

11241  
2  
lej.

SINTOMAS DEPRESIVOS EN EL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

T E S I S

para obtener el grado de especialista en

PSIQUIATRIA

presentado por:

ASTRIX MONICA AVENDAÑO TAFUR

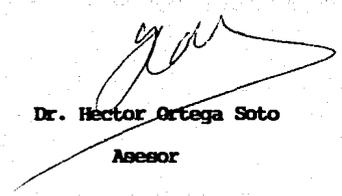
Dr. Alejandro Díaz Martínez

Tutor



Dr. Hector Ortega Soto

Asesor



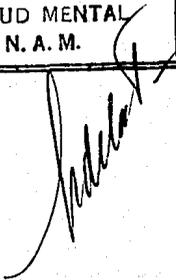
FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Universidad Nacional Autónoma de México

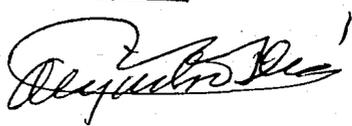
PSICOLOGIA  
MEDICA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.



México D.F. 1991

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	<b>Pag.</b>
Justificación	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema e Hipótesis	11
Objetivo de la Investigación, Materiales y Métodos	12
Resultados	15
Discusión	17
Conclusiones	20
Bibliografía	21
Figura 1	24
Anexo 1	25
Anexo 2	26
Tabla 1	27
Tabla 2	28

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mi esposo:** Por su apoyo incondicional.

**A mis padres:** Por heredarme su valentía y perseverancia.

**A mis maestros:** Por otorgarme sus enseñanzas.

Señor, escucha mi oración,  
¡permite que mi grito llegue a tí!  
No escondas de mí tu rostro  
cuando me encuentre angustiado;  
¡dígnate escucharme!,  
¡respóndeme pronto cuando te  
llame!

Pues mi vida se acaba como humo,  
mis huesos arden como brasas,  
mi corazón esta decaído  
como la hierba marchita;  
¡ni aún deseos tengo de comer!

Salmo 102,1-4

## JUSTIFICACION

En los países latinoamericanos los servicios de salud mental para estudiantes universitarios son de creación relativamente reciente. Aún cuando ya en 1910 funcionaba en la Universidad de Princeton un Programa de Salud Mental para estudiantes, no fue sino después de la Segunda Guerra Mundial cuando, particularmente en los Estados Unidos y en algunos países de Europa, comenzaron a cobrar auge estos servicios en los campos universitarios (28,29).

Una encuesta que llevó a cabo en 1969 el personal adscrito al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, mostró que entre el 10 y el 15% de los estudiantes universitarios requerían alguna clase de ayuda a causa de sus problemas psicológicos y psiquiátricos (28,30). Se puso en evidencia de que muchos de los estudiantes no contaban con la protección médica con la que sí contaban los maestros, los trabajadores y los empleados. Por tal motivo se extendieron los servicios del programa al resto de la comunidad universitaria (28).

Durante los años de 1970 a 1976, y en 1984, se aplicó una prueba psicológica de personalidad (MMPI) a los estudiantes de primer ingreso a la Carrera de Medicina. Este instrumento permitió identificar que del 7 al 14% tenían problemas que requerían ayuda médico-psicológica. En forma privada se les invitó a acudir a la clínica que les ofrecía sus servicios (28). Como era de esperarse, con mucha frecuencia el motivo expresado para buscar ayuda no coincidía con la causa real. Es notable la frecuencia con la que los estados depresivos, reactivos o endógenos, estaban encubiertos por síntomas somáticos, conflictos interpersonales o fracasos escolares (28).

Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se tratan en la

población estudiantil son los cuadros caracterizados por angustia o depresión (37.59%) (28). Esta prevalencia de los trastornos afectivos coincide con la encontrada en servicios similares de otros países, como la Gran Bretaña y los Estados Unidos, donde los trastornos afectivos, angustia y depresión, se presentan entre el 30 y 40% respectivamente de los estudiantes que acuden a los servicios de salud mental (28). Sin embargo, este es un dato general, más no específico; de ahí el crear este estudio en el que queremos precisar los síntomas más frecuentes en una entidad tan padecida como es la depresión. Los datos obtenidos nos permitirán ofrecerle a los estudiantes de cualquier universidad cuyo interés sea la formación integral de los mismos, un mejor servicio.

#### **ANTECEDENTES**

Los desordenes afectivos ocurren con bastante frecuencia en la población universitaria (1). La frecuencia y la prevalencia de la depresión son elevadas. Se trata del más común de los desordenes psiquiátricos de la consulta externa y en los servicios de medicina interna (2).

Aproximadamente 38% de más de 1000 estudiantes que han consultado en el Programa de Salud Mental del departamento universitario de la UNAM sufrían algún grado de depresión (2).

En el estudiante universitario lo más frecuente es el término " equivalentes depresivos ", se refiere a síntomas somáticos, particularmente disfunciones viscerales que encubren al desorden del humor; el término más general de " depresión enmascarada " abarca también a los síntomas neuróticos y a las adicciones y perturbaciones de las relaciones interpersonales, que hacen relieve sobre el trasfondo depresi-

vo (2).

La depresión, es sin duda el síndrome mórbido de la psiquiatría que en la última década más curiosidad ha despertado entre los especialistas. Además de que se sigue considerando una de las enfermedades con más alta prevalencia y morbilidad, no solo dentro de la clínica psiquiátrica, sino de la medicina en general (3).

La experiencia clínica y diversos estudios dan evidencia de que la depresión muy frecuentemente es un trastorno crónico (3).

Haciendo énfasis en la llamada " depresión enmascarada ", Klerman, identifica que en consenso clínico se asume acerca de esta forma de depresión lo siguiente:

La neurosis depresiva altera ligeramente el funcionamiento social. Se observa que en varios estudiantes las tasas de incapacidad social grave varían entre el 27 y el 56%, lo que quiere decir que una gran proporción de estos sujetos no están en posibilidades de llevar una vida adecuada en la esfera familiar, social y laboral (25,31). El sujeto es capaz de desempeñar sus funciones a pesar de la dolorosa sensación interna, de hacer impacto en la funcionalidad, tiene más que ver con la cronicidad que con la severidad (4,25).

No presenta síntomas psicóticos. Se conserva intacta la prueba de la realidad aún cuando el paciente tiene concepciones equivocadas de sí mismo y de su entorno (4).

No presenta sintomatología endógena y no solo esto, sino que posee una constelación sintomática propia: irritabilidad, auto-acusaciones, auto-conmiseración, fluctuaciones sintomáticas y somatizaciones.

Ocurre después de un evento traumático psicosocial. El factor desencadenante es de dimensiones abrumadoras, la depresión puede ocurrir en sujetos con buena capacidad de ajuste y adaptación. La depresión

es vista como una extensión de estados normales (4).

La depresión es una consecuencia a largo plazo de un patrón de personalidad crónicamente mal adaptada. Es el estado inevitable de un estilo de relación e intercambio con el mundo, el cual tiene asiento en la patología del carácter. La depresión es el resultado de conflictos inconscientes de acuerdo con la teoría psicoanalítica (4).

Nemiah, estima que en la población general que acude a consulta externa psiquiátrica, el diagnóstico de depresión se elabora en un 5 y 10%. Hornstra y Kalssen reportan de 4.7 a 10.5%; Weissman y Myer reportan 4.5%. Se observa un predominio de 2 o 3 a 1, mujeres a hombres respectivamente. Estudios en Norteamérica refieren mayor frecuencia en cuanto estado civil en casados (9).

Una característica esencial de la depresión es su cronicidad y el síntoma dominante es el humor depresivo, hay sentimientos de desesperanza y futilidad, disminución de la auto-estima, pueden además existir quejas contra el apetito, el sueño, energía y actividad sexual, hay incapacidad para disfrutar, indecisión y disminución del rendimiento intelectual. Los síntomas pueden mantenerse en un nivel crónicamente tolerable y su surgimiento o agravamiento coincide con la pérdida de un objeto amado o una pertenencia simbólicamente valiosa o después de eventos devastadores (3).

Cuando el paciente se describe inmerso en la melancolía desde un tiempo que no puede precisar, lo asocia al hecho de haber estado crónicamente expuesto al dolor que por no ser muy intenso se ha instalado insensiblemente en su vida hasta sentirlo parte de la misma. La edad de presentación es hasta el final de la adolescencia o los primeros años de la adultez cuando la persona tiene que asumir una posición comprometida con el mundo y encontrar gratificaciones fuera del

ámbito familiar, puede coincidir con el inicio de la etapa universitaria, terminación de estudios, o separación del hogar paterno (9).

Schneider describe al paciente depresivo en varios sentidos: con respecto a su actitud es pasivo y tranquilo, en su relación con el mundo son sombríos, pesimistas e incapaces de disfrutar, para consigo mismos son auto-críticos, acusatorios e implacables, ante los cambios escépticos y quejumbrosos, en su trabajo son responsables y disciplinados, frente a las dificultades son atormentados, preocupados, mortificados (9,10).

Si bien en un sentido científico estricto es bastante cuestionable el diagnóstico de depresión, en la clínica el número de pacientes que se agrupan bajo este diagnóstico es definitivo (11).

La depresión es una enfermedad en la que el instinto de conservación está alterado al grado de que el paciente que la sufre desea morir, en lugar de vivir, y el impulso suicida, que en ella se presenta, debe ser considerado siempre como una emergencia médica y psiquiátrica. En cuanto a la perspectiva de mortalidad, en los hombres y mujeres deprimidos, las tasas de mortalidad son 2 y 3 veces más altas respectivamente que en la población general. Se ha calculado que entre el 45 y el 75% de los sujetos que se han suicidado sufrían de depresión (3,4 31). En relación con las funciones biológicas fundamentales, sabemos que produce insomnio pertinaz, que el apetito está profundamente perturbado, originando baja de peso en ocasiones muy importante y que en casi todos los casos, libido y función sexual se encuentran disminuidos (8). Por lo que se refiere a sus relaciones interpersonales, es un hecho bien conocido de todos los psiquiatras, que la irritabilidad que ocasiona, interfiere en forma severa, con la vida familiar, social y laboral (10,19,21).

El incremento de la prevalencia es evidente, y aún el criterio conservador de la Organización Mundial de la Salud considera que de un 3 a 5% de la población general presenta el cuadro, lo que representa un impresionante número de 100 a 200 millones de enfermos deprimidos en el mundo; que relacionados con ellos existen otros tres tantos de seres afectados y lo que es peor, que el problema tiende a incrementarse en los años venideros (10). Alec Copen, de acuerdo con estudios efectuados en la Gran Bretaña y en países escandinavos, afirma que un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres de la población general, pueden padecer un cuadro depresivo en su vida. Otras investigaciones fijan en un 10% la cifra promedio probable, y Nathan Kline considera que, hoy en día, la depresión es el trastorno que más problemas ocasiona a la humanidad (10,27).

Por lo que a México respecta, en un estudio efectuado en la delegación de Tlálpam, en una muestra de 298 personas entrevistadas en la población general, se encontró una prevalencia de 14.1% de los casos, proporción más alta que la que se informa en otros países (10,11).

Las tasas de la prevalencia de la depresión varían de acuerdo con la población de que se trate. Por lo tanto para tener una apreciación general de su magnitud es indispensable que se consideren las tasas en instituciones psiquiátricas, hospitales generales, población estudiantil y población general (10,11,31). En el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, se encontró que el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre los diagnósticos, con un porcentaje del 40% (31). En la población juvenil, esta alta prevalencia se ha intentado explicar como " indispensable para que se cumpla con el proceso de maduración " (31).

También se sabe que la distribución de la depresión varía de acuerdo

con el tipo de depresión de que se trate. La curva de la depresión reactiva es bimodal con un pico en los 30 y otro en los 45 años de edad. La endógena es más frecuente en los adultos jóvenes, 20 a 25 años de edad (31).

Por lo que se refiere a la etiología de la depresión, debemos considerarla como multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros, según el cuadro (16,31). El estado constitucional y los factores ambientales deben ser, en todos los casos, mutuamente complementarios, el predominio de los primeros o de los segundos influirá en el tipo de depresión que desarrolle el enfermo (16,31). No existiendo ningún tipo de factores etiológicos específicos en cualquiera de las depresiones, podemos tratar de agruparlos en genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales (16,31).

Hay que ver la importancia del diagnóstico oportuno; sabemos que el cuadro clínico puede manifestarse por síntomas psicológicos y somáticos, "depresión enmascarada" (4,8). Los síntomas psicológicos están siempre presentes en el cuadro, pero para el paciente no son siempre el motivo de la consulta, por lo que no los menciona si no son expresamente preguntados, siendo lamentable la frecuencia con la que el médico, al no encontrar una causa orgánica que justifique las molestias del enfermo, cometa el error de decirle "no tiene nada" (9).

También es de relevancia mencionar la personalidad depresiva; tal concepto data desde los tiempos de Kraepelin (18). Si este desorden existe, tendrá la característica que define otros desordenes de personalidad. Este incluye un inicio temprano, asociado a disfunción de stress, rasgos que son medianamente estables a través de situaciones de largos períodos de tiempo, despreocupación del estado sintomático. Al conceptualizar la enfermedad depresiva como desorden, toca otro tópico:

la nosología de la afectividad y desorden de personalidad (18).

Kernberg (22), ha descrito recientemente la existencia de un desorden de personalidad depresivo-masoquista, la cual él considera uno de los tres más comunes desordenes de personalidad, de severa a moderada, (los otros son, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y la histérica). El clasifica este desorden en tres rubros:

- 1.-Estos pacientes tienden a ser excesivamente serios, responsables, conscientes, constantes en el progreso laboral, así como también, sombríos, de humor bajo, críticos de ellos mismos y de otros; tienen un superyo severo. Cuando fallan, ellos pueden deprimirse fácilmente.
- 2.-Ellos son superdependientes del apoyo, amor y aceptación de los demás. Esto puede producir un círculo vicioso de excesiva demanda, sentimientos de rechazo, de culpa, lo cual puede terminar en depresión.
- 3.-Estos pacientes tienen dificultad de expresar agresión por temor al rechazo de los otros (22).

Otras revisiones añaden que el desorden de personalidad depresiva puede corresponder a un inicio temprano de un subtipo de distimia (20,27).

Con respecto a este tipo de personalidad se ha descrito el aspecto de la " personalidad premórbida ", la cual se refiere a la personalidad común, la " normal " que ha tenido el paciente; la que existe desde antes y puede predisponer al desarrollo subsecuente de un episodio depresivo (23,24,26).

Los trastornos del afecto pueden acompañar a otro tipo de trastornos psiquiátricos, a un trastorno orgánico específico, o presentarse como entidades únicas con una evolución y una sintomatología específica. Desde hace miles de años el hombre ha dado a este tipo de trastorno una importancia especial ya que la sintomatología experimentada en

ellas causa un desagrado importante en las personas que las padecen (14). Dentro de los trastornos del afecto, los cuadros depresivos han llamado la atención de la comunidad psiquiátrica, ya que un gran porcentaje de la población mundial ha sufrido por lo menos un cuadro depresivo en el transcurso de su vida (5), ya sea por causas bien establecidas y precisas o, sin causa aparente. Aunado a esto, los cuadros depresivos varían en grado de severidad y duración, pudiéndose llegar a presentar este tipo de trastornos con un mínimo grado de intensidad, sin sintomatología específica y con una interferencia sobre los procesos adaptativos y funcionales mínimos para el individuo (4), o por el contrario con una gran severidad, con presencia de sintomatología específica y con gran interferencia en los procesos adaptativos y funcionales del sujeto con su medio externo (4,19,21,27).

Dentro de los trastornos depresivos, en los últimos 50 años se le ha dado una especial importancia a los cuadros actualmente catalogados como "depresión en mascarada" (4).

Una aportación importante dentro del campo de la clinimetría psiquiátrica es la hecha por M. Hamilton (13), con la elaboración de una escala de medición para cuantificar la severidad y presencia del trastorno depresivo. Las escalas de medición se utilizan para seleccionar una muestra de pacientes, confirmar un diagnóstico o monitorizar el curso de la enfermedad depresiva (15); la Escala Hamilton para Depresión es uno de los instrumentos de medición que ha demostrado tener mayores índices de confiabilidad interobservador ( $r=0.84$ ) en la evaluación del grado de severidad de los síntomas depresivos (6). Esta Escala ha sido estandarizada por diferentes autores y es el instrumento de medición más utilizado en Investigación Clínica Psiquiátrica hasta la actualidad (4,6,7,12,15). A raíz de la Escala Hamilton para Depresión se

han creado una gran cantidad de escalas para medición para diferentes entidades psiquiátricas. En los últimos años se han tratado de desarrollar métodos de medición más precisos y confiables creandose nuevas escalas para trastornos afectivos sin embargo, hasta ahora la Escala Hamilton para Depresión original, sigue siendo el instrumento de medición más utilizado en la investigación clínica de los trastornos depresivos (4,7,17).

Entre los clínicos existen diferentes grados de desacuerdo para efectuar los diagnósticos psiquiátricos (6). Bech (1981), enlista los posibles factores como fuentes de desacuerdo: 1) La variación en la información que ocurre cuando los observadores juntan información de diferentes fuentes. 2) La variación en la información que ocurre cuando los clínicos ven la misma información o los mismos datos, pero los observan diferentes. 3) La variación que ocurre en la terminología cuando los clínicos observan el mismo fenómeno, pero llegan a diferentes conclusiones de diagnóstico porque usan diferente terminología. 4) La ignorancia del fenómeno clínico.

Una de las mejores razones para la introducción de las escalas de medición es el mejoramiento de la comunicación y el poder comparar los diferentes estudios (6).

El Inventario de Depresión Beck (IDB), es de gran utilidad por su confiabilidad. El interés por la confiabilidad, obedece a las necesidades de tener certeza en la medición. Las mediciones psicológicas o psiquiátricas, si son confiables, podemos depender de ellas; pero, en caso contrario, no podemos basarnos en ellas (1,6).

Estudios de prevalencia realizados utilizando el Inventario de Depresión Beck, han encontrado los siguientes datos:

Schwab y col. en 1967 encontró 22% de pacientes deprimidos hospitali-

zados, utilizando el IBD y la Escala Hamilton para Depresión (EHD), en 153 pacientes, con un grupo de corte de 14. Salkind en 1969, estudiando a 80 pacientes consecutivos, encontró un 25% de pacientes deprimidos, con un punto de corte de 17. Moffic y Paykell en 1975, encontraron un 24% de pacientes con depresión, con un punto de corte de 14. Nielson y col. en 1980 encontró, en pacientes ambulatorios un 12.2% con depresión leve y un 5.5% con depresión moderada. Seller y col. en 1981, encontró un 14% de 222 pacientes ambulatorios definitivamente deprimidos, con un punto de corte de 21, y un 20% probablemente deprimidos, con un resultado de 11 a 20.

A pesar de la alta incidencia encontrada en estudios anteriores un estudio de Rwnsky en 1968, reveló que los médicos primarios, solamente diagnostican el 0.6% de los casos (1,6,27).

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Cuales son los síntomas depresivos y su frecuencia en los estudiantes universitarios que asisten por primera vez a la consulta del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM ?

### **HIPOTESIS**

**Alterna:** Los síntomas depresivos son motivo frecuente de consulta entre los estudiantes universitarios que acuden por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

**Nula:** Los síntomas depresivos no son motivo frecuente de consulta entre los estudiantes universitarios que acuden por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

## **OBJETIVO DE LA INVESTIGACION**

Conocer los síntomas depresivos y su frecuencia entre los estudiantes universitarios que acuden por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud mental de la UNAM.

## **MATERIALES Y METODOS**

**Unidad de investigación:** En la UNAM el primer programa formal de Salud Mental diseñado para estudiantes fue establecido en la Facultad de Medicina en 1955. El programa de Salud Mental es una extensión del servicio a la comunidad universitaria del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina. Cuando un estudiante acude a la clínica en solicitud de atención, lo recibe el personal de recepción. El paso inmediato es enviarlo a uno de los psiquiatras, quien en consulta preliminar decide, de acuerdo con los criterios establecidos, si se incluye al solicitante en el programa. En el caso de que el estudiante haya sido aceptado, se le practica un examen médico psicológico que incluye un examen neurológico y un estudio social. Si se requiere se le practican pruebas psicológicas y, en los casos que esté indicado, un estudio electroencefalográfico (Figura 1).

En líneas anteriores, expuse brevemente, el área en donde se realizará el presente estudio. En cuanto al procedimiento, se utilizarán la Escala de Hamilton para Depresión (EHD) y el Inventario Beck para Depresión (IBD). La EHD contiene 21 incisos. Cada inciso consiste en una serie de enunciados en diferentes grados en los cuales se basa el examinador para aplicar la escala al examinado, de acuerdo con su condición actual. Los valores numéricos de 0 a 4 son asignados en cada

enunciado, que indica la severidad de la depresión. El resultado total se obtiene por la suma de los 21 incisos. El rango del resultado de la EHD es consecuente de 84. El IBD contiene 21 incisos. Cada inciso consiste en una serie de enunciados en diferentes grados y al paciente se le pide que seleccione un solo enunciado, de acuerdo a su condición actual. Los valores numéricos de 0 a 3 son asignados en cada enunciado, que indica la severidad de la depresión. El rango de resultado por la suma de los 21 incisos es de 0 a 63.

Se considerará síntoma AUSENTE, al enunciado que tiene como puntuación 0 y 1, como corresponde al primer y segundo enunciado de cada inciso en ambas escalas; así como se considerará síntoma PRESENTE, al enunciado que tiene como puntuación 2, 3 y 4, como corresponde al tercero y cuarto enunciado de cada inciso del IBD, y al tercero, cuarto y quinto enunciado de cada inciso de la EHD. La EHD se aplicará por un mismo médico residente de psiquiatría, a los estudiantes en un lapso de 30 a 40 minutos de duración. Posteriormente el médico residente de psiquiatría entregará al estudiante que consulta por primera vez, el IBD previa explicación del mismo; éste será concluido en un lapso de 15 a 20 minutos de duración. A cada estudiante se le tomarán datos personales como sexo, edad, estado civil, si trabaja o no, facultad a la que pertenece y promedio académico.

Los resultados obtenidos de la EHD y del IBD de cada estudiante, se transcribirán a una tabla de vaciamiento debidamente elaborada, que incluirá tanto los 21 incisos de cada instrumento de medición utilizada así como los datos personales mencionados en líneas previas. Este trabajo se realizará con 136 estudiantes universitarios, cantidad que representa el 20% de la consulta de primera vez en el año comprendido de 1989-1990, al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

a. Pacientes de sexo masculino y femenino que se encuentren en un rango de edades entre 15 y 40 años.

b. Pacientes pertenecientes a cualquier facultad de la UNAM.

c. Pacientes con capacidad para comprender el estudio.

d. Pacientes con cualquier estado civil.

e. Pacientes que no estén ciegos.

f. Pacientes con cualquier motivo de consulta.

### **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

a. Pacientes que no accedan participar en el estudio.

b. Personal universitario que acude al servicio por primera vez pero que no es estudiante.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

a. Pacientes que abandonen el estudio.

### **CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

Este estudio se realizó a partir del día 1° de Junio hasta el 1° de Septiembre de 1990.

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El estudio es prospectivo y descriptivo.

## RESULTADOS

Se evaluaron 136 estudiantes universitarios asistentes por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, de los cuales un 62.5% correspondió al sexo femenino, y el 37.5% restante, al sexo masculino.

La edad promedio de los estudiantes fue de 22.4 años con un rango de 17 a 35 años.

Con respecto al estado civil, se encontró el 92.6% de solteros y el 7.4% restante, casados.

También se encontró que el 70.6% estaban sin ocupación al momento de la entrevista, y el 29.4% restante, desempeñaban diferentes ocupaciones.

Por otro lado, el mayor número de estudiantes que asisten por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, está representado por la Facultad de Medicina, obteniendo el 26.47%; seguida por la Facultad de Ingeniería con el 13.97% y en tercer lugar la Facultad de Derecho, con el 9.55%. El resto de las Facultades aparecen con sus respectivos porcentajes en la tabla # 1.

Respondiendo el cuestionamiento de nuestro estudio, en la Tabla # 2 se especifica la frecuencia de los síntomas depresivos encontrados en el Inventario de Beck para Depresión (IBD) y en la Escala de Hamilton para Depresión (EHD). Como podemos observar en la columna del IBD, el síntoma depresivo más frecuente representado por el inciso N° 13, fue escogido por 88 estudiantes, lo que indica un 64.71%. Así mismo, en la columna de la EHD observamos que el síntoma depresivo más frecuente representado por

el inciso N° 1, fue escogido por 100 estudiantes, lo que indica un 73.53% . Vemos también, que el síntoma depresivo representado por el inciso N° 9 en la columna del IBD muestra una frecuencia del 0% . En la columna de la EHD, el síntoma depresivo representado por el inciso N° 14 fue el menos escogido por los estudiantes, con una frecuencia de 6.62% .

Con base en los resultados obtenidos, confirmamos que los síntomas depresivos son motivo frecuente de consulta en los estudiantes que asisten por primera vez al programa universitario de Salud Mental.

(Tabla 2).

## DISCUSION

Como pudimos ver en los resultados del presente estudio, en el IBD el síntoma depresivo de mayor frecuencia (inciso N° 13), evidentemente implica INDECISION; tal síntoma constituye una de las características presentes de la depresión (3,4,25).

Por otro lado, en la EHD el síntoma depresivo más frecuente es ANIMO DEPRIMIDO (inciso N° 1); tal dato concuerda con la literatura al considerar como síntoma dominante al humor depresivo (3).

Prosiguiendo con el 2° síntoma depresivo en orden de frecuencia de la EHD observamos que es, " TRABAJO Y ACTIVIDADES " (inciso N° 7). En el IBD, vemos que tal síntoma depresivo muestra una frecuencia que ocupa el 4° lugar (inciso N° 15); tales frecuencias son 69.85% y 33.09% para EHD e IBD, respectivamente.

Estudios anteriores indican tasas de disminución en el funcionamiento social y laboral, con variaciones que oscilan entre el 27 y 56% ,hallando en este estudio un valor que esta por encima del valor estimado en la bibliografía mencionada (25,31).

En cuanto a los síntomas depresivos de 2° y 3° lugar de frecuencia (incisos N° 7 y N° 14, respectivamente) del IBD, encontramos relación positiva con hallazgos en la literatura, en cuanto que la misma señala que el paciente deprimido es auto-crítico, acusatorio e implacable consigo mismo (9,10,18).

En la literatura encontramos que en el estudiante universitario, lo más frecuente son síntomas somáticos, particularmente disfunciones viscerales (2,4,8). En este estudio observamos en la EHD, que los síntomas depresivos " ANSIEDAD SOMATICA " (inciso N°11) y " SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL " (inciso N° 13), tuvieron una frecuencia en su presentación de 54.41% y 52.94%, es decir 3° y

y 4° lugar en orden de frecuencia, respectivamente; anotando entonces que están entre los síntomas de mayor frecuencia, considerando su orden de presentación. Esto contrasta con el hallazgo en el IBD, ya que tal síntoma depresivo mencionado en últimas líneas, tuvo una frecuencia de 33.09% inciso N° 15), lo que representa un 15° lugar en orden de frecuencia.

En cuanto a la mortalidad, los datos bibliográficos señalan que las tasas son 2 y 3 veces más altas en hombres y mujeres, respectivamente; y que el 45 a 75% de los sujetos que se han suicidado sufren de depresión (3,4,9,31). El estudio presente, el síntoma SUICIDIO (inciso N° 9) del IBD, muestra una frecuencia del 0%, mientras que el síntoma " SUICIDIO " (inciso N° 3) de la EHD, muestra una frecuencia de 33.82% . Tal discrepancia podría deberse entre otras, a que el IBD es auto-aplicable y la EHD es aplicada por el investigador, quedando apoyado esto en la literatura, y es que no siempre el paciente nos menciona algún síntoma si no es expresamente preguntado (9).

En un estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, entre los años de 1973 y 1974, sobre una muestra de 1000 expedientes tomados al azar, se escogieron 112 casos, de los cuales el 3% resultó con diagnóstico de Psicosis manifiesta (31).

En la EHD encontramos frecuencia de síntomas psicóticos (incisos N° 2,15,19 y 20) con frecuencias de 44.12% ,16.91% ,16.18% , y 42.32%, respectivamente. Como vemos, " SINTOMAS PARANOIDES " obtuvo la mayor frecuencia en su presentación dentro de los síntomas psicóticos. En el IBD, la presencia de síntomas psicóticos incisos N° 6y 20) tuvieron una frecuencia de 20.59% y 10.29%, respectivamente; siendo en este instrumento el síntoma de mayor frecuencia,

## IDEA DE CULPA DELIRANTE.

En otro aspecto, la edad promedio de presentación de la depresión es hasta el final de la adolescencia o los primeros años de la adultez (9), lo que concuerda con nuestro hallazgo de 22.4 años como la edad de los sujetos de este estudio.

Concluyo haciendo alusión a que los síntomas depresivos pueden coincidir con el inicio de la etapa universitaria o terminación de estudios (9), ambas condiciones encontradas en los estudiantes participantes en esta investigación, ya que hubo de primer ingreso a la Universidad de término de la misma.

## CONCLUSIONES

1. Los síntomas depresivos más frecuentes en el estudiante universitario que acude a consulta por primera vez en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, encontrados en el IBD según el orden de presentación: INDECISION y AUTOESTIMA DISMINUIDA, seguidos de PERDIDA DE INTERES EN TRABAJO Y ACTIVIDADES.
2. Los síntomas depresivos más frecuentes en el estudiante universitario que acude a la consulta por primera vez en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, encontrados en la EHD según el orden de presentación: ANIMO DEPRIMIDO, PERDIDA DE INTERES EN ACTIVIDADES Y TRABAJO, seguidos de ANSIEDAD SOMATICA y SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL.
3. Los síntomas depresivos son motivo frecuente de consulta en los estudiantes que asisten por primera vez al programa universitarios de Salud Mental de la UNAM.

## B I B L I O G R A F I A

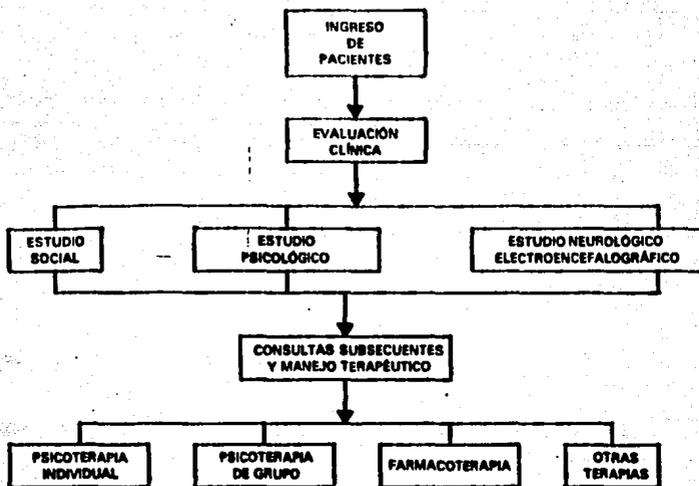
1. Blaine B. Charles, Jr., McArthur C.: Problemas emocionales del estudiante universitario. Libro primera edición en español. Editorial Pax-México, México, D.F. 1986; 138-47.
2. De La Fuente Ramón, Campillo S. Carlos: Papel de la depresión en la patología humana. *Psiquiatría 2º época*. 1978; 1 (2): 3-9.
3. Lozada Teresa: Depresión neurótica. *Psiquiatría 2º época*. 1978; 1 (3): 56-60.
4. Cichetti D.V., Prusoff B.H.: Reliability of Depression and associated clinical symptoms. *Arch. Gen Psychiatry*. 1983; 40: 987-90.
5. Wildocher D.: Rating Scales for the clinical evaluation of depression. *Clin. Neuropharmac.* 1984; 7: 928-29.
6. Bech P.: Rating Scales for Affective Disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiatry Scan.* 1981; 295: 11-101.
7. Overall J.E., Rhoades H.M.: Use of Hamilton Rating Scale classification of depressive disorders. *Comprehensive Psych.* 1982; 23: 370-76.
8. Hirschfeld R., Cross C.: Epidemiology of affective disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982; 39: 35-46.
9. Padilla Paula, Pelaez Odette: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*. 1985; 8: 66-72.
10. Díaz G. Rogelio: Tristeza y Psicopatología en México. *Salud Mental*. 1984; 7 (2): 3-9.
11. Jablensky A., Sartorius N., Gulbinat W.: Características de los pacientes depresivos que solicitan servicios psiquiátricos en cuatro culturas. *Acta Psych. Scan.* 1981; 63: 367-88.
12. Hamilton M.: A Rating Scale for Depression. *Jou. Neurol. Neurosurg. Psych.* 1960; 23: 56-62.

13. Hamilton M.: Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illnes. Brit. J. of Soc. Clin. Psychol. 1967; 6: 278-96.
14. fairchild C.,Rush J.,Vasavada N.: Which Depression respond to placebo ?. Psychiatry Research. 1986; 18: 217-26.
15. Ancill R.J.,Rogers D.: Comparison of Computarised Self-rating scales for Depression with Conventional Observers Rating. Acta Psychiatry Scan. 1985; 7: 315-17.
16. Campillo S. Carlos: Factores etiológicos del síndrome de depresión. Psiquiatría 2º época. 1978; 2: 29-33.
17. Cohen J.,Nee J.: Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen. Psych. 1988; 38: 98-103.
18. Phillips Katharine A.,Gunderson John G.: A Review of the Depressive Personality. Am. J. Psychiatry. 1990; 147: 830-37.
19. Klein N. Daniel,Ph.D.: Symptom Criteria and Family History in Major Depression. Am. J. Psychiatry. 1990; 147: 850-54.
20. Keller M.B.: Current Concepts in affective disorders. J. Clin. Psychiatry. 1989; 50: 157-62.
21. Shain N. Benjamin,Naylor Michael,Alessi Norman: Am. J. Psychiatry. 1990; 147: 793-95.
22. Kernberg O.: Clinical Dimensions of masochism,in Masochism: Current and Psychotherapeutic Contributions. Edited by Glick RA,Meyers DI Hillsdale,NJ,Analytic Press. 1987.
23. Hirschfeld RMA, Klerman G.L., Lavori P., et al.: Premorbid personality assesment of first onset of major depression. Arch. Gen. Psychiatry. 1989; 46: 345-50.
24. Akiskal H.S. Hirschfeld RMA, Yerevanian B.I.: The relation ship of personality to affective disorders: a critical review. Arch Gen. Psychiatry. 1983; 40: 801-10

25. Slotkin J., Forehand R., et al: Parent competed and adolescent completed CDIs: Relationship to adolescent social and cognitive funtioning. *Abnorm. Child. Psychol.* 1989; 16: 207-17.
26. Stone M.H.: Current issues in personality disorders. *Highland highlights.* 1989; 12: 3-13.
27. Klein D.N., Taylor E.B., Dickstein S., et al. : Primary early onset dystimya: comparision with primary non bipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short term outcome. *J. Abnorm. Psychol* 1988; 97: 387-98.
28. De la Fuente Ramón, Díaz Martinez Alejandro, Fouilloux Claudia.: El programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM. *Salud Mental.* 1987; 10: 3-8.
29. Farnsworth D.: College Mental Health Services. En: Kaplan H.I., Freedman A., Sadock B. (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry III* (3rd. edition) Williams & Wilkins, Blatimore, Londres. 1980 2:716-60.
30. Campillo S. Carlos, Díaz Ma.: El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Una imagen panorámica. *Psiquiatría.* 1976 6 (1): 42-50.
31. Campillo S. Carlos, Díaz Ma.: Epidemiología de la Depresión. *Salud Mental.* 1979; (2) 4: 40-44

Figura 1

**DIAGRAMA DE FLUJO  
DEL  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD  
MENTAL, UNAM**



## ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

NOMBRE \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Selección de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. ANIMO DEPRIMIDO: (Triste, desesperado, desamparado, autodevaluado).  
 0 = Ausente.  
 1 = Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio.  
 2 = Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.  
 3 = Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, tendencia al llanto, etc.  
 4 = Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal. ( )
2. SENTIMIENTOS DE CULPA:  
 0 = Ausente.  
 1 = Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien.  
 2 = Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.  
 3 = Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.  
 4 = Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras. ( )
3. SUICIDIO:  
 0 = Ausente.  
 1 = Siente que no vale la pena vivir.  
 2 = Desea morir o tiene pensamientos en relación a propia muerte.  
 3 = Ideas o gestos suicidas.  
 4 = Intentos de suicidio. ( )
4. INSOMNIO INICIAL:  
 0 = Sin dificultad para conciliar el sueño.  
 1 = Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (más de media hora).  
 2 = Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches. ( )
5. INSOMNIO INTERMEDIO:  
 0 = Sin dificultad.  
 1 = Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.  
 2 = Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño). ( )
6. INSOMNIO TERMINAL:  
 0 = Sin dificultad.  
 1 = Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse.  
 2 = Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama. ( )
7. TRABAJO Y ACTIVIDADES:  
 0 = Sin dificultad.  
 1 = Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionándose con sus actividades, su trabajo o pasa tiempos.  
 2 = Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (ante que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).  
 3 = Disminución del tiempo que dedica a sus actividades, o disminución de su productividad. En el hospital se califica con el 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay, hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).  
 4 = Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con el 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina, si las hay. ( )
8. RETARDO: (lentitud de pensamiento y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora).  
 0 = Ausente.  
 1 = Ligero retardo durante la entrevista.  
 2 = Ouso retardo durante la entrevista.  
 3 = Entrevista difícil debido al retardo.  
 4 = Estupor completo. ( )
9. AGITACION:  
 0 = Ninguna.  
 1 = Jugueteo de objetos (papeles, cables, etc.) con las manos.  
 2 = Converse las uñas, jalarse el cabello, mordorse los labios, etc. ( )

Anexo 2

**10. ANSIEDAD PSÍQUICA:**

- 0 = Ausente.
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 = Preocupación por cosas triviales.
- 3 = Actitud aprehensiva aparente por su expresión o al hablar.
- 4 = Expresa miedo o temor espontáneamente

**11. ANSIEDAD SOMÁTICA:** (Equivalentes fisiológicas de la ansiedad). Gastrointestinales (boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos). Cardiovascular (palpitaciones, jaquecas). Respiratorio (hiperventilación, suspiros). Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve.
- 2 = Moderada.
- 3 = Severa.
- 4 = Incapacitante.

**12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES:**

- 0 = Ninguno.
- 1 = Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantes en el abdomen.
- 2 = Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

**13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN GENERAL:**

- 0 = Ninguno.
- 1 = Sensación de pesantes, en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga.
- 2 = Todo síntoma físico específico se califica con 2.

**14. SÍNTOMAS GENITALES:** (Pérdida de la libido, trastornos menstruales).

- 0 = Ausentes.
- 1 = Moderados.
- 2 = Severos.

**16. HIPOCONDRIASIS:**

- 0 = Ausente.
- 1 = Absorto en su propio cuerpo.
- 2 = Preocupación por su salud.
- 3 = Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
- 4 = Delirios hipocondríacos.

**16. PERDIDA DE PESO:** (Complétese ya sea A o B).

- A: Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento).
- B: Cuando se evalúa semanalmente.

( A )

- 0 = Sin pérdida de peso.
- 1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
- 2 = Pérdida de peso definitiva según el paciente.

( B )

- 0 = Pérdida menor de 0.5 Kg. de peso en la semana.
- 1 = Más de 0.5 Kg.
- 2 = Más de 1 Kg.

**17. INTROSPECCION:**

- 0 = Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
- 1 = Reconoce su enfermedad pero le atribuye a otras causas como mala alimentación, el clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
- 2 = Niega estar enfermo.

**18. VARIACIONES DIURNAS:** (Complétese a.M. o p.M. dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde).

A. M.	P. M.
0 = Ausente	0 = Ausente
1 = Moderada	1 = Moderada
2 = Severa	2 = Severa

**19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION:** (Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas).

- 0 = Ausentes/era
- 1 = Leves.
- 2 = Moderados.
- 3 = Severos.
- 4 = Incapacitantes

**20. SÍNTOMAS PARANOIDES:**

- 0 = Ninguno.
- 1 = Sospechoso.
- 2 = Suspicaz.
- 3 = Ideas de referencia.
- 4 = Delirios de referencia y /o persecución.

**21. SÍNTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS:**

- 0 = Ausentes.
- 1 = Moderados.
- 2 = Severos.

TOTAL \_\_\_\_\_

## Inventario Beck para Depresión

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y elige la oración, de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las asoveeraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1)  No me siento triste.  
 No siento triste.  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.  
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
  
- 2)  No me siento desanimado acerca del futuro.  
 Me siento desanimado acerca del futuro.  
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.  
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
  
- 3)  No me siento como un fracasado.  
 Siento que he fracasado más que otras personas.  
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
  
- 4)  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
 No disfruto las cosas como antes.  
 Ya no obtengo satisfacción de nada.  
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
  
- 5)  No me siento culpable.  
 En algunos momentos me siento culpable.  
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
 Me siento culpable todo el tiempo.
  
- 6)  No siento que seré castigado.  
 Siento que puedo ser castigado.  
 Creo que seré castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
  
- 7)  No me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento a disgusto conmigo mismo.  
 Me odio a mí mismo.
  
- 8)  No siento que sea peor que otros.  
 Me crítico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.  
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
- 9)  No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.  
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
 Quisiera suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
  
- 10)  No lloro más que de costumbre.  
 Lloro más que antes.  
 Lloro todo el tiempo.  
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
  
- 11)  Ahora no estoy más irritable que antes.  
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado todo el tiempo.  
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
  
- 12)  No he perdido el interés en la gente.  
 No me interesa la gente como antes.  
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.  
 He perdido todo el interés en la gente.

- 13)  Tomo decisiones tan bien como siempre.  
 Tomo decisiones con más frecuencia que antes.  
 Se me dificulta tomar decisiones.  
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14)  No siento que me vea más feo que antes.  
 Me preocupa que me vea viejo y feo.  
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.  
 Creo que me veo horrible.
- 15)  Puedo trabajar tan bien como antes.  
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.  
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.  
 No puedo trabajar para nada.
- 16)  Duermo tan bien como antes.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir.  
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormir.
- 17)  No me canso más de lo habitual.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18)  Mi apetito es igual que siempre.  
 Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 Casi no tengo apetito.  
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19)  No he perdido peso o casi nada.  
 He perdido más de 2.5 kilos.  
 He perdido más de 5 kilos.  
 He perdido más de 7.5 kilos.  
 (Estoy a dieta ~~SI~~ NO).
- 20)  Mi salud no me preocupa más que antes.  
 No preocupan molestias como dolor de cabeza, malostiar estomacal, o estreñimiento.  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21)  Mi interés por el sexo es igual que antes.  
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.  
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Tabla # 1**

**FACULTADES DE PROCEDENCIA DE LOS ALUMNOS QUE ASISTEN  
AL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

<b>FACULTADES</b>	<b>n</b>	<b>FRECUENCIA</b>
Medicina	36	26.47%
Ingeniería	19	13.97%
Derecho	13	9.56%
Filosofía y Letras	12	8.82%
Psicología	11	8.08%
Ciencias Sociales	9	6.62%
Contaduría	7	5.15%
Trabajo Social	6	4.41%
Arquitectura	5	3.68%
Química	5	3.68%
Veterinaria	3	2.21%
Economía	3	2.21%
Odontología	3	2.21%
Ciencias Políticas	2	1.47%
Matemáticas	2	1.47%
	<u>136</u>	<u>100%</u>

**Tabla # 2**

**FRECUENCIA DE SINTOMAS ENCONTRADOS EN IED Y EHD**

<b>N° Inciso</b>	<b>*IED (%)</b>	<b>n</b>	<b>*EHD (%)</b>	<b>n</b>
1	27.21%	37	73.53%	100
2	24.26%	33	44.12%	60
3	21.32%	29	33.82%	46
4	30.88%	42	13.24%	18
5	13.24%	18	36.76%	50
6	20.59%	28	13.97%	19
7	40.44%	55	69.85%	95
8	7.35%	10	21.32%	29
9	0%	0	33.09%	45
10	22.79%	31	50%	68
11	27.21%	37	54.41%	74
12	26.47%	36	24.26%	33
13	64.71%	88	52.94%	72
14	33.82%	46	6.62%	9
15	33.09%	45	16.91%	23
16	19.85%	27	9.56%	13
17	18.38%	25	13.97%	19
18	21.32	29	36.76%	50
19	10.29%	14	16.18%	22
20	10.29%	14	46.32%	63
21	17.65%	24	20.59%	28

n total= 136

\* AUSENTE = 0 y 1  
 PRESENTE = 2,3 y 4