



**Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario**

Frecuencia de presentación de patologías psiquiátricas en pacientes
de una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Pergamino
durante el periodo 2006-2010.

“El caso de la depresión femenina”.

Autor: Buey, Federico Matías

Tutor: Muraca, Francisco

Título: Licenciatura en Psicología

Facultad: Psicología y Relaciones Humanas

Fecha: febrero de 2011

RESUMEN

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que duplica la del hombre. El objetivo de este estudio descriptivo, analítico y transversal es explorar comparativamente la frecuencia de la depresión en el género femenino y otras patologías diagnosticadas, considerando algunas variables sociodemográficas y analizando la pertinencia de los datos que constan en las historias clínicas de los pacientes. Para ello se trabajó con 486 Historias Clínicas de internación del “Instituto San Patricio” correspondientes al período 2006-2010. Los datos de las mismas fueron tabulados y posteriormente analizados estadísticamente. El 61,3% de la población presenta trastornos depresivos. Del total de la población que presenta trastornos depresivos el 80,5% corresponde al sexo femenino y el 19,5% al sexo masculino. Del total de la población de sexo femenino, el 66,9% presenta trastornos depresivos. El año 2009 fue el que presentó más casos de depresión en el sexo femenino. El 48,3% del total de mujeres con diagnóstico depresivo corresponde al intervalo de 40 a 59 años de edad.

Entendemos que para mejorar los tratamientos y entender las causas que posicionan al género femenino como grupo de riesgo de los trastornos depresivos, es particularmente importante el intento de aplicación consecuente de los postulados de la teoría de género al estudio del fenómeno clínico, lo que resulta aún, poco frecuente en el área de la Psicología y la Psiquiatría.

Palabras clave: trastornos, depresión, historias clínicas, variables socio-demográficas, género femenino.

PRÓLOGO

Este estudio pretende incluirnos en la temática de la depresión femenina. Abordar esta problemática nos permite entender las causas de la misma, siempre intentando buscar en sus razones los medios que permitan alcanzar soluciones mas acabadas.

Los estudios son variados, siempre es necesario el surgimiento de nuevas investigaciones en áreas donde las mismas no suelen ser moneda corriente.

Promover la visión de la patología desde la subjetividad, es uno de los intereses de este trabajo, buscando así, entender la depresión desde la singularidad del genero femenino en relación a la misma.

El mundo cambia constantemente. Las formas de responder a esos cambios son cada vez más complejas y una manera de afrontar esta situación es el encuentro con el conocimiento y especialmente, con uno mismo.

AGRADECIMIENTOS

*AL TUTOR DE ESTA TESIS, PSIC. FRANCISCO MURACA, POR SU
COMPAÑIA Y VALIOSOS APORTES DURANTE LA ELABORACIÓN DE LA
MISMA.*

*AL PSIC. RAÚL GÓMEZ ALONSO, POR SUS GENEROSOS CONSEJOS Y
AYUDA*

A MI FAMILIA YA MI NOVIA, POR ESTAR SIEMPRE.

INDICE

RESUMEN-----	2
PRÓLOGO-----	3
AGRADECIMIENTOS-----	4
INDICE -----	5
1. INTRODUCCIÓN -----	6
Objetivos -----	8
2. MARCO TEÓRICO-----	9
2.1. Trastornos mentales-----	9
2.2. Depresión -----	23
3. ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA --	49
4. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION-----	51
4.1. Área estudio -----	51
4.2. Tipo estudio -----	52
4.3. Población -----	52
4.4. Métodos y técnicas utilizadas-----	52
5. TRABAJO DE CAMPO -----	54
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES -----	70
7. BIBLIOGRAFÍA-----	75
8. ANEXO -----	81
Anexo 1: Tabulación de los datos -----	81

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la depresión es reconocida como problemática de salud pública ya que los índices se incrementan día a día. De acuerdo a las últimas estadísticas de la OMS, en el mundo hay 330 millones de personas con depresión, un trastorno mucho más profundo y resistente que la simple tristeza: afecta los hábitos de vida, la convivencia social, el trabajo y hasta el sistema inmunológico.

Es importante realizar estudios acerca de esta temática. Las clínicas y hospitales de Salud Mental presentan un creciente nivel de demanda y las consultas son cada día más numerosas.

El presente trabajo tiene como propósito evaluar la prevalencia de rasgos de depresión como su comorbilidad. Estudiar las variables epidemiológicas que puedan estar asociadas con la presencia de dichos rasgos como la edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, profesión, actividad social.

En los últimos años hemos asistido a un importante desarrollo de los servicios de Salud Mental. Entre ellos se encuentran las clínicas psiquiátricas de Salud Mental que buscan dar respuesta a un incremento de las demandas por una mayor sensibilidad sanitaria y social a este tipo de problemas. Es importante contar con datos que dimensionen cuantitativa y cualitativamente las características de esta demanda para el diseño de los servicios de atención y la asignación de recursos humanos.

En el presente estudio se ofrecerá un análisis descriptivo de la demanda atendida por el equipo de Psiquiatría de la Clínica de Salud Mental “Instituto San Patricio”, con una cantidad de Historias Clínicas de Internación de 486 según datos hasta 15 noviembre del 2010.

La depresión es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo; sin embargo, de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, sólo alrededor del 50% son diagnosticados oportunamente y reciben un tratamiento médico adecuado.¹

Existen predicciones que estiman que la depresión mayor se convertirá en la segunda enfermedad más “incapacitante” para el año 2020, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica, en cuanto al grado de incapacidad y coste social que originan.²

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que duplica la del hombre.³

Estudios realizados en todo el mundo muestran que los trastornos del ánimo son aproximadamente dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Se han hecho estudios sobre los años de vida que se pierden por padecer alguna discapacidad. En las mujeres, la depresión causa aproximadamente el 30% de la discapacidades que resultan de las enfermedades psiquiátricas, mientras que la proporción es solo del 12.6% en los hombres.⁴

Por lo anterior, en esta investigación se pretende establecer si los diagnósticos encontrados en las historias clínicas del “Instituto San Patricio”, presentan mayor frecuencia de depresión en el género femenino por sobre los demás trastornos diagnosticados, analizando las variables socio-demográficas que puedan incidir en cada uno de ellos.

¹ Angst, J. & Merikangas, K. (1995). The depressive spectrum: diagnostic, classification and course. *J Affect Disord*; 45:31-40.

² Ballenger J. et al. (1999). Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatr*; 60(suppl 7):54-61.

³ Blehar M, Oren D. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*;2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.

⁴ Steiner M, Yonkers K. (1998). Depression in women. Martin Dunitz.

Objetivos

Objetivo general

Explorar comparativamente la frecuencia de la depresión en el género femenino y otras patologías diagnosticadas, considerando algunas variables sociodemográficas y analizando la pertinencia de los datos que constan en las historias clínicas de los pacientes.

Objetivos específicos

Relevar a partir de los datos aportados por las Historias Clínicas características de los pacientes atendidos según patología diagnosticada, género y otras variables sociodemográficas.

Comparar entre los distintos diagnósticos analizando la frecuencia de la depresión en el género femenino.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Trastornos mentales

2.1.a. Definición

Según el DSM-IV-TR (la cuarta edición revisada del manual), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Más aún, afirman, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

2.1.b. Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Retraso Mental

F70.9 Retraso mental leve

F71.9 Retraso mental moderado

F72.9 Retraso mental grave

F73.9 Retraso mental profundo

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Delirium

F05.0 Delirium debido a... (*Indicar enfermedad médica*)

— . Delirium inducido por sustancias

— .Delirium por abstinencia de sustancias

— .Delirium debido a múltiples etiologías

F05.9 Delirium no especificado

Demencia

F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano

.00 No complicada

.01 Con ideas delirantes

.03 Con estado de ánimo depresivo

F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío

.10 No complicada

.11 Con ideas delirantes

.13 Con estado de ánimo depresivo

F01.xx Demencia vascular

.80 No complicada

.81 Con ideas delirantes

.83 Con estado de ánimo depresivo

F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH

F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal

F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson

F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington

F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick

F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

F02.8 Demencia debida a...

— . Demencia persistente inducida por sustancias

F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías

F03 Demencia no especificada

Trastornos relacionados con sustancias

Trastornos relacionados con el alcohol

Trastornos por consumo de alcohol

F10.2x Dependencia del alcohol

F10.1 Abuso de alcohol

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Trastornos relacionados con cocaína

Trastornos por consumo de cocaína

F14.2x Dependencia de cocaína

F14.1 Abuso de cocaína

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

F20.xx Esquizofrenia

.0x Tipo paranoide

.1x Tipo desorganizado

.2x Tipo catatónico

.3x Tipo indiferenciado

.5x Tipo residual

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

2 = Episódico con síntomas residuales interepisódicos (*especificar si: Con síntomas negativos acusados*)

3 = Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

0 = Continuo (*especificar si: Con síntomas negativos acusados*)

4 = Episodio único en remisión parcial (*especificar si: Con síntomas negativos acusados*)

5 = Episodio único en remisión total

8 = Otro patrón o no especificado

9 = Menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de la fase activa inicial

F20.8 Trastorno esquizofreniforme

F25.x Trastorno esquizoafectivo

.0 Tipo bipolar

.1 Tipo depresivo

F22.00 Trastorno delirante

F23.xx Trastorno psicótico breve

.81 Con desencadenante(s) grave(s)

.80 Sin desencadenante(s) grave(s)

F24 Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*)

F06.x Trastorno psicótico debido a...(*indicar enfermedad médica*)

.2 Con ideas delirantes

.0 Con alucinaciones

—.Trastorno psicótico inducido por sustancias

F29 Trastorno psicótico no especificado

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos Depresivos

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

0 = Leve

1 = Moderado

2 = Grave sin síntomas psicóticos

3 = Grave con síntomas psicóticos

Especificar: Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo/síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

4 = En remisión parcial

4 = En remisión total

9 = No especificado

F34.1 Trastorno distímico

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

Trastornos Bipolares

F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

Especificar si: Mixto

Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:

1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2 = Grave con síntomas psicóticos

8 = En remisión parcial o total

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:

1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2 = Grave con síntomas psicóticos

7 = En remisión parcial o total

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

3 = Leve o moderado

4 = Grave sin síntomas psicóticos

5 = Grave con síntomas psicóticos

7 = En remisión parcial o total

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

F31.8 Trastorno bipolar II

Especificar (episodio actual o más reciente):

Hipomaníaco/depresivo

F34.0 Trastorno ciclotímico

F31.9 Trastorno bipolar no especificado

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (*indicar enfermedad médica*)

.32 Con síntomas depresivos

.32 Con síntomas de depresión mayor

.30 Con síntomas maníacos

.33 Con síntomas mixtos

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado

Trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

F40.2 Fobia específica

F40.1 Fobia social

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

F43.0 Trastorno por estrés agudo

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a...

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado

Trastornos somatomorfos

F45.0 Trastorno de somatización

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

F44.x Trastorno de conversión

F45.4 Trastorno por dolor

F45.2 Hipocondría

F45.2 Trastorno dismórfico corporal

F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado

Trastornos de la conducta alimentaria

F50.0 Anorexia nerviosa

F50.2 Bulimia nerviosa

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Trastornos de la personalidad

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad

F60.31 Trastorno límite de la personalidad

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado

2.1.c. Historia Clínica

Podemos definir la historia clínica como aquel documento elaborado, a través de la relación médico-paciente y demás agentes terapéuticos, con la finalidad de extraer datos que indiquen el área y las características de la dolencia del paciente.

La historia clínica psiquiátrica tiene varias partes: una narrativa, otra crítica y una última reflexiva. La anamnesis y la exploración del estado mental forman parte de la primera, y en ambas se encontrarán datos objetivos, aportados por la

familia y el enfermo, y datos subjetivos, transcritos entre comillas con las mismas palabras del paciente. La parte crítica de la historia clínica hace referencia al diagnóstico global, al pronóstico y al tratamiento. La parte reflexiva razona los contenidos anteriores. El curso evolutivo y la epicrisis deben concluir el documento.⁵

La historia clínica psiquiátrica no difiere de la historia clínica en general, salvo, tal vez, en acentuar determinados aspectos de la anamnesis, como la enfermedad actual o los antecedentes personales y familiares, en el sentido de una mayor comprensión biográfica; la presencia de factores precipitantes y desencadenantes, la importancia de las etapas evolutivas de la vida y las relaciones interpersonales, el estilo de vida, los accidentes patológicos sufridos o la conciencia y actitud ante las manifestaciones psicopatológicas padecidas. Con este criterio se exponen los puntos más importantes.⁶

ANAMNESIS

- INFORMANTES

Además de anotar los datos de filiación de cada uno de ellos, consignar la sinceridad aparente, la confianza que merecen, los posibles prejuicios y aversiones, duración e intimidad en el trato con el sujeto y actitud del informante acerca de los acontecimientos que condujeran a la consulta o a la hospitalización del paciente.

- Episodios Previos

⁵ SÁNCHEZ GARCÍA, J. Manual para Evaluar el Caso Psiquiátrico. Diagnóstico. Entrevista Clínica. Anamnesis. Guía para la anamnesis. Examen Mental. Guía para el Examen Mental. Lima: Eximpress S.A., 1991

⁶ ROTONDO H. Métodos para la Exploración y Diagnóstico en Psiquiatría. 1979. Ed. Siglo XXI

Breve resumen de los episodios de enfermedad mental o de fenómenos psicopatológicos, relatados en orden cronológico y anotando los datos siguientes: edad, síntomas, duración, internamientos, diagnósticos ¿Cómo fueron tratados? ¿Por cuánto tiempo? ¿Con qué resultado? ¿La recuperación fue completa o incompleta? Anotar, asimismo, el estado de salud y nivel de funcionamiento personal entre episodios.

- Enfermedad Actual

Transcribir brevemente los problemas o molestias principales de acuerdo a los informantes y al mismo paciente, subrayando las diferencias significativas entre unos y otro.

- Describir con lenguaje sencillo, evitando juicios y calificaciones, cuándo se advirtieron las primeras evidencias de cambios de carácter. En orden cronológico relatar la evolución de estos cambios o síntomas, prestando especial atención a los de su adaptación a las diversas situaciones de la vida (trabajo, estudio, relaciones con la familia y los demás), hasta el momento de la consulta.

- Para la descripción de los síntomas responder a las preguntas siguientes: ¿Cómo son? ¿Cuál ha sido su curso? ¿Cómo se iniciaron? ¿En qué circunstancias? ¿Dónde se localizan? ¿Cuál es su severidad? ¿Qué los agrava o qué los mejora? ¿Son continuos o episódicos? ¿Existen variaciones dentro de las 24 horas? ¿Están mejorando o empeorando?

- Las circunstancias precipitantes fisiológicas, como el ejercicio, la alimentación, el ciclo menstrual, la gestación y las relaciones con el crecimiento, el desarrollo o la involución; o exteriores, como los estresores físicos en relación a los cambios meteorológicos, condiciones físicas del

trabajo y de la vida, traumatismos, toxinas, venenos, polen, microorganismos, parásitos, desnutrición o por estresores interpersonales, como adaptación a nuevas situaciones, pérdida de relaciones, apoyo, autoestima o interdependencia y amenazas diversas (salud, integridad física, sobrevivencia, frustración de necesidades básicas y otras). En general, no indagar exclusivamente acerca de las grandes calamidades de la vida sino tener en cuenta que las situaciones de estrés moderado y prolongado, sin esperanza asociada, pueden afectar tanto como serias privaciones, amenazas o frustraciones.

o Siguiendo el relato de los síntomas comunicados y de la averiguación de estresores precipitantes, se debe continuar preguntando por otros síntomas que el paciente no ha mencionado. Uno de los signos más precoces de enfermedad es la pérdida de los poderes o capacidades ordinariamente mantenidas en reserva. Tal pérdida se demuestra mejor no cuando el órgano sospechoso se encuentra en reposo, sino cuando debe responder a demandas extras para su funcionamiento. Así, la averiguación debe incluir los cambios en la tolerancia al ejercicio físico o a la frustración, a una necesidad aumentada de sueño o a una tolerancia disminuida al alcohol, por ejemplo. La revisión de funciones y órganos deberá considerar cualquiera de ellos, pero haciendo hincapié en el sistema nervioso central (SNC) y en las funciones vitales. Respecto al primero, indagar sobre cefaleas, síncope, vértigos, ataques, dificultad en pensar o hablar, compromisos de la sensibilidad, insomnio o hipersomnia, pérdida de conocimiento, automatismos psicomotores, angustia, depresión, irritabilidad u otros estados emocionales pronunciados, amnesia o hipomnesia, entorpecimiento

o anublamiento de la conciencia, alteraciones del comportamiento de la niñez o adolescencia, aspectos desusados del desarrollo psicosexual. Para las segundas, se precisará los aspectos en cuanto al apetito, sueño, deseo sexual, movimientos intestinales, menstruación y fuerza muscular.

- Historia Personal

Da cuenta al entrevistador sobre factores tempranos que han influido en el paciente y que, por eso, suelen ser causas, también tempranas, de su condición presente. Sin embargo, la habilidad de la persona para reaccionar frente a estresores actuales, deriva del moldeamiento de su organismo por la interacción, a lo largo de muchos años, de su dotación genética y de sus experiencias previas. La historia personal, debe recordarse asimismo, no es sólo un registro de causas exteriores que obran sobre el paciente, sino, también, de sus respuestas a esos estímulos.

- Situación Actual del Paciente

El entrevistador posiblemente no puede comprender el estado psicológico del paciente y, a menudo, su estado físico, sin un conocimiento de la situación o circunstancias presentes de su vida. Este conocimiento sirve para la comprensión del origen de la enfermedad y para tomar medidas con miras a su rehabilitación y tratamiento. Los tópicos a considerar son:

- Residencia física
- Comunidad donde se halla ubicada la residencia.
- Pertenencia a grupos.
- Miembros del grupo doméstico (personas con las que vive diariamente).
- Hábitos sociales.

- Ocupación, como posible fuente de tensión, conflicto, riesgos diversos, satisfacciones.
- Condición económica y seguridad.
- Actitudes hacia la situación actual de la vida.
- Personalidad

La enfermedad afecta la personalidad, así como ésta afecta la enfermedad. Cuando la enfermedad afecta ligeramente la personalidad el mismo paciente puede, generalmente, proveer información confiable sobre su personalidad, pero cuando conlleva grandes cambios, el paciente, comúnmente, es un mal testigo de éstos y el entrevistador ha de recurrir a los parientes para obtener información al respecto. Se debe averiguar sobre:

- Inteligencia.
- Satisfacciones.
- Habilidades especiales.
- Hábitos y empleo del tiempo.
- Estado de ánimo habitual.
- Rasgos dominantes.
- Relaciones con otras personas.
- Objetivos y aspiraciones.
- Ideales.

Deben evitarse generalidades sobre la personalidad del paciente y más bien precisar las características a través de ejemplos, referencias a un estilo de comportamiento interpersonal o al modo de responder a las diversas circunstancias de la vida.

- Historia Familiar

Debe dar datos sobre los aspectos siguientes:

- La historia pertinente de cada miembro familiar significativo.
- La situación social, cultural y económica de la familia.
- La estructura familiar, incluyendo las relaciones genéticas.
- Los valores y hábitos sociales del grupo familiar.
- Las relaciones interpersonales de sus miembros y con el paciente.

De cada miembro anotar los rubros siguientes: nombre y edad; en caso de muerte, edad en el momento del deceso, naturaleza y duración de la enfermedad final (edad del paciente cuando tal miembro falleció); religión; grupo étnico; ocupación (cambio de ocupación, razones para ello); educación (razones para no terminarla); estado marital e hijos; características físicas, incluyendo la constitución, salud y enfermedades principales. Características psicológicas a través de una breve descripción de los hábitos más importantes, valores y actitudes.

2.1.d. Diagnóstico

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, etc.).

Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad límite, retraso mental moderado, etc.).

Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.

Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).

Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

2.2. Depresión

2.2.a. La teoría psicoanalítica de la Depresión

Sigmund Freud

Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, fue uno de los primeros investigadores de la naturaleza psicológica de la depresión. En *Duelo y Melancolía*, se encuentran importantes observaciones de la sintomatología depresiva de principios del siglo XX, así como interesantes hipótesis sobre la génesis y desarrollo de la misma. Sin embargo, *Duelo y Melancolía* no es la primera obra donde se discute sobre la depresión. En diversos artículos previos de Freud, ya se encuentran algunos prototipos de sus hipótesis e ideas posteriores.

La melancolía y la depresión en los inicios del psicoanálisis

El escrito G de 1895 es el primer texto de Freud en el que se encuentra una descripción y explicación exhaustiva de la melancolía. El lugar que le da a esta entidad en su incipiente nosología no se aleja demasiado de la psiquiatría clásica. He aquí algunas citas:

“El caso típico y extremo de melancolía parece estar representado por la forma cíclica hereditaria”⁷.

“El nivel reducido de la tensión en el órgano terminal parece constituir la disposición a la melancolía. En tales condiciones todas las neurosis tienden a adoptar el sello de la melancolía. Por consiguiente, mientras los individuos potentes son propensos a la neurosis de angustia, los impotentes se inclinan a la melancolía...”⁸. (Aquí Freud introduce una explicación donde antes encontrábamos la teoría degenerativa de Morel. La melancolía tendrá que ver con una particular cantidad y distribución de la excitación sexual somática. Se nota acá una marcada continuidad: la acumulación cuantitativa de tensión psíquica no es muy diferente a lo que en la antigüedad era aumento de bilis negra).

Los síntomas: *“...inhibición psíquica con empobrecimiento instintual, y el dolor consiguiente.”⁹* (estos son los síntomas que Krafft Ebing planteaba como fundamentales en la melancolía).

Freud distingue tres tipos de melancolía. En la primera, melancolía grave común o cíclica, sigue en pie el vínculo tradicionalmente establecido con la manía; en la segunda, melancolía neurasténica, vemos el vínculo con una entidad ampliamente difundida a fines de siglo XIX; y en la tercera, melancolía ansiosa, introduce una nueva vinculación con la neurosis de angustia.

A diferencia de los psiquiatras contemporáneos vemos que Freud utiliza como criterio de diferenciación de los tipos de melancolía la explicación de un mecanismo específico para cada uno. Si bien estos mecanismos eran de orden

⁷ Freud, S. (1895?) Obras Completas. Vol. III: 3443-3656. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva [1973] {Manuscrito G. Melancolía. Sin fecha. 7-1...-1895? P. 3503-3508}.

⁸ Freud, S. (1895?)...Op. Cit.

⁹ Freud, S. (1895?)...Op. Cit..

fisiológico, se destaca la presencia de una teoría explicativa diferencial. Así, la introducción de un plano explicativo marca la diferencia esencial respecto a las concepciones psiquiátricas.

Freud caracteriza a la melancolía como “duelo por la pérdida de la libido”, planteando lo siguiente: *‘El afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo o la aflicción, es decir, el anhelo de algo perdido. Por consiguiente, en la melancolía probablemente se trate de alguna pérdida: una pérdida en la vida instintual del propio sujeto’*¹⁰.

En lo que respecta a la depresión, si bien Freud no la nombra, queda asociada a la melancolía a través de diferentes significantes: duelo, pérdida libidinal, inhibición psíquica y dolor. En Freud, el término depresión aparece por primera vez en el año 1893 en Un caso de curación hipnótica, en el que plantea: *‘En cambio, en las neurosis –no me refiero solamente a la histeria, sino al status nervosus en general - existe, primariamente, una tendencia a la depresión anímica y a la disminución de la conciencia del propio yo, tal y como la encontramos, a título de síntoma aislado y altamente desarrollado, en la melancolía’*¹¹.

Así, en términos de Freud, la depresión es considerada como un síntoma propio de diferentes cuadros y que se encuentra presente de manera exacerbada en la melancolía.

Así, diferencia claramente entre ambos conceptos. Esto queda también ejemplificado en algunos Historiales Clínicos de Freud (1895):

- Emmy Von M: *‘Los síntomas psíquicos de nuestro caso de histeria con escaso montaje de conversión pueden agruparse bajo los conceptos de*

¹⁰ Freud, S. (1895?)... Op. Cit.

¹¹ Freud S. Un caso de curación hipnótica (Biblioteca Nueva), p. 169.

transformación de estado de ánimo (angustia, depresión, melancolía), fobias y abulias”¹².

• Lucy: “*Siendo quizá la depresión el afecto concomitante al trauma...*”¹³.

En el Manuscrito N (1897), Freud se sustrae en relación a la melancolía de la explicación fisiológica introduciendo una modificación en el nivel de explicación, definiendo ésta de la siguiente manera: *‘Los impulsos hostiles contra los padres (deseo de que mueran) constituyen también elementos integrantes de las neurosis... Estos impulsos son reprimidos en aquellas ocasiones que reaniman la compasión por los padres, como su enfermedad o su muerte. Una de las manifestaciones del duelo consiste entonces en autoacusarse de su muerte (lo que denominamos melancolía)’*¹⁴.

Freud (1910) en un debate acerca del suicidio en la Sociedad psicoanalítica de Viena, se aleja de lo planteado en el Manuscrito N, considerando que se debía establecer una relación entre la melancolía y los estados normales de duelo, pero declaraba entonces que el problema psicológico ahí implicado era aun insoluble.

Duelo y melancolía

Duelo y Melancolía es la referencia central del estudio psicoanalítico de la depresión. Freud lo escribe en 1915 y lo publica dos años después como culminación de su serie de trabajos sobre la metapsicología de su primera tópica. En todo caso, Duelo y Melancolía marca la ruptura definitiva entre Freud y el desarrollo de la psiquiatría sobre las teorizaciones de la melancolía.

¹² Freud S. Historiales Clínicos (Biblioteca Nueva), p. 53.

¹³ Freud S. Historiales Clínicos (Biblioteca Nueva), p. 63.

¹⁴ Freud S. Manuscrito N (Biblioteca Nueva), p.770.

Freud pensaba que algo de verdad había en los autorreproches del melancólico, reproches que hasta el momento no eran más que desmentidos por la psiquiatría.

Freud, en “Duelo y melancolía” reconstruye el proceso de la melancolía a partir de su desencadenamiento: *“Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal (...) La investidura de objeto resulto poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo (...) que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien en lo sucesivo pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación.”*¹⁵.

Ahora bien, para que se produzca este proceso, son tres las premisas que, al final del texto, Freud consigna como necesariamente presentes: a) Fijación al narcisismo, b) conflicto de ambivalencia y c) pérdida de objeto.

Fijación al narcisismo:

Freud dice que en la melancolía ocurre una regresión al narcisismo originario, a la identificación previa a la elección de objeto. Refiere que esta identificación es en sí misma ambivalente, y retomando a Abraham, dice que el yo querría

¹⁵ Freud S. Duelo y melancolía, p. 246 y 247.

incorporar al objeto por vía de la devoración, de acuerdo con la fase oral o canibática del desarrollo libidinal.

Mantiene como premisa la fijación al narcisismo sobre la base de una hipótesis que encierra una contradicción: *‘Tiene que haber existido por una lado, una fuerte fijación en el objeto de amor y, por el otro y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto’*¹⁶. Ya en la Introducción del narcisismo, Freud dice que el narcisismo ocurre cuando el yo se toma como un objeto para sí mismo¹⁷.

Conflicto de ambivalencia:

Freud introduce en Duelo y Melancolía el concepto de ambivalencia en la neurosis obsesiva para diferenciarla de lo que ocurre en la melancolía. En ésta última, el destino de la investidura de objeto es doble, si por una parte regresó a la identificación debido a una fijación al narcisismo, por la otra, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo. Así, el sadismo de la instancia crítica se vuelve sobre el yo.

En la melancolía el desplazamiento no se realiza hacia otros objetos del mundo externo, sino hacia el yo: “Si el amor por el objeto (ese amor que no puede resignarse al par que el objeto mismo es resignado) se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica. Ese automartirio de la melancolía, inequívocamente gozoso, importa, en un todo como el fenómeno paralelo de la neurosis obsesiva, la satisfacción de las tendencias sádicas y la tendencia al odio que

¹⁶ Freud S. Duelo y melancolía, p. 247.

¹⁷ Freud S. Introducción al narcisismo, p. 74.

recaen sobre un objeto y por la vía indicada han experimentado una vuelta hacia la persona propia.”

En relación al origen de la ambivalencia, Freud dice: *“Esta es o bien constitucional, es decir inherente a todo vínculo de amor de ese yo, o nace precisamente de las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto”*¹⁸.

Pérdida del objeto.

Freud dice: *“Aplicamos ahora a la melancolía lo que averiguamos en el duelo. En una serie de casos, es evidente que también ella puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza ideal. El objeto no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor”*¹⁹.

El melancólico “sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él”, esta pérdida es de naturaleza inconciente. Freud, en *Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra (1919)*, ubica a la melancolía dentro de las neurosis narcisistas, planteando que: *“La teoría de la etiología sexual de las neurosis, o como preferimos decirlo: la teoría libidinal de las neurosis, solo fue establecida originalmente para las neurosis transferenciales de la vida civil siendo fácil comprobarlas en estas mediante la aplicación de la técnica analítica, pero ya es más difícil aplicarla a aquellas otras afecciones que más tarde agrupamos bajo el epígrafe de neurosis narcisísticas”*²⁰

¹⁸ Freud S. *Duelo y melancolía*, p. 253

¹⁹ Freud S. *Duelo y melancolía*, p. 243

²⁰ Freud S. *Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra (Biblioteca Nueva)*, p.300.

Psicoanalistas postfreudianos

Nacht y Ricamier (1960)²¹ caracterizan a la depresión como un estado de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica, no referidas a deficiencias actuales. La persona se encuentra paralizada porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro; en ocasiones, el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que lo amenaza. La depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza.²²

La depresión representa un estado afectivo que se caracteriza por el desamparo e inhibición de funciones (Bibring), con la incapacidad para afrontar el peligro.

Un gran segmento de la doctrina psicoanalítica asocia la depresión con la ansiedad y la culpa (e.g. Klein y seguidores). Aunque sus relaciones no son claramente explicadas, esta idea aún se mantiene en la actualidad. Sin embargo, existen un reducido número de psicoanalistas que distingue ambos conceptos. Para Rubinfine (1968)²³ la depresión surge cuando existe un fracaso inminente que amenaza la salud psíquica. La culpa puede aparecer predominantemente como un cuadro de una depresión muy severa, pero es secundaria a la enorme carga del impulso agresivo que “catectiza” los síntomas depresivos. Así, la culpa como causal es reemplazada por el impulso agresivo frustrado.

²¹ Nacht S & Ricamier P. (1960) Symposium on Depressive Illness. International Journal Psycho-Anal., XLI, p. 4-5.

²² Grinberg L. (1971) Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós. P. 69.

²³ Rubinfine D. (1968) Notes on a theory on depression. The Psycho-anal. Quarterly, XXXVII, 3.

Ostow (1960)²⁰¹ considera que la reacción de angustia (incluyendo afecto, cambio automático y respuestas motoras) es filogenéticamente más arcaica que la respuesta depresiva. Para Engel, por el contrario, la “depresión de retirada” y la angustia son los afectos primarios de displacer. Agrega que términos de lucha o fuga corresponderían a la actitud de angustia, mientras que el término renuncia es la actitud típica a la depresión de retirada. A la sensación de renuncia le suma la desesperanza, desamparo o falta de ayuda (Engel, 1962)²⁰². Ostow ve la utilidad de la depresión, al considerarlo como un medio para evitar pérdidas de suministros vitales.

2.2.b. La Teoría cognitiva de la Depresión

El modelo cognitivo de la depresión surgió de las observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales realizadas por Aaron Beck (1963, 1964, 1967) con grupos de enfermos depresivos, todos los enfoques clínicos finalmente han facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

El Concepto de la Triada Cognitiva²⁴.

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente a cerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. El segundo componente se centra en la

²⁴Beck, A. (1976) Cognitive therapy and emotional disorders. New York: Basic Books

tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar los objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

Organización Estructural del Pensamiento Depresivo.

Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincrásicos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo: leer o responder preguntas, o emprender actividades mentales voluntarias: solución de problemas, recuerdos. En tales casos inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Errores en el Procesamiento de la información.

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, aquí se considera a:

- a) Inferencia Arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- b) Abstracción Selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- c) Generalización Excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- d) Maximización o Minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento: error de tal calibre que constituye una distorsión.
- e) Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- f) Pensamiento Absolutista, Dicotómico (relativo a la respuesta): Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

2.2.c. Depresión desde la Psiquiatría

La depresión no se puede describir como un estado de desaliento temporal que puede originarse por un mal día o un mal sentimiento. En términos médicos depresión es una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento.²⁵

El término depresión en su uso común es vago y tienen diferentes significados, por lo que se recomienda ser cuidadoso al definir y diagnosticar esta enfermedad, ya que sus síntomas pueden parecerse a los de otras enfermedades o atribuirse a otras condiciones como al estrés, problemas de sueño o al exceso de trabajo.²⁶

Tampoco hay que confundir la depresión por ocasiones en las que las personas se sienten tristes, apesadumbradas o abatidas, pero por corto tiempo. La enfermedad de la depresión es más que un estado de desaliento transitorio o un periodo de estrés. La verdadera depresión, lo que los médicos llaman a menudo enfermedad depresiva o depresión clínica se caracteriza por lo siguiente:

- Tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más.
- Presenta síntomas específicos, relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión del futuro.
- Deteriora su capacidad para funcionar en la vida diaria.
- Requiere tratamiento médico, psicológico o ambos.

La definición que más se ajusta a los objetivos de la presente investigación sobre depresión es la propuesta en el DSM-IV (APA, 1995), la cual dice que la depresión se considera como un trastorno del estado de ánimo, cuya

²⁵ Cardona-Pescador, J. (1990). La depresión. Madrid España. Dossat.

²⁶ Kramlinger, K., (2002). Guía de la clínica mayo sobre depresión. Barcelona: Plaza Janés.

característica principal es la alteración del humor. Afirma que la depresión se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido (tristeza, melancolía, abatimiento, desánimo) o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades; con síntomas asociados como alteración del apetito, cambio de peso, alteraciones del sueño, agitación o lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas e intentos suicidas.²⁷

2.2.d. Tipos de depresión

Para hablar de los tipos de depresión se decidió aceptar la clasificación de Kramlinger (2002). Este autor para hacer la categorización toma la duración y severidad de los síntomas y las circunstancias asociadas a cada uno de estos y la divide en la siguiente forma:

Depresión Mayor

La depresión mayor es la forma más frecuente de depresión. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo que dura más de dos semanas, e incluye uno o ambos de los signos primarios de la depresión:

- Sentimientos abrumadores de tristeza o pesar.
- Pérdida del interés o placer en las actividades que habitualmente disfruta.
- La gente que tiene depresión mayor también muestra por lo menos cuatro de los siguientes signos y síntomas regularmente, o todos los días.
- Pérdida o aumento significativo de peso

²⁷ American Psychiatric Association, (1995) Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. Edición España: Masson.

- Alteraciones del sueño
- Movimientos lentos o inquietud
- Fatiga o falta de energía
- Baja autoestima o sentimientos de culpa inapropiados.
- Sentimientos de inutilidad o culpa
- Sentimientos de impotencia o desesperanza
- Dificultad para pensar o concentrarse
- Pérdida de deseo sexual
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

La depresión mayor puede presentarse sólo una vez o pueden tenerse recaídas. Después del primer episodio de depresión mayor, hay una probabilidad mayor del 50% de presentarla de nuevo.

El primer episodio puede empezar a cualquier edad, pero tiene mayor probabilidad de ocurrir entre los 25 y 44 años de edad. La depresión mayor es más frecuente en mujeres que en hombres. Los eventos estresantes de la vida y las pérdidas significativas son los dos factores precipitantes más comunes de este tipo de depresión.

Distimia

Ésta es una forma prolongada de depresión leve caracterizada por una perspectiva persistentemente sombría, dura de manera común por lo menos dos años, y algunas veces más de cinco.

La distimia puede interferir con el trabajo y la vida social; de hecho, muchas personas con este trastorno se aíslan socialmente y son menos productivas. Se tiene un riesgo mayor de desarrollar depresión mayor si se padece distimia.

Los signos y síntomas de la distimia son como los de la depresión mayor pero no tan intensos, y la persona puede no presentar muchos de ellos. Éstos pueden incluir:

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Aislamiento social
- Irritabilidad
- Inquietud o lentitud
- Problemas del sueño
- Pérdida o aumento de peso

Algunas personas con distimia recuerdan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia. Algunas desarrollan distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por lo menos 75% de los individuos con distimia tienen otros problemas de salud.

Trastornos de Adaptación

Los trastornos de adaptación preceden a menudo a la depresión mayor. Por lo regular después de una pérdida, o evento muy estresante es perfectamente comprensible sentirse tenso, triste, abrumado o enojado. De modo eventual, la mayoría de la gente se adapta a las consecuencias de estos factores estresantes de la vida, pero algunas no. Esto es lo que se conoce como trastorno de adaptación, cuando la respuesta a un evento o situación estresante causa signos y síntomas de depresión, pero éstos no son lo suficientemente intensos como para cumplir los criterios de depresión mayor.

Los médicos utilizan los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno de adaptación:

Síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un evento identificable que ha ocurrido en los últimos tres meses.

La respuesta al evento excede de la reacción que normalmente se esperaría.

Los síntomas no se deben únicamente a aflicción o desamparo.

Trastornos bipolares

Algunas personas con depresión tienen ciclos recurrentes de depresión y euforia (manía). Esta enfermedad incluye emociones en ambos extremos (polos), se le conoce también como depresión maníaca o trastorno maniaco depresivo.

En contraste con la depresión, en una fase maníaca la persona se siente con gran energía.

Los signos y síntomas de la manía incluyen:

- Euforia anormal o excesiva
- Energía marcadamente aumentada
- Disminución de la necesidad de dormir
- Irritabilidad inusual
- Creencias irreales en las propias capacidades y poderes
- Conversación incrementada
- Pensamientos atropellados
- Juicio deficiente
- Deseo sexual aumentado
- Comportamiento social provocativo, impertinente o agresivo
- Abuso del alcohol o las drogas

El trastorno bipolar no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia.

2.2.e. Diagnóstico psiquiátrico de la depresión

El diagnóstico psiquiátrico de la depresión se realiza siguiendo determinados procedimientos de un sistema de clasificación de enfermedades. Para diagnosticar depresión, el psiquiatra indaga en la historia del paciente, sus manifestaciones clínicas, la presencia de síntomas específicos y el tiempo que lleva dicha sintomatología. Además de la evaluación clínica puede indicar la realización de estudios adicionales que complementen el diagnóstico (como ocurre con las evaluaciones psicológicas mediante test).

La evaluación diagnóstica incluye la historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, se averigua si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se recibió. También se pregunta sobre el uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista incluye preguntas sobre otros miembros de la familia: ¿algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos? Por último, se incluye un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, cada desorden del estado de ánimo está caracterizado por un sistema único de síntomas o de criterios diagnósticos. Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos incluidos en esta categoría son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar, trastorno ciclotímico, y

otros trastornos del estado de ánimo tales como el trastorno debido a una enfermedad médica y el trastorno inducido por sustancias. A continuación se detallan los criterios diagnósticos utilizados para la clasificación de cada uno de estos trastornos.

2.2.f. Prevalencia e incidencia de la depresión

Por grupo poblacional

En el hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. De acuerdo a las investigaciones, el hombre tiende a ser más reacio para admitir que tiene depresión; por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. Sin embargo, la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, aunque los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente al de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.²⁸

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de

²⁸ Ferketick A, Schwartzbaum J, Frid D, Moeschberger M. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. Archives of Internal Medicine; 160(9): 126 1-1268.

trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante.

En la mujer

A pesar de los esfuerzos realizados, aun se conoce poco acerca del origen de esta diferencia. Las investigaciones intentan averiguar si las mujeres se enferman más frecuentemente que los hombres de trastornos depresivos, o si se enferman en forma diferente. Parece que en situaciones similares de estrés, en los hombres tienden a aparecer otros problemas, como los relacionados con conductas violentas o con el abuso de sustancias.

Por otro lado, sí se han podido identificar, dentro de todo el conjunto de trastornos depresivos, los distintos tipos específicos que pueden padecer las mujeres. Las investigaciones se han dirigido hacia algunos hechos físicos y psicológicos específicamente femeninos. Por ejemplo, un estudio reciente en México demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo, se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.²⁹

²⁹ Rubinow D, Schmidt P, Roca C. (1998). Estrogen-serotonin in teractions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*; 44(9):839-850.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. En efecto, más del 80% de mujeres en edad de tener hijos sufren síntomas depresivos durante el período previo al parto y en el postparto. La comunidad científica reconoce que existe una relación entre los trastornos depresivos y la crianza, y que las enfermedades que se producen en estas situaciones tienen características especiales. Los síntomas que se pueden presentar varían en número y gravedad. Durante el embarazo, entre el 25% y el 35% de las mujeres presentan algún síntoma depresivo, lo que no es un porcentaje excesivo comparado con las cifras de depresión de la población general. Sin embargo, la tristeza postparto aparece entre un 50% y un 85% de las madres, la depresión postparto se da entre el 10% y 20%, y la psicosis postparto, la forma de depresión menos frecuente y más grave, aparece entre el 0.1% y el 0.2 % de las mujeres que dan a luz.³⁰

Es común creer que durante el periodo de la menopausia la mujer tiende a presentar una mayor incidencia de estados depresivos. En la actualidad se sabe que esta aseveración es incorrecta, ya que la menopausia no es un factor de predisposición para la génesis de un episodio depresivo mayor, aunque sí lo es para estados emocionales depresivos pasajeros o formas de depresión menor.

2.2.g. Depresión en Mujeres

Factores que favorecen la depresión en mujeres

Biológicos

³⁰ OPS (2000). La depresión, una enfermedad tratable. Lo que como mujer se debe conocer.

Cuando se habla de factores biológicos que favorecen la depresión se pueden observar aspectos como que las personas que se deprimen seriamente experimentan cambios químicos en el cerebro que pueden facilitar su aparición.³¹

También es posible hablar de cierta tendencia genética, ya que se ha encontrado en pacientes con depresión que sus padres, abuelos o tíos padecieron también este trastorno y de ahí quizá heredaron la tendencia a deprimirse. Personas sensibles que en ocasiones toman algunos medicamentos para enfermedades como hipertensión, ansiedad (ansiolíticos), pueden tener depresión.³²

Se ha visto que las influencias biológicas generan diferencias entre géneros, sobre todo a partir de la adolescencia. Los cambios hormonales producen estresores que precipitan la depresión, sobretodo en mujeres. Se ha observado que ocurren cambios psicológicos debido a estos cambios, que pueden ocasionar un nivel de depresión mayor en mujeres.³³

Las mujeres durante su vida atraviesan por una serie de eventos, la mayoría de ellos relacionados con la situación hormonal, como son: la menstruación, el parto, el posparto, la menopausia y el síndrome denominado “nido vacío”.³⁴

Las mujeres tienen mayor riesgo de depresión que los hombres y los estrógenos pueden ser una de las razones. Se cree que éstos alteran la actividad de los neurotransmisores que contribuyen a la depresión. Muchas mujeres

³¹ Nolen- Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson C. (1999), Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1061-1072.

³² Lara, M. A. (1995). *¿ Es Difícil ser Mujer? Una Guía sobre depresión*. México: Pax.

³³ McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (Eds.). (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues: Final report of American Psychological Association Task Force on Women and Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

³⁴ Priest, R. (1992). *Ansiedad y depresión, causas, efectos y cómo superarlos*. España: Ediciones Plural.

presentan un estado de ánimo deprimido durante la fase premenstrual de sus ciclos mensuales. Algunas sufren depresión posparto después del nacimiento de un bebé. Otras tienen depresión alrededor de la menopausia.

Esto se debe a que todos éstos son tiempos en los que disminuyen los niveles de estrógeno.³⁵

En una investigación realizada por Sprock y Yoder (1997)³⁶ en un grupo de mujeres deprimidas de diferentes edades, con el fin de detectar cuál era la mayor frecuencia del tipo de síntomas en este padecimiento encontraron que estas experimentan mayor frecuencia en síntomas somáticos como desordenes en la alimentación y el sueño.

Los niveles anormales de los neurotransmisores en particular de noradrenalina y serotonina producen cambios en el estado de ánimo, y se encontró que el metabolismo de glucosa es diferente entre hombres y mujeres, relacionándose a la cantidad de glucosa utilizada con la aparición de depresión clínica en mujeres.³⁷

Factores Psicológicos

Con respecto a qué causas psicológicas se asocian con la depresión, Beck y Snell (1989)³⁸ dicen que los diferentes estilos de respuestas y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los principales factores que favorecen la depresión. La memoria puede facilitar o no a la depresión según el aprendizaje

³⁵ Bar, D. A. (1999). La madre depresiva y el niño. México: Siglo XXI.

³⁶ Sprock, J., y Yoder C. Y. (1997). Women and Depression: An Update on Report of the APA Task Force. Sex Roles. Journal of Research, 36 (5/6) , 269-303.

³⁷ Andreasen, P. J., Zametkin, A. J., Guo, A. C., Baldwin, P. y Cohen R.M. (1994). Gender related differences in regional cerebral glucose metabolism in normal volunteers. Psychiatry Research, 51, 175 – 183.

³⁸ Beck, S. y Snell, W. (1989). Stereotypic beliefs about women as moderators of stress-distress relationships. Journal of Clinical Psychology, 45, 665-672.

previo.³⁹ Esto se puede observar en individuos que se deprimen más, tienen mayor dificultad para organizar material y también presentan problemas para memorizar, sobre todo cuando requieren resolver problemas donde se exige de mayor esfuerzo.⁴⁰

En hombres y mujeres existen diferencias interesantes en la lateralización cerebral y en la función cognoscitiva. Las mujeres en general son mejores en las tareas en las que intervienen la destreza verbal, la velocidad perceptual y la destreza manual fina, mientras que los hombres desempeñan mejor las tareas visual-espaciales y matemáticas. En la mayoría de los seres humanos el hemisferio izquierdo se especializa en los procesos verbales y el derecho en los procesos espaciales. Estos procesos de lateralización son más fuertes en el hombre que en la mujer. Y se ha dicho que estas diferencias de lateralización entre hombres y mujeres se deben principalmente a la exposición de los primeros a la testosterona. Debido a ello, el hombre en diversas circunstancias, tiene más probabilidades de reaccionar más agresivamente que la mujer. Mientras que éstas tienen más alteraciones del estado de ánimo.⁴¹

En una investigación hecha con estudiantes de licenciatura se pudo observar que quienes eran menos persuasivos exhibían más estados depresivos; y quienes obtenían más altos puntajes en masculinidad y bajos en feminidad tenían peor control en sus relaciones interpersonales.⁴² Esto sugiere que una

³⁹ Bower, G.H. (1991). Mood and memory. *American Psychology*, 36, 129-148.

⁴⁰ Gotlib, I. H., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1994). Symptoms versus a diagnosis of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.

⁴¹ Butler, L. D. y Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-346.

⁴² Beck, S. y Snell, W. (1989). Stereotypic beliefs about women as moderators of stress-distress relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 665-672.

alta feminidad está asociada con más sentimientos depresivos y problemas de interacción personal.

Las mujeres tienden a informar más molestias o eventos negativos en comparación con los hombres.⁴³ Éstas se inclinan incluso a externalizar más sus problemas a los demás y a culparse con mayor frecuencia de las situaciones difíciles que el hombre; por lo que aparentemente la mujer tiene menor control y más depresión que el hombre.⁴⁴

Mujeres y hombres pueden aprender a manejar las emociones y a enfrentar el estrés de formas distintas. Kramlinger (2002)⁴⁵ sugiere que las mujeres se inclinan menos que los hombres a actuar en sus problemas, pero tienden más a pensar demasiado en ellos.

Thayer, Newman y McClain (1994)⁴⁶ mencionan que hombres y mujeres responden de diferente forma para regular su estado de ánimo, consideran que la mujer emplea técnicas más pasivas ante situaciones difíciles, mientras el hombre utiliza técnicas más activas que le proporcionan placer y distracción; es decir, cuando la mujer se deprime por lo regular se encierra, no quiere hablar con nadie y llora, en cambio el hombre se sale y practica un deporte que le guste.

Factores Sociales

⁴³ Boggiano, A., y Barret, M. (1991). Gender differences in depression in college students. *Sex roles*, 25. 595-605.

⁴⁴ Parks, S., y Pilisuk, M. (1991). Caregiver burden: Gender and the psychological cost of caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 501-509.

⁴⁵ Kramlinger, K., (2002). *Guía de la clínica mayo sobre depresión*. Barcelona: Plaza Janés.

⁴⁶ Thayer, R., Newman, R. y Mc Clain T. (1994). Self-regulation of mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and social*, 67, 910-925.

El ambiente social juega un papel importante en las diferencias en el estado de ánimo. Kaplan (1986)⁴⁷ dio una explicación a la depresión mencionando que las mujeres cultural y socialmente, cuando se deprimen tienden a encontrar como principales causas sus propios errores, en cambio el hombre cuando se deprime lo atribuye a fuentes externas.

Veiel (1993)⁴⁸ encontró que el soporte familiar tiene un efecto negativo para recuperarse de episodios de depresión en mujeres que se dedican al hogar, pero no así en hombres y mujeres que trabajan fuera del mismo. Quizás porque las mujeres que no trabajan fuera se sobrecargan de problemas y demandas emocionales y esperan que otros se los resuelvan, reforzándoles a la vez sus síntomas depresivos.

Cuando la mujer desempeña múltiples y difíciles roles, en ocasiones esto no afecta negativamente su estado de ánimo, sino por el contrario, le puede servir para sentirse activa y la distrae de pensamientos negativos.⁴⁹

Las mujeres en desventaja por diferentes condiciones socioeconómicas están expuestas a pobreza, violencia, etc., lo que las convierte en más frágiles ante el estrés y la depresión.⁵⁰

Mujeres quienes de jóvenes fueron pobres y cabeza de familia son más susceptibles a la depresión. Se ha encontrado que quienes sufrieron raptó,

⁴⁷ Kaplan, A. G. (1986). The "Self-in-relation". Implications for depression in women. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 23, 786-792.

⁴⁸ Veiel, H., (1993). Detrimental effects of kin support networks on the course of depression. *Journal of abnormal Psychology*, 102, 419-429.

⁴⁹ Barnett, R. C., Marshall, N. L. y Singer, J. D. (1992). Job Experiences Overtime, Multiple Roles, and Women's Health: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 634-644.

⁵⁰ Sayers, S. L., Baucom, D. H. y Tierney, A. M. (1993). Sex Roles, Interpersonal Control, and Depression: Who can get their way. *Journal of Research in Personality*, 27 377- 395.

violencia física y sexual en la niñez tienen alto riesgo de deprimirse en la adultez.⁵¹

La mujer tiende a reconocer mejor los síntomas depresivos y a aceptar que necesita tratamiento en comparación con el hombre, debido a que socialmente es más aceptado que la mujer se queje y exprese sus emociones.⁵²

Se ha demostrado que un factor que contribuye a que la mujer no se deprima es que ésta tenga un nivel de escolaridad superior al de secundaria, es decir, que posea licenciatura y además trabaje fuera de casa, debido a que cuando la mujer se siente productiva su valoración hacia sí misma es superior, lo que la aísla de la depresión.⁵³

⁵¹ Hobfall, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R. y Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and post-partum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 445-453.

⁵² O'Neil, M., Lancee, W. y Freeman, S. (1985). Sex differences in depressed university students. *Social Psychiatry*, 20, 186-190.

⁵³ Vélez-Bautista, G., (2001). *Las mujeres eje potencial de desarrollo*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.

3. ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA

Estudios determinaron que entre las enfermedades con el nivel más alto de discapacidad se encuentran: la depresión, el abuso del alcohol, el trastorno bipolar o maniaco depresivo, el trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia. Concluyendo que, de acuerdo con estudios realizados en México y otros países, se pierden anualmente hasta 30 días laborales por problemas de depresión mayor y 14 por lesiones físicas (Ríos, 2003).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo más frecuente en el género femenino que en el masculino, con una relación de dos a uno (Caraveo, Colmenares y Saldivar, 1999; Elliot, 2001).

Estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con la misma afección. A estas cifras se debe sumar la sospecha que impera tanto en medios científicos como en el sentir general, de que las mujeres que padecen estados de depresión leve o pasajera, y que no consultan a los especialistas, son todavía más numerosas (Gasto, Vallejo, y Menchón, 1993).

La depresión es reconocida como un problema de salud pública (Blazer, Kessler, Gonagle y Swartz, 1994). Estudios recientes realizados por Desjarlais, Eisenberger, Good y Kleinman (1996); Frenk, Lozano y González-Block (1994) y Ríos (2003) han demostrado el impacto y la trascendencia de este padecimiento, ocupando hoy día el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, se estima que para el 2020 será la segunda causa de morbilidad, por lo que sólo le llevarán la delantera las enfermedades del corazón.

En investigaciones realizadas por Winokur (1991) en familias observó que existen diferencias de género, predominando la depresión en las mujeres y en hombres el alcoholismo.

Hay estudios donde se ha consultado a médicos y a estudiantes de medicina, quienes mencionan que dentro de sus pacientes diagnosticados como deprimidos la mayoría son mujeres (Lichtenberg, Gibbons, Nanna y Blumenthal, 1993).

Conde Díaz et al. realizaron estudios con los datos de las historias clínicas en la urgencia psiquiátrica de un hospital general, determinando características generales y tendencias en los pacientes atendidos, con prevalencia de pacientes psicóticos y aumentos en los diagnósticos de trastorno de la personalidad.

Grimson et al. efectuaron investigaciones epidemiológicas en entidades psiquiátricas determinando tasas de prevalencia de distintas patologías psiquiátricas y analizando su distribución según ciertas variables de estructura social.

Medina-Mora et al. presentaron los resultados de las encuestas nacionales de psiquiatría en México, determinando los niveles de prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios de atención en salud mental, donde divisaron que uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, los trastornos individuales más comunes fueron la depresión mayor, la fobia específica, la dependencia al alcohol y la fobia social.

4. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

4.1. Área estudio

La investigación se llevará a cabo en la Clínica de Salud Mental “Instituto San Patricio” de la ciudad de Pergamino.

Pergamino es una ciudad del norte de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

Es cabecera del partido homónimo y se ubica a 222 km de la ciudad de Buenos Aires, capital del país, y a 274 km de la ciudad de La Plata, capital provincial.

Por su población, Pergamino es la 8ª ciudad de la provincia de Buenos Aires.

Se estima que tiene una población de alrededor de 90.000 habitantes, mientras que el partido superaría los 106.000.

Buena parte de sus tierras, como las de la región, se encuentran entre las más cotizadas de Argentina. Pergamino se encuentra en uno de los vértices del *triángulo agrario*, con las ciudades de Rosario y de Venado Tuerto. También concentra un complejo semillero, textil y agroindustrial.

La Clínica de Salud Mental “Instituto San Patricio” es una institución privada que abrió sus puertas en el mes de Abril del año 2006. Está situado en la calle Italia n° 621 de la localidad y partido de Pergamino y se encuentra funcionando como Establecimiento de Salud Mental y Atención Psiquiátrica con Internación CATEGORIA II (dos) con una capacidad de diecinueve (19) camas y trabaja además como Hospital de Día con una capacidad de veinticinco (25) pacientes.

Dentro del personal, la Clínica cuenta con un staff profesional conformado por cuatro psiquiatras, dos psicólogas, dos psicopedagogas, una terapeuta ocupacional, una musicoterapeuta y una nutricionista.

4.2. Tipo estudio

Se realizó un estudio descriptivo y analítico, transversal.

El estudio tendrá la estructura de una investigación documental con recurso de fuentes primarias (Historias Clínicas) y su carácter será de tipo exploratorio debido a que no se cuenta con estudios anteriores realizados en la Institución.

La estrategia de abordaje será de tipo cuantitativa con la utilización de recursos estadísticos.

4.3. Población

Historias clínicas de internación de la Clínica de Salud Mental “Instituto San Patricio”.

4.3.1. Universo

Pacientes internados en de la Clínica de Salud Mental “Instituto San Patricio”.

4.3.2. Muestra

La muestra quedó conformada por la totalidad de historias clínicas de pacientes internados durante el periodo 2006-2010 en la Clínica de Salud Mental “Instituto San Patricio” (486 historias clínicas).

4.4. Métodos y técnicas utilizadas

4.4.1. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se considera sumamente adecuada la utilización del análisis de contenido como única técnica ya que se analizaron producciones escritas que figuran en las Historias Clínicas consideradas como unidades de análisis.

4.4.2. Instrumentos

Se utilizaron planillas de registro de los datos contenidos en las Historias Clínicas que facilitaron su análisis. Las planillas fueron confeccionadas por el investigador en la medida en que tomó contacto con las Historias Clínicas y considerando los objetivos del estudio.

Se consideró como “trastornos depresivos” a la depresión mayor, el trastorno bipolar, la distimia y los trastornos de adaptación (según la clasificación de depresión de Kramlinger).

4.4.3. Análisis de los datos

Los datos se tabularon mediante una planilla de Microsoft Excel y se volcaron en la base de datos SPSS 15.0 para su análisis.

Se utilizaron medidas estadísticas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), medidas estadísticas descriptivas (distribución de frecuencias, porcentajes) y medidas estadísticas inferenciales (chi cuadrado) para un nivel de significación de $p < 0.05$.

5. TRABAJO DE CAMPO

Sexo

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población.

Sexo		
	<i>f</i>	%
femenino	359	73,9%
masculino	127	26,1%
Total	486	

Del total de la población (n=486), el 73.9% corresponde al sexo femenino y el 26.1% al sexo masculino.

Año de ingreso según sexo

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de l año de ingreso según sexo de la población.

	Año de ingreso según sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
año 2006	38	69,1%	17	30,9%	55
año 2007	60	69,8%	26	30,2%	86
año 2008	81	68,6%	37	31,4%	118
año 2009	100	81,3%	23	18,7%	123
año 2010	80	76,9%	24	23,1%	104

Durante el año 2006 se registró un total de 55 ingresos, el 69.1% correspondía al sexo femenino y el 30.9% al sexo masculino.

Durante el año 2007 se registró un total de 86 ingresos, el 69.8% correspondía al sexo femenino y el 30.2% al sexo masculino.

Durante el año 2008 se registró un total de 118 ingresos, el 68.6% correspondía al sexo femenino y el 31.4% al sexo masculino.

Durante el año 2009 se registró un total de 123 ingresos, el 81.3% correspondía al sexo femenino y el 18.7% al sexo masculino.

Durante el año 2010 se registró un total de 104 ingresos, el 76.9% correspondía al sexo femenino y el 23.1% al sexo masculino.

Edad

La población de sexo femenino (n=359) presenta una media aritmética de 43.6 años (DS \pm 16.6), una mediana de 43 años y un modo de 50 años.

La población de sexo masculino (n=127) presenta una media aritmética de 40.1 años (DS \pm 15.9), una mediana de 38 años y un modo de 58 años.

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad según sexo de la población.

Edad según sexo				
	Femenino		Masculino	
	f	%	f	%
menos de 20 años	29	8,1%	11	8,7%
20 a 39 años	118	32,9%	53	41,7%
40 a 59 años	152	42,3%	48	37,8%
60 a 79 años	52	14,5%	13	10,2%
80 años o más	8	2,2%	2	1,6%
Total	359		127	

Del total de pacientes de sexo femenino (n=359), el 42.3% corresponde al intervalo de 40 a 59 años; el 32.9% al intervalo de 20 a 39 años; el 14.5% al intervalo de 60 a 79 años; el 8.1% al intervalo de menos de 20 años y el 2.2% al intervalo de 80 años o más.

Del total de pacientes de sexo masculino (n=127), el 41.7% corresponde al intervalo de 20 a 39 años; el 37.8% al intervalo de 40 a 59 años; el 10.2% al intervalo de 60 a 79 años; el 8.7% al intervalo de menos de 20 años y el 1.6% al intervalo de 80 años o más.

Estado civil

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de l estado civil según sexo de la población.

Estado civil según sexo				
	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
soltero	96	26,7%	51	40,2%
concubino	35	9,7%	9	7,1%
casado	115	32,0%	36	28,3%
separado	40	11,1%	19	15,0%
divorciado	43	12,0%	9	7,1%
viudo	30	8,4%	3	2,4%
Total	359		127	

Del total de la población femenina (n=359), el 32% es casada; el 26.7% soltera; el 12% divorciada; el 11.1% separada; el 9.7% concubina y el 8.4% viuda.

Del total de la población masculina (n=127), el 40.2% es soltero; el 28.3% casado; el 15% separado; el 7.1% concubino; el 7.1% divorciado y el 2.4% viudo.

La relación entre estado civil y sexo es altamente significativa ($p < 0.001$). Es decir, que los pacientes masculinos tienen mayor probabilidad de ser solteros a diferencia de las mujeres que tienen mayor probabilidad de presentar otros estados civiles. Chi cuadrado=8 (lo que supera el percentil 99 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad).

Escolaridad

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la escolaridad según sexo de la población.

Escolaridad según sexo				
	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
escuela especial	4	1,1%	4	3,1%
primaria incompleta	26	7,2%	13	10,2%
primaria completa	46	12,8%	13	10,2%
secundaria incompleta	95	26,5%	43	33,9%
secundaria completa	108	30,1%	30	23,6%
terciario incompleto	9	2,5%	5	3,9%
terciario completo	45	12,5%	8	6,3%
universitario incompleto	13	3,6%	7	5,5%
universitario completo	13	3,6%	4	3,1%
Total	359		127	

Del total de la población de sexo femenino (n=359), el 30.1% refiere secundaria completa; el 26.5% secundaria incompleta; el 12.8% primaria completa; el 12.5% terciario completo y en menor frecuencia otros niveles de instrucción.

Del total de la población de sexo masculino (n=127), el 33.9% refiere secundaria incompleta; el 23.6% secundaria completa; el 10.2% primaria completa; el 10.2% primaria incompleta y en menor frecuencia otros niveles de instrucción.

Si bien el 52.4% del sexo femenino presentaba secundaria completa o nivel instrucción superior y el 57.5% del sexo masculino presentaba secundaria incompleta o nivel de instrucción inferior, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Profesión u ocupación

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la profesión u ocupación del sexo femenino.

Profesión u ocupación en el sexo femenino		
	f	%
Ama de Casa	68	18,9%
Estudiante	35	9,7%
Jubilada	31	8,6%
Desocupada	29	8,1%
Docente	22	6,1%
Empleada Administrativa	19	5,3%
Empleada Municipal	18	5,0%
Enfermera	18	5,0%
Empleada de Comercio	16	4,5%
Empleada Doméstica	11	3,1%
Comerciante	8	2,2%
Empleada bancaria	8	2,2%
Empleada Bingo	8	2,2%
Empleada Hospital	8	2,2%
Empleada Judicial	7	1,9%
Jubilada (docente)	7	1,9%
Vendedora	7	1,9%
Auxiliar de Enfermería	5	1,4%
Empleada Taller Costura	5	1,4%
Policía	5	1,4%
Costurera o modista	3	0,8%
Empleada	2	0,6%
Portera de Escuela	2	0,6%
Secretaria	2	0,6%
Abogada	1	0,3%
Administración de Empresas	1	0,3%
Asistente Social	1	0,3%
Auxiliar de Farmacia	1	0,3%
Contadora	1	0,3%
Empleada Agropecuaria	1	0,3%
Empleada farmacéutica	1	0,3%
Empleada Industrial	1	0,3%
Farmacéutica	1	0,3%
Fonoaudióloga	1	0,3%
Funcionaria Pública	1	0,3%
Odontóloga	1	0,3%
Peluquera	1	0,3%
Psicopedagoga	1	0,3%
Trabajadora Rural	1	0,3%
Total	359	

Las mayores frecuencias corresponden a ama de casa 18.9%; estudiante 9.7%; jubilada 8.6%; desocupada 8.1% y docente 6.1%.

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la profesión u ocupación del sexo masculino.

Profesión u ocupación en el sexo masculino		
	f	%
Desocupado	18	14,2%
Estudiante	14	11,0%
Comerciante	9	7,1%
Jubilado	8	6,3%
Policía	8	6,3%
Trabajador Rural	8	6,3%
Empleado Municipal	7	5,5%
Empleado Agropecuario	5	3,9%
Empleado Judicial	4	3,1%
Docente	3	2,4%
Empleado Bingo	3	2,4%
Empleado de Comercio	3	2,4%
Empleado Hospital	3	2,4%
Remisero	3	2,4%
Agricultor	2	1,6%
Empleado Bancario	2	1,6%
Empleado de Seguridad	2	1,6%
Ingeniero Agrónomo	2	1,6%
Albañil	1	0,8%
Apicultor	1	0,8%
Camarógrafo	1	0,8%
Chatarrero	1	0,8%
Contador	1	0,8%
Contratista Rural	1	0,8%
Empleado Administrativo	1	0,8%
Empleado Construcción	1	0,8%
Empleado Metalúrgico	1	0,8%
Empleado Panificadora	1	0,8%
Empleado Poder Judicial	1	0,8%
Herrero	1	0,8%
Jubilado (Policia)	1	0,8%
Maestro Panadero	1	0,8%
Mecánico	1	0,8%
Médico	1	0,8%
Obrero Metalúrgico	1	0,8%
Panadero	1	0,8%
Peluquero	1	0,8%
Periodista	1	0,8%
Sereno	1	0,8%
Técnico Radiólogo	1	0,8%
Vendedor	1	0,8%
Total	127	

Las mayores frecuencias corresponden a desocupado 14.2%; estudiante 11%; comerciante 7.1%; jubilado 6.3%; policía 6.3% y trabajador rural 6.3%.

Diagnósticos

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los diagnósticos en la población.

Diagnósticos		
	<i>f</i>	%
Trastornos depresivos	298	61,3%
Trastorno de la personalidad	64	13,2%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	53	10,9%
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	29	6,0%
Trastornos de ansiedad	16	3,3%
Trastornos relacionados con sustancias	15	3,1%
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	9	1,9%
Trastornos de la conducta alimentaria	1	0,2%
Trastornos somatomorfos	1	0,2%
Total	486	

El 61.3% de la población presenta trastornos depresivos; el 13.2% trastorno de la personalidad; el 10.9% esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y en menor frecuencia otros diagnósticos.

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia de los distintos diagnósticos según sexo de la población.

Diagnósticos según sexo					
	Femenino		Masculino		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Trastornos depresivos	240	80,5%	58	19,5%	298
Trastorno de la personalidad	49	76,6%	15	23,4%	64
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	32	60,4%	21	39,6%	53
Delirium, demencia, T. amnésicos y otros T. cognoscitivos	21	72,4%	8	27,6%	29
Trastornos de ansiedad	9	56,3%	7	43,8%	16
Trastornos relacionados con sustancias	1	6,7%	14	93,3%	15
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	5	55,6%	4	44,4%	9
Trastornos de la conducta alimentaria	1	100,0%	0	0,0%	1
Trastornos somatomorfos	1	100,0%	0	0,0%	1

Del total de la población que presenta trastornos depresivos (n=298), el 80.5% corresponde al sexo femenino y el 19.5% al sexo masculino.

Del total de la población que presenta trastorno de la personalidad (n=64), el 76.6% corresponde al sexo femenino y el 23.4% al sexo masculino.

Del total de la población que presenta esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (n=53), el 60.4% corresponde al sexo femenino y el 39.6% al sexo masculino.

Del total de la población que presenta delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (n=29), el 72.4% corresponde al sexo femenino y el 27.6% al sexo masculino.

Del total de la población que presenta trastornos de ansiedad (n=16), el 56.3% corresponde al sexo femenino y el 43.8% al sexo masculino.

Del total de la población que presenta trastornos relacionados con sustancias (n=), el 93.3% corresponde al sexo masculino y el 6.7% al sexo femenino.

Del total de la población que presenta trastornos de inicio en la infancia (n=9), el 55.6% corresponde al sexo femenino y el 44.4% al sexo masculino.

Tanto el caso que presenta trastornos de la conducta alimentaria y como el caso con trastorno somatomorfo corresponden al sexo femenino.

Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas de la frecuencia de los distintos diagnósticos según sexo de la población.

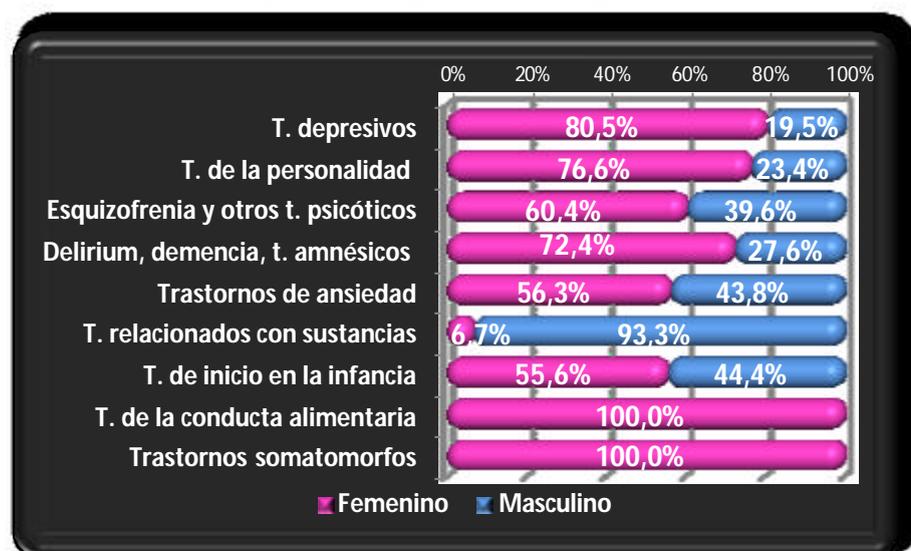


Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia de diagnósticos según sexo de la población.

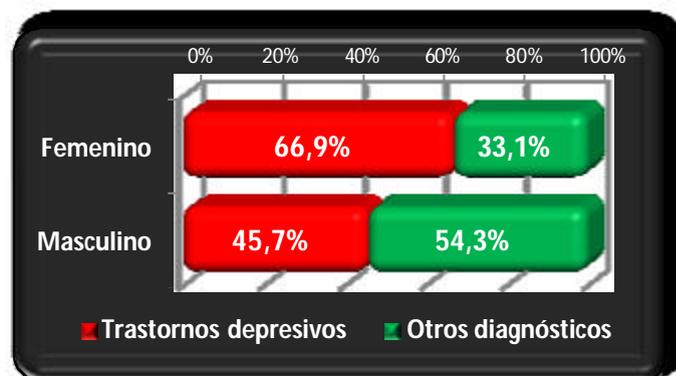
Frecuencia de diagnósticos según sexo				
	Femenino		Masculino	
	f	%	f	%
Trastornos depresivos	240	66,9%	58	45,7%
Otros diagnósticos	119	33,1%	69	54,3%
Total	359		127	

Del total de la población de sexo femenino (n=359), el 66.9% presenta trastornos depresivos y el 33.1% otros diagnósticos.

Del total de la población de sexo masculino (n=127), el 54.3% presenta otros diagnósticos y el 45.7% trastornos depresivos.

La relación entre diagnóstico y sexo es altamente significativa ($p < 0.001$). Es decir que existe mayor probabilidad de hallar diagnóstico de trastorno depresivos en el sexo femenino que en el sexo masculino. Chi cuadrado=17.75 (siendo 6.63 el percentilo 99 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad, podemos afirmar que hay una probabilidad mayor al 99% de que haya asociación entre las dos variables).

Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas de la frecuencia de diagnósticos según sexo de la población.



Diagnósticos en el sexo femenino

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia de diagnósticos en el sexo femenino .

Frecuencias de diagnósticos en el sexo femenino		
	<i>f</i>	%
Trastornos depresivos	240	66,9%
Trastorno de la personalidad	49	13,6%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	32	8,9%
Delirium, demencia, T. amnésicos y otros T. cognoscitivos	21	5,8%
Trastornos de ansiedad	9	2,5%
Trastornos relacionados con sustancias	1	0,3%
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	5	1,4%
Trastornos de la conducta alimentaria	1	0,3%
Trastornos somatomorfos	1	0,3%
Total	359	

El 66.9% de las mujeres presentan trastornos depresivos; el 13.6% trastorno de personalidad; el 8.9% esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; el 5.8% delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; el 2.5% trastorno de ansiedad y en menor frecuencia otros diagnósticos.

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia de diagnósticos según año en el sexo femenino .

Diagnósticos según año en el sexo femenino					
	Trastornos depresivos		Otros diagnósticos		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
año 2006	30	78,9%	8	21,1%	38
año 2007	43	71,7%	17	28,3%	60
año 2008	47	58,0%	34	42,0%	81
año 2009	64	64,0%	36	36,0%	100
año 2010	56	70,0%	24	30,0%	80

Del total de casos de sexo femenino durante el año 2006 (n=38), el 78.9% corresponden a trastornos depresivos y el 21.1% a otros diagnósticos.

Del total de casos de sexo femenino durante el año 2007 (n=60), el 71.7% corresponden a trastornos depresivos y el 28.3% a otros diagnósticos.

Del total de casos de sexo femenino durante el año 2008 (n=81), el 58% corresponden a trastornos depresivos y el 42% a otros diagnósticos.

Del total de casos de sexo femenino durante el año 2009 (n=100), el 64% corresponden a trastornos depresivos y el 36% a otros diagnósticos.

Del total de casos de sexo femenino durante el año 2010 (n=80), el 70% corresponden a trastornos depresivos y el 30% a otros diagnósticos.

Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas de la frecuencia de diagnósticos según año en el sexo femenino.



Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cantidad de trastornos depresivos en el sexo femenino por año.

Trastornos depresivos según año en el sexo femenino		
	<i>f</i>	%
año 2006	30	12,5%
año 2007	43	17,9%
año 2008	47	19,6%
año 2009	64	26,7%
año 2010	56	23,3%
Total	240	

Del total de casos de trastornos depresivos en el sexo femenino (n=240), el 26.7% ocurrieron durante el año 2009; el 23.3% en el año 2010; el 19.6% en el año 2008; el 17.9% en el año 2007 y el 12.5% en el año 2006.

Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de cantidad de trastornos depresivos en el sexo femenino por año.

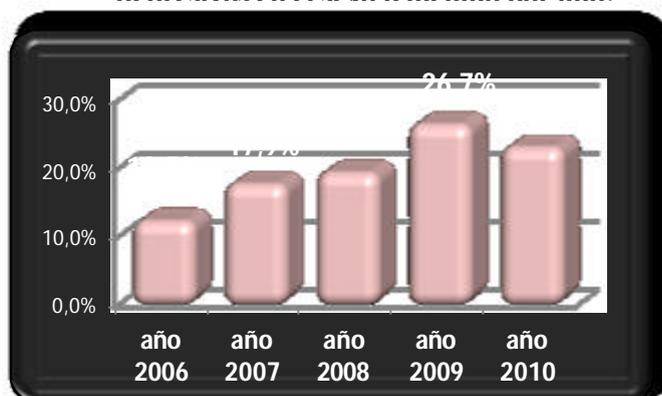


Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los diagnósticos según edad en el sexo femenino.

Diagnósticos según edad en el sexo femenino				
	Trastornos depresivos		Otros diagnósticos	
	f	%	f	%
menos de 20 años	8	3,3%	21	17,6%
20 a 39 años	78	32,5%	40	33,6%
40 a 59 años	116	48,3%	36	30,3%
60 a 79 años	36	15,0%	16	13,4%
80 años o más	2	0,8%	6	5,0%
Total	240		119	

Del total de mujeres con trastorno depresivos (n=240), el 48.3% corresponde al intervalo de 40 a 59 años; el 32.5% al intervalo de 20 a 39 años; el 15% al intervalo de 60 a 79 años; el 3.3% al intervalo de menos de 20 años y el 0.8% al intervalo de 80 años o más.

Del total de mujeres con otros diagnósticos (n=119), el 33.6% corresponde al intervalo de 20 a 39 años; el 30.3% al intervalo de 40 a 59 años; el 17.6% al

intervalo de menos de 20 años; el 13.4% al intervalo de 60 a 79 años y el 5% al intervalo de 80 años o más.

La relación entre diagnóstico y edad en el sexo femenino es altamente significativa ($p < 0.001$). Es decir que existe mayor probabilidad de hallar diagnóstico de trastornos depresivos en mujeres de 20 a 59 años que en mujeres de otras edades. Chi cuadrado=12.28 (siendo 6.63 el percentilo 99 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad, podemos afirmar que hay una probabilidad mayor al 99% de que haya asociación entre las dos variables).

Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de los diagnósticos según edad en el sexo femenino.

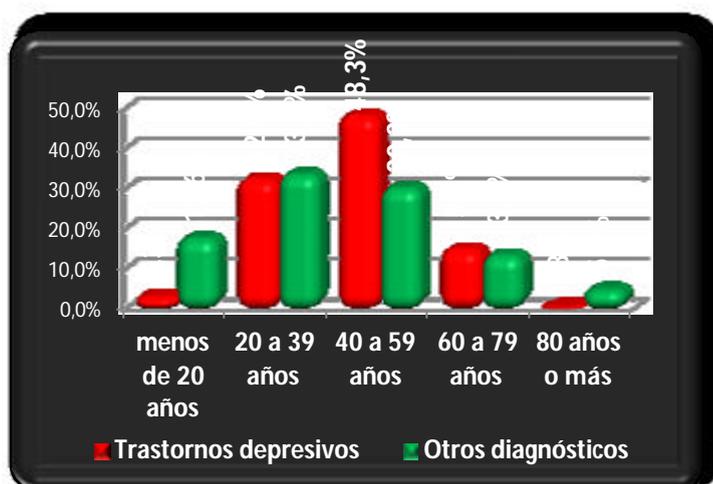


Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los diagnósticos según estado civil en el sexo femenino.

Diagnósticos según estado civil en el sexo femenino				
	Trastornos depresivos		Otros diagnósticos	
	f	%	f	%
soltera	49	20,4%	47	39,5%
concubina	22	9,2%	13	10,9%
casada	92	38,3%	23	19,3%
separada	34	14,2%	6	5,0%
divorciada	28	11,7%	15	12,6%
viuda	15	6,3%	15	12,6%
Total	240		119	

Del total de mujeres con trastorno depresivos (n=240), el 38.3% está casada; el 20.4% soltera; el 14.2% separada; el 11.7% divorciada; el 9.2% es concubina y el 6.3% viuda.

Del total de mujeres con otros diagnósticos (n=119), el 39.5% está soltera; el 19.3% casada; el 12.6% divorciada; el 12.6% viuda; el 10.9% es concubina y el 5% separada.

La relación entre diagnóstico y estado civil en el sexo femenino es altamente significativa ($p < 0.001$). Es decir que existe mayor probabilidad de hallar diagnóstico de trastorno depresivo en mujeres casadas o en estado de concubinato que en mujeres solteras, separadas, divorciadas o viudas. Chi cuadrado=9.73 (siendo 6.63 el percentilo 99 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad, podemos afirmar que hay una probabilidad mayor al 99% de que haya asociación entre las dos variables).

Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de los diagnósticos según estado civil en el sexo femenino .

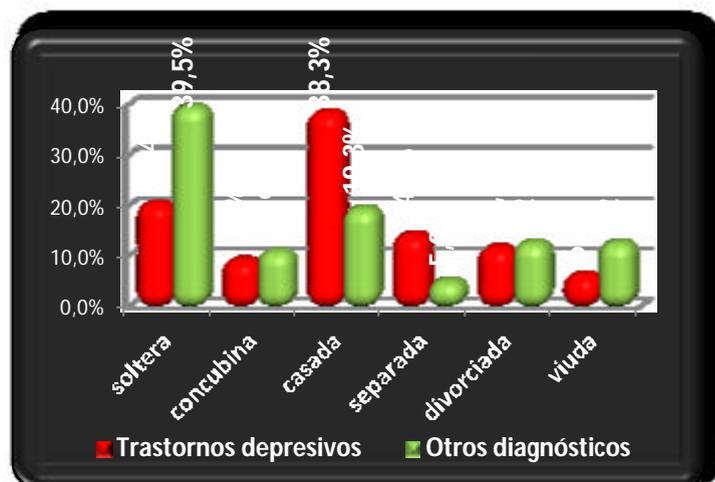


Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los diagnósticos según escolaridad en el sexo femenino.

Diagnósticos según escolaridad en el sexo femenino				
	Trastornos depresivos		Otros diagnósticos	
	f	%	f	%
escuela especial	0	0,0%	4	3,4%
primaria incompleta	15	6,3%	11	9,2%
primaria completa	32	13,3%	14	11,8%
secundaria incompleta	59	24,6%	36	30,3%
secundaria completa	76	31,7%	32	26,9%
terciario incompleto	6	2,5%	3	2,5%
terciario completo	32	13,3%	13	10,9%
universitario incompleto	8	3,3%	5	4,2%
universitario completo	12	5,0%	1	0,8%
Total	240		119	

Del total de mujeres con trastorno depresivo (n=240), el 31.7% refiere secundaria completa; el 24.6% secundaria incompleta; el 13.3% primaria completa; el 13.3% terciario completo y en menor frecuencia otros niveles de instrucción.

Del total de mujeres con otros diagnósticos (n=119), el 30.3% refiere secundaria incompleta; el 26.9% secundaria completa; el 11.8% primaria completa; el 10.9% terciario completo y en menor frecuencia otros niveles de instrucción.

Si bien el 55.8% de las mujeres con trastornos depresivos presenta secundaria completa o nivel instrucción superior y el 54.6% de las mujeres con otros diagnósticos presenta secundaria incompleta o nivel de instrucción inferior, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Gráfico 7: distribución de las frecuencias relativas de los diagnósticos según escolaridad en el sexo femenino .



6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los datos aportados por las 486 Historias Clínicas con las que se trabajaron, se pudo observar que 3 de cada 5 historias clínicas presentan como diagnóstico alguno de los trastornos depresivos, lo cuál da una muestra clara de los altos niveles de internación que representan estos tipos de trastornos y se acercan a las posturas de aquellos estudios que estiman a la depresión como la segunda causa de morbilidad para el año 2020.

Los diagnósticos de Depresión en el sexo femenino presentaron una relación de 4 a 1 con respecto al sexo masculino. Estudios precedentes determinan que la depresión en el género femenino tiene una relación de 2/3 a 1 con respecto al género masculino. Se cree que esta mayor diferencia con respecto a otras investigaciones, se debe a que los niveles de internación en el sexo femenino en el Instituto San Patricio, fueron significativamente mayores en relación al sexo masculino. Esto puede entenderse como una mayor prevalencia de internación psiquiátrica en el sexo femenino por sobre el masculino.

Como indican numerosas investigaciones, los trastornos depresivos tienen una tendencia en aumento y resultan hoy en día una de las problemáticas de salud más importantes. En referencia a esto, se pudo observar que el número de diagnósticos de depresión en el sexo femenino fue año a año en aumento, registrando su registro más alto durante el año 2009.

La relación entre los diagnósticos de depresión en el sexo femenino y la edad mostró ser altamente significativa, registrándose entre los 40 y 59 años la mayor cantidad de mujeres diagnosticadas. Estos niveles son significativos, aunque en menor medida, entre los 20 y 39 años, lo cual nos muestra al sexo femenino más vulnerable al diagnóstico de depresión entre los 20 y 59 años de edad, cuestión que puede deberse a que la mujer en estas etapas acarrea la mayor cantidad de vivencias tales como ser madre, conformar una familia, síndrome de nido vacío, la menopausia, entre otras.

En referencia al estado civil, se pudo observar que los niveles más significativos de diagnósticos de depresión en el sexo femenino se dieron en mujeres casadas. Se cree que en ello inciden las vicisitudes que un matrimonio acarrea a nivel personal y social, de la mano con una época en la que la mujer se abre camino a nuevas y mayores responsabilidades encontrando así mayores presiones sociales y económicas.

Los niveles de escolaridad son tomados en diversos estudios como un factor representativo debido a que se cree que la posibilidad de tener mayor cantidad de herramientas para significar y entender los problemas de nuestra vida evitarían caer en esquemas depresivos y ayudaría a buscar otras alternativas. Sin embargo el estudio mostró que la mitad de las mujeres diagnosticadas con depresión contaban con estudios secundarios o avanzados lo que no permitió que se tome como un dato significativo para este estudio.

Entendemos que para mejorar los tratamientos y entender las causas que posicionan a las mujeres como grupo de riesgo de los trastornos depresivos, es particularmente importante el intento de aplicación consecuente de los postulados de la teoría de género al estudio del fenómeno clínico, lo que resulta aún, poco frecuente en el área de la Psicología y la Psiquiatría.

Aunque como parte de los estudios de género que vienen desarrollándose desde hace algunos años, se han establecido nexos entre la condición de género de las mujeres y la expresión de su salud mental, estos han sido estudios con poco nivel de profundización en entidades particulares, como es el caso de la Depresión; lo que consideramos ha obstaculizado el desarrollo de una concepción más completa sobre su etiología, profilaxis y tratamiento.

La Depresión en el género femenino debe ser tomada como una problemática fundamental de la actualidad. Las vicisitudes que llevan a las mujeres a la depresión deberían ser estudiadas y planteadas partiendo desde la subjetividad del género inmerso en una sociedad que le presenta cambios constantes.

La conformación y expresión de la subjetividad individual, sintetiza el devenir histórico y sociocultural con el cual se ha interactuado, incluso antes del nacimiento, los procesos biológicos de sexuación y los de asignación social de género, representan los orígenes fundamentales sobre los que se construye la dimensión psicológica del género.

El estado de salud de las mujeres (y también de los hombres) no puede ser analizado al margen de su condición de género. La manera de vivir, enfermar y morir, lleva impreso la marca del género. El malestar psíquico o de cualquier otra clase, tiene una expresión particular según se trate de hombres o mujeres, no solo porque puedan ser vulnerables ante diferentes tipos de trastornos o enfermedades, sino incluso, porque iguales patologías o malestares son expresados de modo diferente.

Por ello, la salud es también un producto social y su análisis no debe transcurrir al margen de la relación: sociedad (formación económico social, modo de vida, imaginario social de género) –grupo (instituciones, identidades colectivas, pertenencias grupales)- individuo (identidades individuales, estilos de vida, etcétera.).

La categoría género, por su parte ha servido para explicar esta diferencia en el estado y situación de salud de mujeres y hombres, porque es un elemento fundamental en la configuración de la identidad, y por ello es tan importante conocer las definiciones de masculinidad y feminidad según los estereotipos de género, para saber cómo se puede ver afectada su salud.

Entre las debilidades de la investigación se podría decir que la muestra no resulta significativa para proporcionar aportes aplicables a muestras generales de población, resultando ser representativo solo para el área de estudio donde se llevó a cabo, faltando, para extender esta representatividad, estudios

comparativos con Instituciones Públicas y con establecimientos de otras localidades.

Dentro de las fortalezas de la investigación se encuentra la presentación de la depresión en el género femenino como una de las problemáticas que deberían prevalecer para el abordaje y estudio por parte de los profesionales de la salud. Junto a ello, el importante aporte a los índices estadísticos del Instituto San Patricio fue de gran relevancia, ya que el mismo carecía de este tipo de estudios.

Proponemos a esta investigación como el puntapié inicial para futuras investigaciones en el marco de la Salud Mental en la ciudad de Pergamino, en las Instituciones que trabajan con esta temática y fundamentalmente dar por sentado un precedente en el estudio de la depresión en el género femenino, proponiendo su abordaje en niveles más profundos que permitan aportar conocimientos que ayuden y acompañen a los profesionales de la salud en lo referente a la profilaxis y el tratamiento de esta problemática.

Se propone además promover la investigación y la recopilación estadística en las Historias Clínicas del Instituto San Patricio con el fin de enriquecer y aumentar los conocimientos sobre los pacientes que acuden al mismo.

7. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association, (1995) Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. Edición España: Masson.

Andreasen, P. J., Zametkin, A. J., Guo, A. C., Baldwin, P. y Cohen R.M. (1994). Gender related differences in regional cerebral glucose metabolism in normal volunteers. *Psychiatry Research*, 51, 175 – 183.

Angst, J. & Merikangas, K. (1995). The depressive spectrum: diagnostic, classification and course. *J Affect Disord*; 45:31-40.

Ballenger J. et al. (1999). Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatr*; 60(suppl 7):54-61.

Bar, D. A. (1999). La madre depresiva y el niño. México: Siglo XXI.

Barnett, R. C., Marshall, N. L. y Singer, J. D. (1992). Job Experiences Overtime, Multiple Roles, and Women's Health: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 634-644.

Beck, A. (1976) *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Basic Books

Beck, S. y Snell, W. (1989). Stereotypic beliefs about women as moderators of stress-distress relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 665-672.

Blazer, D G., Kessler R C., Mc. Gonagle, K. y Swartz M S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Psychiatry*, 151: 979-986.

Blehar M, Oren D. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*;2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood

disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12

Boggiano, A., y Barret, M. (1991). Gender differences in depression in college students. *Sex roles*, 25.595-605.

Bower, G.H. (1991). Mood and memory. *American Psychology*, 36, 129-148.

Butler, L. D. y Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-346.

Caraveo, J. Colmenares E. y Saldivar G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental; número especial*, 62-67.

Cardona-Pescador, J. (1990). *La depresión*. Madrid España. Dossat.

Desjarlais, R. Eisenberg L., Good B. y Kleinman A., (1996). *Problems and priorities in Low-Income Countries*. World Mental Health. Nueva York: Oxford University Press.

Elliot, M. (2001). Gender differences in causes of depression. *Women Health*, Vol. 33 163-177.

Ferretick A, Schwartzbaum J, Frid D, Moeschberger M. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*; 160(9): 1261-1268.

Frenk, J., Lozano R. y González-Block, M A. (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance de salud en México*. Reporte Final. Fundación Mexicana para la Salud en México, DIF Estado de México.

Freud S. Duelo y melancolía, p. 243, 246 y 247.

Freud S. Introducción al narcisismo, p. 74

Freud, S. (1895?) Obras Completas. Vol. III: 3443-3656. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva [1973] {Manuscrito G. Melancolía. Sin fecha. 7-1...-1895? P. 3503-3508}.

Freud S. Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra (Biblioteca Nueva), p.300.

Freud, S. (1895?)...Op. Cit.

Freud S. Un caso de curación hipnótica (Biblioteca Nueva), p. 169.

Freud S. Historiales Clínicos (Biblioteca Nueva), p. 53.

Freud S. Historiales Clínicos (Biblioteca Nueva), p. 63.

Freud S. Manuscrito N (Biblioteca Nueva), p.770.

Gasto, C., Vallejo, J. y Menchón J. M. (1993). Depresiones Crónicas. España:Ediciones Doyma.

Gotlib, I. H., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1994). Symptoms versus a diagnosis of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.

Grinberg L. (1971) Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós. P. 69.

Hobfall, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R. y Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 445-453.

Kaplan, A. G. (1986). The "Self-in-relation". Implications for depression in women. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 23, 786-792.

Kramlinger, K., (2002). *Guía de la clínica mayo sobre depresión*. Barcelona: Plaza Janés.

Lara, M. A. (1995). *¿ Es Difícil ser Mujer? Una Guía sobre depresión*. México: Pax.

Linchtenberg, P, Gibbons, T., Nanna M. y Blumenthal F. (1993). Physician detection of depression in medically ill elderly. *Clinical Gerontologist*, 13, 81-90.

López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (Eds.). (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues: Final report of American Psychological Association Task Force on Women and Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

Nacht S & Recamier P. (1960) Symposium on Depressive Illness. *International Journal Psycho-Anal.*, XLI, p. 4-5.

Nolen- Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson C. (1999), Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1061-1072.

O'Neil, M., Lancee, W. y Freeman, S. (1985). Sex differences in depressed university students. *Social Psychiatry*, 20, 186-190.

OPS (2000). La depresión, una enfermedad tratable. Lo que como mujer se debe conocer.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Capítulo 1. La salud pública al servicio de la salud mental; 2001.

Parks, S., y Pilisuk, M. (1991). Caregiver burden: Gender and the psychological cost of caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 501-509.

Priest, R. (1992). Ansiedad y depresión, causas, efectos y cómo superarlos. España: Ediciones Plural.

Ríos, L. (2003). Se disparan las enfermedades mentales. *Vértigo*, 140 12- 16.

Rotondo H. (1999). Métodos para la Exploración y Diagnóstico en Psiquiatría.

Rubinfine D. (1968) Notes on a theory on depression. *The Psycho-anal. Quarterly*, XXXVII, 3.

Rubinow D, Schmidt P, Roca C. (1998). Estrogen-serotonin in teractions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*; 44(9):839-850.

Sánchez García, J. Manual para Evaluar el Caso Psiquiátrico. Diagnóstico. Entrevista Clínica. Anamnesis. Guía para la anamnesis. Examen Mental. Guía para el Examen Mental. Lima: Eximpress S.A., 1991

Sayers, S. L., Baucom, D. H. y Tierney, A. M. (1993). Sex Roles, Interpersonal Control, and Depression: Who can get their way. *Journal of Research in Personality*, 27 377- 395.

Sprock, J., y Yoder C. Y. (1997). Women and Depression: An Update on Report of the APA Task Force. Sex Roles. Journal of Research, 36 (5/6) , 269-303.

Steiner M, Yonkers K. Depression in women. Martin Dunitz, 1998.

Thayer, R., Newman, R. y Mc Clain T. (1994). Self-regulation of mood, raising energy, and reducing tension. Journal of Personality and social, 67, 910-925.

Veiel, H., (1993). Detrimental effects of kin support networks on the course of depression. Journal of abnormal Psychology, 102, 419-429.

Vélez-Bautista, G., (2001). La mujeres eje potencial de desarrollo. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Winokur, G. (1991). Mania and depression: a classification of syndrome and disease. Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press.

8. ANEXO

Anexo 1: Tabulación de los datos

	FECHA DE INGRESO	SEXO	EDAD	FECHA DE INACIMIENTO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	PROFESIÓN / OCUPACIÓN	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
1	25/05/2006	F	79	02/04/1927	C	SC	Jubilada (docente)	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
2	27/05/2006	F	44	15/04/1962	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
3	29/05/2006	M	51	27/09/1954	CO	SC	Empleado Bancario	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
4	07/06/2006	F	33	04/03/1973	SO	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
5	08/06/2006	M	26	01/05/1980	SO	SI	Desocupado	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
6	10/06/2006	F	46	08/11/1959	C	TC	Docente	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
7	18/06/2006	F	41	05/04/1965	D	PI	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
8	18/06/2006	M	57	07/02/1949	SE	SI	Remisero	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
9	26/06/2006	F	32	15/09/1973	SO	TC	Enfermera	T. por estrés postraumático	F43.1
10	26/06/2006	M	29	18/11/1976	C	SI	Desocupado	Demencia no especificada	F03
11	27/06/2006	F	39	08/10/1966	C	SI	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
12	03/07/2006	F	63	03/05/1943	V	SC	Jubilada (docente)	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
13	05/07/2006	F	43	20/06/1963	SE	SC	Comerciante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
14	08/07/2006	F	35	09/11/1970	CO	SC	Empleada Bingo	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
15	12/07/2006	F	72	25/06/1934	V	PI	Jubilada	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
16	15/07/2006	M	27	02/05/1979	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
17	16/07/2006	F	59	11/12/1946	C	SI	Ama de Casa	Esquizofrenia tipo desorganizado	F20.1
18	26/07/2006	M	40	12/05/1966	C	SI	Comerciante	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
19	09/08/2006	F	31	07/11/1974	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
20	12/08/2006	M	29	01/12/1976	CO	SC	Empleado Municipal	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
21	15/08/2006	F	59	17/09/1946	SE	SC	Pluquera	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
22	16/08/2006	F	23	19/10/1982	SO	TI	Estudiante	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
23	23/08/2006	M	33	13/12/1972	C	PC	Empleado Metalúrgico	T. Limite de la personalidad	F60.31
24	26/08/2006	F	75	30/09/1930	C	PI	Jubilada	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
25	05/09/2006	M	55	09/10/1950	C	UC	Contador	T. por estrés postraumático	F43.1
26	08/09/2006	F	23	07/07/1983	SO	SI	Desocupada	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
27	17/09/2006	F	47	12/06/1959	C	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
28	23/09/2006	M	28	15/09/1978	C	SC	Empleado Bingo	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, sin sint. psicóticos	F31.4
29	24/09/2006	F	28	08/10/1977	SO	SI	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
30	07/10/2006	F	35	24/07/1971	SO	UI	Empleada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
31	10/10/2006	F	57	11/03/1949	D	SC	Modista	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
32	13/10/2006	M	30	27/05/1976	C	PI	Trabajador Rural	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
33	18/10/2006	M	46	01/07/1960	C	SI	Herrero	T. por Abuso de alcohol	F10.1
34	20/10/2006	F	52	08/06/1954	C	SC	Comerciante	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
35	22/10/2006	F	58	04/04/1948	SE	SC	Comerciante	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, con sint. psicóticos	F31.5
36	23/10/2006	F	54	13/09/1952	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
37	26/10/2006	F	48	25/03/1958	D	SC	Empleada Bingo	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
38	05/11/2006	F	41	20/07/1965	C	PC	Empleada Doméstica	Demencia no especificada	F03
39	07/11/2006	F	64	07/12/1941	C	SI	Jubilada	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
40	16/11/2006	F	28	21/09/1978	SO	SC	Empleada Farmacéutica	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
41	18/11/2006	F	74	30/05/1932	V	PI	Jubilada	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
42	23/11/2006	F	20	12/07/1986	SO	TI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
43	25/11/2006	M	42	05/02/1964	C	PI	Chatarrero	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
44	26/11/2006	M	33	08/08/1973	SE	TC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, moderado	F33.1
45	02/12/2006	F	19	13/08/1987	SO	SC	Desocupada	T. obsesivo-compulsivo de la personalidad	F60.5
46	11/12/2006	F	43	29/10/1963	SE	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
47	12/12/2006	F	47	26/12/1958	SO	SC	Empleada Judicial	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
48	14/12/2006	F	53	01/12/1953	D	SC	Empleada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
49	15/12/2006	F	48	13/12/1958	C	SC	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, con sint. psicóticos	F31.5
50	18/12/2006	M	34	31/05/1972	SO	EE	Desocupado	Retraso mental moderado	F71.9
51	19/12/2006	F	50	07/11/1956	C	SC	Enfermera	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
52	21/12/2006	M	50	29/06/1956	SE	SI	Desocupado	T. por Abuso de alcohol	F10.1
53	22/12/2006	F	49	08/10/1957	C	SC	Policia	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
54	27/12/2006	M	40	18/05/1966	SE	SI	Mecánico	T. por Abuso de alcohol	F10.1
55	29/12/2006	F	61	09/01/1945	C	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
56	06/01/2007	M	31	08/04/1975	SO	SC	Policia	T. por estrés postraumático	F43.1
57	13/01/2007	M	52	28/05/1954	SO	PC	Obrero Metalúrgico	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
58	15/02/2007	F	56	05/11/1950	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
59	18/01/2007	F	43	07/01/1964	C	SC	Empleada Banco	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
60	22/01/2007	F	22	20/05/1984	SO	TI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
61	29/01/2007	F	45	11/09/1961	SE	PI	Empleada Municipal	T. psicótico no especificado	F29
62	03/02/2007	F	61	08/07/1945	D	SC	Jubilada (docente)	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
63	07/02/2007	M	32	18/10/1974	CO	SI	Empleado Hospital	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
64	08/02/2007	M	24	21/01/1983	SO	TI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
65	11/02/2007	F	56	07/09/1950	D	SC	Empleada Administrativa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
66	16/02/2007	F	17	25/06/1989	SO	SI	Estudiante	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
67	16/02/2007	M	34	13/04/1972	SO	SI	Maestro Panadero	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1

68	21/02/2007	F	41	25/08/1965	CO	SI	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
69	25/02/2007	M	55	10/12/1951	SE	SC	Empleado Agropecuario	T. por Abuso de alcohol	F10.1
70	03/03/2007	F	22	22/09/1984	CO	SC	Empleada Bingo	T. de ansiedad no especificado	F41.9
71	04/03/2007	F	69	20/02/1938	V	PI	Jubilada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
72	05/03/2007	M	22	09/09/1984	SO	SC	Empleado Panificadora	T. por Abuso de alcohol	F10.1
73	07/03/2007	F	46	08/04/1960	SO	SC	Secretaria	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
74	09/03/2007	M	14	24/10/1992	SO	PI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
75	14/03/2007	F	20	07/04/1986	SO	SI	Empleada Bingo	T. de angustia sin agorafobia	F41.0
76	19/03/2007	F	57	19/09/1949	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
77	24/03/2007	F	73	26/01/1934	V	PC	Jubilada	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
78	02/04/2007	M	23	16/05/1983	SO	PI	Trabajador Rural	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
79	07/04/2007	F	41	04/03/1966	CO	SI	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
80	11/04/2007	F	49	10/11/1957	CO	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
81	13/04/2007	F	66	26/07/1940	C	SC	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, con sint. psicóticos	F31.5
82	15/04/2007	M	49	11/04/1958	D	TC	Policia	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
83	23/04/2007	F	45	12/05/1961	C	UI	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
84	23/04/2007	F	57	16/01/1950	C	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
85	27/04/2007	F	26	21/10/1980	SO	SC	Empleada Bingo	T. Limite de la personalidad	F60.31
86	04/05/2007	F	35	06/04/1972	SO	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
87	08/05/2007	F	51	12/06/1955	SE	SC	Empleada Judicial	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
88	12/05/2007	F	53	19/03/1954	D	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
89	15/05/2007	M	30	22/01/1977	SO	SC	Empleado Hospital	T. Limite de la personalidad	F60.31
90	18/05/2007	F	19	20/07/1987	SO	SC	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
91	21/05/2007	F	47	20/06/1959	SO	PC	Empleada Taller de Costura	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, con sint. psicóticos	F31.5
92	23/05/2007	F	42	30/06/1964	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
93	25/05/2007	F	25	20/04/1982	SO	SI	Vendedora	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
94	28/05/2007	F	28	30/01/1979	SO	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
95	28/05/2007	F	57	27/04/1950	SO	SC	Jubilada	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
96	29/05/2007	F	35	06/07/1971	D	SI	Comerciante	T. de angustia sin agorafobia	F41.0
97	04/06/2007	F	46	19/07/1960	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
98	09/06/2007	F	52	15/01/1955	D	TC	Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
99	15/06/2007	F	49	26/12/1957	SO	TC	Enfermera	T. por estrés postraumático	F43.1
100	15/06/2007	M	27	09/03/1980	C	SC	Vendedor	T. Limite de la personalidad	F60.31
101	19/06/2007	F	74	28/03/1933	C	PI	Jubilada	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
102	22/06/2007	F	16	17/04/1991	SO	SI	Estudiante	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
103	27/06/2007	F	25	18/12/1981	SO	SC	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
104	05/07/2007	F	44	14/11/1962	CO	TI	Desocupada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
105	08/07/2007	F	32	23/05/1975	CO	TC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
106	14/07/2007	M	64	20/08/1942	V	PI	Trabajador Rural	T. por Abuso de alcohol	F10.1
107	16/07/2007	F	15	26/10/1991	SO	SI	Estudiante	Anorexia nerviosa	F50.0
108	23/07/2007	M	70	30/08/1936	C	PI	Trabajador Rural	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
109	25/07/2007	M	51	28/09/1955	SE	SC	Empleado Banco	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
110	27/07/2007	F	48	26/07/1959	C	PI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
111	01/08/2007	F	42	03/10/1964	SO	SC	Empleada Banco	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
112	05/08/2007	F	76	24/11/1930	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
113	09/08/2007	F	40	21/08/1966	C	TC	Enfermera	T. psicótico no especificado	F29
114	12/08/2007	M	34	20/06/1973	SO	SI	Comerciante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
115	16/08/2007	F	27	07/04/1980	CO	SI	Desocupada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
116	22/08/2007	M	18	03/05/1989	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
117	31/08/2007	M	33	24/08/1974	SO	SI	Comerciante	T. por Abuso de alcohol	F10.1
118	01/09/2007	M	58	15/02/1949	SE	TC	Empleado Judicial	T. por estrés postraumático	F43.1
119	09/09/2007	F	62	02/08/1945	C	SI	Vendedora	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
120	17/09/2007	F	44	26/06/1963	CO	SC	Empleada de Comercio	T. delirante	F22.0
121	21/09/2007	F	36	10/10/1970	SE	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
122	28/09/2007	M	21	01/03/1986	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
123	01/10/2007	F	41	02/11/1965	SE	TC	Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
124	06/10/2007	F	17	14/07/1990	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
125	11/10/2007	M	67	13/06/1940	D	SI	Jubilado	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
126	20/10/2007	F	22	29/07/1985	CO	SI	Vendedora	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
127	20/10/2007	F	75	14/03/1932	C	PC	Jubilada	Retraso mental moderado	F71.9
128	25/10/2007	M	44	30/05/1963	SE	SC	Empleado Administrativo	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
129	27/10/2007	F	43	19/05/1964	SE	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
130	30/10/2007	M	58	25/05/1949	CO	PI	Comerciante	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
131	02/11/2007	F	33	23/12/1973	C	SI	Empleada Doméstica	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
132	07/11/2007	F	47	31/08/1960	D	SI	Empleada Hospital	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
133	12/11/2007	F	43	01/03/1964	SE	SC	Portera de Escuela	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
134	15/11/2007	M	55	30/11/1951	D	SI	Empleado Municipal	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, con sint. psicóticos	F31.5
135	19/11/2007	F	68	09/03/1939	D	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
136	24/11/2007	M	37	30/07/1970	C	TC	Empleado Poder Judicial	T. por abuso de cocaína	F14.1
137	07/12/2007	F	33	30/11/1974	SO	TC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, recidivante, moderado	F33.1
138	10/12/2007	F	55	19/12/1951	D	UC	Abogada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
139	10/12/2007	M	25	12/12/1981	SO	SC	Empleado Agropecuario	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
140	11/12/2007	F	34	19/10/1973	D	SC	Empleada Administrativa	T. Limite de la personalidad	F60.31
141	18/12/2007	F	31	13/10/1976	C	TC	Enfermera	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
142	02/01/2008	F	37	30/11/1970	SO	EE	Desocupada	Retraso mental grave	F72.9
143	02/01/2008	F	55	29/07/1952	SE	SC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, moderado	F33.1

144	04/01/2008	F	22	21/11/1985	SO	UI	Estudiante	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
145	07/01/2008	F	15	04/05/1992	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
146	09/01/2008	F	33	16/09/1974	SO	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
147	09/01/2008	M	20	08/03/1987	SO	SI	Empleado de Comercio	T. Limite de la personalidad	F60.31
148	13/01/2008	F	66	29/12/1941	C	PI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
149	14/01/2008	F	16	26/01/1991	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
150	19/01/2008	F	39	17/04/1968	D	TC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
151	23/01/2008	F	74	11/02/1933	V	PC	Jubilada	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
152	23/01/2008	F	80	10/01/1928	V	PC	Jubilada	Demencia vascular con estado de ánimo deprimido	F01.83
153	24/01/2008	F	71	01/11/1936	C	SI	Jubilada	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
154	27/01/2008	F	26	01/10/1981	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
155	28/01/2008	F	56	24/06/1951	SE	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
156	28/01/2008	M	52	03/03/1955	D	SC	Empleado Judicial	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
157	30/01/2008	M	27	20/12/1980	SO	SI	Apicultor	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
158	04/02/2008	F	38	03/07/1969	CO	TC	Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
159	09/02/2008	M	61	25/01/1947	C	PC	Trabajador Rural	T. por Abuso de alcohol	F10.1
160	18/02/2008	F	41	22/09/1966	C	SC	Empleada Banco	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
161	18/02/2008	M	61	20/09/1946	C	UC	Ingeniero Agrónomo	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
162	19/02/2008	M	51	06/08/1956	SO	SC	Camarógrafo	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
163	20/02/2008	F	86	01/08/2021	V	PI	Ama de Casa	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
164	22/02/2008	F	50	08/01/1958	D	PC	Empleada Taller de Costura	Demencia no especificada	F03
165	25/02/2008	F	35	08/11/1972	SO	SI	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
166	29/02/2008	M	18	07/09/1989	SO	PI	Albañil	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
167	06/03/2008	M	81	14/02/1927	V	PC	Jubilado	T. delirante	F22.0
168	10/03/2008	F	61	03/09/1946	C	SC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
169	10/03/2008	M	51	29/07/1956	SE	SC	Comerciante	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
170	11/03/2008	F	56	08/09/1951	D	SC	Empleada Administrativa	T. por estrés postraumático	F43.1
171	18/03/2008	M	42	22/05/1965	SO	SC	Estudiante	Esquizofrenia tipo desorganizado	F20.1
172	22/03/2008	F	36	03/05/1971	C	SC	Enfermera	T. Limite de la personalidad	F60.31
173	23/03/2008	F	50	30/09/1957	SO	UC	Empleada Judicial	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
174	26/03/2008	F	55	20/04/1952	D	SC	Empleada Administrativa	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
175	29/03/2008	F	55	19/02/1953	D	SC	Empleada Hospital	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
176	31/03/2008	F	81	26/11/2026	C	PC	Jubilada	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
177	03/04/2008	M	19	01/11/1988	SO	SI	Desocupado	T. Limite de la personalidad	F60.31
178	06/04/2008	F	51	09/01/1957	C	SI	Empleada Hospital	T. psicótico no especificado	F29
179	11/04/2008	F	44	18/08/1963	D	SC	Secretaria	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
180	14/04/2008	F	63	01/05/1945	SE	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
181	21/04/2008	M	65	06/10/1942	SE	PC	Jubilado	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
182	25/04/2008	F	39	20/07/1968	D	PI	Empleada Doméstica	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
183	26/04/2008	F	33	06/09/1974	D	SC	Vendedora	T. Limite de la personalidad	F60.31
184	26/04/2008	M	67	30/09/1940	C	SC	Jubilado	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
185	29/04/2008	M	30	12/01/1978	SO	SI	Empleado Bingo	T. por abuso de cocaína	F14.1
186	03/05/2008	F	24	17/12/1983	SO	UI	Estudiante	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
187	17/05/2008	F	29	22/04/1979	CO	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
188	12/05/2008	F	51	17/02/1957	D	SC	Policia	T. por estrés postraumático	F43.1
189	15/05/2008	F	50	27/12/1957	D	SC	Jubilada	Hipocondría	F45.2
190	16/05/2008	F	14	07/04/1994	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
191	16/05/2008	F	58	21/12/1949	V	TC	Funcionaria Pública	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
192	17/05/2008	F	34	29/07/1973	CO	SC	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
193	19/05/2008	F	24	21/01/1984	SO	SC	Desocupada	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
194	21/05/2008	M	17	13/03/1991	SO	SI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
195	21/05/2008	M	46	06/07/1961	C	SC	Jubilado	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
196	23/05/2008	F	80	28/10/2027	C	PI	Jubilada	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
197	26/05/2008	M	50	29/12/1957	SE	PC	Sereno	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
198	27/05/2008	M	24	04/08/1983	SO	SI	Comerciante	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
199	31/05/2008	F	27	13/04/1981	SO	SC	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
200	05/06/2008	F	57	15/05/1951	SE	PC	Empleada Doméstica	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
201	07/06/2008	F	42	13/02/1966	SE	SC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
202	09/06/2008	F	67	23/09/1940	V	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
203	10/06/2008	F	17	18/08/1990	SO	SI	Estudiante	T. psicótico no especificado	F29
204	14/06/2008	F	21	08/06/1987	SO	SC	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
205	14/06/2008	F	80	15/06/2027	V	TC	Jubilada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
206	18/06/2008	F	20	25/08/1987	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
207	21/06/2008	F	16	10/01/1992	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
208	23/06/2008	M	68	07/03/1940	C	PC	Jubilado	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
209	02/07/2008	F	41	15/08/1966	SO	TC	Enfermera	T. Limite de la personalidad	F60.31
210	07/07/2008	F	71	04/05/1937	V	SC	Jubilada (docente)	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
211	07/07/2008	M	24	24/06/1983	SO	SI	Desocupado	Trastorno antisocial de la personalidad	F60.2
212	11/07/2008	F	25	30/05/1983	C	SC	Empleada de Comercio	T. Limite de la personalidad	F60.31
213	11/07/2008	M	40	09/11/1967	C	SC	Policia	T. por estrés postraumático	F43.1
214	18/07/2008	F	21	13/06/1987	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
215	20/07/2008	F	32	14/06/1976	CO	SC	Vendedora	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
216	23/07/2008	M	25	05/05/1983	SO	SI	Empleado Agropecuario	Delirium no especificado	F05.9
217	31/07/2008	F	43	04/01/1965	D	SI	Empleada Doméstica	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
218	03/08/2008	F	81	28/09/1926	C	PI	Ama de Casa	T. delirante	F22.0
219	04/08/2008	F	56	19/07/1952	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2

220	06/08/2008	F	24	09/01/1984	SO	SI	Empleada Municipal	T. Limite de la personalidad	F60.31
221	06/08/2008	M	30	10/03/1978	SO	TC	Desocupado	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
222	06/08/2008	M	49	22/03/1959	C	SI	Empleado de Comercio	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
223	08/08/2008	F	50	02/11/1957	SE	SC	Enfermera	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
224	11/08/2008	M	36	22/08/1971	C	SI	Comerciante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
225	12/08/2008	F	51	06/05/1957	SE	SC	Empleada Doméstica	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
226	12/08/2008	M	24	30/01/1984	SO	SI	Desocupado	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
227	25/08/2008	F	31	02/02/1977	CO	TI	Empleada Administrativa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
228	28/08/2008	M	24	24/11/1983	C	SI	Empleado Municipal	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
229	28/08/2008	M	29	28/08/1978	SO	UC	Ingeniero Agronomo	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
230	03/09/2008	M	17	11/09/1990	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
231	08/09/2008	F	37	02/07/1971	C	SC	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
232	13/09/2008	F	35	25/02/1973	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
233	13/09/2008	M	50	10/11/1957	SE	PI	Empleado Agropecuario	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
234	14/09/2008	F	24	02/01/1984	SO	UI	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
235	15/09/2008	F	79	31/05/2029	V	PI	Jubilada	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
236	21/09/2008	F	39	03/06/1969	D	PC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
237	22/09/2008	F	43	04/12/1964	C	SI	Desocupada	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
238	23/09/2008	M	43	05/07/1965	D	SC	Policia	T. del estado de ánimo no especificado	F39
239	29/09/2008	F	55	15/09/1953	C	PC	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
240	03/10/2008	F	82	09/09/1926	V	PI	Jubilada	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
241	10/10/2008	F	42	28/10/1965	SO	SC	Empleada Administrativa	T. Limite de la personalidad	F60.31
242	15/10/2008	F	20	13/05/1988	SO	SC	Empleada Bingo	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
243	20/10/2008	M	66	15/08/1942	SO	PC	Agricultor	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
244	21/10/2008	M	58	22/01/1950	D	SC	Empleado Judicial	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
245	22/10/2008	F	36	04/08/1972	SO	SC	Portera de Escuela	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
246	23/10/2008	F	17	30/06/1991	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
247	23/10/2008	F	42	02/11/1965	CO	TC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
248	24/10/2008	F	52	14/11/1955	C	UC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
249	27/10/2008	M	30	12/08/1978	SO	UI	Docente	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
250	03/11/2008	M	21	27/05/1987	SO	SI	Desocupado	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
251	10/11/2008	F	36	08/02/1972	CO	SC	Empleada Banco	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
252	10/11/2008	F	63	02/12/1944	D	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
253	18/11/2008	M	58	21/07/1950	SE	SI	Remisero	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
254	27/11/2008	F	57	23/06/1951	C	PI	Empleada Taller de Costura	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
255	03/12/2008	F	15	20/07/1993	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
256	17/12/2008	F	33	08/09/1975	CO	UC	Farmacéutica	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
257	19/12/2008	F	70	21/09/1938	V	SC	Jubilada (docente)	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
258	19/12/2008	M	42	04/03/1966	SE	SI	Desocupado	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
259	22/12/2008	F	28	18/09/1980	C	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
260	04/01/2009	F	51	06/07/1957	C	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
261	07/01/2009	F	26	06/01/1983	CO	SI	Desocupado	Esquizofrenia tipo residual	F20.5
262	09/01/2009	F	61	14/08/1947	C	SI	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, con sint. psicóticos	F31.5
263	13/01/2009	F	42	04/02/1966	CO	SI	Ama de Casa	T. Limite de la personalidad	F60.31
264	14/01/2009	F	55	14/03/1953	SE	UC	Jubilada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
265	17/01/2009	F	26	20/12/1982	SO	UI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
266	17/01/2009	F	65	12/10/1943	C	PC	Empleada Hospital	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
267	19/01/2009	F	28	22/11/1980	SO	UI	Empleada Administrativa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
268	23/01/2009	F	52	09/08/1956	SE	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, recidivante, moderado	F33.1
269	23/01/2009	M	31	05/03/1977	CO	SI	Remisero	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, con sint. psicóticos	F31.5
270	26/01/2009	F	52	13/12/1956	SE	SC	Auxiliar de Farmacia	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
271	26/01/2009	F	62	13/04/1946	C	SI	Jubilada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
272	27/01/2009	F	46	13/10/1962	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
273	28/01/2009	F	55	06/07/1953	D	SC	Comerciante	Esquizofrenia tipo residual	F20.5
274	28/01/2009	M	48	11/06/1960	C	SI	Agricultor	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
275	02/02/2009	F	34	12/03/1974	SO	SC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
276	04/02/2009	F	30	28/03/1978	SO	SC	Comerciante	T. Limite de la personalidad	F60.31
277	06/02/2009	F	42	27/08/1966	SE	SC	Empleada Banco	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
278	09/02/2009	F	60	05/01/1949	SE	PC	Empleada Municipal	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
279	10/02/2009	M	62	10/10/1946	C	PI	Contratista Rural	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
280	14/02/2009	F	40	14/10/1968	C	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
281	15/02/2009	F	38	01/02/1971	CO	SC	Policia	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
282	20/02/2009	F	17	07/01/1992	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
283	20/02/2009	M	35	07/02/1974	SO	SC	Desocupado	Demencia no especificada	F03
284	23/02/2009	F	60	11/10/1948	C	PC	Auxiliar de Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
285	23/02/2009	M	66	04/04/1942	C	PC	Desocupado	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
286	26/02/2009	F	40	20/01/1969	V	SC	Empleada Industrial	T. Limite de la personalidad	F60.31
287	04/03/2009	F	71	12/02/1938	V	PI	Jubilada	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
288	06/03/2009	F	43	29/06/1965	D	SC	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, recidivante, moderado	F33.1
289	06/03/2009	F	47	17/05/1961	SO	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
290	10/03/2009	F	20	07/07/1988	SO	SC	Empleada Bingo	T. Limite de la personalidad	F60.31
291	17/03/2009	M	18	05/12/1990	SO	TI	Estudiante	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
292	23/03/2009	F	34	09/10/1974	SO	SI	Empleada de Comercio	Esquizofrenia tipo desorganizado	F20.1
293	01/04/2009	F	58	08/09/1950	C	PC	Ama de Casa	T. psicótico no especificado	F29
294	03/04/2009	F	49	22/01/1960	C	TC	Enfermera	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
295	06/04/2009	F	31	18/09/1977	C	TI	Empleada Administrativa	T. Limite de la personalidad	F60.31

296	14/04/2009	F	39	24/04/1969	C	SC	Empleada Judicial	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
297	14/04/2009	F	46	30/08/1962	D	SC	Empleada Agropecuaria	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
298	22/04/2009	F	23	15/08/1985	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
299	29/04/2009	F	38	03/05/1971	C	PC	Auxiliar de Enfermera	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, sin sint. psicóticos	F31.4
300	02/05/2009	F	38	05/03/1971	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
301	05/05/2009	M	50	29/12/1958	SE	SC	Policia	T. por estrés postraumático	F43.1
302	06/05/2009	F	32	24/10/1976	SO	EE	Desocupada	Retraso mental grave	F72.9
303	06/05/2009	F	43	21/03/1966	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
304	06/05/2009	F	47	07/10/1961	D	SC	Empleada de Comercio	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
305	09/05/2009	F	62	02/03/1947	D	TC	Docente	T. delirante	F22.0
306	10/05/2009	F	35	28/05/1973	C	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
307	15/05/2009	F	26	15/02/1983	SO	SI	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
308	18/05/2009	F	32	28/07/1966	C	PC	Empleada Hospital	T. Limite de la personalidad	F60.31
309	18/05/2009	M	69	07/07/1940	C	UC	Médico	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
310	19/05/2009	F	40	11/09/1968	SE	SC	Empleada de Comercio	T. Limite de la personalidad	F60.31
311	26/05/2009	F	47	24/05/1962	D	TC	Enfermera	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
312	26/05/2009	M	40	08/03/1969	C	SI	Comerciante	T. psicótico no especificado	F29
313	27/05/2009	F	49	20/02/1960	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
314	01/06/2009	F	47	26/01/1962	V	TC	Empleada de Comercio	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
315	06/06/2009	F	50	19/05/1959	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
316	08/06/2009	F	53	07/10/1955	D	SC	Empleada Judicial	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
317	09/06/2009	F	79	26/07/2029	C	SC	Jubilada (docente)	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
318	11/06/2009	F	45	24/01/1964	C	PC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
319	19/06/2009	M	42	14/02/1967	C	PI	Trabajador Rural	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
320	20/06/2009	F	71	18/08/1937	C	SC	Jubilada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
321	29/06/2009	F	51	03/06/1958	CO	SI	Desocupada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
322	05/07/2009	F	32	27/06/1977	SO	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
323	09/07/2009	M	38	18/12/1970	SO	SI	Empleado Agropecuario	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
324	10/07/2009	F	16	14/11/1992	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
325	15/07/2009	F	46	19/03/1963	SE	SI	Desocupada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
326	17/07/2009	F	47	23/06/1962	SE	PC	Empleada Taller Costura	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
327	21/07/2009	F	50	19/04/1959	D	PI	Costurera	Esquizofrenia tipo desorganizado	F20.1
328	03/08/2009	F	52	14/11/1956	C	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
329	05/08/2009	M	56	14/10/1952	SE	PI	Empleado Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
330	06/08/2009	F	43	26/05/1966	C	SI	Empleada Doméstica	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
331	06/08/2009	F	51	01/02/1958	C	SI	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
332	08/08/2009	F	30	18/04/1979	CO	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
333	10/08/2009	F	18	16/07/1991	SO	UI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
334	10/08/2009	F	36	27/11/1972	CO	SI	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, con sint. psicóticos	F31.2
335	13/08/2009	F	41	09/03/1968	SE	PI	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
336	14/08/2009	F	49	15/09/1959	C	SC	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, recidivante, moderado	F33.1
337	14/08/2009	M	19	19/12/1989	SO	EE	Estudiante	Retraso mental moderado	F71.9
338	15/08/2009	F	39	25/10/1969	D	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
339	17/08/2009	F	57	05/04/1952	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
340	17/08/2009	M	58	28/08/1950	C	PC	Trabajador Rural	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
341	21/08/2009	F	19	30/01/1990	SO	SI	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
342	22/08/2009	M	26	14/09/1982	SO	TI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
343	01/09/2009	F	49	30/11/1959	SE	SI	Empleada Doméstica	T. psicótico no especificado	F29
344	03/09/2009	M	43	18/06/1966	C	SI	Empleado Hospital	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
345	04/09/2009	F	48	18/11/1960	SE	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
346	07/09/2009	F	31	16/11/1977	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
347	09/09/2009	F	34	03/06/1975	SO	UC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
348	14/09/2009	F	47	08/03/1962	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
349	14/09/2009	F	50	17/12/1958	D	TC	Empleada Banco	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
350	25/09/2009	M	42	29/07/1967	D	SC	Comerciante	T. delirante	F22.0
351	28/09/2009	M	16	11/12/1992	SO	SI	Estudiante	T. de la personalidad no especificado	F60.9
352	29/09/2009	F	75	11/03/1934	V	UC	Administración de Empresa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
353	01/10/2009	F	45	12/12/1963	D	TI	Modista	T. Limite de la personalidad	F60.31
354	06/10/2009	F	58	23/02/1951	C	SC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
355	08/10/2009	F	85	06/05/1923	C	TC	Jubilada	Demencia no especificada	F03
356	11/10/2009	F	52	14/11/1956	CO	SI	Empleada Hospital	Demencia vascular con ideas delirantes	F01.81
357	16/10/2009	F	17	01/04/1992	SO	SI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
358	17/10/2009	F	75	21/12/1933	V	PC	Jubilada	Demencia no especificada	F03
359	23/10/2009	F	59	21/12/1949	V	TC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
360	26/10/2009	F	19	02/03/1990	SO	PC	Trabajadora Rural	T. Limite de la personalidad	F60.31
361	26/10/2009	F	19	22/08/1990	SO	SI	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
362	03/11/2009	F	24	13/03/1985	SO	SI	Desocupada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
363	04/11/2009	F	47	07/12/1961	C	TC	Enfermera	T. psicótico no especificado	F29
364	09/11/2009	M	58	18/01/1951	SE	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
365	10/11/2009	F	31	05/05/1978	C	PC	Comerciante	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
366	11/11/2009	F	33	20/12/1955	C	PI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
367	12/11/2009	F	50	16/07/1959	SE	UC	Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
368	16/11/2009	F	41	02/01/1968	CO	SC	Desocupada	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
369	17/11/2009	F	48	24/11/1960	CO	SC	Empleada Banco	T. por estrés postraumático	F43.1
370	22/11/2009	F	18	06/06/1991	SO	SC	Desocupada	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
371	25/11/2009	F	67	18/09/1942	SE	PC	Jubilada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1

372	28/11/2009	F	58	28/08/1951	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
373	28/11/2009	M	34	21/04/1975	C	TC	Técnico Radiólogo	T. del estado de ánimo inducido por cocaína	F14.8
374	30/11/2009	M	19	20/01/1990	SO	SI	Desocupado	T. por Abuso de alcohol	F10.1
375	30/11/2009	M	26	19/04/1983	SO	EE	Desocupado	Retraso mental moderado	F71.9
376	04/12/2009	F	25	03/07/1984	SO	SC	Empleada Bingo	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
377	05/12/2009	F	56	30/08/1953	V	PC	Auxiliar de Enfermera	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
378	09/12/2009	F	20	05/05/1989	SO	EE	Desocupada	Retraso mental moderado	F71.9
379	09/12/2009	M	42	27/12/1966	CO	SI	Empleado Municipal	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
380	11/12/2009	F	31	28/06/1978	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
381	12/12/2009	F	44	29/10/1965	CO	TC	Docente	Delirium no especificado	F05.9
382	18/12/2009	F	64	10/07/1945	D	SC	Empleada de Comercio	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
383	03/01/2010	F	52	01/03/1957	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
384	06/01/2010	F	30	17/03/1979	C	SI	Empleada de Comercio	T. Limite de la personalidad	F60.31
385	09/01/2010	F	46	28/07/1963	SE	PC	Empleada Doméstica	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
386	09/01/2010	M	24	03/10/1985	SO	UI	Estudiante	T. por abuso de cocaína	F14.1
387	14/01/2010	F	61	05/08/1948	C	PC	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, sin sint. psicóticos	F31.4
388	14/01/2010	M	51	16/04/1958	C	SC	Empleado Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
389	21/01/2010	F	51	13/06/1958	D	TC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
390	26/01/2010	F	66	02/02/1943	C	PI	Jubilada	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
391	02/02/2010	F	37	30/05/1972	CO	TC	Fonoaudióloga	T. Limite de la personalidad	F60.31
392	03/02/2010	M	58	23/03/1951	SO	SC	Periodista	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
393	04/02/2010	F	38	14/08/1971	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
394	06/02/2010	F	50	13/06/1959	SE	UC	Odontóloga	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
395	09/02/2010	F	50	29/09/1959	C	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
396	09/02/2010	F	53	04/01/1957	C	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
397	10/02/2010	F	16	12/03/1993	SO	SI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
398	10/02/2010	F	40	02/01/1970	SO	PI	Empleada Doméstica	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
399	14/02/2010	F	48	23/11/1961	SE	SI	Empleada Hospital	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
400	15/02/2010	M	37	02/12/1972	CO	SC	Policia	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
401	21/02/2010	F	71	16/03/1938	V	PI	Jubilada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
402	25/02/2010	F	50	04/12/1959	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
403	26/02/2010	M	53	29/06/1956	SE	PC	Panadero	T. por Abuso de alcohol	F10.1
404	02/03/2010	F	16	04/10/1993	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
405	05/03/2010	M	21	28/02/1989	SO	TI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
406	06/03/2010	F	38	13/05/1971	CO	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
407	08/03/2010	F	19	02/04/1990	SO	SI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
408	10/03/2010	F	62	16/01/1948	C	SC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
409	12/03/2010	F	28	18/04/1981	C	PI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
410	14/03/2010	F	29	30/01/1981	CO	SC	Ama de Casa	T. Limite de la personalidad	F60.31
411	15/03/2010	M	31	18/09/1978	SO	TI	Desocupado	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
412	18/03/2010	F	53	11/04/1956	SE	TC	Docente	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
413	18/03/2010	M	84	02/09/1925	C	SC	Jubilado	Demencia no especificada	F03
414	19/03/2010	M	40	08/06/1969	C	SI	Empleado de Seguridad	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
415	25/03/2010	F	30	11/01/1980	CO	TC	Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
416	25/03/2010	F	51	23/04/1958	C	SC	Desocupada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
417	29/03/2010	M	29	04/08/1980	C	TC	Policia	T. por estrés postraumático	F43.1
418	06/04/2010	F	59	17/03/1951	D	PC	Desocupada	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
419	07/04/2010	F	61	28/09/1948	C	SC	Empleada Municipal	Delirium no especificado	F05.9
420	10/04/2010	F	38	18/05/1971	SE	SI	Ama de Casa	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
421	10/04/2010	M	32	06/07/1977	CO	SC	Empleado Bingo	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
422	13/04/2010	F	25	05/01/1985	SO	UC	Psicopedagoga	T. Limite de la personalidad	F60.31
423	17/04/2010	F	18	03/08/1991	SO	SC	Desocupada	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
424	17/04/2010	F	27	14/06/1982	SO	SC	Vendedora	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
425	19/04/2010	M	47	23/01/1963	C	SI	Empleado de Comercio	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
426	21/04/2010	M	49	10/10/1960	D	SI	Jubilado (Policia)	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
427	25/04/2010	F	41	15/03/1969	C	SI	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
428	26/04/2010	F	63	22/07/1946	V	SI	Jubilada	T. por Abuso de alcohol	F10.1
429	27/04/2010	F	50	30/11/1959	D	SC	Empleada Administrativa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
430	30/04/2010	M	27	15/06/1982	C	UI	Empleado Judicial	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.3
431	01/05/2010	F	73	27/05/1936	V	PC	Jubilada	Demencia vascular con estado de ánimo deprimido	F01.83
432	04/05/2010	F	22	05/10/1987	SO	SI	Desocupada	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
433	06/05/2010	F	41	22/03/1969	SO	EE	Desocupada	Retraso mental grave	F72.9
434	10/05/2010	M	56	27/03/1954	SE	SC	Policia	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
435	11/05/2010	F	51	03/02/1958	D	TC	Docente	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
436	18/05/2010	F	48	30/10/1961	C	TC	Empleada Judicial	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
437	22/05/2010	F	22	15/01/1988	SO	TI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
438	22/05/2010	F	26	02/07/1983	SO	UI	Estudiante	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
439	26/05/2010	F	50	20/03/1960	V	TC	Docente	Delirium no especificado	F05.9
440	28/05/2010	F	54	22/03/1956	C	SI	Empleada Domestica	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, con sint. psicóticos	F33.3
441	02/06/2010	M	64	11/11/1945	C	PI	Jubilado	T. delirante	F22.0
442	04/06/2010	F	29	24/04/1981	C	SC	Policia	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
443	08/06/2010	F	33	27/02/1977	CO	SI	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
444	09/06/2010	F	24	05/10/1985	SO	SC	Empleada Banco	Delirium no especificado	F05.9
445	11/06/2010	F	15	15/10/1994	SO	SI	Estudiante	T. Limite de la personalidad	F60.31
446	14/06/2010	F	53	22/05/1957	C	SI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
447	16/06/2010	M	59	10/07/1950	D	PC	Trabajador Rural	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1

448	25/06/2010	F	29	01/12/1980	C	TC	Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
449	28/06/2010	F	60	16/02/1950	SE	UC	Asistente Social	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
450	30/06/2010	F	59	08/07/1950	C	PC	Ama de Casa	Esquizofrenia tipo residual	F20.5
451	03/07/2010	F	21	08/01/1989	SC	TI	Estudiante	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
452	03/07/2010	F	26	13/07/1983	CO	SI	Empleada de Comercio	Esquizofrenia tipo paranoide	F20.0
453	08/07/2010	F	35	21/03/1975	C	SI	Desocupada	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
454	14/07/2010	F	43	13/10/1966	C	SC	Empleada Administrativa	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
455	16/07/2010	F	38	14/02/1972	SE	TC	Enfermera	T. Limite de la personalidad	F60.31
456	19/07/2010	F	56	30/08/1953	V	PC	Auxiliar de Enfermera	T. Bipolar I, epi. más reciente depresivo, grave, sin sint. psicóticos	F31.4
457	27/07/2010	F	32	15/03/1978	SE	TC	Policia	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
458	02/08/2010	F	38	07/07/1972	SE	SI	Auxiliar de Enfermera	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
459	04/08/2010	M	29	20/01/1981	SC	PC	Empleado Municipal	T. Limite de la personalidad	F60.31
460	06/08/2010	F	74	03/11/1935	C	PI	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
461	10/08/2010	F	16	05/03/1994	SC	SI	Estudiante	T. esquizoafectivo tipo depresivo	F25.1
462	11/08/2010	F	33	20/11/1976	C	SC	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
463	12/08/2010	F	34	08/04/1976	SC	SI	Ama de Casa	T. Bipolar I, epi. mas reciente depresivo, grave, sin sint. psicóticos	F31.4
464	15/08/2010	F	42	22/07/1968	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
465	15/08/2010	F	75	14/08/1935	V	PC	Jubilada	Demencia no especificada	F03
466	18/08/2010	F	56	09/02/1954	C	UC	Empleada Judicial	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
467	20/08/2010	F	18	01/11/1991	SC	SI	Desocupada	T. Limite de la personalidad	F60.31
468	21/08/2010	F	33	18/12/1976	C	SC	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
469	25/08/2010	M	20	10/11/1989	SC	SI	Peluquero	T. Limite de la personalidad	F60.31
470	01/09/2010	F	48	23/09/1961	C	SI	Empleada Municipal	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
471	07/09/2010	F	24	08/11/1985	CO	SI	Vendedora	T. Limite de la personalidad	F60.31
472	10/09/2010	M	35	04/05/1975	SC	EE	Desocupado	Retraso mental moderado	F71.9
473	17/09/2010	F	62	16/10/1947	SE	SI	Comerciante	T. Depresivo mayor, epi. único, grave, sin sint. psicóticos	F32.2
474	18/09/2010	F	20	07/01/1990	SC	SI	Empleada Taller Costura	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
475	21/09/2010	M	26	03/07/1983	SC	UI	Desocupado	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
476	22/09/2010	F	20	10/10/1989	SC	SI	Estudiante	Esquizofrenia tipo desorganizado	F20.1
477	29/09/2010	M	52	28/12/1957	V	SI	Empleado Construcción	T. por Abuso de alcohol	F10.1
478	02/10/2010	F	44	08/09/1966	C	TC	Ama de Casa	T. Limite de la personalidad	F60.31
479	07/10/2010	F	37	22/04/1973	C	SI	Empleada Hospital	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
480	08/10/2010	F	66	29/12/1963	V	TC	Jubilada (docente)	T. Bipolar I, epi. mas reciente maniaco, grave, sin sint. psicóticos	F31.1
481	14/10/2010	M	26	09/03/1984	CO	SC	Seguridad	T. por estrés postraumático	F43.1
482	15/10/2010	F	67	28/11/1942	V	PI	Jubilada	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1
483	16/10/2010	F	46	17/05/1964	C	PC	Ama de Casa	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
484	21/10/2010	F	16	01/12/1993	SC	SI	Estudiante	T. Depresivo mayor, recidivante, grave, sin sint. psicóticos	F33.2
485	23/10/2010	M	18	10/08/1992	SC	SI	Desocupado	T. Limite de la personalidad	F60.31
486	30/10/2010	F	44	18/02/1966	D	UC	Contadora	T. Depresivo mayor, epi. único, moderado	F32.1

Referencias:

Escolaridad: PC-primaria completa; PI- primaria incompleta; SC-secundaria completa; SI-secundaria incompleta; TC-terciaria completa; TI-terciaria incompleta; UC-universitaria completa; UI-universitaria incompleta; EE-escuela especial.

Estado civil: SO-soltero; SE-separado; C-casado; CO-concubino; D-divorciado; V-viudo