UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE POST GRADO

Características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM a través de la escala CES-D

TESIS Para optar el Grado Académico de: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA con mención en Psicología Clínica

AUTOR
MARCELINO RIVEROS QUIROZ

LIMA – PERÚ 2004

. . 1

AGRADECIMIENTO . 3

RESUMEN . 5

INTRODUCCIÓN . 7

CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA . 9

1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA . 9

1.2 OBJETIVOS GENERALES . 11

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS . 11

1.4 HIPÓTESIS . . 11

1.4.1 HIPÓTESIS GENERAL . 11

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECIFICAS . 12

1.5 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN . 12

1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES . 13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO . . 15

2.1. ESTUDIOS PREVIOS . 15

2.2. BASES TEÓRICAS . . 17

2.2.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS . . 17

2.2.2 DEPRESIÓN . . 21

2.2.3. EL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO . . 42

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA . 47

3.1. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN . 47

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN . 47

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO . 48

3.3.1. POBLACIÓN . . 48

3.3.2. MUESTRA . . 48

3.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA . . 48

3.3.4. TÉCNICA DE MUESTREO . 49

3.4. VARIABLES . 49

3.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE . 49

3.4.2 VARIABLE ATRIBUTIVA . . 49

3.4.3. VARIABLES DE CONTROL . . 49

3.5. INSTRUMENTO . . 49

3.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS . 68

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS . 71

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PUNTAJES DE LA ESCALA . 72

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL . 74

4.2.1 ANÁLISIS SEGÚN GRUPO DE EDAD . 75

4.2.2 ANÁLISIS SEGÚN GENERO, SEXO . . 75

4.2.3 ANÁLISIS SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL . 76

4.2.4 ANÁLISIS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO . . 76

4.2.5 ANÁLISIS SEGÚN CON QUIEN VIVE . . 77

4.3 ANÁLISIS COMPLEMENTARIOS . 77

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS . 81

CONCLUSIONES . . 83

RECOMENDACIONES . 85

BIBLIOGRAFÍA . 87

ANEXOS . 91

DEDICATORIA A mis queridos padres: Marcelino que desde el cielo me guía, y Elvia Amalia que permanece a mi lado en todos los aspectos de la vida.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

AGRADECIMIENTO

Quiero manifestar, de lo mas profundo de mi corazón, mi sincero agradecimiento a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la elaboración, redacción y finalización de esta tesis, personas muy allegadas que demostraron desprendimiento de muchas horas de su tiempo. Amistades que soportaron mis tensiones, molestias, y nunca abandonaron el objetivo planteado, a todas ellas muchas gracias.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

RESUMEN

Se ha realizado un estudio acerca de las características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM. Para ello se trabajo con una muestra compuesta por 382 jóvenes con edades que varían de 17 a 25 años, empleando la escala CESD. El tratamiento estadístico y análisis de los datos se hizo con estadígrafos como: Media Aritmética, Análisis de frecuencia, la Prueba z de comparación de medias, Desviación Estándar, el coeficiente Alfa de Crombach, la Prueba de Kolmogorov Smirnov de Bondad de Ajuste a la curva normal (K-S).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes: según sus diferentes grupos de edad, como también según su condición de trabajador, de acuerdo a su nivel socioeconómico y con respecto a si viven o no con sus padres.

No se encontraron diferencias según su género.

Estos resultados nos permiten concluir que la escala CES-D detecta niveles de depresión en estudiantes universitarios, contando de esta manera con un instrumento predictor para poder trabajar en los niveles preventivos y de tratamiento con personas depresivas.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

INTRODUCCIÓN

La depresión, actualmente, es después de los problemas de adaptación, la causa más frecuente de visitas consecutivas a los servicios de atención primaria, un problema serio de salud mental, un trastorno que afecta a todas las edades, condiciones, y situaciones, siendo el grupo de los adolescentes los mas afectados, ya que atraviesan por una etapa de profundos cambios, que los experimentan afectando sus aspectos emocionales, intelectuales, y valorativos, así como en niveles: familiar, social, y educativo.

En el presente estudio conoceremos acerca de las características sociodemográficas y cómo éstas se interrelacionan con los niveles de depresión en estudiantes del primer año de la UNMSM a través de la escala CES-D.

Este estudio se elabora a partir de la experiencia directa observada en los alumnos que solicitan atención en: el Consultorio Psicológico (COPSI), orientación psicológica en los CEUPS, en la Clínica Universitaria de la UNMSM, donde no existen registros estadísticos de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, sin embargo al conversar con los profesionales de la salud (psicólogos, médicos, asistentas sociales) y alumnos, se hace evidente la prioridad de atender este indicador ya que se aprecia una elevada incidencia en casos de depresión y algunos intentos de suicidio en los estudiantes universitarios.

El estudio tiene un valor teórico y práctico notable, por cuanto adaptaremos y baremaremos un instrumento altamente confiable a nuestro medio, y también mostraremos las similitudes con otras investigaciones a nivel transcultural.

Para efectos de nuestro trabajo, éste ha sido dividido en cuatro capítulos. El Primero se refiere a los aspectos de la formulación del problema, planteamiento de objetivos, su importancia y justificación.

El segundo Capítulo aborda los aspectos del Marco Teórico, en el cual planteamos algunos estudios antecedentes al nuestro, así como definimos brevemente los indicadores sociodemográficos, la depresión, quién es el estudiante universitario y cuál es la función de la universidad.

En el tercer capítulo detallamos los aspectos metodológicos, aspectos de la población, muestra y los referentes al instrumento y formas de tratamiento de los datos estadísticos.

El Capítulo Cuarto lo dedicamos a presentar los resultados haciendo uso de Tablas y Gráficos de los resultados. Asimismo analizaremos y discutiremos contrastando nuestros resultados con el de los antecedentes y el marco teórico a fin de determinar hallazgos significativos.

Finalmente, expresaremos nuestras conclusiones y recomendaciones respecto al tema de estudio y cómo las instituciones educativas pueden abordar este tipo de problemas que afectaría, no sólo a los estudiantes de la Universidad de San Marcos, sino también a los de distintas instituciones encargadas de formar profesionales en nuestro medio.

Presentamos los resultados de nuestro trabajo, a fin de realizar el análisis y evaluación correspondiente, esperando de este modo poder contribuir en el entendimiento de la situación del estudiante superior y plantear alternativas que puedan ayudar a superar el problema para que realmente la universidad pueda formar mejores profesionales.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El estudiante universitario, sobre todo de la UNMSM presenta una universalidad en cuanto a indicadores sociodemográficos, debido a que San Marcos es una Universidad Nacional, la Decana de América, que no restringe el ingreso a los jóvenes de toda condición socioeconómica, que desean seguir estudios superiores, por la que San Marcos es Considerada la “Cuna de la democracia y del libre pensamiento”.

Para la gran mayoría de personas que terminan la secundaria, ingresar a la Universidad es una de las experiencias más significativas, y quizá también más traumática, por las que atraviesa el joven postulante, pues debe conseguir una vacante dentro de una relación de 8 ó 10 por uno. Es decir que de cada 8 ó 10 postulantes solamente hay una vacante. Esta primera experiencia, para muchos puede ser una de las que mayor carga ansiógena y/o depresiva que puede ocasionar en los estudiantes problemas a futuro en su vida personal, social y profesional.

Una vez ingresado, el alumno debe compartir el proceso formativo con cientos de jóvenes que como él, se encuentran inmersos en una carrera hacia el título que puede

significar un salto cualitativo y cuantitativo en sus expectativas personales y sociales.

Sin embargo, saber que el mercado laboral para los jóvenes profesionales se encuentra limitado por la falta de una política de desarrollo general; también puede generar cierto nivel de frustración en el ingresante que ve todavía un camino bastante largo para alcanzar sus metas personales.

Otras veces, la falta de preparación que tiene el joven respecto a lo que es la vida y quehacer universitario, hace que tenga una visión distorsionada de ella, y cuando comienza a vivir dentro del ámbito académico, encuentra trabas y limitaciones, que van a afectar su permanencia dentro del ambiente universitario.

Asimismo, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuenta entre su población de alumnos, con jóvenes procedentes de todas las zonas urbanas y rurales de todos los Departamentos, inclusive de Comunidades Indígenas, lo cual convierte a este Centro de Estudios en una “Pequeña República, donde convergen todas las voces y todas las sangres”, por consiguiente es importante determinar las características sociodemográficas y a partir de allí establecer los niveles de comparación a través del factor depresivo. Como indicadores sociodemográficos tenemos: Tamaño de la población, Edad poblacional, Sexo, Estado Civil, Status laboral, Residencia, entre otros.

Asimismo, el tipo de relación Docente-Alumno, dentro de la Universidad es muy diferente a la relación Profesor-Alumno de la secundaria, así como el nivel de la exigencia académica que obliga a desarrollar algunas aptitudes y habilidades para el estudio y el trabajo intelectual, impregnados de una mayor disciplina. Esta nueva situación, puede ser un indicador que conllevaría a incrementar los niveles de depresión.

Son importantes los acontecimientos vitales, sobre todo los que se presentan entre el final de la adolescencia y el comienzo de la adultez, como: Ingreso la universidad, elección de la carrera, inicio de actividad laboral, elección de pareja y distanciamiento de los vínculos parentales, situaciones en las cuales los individuos susceptibles pueden sufrir depresión de variada intensidad.

El conocimiento de los transtornos depresivos es limitado a pesar de su alta incidencia en todo el mundo; por lo tanto hay necesidad de conocer las características propias de esta patología, tanto en la población general como en grupos específicos con el fin de realizar prevención primaria de salud mental e intervenciones terapéuticas.

Caracterizar la población de estudiantes en sus rasgos, riesgos y presencia de enfermedad mental es de singular importancia para su educación integral, trascendencia como individuos y como futuros profesionales.

Como podemos observar, el medio universitario, presenta factores que pueden desarrollar cuadros depresivos que pueden afectar la estabilidad psicológica del alumno, interfiriendo en su actividad formativa y personal, es por este motivo que nos encontramos interesados en plantear la siguiente interrogante:

¿Qué diferencias existen entre los estudiantes del primer año de la UNMSM respecto de las características sociodemográficas y niveles de depresión?

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

1.2 OBJETIVOS GENERALES

- Determinar y establecer los indicadores sociodemográficos más significativos en los estudiantes del primer año de la UNMSM.
- Determinar los niveles de depresión que presentan los estudiantes del primer año de la UNMSM.
- Establecer las diferencias que existen entre los estudiantes del primer año de la UNMSM, respecto de las características sociodemográficas y niveles de depresión.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.1 Determinar y establecer las diferencias que existen entre los estudiantes del primer año de la UNMSM de acuerdo a su grupo etáreo, respecto de los indicadores sociodemográficos y los niveles de depresión.

1.3.2 Determinar y establecer las diferencias que existen entre los estudiantes varones y mujeres del primer año de la UNMSM respecto de los indicadores sociodemográficos y los niveles de depresión.

1.3.3 Determinar y establecer las diferencias que existen entre los estudiantes del primer año de la UNMSM de acuerdo a su actividad laboral, respecto de los indicadores sociodemográficos y los niveles de depresión.

1.3.4 Determinar y establecer las diferencias que existen entre los estudiantes del primer año de la UNMSM de acuerdo a su nivel socioeconómico, respecto de los niveles de depresión.

1.3.5 Determinar y establecer las diferencias que existen entre los estudiantes del primer año de la UNMSM de acuerdo a con quien vive, respecto de los niveles de depresión.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

HG. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes del primer año de la UNMSM respecto de los indicadores sociodemográficos y los niveles de

depresión.

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECIFICAS

H1. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de diversos grupos de edad, del primer año de la UNMSM respecto de los indicadores sociodemográficos y los niveles de depresión.

H2. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes varones y mujeres del primer año de la UNMSM respecto de los indicadores sociodemográficos y los niveles de depresión.

H3. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes del primer año de la UNMSM de acuerdo a su actividad laboral, respecto de los indicadores sociodemográficos y los niveles de depresión.

H4. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes del primer año de la UNMSM de acuerdo a su nivel socioeconómico, respecto de los niveles de depresión.

H5. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes del primer año de la UNMSM según vivan con sus padres o no, respecto de los niveles de depresión.

1.5 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene importancia significativa, pues permitirá adaptar y baremar un instrumento altamente confiable a nuestro medio, así como también, mostrar las similitudes con otras investigaciones a nivel transcultural.

Nos permitirá obtener una información sobre aspectos que influyen tanto en el desarrollo personal, intelectual y profesional del estudiante de la Universidad de San Marcos.

Nos permitirá, asimismo, formular estrategias preventivas complementarias y aplicables a los procesos de admisión, así como aplicarlos durante su formación universitaria.

Asimismo, estaremos contribuyendo a ampliar el conocimiento de los problemas que enfrenta el alumno del primer año, y proyectar sus efectos en el alumno regular, a fin de proponer una Política de Salud Mental dentro de la Universidad, y especialmente en áreas en los cuales se forman profesionales que interactuarán resolviendo problemas humanos y sociales.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES

Entre los alcances y limitaciones que podemos encontrar para nuestro trabajo tenemos:

Se requiere contar con una muestra estadísticamente significativa para la baremación del instrumento, por lo que se deberá recurrir a una adaptación previa de tipo local y con pequeñas muestras que deben ser ampliadas para lograr un mayor referente estadístico.

Trabajamos con la población de alumnos del primer año de San Marcos pues es una de las Universidades Nacionales con mayor número de alumnos y de ingresantes lo cual permitirá tener una menor dispersión en los datos, esperando se amplie el estudio a otras universidades.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ESTUDIOS PREVIOS

Una revisión de las fuentes bibliográficas en los últimos diez años, nos permite señalar que no existen estudios similares al planteado, por lo cual podemos afirmar que nuestro trabajo es novedoso y por lo tanto significativo. Una revisión en las fuentes electrónicas (Internet), nos permite conocer que sobre el instrumento hay algunos estudios y que existen temas colaterales a nuestro estudio, los cuales utilizaremos como referentes.

Con respecto a las investigaciones internacionales que sustentan nuestro trabajo, se pudo tener acceso a las siguientes: la realizada por Rosselló, Luisa, Sola Ralat, Martínez & Nieves (1992), quienes usando el Inventario de Depresión para Niños (CDI) evaluaron a 217 participantes entre 7 y 16 años de edad de una escuela de la comunidad, 57% (n=125) mujeres y 43 % (n=92) varones. Los resultados demostraron que el 28% (n=61) de los participantes presentaban características de depresión moderada, mientras que 18% (n= 40) depresión grave.

En otro estudio, Nieves, Rosselló & Guisasola (1993), exploraron diferencias en edad y género entre niños, niñas, y adolescentes con depresión, en una muestra de comunidad por disponibilidad. Participaron 243 jóvenes entre 7 y 16 años de edad, para evaluar diferencias por género en torno a la depresión. Se aplicó el CDI, para evaluar

sintomatología depresiva, diferencias por género y edad en la puntuación general del CDI que no resultaron significativas pero la diferencia en género y edad en términos de sintomatología fueron significativas; las mujeres informaron llorar y sentirse solas más frecuentemente en peleas. En comparación los niños y niñas demostraron puntuaciones significativamente más altas en reactivos concernientes a toma de decisiones, soledad, preocupaciones en torno a dolores y sufrimientos, disgustos por apariencia, desobediencia, peleas, y relaciones interpersonales difíciles.

Rosselló (1993), publicó un informe con dos estudios de casos de adolescentes deprimidos, quienes estuvieron bajo tratamiento interpersonal y cognitivo conductual (12 sesiones). Se aplicaron dos medidas del CDI, el Inventario de Depresión para Niños y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), así como la Escala de autoconcepto de Piers Harris (PHSCS) antes y después del tratamiento. Los resultados indicaron que después del tratamiento disminuyó la sintomatología depresiva y aumentó la autoestima, comprobando así la viabilidad de estos acercamientos.

Gonzáles & Andrade (1993), realizaron una investigación con los “estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos”, demostraron que en la adolescencia las relaciones con el grupo de pares constituyen elementos importantes para establecer nuevas relaciones sociales maduras, donde el grupo de amigos compite con el grupo familiar de referencia. Este trabajo intentó identificar la relación entre algunos estresores sociales cotidianos, el malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Los resultados indican que en adolescente varones y mujeres los conflictos con el mejor amigo (a) se relacionan con ánimos depresivos y tendencias a somatizar el malestar. Además las mujeres tienden a sentirse mal en sus relaciones interpersonales y con ideación suicida. Se pudo apreciar que el malestar depresivo tenía una forma diferente de expresión psicoplástica según el sexo.

En otro estudio, Martínez & Rosselló (1995), exploraron la relación entre funcionamiento familiar y depresión, en una muestra de 265 estudiantes puertorriqueños del área metropolitana, con edades de 9 a 20 años, se utilizaron como instrumentos el Inventario de Depresión para Niños (CDI), el de Funcionamiento Familiar (FAM), y la Escala de envolvimiento emocional y crítica familiar (FEICS).

Los resultados indicaron una correlación alta y significativa entre sintomatología depresiva y funcionamiento familiar pobre; las áreas de comunicación, envolvimiento emocional y cumplimiento de tareas en la familia se identificaron como las variables de mayor valor predictivo de sintomatología depresiva.

Velásquez, Sáez & Rosselló (1995), exploraron las estrategias de manejo y síntomas depresivos en adolescentes, encontrando que los adolescentes utilizan más las estrategias de manejo por separado, siendo la más utilizada la de aliviar tensiones por medio de las distracciones y la menos utilizada fue la de aliviar tensiones por medio del uso y abuso de sustancias, expresiones de enojo o ambas.

En otro estudio Sáez & Rosselló (1996), encontraron en la relación entre percepción sobre los conflictos maritales de los padres, el ajuste familiar y la sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes puertorriqueños, que los resultados reflejaron una relación positiva y significativa entre desajuste familiar y sintomatología depresiva.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2.2.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN.

Es tarea del psicólogo, conocer las características de las personas sobre los cuales ejerce algún tipo de relación, en este caso, sobre los estudiantes. El presente trabajo se inicia con la revisión de las estadísticas nacionales del periodo 1990-2000, relacionadas al sector Educación, Área Superior Universitaria (INEI-2001). Esto nos permite tener un conocimiento real del material humano que se va a investigar más adelante, asimismo se recoge la información sobre los recursos básicos para el proceso educativo dentro del espacio muestral, infraestructura de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El conocimiento sobre la población y sus características, particulares en este caso, constituye un área especializada dentro de las disciplinas de las Ciencias Humanas y Sociales que se denomina demografía.

La Demografía entendida como el análisis numérico del estado y movimiento de la población, universitaria en nuestro caso, inclusive la enumeración censal y la anotación de procesos vitales nos brinda un perfil de la situación real de nuestro objeto de estudio.

Los indicadores sociodemográficos escogidos en el presente estudio son los siguientes:

Tamaño de la población, Edad poblacional, Sexo, Estado Civil, Status laboral, Residencia. Como indicadores de los procesos vitales (natalidad mortalidad) consideramos el Número de Postulantes, Número de Vacantes-Ingresantes, el Número de Egresados, y Deserción Universitaria.

2.2.1.2. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS (ANÁLISIS DE LOS INDICADORES)

Tamaño de la población , en el Sistema Universitario nacional existen 80 Universidades, 32 Nacionales y 48 Privadas, brindándose en la San Marcos preparación profesional a través de 20 Facultades y 45 Carreras profesionales (compendio Estadístico, UNMSM 2000).

La Población Universitaria a nivel Nacional y en San Marcos, en el Periodo 1991-2000 se presenta en la Tabla Nº 1.

Tabla Nº 1: MOVIMIENTO POBLACIONAL UNIVERSITARIO 1991-2000

DATOS	Total Postulantes	Total Ingresantes	Total Matriculados	Total Graduados	Total Titulados	Total Deserción	N T
Total Sistema Univ. Peruano	2 306 209	900 284	3 984 260	402 962	271 647	767,305	1
UNMSM	467 298	44 604	257 156	29 353	25 537	41,872	3,
% UNMSM	20. 263	4. 954	6. 454	7. 284	9. 401	5.457	2.

Edad poblacional , De acuerdo a los indicadores estadísticos, la edad solamente cobra un significado cuando es comparado con otras características, como puede ser ingreso al Sistema Universitario, Área profesional de elección, Egreso del Sistema Universitario.

Sexo , es otro indicador que también cobra significado cuando es comparado con otras características, como puede ser ingreso al Sistema Universitario, Área profesional de elección, Egreso del Sistema Universitario.

De especial interés es el análisis de la relación entre sexo y edad. La llamada pirámide de población o más específicamente pirámide de edad y sexo es el instrumento analítico más usado por los demógrafos para estudiar la relación entre ambas características y especialmente para analizar las variaciones de edad y sexo entre varias poblaciones, como podría ocurrir en cuanto a las preferencias profesionales.

Estado Civil , los estados civiles más corrientes de los grupos poblacionales son: casado, soltero, divorciado, separado, viudo y conviviente. El estado civil es otra de las características que tiene mucho que ver con la idiosincrasia de los grupos humanos. El predominio de un estado civil determinado, puede ser a la vez consecuencia y causa de una serie de fenómenos Psicosociales dentro de la sociedad. Durkheim, por ejemplo, señaló una relación estrecha entre el estado civil y el suicidio; en nuestro caso podría estar relacionado con el factor repitencia o deserción dentro del Sistema Universitario.

Status Educativo , la capacidad que desarrollan las personas depende del tipo y cantidad de estímulos que reciben dentro del proceso educativo básico (inicial, primario y secundario), esto puede diferir en función al tipo de centro educativo de procedencia; es decir proceder de un Centro Educativo estatal o particular de sectores populosos, puede significar poca estimulación y por ende falta del desarrollo de habilidades y capacidades para la formación profesional, mientras que proceder de un medio educacional en el cual el educando encuentra los medios necesarios para hacer posible un mayor desarrollo intelectual puede influir en sus capacidades posteriores, en el sistema universitario; precisar si esta relación es directa o no, es una respuesta que puede obtenerse de la comparación permanente de estos indicadores.

Status laboral , la ocupación es una característica que influye grandemente en la estructura y modo de vida de un grupo humano. No es necesario grandes esfuerzos para comprender que la forma de vida de un estudiante que trabaja, difiere a veces sustancialmente, de un estudiante que depende de sus padres, la posibilidad de acceder a los medios e instrumentos para facilitar su formación, o el tiempo que puede dedicarle al estudio, se refleja como consecuencia de la actividad que el sujeto realiza.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Residencia , determinar el área en el cual habita la persona, (urbana, marginal, rural) implica un factor socio-cultural. El área es rural, urbano o marginal, por el tipo de gente que vive en ella, depende del tipo de actividades, relaciones y ocupaciones que se llevan a cabo dentro de la población. Puede ser densa o escasamente poblado, puede tener una homogénea o heterogénea expresión cultural. Ser urbano, rural o marginal, vivir en determinada área geográfica, pero sobre todo tener ciertas condiciones que lo hacen pensar, sentir y actuar en forma peculiar.

Como indicadores de los Procesos Vitales (natalidad mortalidad) consideramos el Número de Postulantes, respecto a los otros indicadores como el Número de Vacantes-Ingresantes, que reflejaría un indicador de "natalidad" dentro del Sistema Universitario; otro indicador es el Número de Graduados y Titulados, que estaría indicando los frutos de la labor del Sistema Universitario o "crecimiento" a favor del sistema social, mientras que el indicador de Deserción Universitaria podría representar el de la "mortalidad". Para efectos de nuestro trabajo consideramos el periodo 1991-2000 encontrando que la variación poblacional en el Sistema Universitario Peruano y en San Marcos durante este periodo es tal como se presenta en las Tablas Nº 2, 3, 4, 5, 6 y 7.

Tabla Nº 2: POSTULANTES A UNIVERSIDADES NACIONALES Y PRIVADAS. PERIODO 1991-2000

UNIVERSIDAD	Número de postulantes									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
NACIONAL	159,384	174,683	199,198	217,755	229,484	237,187	229,107	245,504	300,993	312,91
PRIVADA	74 126	75 638	65 911	62 671	66 705	64 364	62 149	78 049	72 202	68 533
TOTAL	159,384	174,683	199,198	217,755	229,484	237,187	229,107	245,504	300,993	312,91
UNMSM	27 886	31 781	40 287	45 195	50 214	55 842	42 276	51 844	55 581	66 392
% UNMSM	17.4961	18.1935	20.2246	20.755	21.8813	23.5434	18.4525	21.1174	18.4659	21.217

De acuerdo a los datos de la Tabla Nº 2, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos presenta un incremento de postulantes en el periodo 91-96 y fluctuaciones en los periodos siguientes (97-98; 99-2000).

Tabla Nº 3: INGRESANTES A UNIVERSIDADES NACIONALES Y PRIVADAS. PERIODO 1991-2000

UNIVERSIDAD	Número de ingresantes								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
NACIONAL	41,192	42,610	44,909	44,453	45,501	44,118	45,921	44,668	47,510
PRIVADA	39,344	39,088	38,833	38,770	44,675	47,169	46,875	51,174	51,998
TOTAL	80,536	81 698	83 742	83 223	90 176	91 287	92 796	95 842	99 508
UNMSM	3,951	3,626	3,604	4,035	4,058	5,440	3,461	4,725	6,032
% UNMSM	4.90588	4.4383	4.30369	4.84842	4.50009	5.95923	3.72969	4.92999	6.0618

De acuerdo a los datos de la Tabla Nº 3, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos presenta un incremento de ingresantes en el periodo 92-96, una baja el año 1997 y un incremento elevado en 1999 que equivale al 6% de las Vacantes-Ingresantes a nivel nacional.

Tabla Nº 4: ALUMNOS MATRICULADOS EN UNIVERSIDADES NACIONALES Y PRIVADAS, 1991-2000

UNIVERSIDAD	Alumnos matriculados								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	19
NACIONAL	237,068	241,696	237,207	242,133	243,116	249,578	239,167	231,060	24
PRIVADA	137,062	145,993	141,082	143,482	158,300	162,073	167,410	169,193	16
TOTAL	374,130	387,689	378,289	385,615	401,416	411,651	406,577	400,253	41
UNMSM	29,300	28,876	26,807	25,530	24,305	25,732	22,350	22,334	23
% UNMSM	7.8315	7.44824	7.08638	6.62059	6.05482	6.25093	5.49711	5.57997	5.7

De acuerdo a los datos de la Tabla Nº 4, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos presenta un decremento de alumnos matriculados en el periodo 1991-1995, probablemente debido a los efectos de la crisis económica; esta situación toca fondo entre 1997 y 1998, donde comienza a elevarse y se observa que en el año 2000 tiene una población similar al que tenía en 1992 y que equivale aproximadamente al 6,58% de la Población Universitaria Matriculada ese año, a nivel nacional.

Tabla Nº 5: ALUMNOS GRADUADOS EN UNIVERSIDADES NACIONALES Y PRIVADAS, 1991-2000

UNIVERSIDAD	Número de graduados								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	199
NACIONAL	14,197	17,885	21,412	22,277	22,308	24,971	28,232	29,249	30,
PRIVADA	9,852	18,639	16,952	15,777	15,621	14,683	16,984	16,057	17,
TOTAL	24,049	36,524	38,364	38,054	37,929	39,654	45,216	45,306	47,
UNMSM	1,756	1,880	3,215	3,390	2,899	3,056	3,509	3,042	3,2
% UNMSM	7.30176	5.1473	8.38025	8.90839	7.64323	7.70666	7.76053	6.71434	6.7

De acuerdo a los datos de la Tabla Nº 5, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene una frecuencia estable de Graduados observándose una baja en la tasa (%) para el año 1992, respecto al Total Nacional, y que mientras en el periodo 1996-2000 la Universidad Peruana gradúa un mayor número de profesionales, San Marcos mantiene su misma frecuencia (6,7%).

Tabla Nº 6: NÚMERO DE TITULADOS EN UNIVERSIDADES PÚBLICAS, 1991-20

UNIVERSIDAD	Número de titulados								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	199
NACIONAL	11,031	11,664	13,870	14,436	14,617	15,677	18,775	22,829	22,
PRIVADA	4,468	4,783	8,848	10,194	11,439	10,956	11,823	11,861	13,
TOTAL	15,499	16 447	22 718	24 630	26 056	26 633	30 598	34 690	35
UNMSM	1,588	1,664	2,813	2,277	2,152	2,254	2,738	2,983	2,5
% UNMSM	10.2458	10.1173	12.3823	9.24482	8.25913	8.46318	8.9483	8.59902	6.9

De acuerdo a los datos de la Tabla Nº 6, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos presenta un nivel ascendente de titulados profesionales que se incorporan al

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

sistema laboral peruano. Aunque las tasas (%) varían con respecto al Sistema Universitario Nacional, San Marcos mantiene mayor estabilidad en los datos, elevándose súbitamente estos en el año 2000, en el que casi duplica el número de titulados de 1996 y triplica el de 1991.

Tabla Nº 7: Movimiento Poblacional Deserción Universitaria y No Titulación. MOVIMIENTO POBLACIONAL UNIVERSITARIO PERIODO 1991-2000

GENERAL	AÑOS								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Postulantes	159,384	174,683	199,198	217,755	229,484	237,187	229,107	245,504	300,993
Ingresantes	80,536	81,698	83,742	83,223	90,176	91,287	92,796	95,842	99,508
Matriculados	374,130	387,689	378,289	385,615	401,416	411,651	406,577	400,253	412,067
Graduados	24,049	36 524	38 364	38 054	37 929	39 654	45 216	45 306	47 865
Titulados	15,499	16 447	22 718	24 630	26 056	26 633	30 598	34 690	35 832
Deserción	0	68,139	93,142	75,897	74,375	81,052	97,870	102,166	87,694
No Titulados	8,550	20,077	15,646	13,424	11,873	13,021	14,618	10,616	12,033

TABLA Nº 8: MOVIMIENTO POBLACIONAL EN LA UNMSM. PERIODO 1991-2000

UNMSM	AÑOS									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Postulantes	27886	31781	40287	45195	50214	55842	42276	51844	55581	66392
Ingresantes	3951	3626	3604	4035	4058	5440	3461	4725	6032	5672
Matriculados	29300	28876	26807	25530	24305	25732	22350	22334	23841	28081
Graduados	1756	1880	3215	3390	2899	3056	3509	3042	3209	3397
Titulados	1566	1664	2813	2277	2152	2254	2738	2983	2500	4568
Deserción	0	4050	5673	5312	5283	4013	6843	4741	4525	1432
No Titulados	168	216	402	1113	747	802	771	709	709	1171

En las Tablas Nº 7 y Nº 8, podemos observar cómo ha sido la fluctuación de los procesos vitales de la Población Universitaria tanto a nivel nacional y dentro de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el periodo 1991-2000, en donde algunos procesos vitales están en ascenso, otros varían entre ascensos y descensos, y otros, luego de descender comienzan a elevarse.

2.2.2 DEPRESIÓN

2.2.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN

La depresión es una reacción afectiva; una emoción natural y normal. Es algo que todos podemos padecer; en realidad, si no sentimos depresión (en la forma de aflicción) cuando las circunstancias son extremadamente adversas, es que algo anormal nos ocurre. Pero existen algunas personas – de hecho, un número muy elevado de individuos – que

presentan una vulnerabilidad excesiva ante circunstancias penosas o adversas. Dichas personas tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma tan exagerada, que su conducta llega a ser patológica. Desde que el hombre ha escrito crónicas sobre su conducta, ha dejado comentarios acerca de individuos que presentaban tendencia a la melancolía.

Seguín (1962) la define como una manera de reaccionar a una posición biológica puesta en función ante vivencias de importancia decisiva para el sujeto. Cavanagh (1963) opina que es el estado mental de reconocerse frustrado en los designios e ideales de la vida.

Por otro lado Fritz (1965) afirma que es una condición de quien se siente triste, desanimado, inactivo, abatido, puede darse como una pena normal o exagerada, o en forma más acentuada: psicosis.

Hay quienes la caracterizan como una tonalidad afectiva, triste y abatida a menudo impregnada de angustia, con regresión del curso del pensamiento y generalmente síntomas físicos manifiestos (Geigy, 1972).

Otros opinan que es un estado mental patológico caracterizado por pesimismo, sentimientos de culpa, fatigabilidad y ansiedad; una forma alternativa de melancolía (Cerdá, 1973).

Según Rotondo (1973), es un estado de ánimo que puede variar de duración desde unos instantes u horas o días, hasta varios meses; estado emotivo de activación psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológica.

Arana (1988) la describe como un estado mental que se distingue por depresión, caracterizado por culpa, aflicción, ansiedad, apatía, síntomas físicos y mentales constituyendo un complemento de una pérdida de autoestima.

Otros opinan que el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios, como la neurosis de angustia. Como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. Como enfermedad, desde la óptica del modelo médico se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Vallejo, 1991).

El CEI-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave, dentro del episodio depresivo leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad; en el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y en el episodio depresivo grave, se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

Ahora bien Depresión no es sólo un estado de ánimo melancólico o una tristeza pasajera que desaparece en unas cuantas horas o incluso en unos cuantos días. Las personas que padecen depresión--o, en términos clínicos más formales, trastorno depresivo mayor--experimentan por lo menos cinco de los siguientes síntomas, los cuales deben incluir el primero o el segundo casi todos los días, todo el día, por lo menos

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

durante 2 semanas:

- Estado de ánimo depresivo persistente, incluyendo sentimientos de tristeza y de vacío
- Pérdida de interés o placer en actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluyendo el sexo
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo
- Sentimientos de culpa, de no valer nada y de impotencia
- Insomnio, despertar temprano por la mañana o dormir en exceso
- Pérdida del apetito acompañada de pérdida de peso, o comer en exceso acompañado de aumento de peso
- Disminución de la energía, fatiga y sensación de "estar en cámara lenta"
- Intranquilidad e irritabilidad
- Dificultad para concentrarse, para recordar y para tomar decisiones
- Pensamientos suicidas o de muerte (no sólo temor a morir) o intentos de suicidio
- Síntomas físicos persistentes, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos o dolor crónico que no responden a tratamiento médico y para los cuales no se puede encontrar una causa física

2.2.2.2. LA DEPRESIÓN EN LA HISTORIA

Al examinar documentos y literatura del pasado, se puede advertir que desde tiempos de la antigüedad existía la depresión como un padecimiento tan característico del hombre, y que lo ha acompañado a todo lo largo de su historia. La Biblia hace referencia a dos casos de enfermedad mental en las que interviene la depresión, estas son los casos de los reyes Saúl y Nabucodonosor.

Saúl presentó falta de dominio de sus impulsos y suspicacia casi paranoide con lo que mostró la gravedad de su depresión. Nabucodonosor padeció de depresiones intensas que se caracterizaron por irritabilidad anormal y periodos durante los cuales el rey creía haberse convertido en un animal salvaje.

Corresponde a Hipócrates las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía. En el Corpus Hipocraticum se reconoce ya un tipus melancolicus inclinado a padecer este trastorno, cuya causa es una patología de los humores básicos y concretamente un exceso o alteración de la bilis negra. Fue Aristóteles el primero que dedicó un estudio monográfico a este problema.

En el siglo IV Areteo de Capodocea describió casos de agitación maniaca e inhibición alternantes en una misma persona, siguiendo la teoría hipocrática, atribuía ésta condición a desequilibrios humorales.

En la Edad Media, Alejandro Trelles (525-605), dedica a este trastorno unas excelentes páginas en su obra “Doce libros sobre el arte médico”. Constantino fue el primero en describir los síntomas de la melancolía, miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. Cabe mencionar a Tomás de Aquino

quien atribuyó la melancolía a cambios en los humores corporales, pero sostuvo la creencia de que las enfermedades mentales eran producidas por demonios y por influencias astrológicas.

Burton (1577 – 1640), publica en 1621 su obra "The anatomy of melancoly" que facilitó enormemente la identificación de los estados depresivos. Supo exponer con acierto las vivencias negativas de ésta situación mórbida a la vez que señaló los excesos de alegría desbordante que alternan con el estado depresivo.

En la primera parte del siglo XVII el español Andrés Piquer (1711 – 1792), describió con suma precisión la enfermedad maniaco depresiva del rey Fernando VI, hasta su muerte el 10 de Agosto de 1758. Cullen (1710 – 1790) incluye en la versariae dos géneros principales de depresión, la manía y la melancolía.

Durante la década del siglo XIX la obra de Pinel (1745 – 1826) destaca cuatro formas de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia. Su discípulo Esquirol (1772 – 1840) incluye la melancolía, que él denomina hipermanía, afirmando que la melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenida por una pasión triste, debilitante o depresiva.

En el siglo XIX se producen importantes transformaciones de las viejas categorías de manía y melancolía; va perfilando su contenido, centrado en un trastorno primario de la afectividad, y el término depresión va ganando adeptos, porque evoca unas bases más fisiológicas. En definitiva, los seis principios teóricos que sustentan el concepto de manía y depresión durante el siglo XIX fueron: 1) trastornos primarios de la afectividad y no del intelecto o la volición, 2) psicopatología estable, 3) representación cerebral, 4) periódicos, 5) genéticos en su origen con tendencias a aparecer en sujetos con personalidades predispuestas, y 6) endógenas en su naturaleza.

La palabra depresión se comienza a utilizar con frecuencia a principios del siglo XX, y se emplea como término diagnóstico de bastante asiduidad. En el siglo pasado, Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión. Autores como Perris, Winosur y Angst (1985), han abundado en esta distinción, abordándola desde varios puntos de vista (clínicos, genéticos, etc.) Perris, Herman (1987) ha sugerido que a la era de la angustia (años 50), le a sucedido la era de la depresión (años 80).

De hecho, la depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a conductas suicidas. Ahora bien, como señala Cohen (1992) todavía hoy se desconoce la fisiología y la etiología del trastorno bipolar y posiblemente bajo este término se encubren varios trastornos diferentes que hoy en día no somos capaces de identificar.

El múltiple uso del término y la carencia de una definición acarrea mucha confusión. Sobre este punto cabe mencionar la existencia de una multiplicidad de definiciones como por ejemplo según Klein (1948), la depresión es un estado de ánimo en que se vive parcial o totalmente los sentimientos de la posición depresiva. Puede ser una reacción normal a experiencias de pérdida o una reacción patológica de carácter neurótico o psicótico.

Como dice, Delgado (1960), la característica más común y específica de los estados

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

depresivos es la pesadumbre intrínseca, con la consiguiente realidad negativa de la intencionalidad del ánimo frente al mundo, frente a sí mismo, frente al propio cuerpo, incluso, frente a la vida.

2.2.2.3. TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

Las teorías psicológicas de la depresión nacieron dentro del psicoanálisis y subrayaban la baja autoestima como síntoma clave del trastorno. Las teorías clásicas entendieron a la depresión como reacción a la pérdida del objeto amado, esta pérdida provocaría deseos hostiles hacia ese objeto que, sin embargo sería dirigido a uno mismo (Karl, Abraham, 1924) Las teorías psicoanalíticas más recientes siguen planteando la pérdida del objeto amado, pero no comparten la hipótesis de la ira interiorizada por la pérdida, han desarrollado una autoestima excesivamente dependiente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados (Benporad, 1985).

Dentro de las teorías conductuales, Rehm (1977) elaboró una teoría de la depresión basado en el aprendizaje social, en la cual su más importante contribución sea la forma de ver objetivamente a la gente deprimida y de hacer posible que comunique con exactitud una descripción de su conducta, así como de las circunstancias en que se presenta. Los teóricos del aprendizaje ve la depresión como una función del reforzamiento inadecuado o insuficiente, o como una falta de congruencias o relación entre el reforzamiento y determinadas clases de conducta. Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la depresión como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social, que incluye dinero, prestigio, y amor; así también un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos para desencadenar un episodio depresivo (Kanfer, 1970).

Así mismo, las teorías cognitivas, plantean que los síntomas cognitivos, son como el sujeto va a interpretar los acontecimientos que le ocurren. Este enfoque es el que domina actualmente la conceptualización psicológica. Para Beck (1983), se produce un procesamiento negativamente distorsionado de la información del entorno, procesamiento que se concreta en una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Los pensamientos distorsionados ocurren tempranamente en la cadena de eventos que culmina con la depresión. La creencia en el destino y las exigencias hacia sí mismo o hacia otros, son vistas como las causas de una predisposición a desilusionarse, perder el optimismo, y finalmente caer en una depresión. Beck encontró que los deprimidos tendían a distorsionar sus experiencias en forma peculiar, interpretando equivocadamente sucesos irrelevantes, como rechazos, fracasos, y generalizan arbitrariamente cualquier evento, basados en estos hechos. Beck, propuso que ciertos esquemas cognitivos dominan el proceso mental y llevan a distorsiones cognitivas en la depresión.

La teoría de la autofocalización de Lewinsohn (1985), postula que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, pero depende de una variable mediadora cognitiva que es la autoconciencia. Quizás como reacción a este exagerado énfasis de los síntomas cognitivos algunas de las más recientes teorías psicológicas han vuelto sus miradas hacia el ambiente, hacia los factores interpersonales,

resaltan el papel de las primeras experiencias infantiles del apego en la configuración de la depresión. Consideran las habilidades interpersonales que el sujeto ha aprendido y que influyen en la cantidad de acontecimientos estresantes que afrontará en su vida, y por último señalan la importancia que tiene la respuesta de las personas significativas del entorno en la duración y gravedad del trastorno (Vásquez y Sánz, 1991).

Por otro lado, uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos ha sido el enfoque interpersonal. Enfatiza la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. James Coyne (1976), sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos, cuando esa ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven a las personas de su ambiente en busca de apoyo social, pero que las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos gradualmente llegan a ser aversivos para los miembros de su entorno social, la persona deprimida se da cuenta de estas reacciones negativas en los otros, y emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continúa hasta que las personas del entorno social se apartan totalmente de la persona deprimida, dejándola sola y confirmando así su visión negativa sobre sí mismo.

Las teorías más útiles parecen ser aquellas que integran diferentes factores cognitivos, conductuales, ambientales, biológicos, etc; resulta claro que un cuadro depresivo es el resultado de la intervención de variables diversos, psicológicos y ambientales.

2.2.2.4. TIPOS DE DEPRESIÓN

Siguiendo a Kraepelin, a principios del siglo pasado, vino la identificación precisa de los cuadros depresivos. Por supuesto, la sintomatología ha llegado a perfeccionarse tanto actualmente que algunos expertos sostienen la existencia de dos clases diferentes de depresión: la endógena, cuyo origen es atribuido a una anormalidad bioquímica, y la exógena, o reactiva, que se supone consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos.

Los que sostienen la opinión de que se trata de afecciones completamente diferentes afirman que la depresión endógena se caracteriza por una serie de síntomas: un despertar muy temprano por la mañana... actividad retardada... pérdida de peso... grandes variaciones diurnas del estado de ánimo... delirios... sentimientos de inutilidad... etc. Esos autores pretenden que tales síntomas son mucho más leves (o no existen) en las depresiones exógenas.

2.2.2.4.1. ASPECTOS ETIOLÓGICOS

Respecto a la etiología de la depresión, esta es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros. Y son: psíquicas, endógenas y somáticas.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Con relación a las causas psíquicas, se debe tener en cuenta los trastornos en el desarrollo infantil temprano o tardío, en los conflictos agudos, conflictos crónicos, trastornos de la relación social. En cuanto se refiere a los trastornos en el desarrollo infantil, se ha llegado a determinar que el lactante por el hecho de no hablar, no puede expresar su tristeza, su desolación y desesperanza, de la misma manera que lo haría el adulto. Al respecto las investigaciones que se han hecho, han determinado que la depresión en los, lactantes y niños se llama “depresión anaclítica”, se debe a que cualquier circunstancia lo genera. Los expertos le dan el nombre de hospitalario a este fenómeno de estados depresivos graves con peligro para el desarrollo y que son consecuencia de la falta de la madre (Scheineider, 1980).

Por otro lado, y a decir de O. Benkert (1981), cuando un niño ha perdido su agresividad natural, y se inhibe constantemente es que se encuentra haciendo un cuadro depresivo con sus respectivas consecuencias para la vida adulta.

Melanie Klein (1948), explica el desarrollo de la depresión, diciendo que la base de la depresión se forma en el primer año de vida, en esta etapa los niños atraviesan un estadio evolutivo al que dio el nombre de “actitud depresiva”, que se caracteriza por fases de tristeza, temor, y culpa; de no superarse forman la base patológica de la depresión.

Según Freud (1917), la ausencia de amor, apoyo, a partir de una figura significativa (por lo general uno de los padres) durante un estado crucial del desarrollo del sujeto; predispone la depresión en épocas posteriores a la vida.

Con respecto a la causa endógena y desde el punto de vista del organismo humano, de su estructura y de su función han sido observados diversos fenómenos de gran interés relacionados con las causas de la depresión, así tenemos: a) factor hereditario, b) cambios hormonales y c) alteraciones bioquímicas.

En cuanto a las causas somáticas de la manifestación depresiva, Ostow (1963), menciona a algunas enfermedades orgánicas como la hepatitis infecciosa, la enfermedad de parkinson, etc; y el uso de drogas pueden tener su aspecto depresivo.

Benkert (1981), señala que además de estas enfermedades se incluyen las lesiones cerebrales, epilepsia, afecciones cardio circulatorias, abuso crónico del alcohol, etc; como causantes de depresiones.

Así mismo Kielholg (1971), señala y correlaciona al estado depresivo, de la depresión orgánica como un daño orgánico posible de captar, en donde la estructura cerebral se encuentra lesionada.

Con relación a la sintomatología de la depresión, con fines didácticos para su comprensión, se dividen en: síntomas anímicos, motivacionales y conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales.

En los síntomas anímicos, la tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión (Klerman, 1987). Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad (habituales) en ocasiones predomina; también está presente la irritabilidad, sensación de vacío, ansiedad, incluso en depresiones graves el sujeto puede llegar a negar sentimientos de tristeza.

Los síntomas motivacionales y conductuales, implican el estado general de

inhibición, disminución en la capacidad de disfrute, levantarse de la cama por las mañanas o asearse puede convertirse en tareas casi imposibles, hay casos de abandono laboral, estudios, retardo psicomotor (forma grave, enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, etc.).

Dentro de los síntomas cognitivos, la memoria, atención y concentración pueden llegar a resentirse, incapacitando su desempeño, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está bien alterado, la valoración de sí, de su entorno pueden ser negativas, autodepreciación, autoculpa, baja autoestima (se plantea que las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma).

En los síntomas físicos, aparecen cambios físicos y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Problemas de sueño (insomnio, quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertar precoz), fatiga, pérdida de peso, disminución del deseo sexual, molestias corporales (dolor de cabeza, espalda, nauseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa). Así pues, los síntomas físicos a veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la clínica, o entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica; y aquellos que no lo hacen (Goldberg y Huxley, 1992).

2.2.2.4.2. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Los síndromes de depresión y manía, representan la vía común final de varios procesos. Los estados afectivos secundarios se superponen cronológicamente a trastornos no afectivos preexistentes y, a menudo, representan una consecuencia comprensible de ellos, por vía somática y/o psicológica.

En los estados del humor asociados a trastornos no afectivos, la depresión y la manía son probablemente expresiones sindrómicas parciales, con frecuentes combinaciones de paranoia, ansiedad, delirium o demencia. Cuando se desarrolla un síndrome afectivo completo en un marco de enfermedad mental, probablemente participen factores etiológicos importantes en los trastornos primarios del humor.

La herencia es el factor predisponente establecido más importante, aunque las formas esporádicas (no familiares) no son infrecuentes, en particular en episodios únicos y depresiones poco recurrentes, donde la evidencia de la contribución genética es todavía motivo de discusión. Hay una mayor evidencia -basada en estudios de adopción y de gemelos- de factores genéticos en los trastornos unipolares y bipolares recurrentes. El modo preciso de herencia es todavía incierto, pero los genes dominantes simples (ligados al cromosoma X o autosómicos) han sido objeto de hipótesis que recientemente se han afianzado por estudios de genética molecular; de forma alternativa, los trastornos unipolares y bipolares pueden disponerse en un hipotético continuum poligénico de gravedad. Los resultados metabólicos finales reflejan cierta forma de disregulación en la neurotransmisión límbico-diencefálica, posiblemente a nivel de receptores, aunque no existen pruebas directas de alteraciones específicas del neurotransmisor en los trastornos del humor. No obstante, evidencias indirectas neurofisiológicas, farmacológicas y endocrinológicas implican anormalidades en el cerebro medio; por ejemplo, la respuesta atenuada de la hormona del crecimiento a la clonidina, agonista a2, el

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

acortamiento de la latencia de la fase de movimientos oculares rápidos (REM) y las alteraciones circadianas del sueño, la inducción REM por arecolina, el aumento de supresión de melatonina por la luz, la respuesta atenuada de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) al factor liberador de la hormona corticotropa (CRH), la hipercortisolemia con interrupción del ritmo diurno y la resistencia a la prueba de supresión de la dexametasona (TSD), y la respuesta atenuada de la hormona estimulante del tiroides (TSH) a la hormona sintética tirotropina (protirelina [TRH]). De forma acumulativa, dichos hallazgos apoyan la noción de disregulación en la neurotransmisión colinérgica y catecolaminérgica. También han aparecido pruebas indirectas de la disregulación serotoninérgica, medida por una respuesta atenuada de la hormona del crecimiento (GH) a la fenfluramina, y por una disminución de la captación serotonínica plaquetaria en la depresión y una reducción del ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) en el LCR de los pacientes, deprimidos o no, que emprenden actos suicidas o violentos.

La pérdida de los padres durante la infancia no entraña un mayor riesgo de trastorno del humor, pero estas personas tienden a presentar sus primeras depresiones a una edad más precoz, siguen un curso crónico intermitente, muestran mayores trastornos de personalidad e intentan, con mayor frecuencia, el suicidio.

Los factores de estrés que provocan episodios afectivos pueden ser psicológicos o biológicos. De este modo, acontecimientos vitales (en particular las separaciones) preceden a menudo a los episodios depresivos y maníacos; no obstante, estos acontecimientos pueden representar las manifestaciones prodrómicas de un trastorno del humor más que ser su causa (p. ej., las personas con un trastorno afectivo a menudo alienan a los que aman). El cambio de depresión a manía suele ir precedido de una reducción del sueño durante 1-3 días y puede ser experimentalmente inducido por deprivación del sueño o de la fase REM. Clínicamente, dichos cambios también suceden con frecuencia tras la terapia antidepresiva.

Aunque cualquier tipo de personalidad puede desarrollar una depresión clínica, los rasgos de personalidad que más comúnmente se observan en las enfermedades afectivas son tendencias temperamentales hacia la distimia y la ciclotimia. Así pues, las formas unipolares surgen con mayor probabilidad en individuos con antecedentes de introversión y tendencias neuroticoansiosas. Estos individuos son inseguros, con inclinación hacia la culpa y la ansiedad y, a menudo, carecen de las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las variaciones significativas de la rutina, que son impuestas por las presiones vitales, incluyendo el estrés de la depresión; esto significa que dichas personas experimentan mayores dificultades para recuperarse de un episodio depresivo. La estructura de la personalidad en los pacientes bipolares tiende a ser menos "neurótica", aunque está sujeta a mayores fluctuaciones de la energía y el humor, de la extroversión y la orientación hacia los logros. Utilizan más a menudo la actividad para combatir la depresión, lo que puede explicar la menor duración de las depresiones bipolares.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres a la depresión suele asociarse a su presumible mayor sensibilidad, dependencia pasiva e impotencia en controlar su destino en sociedades orientadas por el varón. No obstante, la vulnerabilidad biológica es al menos igualmente relevante; las mujeres tienen 2 cromosomas X (importantes en la

enfermedad bipolar si está implicada una herencia dominante ligada al cromosoma X) y, en comparación con los varones, muestran mayores niveles de monoaminooxidasa (la enzima que degrada los neurotransmisores considerados importantes para el humor), cuyos genes han sido localizados recientemente en el cromosoma X; tienen una función tiroidea más precaria, pueden usar anticonceptivos orales depresores y sufren cambios endocrinos premenstruales y en el post parto. En cuanto a los posibles mecanismos esenciales de las diferencias entre tasas de depresión según el género, estudios recientes sugieren que los factores temperamentales pueden mediar entre género y depresión. Así pues, las mujeres clínicamente deprimidas pertenecen con mayor probabilidad al estilo de personalidad introvertido que se observa entre los unipolares, mientras que los varones deprimidos exhiben de forma significativa tendencias a la extroversión que se observan entre los bipolares. Esto volvería a sugerir que, una vez deprimidas, las mujeres tienen una mayor dificultad para recuperarse de los episodios.

2.2.2.4.3. TRASTORNOS DEL HUMOR

También llamados Trastornos afectivos, son estados psicopatológicos en los que una profunda alteración del humor constituye la manifestación central. El término trastorno afectivo, que en su sentido amplio incluye también la ansiedad y las neurosis relacionadas, se ha ido sustituyendo por el término trastorno del humor, internacionalmente preferido y más delimitado. Estos estados clínicos, en particular las formas depresivas, son heterogéneos y frecuentes tanto en psiquiatría como en medicina general.

TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

Los humores son emociones sostenidas; los afectos son expresiones de menor duración. La depresión y la euforia tienden a dominar el cuadro clínico en los trastornos del humor; la ansiedad y la ira son manifestaciones menos constantes.

La tristeza y la alegría forman parte de la vida diaria y deben diferenciarse de la depresión mórbida y de la manía. La tristeza, o depresión normal, es una respuesta humana universal ante la derrota, el desaliento u otras situaciones adversas; la respuesta puede ser adaptativa, permitiendo la retirada para conservar los recursos internos. También se producen períodos depresivos transitorios como reacción a ciertas vacaciones o aniversarios significativos, así como durante la fase premenstrual y la 1a semana del post parto. Esta tristeza de las vacaciones, reacciones de aniversario, tristeza premenstrual y post materna no son en sí mismas psicopatológicas, si bien las personas predispuestas a los trastornos del humor pueden desmoronarse durante dichos períodos.

El duelo (aflicción normal), prototipo de depresión reactiva, también se manifiesta por síntomas de ansiedad, como insomnio inicial, intranquilidad e hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Estas reacciones se producen en respuesta a separaciones y pérdidas significativas; por ejemplo, muerte, separación marital, fracaso sentimental, abandono del entorno familiar, emigración forzada o catástrofes. Al igual que otros tipos de adversidad, el duelo y la pérdida parecen no causar depresión clínica, excepto en aquellas personas predispuestas a los trastornos del humor.

La euforia se asocia popularmente al éxito y a los logros. Sin embargo, depresiones

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

paradójicas también pueden seguir a estos episodios positivos, debido posiblemente al aumento de responsabilidades asociado, al que a menudo deben enfrentarse solos. La euforia se conceptualiza en ocasiones de forma psicodinámica como una defensa frente a la depresión o como una negación del dolor por la pérdida; por ejemplo, la rara forma de reacción de pérdida en la cual una hiperactividad eufórica puede sustituir completamente al dolor que cabía esperar. El concepto de "huida hacia la salud" se emplea para explicar los breves períodos lúcidos y llenos de energía que se encuentran en personas moribundas o en aquellos que necesitan emprender acciones sobrehumanas frente a una dureza de la vida poco habitual. De nuevo, en individuos predispuestos, dichas reacciones pueden ser el preludio a la manía clínica.

La depresión y la manía clínica se diagnostican cuando la tristeza o la euforia es demasiado intensa y supera el impacto esperado de un episodio vital y estresante; a menudo, el humor patológico puede surgir incluso sin tensiones vitales aparentes o significativas. Además, en diferentes subtipos de trastornos del humor, los síntomas y signos se acumulan en síndromes que en general recurren de forma episódica o que siguen un curso de cronicidad intermitente de baja intensidad. El deterioro del funcionamiento, que surge tanto de la severidad sostenida de los episodios como de la cronicidad de la enfermedad, es otra característica que separa los trastornos del humor de las reacciones emocionales normales.

Es clínicamente útil diferenciar entre los trastornos del humor bipolares (que muestran períodos depresivos y de excitación o euforia) y los unipolares (sólo depresivos). Los episodios depresivos unipolares tienden a durar entre 6 y 9 meses, aunque el 15-20 % de los casos se cronifican por un período de 2 a 3 años. En los trastornos bipolares la edad de instauración es menor, la duración de los episodios es más corta (3-6 meses) y los ciclos (tiempo transcurrido desde la instauración de un episodio hasta el siguiente) son más cortos y, en consecuencia, la frecuencia de episodios y la alteración en el funcionamiento social y en el desarrollo son mayores. Estas características pronósticas se acentúan particularmente en los trastornos bipolares de tipo ciclador rápido (aumento en la frecuencia de ciclos de humor -generalmente 3 a 4 episodios/año- de menor duración).

El trastorno bipolar del humor se inicia comúnmente como depresión y se caracteriza por, al menos, un período eufórico en algún momento durante el curso de la enfermedad. En el trastorno bipolar tipo I se alternan los episodios maníacos completos y episodios depresivos mayores. En el trastorno bipolar tipo II se alternan episodios depresivos con hipomanías relativamente breves (es decir, episodios leves de excitación no psicóticos). Aunque el insomnio y la falta de apetito ocurren durante la fase depresiva de la enfermedad bipolar, algunos signos depresivos atípicos, como la hipersomnia y la hiperfagia, son más característicos y pueden recurrir de forma estacional (p. ej., en otoño o invierno). Los períodos hipomaníacos pueden ser adaptativos para algunos individuos y asociarse a un funcionamiento social "supernormal" y, habitualmente, no requieren consulta clínica; así pues, los períodos de "subida" del trastorno bipolar del tipo II pueden ser bastante sutiles, requiriendo una evaluación experta para su correcto diagnóstico clínico. Esta evaluación experta es aún más importante en el trastorno ciclotímico, en el que aparecen períodos eufóricos y depresivos con un menor grado de severidad, que

duran generalmente unos pocos días, con un curso irregular intermitente. Aunque la ciclotimia es, a menudo, la precursora de los trastornos bipolares tipo I y II, en muchos individuos puede continuar de por vida sin episodios mayores superpuestos.

El trastorno unipolar del humor (trastorno depresivo mayor) se presenta como depresión sindrómica, habitualmente con episodios severos a lo largo de la vida. El término melancolía se reserva para la manifestación más completa del trastorno depresivo mayor, con manifestaciones como enlentecimiento o agitación psicomotora pronunciada, pérdida de peso, culpa patológica, insomnio intermedio o matinal, variación diurna del humor y de la actividad con un nadir en la mañana, y pérdida de la capacidad de experimentar placer (anhedonía). Otros depresivos pueden manifestar signos vegetativos inversos o rasgos atípicos caracterizados por síntomas ansiosofóbicos, empeoramiento vespertino, insomnio inicial, hipersomnia que a menudo se extiende a lo largo del día e hiperfagia. La enfermedad unipolar se caracteriza por ser episódica, con fases relativamente asintomáticas entre los episodios; sin embargo, el 15-20 % de los casos presentan cronicidad residual, con mayor frecuencia en aquellos con episodios únicos de depresión iniciados después de los 50 años. En otro patrón de cronicidad, el trastorno distímico, los síntomas depresivos se inician de forma insidiosa en la infancia o adolescencia y siguen un curso intermitente de poca intensidad durante muchos años o décadas; este trastorno se complica a menudo con episodios superpuestos de depresión mayor, normalmente con un retorno a la situación basal depresiva. Este patrón se designa depresión doble.

EPIDEMIOLOGÍA

Aunque alrededor del 25 % de todos los individuos experimentan alguna forma de trastorno afectivo, el riesgo vital de trastorno del humor clínicamente identificable es del 8-9 %. Un tercio desarrollan un curso crónico y, del 5-6 % restante, al menos 2/3 sufren episodios recurrentes. Esto significa que para la mayoría de los afectados, la enfermedad será recurrente o seguirá un curso prolongado. Las tasas son mayores en mujeres, con una relación de 2:1 para las formas predominantemente depresivas de la enfermedad, y casi iguales en el trastorno bipolar. El 1 % de la población tiene riesgo de padecer trastornos bipolares, que suelen iniciarse en la adolescencia y en las edades de los 20 a los 30.

Los trastornos unipolares se inician, en promedio, una década más tarde que los bipolares. Recientes hallazgos epidemiológicos en EE.UU. sugieren un efecto cohorte, según el cual, los nacidos en la última parte del siglo pasado tienen mayores tasas de depresión y de suicidio, a menudo asociadas a mayores tasas de abuso de sustancias. Aunque parte de este aumento se debe probablemente a la facilitación de la investigación de la depresión en individuos jóvenes, el abuso comórbido de sustancias y factores ambientales escasamente comprendidos han contribuido a este cambio hacia edades más jóvenes. La depresión se encuentra entre los estados psiquiátricos más prevalentes, variando desde el 25 % en instituciones mentales públicas, hasta casi el 50 % en pacientes ambulatorios y en la práctica privada. La depresión puede representar hasta el 10 % de todos los pacientes visitados en consultas médicas no psiquiátricas.

No se ha demostrado que la cultura, la clase social o la raza contribuyan de forma

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

significativa a la incidencia de los trastornos del humor. No obstante, los factores socioculturales parecen modificar las manifestaciones clínicas; en las clases socioeconómicas más bajas son más frecuentes los síntomas somáticos, preocupación, tensión e irritabilidad; los pensamientos de culpabilidad y autorreproches son más característicos de las depresiones en las culturas anglosajonas, y en algunos países mediterráneos y africanos, así como en los americanos de raza negra, la manía tiende a manifestarse de forma más florida.

2.2.2.5. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

La Depresión, entendida como un cuadro de signos y síntomas observables en la conducta humana, puede ser evaluada de manera psicométrica.

Las Escalas de Evaluación Clínica (EEC) para los trastornos afectivos en general y los depresivos en particular han sido construidas en una primera generación sobre la base de trabajar en poblaciones adultas y con las categorías y criterios de depresiones habituales en estos casos. Se puede establecer también desde esta perspectiva la existencia de una segunda generación de EEC para los síndromes angustiosos depresivos y sus diversos tipos con la construcción de escalas unidimensionales o multidimensionales con dimensiones específicas para estos trastornos tanto en la adolescencia y juventud como para las edades involutivas preseniles y seniles. Aunque se pueden aplicar EEC construidas para adultos a partir de la adolescencia y de forma aproximada, no debe olvidarse la recomendación de establecer baremos de referencia para cada etapa de la vida, para evitar generalizaciones abusivas, así pues la necesidad de adaptar escalas en la evolución de los síndromes depresivos y pseudodepresivos en gerontopsiquiatria y establecer dimensiones angustioso-depresivas de forma especifica en las baterías psicométricas clínicas, sobre todo cuando se quieren evaluar las depresiones de inicio que serán seguidas de otros trastornos orgánicos y cerebrales o no, así como en los síndromes depresivos orgánicos asociados con otros medico-quirúrgicos, las formas evolutivas de los “trastornos afectivos mayores y menores”.

Como en otros campos de la psicopatología cuantitativa, aun cuando disponemos de técnicas e instrumentos de medida desde hace más de un cuarto de siglo, no parecen presentar suficientes índices y valores de fiabilidad, validez, sensibilidad, especificidad, predictibilidad, etc., no deben utilizarse exclusivamente para determinar un diagnostico positivo de depresión, si previamente no se ha profundizado en sus características clínicas desde los más diversos puntos de vista: etipopatogenia, historia natural, formas evolutivas, subtipos sintomáticos etc.

Las escalas de evaluación de gravedad de depresión pueden ser:

a) De autoevaluación, siendo estas las más utilizadas, entre ellas tenemos la Escala de Depresión de Zung, Escala de Depresión Zung – Conde, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Depresión de Goldberg, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, Escala Facial de Depresión para población de Bajo Nivel Cultural, Escala de Depresión de Calgary para Esquizofrenia, Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión, el HADS, Escala de autovaloración de la Ansiedad y Escala de Autovaloración de la Depresión.

b) Escala de heteroevaluación, entre ellas la escala de Evaluación de Depresión de Hamilton, Escala de Evaluación de Depresión de Montgomery – Asberg, etc.

c) Mixtas, esto es, aquellas que comprenden la auto y heteroevaluación, así tenemos la Escala de Evaluación de Depresión de Tres Dimensiones de Raskin, y la escala de depresión de Wechsler.

En la Clínica también se utilizan algunos instrumentos de medición de los Trastornos Afectivos, como son los siguientes:

- BDI o IB Inventario para la depresión de Beck, (1961)
- SDS o escala auto valorada para la depresión de Zung (1965)
- ZRS o escala para depresión de Carroll (1981)
- MDS Escala de depresión diseñada para ser sensible al cambio de Montgomery y Asberg (1979)
- HRS o HDRS o HD o escala de Hamilton para la depresión (1960)
- CES-D Escala de depresión para estudios epidemiológicos de Raddloff (1977)
- MAS o escala de evaluación del talante también con escala de depresiones geriátricas de Yesavage et al (1963)
- BSI o inventario sintomatológico breve (Derogatis & Spencer, 1982)
- MMPI-D subescala(s) de depresión del inventario multifásico de personalidad de Hathaway y Mckinley (1951)
- DACL, Lista de adjetivos para evaluación de la depresión de Lubin (1967)
- ABS o escala de balance afectivo por Bradmun (1969)
- POMS o perfil de estado de talante o estado de animo de Mcnair, Lorr y Droppleman (1971)

Actualmente se está haciendo un trabajo de investigación en población no clínica, utilizando la Escala de Estudios Epidemiológicos de Depresión de Raddloff, estudio basado en la prevalencia de depresión de género en estudiantes universitarios.

2.2.2.6. PERFIL PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

2.2.2.6.1. SIGNOS, SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, el cuadro sintomático, la evolución, la historia familiar y, en ocasiones, la respuesta inequívoca a intervenciones somáticas.

Depresión clínica. En el síndrome depresivo, el humor es típicamente deprimido, irritable o ansioso o una combinación de ellos. No obstante, en las depresiones enmascaradas, una depresión experimentada de forma consciente puede estar paradójicamente ausente. En vez de ello, el paciente refiere síntomas de enfermedad somática e incluso puede mostrar una máscara defensiva de jovialidad (depresión sonriente). Otros refieren diversos dolores y temores de calamidades o de enfermar.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Finalmente, en algunos el humor mórbido es de tal magnitud que las lágrimas se secan. En estas depresiones, el paciente refiere la incapacidad de experimentar las emociones habituales, incluyendo dolor, alegría y placer, y la sensación de que el mundo ha perdido color, vida y está moribundo. En estos casos, el retorno de la capacidad de llorar suele ser un signo de mejoría.

El humor mórbido en enfermedades depresivas se acompaña de manifestaciones psicológicas como preocupación con culpa, ideas de autodegradación, disminución de la capacidad de concentración, indecisión, disminución de interés en las actividades habituales, retraimiento social, impotencia y desesperanza y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.

En los estados depresivos completos, tanto en la enfermedad unipolar como en la bipolar, se producen signos vegetativos y psicomotores acusados. El retraso psicomotor o la lentitud de pensamiento, lenguaje y actividad general pueden progresar a un estupor depresivo, en el que cesan todas las actividades voluntarias. A menudo, la melancolía se manifiesta con agitación psicomotriz (p. ej., inquietud, retorcimiento de manos y habla apresurada). Aunque algunos subgrupos de depresivos, especialmente aquellos que pertenecen a la depresión atípica, la distimia y las categorías bipolares, muestran a menudo hipersomnia, la mayoría de los pacientes melancólicos refieren insomnio, con dificultades para conciliar el sueño, despertares múltiples o despertar precoz por la mañana. A menudo existe pérdida del deseo sexual, con dificultades para el orgasmo; también puede producirse amenorrea. En ocasiones, la anorexia y la pérdida de peso pueden conducir a la emaciación y a alteraciones secundarias en el equilibrio hidroelectrolítico; la sobreingesta y el aumento de peso son menos frecuentes y más característicos de las depresiones leves.

En el 15 % de las depresiones hay manifestaciones psicóticas, más corrientemente en la melancolía. Los pacientes tienen ilusiones de haber cometido pecados o crímenes imperdonables; voces alucinatorias los acusan de diversos delitos o los condenan a muerte. Las infrecuentes alucinaciones visuales toman la forma de ataúdes o de familiares muertos. Los sentimientos de inseguridad y de falta de mérito pueden conducir a algunos pacientes a creer que están siendo observados, vigilados y perseguidos. Otros creen que son portadores de enfermedades incurables y "vergonzosas" como el cáncer y enfermedades de transmisión sexual, y que están contaminando a otras personas. Rara vez un paciente puede matar a los miembros de la familia para salvarlos de futuras desgracias y, seguidamente suicidarse.

El diagnóstico de un episodio melancólico no es difícil; los problemas surgen cuando el cuadro clínico es leve o crónico. Así pues, los pacientes con una recuperación incompleta de una enfermedad unipolar mayor pueden no manifestar los clásicos signos depresivos sino más bien insomnio, pensamientos hipocondríacos, malhumor e irritabilidad, y problemas interpersonales secundarios en su vida conyugal. La Distimia, al igual que su precursor nosológico, la "depresión neurótica", se caracteriza por manifestaciones depresivas subsindrómicas y no psicóticas, con signos somáticos menos acusados, pero pronunciadas alteraciones en la personalidad. Estos pacientes son tristes, pesimistas, carecen de buen humor o son incapaces de divertirse, son pasivos y aletargados, introvertidos, escépticos, hipercríticos o quejosos, autocríticos,

autorreprochadores y autodetractores, se preocupan inadecuadamente de sus fallos y de los acontecimientos negativos hasta el punto de alegrarse de un modo patológico de sus propios fracasos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS BIPOLARES. En la psicosis maníaca completa, el humor es típicamente eufórico, pero son frecuentes la irritabilidad y la hostilidad manifiestas, con ánimo pendenciero. El humor mórbido colorea toda la experiencia y el comportamiento del paciente hasta el punto de considerar que se halla en su mejor estado mental. Su falta de percepción e inusual capacidad de actividad lo conducen a un estado psicótico peligrosamente explosivo, en que el individuo está impaciente, intrusivo y confuso y responde con irritabilidad agresiva cuando algo se cruza en su camino. El resultado de ello es la fricción interpersonal, que puede conducir a interpretaciones paranoides secundarias de ser perseguido. El paciente experimenta aceleración de la actividad mental como "carreras de pensamientos" y el clínico observa fuga de ideas, que en su grado extremo es difícil de diferenciar de las asociaciones laxas del paciente esquizofrénico. Su atención se distrae fácilmente, desviándose constantemente de un tema o enfrascándose en otro. Los pensamientos y las actividades son expansivos y pueden progresar a una franca grandiosidad delirante, es decir, falsas convicciones de riqueza, poder, capacidad inventiva y genialidad o asunción temporal de una identidad grandiosa. Los pacientes pueden creer que están siendo ayudados o perseguidos por agentes externos. En ocasiones presentan alucinaciones auditivas o visuales que se producen en la fase máxima de la manía y que generalmente se ligan de forma comprensible con el humor mórbido. La necesidad de sueño se reduce. Las personas maníacas son incansables, excesiva e impulsivamente involucradas en diversas actividades sin reconocer los peligros sociales inherentes. En grado extremo, la actividad psicomotora es tan frenética que se pierde cualquier conexión comprensible entre el humor y el comportamiento (un tipo de agitación sin sentido, conocido como manía delirante). Esta contrapartida del estupor depresivo, que hoy en día es rara, constituye una emergencia médica dado que los pacientes pueden morir por agotamiento físico completo.

Los estados mixtos son combinaciones lábiles entre manifestaciones depresivas y maníacas, o la alternancia rápida entre unas y otras, que se producen comúnmente entre los maníacos depresivos en un momento u otro. Los ejemplos más típicos incluyen los cambios momentáneos al llanto y a la idea suicida que se observan en los momentos álgidos de la manía o los pensamientos rápidos en el contexto de un estado depresivo. Entre el 10 y el 30 % de los bipolares, la crisis completa -o una sucesión de crisis- se presenta como episodios mixtos, con humor excitado y disfórico, insomnio severo, inquietud psicomotora, taquipsiquia, ideación suicida, grandiosidad, delirios de persecución, alucinaciones auditivas, confusión, etc. Las mujeres son más vulnerables a los estados mixtos. Además, el abuso de alcohol y de sedantes hipnóticos a menudo contribuye a estos estados mixtos. Los fármacos antidepresivos, especialmente los tricíclicos, contribuyen también en ocasiones a estados mixtos disfórico irritables, que pueden prolongarse durante varios meses, más allá de los episodios naturales bipolares.

La alternancia de episodios mayores de manía y depresión en un patrón cíclico es uno de los cuadros clínicos más distintivos de la medicina. Surgen dificultades

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

diagnósticas cuando los períodos eufóricos son de intensidad más leve o hipomaníacos. Al diagnosticar un trastorno bipolar tipo II hay que destacar la terminación brusca de los episodios con mejoría del humor, disminución de la necesidad de sueño y aceleración psicomotora más allá del mundo habitual del paciente; a menudo el cambio a hipomanía es inducido por los antidepresivos.

En la Ciclotimia, las manifestaciones clínicas son similares a las descritas en la enfermedad maniaco depresiva, pero están considerablemente atenuadas. En general son ciclos breves (por lo común duran días), en los que alternan depresión retardada con aumento del sueño y períodos elevados o de irritabilidad lábil con disminución del sueño. En otra forma predominan las características depresivas leves; la tendencia bipolar se muestra principalmente por la facilidad con que aparecen euforia e irritabilidad con la administración de antidepresivos. En una forma que rara vez se observa en clínica, denominada temperamento hipertímico o personalidad hipomaníaca crónica, predominan los períodos elevados, con una reducción habitual del sueño < 6 horas. El individuo hipertímico se caracteriza por los siguientes rasgos a lo largo de su vida: jovialidad, optimismo en exceso o exuberante, a menudo irritabilidad, excesiva confianza y seguridad; es jactancioso, ampuloso o grandilocuente, enérgico, vigoroso, con muchos planes, descuidado, se precipita impulsivamente, es locuaz en exceso, afectuoso, busca el contacto con la gente, es extravertido, demasiado intruso y curioso, desinhibido y busca continuamente estímulos. Aunque tanto la ciclotimia como la hipertimia pueden contribuir al éxito en los negocios, liderazgos, logros y creatividad artística en algunos individuos, es importante reconocer estas alteraciones temperamentales porque su naturaleza afectiva se enmascara a menudo por graves problemas interpersonales y sociales, como resultados laborales y escolares no uniformes, diletantismo, inestabilidad geográfica, episodios de promiscuidad, rupturas románticas repetidas o fracasos maritales y un patrón episódico de alcohol y abuso de drogas. Aproximadamente en 1/3 de los ciclotímicos, estas características representan el preludio de episodios afectivos completos.

2.2.2.6.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El error diagnóstico más frecuente es confundir la psicosis afectiva con la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial entre las psicosis afectivas y esquizofrénicas es clínicamente importante debido a la relativa especificidad del litio para tratar los trastornos recidivantes del humor (y el potencial de neurotoxicidad en la esquizofrenia) y porque los individuos con un trastorno afectivo deben ser protegidos del innecesario riesgo de discinesia tardía. No existen elementos diferenciales patognomónicos, y el diagnóstico se debe basar en el cuadro clínico global, la historia familiar, la evolución y las características asociadas. En los trastornos del humor no sólo se producen características psicóticas congruentes con aquél, sino que, de forma secundaria, en ocasiones se superponen delirios o alucinaciones incongruentes con el humor sobre el trastorno del humor básico, debido a la presencia simultánea de alucinosis alcohólica, retirada de sedantes hipnóticos, psicosis psicodélica u otras enfermedades sistémicas o cerebrales que producen síntomas psicóticos. En una enfermedad en remisión con características afectivas y esquizofrénicas mixtas no debe

efectuarse un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo a menos que se excluyan estos factores como complicación. Cuando existe la duda, está indicado un ensayo terapéutico con un fármaco timoléptico (un antidepresivo o carbonato de litio) o terapia electroconvulsiva (TEC), debido al mejor pronóstico de los trastornos del humor. La respuesta de la TSH a la TRH casi nunca está aplanada en los estados esquizofrénicos nucleares; dicha atenuación de la TSH o PSD no supresiva, incluso en presencia de características esquizofreniformes, tiende a predecir una buena respuesta a los fármacos timolépticos.

También está justificado el ensayo terapéutico con timolépticos o TEC en personas de edad avanzada para aclarar el diagnóstico diferencial entre la demencia presenil (que a menudo se presenta con cambios afectivos) y la depresión seudodemencial. En esta última, el retraso psicomotor, la concentración reducida y una alteración de la memoria contribuyen al aspecto de características demenciformes. Debido al mejor pronóstico de la enfermedad depresiva, ésta debe diagnosticarse con preferencia, especialmente cuando se han producido más episodios afectivos típicos o cuando la historia familiar es sugestiva. Pruebas más tradicionales (p. ej., analítica, TAC cerebral, EEG) pueden aportar más información al diagnóstico diferencial que los hallazgos neuroendocrinos y el EEG durante el sueño.

Los conceptos dobles y relacionados con depresión enmascarada y equivalentes afectivos a menudo se invocan para explicar ciertos trastornos con síntomas somáticos acentuados o alteraciones conductuales con cambios tímicos mínimos o ausentes. Entre ellos destacan la conducta antisocial (especialmente en niños y adolescentes), los trastornos por el consumo de sustancias, el dolor crónico, las hipocondrías, los estados de ansiedad y los trastornos psicofisiológicos. En ausencia de síntomas claros no es apropiado efectuar el diagnóstico de trastorno del humor, a menos que se hayan producido episodios afectivos anteriores de estos trastornos, la afección sea periódica y que la historia familiar sea positiva para el trastorno del humor. Los hallazgos de la PSD y de latencia del sueño en el EEG pueden servir de datos corolarios en este tipo de diagnóstico diferencial. También puede ser útil el ensayo terapéutico con un fármaco antidepresivo si se produce una respuesta inequívoca.

Las manifestaciones básicas de la enfermedad depresiva de la infancia no son radicalmente diferentes de las de los adultos. Simplemente se manifiestan en áreas de preocupación típica de los niños y los padres, como el trabajo en la escuela y el juego. Sin embargo, la irritabilidad extrema e incluso las conductas de franca agresividad, más que el humor depresivo per se, son bastante comunes en las depresiones infantiles, sugiriendo una alta incidencia de estados maníacos mixtos con depresión. Cuando estos estados coexisten con síntomas y signos de depresión más típicos de los adultos, el diagnóstico de trastorno del humor debe efectuarse con preferencia al de reacciones adaptativas o a trastornos neuróticos y conductuales. A los últimos se les atribuye, a menudo, una importancia exagerada en psiquiatría infantil. Alternativamente, cuando están ausentes otros síntomas afectivos no deben sólo considerarse la hiperactividad y las alteraciones conductuales como equivalentes afectivos, a menos que estén presentes los criterios de validación previamente esquematizados. Se producen trastornos del humor, incluyendo psicosis bipolares en niños y adultos retrasados mentales, en los que

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

los síntomas somáticos y las alteraciones conductuales pueden enmascarar el trastorno del humor básico. Una historia de presentación episódica de estas alteraciones y la existencia de antecedentes familiares de enfermedad bipolar pueden ayudar al diagnóstico diferencial en dichos casos. Las manifestaciones depresivas en los adolescentes, especialmente con presentación estuporosa o psicótica, a menudo anuncian la instauración de enfermedad bipolar. La manía en la adolescencia, que a menudo toma la forma de estados mixtos, se confunde comúnmente con la esquizofrenia, pero un patrón cíclico de depresión retardada y una psicosis acelerada con un buen funcionamiento premórbido e intermórbido sugieren firmemente el diagnóstico de trastorno del humor. El valor diagnóstico de las pruebas de laboratorio por lo general es incierto en los trastornos juveniles del humor.

La depresión unipolar es una causa de alcoholismo y consumo de drogas menos frecuente de lo que se cree; en realidad es más probable que se produzca abuso del alcohol en pacientes maníacos. Mientras que el intento de tratar el trastorno del sueño puede ser el motivo del abuso del alcohol en ambos pacientes, depresivos y maníacos, estos últimos a veces consumen drogas (p. ej., cocaína) para una mayor excitación, con efectos catastróficos en la evolución de su enfermedad. Los síntomas afectivos, especialmente la depresión, de naturaleza transitoria o intermitente (debida a efectos tóxicos, abstinencia farmacológica o complicaciones sociales) que a menudo acompañan a los trastornos por consumo de sustancias no deben confundirse con trastornos del humor primarios, los cuales, en forma típica, tienen una duración sostenida de varios meses. La diferenciación de los trastornos del humor crónicos intermitentes como ciclotimia y distimia es más problemática. Aunque el alcoholismo primario y otros trastornos por consumo de sustancias y la personalidad antisocial son los diagnósticos más probables en individuos con historia de alcohol y de drogas, el abuso de múltiples sustancias (incluyendo cocaína) en muchos adolescentes y adultos jóvenes, en particular aquellos con historia familiar bipolar, puede representar un autotratamiento de cambios del humor subsindrómicos o ciclotímicos. Finalmente, el abuso episódico de sustancias (sobre todo de alcohol: dipsomanía) o la instauración después de los 30 años de edad favorecen el diagnóstico de trastorno del humor primario con abuso secundario de sustancias. En caso de duda está indicado el ensayo terapéutico, con agentes timolépticos, porque las pruebas neuroendocrinas y el EEG del sueño no son nada fiables para el diagnóstico diferencial entre los trastornos del humor y del consumo de sustancias. Desafortunadamente, algunos expertos desaprueban el uso terapéutico de cualquier agente farmacológico en pacientes con abuso de sustancias; esta abstinencia química total tiende a complicar el empleo racional de los actuales tratamientos farmacológicos para el difícil grupo de pacientes cuya enfermedad adictiva representa una automedicación.

La diferenciación entre los trastornos del humor y los trastornos severos de la personalidad (p. ej., personalidad límite [borderline]) es más difícil, especialmente cuando el trastorno del humor tiene una evolución crónica o intermitente, por ejemplo, la distimia, la ciclotimia y el trastorno bipolar tipo II. El curso longitudinal con manifestaciones afectivas, especialmente cuando es bifásico y existen antecedentes familiares de trastorno del humor, apoya el diagnóstico afectivo. En muchos individuos diagnosticados

como personalidad límite, la PSD no supresora, el aplanamiento de la respuesta de la TSH a la TRH y los hallazgos del EEG del sueño no presentan diferencias con los trastornos primarios del humor. En vista de la mayor gravedad de pérdidas de diagnósticos afectivos en pacientes jóvenes con una evolución impulsiva y tempestuosa que culminaría en suicidio, se recomienda la terapia en ambiente hospitalario controlado, con fármacos como el litio, los inhibidores de la monoaminooxidasa y la carbamazepina, como una ayuda en el diagnóstico diferencial.

Los síntomas neuróticos como preocupación, crisis de angustia y obsesiones son frecuentes en los trastornos depresivos primarios; éstos desaparecen cuando el episodio depresivo remite. Por el contrario, en los síndromes neuróticos primarios suele haber exacerbaciones y remisiones irregulares de los síntomas de ansiedad que se inician al comienzo de la edad madura; normalmente, la remisión de los síntomas depresivos no implica la desaparición de las manifestaciones neuróticas. No obstante, los estados neuróticos que aparecen por primera vez después de los 40 años son con mayor probabilidad secundarios a un trastorno primario del humor. La diferenciación de los trastornos neuróticos del humor es más problemática cuando coexisten síntomas leves comunes a ambos grupos. Estos estados, denominados de forma diversa, como depresión-ansiedad mixta o depresión ansiosa, en general siguen cursos crónicos intermitentes. Los datos actuales, basados en parte en los resultados y el seguimiento del EEG del sueño, sugieren que los pacientes con estos síndromes mixtos son más bien neuróticos ansiosos que depresivos primarios.

2.2.2.7. LA DEPRESIÓN EN EL PERÚ

Para la O.P.S., la depresión en el año 2000 seria preocupante, por cuanto 25 millones de personas lo sufrirían en Latinoamérica y el Caribe.

En el último congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana, realizado en el mes de Mayo del 2000 en los Estados Unidos, los especialistas calcularon que para el año 2020 la depresión sería la segunda causa de incapacidad global, siendo, actualmente, la mayor de ausentismo laboral.

Nadie está libre de depresión, afecta a personas de todas las edades, clases sociales y contextos culturales.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) estima que la depresión afecta a aproximadamente a unos 340 millones de personas en el mundo. La tristeza, el principal signo depresivo, puede no mostrarse y permanecer enmascarada.

La depresión y la enfermedad bipolar surgen con frecuencia en el círculo familiar. Las expresiones de tristeza, retraso en el lenguaje o quejas somáticas constituyen algunos de los signos de alarma."

Frente a estos planteamientos, los psicólogos clínicos tenemos que buscar alternativas para disminuir dichos índices del binomio ansiedad-depresión; es así como, la Unidad de Post Grado de la Facultad de Psicología de la U.N.M.S.M. desarrolló el curso taller: "Psicoterapias en Depresión e Intento de Suicidio", dirigido a psicólogos, con una duración de 60 horas (Febrero – Abril 2000).

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Estudios realizados en nuestro medio han señalado los siguientes causales de depresión y suicidio:

- Problemas conyugales.....26.3%
- Problemas sentimentales.....24.2%
- Problemas familiares.....21.7%
- Pacientes psicopatológicos.....19.9%
- Problemas económicos.....3.6%
- Otros.....4.3%

MÉTODOS

- Consumo de tóxicos y fármacos.....41%
- Ahorcamiento.....31.8%
- Disparo.....17.2%
- Lanzamiento al vacío.....4%
- Otros.....6%

(Fuente: Estadística del Hospital Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2002)

FUENTES POLICIALES

- La mitad de los suicidios corresponden a edades de 20 – 29 años.
- El 13% se halla comprendido entre los 15 y 19 años de edad.

Población Afectada

- Sexo femenino comprendido entre 20 y 29 años de edad.
- El 75% de los pacientes tenían síntomas depresivos de diversa intensidad.

Motivos desencadenantes

- Familiares y conyugales.....43%
- Causas económicas.....25%
- Razones desconocidas.....32%

Métodos más Frecuentes

- Uso de tóxicos, venenos y medicamentos: 37%
- Ahorcamiento: 35%
- Lanzamiento al vacío y otras forma: 28%

Causas de Suicidio

- Niños: conflictos familiares (separación de los padres).

- Adolescentes: conflictos sentimentales y dificultades escolares.
- Adultos: problemas conyugales y económicos.
- Ancianos: enfermedad física o soledad.

La tasa de suicidio en Lima es de dos por cada cien mil habitantes, esto equivale a un suicidio por día. En el año 2000 se suicidaron 244 personas en todo el Perú, de los cuales el 76,3% correspondió a estados depresivos. En el año 2001, en Lima, lo hicieron 189 personas; entre Enero y Mayo del 2002, 111 personas se quitaron la vida, y a Julio del mismo año, en todo el Perú, se suicidaron 150 personas.

Uno de cada cuatro peruanos sufre de depresión y ansiedad, cada vez existe mayor número de adolescentes que deciden autoeliminarse; y el 36% de los niños nace con estrés.

2.2.3. EL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

2.2.3.1 DEFINICIÓN

En lo que se refiere al estudiante universitario, en nuestro medio, considerado individualmente, es la persona que ha logrado el ingreso a la educación superior, no sólo por haber terminado con éxito aprobatorio los cursos correspondientes a la educación media o secundaria, sino también porque, circunstancialmente, disfruta de las mínimas posibilidades económicas que se requiere para lograr tal efecto; porque además, a contado con la mínima cuota de buena suerte que le ha proporcionado el respectivo cupo.

De acuerdo a Thompsone, Eduardo (1993,PG.212). Los objetivos de las Universidades son:

a) Procurar profesionales con formación humanística y científica.

b) Contribuir a la actualización profesional

c) Ofrecer Educación Superior en humanidades ciencias y artes.

La carrera profesional en una Universidad requiere en algunos casos de 10 a 12 semestres, en otros hasta 18. Su titulo es de lo que usualmente se denomina Licenciado profesional.

Actualmente ha habido un aumento en los alumnos en Institutos y en una proporción mayor que en las Universidades, lo que significa un cambio importante en las formas de pensar nacional de que no haya tantos postulantes a las Universidades y más bien aumentan los institutos y escuelas de este tipo, aunque el fondo de este cambio tiene origen más en intereses económicos que formativos.

2.2.3.2 PROBLEMÁTICA DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

De hecho cada estudiante universitario ha sido, previamente a su matricula en la Universidad, un producto obligado al culminar la etapa de la educación media,

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

circunstancia esta que lo predispone y lo dirige hacia la institución superior (Instituto o Universidad), no sólo para cumplir con el rito tradicional de los bachilleres, sino para contrarrestar en lo posible, la posibilidad de engrosar las filas del subempleo y del empleo disfrazado, pues para ese momento no se poseen habilidades específicas ni preparación técnicas suficientes. Como sostiene Knoll Joachmin (1984)."La formación de adultos proporciona ayuda a la vida y ayuda al profesional". Siendo un medio a través se satisface la necesidad del mercado laboral y la necesidad de subsistir.

Este conjunto es observable y analizable ya que se constituye como un "ente social" con múltiples y diversas vivencias humanas que afectan a la sociedad global. Los rasgos y las situaciones con las cuales se puede identificar al estudiante universitario, como individuo y como conjunto social, teniendo como escenario las circunstancias que presenta nuestro medio socio cultural.

Actualmente el estudiante universitario está atravesando por una crisis en la cual el alto costo de las pensiones en las universidades privadas y costos de matrículas y servicios en las universidades nacionales, dentro de una “Política de autosostenimiento”, insumos y necesidades inmediatas genera una deserción alta, así como la obscura realidad de egresar y no conseguir empleo. Del mismo modo encontramos que nuestros estudiantes universitarios no egresan adecuadamente preparados. Como señala Thompson, Eduardo (1993), "los aspectos cualitativos en gran numero de estas Instituciones, dejan que desear. Asimismo la infraestructura y equipamiento, así como un profesorado con frecuencia no está suficientemente calificado".

2.2.3.3 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

Respecto a las características del estudiante universitario podemos mencionar aquellas características de conjunto que corresponden y ayuden a identificar al estudiante de educación superior típico. Esta características han sido extraídas como productos directos de la observación sistemática que se llevó a efecto en el medio ambiente de estos centros, y en un orden lógico de presentación son:

a. El estudiante universitario es un producto social estratificado. Como es obvio el conjunto de estudiantes es un producto de extracción en nuestro medio social.

b. El estudiante de educación universitaria es un fenómeno social masivo y recurrente. El conjunto de estudiantes se manifiesta, desde el punto de vista poblacional (demográfico), como un fenómeno masivo y recurrente, que año a año y semestre a semestre se renueva y aumenta en los claustros universitarios. Es, por lo tanto cuantitativamente un fenómeno de alta variabilidad y con tendencia al incremento, en una proporción mayor que el incremento de los cupos en las universidades y demás centros de educación superior.

c. El estudiantado universitario presenta una alta productividad en el estudio. Los estudiantes que laboran en nuestros centros superiores se ven afectados, consciente o inconscientemente, por una serie de problemas concretos que disminuyen la efectividad en el estudio mismo, restringiendo la calidad y la cantidad de los conocimientos que son necesarios para la culminación exitosa de las carreras profesionales y para el normal ejercicio de la profesión, sin embargo su formación empírica trata de superar esta

deficiencia, lo que arroja en el mercado laboral a un profesional mediocre y poco competitivo.

d. El estudiantado universitario se configura como una elite. Ante las circunstancias de la propia universidad y los centros de educación superior, y ante las condiciones del país, el conjunto de nuestros estudiantes universitarios se manifiestan como una "elite" es decir, como una minoría privilegiada siendo este el origen de muchas otras características sobresalientes. Ser estudiante universitario o de Instituto Superior Tecnológico (IST), es un privilegio social entre nosotros, privilegio que no siempre se comprende, ni se tiene en cuenta, y que pocas veces se advierte. El término "elite" sugiere dos significados principales que a la vez son correlativos. El uno que equivale simplemente a estrato o clase social alta, y el otro más genérico y que corresponde al concepto de minoría privilegiada. Esta última acepción es la que en este momento se acoge con mayor énfasis ya que el estudiantado superior es, por una parte y desde el punto de vista de las estadísticas, una real minoría, ya sea que se le considere como constitutivo de la población, o en forma más limitada como integrante de la población profesional potencial. De otra parte esta minoría es privilegiada por que las prerrogativas de la educación superior, en este país, han sido y siguen siendo una especie de eslabón para conseguir un status de superioridad, efectiva o no, sobre la mayoría, de los "no doctores". Para las clases más bajas de la sociedad, el llegar a los IST y a la universidad se considera como un hecho insólito.

e. El estudiantado universitario posee una conciencia social. Puede funcionar como una unidad social porque siempre pone de manifiesto una "conciencia social", diversificada en sus objetivos políticos si se quiere pero al fin y al cabo unitaria desde el punto de vista de las expectativas sociales. Esta conciencia social se reconoce a través de una latente organización interna, probada en múltiples ocasiones en los movimientos estudiantiles que son tradicionales en la dinámica que los acredita como una fuerza social que puede aglutinar otras fuerzas y que tiene trascendencia nacional.

f. El estudiantado universitario permanece en un estado de tensión latente. El estudiante universitario, es una elite, pero además existen dos tipos de estudiantes, los que pertenecen a las Universidades de “elite”, y los que proceden de las Universidades “de masas” pudiendo ser ambas Nacionales o Privadas. Y se caracterizan por el carácter de autosostenido en el cual el estudiante mediante sus aportaciones y otras provenientes del sector privado nacional e internacional generan los recursos para posibilitar la formación profesional y la investigación científica.

g. Según la Encuesta de Opinión y Expectativas: “El estudiante sanmarquino 2001”, realizada por la Oficina Técnica del Estudiante (OTE) de la UNMSM, para los estudiantes de psicología, encuentran que el 84.4% de los alumnos encuestados manifestó que no habían asistido a consultas médicas por problemas psicológicos, mientras que el 15.6% dijo que sí. De estos últimos el 52.1% dijo haber recibido terapia eventualmente y un 38.8% tuvo algún tipo de tratamiento. Al preguntárseles si creen que ahora necesitan apoyo psicológico, el 62.4% dijo que no, mientras que el 37.6% dijo que sí. Entonces, sumando los que asisten a terapia y los que a pesar de necesitar no asisten, llegan a representar el 80.8% del total, que son aquellos a los que se tendría que brindar apoyo psicológico.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

2.2.3.4 EL ESTUDIANTE Y LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA

En una sociedad como la peruana, la enseñanza superior es a la vez uno de los motores del desarrollo económico y uno de los pilares de la educación a lo largo de la vida. Es, a un tiempo, depositaria y creadora de conocimientos. Además, es el principal instrumento de transmisión de la experiencia, cultural y científica, acumulada por la humanidad. En un mundo moderno en el que los recursos cognoscitivos tendrán cada día más importancia que los recursos materiales como factores del desarrollo, aumentará forzosamente la importancia de la enseñanza superior y de las instituciones dedicadas a ella. Además, a causa de la innovación y del progreso tecnológico, las economías exigirán cada vez más competencias profesionales que requieran un nivel elevado de estudios (DELORS, Jacques, La educación encierra un tesoro pág. 148).

La enseñanza superior está en crisis desde hace una decena de años en gran parte del mundo en desarrollo. Las políticas de ajuste estructural y la inestabilidad política han cargado de deudas el presupuesto de los establecimientos. El desempleo de los titulados y el éxodo de competencias han acabado con la confianza que se depositaba en la enseñanza superior (DELORS, Jacques, pág. 149).

El aumento del alumnado y del número de establecimientos ha provocado un incremento de los gastos de las enseñanza superior que se ve enfrentada a los crecientes problemas que plantea la masificación. Pues bien, todavía no se ha resuelto adecuadamente esta cuestión, lo que debe llevar a revisar las misiones de la enseñanza superior.

Son en primer lugar las universidades, las que agrupan en el conjunto de las funciones tradicionales asociadas al progreso y la transmisión del saber: investigación, innovación, enseñanza y formación, educación permanente.

En una época en la que el volumen de conocimientos e informaciones crece exponencialmente y se confía en las instituciones de enseñanza superior para atender las necesidades de educación de un público cada día más numeroso y variado, la calidad de la formación impartida a los profesores y la de la enseñanza dispensada en los establecimientos de enseñanza superior tienen cada vez más importancia. Cumplen una función decisiva en la formación de los docentes, en el establecimiento de vínculos con los institutos pedagógicos que no pertenecen a la enseñanza superior y en la preparación de los profesores de formación pedagógica. Deben estar abiertas a profesores procedentes del sector económico y otros sectores de la sociedad, a fin de favorecer los intercambios entre éstos y el mundo de la educación.

De lo anterior se desprende que todos los seres humanos deberían poder contar mas o menos directamente con la enseñanza superior para acceder al patrimonio de conocimientos común y a los beneficios que reportan las investigaciones mas recientes, lo cuál supone que la universidad establezca con la sociedad una especie de contrato moral a cambio de los recursos que está le proporciona.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

El método de investigación a utilizar es el descriptivo, por cuanto se orienta fundamentalmente a describir y a interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otros fenómenos tal y como se dan en la realidad. Apunta a estudiar el fenómeno en su estado actual y en su forma natural.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño elegido para nuestra investigación, es el diseño descriptivo comparativo, pues se pretende describir y comparar algunas características de una población muestral determinada frente a una situación concreta como es el nivel de depresión considerando diferentes características sociodemográficas de la muestra.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.3.1. POBLACIÓN

La población para nuestra investigación son 5440 ingresantes, periodo 2001 en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

3.3.2. MUESTRA

La muestra la constituyen 382 jóvenes cuyas edades varían de los 17 a 25 años, de sexo masculino y femenino de nivel socioeconómico bajo y medio, limeños o provincianos, y que trabajan o no, que han ingresado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos el año 2001.

COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

Tabla Nº9: Composición de la muestra de Estudiantes Universitarios

Variables	Muestra de estudiantes Universitarios. N = 382	
	Frecuencia	%
Género		
Masculino	181	47.4 %
Femenino	201	52.6 %
Nivel Socio Económico		
Bajo	145	38.0 %
Medio	237	62.0 %
Vive Con Los Padres		
Si	354	95.7 %
No	28	7.3 %
Trabaja		
Si	64	16.8 %
No	318	83.2 %
Edad		
M = 19.88		
D.S. =2.83		

3.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Edad: de 17 a 25 años

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Sexo: masculino, femenino.

Procedencia: Lima o provincias

Ocupación: trabajan o no.

Nivel socioeconómico: bajo y medio

Con quien vive: con padres o no.

3.3.4. TÉCNICA DE MUESTREO

La técnica de muestreo empleado para la presente investigación es el tipo no probabilístico intencional, que se ajusta al método y diseño elegidos.

3.4. VARIABLES

3.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Indicadores Sociodemográficos y Niveles de Depresión determinados por las puntuaciones de la Escala CES-D

3.4.2 VARIABLE ATRIBUTIVA

Alumnos Ingresantes de la UNMSM-periodo 2001.

3.4.3. VARIABLES DE CONTROL

Edad: de 17 a 25 años

Sexo: masculino, femenino.

Procedencia: Lima o provincias

Ocupación: trabajan o no.

Nivel socioeconómico: bajo y medio

Con quien vive: con padres o no.

Periodo: 2001-I

3.5. INSTRUMENTO

Para fines de la investigación se empleó la escala CES-D de L. Radloff traducido y

adaptado por Marcelino Riveros Q. en el año 2000.

Historia y estudio psicométricos realizados con la escala CES-D

El CES-D es una escala corta de auto informe diseñada para medir sintomatología depresiva en la población en general. Los reactivos son síntomas asociados con depresión y que han sido validados previamente en escalas más extensas. La nueva escala fue probada en una encuesta de entrevistas y en centros pediátricos. Se encontró que tenía alta consistencia interna y confiabilidad prueba-reprueba adecuada. La validez fue establecida por patrones de correlaciones con otras medidas de auto reporte, por puntuaciones clínicas de depresión y por relación con otras variables que confirman su validez de constructo. Su confiabilidad, validez y estructura de factores fueron similares a través de una gran variedad de características demográficas en las muestras de población general, siendo la escala CES-D muy útil para estudios epidemiológicos de depresión.

El propósito de esta prueba difería de escalas previas que han sido usadas principalmente para diagnósticos en ambientes clínicos y/o para evaluar la severidad de la enfermedad a través del tratamiento que se le brinda a la persona. El CES-D, en cambio, fue diseñado para medir el nivel de la sintomatología depresiva con énfasis en el componente afectivo y el componente depresivo. La validez de contenido se basa en la relevancia clínica de síntomas que comprenden los reactivos de la escala. La validez de criterio incluye correlaciones con otros autoinformes de depresión validados, correlaciones con puntuaciones clínicas de severidad depresiva y discriminación entre pacientes psiquiátricos y muestras de la población general. La validez de constructo se basa en lo conocido sobre la teoría y epidemiología de síntomas depresivos.

Los componentes de sintomatología depresiva fueron identificados de la literatura clínica y estudios de análisis de factores. Estos componentes incluyen sentimientos de culpa, pérdida de apetito, retardación psicomotora y sentimientos de desesperanza, entre otros. Sólo pocos reactivos fueron seleccionados para representar cada componente. Cada respuesta va de 0 a 3 en una escala de frecuencia de sintomatología. Los rangos de puntuación van de 0 a 60, las puntuaciones altas indican mayor cantidad de síntomas en frecuencia durante la semana anterior.

Primer cuestionario diseñado

El CES-D original incluía una entrevista estructurada que contenía 300 reactivos, incluyendo otras escalas diseñadas para medir depresión o modo depresivo, síntomas psicológicos, salud y desiderabilidad social. También incluía reactivos sociodemográficos estándares y medidas de eventos de vida, problemas, alcohol, funcionamiento social, enfermedades físicas y uso de medicamentos. La entrevista, que tomaba alrededor de una hora, era dirigida por un entrevistador con experiencia en la casa del sujeto. Muestras probabilísticas fueron diseñadas para representar dos comunidades seleccionadas. Un individuo de 18 años o más era seleccionado al azar para ser entrevistado. Muestras independientes fueron designadas para cada semana en el estudio. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes en las diferentes ciudades. En Kansas se hizo desde octubre de 1971 a enero de 1973 y desde diciembre de 1971 a Julio de 1973 en Washington. En ambas se obtuvo 17% de sujetos que no

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

quisieron participar. Estos demostraban tener menos educación y ser provenientes de pequeñas familias que los que participaron.

Segundo cuestionario (Q2)

El CES-D incluía también una versión revisada del cuestionario (Q2) usado en Washington solamente de marzo 1973 a Julio 1974 (para los tres meses el Q1 y el Q2 se usaron alternadamente). No se anticipó que la revisión afectara el CES-D, ya que la escala se usó muy temprano en ambas entrevistas y con secciones idénticas de procedimiento. Las diferencias mayores que se encontraron entre el Q1 y el Q2 fueron: duración de la entrevista (semanalmente vs. cada cuatro semanas) y el lugar (Kansas vs. Washington y Washington solamente). Para el Q2, 75% respondieron, 1089 fueron entrevistados y 22% se rehusaron a participar. Aun así esta muestra es menos representativa que la Q1. Desde Mayo de 1973 a Marzo 1974 cada participante tenía que llenar y enviar por correo la postprueba del CES-D, y lo hicieron durante la 1, 2, 4, 6 u 8 semanas después de la entrevista original. Un total de 419 fueron recibidas. (56%).

Reentrevista (Q3)

El CES-D incluyó también una re-entrevista de los participantes de Q1 y Q2. En Kansas desde Julio de 1973 a Diciembre, 343 fueron entrevistados 12 meses después de la entrevista original. De agosto 1973 a abril 1974 en Washington, 1209 fueron re-entrevistados una vez durante el 3, 6, 12 meses después de la entrevista original.

Muestras con pacientes psiquiátricos

En Washington, 70 pacientes fueron seleccionados en base a su disponibilidad y habilidad para participar. Cada paciente fue punteado en el Rocklift Depresión Rating Scale Radloff (Rockliff, 1971) por la enfermera que estuviese más familiarizada con el paciente. Luego, el paciente era entrevistado por un entrevistador de la población general de Washington usando el Q1. En un estudio de New Haven, 350 personas admitidas a tratamiento para depresión severa y con puntuación de 7 o más en la Raskin Depresión Rating Scale Radloff (Raskin et al. 1969) fueron los participantes. Se les administró el CES-D y el SCL-90 Radloff (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973) como auto reportes y fueron punteados tanto por clínicos en la Hamilton Rating Scale Radloff (Hamilton, 1960) como en la Raskin. Las medidas fueron tomadas a través de admisión al tratamiento, después de 1 o 4 semanas usando medicamentos psicotrópicos y psicoterapia. Los resultados se basaron en todos los blancos de Q1, todos los blancos de Q2 y todos los blancos de la Q3. Los mismos se trataron como replicaciones para demostrar la repetición de las propiedades de la escala en las muestras consideradas equivalentes (Q1 vs Q2) y dos pruebas en esencialmente la misma muestra (Q1/Q2 vs Q3) para prueba re-prueba. Las puntuaciones de las mismas personas en diferente momento fueron comparadas (Q2 vs los que se recibieron a vuelta de correo) y Q1/Q2 vs Q3. Para demostrar generalización a través de diferentes grupos y justificar el uso epidemiológico de la escala, los resultados fueron comparados en cuánto a edad, sexo, raza y subgrupos educacionales de la población combinada de Q1, Q2 y Q3.

El CES-D probó ser aceptable para poblaciones clínicas y en general. En Q1 y Q2 el promedio de los que no respondieron a los reactivos sencillos fueron menos de 20%. El CES-D completo era considerado nulo si cuatro o más reactivos no eran contestados.

Esto ocurrió sólo 2 veces en el Q1 y Q2 combinados. La distribución de los puntos en el grupo de pacientes era simétrica con una gran desviación estándar mientras que la población general tenía una desviación estándar pequeña y una proporción mayor de puntuaciones bajas. Control para edad, raza, sexo, estado civil, ingreso y análisis de condiciones durante la entrevista no revelaron diferencias significativas en las puntuaciones asociadas con el día, la hora, mes o año en que tomó lugar.

Consistencia interna

La escala contiene 20 síntomas cualquiera de los cuales puede experimentar ocasionalmente una persona saludable; una persona seriamente depresiva puede experimentar muchos, pero no necesariamente, todos estos síntomas. En la población saludable, afecto positivo y negativo coexisten con una baja correlación. Mas tarde, Radloff (Klein, 1974), sugirió que pacientes severos son caracterizados por la ausencia tanto de afecto positivo como por la presión de afecto negativo, así que el afecto positivo y negativo puede ser más altamente correlacionado. También se ha encontrado evidencia de que diferentes tipos de personas pueden manifestar diferentes tipos de síntomas. En la población general se espera mucha heterogeneidad, muchas personas experimentando pocos síntomas y pocos sujetos experimentando muchos. En un grupo de pacientes se espera altas medias de reactivos, alta correlación entre reactivos y alta consistencia interna. Los resultados confirman estas expectativas.

Correlaciones prueba-reprueba

El CES-D fue diseñado para ser sensitivo ante posibles reacciones depresivas a eventos en la vida de las personas. El tiempo de estos eventos es impredecible pero presumiblemente aperiodico. Cortos períodos para prueba re-prueba producen altas correlaciones que intérvalos prolongados. Eventos en la vida de las personas son dados a introducir variabilidad y, por lo tanto, menor correlación prueba re-prueba. La correlación entre Q3 y los que contestaron por correo fueron.45 y 70. Los sujetos del Q3 fueron clasificados por cualquiera de los 14 eventos negativos que hubiesen ocurrido en el año anterior a la primera entrevista y en el intérvalo entre entrevistas. Aquellos que no tenían eventos en cualquiera de las 2 situaciones obtuvieron correlación prueba re-prueba más alta. Aquellos que tuvieron en ambas circunstancias alcanzaron la correlación más baja. Los que tuvieron sólo en una de las 2 alcanzaron una correlación intermedia. La correlación del grupo de New Haven fue de.53. (basada en puntuaciones después de 4 semanas). En este grupo los eventos ocurrieron pero el efecto del tratamiento se asume se efectuó en la misma dirección en todos o en la mayoría de los pacientes.

Validez Interna

La escala discrimina fuertemente entre grupos de pacientes y población general, es sensitiva a niveles de severidad de sintomatología depresiva y refleja mejoras después de tratamiento psiquiátrico. También correlaciona satisfactoriamente con escalas diseñadas para medir depresión y es sensitiva a posible depresión a causa de eventos en la vida de las personas.

Criterio Clínico

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

El CES-D discrimina entre pacientes psiquiátricos hospitalizados y la población general y discrimina moderadamente en niveles de severidad en grupos de pacientes. La muestra de Washington presentó una puntuación más alta que el promedio de la población general. Sólo 21% de la población general puntuó 16 o más. En el grupo paciente, la correlación entre CES-D y la severidad de depresión dictada por la enfermera clínica fue de.56 según Radloff (1977).

En el de New Haven el promedio de puntuación en el CES-D fue de 39.1 con una puntuación menor de 16. La correlación del CES-D en la Hamilton Clinicians Rating Scale y la Raskin Rating Scale fue moderado (.44 a.54). Luego de 4 semanas de tratamiento las correlaciones fueron sustancialmente más altas (.69 a.75). Dichas correlaciones fueron tan altas como las obtenidas para el SCL 90. según Radloff (Weissmar et al., 1977).

Criterio de auto informe

En todas las muestras el patrón de correlación con otras escalas brinda una evidencia razonable de validez discriminatoria. La correlación del CES-D en el Possitive Bradhurn Affect Scale fue negativa y baja positiva con escalas diseñadas para medir diferentes variables. El CES-D correlaciona moderadamente con las puntuaciones de depresión pero correlaciona bajo negativo con puntuaciones de cooperación y entendimiento de la persona. En el grupo paciente, la correlación con otras escalas fue alta positiva (.83), con la Bradburn Possitive Affect fue alta negativa y con otras escalas fue bajo positiva.

Necesidad de ayuda

En el Q1 y Q2 se les preguntó a los sujetos si habían tenido algún problema durante la semana anterior por el cual sintieron necesidad de ayuda. Se incluyó el grupo paciente de Washington para establecer comparación. El grupo de la población general que necesitaba ayuda era más similar a los pacientes que los que no la necesitaban. El grupo que necesitaba ayuda tenía medias, desviación estándar, distribución simétrica y correlaciones más altas en el Bradborn Possitive Affect Scale.

Eventos de vida

Investigaciones anteriores han demostrado una asociación entre enfermedades incluyendo las mentales, con ciertos eventos significantes en la vida del sujeto. Este estudio demostró que mientras más negativo es el evento, mayor es la puntuación en la escala. Las vacaciones estaban asociadas con bajas puntuaciones en el CES-D, el matrimonio salió ambiguo y la separación está más fuertemente asociada a la depresión que la separación.

En cuanto a la re-entrevista la puntuación del Q3 obtuvo puntuaciones más bajas que la entrevista original, excepto en el grupo sin eventos antes de la primera entrevista y al menos un evento en el intervalo re-prueba. Los cuatro grupos fueron significativamente diferentes en la magnitud de cambio en la puntuación del CES-D.

Mejora después de tratamiento

La puntuación promedio del CES-D y el Raskin disminuyó significativamente desde el tiempo de admisión de una semana a cuatro de tratamiento. La media para cada uno de los 20 reactivos fue más baja después de cuatro semanas de tratamiento. El cambio fue

más significativo para los pacientes designados como “recuperados” después de 4 semanas. El promedio de la puntuación del CES-D bajó 20 puntos en el grupo “recuperados” y 2 puntos en el “todavía enfermo”.

Análisis de factores

Los componentes principales del análisis de factores de los 20 reactivos fue realizado para la población general (todos los blancos de Q1, todos los blancos de Q2, todos los blancos de Q3). Para cada grupo habían cuatro valores-eigen mayores que 1, los cuales juntos tenían un total de 48% de varianza y fueron examinados a través de una rotación varimax de 4 factores.

El patrón de la carga de factores fue consistente a través de los 3 grupos. El factor “afecto depresivo” compartió la proporción mayor de la varianza (aproximadamente 16%) y el factor interpersonal, la proporción más pequeña (aproximadamente 8%) en los 3 grupos. Comparando los 3 grupos, los coeficientes diagonales fueron más altos (.87 a.99). El off-diagonal coeficientes (similaridad de diferentes factores) fue baja. Esta es una evidencia fuerte de que el CES-D tiene similar estructura de factores en las dos muestras con población similar (Q1 vs Q2) y a través de dos pruebas en esencialmente la misma muestra (Q1 vs Q3).

Los factores encontrados en la población general son consistentes con los componentes de depresión de la escala. La alta consistencia interna de la escala encontrada en todos los grupos argumenta énfasis en factores separados. Los reactivos son todos los síntomas relacionados a la depresión.

Fortalezas:

El CES-D tiene alta consistencia interna, estabilidad prueba re-prueba aceptable, excelente validez concurrente por criterio clínico y auto informe, además de evidencia sustancial de validez de constructo. Estas propiedades permanecieron a través de los subgrupos de la población general estudiados. La escala es adecuada para usarse en poblaciones americanas de blancos y negros de ambos sexos con un rango extenso de edades y estatus socioeconómico para el estudio epidemiológico de síntomas de depresión. Un grupo con alta puntuación puede interpretarse como “riesgosa” a la depresión o en necesidad de tratamiento. La escala es una herramienta valiosa para identificar grupos en alto riesgo y para estudiar relaciones entre síntomas depresivos y muchas otras variables.

Un estudio dirigido por Masten, Caldwell-Colbert, Alcala y Mijares (1986) para evaluar la validez y confiabilidad concurrente, la consistencia interna y confiabilidad prueba-reprueba del CES-D fue llevado a cabo con la intención de que una escala de depresión con confiabilidad y validez entre la población mexicana fuera una contribución importante ya que podría ser utilizada como instrumento de investigación tanto para el estudio de aspectos psicológicos de la depresión como para realizar estudios epidemiológicos. Y que inclusive también podría ser utilizada para desarrollar pruebas clínicas de depresión. En México, es común que se traduzcan pruebas de depresión para uso clínico y de investigación sin antes determinar su confiabilidad o validez. Esto, a su vez, coincide con lo que sugiere Herrans para Puerto Rico. Esta práctica se lleva a cabo a pesar de que existe información de que la depresión se manifiesta de forma diferente

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

según la cultura según Masten, Caldwell-Colbert, Alcala & Mijares (Stain-brook, 1954 & Yap, 1965) además de que ésta tiene diferente significado de acuerdo a la cultura misma según Masten, Caldwell-Colbert, Alcala & Mijares (Yanajida & Marsella, 1980). Se ha informado que pacientes ambulatorios mexicanos tienden a utilizar la somatización para describir sus problemas. Inclusive, algunos de los llamados "síntomas" pueden ser realmente actitudes o sentimientos de un patrón cultural determinado afirman Masten, Caldwell-Colbert, Alcala y Mijares (Febrega, Rubel & Wallace, 1981).

Un estudio realizado en 1997 por Chapleski y Lamphere con el propósito de analizar el CES-D y examinar otros modelos como alternativa, ya que pocas veces se han examinado los Indios Americanos de mayor edad de los Grandes Lagos y se quería saber si el CES-D medía de igual forma su nivel de depresión. La muestra consistía de 309 nativoamericanos escogidos al azar, de 55 años o más viviendo en zona urbana, rural (fuera de la reserva) y en la reserva (58.8% eran urbanos, 24.3% de reserva y 16.9 % rurales). Como antecedentes, Chapleski & Lamphere (Roberts, 1980) demostró confiabilidad y estructuras comparables de factores para el CES-D entre afroamericanos (alpha =.85) y mexicoamericanos (alpha =.87). En un estudio para examinar indios americanos mayores de edad Chapleski & Lapmphere (Baron, 1987)se encontró alta consistencia interna (coeficiente de alpha =.86) para la escala pero el resultado del análisis de factores difirió del estimado de Radloff. Baron hizo un análisis de factores del CES-D en una muestra de 103 indios americanos. El modelo de cuatro factores explicó 49% de la varianza total. Estos cuatro factores eran el afecto depresivo, bienestar, somático y el interpersonal. En otro estudio, Chapleski & Lapmphere (Somervell, 1993) también encontró que su estructura de factores difería de la de Radloff, con ninguna distinción clara entre el factor depresivo y el factor somático. Finalmente, Chapleski & Lapmphere (Liang, 1989) usó 12 reactivos en su análisis de factores en el CES-D entre mexicoamericanos. Se encontró que el modelo de tres factores, entiéndase el afecto depresivo, el de bienestar y el somático, iba mejor con las muestras de las tres generaciones. La medida de error fue diferente entre la primera y segunda generación, indicando que los reactivos no actuaban de la misma forma para ambos grupos. También se encontró que ninguna de las variables de aculturación, salud o estatus socioeconómico explicaban estas diferencias.

Numerosos estudios han encontrado que factores sociodemográficos como estado civil, educación, ingreso y edad son importantes predictores de depresión. Entre los americanos de mayor edad hay poca consistencia en los hallazgos de edad, raza, estado civil y género, pero las variables ingreso y educación permanecen como fuertes predictores. Factores como alcoholismo, cirrosis y homicidio parecen estar asociados a la depresión en Indioamericanos según Chapleski y Lamphere (Shore y Manson, 1981). Esta asociación varía dependiendo de factores contextuales como el área de residencia. Por ejemplo, Chapleski & Lapmphere (Kraus,1973; Bloom, 1974) encontraron que suicidio, homicidio y alcoholismo tienden a ser de nivel mayor en los Indios de Alaska que viven en grandes villas o pueblos que los que viven en las villas tradicionales. La exposición a la aculturación demuestra un incremento en los síntomas depresivos y desórdenes psiquiátricos aseguran Chapleski y Lamphere (Bloom, 1974; Byrde, 1970; Kraus, 1973; Leighton, 1971 y Young,1974) y que los nativoamericanos que viven en

zona urbana son los vulnerables a la depresión relacionada a factores de aculturación. Se utilizaron el CES-D de 20 reactivos y la versión corta que consiste de 12 reactivos de tres factores: afecto depresivo, bienestar y somatización. Omite el factor interpersonal del CES-D de 20 reactivos. En este estudio se quería determinar una explicación estadísticamente aceptable de la información en el análisis de factores. También se quería determinar si el modelo de cuatro factores proveía mejor explicación que otras posibles alternativas. El CES-D de 20 reactivos fue significante a nivel de.05 con una media de.58. El reactivo que obtuvo el "carga factorial" más bajo fue el de "Pienso que mi vida ha sido un fracaso" con.26. A pesar de que es estadísticamente significativo este reactivo tenía tan sólo 6% de la varianza total en el factor de "afecto depresivo " sugiriendo así que no es buen indicador para esta muestra. Los dos reactivos interpersonales tuvieron las medias más bajas de todos los reactivos, sugiriendo que son salientes para una pequeña cantidad de participantes. El CES-D de 12 reactivos obtuvo una media de.64.

El reactivo "Pienso que mi vida ha sido un fracaso" no está presente en esta versión. Como en el CES-D de 20 reactivos, la correlación entre factores depresivos y somáticos permaneció alta (r=.80) a pesar de que es menor que la correlación de.88 del modelo completo. Como conclusión el modelo de 12 reactivos explica mejor la información que el de 20 reactivos además de que aunque los participantes de las tres localizaciones residenciales tal vez experimentaron diferentes niveles de aculturación, el modelo de 12 parece reducir el efecto de estas diferencias, aumentando así la confiabilidad de los resultados. Esto es un dato importante ya que los urbanos habían reportado mayor depresión que los rurales y los de reserva.

Se hizo otro estudio, parecido al anterior, con el propósito de investigar las propiedades psicométricas de una versión árabe del CES-D. Además, Ghubash, Daradkeh, Tewfik, Al Naseri, Al Bloushi & Al Daheri (El-Islam et al., 1988) informaron que los pacientes árabes en Kuwait exhiben los síntomas centrales de depresión como en otras culturas pero que difieren en las descripciones metafóricas de la intensidad, frecuencia de sentimientos de desesperanza e intentos de suicidio. También, Ghubash, Daradkeh, Tewfik, Al Naseri, Al Bloushi & Al Adherí (Basoglu, 1983 & Sartorious et al., 1983) informaron que personas musulmanas depresivas en Turquía e Irán comparten pacientes de otras culturas con los síntomas centrales de la depresión.

Se tradujo el CES-D al idioma árabe prestando particular atención a las diferencias culturales y a los diferentes modos de expresar las emociones y síntomas relacionados a la depresión. La traducción inicial fue hecha por un psiquiatra bilingüe. Luego la misma fue traducida otra vez al ingles por dos médicos estudiantes bilingües y un psiquiatra bilingüe. Esta a su vez fue traducida al árabe por todos lo que formaron parte en las traducciones anteriores. La versión final fue adoptada después de que fuera piloteada en una muestra de estudiantes médicos.

Tres muestras de mujeres jóvenes fueron escogidas con el propósito de verificar la confiabilidad la validez de la escala. La primera muestra estaba compuesta de estudiantes médicos féminas.

Todas las estudiantes de la United Arab Emirates eran elegibles para participar en el

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

estudio. La segunda estaba compuesta por féminas estudiantes no-médicos escogidas al azar de uno de varios módulos educacionales de la universidad y la tercera estaba compuesta por jóvenes féminas de menos de 30 años escogidas a traves de una tecnica de Al-Ain Community. Los tamaños de las muestras fueron 150, 170 y 130 respectivamente. Se utilizaron la versión árabe del CES-D, cuestionario socio-demográfico y factor de riesgo y la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-III-R de Desordenes Mentales. Una muestra conveniente (n=30) de un grupo de médicos fue seleccionada con el propósito de validez prueba-reprueba. A los sujetos se les preguntó para que re-evaluaran los reactivos de la escala dos semanas después de las clasificaciones iniciales. Todos estos sujetos fueron entrevistados usando la Entrevista Estructurada del DSM-III-R.. Luego los reactivos eran expuestos al procedimiento de consistencia interna para estimar correlaciones entre reactivos. Los reactivos de la escala fueron expuestos a un factor de análisis con "varimax rotation" para examinar la estructura factorial de la escala y examinar también los patrones de expresión de síntomas depresivos de la muestra.

El proceso Receiver Operating Characteristics (ROC) fue aplicado para examinar los índices de validez de la escala en varios puntos de corte. La puntuación total de la escala fue usada como la variable respuesta. La categorización de los sujetos en las categorías depresiva y no depresiva se hizo usando la técnica de auto-evaluación, auto-percepción de depresión y la necesidad de tratamiento como la variable criterio para indicar casos potenciales y non-cases.

El 75% de los sujetos completaron la escala. El coeficiente alpha fue de.88 y la validez de mitades fue de.83. Hubo diferencias significativas en la media entre los depresivos y no depresivos tanto los que fueron clasificados por el SCID como los de auto-percepción de depresión y la necesidad de tratamiento. El análisis ROC reveló un punto de corte de 21 discriminando mejor entre los depresivos y los no depresivos. No hubo diferencias significativas ente la proporción de sujetos depresivos de las 3 muestras. A nivel de 5% hubo diferencias significativas entre las medias de puntuación total entre depresivos y no depresivos (29.5+/-11.3 vs. 14.3+/-8.8) y también hubo diferencias significativas entre las medias categorizadas por el SCID. (27.2+/-13.3 vs. 14.7+/-8.6).

La sobre sensibilidad de los sujetos explica el promedio tan alto en la puntuación del CES-D. Estos resultados no son generalizables ya que no hay información sobre la ejecución del CES-D en otras ciudades árabes. Estos resultados concuerdan con los de estudios anteriores y con la consistencia del CES-D en idioma árabe. Radloff (1977) informó un coeficiente alpha de.85 para muestras en la población en general con validez split-half de.76 a.85. Un coeficiente de.85 también fue informado por Ghubash, Daradkeh, Tewfik, Al Naseri, Al Bloushi & Al Daheri (Roberts, 1980) para sujetos blancos y Murell en una muestra de la comunidad. Han habido hallazgos consistentes en síntomas depresivos y en los cuestionarios ha sido similar a través de diferentes culturas. Como conclusión el CES-D árabe posee confiabilidad, discriminación y validez de criterio razonables.

En otra investigación realizada por Wilcox, Field, Prodromidis y Scafidi (1998) se buscó la correlación entre el BDI y el CES-D. Además de la correlación del BDI y CES-D

con el DISC. Se estableció que identificar depresión en madres adolescentes es crucial tanto para su propio bienestar como para el de sus hijos. Madres adolescentes han demostrado tener menos expectativas de desarrollo y menos prácticas deseables en la crianza de sus hijos según Prodromidis & Scafidi Field, Widmayer, Stringer e Iganoff, 1980) además de que los infantes de madres adolescentes tienen más problemas físicos, emocionales y cognitivos. Se usó una muestra de 155 adolescentes solteras, de status socioeconómico bajo y de la unidad de maternidad de un hospital universitario urbano. Eran madres hispanas y afroamericanas entre las edades de 13 a 21 y con un décimo grado de escolaridad. Se utilizaron el Beck, el CES-D y el DISC para hacer diagnóstico del Eje I de acuerdo al DSM-3. El DISC es una entrevista estandarizada usada en estudios epidemiológicos para detectar psicopatología en niños y adolescentes. Tiene una puntuación en 27 áreas de síntomas jerárquicamente ordenados (déficit de atención, desorden de conducta, sobre-ansiedad) y puede administrarse verbalmente.

Interviene con síntomas específicos y con su cronología y duración. Las respuestas son codificadas: 0= No, 1=A veces y 2=Si. Su validez y confiabilidad han sido tan buena o mejor que las de otras entrevistas estructuradas. Todos los instrumentos fueron leídos en voz alta a los sujetos. Se les permitía escoger que tipo de prueba querían utilizar. Los criterios para escoger los participantes del estudio fueron: tener de 13 a 21 años y tener un puntuación en el BDI de 3 a 9 ó 13 o más. Si obtenían de 3 a 9 eran asignados al grupo no depresivo (n=56) y si obtenían 13 o más al grupo depresivo. (n=99). Las adolescentes con puntuaciones de 0, 1 y 2 no participaron ya que investigaciones han demostrado que estas madres “refutan” (denying) la depresión. Las que obtuvieron 10, 11 y 12 fueron considerados “pacientes extremos”, y por lo tanto, fueron excluidas. Puntuaciones de 16 o más en el CES-D indican depresión. Las madres que tuvieron una puntuación “no depresiva” en el BDI pero una de 16 en el CES-D fueron asignadas al grupo depresivo. Los que fueron calificados de suicidas fueron excluidos del estudio y referidos. El BDI y el CES-D correlacionaron altamente. En adición hubo correlaciones significativas entre el BDI y subescalas en el CES-D; la correlación más alta fue para la subescala de Afecto Depresivo ($r=.54$, $p<.01$) seguida de la subescala Inpterpersonal ($r=.44$, $p<.01$). Setenta y cinco por ciento de las madres adolescentes prefirieron el CES-D al BDI manifestando que era más fácil de entender y de contestar. De acuerdo al DISC, 33 sujetos fueron clínicamente diagnosticados con algún tipo de desorden afectivo (depresión mayor n=18, distimia n=15). Tanto el BDI como el CES-D correlacionaron con las subescalas de Depresión Mayor y Distimia del DISC. El BDI tuvo una alta correlación con Depresión Mayor ($r=.53$, $p<.01$) mientras que el CES-D tuvo una alta correlación con Distimia ($r=.41$, $p<.01$). La mayoría de la subescalas del CES-D correlacionaron con las subescalas de Distimia y Depresión Mayor del DISC. Como conclusión el BDI se enfoca más en la intensidad de los síntomas, mientras que el CES-D se enfoca en la duración. Tal vez las puntuaciones más altas en este estudio fueron el reflejo del estrés y la ansiedad que acompaña el embarazo de la adolescente y el nacimiento del niño.

En resumen diremos que:

La escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH); es una escala psicométrica autoaplicable que contiene 20 items y fue desarrollada por Leonore Radloff

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

en el año de 1977, con la finalidad de detectar síntomas depresivos en poblaciones de adolescentes y adultos. Es una escala que proporciona indicadores de riesgo de la depresión a través de la sintomatología, es un instrumento para ser utilizado en comunidad, en población no clínica, su utilidad reside en detectar sintomatología depresiva y los factores de riesgo para la depresión que son de naturaleza sociodemográfica. En los últimos años ha surgido interés por evaluar la sintomatología depresiva y hacer diagnóstico de depresión clínica en la comunidad, dicho interés surgió a partir de la evidencia de que la depresión constituía el desorden psiquiátrico más frecuente en la población, con una alta morbilidad y mortalidad, y que puede prevenirse y tratarse eficazmente.

Dohrenwend y Cranda y Craig y Van Natta, sugieren que la duración del síntoma es un factor mucho más importante que la presencia del mismo para determinar la existencia de un trastorno mental, cabe también reconocer que la influencia cultural en la expresión de la depresión se manifiesta tanto en la presencia de síntomas específicos, como en la intensidad de los mismos, y la Escala CES-D cumple estos requisitos.

La Escala comprende ítems relacionados a humor, comportamiento y percepción, que fueron considerados relevantes en estudios clínicos sobre depresión (Radloff, 1977).

La Escala CES-D se elaboró sobre la base del análisis de reactivos de otras escalas tales como: La Escala de Depresión de Zung (Zung, 1955), el Inventario de depresión de Beck (Beck, 1961), la Escala Auto-aplicable de Raskin (Raskin, 1967), la Escala de Depresión del MMPI (Dahlstrom y Welsh, 1960), y la Escala de Depresión de Gadner (Weissman, 1977), así como de la experiencia clínica.

La Escala CES-D ha sido construida siguiendo los criterios para la elaboración de escalas tipo Lickert con preguntas cerradas y opción múltiple de respuesta, consta de 20 reactivos representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva, y de acuerdo con el análisis factorial de la escala, los reactivos quedan agrupados en cuatro factores: I. Afecto Depresivo, II. Afecto Positivo, III. Actividad Somática, IV. Relaciones Interpersonales.

Es importante señalar que esta escala puede ser auto aplicada o administrada por entrevistadores legos, debido a que sus reactivos son simples, directos y sin riesgo de confusión.

Su aplicación consiste en marcar con una “X” la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la persona durante la semana pasada, la semana previa a la aplicación y las respuestas se califican de la siguiente manera:

0 = menos de un día;

1 = uno o dos días;

2 = tres o cuatro días y

3 = cinco o siete días.

El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los veinte (20) reactivos, que tienen un rango de 0 a 60.

CONCLUSIÓN DE MARCO TEÓRICO DE LA ESCALA CES-D

Remarcamos que, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), fue creado en el National Institute of Mental Health y desarrollado por L. Radloff en el año 1977, con el propósito de poder identificar los factores de riesgo asociados con la depresión mediante un instrumento que, pudiera ser aplicado por entrevistadores no especializados en salud mental, a poblaciones no institucionalizadas.

La CES-D no fue confeccionada para realizar diagnóstico clínico en depresión, sino como una escala que proporciona indicadores de riesgo de esa enfermedad, a través de la expresión de sintomatología depresiva. La prevalencia de la sintomatología depresiva en los estudios comunitarios, se comprueba que es superior a la depresión clínica.

La escala CES-D se creó con base tanto en los análisis de reactivos de otras escalas, como en las experiencias clínicas. Sus reactivos son representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva.

Por consiguiente su elaboración fue a través de un enfoque netamente clínico en donde la experiencia subjetiva da lugar a realizar predicciones, permitiendo al clínico asignar sus propios pesos predictores y combinar estos de una manera subjetiva. El enfoque clínico se refiere a aquellos casos en donde el profesional psicólogo, psiquiatra, enfermera, entre otros, usa su juicio o “intuición” para hacer lo que siente que son los ajustes apropiados en las circunstancias dadas. Este tipo de procedimiento, basado en un alto grado en la experiencia informal acumulada a través de los años del clínico, denominado concepción particular de lo que esta involucrado, es llamado método clínico de la predicción.

Esta escala ha sido utilizada en estudios comunitarios tanto en los Estados Unidos, como en otros países.

Se han realizado estudios y entrevistas con el CES-D original, así como de correlación con otras escalas clínicas, encontrando que la escala es aceptable para poblaciones clínicas y la población en general, en donde es sensitiva a niveles de severidad de sintomatología depresiva.

PROCEDIMIENTO PARA LA ADAPTACIÓN DE LA ESCALA CES-D PARA UTILIZARLA EN NUESTRO MEDIO:

Se obtuvieron dos versiones originales de la Escala CES-D, una en inglés y la otra en portugués; ambas fueron traducidas por cuatro psicólogos clínicos con más de diez años de experiencia profesional, dos de ellos con conocimiento del idioma inglés y los otros dos con conocimiento del portugués. Asimismo se consultó con dos lingüistas para que revisen y adapten la traducción de acuerdo con nuestra idiosincrasia; siendo ambas adaptaciones revisadas y discutidas por el equipo de psicólogos y los lingüistas. También se empleo el criterio de jueces y luego se aplicó a una población pequeña, con las correcciones respectivas, quedando de esta manera constituida la Escala CES-D para nuestra investigación.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Respecto a la Validez y Confiabilidad del instrumento, para la traducción y baremación se han realizado los siguientes análisis:

ANÁLISIS DE ITEMS Y CONFIABILIDAD

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

El análisis psicométrico tiene por finalidad verificar la calidad de la información que proporciona la Escala CES - D, para ello fue necesario establecer con claridad la validez y confiabilidad que presentó la prueba utilizada (Muñiz, 1994, 1996).

Tabla Nº 10: Análisis de Items y Confiabilidad del CES - D en la muestra de Estudiantes Universitario

Item	M	D. S.	Ritc
1	0.77	0.83	0.48 *
2	0.59	0.79	0.40 *
3	0.91	0.94	0.71 *
4	0.92	0.86	0.62 *
5	1.35	0.83	0.52 *
6	1.06	0.92	0.75 *
7	1.35	0.89	0.21 *
8	0.82	0.84	0.61 *
9	0.50	0.76	0.72 *
10	0.88	0.82	0.57 *
11	0.76	0.89	0.46 *
12	0.75	0.90	0.73 *
13	0.87	0.81	0.51 *
14	1.11	0.95	0.72 *
15	0.64	0.77	0.46 *
16	0.78	0.86	0.68 *
17	0.53	0.75	0.54 *
18	1.07	0.88	0.75 *
19	0.75	0.86	0.64 *
20	1.04	0.88	0.40 *

Coeficiente Alfa de Cronbach =0.92

* Significativo p <.05

N = 382

Los resultados obtenidos en la muestra de estudiantes Universitarios, presentados en la Tabla Nº 10, indican que los ítems alcanzan valores en promedio que fluctúan entre 1.35 como en los ítems 5 y 7 y 0.50 como en el ítem 9, es decir que los sujetos presentan valoraciones bajas. El análisis de las correlaciones ítem test corregidas (Ritc) permite apreciar que todos los valores oscilan entre 0.21 y 0.75, es decir que todos los reactivos son significativos y cumplen con el criterio de ser mayor de 0.20 propuesto por Kline (1993). Además el análisis de la confiabilidad realizada a través del coeficiente Alfa de Cronbach indica que asciende a 0.92 lo que nos permite concluir que la Escala CES-D permite obtener puntuaciones confiables.

El CES-D se aplicó a una muestra de 50 pacientes depresivos (24 masculinos y 26 femeninos) a fin de determinar el análisis diferencial de los ítems de dicha escala.

Tabla Nº 11: Análisis diferencial de los Items del CES - D entre la muestra de Estudiantes Universitarios y la

muestra de Pacientes Depresivos

Item	Alumnos Universitarios		Pacientes Depresivos		X^2
	N= 382		.N = 50		
	M	D. S.	M.	D.S.	
1	0.77	0.83	1.94	0.84	78.42***
2	0.59	0.79	1.96	0.73	109.75***
3	0.91	0.94	2.06	0.62	69.64 ***
4	0.92	0.86	1.50	0.58	33.94 ***
5	1.35	0.83	1.90	0.61	26.10 ***
6	1.06	0.92	2.08	0.67	54.19 ***
7	1.35	0.89	1.90	0.42	46.99 ***
8	0.82	0.84	1.96	0.61	80.81 ***
9	0.50	0.76	1.94	0.71	112.64 ***
10	0.88	0.82	1.98	0.66	77.42 ***
11	0.76	0.89	2.14	0.61	96.56 ***
12	0.75	0.90	2.24	0.59	119.93 ***
13	0.87	0.81	1.62	0.64	45.19 ***
14	1.11	0.95	2.10	0.58	60.39 ***
15	0.64	0.77	1.54	0.65	57.38 ***
16	0.78	0.86	2.10	0.58	105.43 ***
17	0.53	0.75	1.74	0.69	100.19 ***
18	1.07	0.88	2.24	0.59	80.25 ***
19	0.75	0.86	1.86	0.64	78.53 ***
20	1.04	0.88	2.20	0.57	86.36 ***

* p <.05

** p <.01

*** p <.001

G. L. = 4

Por otro lado el análisis de la capacidad de diferenciación de los ítems, entre las respuestas de la muestra de los Estudiantes Universitarios y la muestra de Pacientes Depresivos, presentados en la Tabla Nº 11, permite apreciar que en todos los casos existen diferencias significativas contrastadas a través del estadístico Chi-Cuadrado, evidenciándose que sistemáticamente los pacientes depresivos tienden a otorgar valores más elevados a los ítems que los alumnos universitarios. Este Hallazgo permite concluir que la Escala CES-D a nivel de los ítems permite diferenciar a los sujetos depresivos de aquellos que no lo son.

Tabla Nº 12: Análisis Diferencial de los Items del CES - D entre la muestra de Varones y Mujeres Estudiantes Universitarios

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Item	Varones		Mujeres		X^2
	N = 181		N = 201		
	M	D. S.	M.	D.S.	
1	0.80	0.88	0.75	0.77	6.24
2	0.50	0.72	0.67	0.85	5.01
3	0.82	0.88	0.99	0.98	6.31
4	0.86	0.84	0.98	0.87	2.12
5	1.35	0.77	1.35	0.88	4.53
6	0.96	0.93	1.16	0.91	7.97 *
7	1.37	0.88	1.34	0.91	1.51
8	0.79	0.80	0.85	0.87	1.68
9	0.47	0.70	0.53	0.81	7.06
10	0.77	0.71	0.99	0.89	11.43 **
11	0.75	0.86	0.78	0.92	1.99
12	0.77	0.92	0.74	0.89	1.53
13	0.91	0.77	0.85	0.84	3.44
14	0.09	0.91	1.12	0.98	2.54
15	0.67	0.75	0.61	0.79	3.87
16	0.83	0.84	0.74	0.87	6.12
17	0.38	0.62	0.67	0.83	14.77 **
18	0.94	0.86	1.18	0.88	10.53 *
19	0.73	0.79	0.77	0.92	5.10
20	1.10	0.89	0.98	0.87	3.86

* p <.05

** p <.01

*** p <.001

G. L. = 4

El análisis de la capacidad de diferenciación de los ítems, entre los varones y las mujeres de la muestra de Estudiantes Universitarios, presentados en la Tabla Nº 12, permite apreciar que sólo existen diferencias significativas contrastadas a través del estadístico Chi-Cuadrado, en los ítems 6, 10, 17 y 18 evidenciándose sistemáticamente que las mujeres tienden a otorgar valores más elevados en dichos ítems que los alumnos universitarios varones.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

La Validez de Constructo se realizó mediante el Análisis Factorial Confirmatorio de la muestra de estudiantes Universitarios de Lima de acuerdo a la estructura de 4 factores obtenida en la muestra Norteamericana del CES – D.

Tabla Nº 13: Análisis Factorial Confirmatorio de la muestra de estudiantes Universitarios de Lima de acuerdo a la estructura de 4 factores obtenida en la muestra Norteamericana del CES - D

Datos	Modelo	Modelo Independiente
Parámetros	46	40
Cmin	357.56	3419.61
G. L.	164	190
P	0.000	0.000
Cmin/G.L.	2.178	17.998
RMR	0.056	5.98
GFI	0.910	0.820

n = 382

En lo que concierne al estudio de la Validez de Constructo, se trató de replicar la estructura factorial encontrada en la muestra Norteamericana que indicó la existencia de 4 factores, los resultados alcanzados y presentados en la Tabla Nº 13, indican que se alcanzó un chi-cuadrado mínimo de 357.56, la cual es significativa, por lo que se puede concluir que en la muestra de estudiantes universitarios de Lima no se corrobora la estructura factorial norteamericana.

Tabla Nº 14: Análisis Factorial Confirmatorio de la muestra de Estudiantes Universitarios de Lima de acuerdo a la estructura de 4 factores obtenida en la muestra Brasileña del CES - D

Datos	Modelo	Modelo Independiente
Parámetros	43	40
Cmin	350.10	3419.61
G. L.	167	190
P	0.000	0.000
Cmin/G.L.	2.096	17.998
RMR	0.042	5.98
GFI	0.90	0.820

n = 382

Mediante el Análisis Factorial Confirmatorio de la muestra de estudiantes Universitarios de Lima de acuerdo a la estructura de 4 factores obtenida en la muestra Brasileña del CES-D, presentada en la Tabla Nº 14, indica que se obtuvo un chi-cuadrado mínimo de 350.10, que es significativa, lo que nos permite concluir que en la muestra de estudiantes universitarios de Lima tampoco se corrobora la estructura factorial Brasileña.

Tabla Nº15: Análisis Factorial Exploratorio del CES - D en la muestra de Estudiantes Universitarios

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	0.55		
2	0.62		
3	0.64		
4		0.58	
5		0.52	
6	0.73		
7			0.83
8		0.44	
9		0.55	
10		0.55	
11			0.43
12	0.64		
13		0.43	
14	0.58		
15		0.78	
16	0.49		
17	0.58		
18	0.72		
19		0.77	
20		0.54	
%Varianza Explicada	41.8 %	20.0 %	10.0 %

Medida de Adecuación del Muestreo de Kaiser Meyer-Olkin = 0.95

Test de Esfericidad de Bartlett = 3352.30 ***

* p <.05

** p <.01

*** p <.001

N = 382

A raíz de los hallazgos previos se consideró pertinente desarrollar el estudio de la validez que fue realizado a través del método intra-prueba (Brown, 1996), utilizándose el análisis factorial Exploratorio, en base al método de factorización de los componentes principales y el método de rotación Ortogonal Varimax.

Los resultados alcanzados en la Tabla Nº 15, indican que los análisis preliminares como es el caso de la medida de la Adecuación del Muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (0.95) y el Test de esfericidad de Bartlett (3352.30, p <.001), los cuales recomiendan la ejecución del Análisis Factorial.

Los resultados del análisis factorial indican la existencia de 3 factores que permiten explicar el 71.8 % de la varianza total. Los factores se distribuyen de la siguiente forma:

- El Factor 1 (factor depresivo), explica el 41.8 % de la Varianza total y constituye un factor que incluye los ítems 1, 2, 3, 6, 12, 14, 16, 17 y 18.

- El Factor 2 (pérdida de interés), explica el 20.0 % de la Varianza total, está conformada por los ítems 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 19, y 20.

- El Factor 3 (actividad disminuida), explica el 10.0 % de la Varianza total, conforma un factor con un solo polo en el cual se incluyen los ítems 7 y 11.

Cabe reiterar que los factores encontrados por nosotros son 03, que difieren de los 04 encontrados tanto en los estudios norteamericano como brasileño. Por ello, nombramos a los factores: 1) Factor depresivo, 2) Pérdida de interés y 3) Actividad disminuida.

Tabla Nº 16: Análisis de la Confiabilidad de los factores del CES - D de la muestra de Estudiantes Universitarios

Factor	M	D. S.	Alfa de Cronbach
Factor 1	7.58	5.70	0.88
Factor 2	7.77	5.04	0.85
Factor 3	2.12	1.35	0.70

* Significativo p <.05

N = 382

El análisis de la confiabilidad de los factores obtenidos en la muestra de estudiantes universitarios, tabla Nº 16, permitió observar que el Factor 1 (factor depresivo) obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.88, seguido del factor 2 (pérdida de interés) con 0.85 y el factor 3 (actividad disminuida) con 0.70, resultados que indican que los factores permiten obtener puntajes confiables.

VALIDEZ RELACIONADA CON EL CRITERIO, VALIDEZ PREDICTIVA

Tabla Nº 17: Validez Predictiva a través del método de la diferenciación de grupos

Variable	Estudiantes Universitarios		Pacientes Depresivos		Z
	N = 382		N = 50		
	M	D. S.	Media	D. S.	
Puntaje Total	17.47	10.82	39.00	7.37	13.65 ***

* p <.05

** p <.01

*** p <.001

El análisis de la Validez relacionada con el criterio, en la modalidad de la Validez predictiva a través del método de la diferenciación de grupos, en el cual se compara el puntaje de los Alumnos Universitarios con el puntaje de los Pacientes Depresivos, en la Tabla Nº 17 se puede observar que existen diferencias significativas entre los dos grupos pues se obtiene una Z = 13.65, p <.001, notándose que los Pacientes Depresivos alcanzan una media superior (M=39.00) a la que presentan los Alumnos Universitarios

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

(M=17.47). Este hallazgo permite concluir que la Escala CES-D presenta validez predictiva.

BAREMOS

Tabla Nº 18: Baremos del CES - D en la muestra de Estudiantes Universitarios

Rango percentil	Puntaje Total	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Rango percentil
10	6	1	2		10
20	8	2	3		20
30	10	4	4	1	30
40	13	5	6		40
50	15	7	7		50
60	18	8	8	2	60
70	22	10	10		70
80	27	12	12	3	80
90	33	15	15	4	90
99	49 a +	25 a +	21 a +	6	99
Media	17.47	7.58	7.78	2.12	Media
D. S.	10.82	5.70	5.04	1.35	D. S.
N	382				N

Tabla Nº 19: Análisis de la Sensibilidad, Especificidad, Falsos positivos y Falsos Negativos del CES - D

Nivel	Pacientes Depresivos	No Pacientes Depresivos	Total
Alta Depresión	50	169	219
Baja Depresión	0	213	213
Total	50	382	432
	Sensibilidad	=100.00%	
	Especificidad	=56.00%	
	Falsos Positivos	=00.00%	
	Falsos Negativos	=44.00%	

Según la Tabla Nº 19, el análisis de la clasificación de los puntajes del CES – D indica que la Sensibilidad es decir la capacidad para identificar los niveles de alta depresión con la prueba en los pacientes es del 100.00 %. La Especificidad es decir el porcentaje de alumnos no pacientes depresivos con bajo nivel de depresión detectado en la prueba asciende al 56.00 %. Mientras que la presencia de Falsos positivos, es decir la presencia de pacientes depresivos con bajos niveles de depresión indicados por la prueba es del 00.00 %. En tanto que la presencia de Falsos Negativos, vale decir es decir el porcentaje de alumnos no pacientes depresivos con altos niveles de depresión detectados con la prueba ascienden al 44.00 %

3.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para el tratamiento y análisis de datos se empleó estadígrafos de tendencia central como: Media Aritmética, Análisis de frecuencia, la prueba z, Desviación Estándar, Coeficiente Alfa de Cronbach, Prueba de Kolmogorov Smirnov de Bondad de Ajuste a la curva normal (K-S).

Media Aritmética determinan una relación entre los datos de la muestra, cuya fórmula es:

$$\text{Media aritmética } x = \frac{\Sigma X}{N}$$

donde: ΣX = Sumatoria de datos

N = Número total de datos.

Para el análisis de resultados y determinar el indicador sociodemográfico más significativo se empleó el Análisis de Frecuencia.

El Análisis de Frecuencia o análisis porcentual para los fines de comparación.

$$\text{Frecuencia}(\%) = \frac{\text{Nº de datos x 100}}{TS}$$

Para la contrastación de Hipótesis se empleó la Z de comparación de medias.

Desviación Estándar

Es una medida de dispersión y se simboliza como Sx. Se define como la raíz cuadrada de la media aritmética de la diferencia de las desviaciones elevadas al cuadrado de cada uno de los puntajes respecto de la media aritmética. Es la raíz cuadrada de la varianza.

El Coeficiente Alfa de Cronbach

Es una medida de la homogeneidad de los ítems y se define como el grado en que los reactivos de la prueba se correlacionan entre sí. Este coeficiente implica trabajar con los resultados de todas las pruebas incluyéndose en el análisis las respuestas individuales a cada ítem (Anastasi 1968, Brown 1980, Magnusson 1976) su ecuación es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1}\right]\left[1 - \frac{\Sigma S_i^2}{S_x^2}\right]$$

Donde:

K2 = es el número de ítems del instrumento.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

$\sum S_x$ = es la suma de las varianzas de los ítems

S^2_x = es la varianza de las puntuaciones totales.

PRUEBA DE KOLMOGOROV SMIRNOV DE BONDAD DE AJUSTE A LA CURVA NORMAL (K-S)

Es una prueba estadística que valida la hipótesis, que a partir de una muestra de n observaciones, la variable estudiada sigue una ley normal en la población origen de dicha muestra (Doménech y Massons 1980).

Es un test no-paramétrico, que detecta desviaciones de la distribución normal (Sachs 1978).

Su fórmula es:

$$Di=\left[\frac{Pi-Si}{100}\right]max$$

Siendo:

Pi = valor obtenido en la muestra

Si = valor normalizado esperado.

El resultado es evaluado significativamente por medio de las tablas que proporcionan tanto Massey como Lillienfors.

Prueba Z de Comparación de Medias

Es una prueba estadística para analizar si dos proporciones difieren significativamente entre sí.

Se aplica la siguiente fórmula:

$$Z=\frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_1 q_1}{N_1} + \frac{P_2 q_2}{N_2}}}$$

$$q_1 = 1 - P_1$$
$$q_2 = 1 - P_2$$

La puntuación Z resultante se compara con la puntuación Z de la distribución de puntuaciones Z (normal) que corresponda al nivel de confianza elegido. El valor calculado de Z (resultante de aplicar la fórmula) debe ser igual o mayor que el valor de la tabla de áreas bajo la curva normal correspondiente. Si es mayor o igual, se acepta la hipótesis de investigación. Si es menor se rechaza.

Estos estadígrafos se ajustan a los requerimientos del diseño de investigación

propuesto.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

VALIDEZ DE CONTENIDO

Tabla Nº 20: Validez de Contenido por Criterio de Jueces de la Escala CES- D

Item	V Aiken
1	0.89*
2	0.89*
3	1.00*
4	1.00*
5	1.00*
6	1.00*
7	0.90*
8	0.90*
9	0.89*
10	0.90*
11	0.90*
12	0.90*
13	0.90*
14	0.90*
15	0.90*
16	1.00*
17	1.00*
18	1.00*
19	1.00*
20	1.00*

*p <.05

Jueces = 10

El análisis cuantitativo de la validez de contenido por criterio de jueces presentado en la tabla Nº20, indica que todos los ítems evaluados alcanzaron coeficientes V de Aikin significativos, lo que nos permite concluir que la Escala CES-D presenta validez de contenido.

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PUNTAJES DE LA ESCALA

ANÁLISIS EXPLORATORIO DE DATOS

Con la finalidad de analizar las características más relevantes que presentaron las distribuciones de los puntajes de la prueba, se realizaron los análisis de Tallos y hojas.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

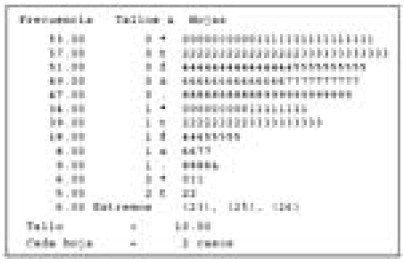


Gráfico Nº 1: Análisis de Tallos y Hojas del Factor 1 del CES – D

Los resultados del gráfico Nº 1, que incluye los puntajes del factor 1 (factor depresivo) del CES-D, permiten apreciar que existen tres casos de puntajes extremos altos, notándose que la mayor cantidad de casos se ubican entre los puntajes de 0 y 9 puntos, lo cual es esperable en una muestra no clínica.

La revisión de los datos nos permite concluir que no se percibe la presencia de una curva normal en la distribución de los datos.

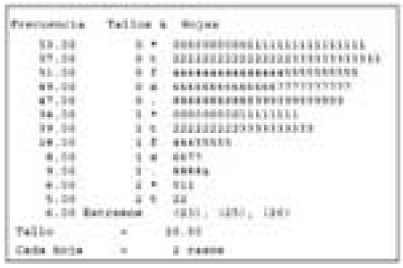


Gráfico Nº 2: Análisis de Tallos y Hojas del Factor 2 del CES - D

En relación a los resultados del Factor 2 (pérdida de interés), (ver gráfico No. 2), se encuentra la presencia de puntajes extremos altos, observándose también que la mayor cantidad de casos se ubican entre los puntajes de 2 a 9 puntos, lo cual también es esperable en una muestra no clínica.

Los datos nos indican que no se percibe la presencia de una curva normal en la distribución de los datos.

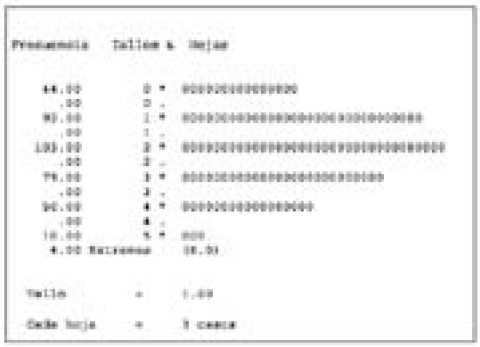


Gráfico Nº 3: Análisis de Tallos y Hojas del Factor 3 del CES –D

El análisis de los resultados del Factor 3 (actividad disminuida) (Grafico Nº 3), permite observar la existencia de puntajes extremos altos, notándose que la mayor cantidad de casos se ubican entre los puntajes de 1 a 3 puntos, lo cual también es esperable en una muestra no clínica.

La revisión de los datos indica que no se percibe la presencia de una curva normal en la distribución de los datos.

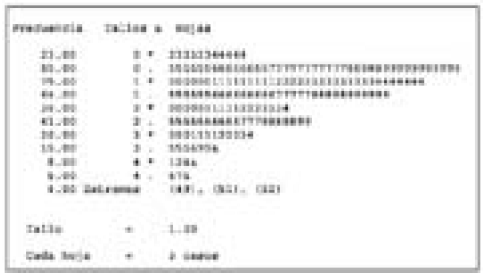


Gráfico Nº 4: Análisis de Tallos y Hojas del Factor 4 del CES - D

La revisión de los puntajes totales (ver gráfico Nº 4), permite notar que existen casos con puntajes extremos altos. También se encuentra que la mayor cantidad de casos se ubican entre los puntajes de 5 y 1 puntos, lo cual es esperable en una muestra no clínica.

La observación del gráfico nos permite concluir que no se percibe la presencia de una curva normal en la distribución de los datos.

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla Nº 21: Prueba de Kolmogorov-Smirnov de Bondad de Ajuste a la curva Normal del CES - D en la muestra de estudiantes Universitarios

Factor	M	D. S.	K-S Z
Factor 1	7.58	5.70	2.08 *
Factor 2	7.77	5.04	2.64 *
Factor 3	2.12	1.35	3.13 *
Puntaje Total	17.47	10.82	2.18 *

* p <.05

N = 382

Con la finalidad de seleccionar el análisis estadístico más adecuado para el tipo de dato obtenido, de acuerdo a Siegel y Castellan (1995), se procedió a calcular la prueba de bondad de Ajuste a la curva Normal de Kolmogorov-Smirnov. En la Tabla Nº 21, se puede apreciar que en las todos Factores y el Puntaje total, el estadístico es significativo, lo que nos permite rechazar la hipótesis estadística Nula que indica que las distribuciones se aproximan a la distribución Normal, es por ello que es conveniente realizar los análisis sobre la base de las estadísticas que no utilizan la Curva Normal como es con las estadísticas No-Paramétricas.

Tabla Nº 22: Prueba Z de comparación con un valor observado entre los puntajes del CES - D de la muestra de estudiantes Universitarios y el resultado Obtenidos en la muestra Brasileña

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Variable	Media	D. S.	Valor Obtenido en Brasil	Z
Puntaje Total	17.47	10.82	15.89	2.85 **

* p <.05 ** p <.01

N = 382

El análisis comparativo de los resultados obtenidos en la muestra de estudiantes Brasileños y los resultados alcanzados en la muestra de Alumnos Universitarios de la ciudad de Lima, presentados en la Tabla Nº 22 se aprecia que existen diferencias estadísticas significativas encontrándose en los Alumnos Universitarios de la Ciudad de Lima una media más elevada (M = 17.47) que la presentada por los estudiantes del Brasil (M = 15.89).

4.2.1 ANÁLISIS SEGÚN GRUPO DE EDAD

Tabla Nº 23: Análisis de Varianza por Rangos de Kruskal-Wallis de las comparaciones del CES - D según grupo de edad

Variable	16-18 N = 137	19-20 N= 137	21- más N = 108	X^2
	Media de Rangos	Media de Rangos	Media de Rangos	
Factor 1	180.81	185.90	212.16	5.44
Factor 2	180.08a	185.80b	213.21ab	6.04 *
Factor 3	180.64	200.64	193.69	2.42
Total	179.73a	185.89b	213.55ab	6.22 *

* p <.05

G. L. = 2

Diferencias significativas por pares a través de la U de Mann-Whitney: a, b

La comparación realizada a fin de identificar la existencia de diferencias entre los diversos grupos de edad, presentado en la Tabla Nº 23, permite observar que existen diferencias estadísticas significativas en lo que concierne al Factor 2 (pérdida de interés) y el Puntaje Total de Depresión de los alumnos del grupo de 21 a más años, quienes presentan valores más elevados que los alumnos del grupo de 19 a 20 años y del grupo de 16 a 18 años de edad. Esto nos permite aceptar la hipótesis alternativa 1.

4.2.2 ANÁLISIS SEGÚN GENERO, SEXO

Tabla Nº 24: Prueba U de Mann-Whitney de comparación del CES - D según Género

Variable	Masculino N = 181	Femenino N= 201	U	Z
	Media de Rangos	Media de Rangos		
Factor 1	182.04	200.02	16477.5	-1.60
Factor 2	190.19	192.68	17954.0	-0.22
Factor 3	193.67	189.54	17797.5	-0.37
Puntaje Total	184.90	197.45	16995.5	-1.11

* p <.05

El análisis comparativo por género realizado a través de la Prueba U de Mann-Whitney, presentado en la Tabla Nº 24, permite apreciar que no existen diferencias significativas ni entre los Factores ni entre el Puntaje Total, lo que nos permite concluir que los varones y las mujeres alcanzan valores similares, rechazando por tanto la hipótesis alternativa 2.

4.2.3 ANÁLISIS SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL

Tabla Nº 25: Prueba U de Mann-Whitney de comparación del CES - D según Actividad Laboral

Variable	Trabaja N = 64	No Trabaja N= 318	U	Z
	Media de Rangos	Media de Rangos		
Factor 1	204.08	188.97	9371.0	1.01
Factor 2	213.45	187.08	8771.5	1.92 *
Factor 3	191.63	191.47	10167.5	0.01
Total	209.74	187.83	9008.5	1.45

* p <.05

En lo que concierne a la comparación según actividad laboral, presentado en la Tabla Nº 25 se observa que existen diferencias estadísticas significativas en lo que concierne al Factor 2 (pérdida de interés), pues se aprecia que la media de Rangos es mayor en los Alumnos Universitarios que Trabajan (Mr = 213.45), que en los Alumnos Universitarios que No Trabajan (Mr = 187.08). Esto nos permite aceptar la hipótesis alternativa 3.

4.2.4 ANÁLISIS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

Tabla Nº 26: Prueba U de Mann-Whitney de comparación del CES - D según Nivel Socio-económico

Variable	Bajo N = 145	Medio N= 237	U	Z
	Media de	Media de		

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Variable	Bajo N = 145	Medio N= 237	U	Z
	Rangos	Rangos		
Factor 1	206.10	182.57	15065	2.03 *
Factor 2	202.97	184.48	15519	1.59
Factor 3	186.70	194.44	16486	-0.68
Puntaje Total	202.69	184.66	15560.5	1.60

* p <.05

Respecto al análisis comparativo según nivel socio-económico (ver Tabla Nº 26), se observa que existen diferencias estadísticas significativas en lo que concierne al Factor 1 (factor depresivo), pues se aprecia que la media de Rangos es mayor en los Alumnos Universitarios pertenecientes al Nivel bajo (Mr = 206.10) que en los Alumnos Universitarios del Nivel Medio (Mr = 182.57). El resultado nos permite aceptar la hipótesis alternativa 4.

4.2.5 ANÁLISIS SEGÚN CON QUIEN VIVE

Tabla Nº 27: Prueba U de Mann-Whitney de comparación del CES - D según con quien vive

Variable	Vive con sus padres N = 354	No vive con sus padres N= 28	U	Z
	Media de Rangos	Media de Rangos		
Factor 1	191.43	192.41	4930.5	-0.05
Factor 2	190.36	205.88	4553.5	-0.72
Factor 3	188.78	225.89	3993.0	-1.75 *
Total	190.71	201.45	4667.5	-0.50

* p <.05

En relación a la comparación de acuerdo a las personas con quien vive el alumno, presentado en la Tabla Nº 27 se aprecia que existen diferencias estadísticas significativas en lo que concierne al factor 3 (actividad disminuida), pues se aprecia que la media de Rangos es mayor en los Alumnos Universitarios que No viven con sus padres (Mr = 225.89), que en los Alumnos Universitarios que Si viven con sus padres (Mr = 188.78).

Este resultado nos permite aceptar la hipótesis alternativa 5.

4.3 ANÁLISIS COMPLEMENTARIOS

Tabla Nº 28: Análisis de Cluster de los Factores de CES-D

Cluster	Casos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
		Media	Media	Media
Cluster 1	227	3.88	4.54	1.71
Cluster 2	37	19.11	17.24	3.70
Cluster 3	118	11.08	11.02	2.40
F		612.26 ***	479.79 ***	47.44 ***

N = 382

Con la finalidad de explorar la existencia de perfiles característicos en los Alumnos Universitarios de acuerdo a factores del CES-D, la Tabla Nº 28, indica que existen tres grupos claramente definidos, observándose que:

- El primer cluster incluye 227 casos que alcanzan puntajes bajos en los factores, constituirían los Alumnos Universitarios que no presentan rasgos depresivos.

- El segundo cluster 37 incluye a los casos con puntajes más elevados y por lo tanto constituirían los alumnos con niveles muy altos de rasgos depresivos.

- El tercer cluster está conformado por 118 casos y está constituido por los alumnos con puntajes intermedios en los factores del CES-D.

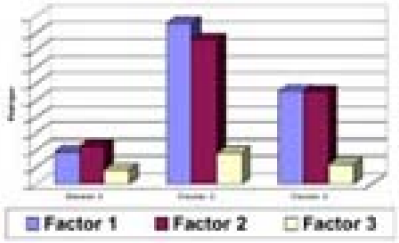


Gráfico Nº 5: Perfil de los grupos identificados

Tabla Nº 29: Análisis Discriminante de los Factores según Grupo de estudio

Variable	Wilk´s Lambda	$F_{(2\ 379)}$	Función 1	Función 2
Factor 1	0.24	612.26 ***	0.81	0.21
Factor 2	0.28	479.79 ***	0.72	-0.44
Factor 3	0.80	47.44 ***	0.22	0.81

* p <.05, ** p <.01, *** p <.001

Correlación Canónica = 0.91

Ji-Cuadrada = 675.41, G.L. = 6, p <.001

El análisis Discriminante fue realizado para identificar la exactitud de los clusters identificados, los resultados presentados en la Tabla Nº 29 indican que existen 2 Funciones Discriminantes que presentan diferencias estadísticas significativas, observándose además que la correlación Canónica asciende a 0.91.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

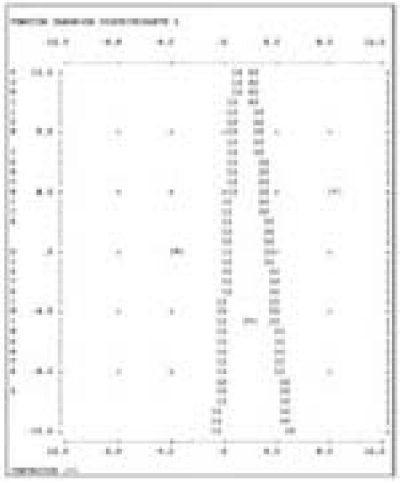


Gráfico Nº 6: Diferenciación de los grupos analizados en las Funciones Canónicas Discriminantes

En el gráfico No. 6, se aprecia la forma como se distribuyen los sujetos en las funciones Discriminantes identificadas.

Tabla Nº 30: Efectividad de las Funciones Discriminantes

Grupos actuales	Grupos predichos		
	1	2	3
Grupo 1	224	0	3
	98.7 %	0.0 %	1.3 %
Grupo 2	0	35	2
	0.0 %	94.6 %	5.4 %
Grupo 3	0	2	116
	0.0 %	1.7 %	98.3
Proporción de casos correctamente clasificados 98.17 %			

El análisis de la efectividad de las funciones discriminantes presentada en el cuadro No. 30, indica que permiten diferenciar a los sujetos de acuerdo a los puntajes alcanzados en los factores en el 98.17 % de los casos.

Tabla Nº 31: Análisis Comparativo entre los factores del CES-D para la muestra de Varones y la muestra de Mujeres

Variable	Varones N = 181		Mujeres N = 201	
	Media	D. E.	Media	D. E.
Factor 1	0.79	0.61	0.89	0.65
Factor 2	0.85	0.53	0.88	0.59
Factor 3	1.06	0.64	1.06	0.71
T de Hotelling	28.81		14.26	
F	14.33		7.09	
G. L. 1	2		2	
G. L. 2	179		199	
P	.000		.001	

El análisis comparativo entre factores para la muestra de varones, de la Tabla Nº 31, indica que existen diferencias significativas entre los valores asignados a cada factor en promedio, pues se obtiene una T de Hotelling de 28.81 la cual presenta una F de 14.33 que es significativa, pudiéndose notar que el mayor puntaje en promedio correspondió al Factor 3 (M=1.06, D.E.= 0.64) seguido por el factor 2 (M=0.85, D.E.= 0.53) y por el factor 1 (M=0.79, D.E.= 0.61). En tanto que en el caso de las mujeres se aprecia que también se alcanza una T de Hotelling de 14.26 cuya F asciende a 7.09 y también es significativa, notándose que el mayor promedio correspondió al Factor 3 (M=1.06, D.E.= 0.71) seguido por el factor 1 (M=0.89, D.E.= 0.65) y por el factor 2 (M=0.88, D.E.= 0.59).

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados encontrados nos indican que la escala de CES-D (Escala del Centro Epidemiológico de la Depresión), presenta coeficientes de correlación ítem test significativos (valores entre 0.21 y 0.75), así como valores de confiabilidad adecuados (coeficiente de alfa de crombach de 0.92), resultados que nos permiten confirmar que la prueba es muy Confiable.

Respecto a la validez de la prueba, esta se tomo de dos formas diferentes como ameritaba la ocasión: en primer lugar se realizó la Validez de contenido por criterio de jueces que sometido al análisis estadístico a través de la prueba V de Aikin dio resultados positivos en todos los casos (valores de 0.89 a 1.00).En segundo lugar se realizó la Validez de constructo a cada una de las tres escalas, a través del Análisis Factorial Exploratorio, aplicando el método de los componentes principales, y permite observar que la escala CES-D presenta una Medida de Adecuación del Muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin que asciende a 0.95 la cual puede clasificarse como adecuada, a la validez. Además presentan un test de esfericidad de Bartlett significativa al 0.001 (3352.30) cuyo valor denota que la matriz de correlaciones entre áreas es significativa.

Al realizar un Análisis Factorial confirmatorio buscando replicar tanto el modelo norteamericano como el modelo brasileño, ambos de 4 factores, encontramos que la presenta investigación no se corrobora con las mencionadas.Como los factores encontrados fueron 03, los nombramos de la siguiente manera: 1) Factor depresivo, 2) Pérdida de interés y 3) Actividad disminuida.

Al realizar un análisis de la validez predictiva de la prueba, el resultado (13.65) es

significativo al 0.01. Estos resultados obtenidos indican que la escala tiene validez de constructo.

Se han elaborado análisis estadísticos correspondientes a fin de lograr establecer los Baremos respectivos para esta prueba en la muestra aplicada.

Los resultados comprueban que la prueba es válida y confiable y por lo tanto se puede utilizar en el ámbito local, así como puede ser utilizada por cualquier investigador o Clínico que necesite evaluar la depresión.

Acerca de las comparaciones realizadas entre los alumnos según grupos etáreos, los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas, sobre todo relacionado al Factor 2 (perdida de interés), en los estudiantes de 21 a más años, lo que supondría un nivel de detección eficaz de la depresión que se presenta a partir de la juventud en relación con su condición de estudiante de nivel superior.

En cuanto a las comparaciones realizadas entre los alumnos por sexo, respecto de la depresión, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ambos, por lo que consideramos que los estudiantes pueden o no ser afectados por la depresión y esto es independiente de su sexo.

En las comparaciones realizadas entre los estudiantes que trabajan y los que no trabajan, los resultados indican que existen diferencias estadsticas significativas en ellos, notndose que los estudiantes que trabajan presentan mayor tendencia haca la depresin, de tipo factor 2 (prdida de inters). Este hecho supondra que a mayor independencia econmica, existira una sobrecarga emocional que no seria manejada adecuadamente por la persona que estudia en niveles superiores dada las exigencias de estos estudios.

En cuanto al nivel socioeconómico, encontramos diferencias significativas entre los grupos socioeconómicos bajo y medio, lo que nos indica que existe una mayor tendencia a la depresión en los estudiantes de nivel socioeconómico bajo, reflejado en un mayor puntaje en el factor 1 (depresivo), en relación a sus estudios universitarios y la exigencia de los mismos.

En cuanto a los alumnos que viven con sus padres y los que no viven con ellos, los resultados indican que existen diferencias estadsticas significativas entre ellos, notndose que los alumnos que no viven con sus padres presentan mayores tendencias haca la depresin, pudiendo deberse esto a la falta de una adecuada red de soporte social, frente a las exigencias de los estudios superiores.

El presente estudio es una aproximación a la evaluación de la depresión en estudiantes universitarios, y se debe seguir profundizando en este tipo de investigaciones a fin de obtener resultados cada vez más completos que nos permitan disponer de mayores datos empíricos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CONCLUSIONES

1. La escala CES-D, presenta niveles significativos de confiabilidad, (0.92 de coeficiente alfa de crombach), siendo todos sus reactivos significativos (con valores que van de 0.21 a 0.75). Asimismo presenta niveles apropiados de validez predictiva. En cuanto a la validez de constructo, no se corroboran los cuatro factores encontrados en la investigación norteamericana ni en la brasileña, encontrándose solamente tres factores: Factor depresivo, Pérdida de interés y Actividad disminuida. Esta escala permite realizar un diagnostico precoz de aquellas personas con tendencias a desarrollar un cuadro depresivo clínico, así también permite diferenciar a las personas depresivas de las normales, sobre todo en población no clínica.

2. En cuanto al análisis según grupos etáreos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas sobre todo en el segundo factor (pérdida de interés), en los estudiantes de 21 a más años.

3. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas según género, alcanzando varones y mujeres valores similares.

4. Existen diferencias estadísticas significativas en cuanto a la actividad laboral sobre todo relacionado al factor 2 (pérdida de interés), en los estudiantes que trabajan.

5. Acerca del nivel socioeconómico, se encuentran diferencias estadísticas significativas sobre todo en relación al factor 1 (factor depresivo), que es mayor en los estudiantes de nivel socioeconómico bajo.

6. En cuanto a los estudiantes que viven con sus padres o no, encontramos

diferencias estadísticas significativas sobre todo en relación al factor 3 (actividad disminuida), que es mayor en los estudiantes que no viven con sus padres.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

RECOMENDACIONES

a). En términos Teóricos y Conceptuales:

1. Replicar la presente investigación en diferentes Universidades públicas y privadas para prevenir, diagnosticar y realizar estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia de los trastornos depresivos.

2. Desarrollar investigaciones con la Escala CES-D a fin de construir baremos nacionales, lo que posibilitaría su utilización en todo el país.

3. Contar con instrumentos sencillos para el diagnóstico de los estados depresivos, previamente adaptados y normalizados.

4. Realizar investigaciones que determinen las condiciones en que se desarrollan los problemas de depresión entre los estudiantes universitarios.

b) En Términos Prácticos:

1. Proponer que en la Universidad se realicen estudios de investigación sobre incidencia y prevalencia de depresión en todas las Facultades.

2. Crear una base de datos epidemiológicos en el COPSI, Clínica Universitaria, Oficina Técnica del Estudiante, etc., lo cual permitirá realizar una planificación sistemática de atención a los estudiantes con trastornos depresivos.

3. Establecer una red para realizar estudios sobre depresión a nivel nacional en el sistema universitario.

4. Formar y capacitar a los psicólogos y profesionales afines para el establecimiento

de una red de ayuda psicológica a los estudiantes universitarios.

5. Considerando la importancia del trastorno depresivo en los alumnos de la Universidad, es importante que la comunidad educativa (profesores y alumnos), reciban sistemáticamente charlas y talleres de salud emocional, de manera que podamos garantizar un comportamiento adecuado tanto para enfrentar situaciones difíciles, como para enfrentar con decisión y éxito sus responsabilidades académicas.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

BIBLIOGRAFÍA

Alonso-Fernandez, F. (1988). La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Madrid: Labor

Arana, J. (1988) Ansiedad y depresión.

Atkinson, R. C., and Shiffin, R. M. (1968).Human memory: A proposed system and its control processes. In K. S. Spence and J. Spence (Eds.). The psychology of learning and motivation. vol: 2. New York: Academic Press.

Beck, A. (1967) depresión: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York: Hoeber.

Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995) Manual de Psicopatología España. Mcgraw-Hill

Benkert, O. (1981) Reconocimiento del síndrome depresivo. Alemania: Hoechst

Berkeley, G. (1985) Principios del conocimiento humano. Madrid: Sarpe.

Beltrán Llera, J. (1988) Para comprender la psicología. Editorial Verbo Divino (Estella -Navarra).

Brown, F. (1996). Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Edit. El Manual Moderno.

Burton, R. (1621) The anatomy of melancoly

Callahan, C.M. – Wolinsky, F. (1994) The Effect of Gender and Race on the Measurement Properties of the CES-D in Older Adults. Medical Care, 32: 341-356

Cerda, E. (1973) Psicopatologia. Ed. Herder

Costello, E. J. – Angold, A. (1988) Scales to Asses Child and Adolescent Depression: Checklists, Screens and Nets. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 27: 726-737.

Craig, T. J. Van Natta, P. (1979) A Influence of Demographic Characteristics on Two Measures of Depressive Symptoms. Archives of General Psychiatry 36: 149.

Cronbach, L. J. (1951) Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psicometrika 16: 297

Delgado, H. (1993) Curso de psiquiatria. 6ta. Ed. UPCH, Lima

Desjarlais, R.-Eisenberg, L.-Good, B.-Kleinman, A. (1997) Salud Mental en el Mundo. OPS/OMS

Diagnostico (1998) Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue Vol. 37 Nº 3

Doerfler, L.A. Felner, R.A.-Rowlison, R.T.-Raley, P.A. Evans, E. (1988) Depresión in Children and Adolescents: a Comparative Análisis of the Utility and Construct Validity of Two Assessment Measures. Journal of Consultant Clinical Psychology 56: 769-772

DSM- IV (1995): "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Madrid, Editorial Masson

Fergurson, G. (1986). Análisis estadístico en educación y psicología. Madrid: Anaya.

Flórez, R. (1994). Hacia una pedagogía del conocimiento. Bogotá: Mc Graw Hill.

Freemann, A. – Reinecke, M.A. (1995) Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Biblioteca de psicología Desclée de Brouwer, Bilbao.

Fritz T. (1965) Sicopatología. El ateneo

Garrison, C.Z. Addy, C.L. Jackson, K.L. McKeown, R.E. Waller, J.L. (1991) The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30: 636-641

Geigy (1972) Angustia, Revista de laboratorio.

Gonzales y Andrade (1993) Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos.

Grinberg, L. (1963) Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico. Paidos

Hernández Sampieri, R. (1991). “Metodología de la Investigación”. Mc.Graw – Hill. México

Hill, D. Hollister, L. (1971) Depresion. Milwaukee, Wisconsin E.U.A.: Lakeside Laboratories

Hipócrates (1983) Tratados hipocráticos. T. I “Sobre la decencia”. Ed. Gredos, Madrid

INEI (2001) Estadísticas Sociales. Perú

Instituto de Salud Mental (1994) Serie: Monografías de investigación Nº 2: Salud mental de una población urbano-marginal de Lima. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”

Instituto de Salud Mental (1996) Serie: Monografías de investigación Nº 4: Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

"Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"

Instituto de Salud Mental (1997) Serie: Monografías de investigación Nº 5: Aportes de la epidemiologia a la nosologia de la depresión. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"

Instituto de Salud Mental (2002) Estudio epidemiologico metropolitano en salud mental: Anales de salu mental Vol. XVIII, Nros. 1 y 2. Perú: Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"

Iwata, N. Saito, K. Roberts, R.E. (1994) Responses to a Self-Administered Depresión Scale Among Younger Adolescents in Japan. Psychiatry Research 53: 275-287

Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997): "Sinopsis de Psiquiatría". Baltimore, Maryland, William Wilkins; Argentina, Editorial Panamericana.

Klein, M. (1948) Psicoanalisis del niño.

Klein, A.M. – Good, B. (1985) Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affective Disorders. University of California Press, Berkeley.

Kline, P. (1993) The Handbook of Psychological Testing. zondon: Routhledge.

Laín Entralgo, P. (1984) Esperanza en tiempos de crisis. Barcelona: Círculos de Lectores- Galaxia Gutemberg

Lanyon, R. – Goodstein, L. (1977) Evaluación de la Personalidad. Editorial Manual Moderno.

Mandolina, R. (1965) De Freud a Fromm. Ed. Ciordia

Mariategui, J. (1988) Salud mental y realidad nacional. Lima: MInervaMartínez Fernández, J. R. (1998) Aprendizaje en la universidad: Desafíos hacia el Siglo XXI. Investigación y Postgrado.

Martinez y Rosello (1995) Funcionamiento familiar y depresión. Puerto Rico

Muñiz, J. (1994). Teoría Clásica de los tests. Madrid: Ed. Pirámide.

Muñiz, J. (1996) Psicometría. Madrid: Ed. Universitas S. A.

Myers, J.K. Weissman, M.M. (1980) Use of a Self-Report Symptom Scale to detect Depresión in a Community Sample. American Journal of Psychiatry 137: 1081-1084

Nieves, Rosello & Guisásola (1993) Diferencias en edad y genero entre niños y adolescentes con depresión

OPS (1983) Transtornos depresivos en diferentes culturas. México

Radloff, L.S. (1977) The Ces-D Scale: A Self-Report Depresión Scale for Research in the General Population. Applied Psychological Measurement 1: 385-401

Raskin, A. Schulterbrandt, J. Reating, N. (1967) Factors of Psychopathology in Interview, Ward Behavior and Self-Report Ratings of Hospitalized Depressives. Jorunal of Consultant Psychology 31: 270

Rehm, L. (1977) A self-control model of depression. Behavior Therapy, 8, 787-804

Retamal, Pedro (1999). DEPRESION, Editorial Universitaria, Santiago.

Roberts, R.E. Vernon, S.W. (1983) The Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale: Its Use in a Community Sample. American Journal of Psychiatry 140: 41-46

Roberts, R.E. Vernon, S.W. Rhoades, H.M. (1989) The Effects of Language and Ethnic Status on Reliability and Validity of the Ces-D Scale with Psychiatric Patients. Journal of Mental and Nervous Disordes 177: 581-592

Roberts, R.E. Andrews, J.A. Lewinsohn, P.M. Hops, H. Assessment of Depression in Adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Psychological Assessment 2: 122-128

Rotondo, H. Mariategui, J. Bambaren, C. (1959) Estudios de morbilidad psiquiatrita en la población urbana de mendocita. Revista psiquiatrica peruana: vol. 2, Nº 34

Saenz y Roselló(1996) Percepción sobre los conflictos,maritales, ajuste familiar y sintomatologia depresiva. Puerto Rico

Sartorius, N. (1979) Research on Affective Psychoses within the Framework of the WHO Program. In: M. Schou y E. Stromgren (ed.) Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders. Academic Press, Londres, pp. 207-213

Siegel, S. y Castellan N. (1995) Estadística No paramétrica: Aplicada a las ciencias de la conducta. México: Editorial Trillas.

Suárez Richards, M. (1995): "Introducción a la psiquiatría". Argentina, Editorial Salerno

Tu Salud (1998) La revista del bienestar. Nº 63 Febrero 1998. España: Formentera

UNMSM (2000) Compendio Estadístico Anual 2000. Oficina General de Planificación

UNMSM (2001) Compendio Estadístico Anual 2001. Oficina General de Planificación

UNMSM (2001) Encuesta de opinión y expectativas: el estudiante sanmarquino 2001. Oficina Técnica del estudiante UNMSM

UNMSM (2002) Compendio Estadístico Anual 2002. Oficina General de Planificación

Velásquez, Sáenz y Rosello (1995) Estrategias de manejo y síntomas depresivos en adolescentes.

Vidal, R. – Alarcón, G. (1986) Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana

Weissman, M.M. Sholomskas, D. Pottenger, M. Prusoffff, B.A. Locke, B.Z. (1977) Assessing Depresive Symptoms in Five Psychiatric Populations: A Validation Study. American Hournal of Epidemiology 106: 203-214

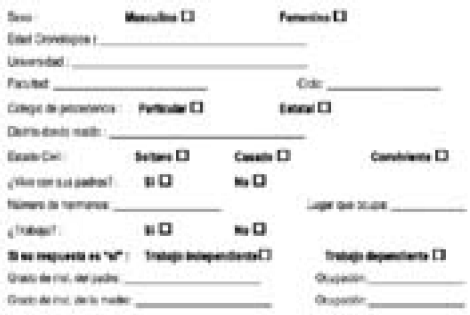
Zapata, D. Delgado, Y. (2001) Comparación de las propiedades psicométricas del CES-D administrado en lápiz-papel y por la Internet a estudiantes del Recinto Universitario de Mayagüez. Puerto Rico.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

ANEXOS

ESCALA CES-D

Autor: L. Radloff: Traducido y adaptado por Marcelino Riveros Q. -2000-



INSTRUCCIONES

Abajo se describen 20 formas diferentes de comportamientos y sentimientos. Elija y marque con una X la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido Ud. durante la semana pasada. Todas las respuestas son aceptables. Trate de no demorarse demasiado.

1. Me sentí fastidiado(a) por cosas que usualmente no me molestan.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

2. No me sentí con ganas de comer, tuve muy poco apetito.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

3. Sentí que no podía deshacerme de mi tristeza, a pesar de la ayuda de mi familia y amigos.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

4. Sentí que no era tan buena como otras personas.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

5. Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

6. Me sentí deprimido(a).

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

7. Sentí que todo lo hacía con esfuerzo.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

8. Me sentí desesperanzado(a) con respecto al futuro.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

9. Pensé que mi vida era un fracaso.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

10. Me sentí temeroso(a) o con miedo.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

11. No descansé al dormir, mi sueño era inquieto.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

12. Me sentí infeliz.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

13. Hablé menos de lo usual.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

14. Me sentí solo(a).

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

15. La gente no era amigable.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

16. No disfruté de la vida.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

17. Tuve periodos de llanto.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

18. Me sentí triste.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

19. Sentí que no le agradaba a la gente.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

20.-. Tuve dificultad para empezar a realizar mis actividades.

( ) Muy rara vez o nunca (menos de un día).

( ) A veces o muy pocas veces (1-2 días).

( ) Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)

( ) Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

CES-D

The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

For the following 20 items, please select the choice that best describes how you have felt over the past week. Press the "Grade My Test" button at the bottom when finished.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"



CES-D

Instruções:

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira durante a semana passada

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetito				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a amioria delas				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrentado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

FACTORES DEL CES-D DE LEONORE RADLOFF. ESCALA NORTEAMERICANA

FACTOR 1: AFECTO DEPRESIVO

07 items

3 Sentí que no podía deshacerme de mi tristeza, a pesar de la ayuda de mi familia y amigos.

6 Me sentí deprimido(a)

9 Pensé que mi vida era un fracaso

10 Me sentí temeroso(a) o con miedo

14 Me sentí solo(a)

17 Tuve periodos de llanto

18 Me sentí triste

FACTOR 2: AFECTO POSITIVO

04 items

4 Sentí que no era tan buena como otras personas

8 Me sentí desesperanzado(a) con respecto al futuro

12 Me sentí infeliz

16 No disfrute de la vida

FACTOR 3: ACTIVIDAD SOMÁTICA

07 items

1 Me sentí fastidiado(a) por cosas que usualmente no me molestan

2 No me sentí con ganas de comer, tuve muy poco apetito

5 Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo

7 Sentí que todo lo hacia con esfuerzo

11 No descanse al dormir, mi sueño era inquieto

13 Hablé menos de lo usual

20 Tuve dificultad para empezar a realizar mis actividades

FACTOR 4: RELACIONES INTERPERSONALES

02 items

15 La gente no era amigable

19 Sentí que no le agradaba a la gente

FACTORES DEL CES-D DE LEONORE RADLOFF. ESCALA BRASILEÑA

FACTOR 1: AFECTO DEPRESIVO

05 items

3 Sentí que no podía deshacerme de mi tristeza, a pesar de la ayuda de mi familia y amigos.

6 Me sentí deprimido(a)

13 Hablé menos de lo usual

14 Me sentí solo(a)

18 Me sentí triste

FACTOR 2: AFECTO POSITIVO

03 items

8 Me sentí desesperanzado(a) con respecto al futuro

12 Me sentí infeliz

16 No disfrute de la vida

FACTOR 3: ACTIVIDAD SOMÁTICA

04 items

5 Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo

7 Sentí que todo lo hacia con esfuerzo

11 No descanse al dormir, mi sueño era inquieto

20 Tuve dificultad para empezar a realizar mis actividades

FACTOR 4: RELACIONES INTERPERSONALES

06 items

1 Me sentí fastidiado(a) por cosas que usualmente no me molestan

9 Pensé que mi vida era un fracaso

10 Me sentí temeroso(a) o con miedo

15 La gente no era amigable

17 Tuve periodos de llanto

19 Sentí que no le agradaba a la gente

HÍBRIDOS

02 items

2 No me sentí con ganas de comer, tuve muy poco apetito

4 Sentí que no era tan buena como otras personas

FACTORES DEL CES-D DE LEONORE RADLOFF. ESCALA PERUANA

FACTOR 1: FACTOR DEPRESIVO

09 items

1 Me sentí fastidiado(a) por cosas que usualmente no me molestan

2 No me sentí con ganas de comer, tuve muy poco apetito

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

3 Sentí que no podía deshacerme de mi tristeza, a pesar de la ayuda de mi familia y amigos.

6 Me sentí deprimido(a)

12 Me sentí infeliz

14 Me sentí solo(a)

16 No disfrute de la vida

17 Tuve periodos de llanto

18 Me sentí triste

FACTOR 2: PERDIDA DE INTERÉS

09 items

4 Sentí que no era tan buena como otras personas

5 Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo

8 Me sentí desesperanzado(a) con respecto al futuro

9 Pensé que mi vida era un fracaso

10 Me sentí temeroso(a) o con miedo

13 Hablé menos de lo usual

15 La gente no era amigable

19 Sentí que no le agradaba a la gente

20 Tuve dificultad para empezar a realizar mis actividades

FACTOR 3: ACTIVIDAD DISMINUIDA

02 items

7 Sentí que todo lo hacia con esfuerzo

11 No descanse al dormir, mi sueño era inquieto

CESD – D

L. Radloff

Factor	E.E.U.U.	BRASIL	PERÚ
1	AF. DEPRESIVO	AF. DEPRESIVO	F. DEPRESIVO
	07 ítems.	05 ítems.	09 items.
2	AF. POSITIVO	AF. POSITIVO	PERD. INTERES
	04 ítems.	03 ítems.	09 items.
3	ACT. SOMÁTICA	ACT. SOMÁTICA	ACT. DISMINUIDA
	07 items.	04 items.	02 items.
4	R.R.I.I.	R.R.I.I.	
	02 items.	06 items.	
		Híbridos	
		2 ítems.	

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"