZINA-FLUNARIZINA.	2
	REDUCTORES DEL COLEST.	3
	FENITOINA/FENOBARBITAL.	1
	LEVOTIROXINA.	1
<u>GENITO-URINARIO:</u>	ANTICONCEPTIVOS ORALES.	4
	TESTOSTERONA.	1
	PROGESTAGENOS.	1
	ESTRÓGENOS Y ANDRÓGENOS.	1
	ANTIANDRÓGENOS.	1
	URGENIN R.	1
	OTROS.	1
<u>VARIOS:</u>	COMPLEJOS VITAMÍNICOS.	2
	SULFATO FERROSO.	1
	CA. FOLICO.	1
	CALCITONINA.	1
	ANTIHIISTAMÍNICOS.	1

PORCENTAJE DE PACIENTES, EN CADA FARMACO o GRUPO DE FARMACOS, DEL TOTAL DE LA MUESTRA (N=140).

TABLA 10.35.- PROBABLES DEPRESIONES SECUNDARIAS.

<u>SOMATICAS:</u>	Insufic. Renal Aguda...	1
	A.C.V.A.	2
	Hipotiroidismo (Bocio)..	2
	Intervención Tiroides..	1
	Enf. Parkinson.	1
<u>FARMACOLÓGICO:</u>	Anticonceptivos Orales.	2

VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.36.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL RESPECTO AL SEXO, EDAD, HÁBITAT Y CLASE SOCIAL.

	TOTAL	SEXO		HÁBITAT		C. SOCIAL			
		H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
FUMADORES:	21.4	41.7	14.4	34.5	12.9	47.1	32.7	9.8	0.0
		p=.0006		p=.0023		p=.0003			
INGESTA ETÍLICA:	10.0	30.6	2.9	18.2	4.7	29.4	10.2	6.6	0.0
		p=.0000		p=.0094					
<u>TOTAL:</u>	(140)	(36)	(104)	(55)	(85)	(17)	(49)	(61)	(13)

PORCENTAJES POR COLUMNAS. ENTRE PARÉNTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.37.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE LOS PACIENTES QUE CONSUMEN ALCOHOL: SEXO, EDAD, HÁBITAT, TIPO DE INGESTA Y CANTIDAD DE LA INGESTA

SEXO-EDAD	HÁBITAT	TIPO	INGESTA	(C.C.)	BEBIDA	CONSUMO MEDIO
H - 42	Rural	Diaria	20	250	Vino	25
H - 32	Rural	Diaria	<1	1000	Vino	100
H - 45	Rural	Diaria	10	500	Vino	50
H - 40	Urbano	Diaria	21	1000	Cerveza	50
H - 23	Urbano	F.Semana	<1	1500	Cerveza	21
H - 27	Urbano	Diario	13	1000	Cerveza	50
M - 24	Urbano	F.Semana	6	1000 / 150	Cerv/Licor.	30
H - 28	Urbano	Diario	15	250	Vino	25
M - 34	Urbano	F.Semana	15	1000	Cerveza	14
M - 56	Urbano	Diario	30	250	Vino	25
H - 69	Urbano	Diario	50	1000	Vino	100
H - 38	Urbano	Diario	15	1000	Vino	100
H - 72	Urbano	Diario	40	250	Vino	25
H - 49	Urbano	Diario	15	500	Vino	50

CONSUMO MEDIO DIARIO = ((CONSUMO LABORAL X 5) + SABADO + DOMINGO) / 7. EQUIVALENCIAS: 100 CC / CERVEZA = 5 CC ALCOHOL; 100 CC / VINO = 10 CC ALCOHOL; 100 CC / LICORES = 36 CC ALCOHOL. SEXO: H-HOMBRE, M-MUJER.



TABLA 10.38.- FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA ESCALA CET-DE EN FUNCIÓN DEL HABITAT.

	TOTAL	URBANO	RURAL	p=
1: Pesimismo.....	90.7	94.5	88.2	
2: Tristeza.....	92.9	98.2	89.4	.0491
3: Anhedonia.....	90.7	94.5	88.2	
4: Ansiedad, Miedo.....	90.7	94.5	88.2	
5: Tendencia Al Llanto.....	81.4	85.5	78.8	
6: Sufrimiento.....	76.4	76.4	76.5	
7: Hipocondriasis.....	55.7	53.7	58.3	
8: Malestar Difuso.....	49.3	30.9	61.2	.0005
9: Cefaleas.....	70.0	63.6	75.0	
10: Molestias Torácicas.....	53.6	40.0	62.4	.0096
11: Molestias Abd.....	41.4	25.5	51.8	.0020
12: Molestias Miembro.....	48.6	33.3	58.8	.0034
13: Incapacidad.....	71.4	69.1	72.9	
14: Exces. Preocupacion.....	87.1	94.5	82.4	.0353
15: Ideas Ruina.....	45.7	43.6	47.1	
16: Ideas de Culpa.....	27.9	40.0	20.0	.0099
17: Culpabil por Enf.....	27.9	36.4	22.4	
18: Infravaloracion.....	55.7	67.3	48.2	.0268
19: Desesperanza.....	48.6	56.4	43.5	
20: Ideas de Muerte.....	59.3	56.4	61.2	
21: Ideas de Suicidio.....	13.6	9.1	16.5	
22: Desinteres.....	91.4	94.5	89.4	
23: Amnesia.....	72.9	76.4	70.6	
24: Bradipsiquia.....	58.6	63.6	55.3	
25: Anestesia Afectiva.....	42.1	41.8	42.4	
26: Indecision.....	68.6	83.6	80.0	
27: Inactividad.....	81.4	83.6	80.0	
28: Clinofilia.....	53.6	45.5	58.8	
29: Paralisis Psiquica.....	62.1	60.0	63.5	
30: Sequedad de Boca.....	59.3	52.7	63.5	
31: Dispepsias.....	20.0	14.5	23.5	
32: Estreñim/Diarrea.....	25.0	14.5	31.8	.0216
33: Astenia.....	93.6	94.5	92.9	
34: Desinterés Sexual.....	49.3	98.2	84.7	.0008
35: Rumiacion.....	87.1	92.7	83.5	
36: Déficits Sensorial.....	25.0	38.2	16.5	.0038
37: Ahusen. Reactividad.....	67.1	67.3	67.9	
38: Susceptibilidad.....	90.0	98.2	84.7	.0094
39: Indiferencia.....	62.1	67.3	58.8	
40: Aislamiento.....	72.9	76.4	70.6	
41: So de Soledad.....	73.6	69.1	76.5	
42: Irritabili-Incomp.....	65.0	69.1	62.4	.0380
43: Desconfianza.....	35.0	29.1	38.8	
44: Desrealizacion.....	35.0	47.3	27.1	.0143
45: Desconexion Social.....	66.7	65.5	67.1	
46: Lamentaciones.....	51.4	38.2	60.0	.0116
47: Bloqueo Afectivo.....	63.6	65.5	62.4	
48: Dificult en Comprens.....	65.7	67.3	64.7	
49: Abandono del Aseo.....	62.1	67.3	58.8	
50: Insomnio Conci.....	67.9	67.3	68.2	
51: Insomnio Manten.....	70.7	65.5	74.1	
52: Insomnio D. Precoz.....	60.0	61.8	58.8	
53: Sueño no Reparador.....	49.3	54.4	45.9	
54: Hipersomnia.....	18.6	21.8	16.5	
55: Empeoram Matutino.....	40.0	40.0	40.0	
56: Inversion Sueñ/Vig.....	43.6	45.5	42.4	
57: Cambios Anímicos.....	70.7	74.5	68.2	
58: Somnolencia Ocasional.....	60.0	65.5	56.5	
59: Anorexia.....	43.6	38.2	47.1	
60: Bulimia.....	40.0	41.8	38.8	
61: Enlent del Tiempo.....	50.7	43.6	55.3	
62: Imperio del Pasado.....	62.9	67.3	60.0	
63: Futuro Desalentador.....	59.3	61.8	57.6	
64: Cambios Pre/Menstr (*)...	34.5	50.0	20.7	.0225
Cambios Psicometric. (**)	33.6	29.1	36.5	
TOTAL:	(140)	(55)	(85)	

PORCENTAJES DE PRESENTACION DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO, ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

(*) SOLO EN MUJERES MENORES DE 50 AÑOS. (**) RECOGIDO DE P.MELANCOLICO (DSM-III-R)

TABLA 10.39.- FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA ESCALA CET-DE EN FUNCIÓN DE LA C. SOCIAL.

	TOTAL	I-III	IV-V	p=	I-II	III	IV	V	p=
1: Pesimismo.....	90.7	92.4	89.2		94.1	91.8	88.5	92.3	
2: Tristeza.....	92.9	95.5	90.5		100	93.9	90.2	92.3	
3: Anhedonia.....	90.7	90.9	90.5		88.2	91.8	91.8	84.6	
4: Ansiedad, Miedo.....	90.7	84.8	95.9	.0239	88.2	83.7	95.1	100	
5: Tendencia Al Llanto.....	81.4	84.8	78.4		100	79.6	75.4	92.3	
6: Sufrimiento.....	76.4	71.2	81.1		70.6	71.4	80.3	84.6	
7: Hipocondriasis.....	55.7	50.8	61.6		59.4	58.3	60.0	69.2	
8: Malestar Difuso.....	49.3	39.4	58.1	.0270	29.4	42.9	55.7	69.2	
9: Cefaleas.....	70.0	66.7	74.0		47.1	73.5	71.7	84.6	
10: Molestias Torácicas.....	53.6	48.5	58.1		35.3	53.1	59.1	76.9	
11: Molestias Abd.....	41.4	36.4	45.9		23.5	40.8	47.5	38.5	
12: Molestias Miembr.....	48.6	38.5	58.1	.0208	17.6	45.8	52.5	84.6	.0032
13: Incapacidad.....	71.4	74.2	68.9		70.6	75.5	68.9	69.2	
14: Exces. Preocupacion.....	87.1	87.9	86.5		94.1	85.7	83.6	100	
15: Ideas Ruina.....	45.7	39.4	51.4		35.3	40.8	50.8	53.8	
16: Ideas de Culpa.....	27.9	39.4	17.6	.0040	58.8	32.7	14.8	30.8	.0003
17: Culpabil por Enf.....	27.9	33.3	23.0		35.3	32.7	18.0	46.2	
18: Infravaloración.....	55.7	59.1	52.7		70.6	55.1	49.2	69.2	
19: Desesperanza.....	48.6	43.9	52.7		29.4	49.0	52.5	53.8	
20: Ideas de Muerte.....	59.3	51.5	66.2		47.1	53.1	65.6	69.2	
21: Ideas de Suicidio.....	13.6	16.7	10.8		11.8	18.4	11.5	7.7	
22: Desinterés.....	91.4	97.0	86.5	.0270	94.1	98.0	85.2	92.3	
23: Amnesia.....	72.9	81.8	64.9	.0243	76.5	83.7	65.6	61.5	
24: Bradipsiquia.....	58.6	72.7	45.9	.0013	64.7	75.5	45.9	46.2	.0122
25: Anestesia Afectiva.....	42.1	42.4	41.9		41.2	42.9	44.3	30.8	
26: Indecisión.....	68.6	74.2	63.5		82.4	71.4	65.6	53.8	
27: Inactividad.....	81.4	83.3	79.7		82.4	83.7	77.0	92.3	
28: Clinofilia.....	53.6	48.5	58.1		70.6	61.2	62.3	53.8	
29: Parálisis Psíquica.....	62.1	63.6	60.8		70.6	61.2	62.3	53.8	
30: Sequedad de Boca.....	59.3	57.6	60.8		52.9	59.2	59.0	69.2	
31: Dispepsias.....	20.0	13.6	25.7		11.8	14.3	23.0	38.5	
32: Estreñim/Diarrea.....	25.0	13.6	35.1	.0034	5.9	16.3	32.8	46.2	.0158
33: Astenia.....	93.6	95.5	91.9		88.2	98.0	91.8	92.3	
34: Desinterés Sexual.....	49.3	77.6	48.0	.0014	100	85.7	88.5	100	.0128
35: Rumiaron.....	87.1	92.4	82.4		88.2	93.9	85.2	69.2	
36: Déficits Sensorial.....	25.0	25.8	24.3		23.5	26.5	27.9	7.7	
37: Ausenc. Reactividad.....	67.1	68.2	67.1		70.6	67.3	71.7	46.2	
38: Susceptibilidad.....	90.0	89.4	90.5		100	85.7	88.5	100	
39: Indiferencia.....	62.1	66.7	58.1		52.9	71.4	60.7	46.2	
40: Aislamiento.....	72.9	75.8	70.3		76.5	75.5	70.5	69.2	
41: Sto de Soledad.....	73.6	74.2	73.0		64.7	77.6	68.9	92.3	
42: Irritabili-Incomp.....	65.0	74.2	56.8	.0304	64.7	77.6	52.5	76.9	
43: Desconfianza.....	35.0	36.4	33.8		23.5	40.8	32.8	38.5	
44: Desrealización.....	35.0	39.4	31.1		35.3	40.8	32.8	23.1	
45: Desconexion Social.....	66.7	68.2	64.9		64.7	69.4	60.7	84.6	
46: Lamentaciones.....	51.4	47.0	55.4		23.5	55.1	55.7	53.8	
47: Bloqueo Afectivo.....	63.6	65.2	62.2		64.7	65.3	62.3	61.5	
48: Dificult en Comprens.....	65.7	68.7	62.2		47.1	77.6	67.2	38.5	
49: Abandono del Aseo.....	62.1	69.7	55.4		64.7	71.4	52.5	19.2	
50: Insomnio Conciliación.....	67.9	57.6	77.0	.0139	58.8	57.1	77.0	76.9	
51: Insomnio Manten.....	70.7	65.2	75.7		58.8	67.3	75.4	76.9	
52: Insomnio D. Precoz.....	60.0	51.5	67.6		47.1	53.1	67.2	69.2	
53: Sueño no Reparador.....	49.3	53.0	45.9		52.9	53.1	44.3	53.8	
54: Hipersomnia.....	18.6	24.2	13.5		11.8	28.6	13.1	15.4	
55: Empeoram Matutino.....	40.0	36.4	43.2		17.6	42.9	44.3	38.5	
56: Inversion Sueñ/Vig.....	43.6	43.9	43.2		29.4	49.0	45.9	30.8	
57: Cambios Animicos.....	70.7	66.7	74.3		76.5	63.3	77.0	61.5	
58: Somnolencia Ocasional.....	60.0	63.6	56.8		47.1	69.4	54.1	69.2	
59: Anorexia.....	43.6	40.9	45.9		41.2	40.8	50.8	23.1	
60: Bulimia.....	40.0	42.4	37.8		41.2	42.9	37.7	38.5	
61: Enlent del Tiempo.....	50.7	40.9	59.5	.0284	52.9	36.7	55.7	76.9	.0449
62: Imperio del Pasado.....	62.9	63.6	62.2		70.6	61.2	59.0	76.9	
63: Futuro Desalentador.....	59.3	53.0	64.9		58.8	51.0	62.3	76.9	
64: Cambios Pre/Menstr (*)	34.5	40.0	25.0		36.4	41.7	29.4	0.0	
Cambios Psicotric (**)	33.6	27.3	39.2		21.2	29.5	42.1	33.6	
TOTAL:	(140)	(66)	(74)		(17)	(49)	(61)	(13)	

PORCENTAJES DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

(*) SOLO EN MUJERES MENORES DE 50 AÑOS. (**) RECOGIDO DE P.MELANCÓLICO (DSM-III-R)

TABLA 10.40.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HABITAT, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DIAGNOSTICO (DSM-III-R E ICD-9).

DSM-III-R:	TOTAL	D.M.M.			DISTIMIAS			DMNM		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	22.2	56.3	.0200	37.5	74.2	.0062	40.0	50.0	
11: Molestias Abdomin.	41.4	21.8	46.9		25.0	58.1	.0142	20.0	64.3	.0318
12: Molestias Miembros	48.6	29.4	53.1		37.5	61.3		30.0	78.6	.0173
10: Molestias Torácicas	53.6	55.6	62.5		37.5	71.0	.0131	20.0	57.1	
46: Lamentaciones	51.4	29.4	76.0	.0027	50.0	48.4		27.3	54.4	
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	16.7	40.6		12.5	19.4		10.0	28.6	
34: Desinterés Sexual	49.3	87.5	57.1	.0453	84.2	36.0	.0014	75.0	50.0	
36: Déficit Sensorial	25.0	33.3	15.6		41.7	16.1	.0349	50.0	21.4	
38: Susceptibilidad	90.0	100	90.6		95.8	80.6		100	78.6	
16: Ideas de Culpa	27.9	44.4	21.9		33.3	16.1		40.0	14.3	
44: Desrealizacion	35.0	66.7	34.4	.0279	45.8	19.4	.0351	10.0	21.4	
64: S.Premenstrual	34.5	50.0	28.6	-	55.6	28.6		33.3	0.0	
18: Infravaloracion	55.7	83.3	46.9	.0115	54.2	48.4		60.0	35.7	
14: Exc.Preocupación	87.1	94.4	81.3		100	93.5		90.0	78.6	
2: Tristeza	92.9	100	92.0		95.8	90.3		100	81.0	
TOTAL:	(140)	(18)	(32)		(24)	(31)		(10)	(14)	

ICD-9:	TOTAL	P.M.D.-D			D.N.			R.D.		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	30.8	57.1		27.6	75.0	.0002	45.5	41.7	
11: Molestias Abdomin.	41.4	23.1	50.0		27.6	53.1	.0428	18.2	75.0	.0064
12: Molestias Miembros	48.6	33.3	60.7		44.8	59.4		9.1	66.7	.0047
10: Molestias Torácicas	53.6	61.5	60.7		41.4	71.9	.0162	9.1	58.3	.0133
46: Lamentaciones	51.4	30.8	71.4	.0139	48.3	40.6		9.1	66.7	.0047
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	23.1	39.3		13.8	21.9		9.1	33.3	
34: Desinterés Sexual	49.3	90.9	57.9		82.6	34.6	.0007	80.0	33.3	
36: Déficit Sensorial	25.0	30.8	14.3		41.4	15.6	.0251	36.4	16.7	
38: Susceptibilidad	0.0	100	85.7		100	81.3	.0141	100	91.7	
16: Ideas de Culpa	27.9	46.2	21.4		41.4	18.8		36.4	8.3	
44: Desrealizacion	35.0	76.9	25.0	.0017	37.9	18.8		45.5	50.0	
64: S.Premenstrual	34.5	20.0	9.1		42.9	16.7		22.2	0.0	
18: Infravaloracion	55.7	92.3	50.0	.0089	58.6	46.9		72.7	41.7	
14: Preocupac. Excesiva	87.1	92.3	78.6		96.6	87.5		90.9	100	
2: Tristeza	92.9	100	85.0		100	87.5	.0489	90.0	100	
TOTAL:	(81)	(8)	(16)		(16)	(26)		(5)	(10)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO; ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.41.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HABITAT, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE INTENSIDAD DE LA DEPRESION (TOTAL CET-DE Y G.A.F.-ACTUAL).

TOTAL CET-DE:	TOTAL	< 146			46-174			> 174		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	16.7	51.7	.0162	31.6	51.9		44.4	79.3	.0142
11: Molestias Abdomin.	41.4	5.6	48.3	.0023	31.6	48.1		38.9	58.6	
12: Molestias Miembros	48.6	16.7	48.3	.0284	22.2	44.4		61.1	82.8	
10: Molestias Torácicas	53.6	16.7	51.7	.0162	36.8	51.9		66.7	82.8	
46: Lamentaciones	51.4	33.3	41.1		31.6	55.6		50.0	82.8	.0170
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	0.0	20.7	.0388	10.5	18.5		33.3	55.2	
34: Desinterés Sexual	49.3	64.3	36.0		88.2	47.1	.0103	92.9	71.4	
36: Déficit Sensorial	25.0	33.3	20.7		36.8	11.1	.0372	44.4	17.2	.0427
38: Susceptibilidad	90.0	94.4	62.1	.0133	100	96.3		100	96.6	
16: Ideas de Culpa	27.9	38.9	3.4	.0017	31.6	14.8		50.0	41.4	
44: Desrealización	35.0	33.3	6.9	.0191	31.6	22.2		77.8	51.7	
64: S.Premenstrual	34.5	50.0	17.6		48.9	21.1		50.0	25.0	
18: Infravaloración	55.7	50.0	24.1		73.7	51.9		77.8	69.0	
14: Exc.Preocupación	87.1	88.9	65.5		100	85.2		94.4	96.6	
2: Tristeza	92.9	94.4	72.4		100	100		100	96.6	
TOTAL:	(140)	(18)	(29)		(19)	(27)		(18)	(29)	

G.A.F.-ACTUAL:	TOTAL	≥ 71			70			≤ 69		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	36.4	64.5	.0431	11.8	59.3	.0018	43.8	59.3	
11: Molestias Abdomin.	41.4	27.3	54.8	.0460	23.5	55.6	.0368	25.0	44.4	
12: Molestias Miembros	48.6	27.3	61.3	.0145	43.8	59.3		31.3	55.6	
10: Molestias Torácicas	53.6	45.5	80.6	.0077	35.3	59.3		37.5	44.4	
46: Lamentaciones	51.4	45.5	41.9		23.5	63.0	.0108	43.8	77.8	.0236
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	0.0	22.6	.0167	17.6	29.6		31.3	44.4	
34: Desinterés Sexual	49.3	68.4	41.7		92.3	42.12	.0040	92.3	70.0	
36: Déficit Sensorial	25.0	45.5	19.4	.0414	35.3	11.1		31.3	18.5	
38: Susceptibilidad	90.0	95.5	77.4		100	88.9		100	88.9	
16: Ideas de Culpa	27.9	36.4	16.1		47.1	22.2		37.5	22.2	
44: Desrealización	35.0	36.4	19.4		64.7	29.6	.0222	43.8	33.3	
64: S.Premenstrual	34.5	63.6	26.7		62.3	22.2	-			
18: Infravaloración	55.7	45.5	29.0		88.2	48.1	.0071	75.0	70.4	
14: Exc.Preocupación	87.1	90.9	77.4		94.1	85.2		100	85.2	
2: Tristeza	92.9	95.5	74.2	.0422	100	96.3		100	100	N.S
TOTAL:	(140)	(22)	(31)		(17)	(27)		(16)	(27)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO, ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.42.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HABITAT, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

TOTAL	1-3 MESES			4-12 MESES			> 12 MESES			
	URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=	
8: Malestar Difuso	49.3	25.0	66.7	.0082	34.6	57.7		30.8	59.4	
11: Molestias Abdomin.	41.4	25.0	59.3	.0295	15.4	53.8	.0036	46.2	43.8	
12: Molestias Miembros	48.6	20.0	55.6	.0157	26.9	61.5	.0120	61.5	59.4	
10: Molestias Torácicas	53.6	31.3	66.7	.0244	34.6	69.2	.0125	61.5	53.1	
46: Lamentaciones	51.4	37.5	66.7		38.5	57.7		38.5	56.3	
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	18.8	40.7		11.5	34.6	.0483	15.4	21.9	
34: Desinterés Sexual	49.3	73.3	55.0		83.3	38.9	.0062	91.7	56.0	.0300
36: Déficit Sensorial	25.0	25.0	22.2		30.8	23.1		69.2	6.3	.0000
38: Susceptibilidad	90.0	93.8	81.5		100	92.3		100	81.3	
16: Ideas de Culpa	27.9	18.8	11.1		57.7	19.2	.0044	30.8	28.1	
44: Desrealización	35.0	43.8	25.9		46.2	26.9		53.8	28.1	
64: S.Premenstrual	34.5	50.0	25.0		54.0	28.0		42.9	14.3	
18: Infravaloración	55.7	81.3	48.1	.0319	53.8	46.2		76.9	50.0	
14: Exc.Preocupación	87.1	100	74.1	.0260	88.5	88.5		100	84.4	
2: Tristeza	92.9	100	81.5		96.2	92.3		100	93.8	
TOTAL:	(140)	(16)	(27)		(26)	(26)		(13)	(32)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO, ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.43- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO A LA C. SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DIAGNOSTICO (DSM-III-R E ICD-9).

DSM-III-R:	TOTAL	D.M.M.			DISTIMIAS			D.M.N.M.		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	17.4	44.4	.0410	7.7	24.1		15.4	27.3	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	65.2	70.4		57.7	75.1		53.8	90.9	.0465
12: Molestias Miembros	48.6	27.3	59.3	.0252	50.0	51.7		46.2	72.7	
4: Ansiedad	90.7	87.0	96.3		88.5	96.6		76.9	90.9	
8: Malestar Difuso	49.3	30.4	55.6		46.2	69.0		46.2	45.5	
61: Enlentecim. Tiempo	50.7	56.5	66.7		23.1	62.1	.0036	38.5	36.4	
24: Bradipsiquia	58.6	69.6	48.1		92.3	37.9	.0000	53.8	45.5	
34: Desinterés Sexual	49.3	90.0	47.1	.0044	72.7	40.9	.0331	66.7	50.0	
16: Ideas de Culpa	27.9	39.1	22.2		38.5	10.3	.0143	38.5	9.1	
22: Desinterés	91.4	100	100		96.2	65.5	.0046	92.3	100	
23: Amnesia	72.9	82.6	63.0		96.2	58.6	.0011	69.2	81.8	
42: Irritabilidad	65.0	69.6	55.6		76.9	58.6		76.9	54.5	
TOTAL:	(140)	(23)	(27)		(26)	(29)		(13)	(11)	

ICD-9:	TOTAL	P.M.D.-D			D.N.			R.D.		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	6.7	50.0	.0048	9.4	27.6		20.0	25.0	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	53.3	73.1		50.0	72.4		73.3	87.5	
12: Molestias Miembros	48.6	28.6	65.4	.0262	50.0	55.2		26.7	62.5	
4: Ansiedad	90.7	73.3	96.2	.0315	87.5	91.6		100	100	
8: Malestar Difuso	49.3	33.3	57.7		37.5	69.0	.0140	40.0	50.0	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	60.0	65.4		37.5	51.7		31.3	62.5	
24: Bradipsiquia	58.6	60.0	46.2		87.5	41.5	.0002	53.3	62.5	
34: Desinterés Sexual	49.3	92.3	52.9	.0197	70.4	40.9	.0382	71.0	0.0	
16: Ideas de Culpa	27.9	40.0	23.1		46.9	10.3	.0018	20.0	25.0	
22: Desinterés	91.4	100	100		96.9	72.4	.0071	93.3	87.5	
23: Amnesia	72.9	66.7	65.4		93.8	65.5	.0056	73.3	62.5	
42: Irritabilidad	65.0	80.0	57.7		75.0	55.2		73.3	62.5	
TOTAL:	(81)	(9)	(15)		(22)	(20)		(8)	(7)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO, ENTRE PARÉNTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.44- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO A LA C. SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACION TOTAL CET-DE Y G.A.F.-ACTUAL.

TOTAL CET-DE:	TOTAL	< 146			146-174			> 174		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	10.0	14.8		3.8	30.0	.0144	30.0	59.3	.0469
50: Insomnio Conciliac.	67.9	35.0	77.8	.0031	53.8	75.0		85.0	77.8	
12: Molestias Miembros	48.6	40.0	33.3		20.0	55.0	.0148	60.0	85.2	
4: Ansiedad	90.7	65.0	96.3	.0048	100	100		85.0	92.6	
8: Malestar Difuso	49.3	35.0	40.7		30.8	60.0	.0474	55.0	74.1	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	25.0	48.1		38.5	55.0		60.0	74.1	
24: Bradipsiquia	58.6	60.0	18.5	.0034	76.9	50.0		80.0	70.4	
34: Desinterés Sexual	49.3	55.6	38.1		76.2	53.8		100	56.3	.0013
16: Ideas de Culpa	27.9	35.0	3.7	.0048	34.6	5.0	.0158	50.0	40.7	
22: Desinterés	91.4	90.0	70.4		100	90.0		100	100	
23: Amnesia	72.9	70.0	51.9		84.6	75.0		90.0	70.4	
42: Irritabilidad	65.0	75.0	37.0	.0099	69.2	60.0		80.0	74.1	
TOTAL:	(140)	(20)	(27)		(26)	(20)		(20)	(27)	

G.A.F.-ACTUAL:	TOTAL	≥ 71			70			≤ 69		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	4.3	20.0		11.5	44.4	.0132	29.4	46.2	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	56.5	70.0		50.0	77.8		70.6	84.6	
12: Molestias Miembros	48.6	39.1	53.3		44.0	66.7		29.4	57.7	
4: Ansiedad	90.7	87.0	96.3		76.9	90.9		88.5	86.6	
8: Malestar Difuso	49.3	43.5	60.0		34.6	50.0		41.2	61.5	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	21.7	53.3	.0198	46.2	50.0		58.8	73.1	
24: Bradipsiquia	58.6	60.9	30.0	.0246	76.9	55.6		82.4	57.7	
34: Desinterés Sexual	49.3	76.2	31.8	.0035	68.2	50.0		93.3	66.7	
16: Ideas de Culpa	27.9	43.5	10.0	.0050	34.6	27.8		41.2	19.2	
22: Desinterés	91.4	100	76.7	.0129	96.2	88.9		94.1	96.2	
23: Amnesia	72.9	78.3	60.0		84.6	66.7		82.4	69.2	
42: Irritabilidad	65.0	78.3	43.3	.0105	84.6	72.2		52.9	61.5	
TOTAL:	(140)	(23)	(30)		(26)	(18)		(17)	(26)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO, ENTRE PARÉNTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.45- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO A LA CLASE SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

1-3 MESES

4-12 MESES

> 12 MESES

	TOTAL	I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	27.8	36.0		3.8	42.3	.0010	13.6	126.1	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	72.2	72.0		50.0	80.8	.0197	54.5	78.3	.0913
12: Molestias Miembros	48.6	23.5	56.0	.0369	30.8	57.7		59.1	60.	
4: Ansiedad	90.7	88.9	92.0		84.6	96.2		81.8	100	.0321
8: Malestar Difuso	49.3	44.4	56.0		30.8	61.5	.0261	45.5	56.5	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	55.6	56.0		42.3	65.4		27.3	56.5	.0471
24: Bradipsiquia	58.6	77.8	36.0	.0067	53.8	61.5		9.9	39.1	.0003
34: Desinterés Sexual	49.3	88.2	38.9	.0025	71.4	46.7		75.0	58.8	
16: Ideas de Culpa	27.9	22.2	8.0		50.0	26.9		40.9	17.4	
22: Desinterés	91.4	100	84.0		96.2	88.5		95.5	87.0	
23: Amnesia	72.9	83.3	60.0		73.1	69.2		90.9	65.2	.0382
42: Irritabilidad	65.0	61.1	48.0		73.1	53.8		86.4	69.6	
TOTAL:	(140)	(18)	(25)		(26)	(26)		(22)	(23)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO, ENTRE PARENTESIS, VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.46.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HÁBITAT, EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL.

SEXO:	TOTAL	HOMBRES			MUJERES		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	30.8	69.6	.0244	31.0	58.1	.0066
11: Molestias Abdomin.	41.4	15.4	47.8		28.6	52.2	.0128
12: Molestias Miembros	48.6	30.8	47.8		34.1	62.9	.0043
10: Molestias Torácicas	53.6	38.5	47.8		40.5	67.7	.0059
46: Lamentaciones	51.4	38.5	47.8		38.1	64.5	.0080
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	7.7	34.8		16.7	30.6	
34: Desinterés Sexual	49.3	69.2	61.9		87.5	45.2	.0002
36: Déficit Sensorial	25.0	23.8	8.7		42.9	19.4	.0094
38: Susceptibilidad	90.0	100	82.6		97.6	85.5	.0394
16: Ideas de Culpa	27.9	38.5	26.1		40.5	17.7	.0103
44: Desrealización	35.0	46.2	34.8		47.6	24.2	.0131
18: Infravaloración	55.7	76.9	47.8	.0890	64.3	48.4	
14: Preocupac. Excesiva	87.1	84.6	91.3		97.6	79.0	.0064
2: Tristeza	92.9	100	95.7		97.6	87.1	
TOTAL:	(140)	(13)	(23)		(42)	(62)	
EDAD:	TOTAL	< 50 AÑOS			≥ 50 AÑOS		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	32.3	62.2	.0102	29.2	60.0	.0169
11: Molestias Abdomin.	41.4	32.3	44.4		16.7	60.0	.0007
12: Molestias Miembros	48.6	33.3	53.3		33.3	65.0	.0140
10: Molestias Torácicas	53.6	41.9	62.2		37.5	62.5	
46: Lamentaciones	51.4	32.3	48.9		45.8	72.5	.0329
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	12.9	26.7		16.7	37.5	
34: Desinterés Sexual	49.3	89.7	67.6	.0336	68.8	26.9	.0078
36: Déficit Sensorial	25.0	41.9	13.3	.0047	33.3	20.0	
38: Susceptibilidad	90.0	100	80.0	.0080	95.8	90.0	
16: Ideas de Culpa	27.9	45.2	22.2	.0345	33.3	17.5	
44: Desrealización	35.0	41.9	22.2		54.2	32.5	
64: S. Premenstrual (*)	34.5	47.1	23.5		50.0	12.5	.0360
18: Infravaloración	55.7	67.7	44.4	.0452	66.7	52.5	
14: Preocupac. Excesiva	87.1	96.8	75.6	.0127	91.7	90.0	
2: Tristeza	92.9	100	86.7	.0341	95.8	92.5	
TOTAL:	(140)	(31)	(45)		(24)	(40)	
ESTADO CIVIL:	TOTAL	NO CASADO			CASADO		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	30.8	56.3		31.0	64.2	.0013
11: Molestias Abdomin.	41.4	15.4	56.3	.0124	28.6	49.1	.0430
12: Molestias Miembros	48.6	41.7	65.6		31.0	54.7	.0205
10: Molestias Torácicas	53.6	46.2	62.5		38.1	62.3	.0192
46: Lamentaciones	51.4	30.8	62.5		40.5	58.5	
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	15.4	40.6				
34: Desinterés Sexual	49.3	62.5	42.9		86.5	54.8	.0022
36: Déficit Sensorial	25.0	30.8	12.5		40.5	18.9	.0204
38: Susceptibilidad	90.0	92.3	84.4		100	84.9	.0085
16: Ideas de Culpa	27.9	61.5	9.4	.0002	33.3	26.4	
44: Desrealización	35.0	62.9	28.1		40.5	26.4	
64: S. Premenstrual (*)	34.5	33.3	12.5		55.0	23.8	.0407
18: Infravaloración	55.7	69.2	56.3		66.7	43.4	.0239
14: Preocupac. Excesiva	87.1	92.3	87.5		95.2	79.2	.0243
2: Tristeza	92.9	100	93.8		97.6	86.8	
TOTAL:	(140)	(13)	(32)		(42)	(53)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. (*) MUJERES MENORES DE 50 AÑOS.

TABLA 10.47.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HABITAT, EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES NIVEL EDUCATIVO, CUALIFICACIÓN PROFESIONAL DEL CABEZA DE FAMILIA E INGRESOS.

NIVEL EDUCATIVO:	TOTAL	ANALF. - L. Y ESCR.			PRIM.-BACH.-LICENC.		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	31.3	62.7	.0271	42.1	61.5	
11: Molestias Abdomin.	41.4	31.3	52.9		36.8	30.8	
12: Molestias Miembros	48.6	31.3	56.9		42.1	61.5	
10: Molestias Torácicas	53.6	43.8	66.7		52.6	61.5	
46: Lamentaciones	51.4	37.5	64.7		57.9	38.5	
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	25.0	33.3		10.5	15.4	
34: Desinterés Sexual	49.3	66.7	59.0		100	45.5	.0008
36: Déficit Sensorial	25.0	50.0	19.6	.0167	47.4	15.4	
38: Susceptibilidad	90.0	93.8	86.3		100	84.6	
16: Ideas de Culpa	27.9	25.0	19.6		42.1	30.8	
44: Desrealizacion	35.0	56.3	37.3		42.1	15.4	
64: S.Premenstrual (*)	34.5	23.1	9.1		38.5	11.1	
18: Infravaloración	55.7	62.5	47.1		63.2	46.2	
14: Preocupac. Excesiva	87.1	100	86.3		94.7	69.2	
2: Tristeza	92.9	93.8	90.2		100	87.6	
TOTAL:	(140)	(19)	(69)		(36)	(16)	

CUALIFICACIÓN PROFESIONAL C.F.:	TOTAL	NO CUAL.-SEMICUAL.			CUALIF. Y SUPERIOR		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	37.5	61.1		28.2	61.5	.0307
11: Molestias Abdomin.	41.4	31.3	52.8		23.1	46.2	
12: Molestias Miembros	48.6	38.5	60.9		31.7	52.4	
10: Molestias Torácicas	53.6	37.5	62.5		41.0	61.5	
46: Lamentaciones	51.4	25.0	59.7	.0118	43.6	61.5	
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	31.3	30.6		7.7	38.5	.0077
34: Desinterés Sexual	49.3	66.7	52.2		86.4	57.1	
36: Déficit Sensorial	25.0	50.0	16.7	.0040	33.3	15.4	
38: Susceptibilidad	90.0	93.8	87.5		100	69.2	.0003
16: Ideas de Culpa	27.9	31.3	19.4		46.6	23.1	
44: Desrealizacion	35.0	37.5	30.6		51.3	7.7	.0050
64: S.Premenstrual (*)	34.5	33.3	9.4	.0210	29.6	11.1	
18: Infravaloración	55.7	56.3	52.8		71.8	23.1	.0019
14: Preocupac. Excesiva	87.1	100	83.3		92.3	76.9	
2: Tristeza	92.9	93.8	90.3		100	84.6	.0125
TOTAL:	(140)	(16)	(72)		(39)	(13)	

INGRESOS GLOBAL /MES:	TOTAL	< 100 MIL			>100 MIL		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	30.8	60.9	.0458	31.0	61.9	.0187
11: Molestias Abdomin.	41.4	23.1	48.4		26.2	61.9	.0059
12: Molestias Miembros	48.6	37.5	61.1		31.6	46.2	
10: Molestias Torácicas	53.6	38.5	59.4		40.5	71.4	.0205
46: Lamentaciones	51.4	46.2	57.8		35.7	66.7	.0201
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	30.8	35.9		9.5	19.0	
34: Desinterés Sexual	49.3	57.1	47.8		86.8	58.8	.0201
36: Déficit Sensorial	25.0	38.5	20.3		38.1	4.8	.0050
38: Susceptibilidad	90.0	92.3	85.9		100	81.0	.0035
16: Ideas de Culpa	27.9	30.8	17.2		42.9	28.6	
44: Desrealizacion	35.0	46.2	26.6		47.6	28.6	
64: S.Premenstrual (*)	34.5	18.2	8.5		35.5	13.3	
18: Infravaloración	55.7	53.8	50.0		71.4	42.9	.0277
14: Preocupac. Excesiva	87.1	100	81.3		92.9	85.7	
2: Tristeza	92.9	92.3	87.5		100	95.2	
TOTAL:	(140)	(13)	(64)		(42)	(21)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO; (*) : MUJERES MENORES DE 50 AÑOS.

TABLA 10.48.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO AL HÁBITAT, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE CLASE SOCIAL.

	TOTAL	C.S. IV-V			C.S. I-III		
		URB.	RUR.	p=	URB.	RUR.	p=
8: Malestar Difuso	49.3	38.5	62.3		28.6	58.3	.0173
11: Molestias Abdomin.	41.4	23.1	50.8		26.2	54.2	.0230
12: Molestias Miembros	48.6	46.2	60.7		29.3	54.2	.0465
10: Molestias Torácicas	53.6	46.2	60.7		38.9	66.7	.0255
46: Lamentaciones	51.4	38.5	59.0		38.9	62.5	
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	38.5	34.4		7.1	25.0	.0420
34: Desinterés Sexual	49.3	62.5	45.2		86.5	61.9	.0310
36: Déficit Sensorial	25.0	46.2	18.7	.0433	35.7	8.3	.0144
38: Susceptibilidad	90.0	92.3	90.2		100	70.8	.0002
16: Ideas de Culpa	27.9	30.8	14.8		42.9	33.3	
44: Desrealización	35.0	46.2	27.9		47.6	25.0	
64: S.Premenstr (*)	34.5	20.0	6.5		34.4	18.8	
18: Infravaloración	55.7	61.5	50.8		69.0	41.7	.0295
14: Preocupac. Excesiva	87.1	100	83.6		92.9	79.2	
2: Tristeza	92.9	92.3	90.2		100	87.5	.0190
TOTAL:	(140)	(13)	(61)		(42)	(24)	

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO; (*) MUJERES MENORES DE 50 AÑOS.

TABLA 10.49.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO A LA CLASE SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL.

SEXO:	TOTAL	HOMBRES			MUJERES		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	16.7	33.3		12.5	35.7	.0064
50: Insomnio Conciliac.	67.9	38.9	77.8	.0180	64.6	76.8	
12: Molestias Miembros	48.6	33.3	50.0		40.4	60.7	.0402
4: Ansiedad	90.7	83.3	94.4		85.4	96.4	.0465
8: Malestar Difuso	49.3	38.9	72.2	.0442	39.6	53.6	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	33.3	50.0		43.8	62.5	
24: Bradipsiquia	58.6	77.8	44.4	.0402	70.8	46.4	.0120
34: Desinterés Sexual	49.3	61.1	68.8		85.0	38.2	.0000
16: Ideas de Culpa	27.9	44.4	16.7		37.5	17.9	.0244
22: Desinterés	91.4	100	88.9		95.8	85.7	
23: Amnesia	72.9	83.3	72.2		81.3	62.5	.0354
42: Irritabilidad	65.0	72.2	44.4		75.0	60.7	
TOTAL:	(140)	(18)	(18)		(48)	(56)	
EDAD:		< 50 AÑOS			>= 50 AÑOS		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	13.3	32.3	.0467	14.3	37.2	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	57.8	71.0		57.1	81.4	.0392
12: Molestias Miembros	48.6	43.2	48.4		28.6	65.1	.0059
4: Ansiedad	90.7	91.1	96.8		71.4	95.3	.0066
8: Malestar Difuso	49.3	42.2	61.3		33.3	55.8	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	42.2	51.6		38.1	65.1	.0408
24: Bradipsiquia	58.6	73.3	41.9	.0059	71.4	48.8	
34: Desinterés Sexual	49.3	61.1	68.8		85.0	38.2	.0000
16: Ideas de Culpa	27.9	40.0	19.4		38.1	16.3	
22: Desinterés	91.4	97.8	80.6	.0111	95.2	90.7	
23: Amnesia	72.9	82.2	67.7		81.0	62.8	
42: Irritabilidad	65.0	71.1	61.3		81.0	53.5	.0331
TOTAL:	(140)	(45)	(31)		(21)	(43)	
ESTADO CIVIL:		CASADOS			NO CASADOS		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	16.0	26.7		6.3	48.3	.0042
50: Insomnio Conciliac.	67.9	68.0	73.3		25.0	82.8	.0001
12: Molestias Miembros	48.6	36.0	53.3		46.7	65.5	
4: Ansiedad	90.7	82.0	95.6	.0392	93.8	96.6	
8: Malestar Difuso	49.3	42.0	57.8		31.3	58.6	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	38.0	55.6		50.0	65.5	
24: Bradipsiquia	58.6	74.0	42.2	.0017	68.8	51.7	
34: Desinterés Sexual	49.3	78.3	57.6	.0487	75.0	29.4	.0155
16: Ideas de Culpa	27.9	40.0	17.8	.0177	37.5	17.2	
22: Desinterés	91.4	98.0	82.2	.0087	93.8	93.1	
23: Amnesia	72.9	82.0	64.4		81.3	65.5	
42: Irritabilidad	65.0	76.0	55.6	.0353	68.8	58.6	
TOTAL:	(140)	(50)	(45)		(16)	(29)	

PORCENTAJES DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO.

TABLA 10.50.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO A LA CLASE SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE HÁBITAT.

	TOTAL	URBANO			RURAL		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	7.1	45.5	.0016	20.0	34.6	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	64.3	72.7		40.0	75.0	.0052
12: Molestias Miembros	48.6	29.3	54.5		60.0	61.5	
4: Ansiedad	90.7	92.9	100		75.0	96.2	.0067
8: Malestar Difuso	49.3	28.6	45.5		55.0	65.4	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	40.5	54.5		45.0	59.6	
24: Bradipsiquia	58.6	73.8	36.4	.0196	70.0	48.1	
34: Desinterés Sexual	49.3	86.5	62.5		61.9	45.2	
16: Ideas de Culpa	27.9	43.9	36.4		30.0	13.5	
22: Desinterés	91.4	97.6	90.9		95.0	84.6	
23: Amnesia	72.9	83.3	54.5	.0423	80.0	67.3	
42: Irritabilidad	65.0	73.8	63.6		80.0	55.8	
TOTAL:	(140)	(42)	(13)		(24)	(61)	

PORCENTAJES DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO.

TABLA 10.51.- SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO A LA CLASE SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL EDUCATIVO, C. PROFESIONAL DEL CABEZA DE FAMILIA E INGRESOS.

NIVEL EDUCATIVO:	TOTAL	ANALF.-LEER Y ECRIB.			PRIMARIOS, BACHILL. Y LICENCIAT.		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	22.7	36.4		9.1	25.0	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	59.1	80.3	.0466	65.8	50.0	
12: Molestias Miembros	48.6	45.5	57.6		34.9	62.5	
4: Ansiedad	90.7	81.8	95.5	.0407	86.4	100	
8: Malestar Difuso	49.3	45.5	60.6		36.4	37.5	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	31.8	60.6	.0191	45.5	50.0	
24: Bradipsiquia	58.6	77.3	45.5	.0096	70.5	50.0	
34: Desinterés Sexual	49.3	73.7	45.7	.0392	79.5	75.0	
16: Ideas de Culpa	27.9	22.7	18.2		47.7	12.5	
22: Desinterés	91.4	95.5	86.4		97.7	87.5	
23: Amnesia	72.9	81.8	63.6		81.8	75.0	
42: Irritabilidad	65.0	68.2	57.6		77.3	50.0	
TOTAL:	(140)	(22)	(66)		(44)	(8)	

C. PROFESIONAL:	TOTAL	NO CUAL.-SEMICUAL.			CUAL. Y SUPERIOR		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	15.8	27.5		16.1	40.0	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	47.4	82.4	.0034	54.8	80.0	
12: Molestias Miembros	48.6	52.6	51.0		38.7	60.0	
4: Ansiedad	90.7	84.2	96.1		80.6	100	
8: Malestar Difuso	49.3	57.9	56.9		41.9	80.0	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	42.1	60.8		38.7	60.0	
24: Bradipsiquia	58.6	78.9	43.1	.0076	71.0	40.0	
34: Desinterés Sexual	49.3	72.2	47.9		80.0	50.0	
16: Ideas de Culpa	27.9	36.8	17.6		38.7	20.0	
22: Desinterés	91.4	94.7	82.4		96.8	100	
23: Amnesia	72.9	89.5	70.6		77.4	60.0	
42: Irritabilidad	65.0	73.7	56.9		80.6	60.0	
TOTAL:	(140)	(19)	(69)		(47)	(5)	

RENTA GLOBAL / MES:	TOTAL	< 100 MIL			> 100 MIL		
		I-III	IV-V	p=	I-III	IV-V	p=
32: Estreñimien./Diarr.	25.0	28.6	35.7		11.9	25.0	
50: Insomnio Conciliac.	67.9	42.9	77.1	.0486	59.3	75.0	
12: Molestias Miembros	48.6	42.9	58.6		37.9	50.0	
4: Ansiedad	90.7	57.1	95.7	.0003	88.1	100	
8: Malestar Difuso	49.3	42.9	57.1		39.0	75.0	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	14.3	60.0	.0202	44.1	50.0	
24: Bradipsiquia	58.6	57.1	42.9		74.6	100	
34: Desinterés Sexual	49.3	60.0	46.9		79.2	50.0	
16: Ideas de Culpa	27.9	28.6	18.6		40.7	0.0	
22: Desinterés	91.4	100	85.7		96.6	100	
23: Amnesia	72.9	85.7	67.1		81.4	25.0	.0087
42: Irritabilidad	65.0	71.4	58.6		74.6	25.0	.0337
TOTAL:	(140)	(7)	(70)		(59)	(4)	

PORCENTAJES DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO.

TABLA 10.52.- LISTADO DE ACONTECIMIENTO VITALES DURANTE LOS SEIS MESES PREVIOS, SEGÚN ÁREA DE ESTRÉS.

ESTRÉS AGUDO (6 MESES)

ESTRÉS PSICOSOCIAL AGUDO (1 AÑO)

ESTRÉS PSICOSOCIAL CRÓNICO

A. FAMILIAR:

Muerte de Fam. Próximo.....10	Muerte de Fam Próximo.....13	Enf Grave del Cónyuge.....12
Problemas Con Fam. de 1°..... 5	Problemas Con Fam de 1°..... 5	Problemas Con Fam de 1°..... 6
Separación del Cónyuge..... 3	Separación del Cónyuge..... 4	Separación del Cónyuge..... 7
Enfermedad Grave Hijo..... 2	Enfermedad Grave Hijo..... 2	Alcoholismo del Cónyuge..... 4
Matrimonio de Un Hijo..... 2	Matrimonio de Un Hijo..... 2	Matrimonio de Un Hijo..... 2
Muerte del Cónyuge..... 2	Muerte del Cónyuge..... 3	Infidelidad Conyugal..... 4
Embarazo..... 1	Embarazo..... 1	Disputas Conyugales..... 4
Enfermedad Mental Hijo..... 1	Enfermedad Mental Hijo..... 2	Enfermedad Mental Hijo..... 4
Atentado Sexual Hijo..... 1	Atentado Sexual Hijo..... 1	Interrupción Trabajo Hijo.... 2
Relac Padres-Hijos Conflict.. 1	Relac Padres-Hijos Conflic.. 2	Relac Padres-Hijos Conflic.. 4
Abandono Hogar Hijo (<18).... 1	Abandono Hogar Hijo (<18 A).. 1	Incorp. Miembro Fam(no Hijo). 1
	Cónyuge Deja Trabajo..... 2	Cónyuge Deja Trabajo..... 2
	Aborto Espontaneo..... 2	
	Enferm Grave del Cónyuge..... 1	
	Convivencia Con Suegros..... 1	Convivencia Con Suegros..... 6

A. ECONOMICO-LABORAL:

Pérdida Econ. Importante.... 4	Pérdida Econ. Importante.... 5	Pérdida Económica Import..... 2
Probl. Con Jefe/Compañeros... 3	Probl Con Jefe/Compañeros... 3	Probl Con Jefe/Compañeros... 6
Disminuc. Ingres/Mens Moder.. 3	Dismin. Ingresos/Mens Moder.. 2	Dismin. Ingresos/Mens Moder.. 5
Préstamo-Hipoteca Import.... 1	Préstamo-Hipoteca Import.... 2	Préstamo-Hipoteca Import.... 2
Accidente de Trabajo..... 1	Accidente de Trabajo..... 1	Cambio de Horario (Turnos)... 4
Pérdida Trab. (Crisis Empr)... 1	Pérdida Trab (Crisis Emp)... 1	Trabajo Mal Remunerado..... 2
	Dismin. Ingresos/Mens Import. 1	Dismin. Ingresos/Mens Import. 7
	Paro Superior A 18 Meses..... 1	Paro Superior A 18 Meses..... 4
		Nuevo Empleo Insatisfact..... 1
		Paro Superior A 6 Meses..... 1

OTROS:

Enfermedad Importante..... 2	Enfermedad Importante..... 3	Enfermedad Importante..... 2
Servicio Militar..... 1	Servicio Militar..... 1	Menopausia..... 1
Cambio Resid. Misma Ciudad... 1	Cambio Resid Misma Ciudad... 1	Cambio Resid Misma Ciudad... 1
	Enferm Menores Repetidas.... 1	Enfer Menores Repetidas.... 7
		Emigración Dentro País..... 1

NUMERO DE PACIENTES CON ACONTECIMIENTO.

TABLA 10.53.- DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE ESTRÉS (POR ÁREAS) RESPECTO AL SEXO, EDAD, HABITAT Y CLASE SOCIAL.

	TOTAL	SEXO		HABITAT		CLASE SOCIAL			
		H	M	URB	RUR	IyII	III	IV	V
FAMILIAR	53.3	27.6	63.2	47.6	57.1	35.7	63.2	47.8	71.4
ECON-LABOR.	24.8	44.8	17.1	28.6	22.2	35.7	23.7	23.9	14.3
OTRAS	6.7	10.3	5.3	4.8	7.9	0.0	7.9	6.5	14.3
MAS DE UNA	15.2	17.2	14.5	19.0	12.7	28.6	5.3	21.7	0.0
		P = .0061							
TOTAL:	(105)	(29)	(76)	(42)	(63)	(14)	(38)	(46)	(7)

PORCENTAJES POR COLUMNAS.; ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS.

TABLA 10.54.- DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE ESTRÉS GLOBAL RESPECTO AL DIAGNOSTICO (DSM-III-R E ICD-9), SEVERIDAD DE LA DEPRESION (G.A.F.-ACTUAL, TOTAL CET-DE Y TOTAL E.ZUNG) Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

<u>DIAGNÓSTICO:</u>	TOTAL	<u>DSM-III-R</u>					<u>ICD-9</u>			
		T.B.	DMM	BMM	DIST.		TOTAL	PMD-D	RD	DN
PRESENTE	50.7	44.4	38.0	62.5	58.2	52.4	40.0	69.6	54.1	
<u>TOTAL:</u>	(140)	(9)	(50)	(24)	(55)	(124)	(40)	(23)	(61)	
<u>SEVERIDAD:</u>	TOTAL	<u>G.A.F.</u>				<u>TOTAL CET-DE</u> MEDIA - D.T.	<u>TOTAL E.ZUNG</u> MEDIA - D.T.			
		>70	70	<70						
PRESENTE	51.4	43.4	52.3	60.5	156.5 - 32.5	58.6 - 7.7				
<u>TOTAL:</u>	(140)	(53)	(44)	(43)	156-32.5	58.5-8.4				
<u>T. EVOLUCIÓN (MESES):</u>	TOTAL	1-3	4-12	>12						
PRESENTE	51.4	60.5	53.8	40.0						
<u>TOTAL:</u>	(140)	(43)	(52)	(45)						

PORCENTAJES POR COLUMNAS., ENTRE PARENTESIS - VALORES ABSOLUTOS.



TABLA 10.55.- SÍNTOMAS CET-DE CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FUNCIÓN DEL HABITAT, CONSIDERANDO LA AUSENCIA / PRESENCIA DE ESTRÉS GLOBAL.

	TOTAL	ESTRÉS PRESENTE			ESTRÉS AUSENTE		
		URB.	RUR.		URB.	RUR.	
8: Malestar Difuso	49,3	38.7	70.7	**	20.8	52.3	*
11: Mol. Abdominales	41,4	29.0	51.2		20.8	52.3	*
12: Molestias Miembros	48,6	35.5	51.2		30.4	65.9	**
10: Molestias Torácicas	53,6	41.9	61.0		37.5	63.6	*
46: Lamentaciones	51,4	35.5	58.5		41.7	61.4	
32: Estreñim./Diarrea	25,0	16.1	31.7		12.5	31.8	
34: Desinterés Sexual	49,3	80.0	59.4		85.0	41.9	**
36: Déficit Sensorial	25,0	32.3	12.2	*	45.8	20.5	*
38: Susceptibilidad	90,0	96.8	85.4		100	84.1	*
16: Ideas de Culpa	27,9	41.9	29.3		37.5	11.4	*
44: Desrealizacion	35,0	41.9	29.3		54.2	25.0	*
64: S.Premenstrual (*)	34,5	41.7	33.3		57.1	11.8	**
18: Infravaloración	55,7	64.5	48.8		70.8	47.7	
14: Exc. Preocupac.	87,1	93.5	90.2		95.8	75.0	*
2: Tristeza	92,9	96.8	92.7		100	86.4	
TOTAL:	(140)	(31)	(41)		(24)	(44)	

PORCENTAJE DE PRESENCIA DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. (*) - MUJERES MENORES DE 50 AÑOS.

* - $P \leq .05$; ** - $p \leq .01$; *** - $p \leq .001$.

TABLA 10.56.- SÍNTOMAS CET-DE CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FUNCIÓN DEL HABITAT, CONSIDERANDO LA AUSENCIA / PRESENCIA DE ESTRÉS (AGUDO / CRÓNICO).

	ESTRÉS	A.VITALES (6 M.)		E.PSICOS.AGUDO		E.PSICOS.CRÓNICO				
		URB.	RUR.	URB.	RUR.	URB.	RUR.			
8: Malestar Difuso	Pte.	35.0	70.8	*	37.0	71.0	**	38.2	60.4	*
	Aus.	28.6	57.4	**	25.0	55.6	**	19.0	62.5	**
11: Mol. Abdominales	Pte.	25.0	58.3	*	29.6	58.1	*	29.4	54.7	*
	Aus.	25.7	49.2	*	21.4	48.1	*	19.0	46.9	*
12: Molestias Miembros	Pte.	35.0	58.3	*	29.6	54.8		38.2	62.3	*
	Aus.	32.4	59.0	*	37.0	61.1	*	25.0	53.1	*
10: Molestias Torácicas	Pte.	35.0	70.8	*	40.7	64.5		47.1	64.2	
	Aus.	42.9	59.0		39.3	61.1		28.6	59.4	*
46: Lamentaciones	Pte.	35.0	62.5		40.7	58.1		35.3	54.7	
	Aus.	40.0	59.0		35.7	61.1	*	42.9	68.8	
32: Estreñim./Diarrea	Pte.	10.0	33.3		11.1	35.5	*	14.7	26.4	
	Aus.	17.1	31.1		17.9	29.6		14.3	40.6	*
34: Desinterés Sexual	Pte.	76.5	45.0		81.8	41.7	**	92.6	56.8	**
	Aus.	85.7	53.5	**	82.6	56.4	*	66.7	42.3	
36: Déficit Sensorial	Pte.	30.0	8.3		25.9	12.9		35.3	13.2	*
	Aus.	42.9	19.7	*	50.0	18.5	**	42.9	21.9	
38: Susceptibilidad	Pte.	95.0	87.5		96.3	87.1		97.1	84.9	
	Aus.	100	83.6	*	100	83.3	*	100	84.4	
16: Ideas de Culpa	Pte.	35.0	16.7		40.7	19.4		47.1	22.6	*
	Aus.	42.9	21.3	*	39.3	20.0		28.6	15.6	
44: Desrealizacion	Pte.	30.0	25.0		37.0	25.8		52.9	26.4	*
	Aus.	57.1	27.9	**	57.1	27.8	**	38.1	28.1	
64: S.Premenstrual (*)	Pte.	25.0	33.3		22.2	42.9		50.0	17.4	*
	Aus.	61.1	17.4	**	64.7	13.6	*	0.0	33.3	-
18: Infravaloración	Pte.	60.0	45.8		59.3	45.2		61.8	47.2	
	Aus.	71.4	49.2	*	75.0	50.0	*	76.2	50.0	
TOTAL:	(140)	(55)	(85)		(55)	(85)		(55)	(85)	

PORCENTAJE DE PRESENCIA DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO. (*) - MUJERES MENORES DE 50 AÑOS.

* - $P \leq .05$; ** - $p \leq .01$; *** - $p \leq .001$.

TABLA 10.57.- SÍNTOMAS CET-DE CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FUNCIÓN DE LA CLASE SOCIAL, CONSIDERANDO LA AUSENCIA / PRESENCIA DE ESTRÉS GLOBAL.

	TOTAL	ESTRÉS PRESENTE		ESTRÉS AUSENTE		
		I-III	IV-V	I-III	IV-V	
32: Estreñim./Diarr.	25.0	19.4	30.6	6.7	39.5	**
50: Insom. Conciliac.	67.9	63.9	80.6	50.0	73.7	*
12: Molestias Miembros	48.6	33.3	55.6	44.8	60.5	
4: Ansiedad	90.7	91.7	94.4	76.7	97.4	**
8: Malestar Difuso	49.3	47.2	66.7	30.0	50.0	
61: Enlentec. Tiempo	50.7	47.2	58.3	33.3	60.5	*
24: Bradipsiquia	58.6	72.2	41.7	73.3	50.0	**
34: Desinterés Sexual	49.3	81.8	50.0	72.0	46.2	*
16: Ideas de Culpa	27.9	44.4	25.0	33.3	10.5	*
22: Desinterés	91.4	97.2	80.6	96.7	92.1	
23: Amnesia	72.9	72.2	58.3	93.3	71.1	
42: Irritabilidad	65.0	72.2	52.8	72.7	60.5	
TOTAL:	(140)	(36)	(36)	(30)	(38)	

PORCENTAJE DE PRESENCIA DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO.

* - $p \leq .05$; ** - $p \leq .01$; *** - $p \leq .001$.

TABLA 10.58.- SÍNTOMAS CET-DE CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FUNCIÓN DE LA CLASE SOCIAL, CONSIDERANDO LA AUSENCIA / PRESENCIA DE ESTRÉS (AGUDO / CRÓNICO).

	ESTRÉS	A.VITALES (6 M.)		E.PSICOS.AGUDO		E.PSICOS.CRÓNICO		
		I-III	IV-V	I-III	IV-V	I-III	IV-V	
32: Estreñim./Diarreas	Pte.	13.0	33.3	16.1	33.3	14.3	28.9	
	Aus.	14.0	35.8	11.4	36.2	12.5	44.8	*
50: Insom. Conciliación	Pte.	60.9	71.4	58.1	77.8	71.4	77.8	
	Aus.	55.8	79.2	57.1	76.6	33.3	75.9	**
12: Molestias Miembros	Pte.	39.1	57.1	32.3	55.6	42.9	62.2	
	Aus.	38.1	58.5	44.1	59.6	30.4	51.7	
4: Ansiedad	Pte.	95.7	90.5	93.5	92.6	83.3	97.8	*
	Aus.	79.1	98.1	77.1	97.9	87.5	93.1	**
8: Malestar Difuso	Pte.	43.5	66.7	45.2	66.7	42.9	60.0	
	Aus.	37.2	54.7	34.3	53.2	33.3	55.2	
61: Enlentecim. Tpo.	Pte.	43.5	61.9	48.4	66.7	42.9	57.8	
	Aus.	39.5	58.5	34.3	55.3	37.5	62.1	
24: Bradipsiquia	Pte.	69.6	28.6	71.0	37.0	73.8	57.1	*
	Aus.	74.4	52.8	74.3	51.1	70.8	37.9	*
34: Desinterés Sexual	Pte.	81.0	31.3	82.1	27.8	85.7	55.2	**
	Aus.	75.7	55.9	73.3	59.4	65.2	38.1	
16: Ideas de Culpa	Pte.	34.8	14.3	38.7	18.5	45.2	20.0	*
	Aus.	41.9	18.9	40.0	17.0	29.2	13.8	
22: Desinterés	Pte.	95.7	76.2	96.8	77.8	95.2	84.4	
	Aus.	97.7	90.6	97.1	91.5	100	89.7	
23: Amnesia	Pte.	73.9	52.4	71.0	55.6	76.2	60.0	
	Aus.	86.0	69.0	91.4	70.2	91.7	72.4	
42: Irritabilidad	Pte.	65.2	38.1	67.7	44.4	76.2	60.0	
	Aus.	79.1	64.2	80.0	63.8	70.8	51.7	
TOTAL:	(140)	(66)	(74)	(66)	(74)	(66)	(74)	

PORCENTAJE DE PRESENCIA DEL SÍNTOMA EN CADA GRUPO.

* - $p \leq .05$; ** - $p \leq .01$; *** - $p \leq .001$.