

11241
8
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

EVENTOS ESTRESANTES RELACIONADOS CON DEPRESION EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

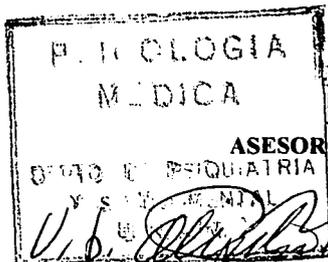
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

DRA. ROSAURA HERNANDEZ GARCIA.

ASESOR TEORICO: DRA. SILVIA ORTIZ LEÓN

ASESOR METODOLOGICO: DR. HECTOR ORTEGA SOTO



1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA.

**EVENTOS ESTRESANTES RELACIONADOS CON
DEPRESION EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.**

AUTOR: DRA. ROSAURA HERNANDEZ GARCIA.

ASESOR TEORICO: DRA. SILVIA ORTIZ LEON.

ASESOR METODOLOGICO: DR. HECTOR ORTEGA SOTO.

INDICE

I.- INTRODUCCION	02
II.- ANTECEDENTES	04
II.1.- Eventos Estesantes	05
II.2.- Depresión	11
II.3.- Estudiantes Universitarios, Eventos Estresantes y Depresión	15
III.- JUSTIFICACION	16
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
V.- OBJETIVO	18
V.1.- Objetivo General	18
V.2.- Objetivo Específico	18
VI.- MATERIAL Y METODO	18
VI.1.- Diseño	18
VI.2.- Universo y Población de Estudio	19
VI.3.- Criterios de Inclusión	19
VI.4.- Criterios de Exclusión	19
VI.5.- Hipótesis	20
VI.6.- Obtención de la Muestra	20
VI.7.- Antecedentes de Instrumentos	21
VII.- ANALISIS DE RESULTADOS	23
VIII.- RESULTADOS	23
IX.- CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	29

I.- INTRODUCCION.

Los eventos estresantes diversos factores con los que interactuamos a diario, siempre ejercen algún impacto sobre el estado emocional del individuo esto, mediatizado por características de la personalidad y del entorno social sobre las respuestas de enfrentamiento, y por tanto, sobre el estado emocional a corto plazo.

Particularmente importante en la etapa estudiantil ya que se involucran cambios psicológicos e interpersonales, y las relaciones familiares comparan importancia con una creciente demanda de relaciones sociales extrafamiliares, donde los grupos de amigos compiten y ceden en intereses con el grupo familiar de referencia. Es en este nuevo sistema de relaciones familiares y sociales que involucra un reajuste de la percepción de sí mismo, donde se ensayan y practican nuevas respuestas de enfrentamiento al estrés psicosocial cotidiano, en diversas áreas de la vida del estudiante universitario en este caso en particular.

Debido a esta interacción con diversos eventos estresantes ya sea agudos o crónicos, al tipo de evento ya sea psicológico, sistémico o fisiológico y familiar o social, a su intensidad o grado de afectación en el individuo, que debemos esperar una respuesta sobre el estado emocional y afectivo del mismo.

Una evidencia es, en el sentido de que las tensiones que genera el cambio hacia una vida urbana o industrial, se les puede relacionar con un aumento de desórdenes y problemas como ciertos estados depresivos y ansiosos, padecimientos psicosomáticos, diversos síntomas psicofisiológicos mal integrados,

abuso de alcohol y otras drogas y el uso indiscriminado de medicamentos tranquilizantes y estimulantes.

Los programas preventivos deben eventualmente ser desarrollados, como respuesta a nuestra conciencia de estos problemas. Tales programas son mucho más factibles para aquellos sujetos expuestos a un estrés reciente específico. El papel de los eventos de la vida y el inicio de una enfermedad física, dista mucho de ser clara.

En virtud de todo esto, se elaboró la presente investigación tomando en cuenta que nuestra población de estudio sino en su totalidad, una gran mayoría, puede presentar, presenta o ha presentado interacción con alguno de estos tipos de estresores y, que además de ser una población de adolescentes y jóvenes etapas cada una de ellas que cuentan con aspectos característicos, les lleva a presentar una mayor vulnerabilidad para la ansiedad y la depresión entidades frecuentes como respuesta, generando conductas de tipo acting out, con una disminución del interés y la creatividad sostenidos, que debemos tomar como una llamada de alerta y por lo tanto, enfocarnos aún más a la prevención teniendo conocimiento del tipo de estresores más frecuentes entre nuestra población de estudio.

II.- ANTECEDENTES

En nuestro medio, los servicios de Salud Mental para estudiantes universitarios son de creación relativamente reciente.

En la Universidad Nacional Autónoma de México el primer programa de Salud Mental diseñado para estudiantes, fué establecido en la Facultad de Medicina en el año de 1955, a iniciativa del Dr. Alfonso Millán. Así, hasta este momento, en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, se continúa atendiendo de manera pluridisciplinaria al paciente que lo solicita, ya sea este estudiante o trabajador, brindando este servicio por personal adiestrado y especializado, para abordar y comprender problemáticas emocionales y orgánicas.

Por tanto, en base a los reportes efectuados a lo largo de todos estos años observamos que los problemas de salud mental no son respetuosos del estado profesional o nivel de entrenamiento; esto es, los estudios sistematizados de salud mental en estudiantes, muestran que la prevalencia de trastornos mentales relacionados con estrés, son comparables a aquellos de las población general, pero indudablemente con una marcada repercusión en el funcionamiento escolar lo que se ve reflejado en un bajo rendimiento principalmente y el abandono escolar.

II.1 EVENTOS ESTRESANTES

Ya en tiempos remotos desde la prehistoria, se piensa que el hombre pudiera haber reconocido un elemento común en la sensación de fatiga que emergía en conjunto con una ardua labor, el miedo a morir, la exposición prolongada al frío o al calor, la pérdida de sangre o algún otro tipo de enfermedad. Descubriendo probablemente que su respuesta a un ejercicio prolongado y enérgico pasaba a través de algunas fases, como experimentar a la tarea como una preocupación, por lo que se preparó para ello y finalmente evitando permanecer ahí por tiempo prolongado.(19)

Es pues, que antes de ver hacia la ciencia contemporánea el revisar alguna de las intervenciones en el desarrollo que dejó el fundamento para la Teoría Moderna del Estrés, no sin antes mencionar que este concepto originado en la biología, que ha ejercido una influencia mayor en la Psicología, fue propuesto por el fisiólogo canadiense Hans Selye y del cual se hace uso extenso tanto en el campo de la Psicología como el de la Psiquiatría y, si bien, el concepto ha perdido validez en cuanto a sus aplicaciones específicas en las llamadas enfermedades de adaptación, mantienen su valor como una formulación general de las tensiones que puede llevar a los organismos al límite de sus capacidades de adaptación y hacerlo sufrir la alteración de sus funciones y aún daño tisular.(38)

Mencionado lo anterior, haré hincapié en los antecedentes del concepto de estrés.

En la antigua Grecia, Hipócrates reconocía claramente la existencia de un poder curativo de la naturaleza que suplía a los mecanismos corporales inherentes para restaurar la salud después de la exposición a patógenos. Sin embargo, las investigaciones tempranas fueron obstaculizadas por los problemas para distinguir entre angustia, siempre displacentera, y el concepto general de estrés, lo cual

se acompaña también de experiencias de intensa alegría y el placer de auto expresión.

Así, como muchas otras palabras el término estrés es anterior a su uso sistemático o científico. En el siglo XIV fue utilizado para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lumsden, 1981).

Stress hace referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa (load) que tiende a distorsionarlo; y strain era la deformación o distorsión sufrida por el objeto (Hinckle, 1977).

Los conceptos del stress y strain persistieron en la medicina del siglo XIX, fueron concebidos como antecedentes de la pérdida de salud.

El fisiólogo francés Bernard, avanzó enormemente sobre la materia, señalando que el medio interno de un organismo vivo podía permanecer constante en el medio externo "es la condición de vida libre e independiente"(1879).

En este siglo, el gran fisiólogo americano Cannon, ampliando las ideas de Bernard, introdujo el concepto de homeostasis "tendencia de los organismos a restablecer un equilibrio una vez que este ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno" ejemplo de esto son: ante situaciones de frío, hipoxia, hipoglucemia, etc. Aunque usó el término un poco por casualidad habló que sus sujetos se hallaban bajo "stress" y dio a entender que el grado de stress podía medirse.

Lo anterior puede ser en función de los cambios sufridos por el organismo cuando está sujeto a tensiones persistentes o recurrentes de naturaleza social o psicológica. Por lo general se califican como tensionantes las condiciones que ejercen una demanda excesiva sobre un organismo. Los agentes o situaciones tensionantes producen cambios que no son completamente reversibles, como consecuencia el organismo tiende a variar un tanto su respuesta en cada nueva ocasión en que se ve expuesto a ella(9).

En 1936 Hans Selye, utilizó el término estrés, y del cual se hace su uso extenso tanto en el campo de la psicología como en el de la medicina definiendo con él "un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, extremo (incluidas las amenazas psicológicas)". reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación. En efecto, el estrés no era una demanda ambiental (estímulo estresor), sin un grupo de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda. La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los cambios que se suscitan en él determinan eventualmente el restablecimiento del equilibrio o bien su ruptura.

Por esto, Lazarus (1966) propuso que el estrés se considerara como un concepto organizador para atender un amplio grupo de fenómenos de importancia en la adaptación humana; así señaló que en el proceso de adaptación, el individuo puede pasar por procesos cognitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática, que no necesariamente signifiquen estrés. De hecho, Lazarus y Cohen (1977), distinguieron tres tipos de acontecimientos inductores de estrés o estresores, según la denotación de Selye (1976):

1. cambios mayores que afectan a la mayoría de las personas,
- 2- cambios mayores que afectan a una o pocas personas
- 3.-los ajeteos de la vida diaria

Los cambios pueden ser positivos o negativos y, autores como Holmes y Masuda (1974) mencionan que pueden llevar a un efecto estresante.

Con el interés de sistematizar el concepto de estrés, Mahl (1953) distinguió demandas crónicas y agudas;

ya que el grado y calidad de las reacciones individuales ante el estrés, pueden ser substancialmente

diferentes ante estos tipos de demandas aún cuando la pérdida fuese la misma.

Otra propuesta para la taxonomía formal de acontecimientos estresantes fue elaborada por Elliot y Eisdorfer (1982). Los cuatro tipos de estresores señalados fueron los siguientes:

- 1.- estresantes agudos limitados en el tiempo;
- 2.- secuencias estresantes o acontecimientos desencadenados por la ocurrencia de algún evento inicial;
- 3.- estresantes crónicos intermitentes. Acontecimientos estresantes que ocurren una vez al día, a la semana, al mes y por último
- 4.- estresantes crónicos los cuales pueden o no haberse iniciado por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.

Aunque es importante clarificar una taxonomía de estímulos estresantes, ya sea por el contenido o la duración, es imprescindible considerar que existe una amplia gama de diferencias individuales en el acento otorgado a la vulnerabilidad de los acontecimientos. Es por eso que Lazarus y Folkman (1984), puntualizaron que aún ante acontecimientos estresantes vitales más ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas es muy grande ya que lo que puede ser estresante para uno en un momento dado, no lo es para otro. Así pues, consideraron que no es posible definir al estrés, en función únicamente de las condiciones ambientales, sino tomar en cuenta las características individuales. Por esto definen al estrés psicológico como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste, como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar". Esta definición compromete a la evaluación cognitiva, como un proceso que determina porqué y hasta que punto, una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y su entorno son o no estresantes.

En una de sus más recientes comunicaciones (1990), Lazarus expone su conceptualización teórica de la investigación sobre el estrés, derivada de sus experiencias y apreciaciones a lo largo de más de 2 décadas de estudio y reflexiones sobre este tema.

La relación estresante es aquella que demanda esfuerzo o excede recursos personales. La unidad de análisis es la transacción o encuentro, en donde la evaluación -"appraisal"- de una persona involucra daño, miedo o una actividad positiva, optimista, de sobreponerse a los obstáculos que Lazarus denomina "desafío" -"challenge" (25).

Una vez que la persona ha evaluado una transacción como estresante se ponen en práctica las respuestas de enfrentamiento a fin de intentar manejar la relación problemática, persona-ambiente. Estos procesos influyen en la clase e intensidad de la reacción ante el estrés. (13)

Transacción implica que el estrés está tanto en una situación ambiental como en la persona, reflejando la conjunción de una persona con ciertos motivos y creencias, en un contexto ambiental cuya características con leván daño, amenaza o desafío, dependiendo de las características personales.

Transacción implica también proceso. La relación de estrés no es estática, está en constante cambio como resultado de un continuo interjuego entre la persona y su ambiente. De este modo el estrés es un proceso multivariado que involucra entrada "input"; salida "output", actividades mediadoras de evaluación y enfrentamiento, en el cuál existen una constante retroalimentación desde el surgimiento del evento, con base en los cambios de la relación persona-ambiente: como enfrenta y por lo tanto, como evalúa (21).

Mientras muchos creen que los 3 tipos básicos de estrés: el sistémico, el psicológico y el social están relacionados, la naturaleza de estas relaciones está muy lejos de ser claros. Tal vez, la mayor parte sorprendente "y confusa", es la falta de acuerdo sobre una definición de estrés entre aquellos investigadores cercanos al campo.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que cambios bruscos en las condiciones sociales y culturales, la industrialización acelerada, el crecimiento demográfico desmesurado, la vida altamente urbanizada, el

ruido, la contaminación, el deterioro del medio natural, la monotonía, la falta de relación, el tener que trasladarse diariamente a grandes distancias, etc., deterioran la calidad de la vida y crean en su conjunto grandes tensiones psicosociales. (11,4)

Otros estudios han demostrado que los estudiantes experimentan mucho estrés conectado a su trabajo durante la escuela. Han sido identificados varios estresores, tales como exámenes de los cursos, igual competencia, cantidad y grado de material para ser absorbido y falta de tiempo para la familia, los amigos y las recreaciones, que empeoran la salud mental en el estudiante, lo que puede observarse en problemas de aprendizaje. Esto pudiendo crear un incremento de riesgo de abuso de sustancias, abandono parcial de la escuela, suicidio y otros trastornos mentales. (9, 36)

Una evidencia es el sentido de que las tensiones que genera el cambio hacia una vida urbana e industrial, se le puede relacionar con un aumento de trastornos y problemas, como ciertos estados ansiosos y depresivos, padecimientos psicosomáticos, diversos síntomas psicofisiológicos mal integrados, abuso de alcohol ya mencionado, y el uso indiscriminado de medicamentos tranquilizantes y estimulantes (5,9,10,12,20)

En la década pasada se ha adoptado la hipótesis del "proceso de estrés", lo cuál explica la psicopatología en términos de exposición al estrés (principalmente apoyo social y adaptación), este modelo es el que comúnmente domina las investigaciones que aproxima las relaciones entre factores sociales y psicopatología. Un análisis citado concluye que el estudio de estrés, ansiedad, depresión y apoyo, vino a ser el objetivo principal de investigación en ciencia social (Garfield, 1987). (29)

El énfasis en el estudio de factores sociales en psicopatología incluye: Primero como los psiquiatras han iniciado nuevamente el uso del diagnóstico formal y los epidemiólogos han regresado para representar la psicopatología como un continuum de angustia, visto en término de categoría diagnóstica. Los síntomas auto reportados han llevado a entrevistas semiestructuradas con criterio diagnóstico formal. Sin embargo, estos son cambios recientes, los hallazgos acumulados ponen en duda muchas de nuestras

aseveraciones acerca de la naturaleza de la psicopatología y, como serían. Segundo, los investigadores avanzan en el estudio de la transmisión intergeneracional de los problemas familiares, relaciones problemáticas y adversidad en la niñez y el alcance de la violencia y sus consecuencias para salud mental (Koss, 1990). Todo esto para entender la etiología del trastorno. (15,33)

II.2 DEPRESION

En el México prehispánico ya se tenían indicios del principio dinámico del ser humano, su personalidad, en su último análisis la conciencia, en el concepto IN IXTLI IN YOLLOTL que en náhuatl significan ÚN ROSTRO UN CORAZON, simbolizando en el pensamiento náhuatl lo que se podría llamar FISIONOMIA MORAL.

El mundo náhuatl era neurotizante, la vida en su ambiente estaba regida por el miedo y la angustia debido a la religión y las normas sociales tan rígidas. Eso se fué generalizando y así, la enfermedad más frecuente en la República Mexicana podría ser el SUSTO, sus síntomas son: el cansancio, somnolencia, pérdida de fuerzas, insomnio, dolores en cualquier parte del cuerpo, inquietud, síntomas que pueden presentarse en grupo o por separado. Síntomas por posibilidad de muerte o impresión brusca e intensa. La sociedad que tenga más estrés tiene más susto.

En la Medicina Hipocrática se consideraba el origen de las enfermedades a la alteración de los humores. Así cuando aumenta la bilis negra existe melancolía.

En la Edad Media y en la Medicina Islámica se observó que los árabes enfermaban de Melancolía, que podría existir una tendencia genética a la depresión (1).

Es Claudio Bernard a mitad del siglo XIX quien habla nuevamente sobre los humores y ve al cerebro como una glándula y la alteración en la producción de estos humores, causa las enfermedades mentales, entre ellas la depresión.

En los años 30's las obras de Freud son de tipo terapéutico. Síntomas de Inhibición y Angustia. Un nuevo concepto de ansiedad como señal de acercamiento de un peligro externo, la ansiedad se transforma en el punto nuclear de la patogénesis de la Neurosis.

De 1930 a 1975, diversos términos fueron empleados para connotar la depresión reactiva neurótica. El diagnóstico dado a estos pacientes por los clínicos, incluyó diversas posibilidades. Antes de 1939, el término Depresión Psicogénica fué empleado. Esta fué una depresión relacionada a eventos de la vida en una persona con una estructura de carácter anormal, manifestada a sí misma por problemas internos. Durante años, el Manual estadístico para el uso de Hospitales para Enfermedades Mentales fué empleado, todos los pacientes diagnosticados como maniaco-depresivos fueron separados de aquellos con Depresión Reactiva. Estos últimos estaban deprimidos y la causa reactiva externa podría ser, naturalmente, producida por la tristeza. La reacción de unas muy marcada irritabilidad y tristeza de mayor duración que lo normal, fué considerada patológica. Fué así como se notó el retardo que estaría ausente. Entonces la depresión reactiva neurótica fué considerada una enfermedad, como una respuesta excesiva a los eventos de la vida.

La Depresión mayor es uno de los trastornos psiquiátrico más frecuentes, conocido hasta el siglo XIX como melancolía y que posteriormente Emil Kraepelin denominó depresión.

La depresión, la ansiedad y los síntomas físicos y psicológicos asociados a estas dos entidades son los tipos de morbilidad psiquiátrica más comunes encontradas en la comunidad y en centros del primer nivel de atención médica. Sin embargo, la frecuencia con que estos padecimientos se identifican dependen por una parte, de la forma en que los médicos de atención primaria formulan sus diagnósticos,

mientras que la presentación, severidad y evolución además, están influenciadas por una serie de variantes individuales y medio ambientales tales como antecedentes familiares, experiencias tempranas, eventos de la vida y autoestima entre otros. Además el concepto de co-morbilidad ha atraído mucha atención recientemente, ya que varios individuos que han tenido síntomas depresivos presentan además sintomatología correspondiente a otras entidades físicas o psiquiátricas, dicha co-morbilidad afecta la clasificación, manejo y resultado de los trastornos depresivos. (4,5,6).

Cada padecimiento es el resultado de una interacción entre la constitución individual y el medio ambiente, aunque la influencia de alguno puede ser mayor que la del otro, rara vez se trata de una cuestión de uno u otro. Apesar de que la CIE 10 reconoce a la "Depresión Reactiva", ni la CIE 10 ni el DSM III-R destacan la diferencia reactiva endógena. Algunos especialistas han impugnado por un sistema clasificatorio como en el DSM III, basado en síntomas observables y reportables, proponiendo una distinción entre depresión neurótica y psicótica.

Diversos estudios se han efectuado entre las diferentes poblaciones: niños, jóvenes, ancianos, respecto a la influencia de los eventos estresantes de la vida en las áreas emocional, afectiva y fisiológica del individuo, donde ha sido reportada una importante respuesta en estas áreas, predominando entre ellas los problemas afectivos entre los infantes y los ancianos, asociándose a éstos los problemas por somatización, en la población joven y principalmente la universitaria, motivo de este estudio se puede observar un alto índice de síntomas de ansiedad, los cuales si se mantienen bajo este factor estresor constante los llevarán a una depresión, que finalmente es el resultado principal e inmediato de dicha influencia (32,39,41).

Tanto la CIE 10 como el DSM III R clasifican a los trastornos depresivos de acuerdo a propiedades sindromáticas, o en otras palabras, de acuerdo a patrones, curso y duración de síntomas. Aunque ambos sistemas han demostrado ser invaluable para incrementar la confiabilidad del diagnóstico, no existe un sistema clasificatorio enteramente satisfactorio para la práctica clínica diaria, sobre todo en la atención

primaria. En este ámbito, es común la presentación somática de una enfermedad depresiva, y puede ocurrir en cualquier grupo de edad, nivel intelectual o clase social. El lenguaje con que se expresa el malestar psicológico y la manera en que se experimenta son influidos por diversos factores, que van desde aspectos culturales hasta experiencias pasadas del paciente ante "actitudes" del médico; por lo tanto, es esencial que a los pacientes se les interroge síntomas en el estado de ánimo, aunque éstos no parecieran ser el motivo de su malestar principal (12).

Los trastornos de personalidad revelan respuestas repetitivas y autodetrimentes asociadas con personas que están fatigadas, están bajo un estrés grave, son inmaduras o padecen otra forma de regresión. Scott (1993) propone que la autodiscrepancia genera ansiedad y depresión que son el resultado de diferentes tipos de conflictos de autocredibilidad (33).

El neurótico es un pecador autodiagnosticado que voluntariamente solocita ayuda psiquiátrica, confiesa sus problemas y con frecuencia se cura así mismo, no así cuando está ante un estrés continuo o se presenta un nuevo estresor.

Mientras que el neurótico puede valorar el insiht y considerar útil la interpretación de sus defensas, el enfrentarse a un paciente con trastornos de personalidad suscitan cólera; romper sus defensas provoca ansiedad y depresión.

El DSM III R, menciona la habilidad para diagnosticar habilidad y transtornos afectivos concurrentemente. Aún así en el DSM III el sistema jerárquico de los transtornos afectivos toman "precedente" sobre los transtornos de ansiedad.

El conocimiento en el DSM III de que estos dos trastornos puedan coexistir (particularmente en la Depresión mayor y que su comorbilidad puede tener importantes aplicaciones pronósticas y de tratamiento.

De acuerdo a lo anterior, se han realizado varias investigaciones al respecto encontrándose o mejor dicho, sugiriéndose que la depresión es de una u otra forma frecuente complicación de la ansiedad. (43).

La prevalencia de síntomas depresivos en el Trastorno de Ansiedad generalizada, se piensa que sea de un 80% de acuerdo a algunos reportes; y la prevalencia de rango de diagnóstico depresivo de 33 a 65%. Entre el 30 y el 90% de pacientes con Trastorno de pánico llega a deprimirse. El riesgo de suicidio se incrementa en pacientes con ataques de angustia y trastornos de angustia y conducta depresiva. Cuando la depresión acompaña a la ansiedad puede ser difícil determinar cual es el problema primario (37).

II.3 ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, EVENTOS ESTRESANTES Y DEPRESION.

La Depresión es una complicación común en los Trastornos de ansiedad, el Trastorno de Depresión mayor puede ser el primer diagnóstico. La depresión puede ser también una condición premórbida apareciendo cuando la ansiedad disminuye, puede ser también una respuesta a las consecuencias psicosociales de la ansiedad o su resolución. En algunos pacientes ansiosos, la depresión es un estado tardío en el desarrollo de una respuesta funcional al estrés (15).

Carney (1990) encontró elevados niveles de depresión y ansiedad consistentemente prevalente entre estudiantes de leyes, confrontados con un ambiente educacional que posee muchas amenazas a su autoestima, algunas de estas adaptaciones han sido identificadas como obsesivas, paranoide, esquizoide, histérico y acting out (8).

La relación de trastornos psiquiátricos en las universidades y en la población general es mayor dos veces en las mujeres que en los hombres (16).

Los sujetos con moderada o importante depresión, podrían usualmente tener un alto índice de síntomas de ansiedad y, aquellos con moderada o mínima ansiedad cuentan con mínima o nula depresión. La depresión se encuentra asociada con altos niveles de disfunción social y trastornos de ansiedad (42).

Los estresores de la vida y acontecimientos sociales son dos grupos claves de factores psicosociales que

influyen el funcionamiento físico y psicológico. En general, la adversidad persistente está más cercanamente relacionada a disfunción que aquellos eventos agudos de la vida. Angi (1993) encontró una tendencia hacia un alto grado de somatización e inadecuación en pacientes con un trastorno orgánico ya existente (3). El daño que algunos estudiantes se producen con el consumo de alcohol, drogas, fueron detectados como el mayor factor de estrés en hombres y mujeres por igual, mientras que el peso y la dieta, fueron un factor mayor de estrés para las mujeres únicamente (34,35).

Los eventos son tratados como independientes de las actividades y circunstancias de la vida de la persona. Moos y col. piensan que la importancia e impacto de los eventos, dependen de la situación personal del individuo y metas que dominan su vida, en el momento en que el evento sucede. Por lo tanto, sugiere que el considerar juntos los eventos de la vida y los estresores en ese momento, pueden proveer fructíferamente un examen en el inicio y curso de la depresión (27).

Tres factores psicosociales importante relacionados con la depresión son: Historia familiar de enfermedad psiquiátrica, eventos de la vida estresores y falta de apoyo social significativo(9).

Factores específicos de riesgo para depresión , encontrados en diversos estudios son: pérdida reciente de una persona significativa, cambios en la forma de vida o situación académica y los problemas financieros. La depresión experimentada por los estudiantes es lo suficiente seria, para garantizar la intervención profesional.(30).El tratamiento de la depresión involucra terapia para factores causales orgánicos y problemas psicosociales. Los estresores psicosociales que contribuyeron al inicio de la depresión, no necesariamente declinan después del tratamiento (15,27).

III.JUSTIFICACION

Es de importancia e interés conocer de que manera los estresores de la vida diaria, influyen en el área

ánimica, cognitiva, emocional y sensorial de los estudiantes universitarios que acuden a un Servicio de Salud Mental, modificando y/o afectando en mayor proporción el desempeño escolar y laboral de los mismos.

En este estudio, nos enfocamos a conocer el tipo de estresores y eventos de la vida que con mayor frecuencia se presentan en la vida de los estudiantes universitarios, ya sea fisiológicos, psicológicos o sociales, la intensidad y grado de afectación y que pueden influir claramente en el inicio y curso de los Trastornos psiquiátricos, en este caso la Depresión de las consecuencias la más común.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cambio en el ritmo de la vida cada día más agitado, la industrialización, el crecimiento poblacional, las demandas de preparación y superación, etc. producen a cada momento más y nuevos estresores que influyen de manera directa en la seguridad de desempeño del individuo. Estos estresores generan ansiedad, la presencia de nuevos estresores cada día, forman un acúmulo de sentimientos diversos que difícilmente puede detectar el individuo mismo. sentimientos que forman un círculo vicioso que tarde o temprano dará un cuadro florido de patología.

Se plantea el problema de conocer qué sentimientos son creados y porqué, su intensidad y la respuesta que a estos sentimientos tiene el individuo para contender.

V. OBJETIVO

V.1 GENERAL

- Demostrar el porcentaje de los diagnósticos de Trastornos Afectivos y sus posibles causas, entre los estudiantes universitarios.
- Iniciar estudios de investigación que puedan extenderse en un futuro, dentro del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Conocer la severidad de estos trastornos, para desarrollar programas de Prevención enfocados a la población blanco.

V.2 ESPECIFICO

- Conocer los tipos de eventos estresantes que afectan a los estudiantes universitarios que consultan en el programa , y la relación de estos eventos estresantes con el origen y mantenimiento de los Trastornos afectivos , en este caso la Depresión en especial.

VI MATERIAL Y METODO

VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente es un estudio prospectivo transversal analítico de proceso y escrutinio que se llevó a cabo en dos etapas.

VI.2 UNIVERSO Y POBLACION DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en la población de estudiantes universitarios que acudieron por primera ocasión a solicitar consulta a Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U:N:A:M:, comprendidos en el rango de edad de 17 a 33 años y cubrieran los criterios de inclusión.

VI.3 CRITERIOS DE INCLUSION

- Estudiantes universitarios
- Consulten por primera vez
- Cualquier sexo
- Edad comprendida entre los 17 y 33 años de edad.

VI.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Estudiantes menores de 17 años de edad,
- Estudiantes mayores de 33 años de edad
- Estudiantes no pertenecientes a la U:N:A:M:
- Estudiantes que acuden a consulta subsecuente
- Empleados de la U.N.A.M.

VI.5 HIPOTESIS

Los eventos estresantes de la vida dan origen y mantienen los Trastornos Afectivos como la Depresión.

VI.6 OBTENCION DE LA MUESTRA

Esta se realizó en dos etapas:

PRIMERA ETAPA

Se efectuó en forma conjunta por las cuatro residentes del tercer año de la especialidad de Psiquiatría, que llevamos a cabo la práctica clínica en el Programa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., con la aplicación de las Entrevistas Semiestructuradas para Depresión, Distimia, Ansiedad Generalizada y Angustia en base a los criterios diagnósticos del DSM III-R y la aplicación de las Escalas de Hamilton de Depresión (HAM-D) y Hamilton de Ansiedad (HAM-A), previa contestación del grupo de instrumentos autoaplicables : Escala de Eventos Estresantes de Holmes y Rahe (HR), Inventario de Depresión de Beck (IDB) y Escala de Ansiedad de Sheehan parte I (Sh1) y parte II (Sh2).

Los estudiantes que asistían por primera vez a solicitar consulta, se atendieron inicialmente en la recepción, donde se les informó sobre el servicio y los requisitos para poder obtener la consulta. Posteriormente les fué entregado el paquete de instrumentos autoaplicables que debieron contestar previamente a la consulta. Estos instrumentos autoaplicables fueron:

- Escala de Eventos Estresantes de Holmes y Rahe (HR)
- Inventario de Depresión de Beck (IDB)
- Escala para Ansiedad de Sheehan Parte I y Parte II (Sh1) (Sh2)

Una vez contestados estos instrumentos lo cual se efectuaba en la sala de espera del departamento, se procedió a que pasaran a la entrevista con el Médico de Guardia de Preconsulta en el cubículo asignado para tal fin. Así se iniciaba la consulta, primero con Tribuna libre al paciente para tener un conocimiento de la causa de la causa de consulta. Ya conocida esta causa y vaciar los datos necesarios en la hoja de preconsulta, se procedió a efectuar las Entrevistas Semiestructuradas para Depresión Mayor, para Distimia, para Ansiedad Generalizada y para Angustia, todas elaboradas en base a los criterios diagnósticos del DSM III-R, así como la Entrevista Estructurada para la Escala de Depresión de Hamilton de Depresión y finalmente la Escala de Ansiedad de Hamilton en este orden referido. Esta primera etapa se efectuó en un período de tiempo de 5 meses, comprendido entre el 1o. de Mayo al 30 de Septiembre de 1994.

SEGUNDA ETAPA

En ésta, cada una de las residentes seleccionamos y agrupamos los datos respectivos para su estudio, así para el presente trabajo, se empleó la información proporcionada por la Escala de Eventos Estresantes de Holmes y Rahe (HR), el Inventario de Depresión de Beck (IDB), Entrevista Semiestructurada para Depresión Mayor y para Distimia ambas en base a los criterios diagnósticos del DSM III-R y de la Escala de Hamilton para Depresión (HAM-D).

Esta segunda etapa se llevó a cabo del 1o. de Octubre de 1994 al 30 de Enero de 1995.

VI.7 ANTECEDENTES DE LOS INSTRUMENTOS

Dentro de la medición en Psicología, los instrumentos autoaplicables poseen ciertas ventajas que recomiendan su uso, aunque también presentan sus limitaciones. Una de las ventajas más importantes,

radica en que estas escalas autoaplicables proporcionan información a través de la persona que experimenta directamente el fenómeno, rasgo o característica a evaluar. En ocasiones los observadores se ven limitados al reportar versiones sobre la experiencia de los sujetos, basándose sólo en su conducta o respuesta verbal. Una segunda ventaja, es el ahorro de tiempo en la administración y calificación. Una tercera ventaja consiste en que estas medidas, han demostrado ser altamente sensibles a un amplio rango de formas de tratamiento (Derogatis y col. 1974).

Por otro lado, la principal desventaja de estas escalas, estriba en asumir tácitamente que la persona puede y describirá verdídicamente sus síntomas y conductas relevantes. En ocasiones las características defensivas del sujeto le impedirán hacerlo, en otras el trastorno mismo, o incluso el deseo de complacer al médico (38).

No obstante todos estos problemas, es innegable que este tipo de instrumentos proporciona una información valiosa. Además algunos autores han encontrado evidencias de concordancia significativa entre el observador clínico y el autoreporte de los individuos (Shwab, Bialow y Halzer, 1967; Williams, Barlow y Agras, 1972).

Los instrumentos autoaplicables para el presente estudio fueron : la Escala de Eventos Estresantes de Holmes y Rahe y el Inventario para Depresión de Beck.

La investigación que en el campo de eventos estresantes de la vida, han adoptado formas originales y modificadas de una lista de 43 ítems elaborada por Holmes y Rahe y colaboradores.

La primera versión fué conocida como Escala de Valoración de Reajuste Social (SRRS, Holmes y Rahe, 1967) que consistía de 52 ítems, posteriormente cada ítem se estandarizó basada en preguntas proporcionales de los eventos de la vida, así como el grado de reajuste necesario, para finalmente quedar con 46 ítems (Escala actual).

Cada ítem relacionado con la intensidad, impacto emocional o grado de cambio que induciría en un sujeto medio-normal, con los cuales se interroga acerca de la presencia en el último año de los

diferentes sucesos vitales acaecidos en las distintas esferas que constituyen el entorno del individuo (familiar, profesional, laboral, económico, salud, etc.) (27). Para cada uno de los ítems se da un valor de 1 a 5 puntos.

Marcadores altos de la lista de eventos de la vida han sido repetidamente asociados con síntomas psiquiátricos y trastornos, y tales marcadores han sido encontrados entre muestras psiquiátricas y otras.

Ha sido mayormente notado que los eventos de la vida pueden estar relacionados al curso de la enfermedad y la recuperación, dentro de la etiología de la enfermedad primaria.

En resumen, análisis periódicos de los eventos de la vida pueden servir de monitor y ayudar a predecir el curso de la enfermedad.

El Inventario para Depresión de Beck es un inventario que consta de 21 ítems de autoreporte, cubriendo los síntomas afectivos, cognitivos motivacionales y somáticos de depresión. Originalmente diseñado para

valorar la intensidad de los síntomas depresivos en poblaciones psiquiátricas (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). El IDB ha sido desde el inicio ampliamente usado como un instrumento de valoración para posteriores investigaciones con estudiantes universitarios. Cada uno de los ítems fué marcado de 0 a 3, los altos marcadores reflejan intensidad mayor de sintomatología depresiva.

Beck y colaboradores sugirieron que un marcador de 10 sobre el IDB, podría ser considerado punto de corte para depresión moderada.

En estudios efectuados en estudiantes universitarios, los principales ítems que indicaron un fuerte efecto emocional fueron: fatiga, sentimientos de ser físicamente no atractivo, dificultad para tomar decisiones, tristeza, los concernientes a la salud, problemas motivacionales, sentimientos de culpa, pérdida de la libido y trastornos del sueño.

VII ANALISIS DE RESULTADOS

A partir de las respuestas dadas por nuestros sujetos de estudio, datos demográficos y clínicos, através de los instrumentos empleados para evaluación de Eventos estresantes y Depresión, se analizaron los datos obtenidos por estadísticas de resumen, por medio de Porcentajes, Media y la Prueba de contraste paramétrica de ANOVA, efectuando una comparación entre los grupos de acuerdo a edad y sexo de la evaluación global.

VIII RESULTADOS

Se estudiaron 249 sujetos estudiantes universitarios que consultaron en el Programa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U:N:A:M: por primera vez.

De estos, 136 sujetos femeninos correspondió a un 54.61% de la muestra total y 81 sujetos masculino que correspondió a un 32.53%, que cumplieron los criterios diagnósticos para Depresión Mayor.(Cuadro 1).

No se observó diferencia significativa de acuerdo a los datos porporcionados por el IDB ni por HAM-D en correlación con HR.

De acuerdo a la edad se encontró un promedio de edad de 21.91 para mujeres y de 22.32 para varones, por lo que no se observó diferencia significativa .

En cuanto a las diversas escuelas y facultades, la prevalencia de casos para Depresión Mayor se encontró en Ciencias Biológica con un total de 83 sujetos que correspondió a 64 del sexo femenino (77.10%) y 19 del sexo masculino (22.89%). De Ciencias Sociales un total de 55 sujetos que

correspondió a 32 del sexo femenino (58.18%) y 23 del sexo masculino (41.81%). En Ciencias Físico-matemáticas 26 del sexo femenino (47.27%) y 29 del sexo masculino (52.72%). De Preparatoria 7 del sexo femenino (53.84%) y 6 del sexo masculino (46.15%). (Cuadro 2).

Para el diagnóstico de Distimia de la muestra total de 249 sujetos, 104 cumplieron los criterios diagnósticos correspondiendo a 41.76% de la muestra total.

De acuerdo a las diversas escuelas y facultades se encontró en Ciencias Biológica 36 sujetos que correspondió a un 43.36%, de Ciencias Sociales 30 sujetos que fué un 54.54%, para Ciencias Físico-matemáticas 26 sujetos que correspondió a 47.27% y para Preparatoria 5 sujetos, esto es 38.45%. (Cuadro 3).

De acuerdo a la frecuencia con que los eventos estresantes se presentaron en la población de estudio, se dividieron estos ítems en tres grupos: A) MAYOR REGISTRO, B) MEDIANO REGISTRO Y C) BAJO REGISTRO.

A) MAYOR REGISTRO

Item 14- Cambios en actividades sociales (clubes, baile, cine, visitas, etc.)

Item 30- Romper con una relación estable con un amigo o amiga.

Item 46-¿Le ha(n) ocurrido otro (s) evento(s) que le ha (n) ocasionado una tensión leve, moderada o intensa?

Item 34- Aumento en el número de discusiones con los padres.

Item 18- Cambio en la aceptación por sus semejantes.

Item 45- Reprobar un curso en la escuela.

Item 31- Cambio en el estado financiero de los padres.

Item 37- Logro personal notable.

B) MEDIANO REGISTRO

Item 38- Problemas o dificultades sexuales.

Item 35- Aumento en el número de discusiones entre los padres.

Item 43- Disminución del número de discusiones con los padres.

Item 21- Nacimiento de un hermano (a).

Item 4- Hermano (a) que dejan la casa (boda, asistencia a la escuela, etc.).

C) BAJO REGISTRO

Item 22- Ser encarcelado o internado en otra institución.

Item 19- Descubrir que fuiste un niño adoptado.

Item 26- Casarse.

Item 27- Embarazo de esposa (si está casado), o de usted misma (si es mujer una mujer casada).

Item 17- Muerte de un hermano o hermana.

Item 16- Procreación fuera del matrimonio, si usted es hombre.

Item 24- Tener una deformidad física de nacimiento, la cual es visible a otros.

Item 13- Sentencia judicial o encarcelamiento de un pariente, por un año o más.

Como podemos observar, los estresores que más se reportaron en la población estudiadas son aquellos en los cuales se presentan vínculos afectivos deteriorados o disueltos, así como en otras situaciones donde está implícito el bienestar tanto físico como emocional del sujeto, lo que en el tipo de población estudiada, adolescentes y jóvenes, nos puede sugerir una respuesta con sintomatología depresiva al no cumplirse sus expectativas, pudiendo dar origen a la frustración que en una proporción de sujetos es la antesala de la depresión(17). Esto va seguido por la preocupación de los jóvenes, por la aceptación que tengan los demás de él de acuerdo, a los conflictos comunes en esta etapa del desarrollo como son las

dificultades sexuales, problemas con las figuras de autoridad y la rivalidad con los hermanos por obtener o mantener un lugar significativo ante la figura parental. Finalmente, observamos que existe una menor preocupación por los problemas resultantes de una actividad sexual irresponsable, lo cual es un reflejo del actual nivel educacional e información que en esta área van teniendo cada día los jóvenes y las grandes repercusiones que esto encerraría, como un factor desencadenante para bloquear sus planes y objetivos, que se traduciría en frustración.

IX. CONCLUSIONES

En nuestro estudio sobre eventos estresantes, nos enfocamos a la población universitaria que por estar integrada por adolescentes y jóvenes una parte de la población inmadura aún, que no se encuentra preparada para enfrentar las adversidades que se le presentan a diario ya sean simples o complejas, pensamos es de importancia conocer éstos eventos que con mayor frecuencia puede enfrentar y que afectan su área anímica, física y/o cognitiva, e influyen en su desempeño personal y dentro de la sociedad. El presente estudio relaciona estos eventos estresantes con la depresión.

Como podemos observar en los resultados, se presenta sintomatología que cubrió los criterios diagnósticos para depresión en un porcentaje por arriba de la mitad del total de la población de estudio, con predominio de la población femenina. Coexistente con alguna otra entidad mórbida psiquiátrica principalmente la ansiedad. Esto puede deberse a que la mujer es más sensible o percibe más las adversidades o bien, las niega menos que el hombre.

Se han efectuado diversos estudios sobre este campo, con un mayor enfoque en los últimos 20 años.

En una gran parte de éstos, se concluye que el apoyo social así como la capacidad de adaptación son importantes para evitar el deterioro del sujeto, relacionándose con patología psiquiátrica.

Por ser nuestra población muestra una población estudiantil, se enfrenta a grandes presiones por las demandas que su condición le impone además de las demandas y obligaciones comunes del individuo.

Si a esto sumamos adversidades previamente instaladas algunas desde la infancia, debemos esperar una inestabilidad mayor en su integridad mental o física y principalmente cuando estas experiencias han sido negativas. El hecho que a diario se presente interacción con diversas situaciones y eventos adversos o no adversos, se crea una susceptibilidad emocional que de no ser atendida y "entendida" por el estudiante, puede conducirlo a un cuadro depresivo que es un resultado o complicación común.

En este estudio vemos como el evento mayormente reportado, fueron las situaciones de vínculos afectivos alterados. Sabemos que el hombre por naturaleza es un ser social, que necesita sentirse querido, atendido y el no sentirse aceptado por los demás puede debilitar aún más su estado emocional. El agregarse eventos estresantes nuevos simples o complejos y no estar preparados para éstos, nos hace pensar que su integridad física y o emocional puede verse aún más comprometida.

¿Qué otros factores más pueden ser los que se agregan? Situaciones financieras del núcleo familiar o de él mismo, problemas de salud y principalmente las demandas académicas.

Cuadro 1

	S E X O	T O T A L	%
DEPRESION MAYOR	FEMENINO	136	54.61
	MASCULINO	81	32.53

Cuadro 1'

SEXO	HR	IDB	HAM-D
FEMENINO	65.88	19.71	18.20
MASCULINO	65.01	17.46	16.03
	No Signif.	No Signif.	No Signif.
	F = 0.928 p = 0.397	F = 1.735 p = 0.179	F = 1.407 p = 0.247

Cuadro 2

FACULTAD	TOTAL	SEXO	No. CASOS	%
CIENCIAS BIOLOGICAS	83	FEMENINO	64	77.10
		MASCULINO	19	22.89
CIENCIAS SOCIALES	55	FEMENINO	32	58.18
		MASCULINO	23	41.81
CIENCIAS FIS.-MAT.	55	FEMENINO	26	47.27
		MASCULINO	29	52.72
PREPARATORIA	13	FEMENINO	7	53.84
		MASCULINO	6	46.15

Cuadro 3

FACULTAD	TOTAL	%
CIENCIAS BIOLÓGICAS	36	43.36
CIENCIAS SOCIALES	30	54.54
CIENCIAS FÍSICO MATEMÁTICAS	26	47.27
PREPARATORIA	5	38.45

Cuadro 4

	TOTAL	HR	IDB	HAM-D	%
DISTIMIA	104	67.31	21.44	20.51	41.76
		p = 0.078	p = 0.000	NO HUBO	
		N.S.	p < 0.05	VARIANZA	
		F = 2.576	f = 8.244		

ESCALA DE EVENTOS ESTRESANTES DE HOLMES Y RAHE

CLAVE: 1
 ESTUDIO: 8
 FORMA: 13

NUMERO DE IDENTIFICACION
 2 3 4 5 6 7

NUMERO DE CUESTIONARIO:
 9 10 11 12

NOMBRE: _____

En la siguiente lista, usted encontrará una serie de eventos que le ocurren a muchas personas. Por favor indique si estos eventos le ocurrieron en los últimos seis meses, y el nivel de tensión que usted considere que le ocasionó cada evento. NO DEJE NINGUNA OPCION SIN CONTESTAR.

La situación no le ocurrió	Le ocurrió y esto le ocasionó tensión			
	nula	leve	moderada	severa
1	2	3	4	5

Anote el número que le corresponde en esta sección

1. Ser despedido del trabajo o expulsado de la escuela 14
2. Muerte de un amigo cercano..... 15
3. Violaciones menores de la ley (ejem. perturbar la paz), 16
 que implicaron intervención de la policía.....
4. Hermano (a) que dejan la casa (boda, asistencia a la escuela, etc..... 17
5. Pérdida del trabajo de alguno de sus parientes..... 18
6. Embarazo (sin estar casada) fuera del matrimonio..... 19
7. Cambio de planes vacacionales..... 20
8. Cambio en el número de miembros de una familia que viven juntos... 21
 (más o menos de lo usual).....
9. Divorcio de padres..... 22
10. Separación marital de padres..... 23
11. Adquisición de una deformidad visible..... 24
12. Verse implicado con drogas o alcohol..... 25

13. Sentencia judicial o encarcelamiento de un pariente, por un año o más.....	<input type="checkbox"/>	26
14. Cambios en actividades sociales (clubes, baile, cine, visitas,.... etc.....	<input type="checkbox"/>	27
15. Cambios de residencia (cambiarse a una nueva dirección).....	<input type="checkbox"/>	28
16. Procreación fuera del matrimonio, si usted es hombre.....	<input type="checkbox"/>	29
17. Muerte de un hermano o hermana.....	<input type="checkbox"/>	30
18. Cambio en la aceptación por sus semejantes.....	<input type="checkbox"/>	31
19. Descubrir que fuiste un niño adoptado.....	<input type="checkbox"/>	32
20. Matrimonio de uno de los padres, un padrastro o madrastra.....	<input type="checkbox"/>	33
21. Nacimiento de un hermano o hermana.....	<input type="checkbox"/>	34
22. Ser encarcelado o internado en otra institución.....	<input type="checkbox"/>	35
23. Su madre empezó a trabajar.....	<input type="checkbox"/>	36
24. Tener una deformidad física de nacimiento la cual es visible a.... otros.....	<input type="checkbox"/>	37
25. Muerte de un pariente.....	<input type="checkbox"/>	38
26. Casarse.....	<input type="checkbox"/>	39
27. Embarazo de esposa (si está casado), o de usted misma (si es una.. mujer casada).....	<input type="checkbox"/>	40
28. Enfermedad seria que requiere hospitalización de un pariente.....	<input type="checkbox"/>	41
29. Sentencia judicial de un pariente de 30 días o menos.....	<input type="checkbox"/>	42
30. Romper con una relación estable con un amigo o amiga.....	<input type="checkbox"/>	43
31. Cambio en el estado financiero de los padres.....	<input type="checkbox"/>	44
32. Embarazo de una hermana adolescente soltera.....	<input type="checkbox"/>	45
33. Cambio a un nuevo colegio o universidad.....	<input type="checkbox"/>	46
34. Aumento en número de discusiones con padres.....	<input type="checkbox"/>	47
35. Aumento en número de discusiones entre los padres.....	<input type="checkbox"/>	48
36. Muerte de un abuelo.....	<input type="checkbox"/>	49
37. Logro personal notable.....	<input type="checkbox"/>	50
38. Problemas o dificultades sexuales.....	<input type="checkbox"/>	51
39. Enfermedad seria que requiere hospitalización de un hermano o her- mana.....	<input type="checkbox"/>	52
40. Cambio de la ocupación del padre que requiere mayor ausencia del.. hogar.....	<input type="checkbox"/>	53
41. Cambio en sus actividades con la iglesia (más o menos que lo usual).....	<input type="checkbox"/>	54
42. Aumento en el tamaño de la familia por adición de un tercer..... adulto (abuelo, etc).....	<input type="checkbox"/>	55
43. Disminución del número de discusiones con los padres.....	<input type="checkbox"/>	56

FALLA DE ORIGEN

44. Disminución del número de discusiones entre los padres..... 57

45. Reprobar un curso en la escuela..... 58

46. ¿Le ha (n) ocurrido otro (s) evento (s) que le ha (n) ocasionado una tensión leve, moderada o intensa?

¿CUALES? _____ 59

_____ 60

_____ 61

NO ANOTE EN ESTA SECCION.

Por favor indique cual (es) evento (s) ocurrieron en el último mes.

Marque el (los) números (s) del (os) evento (s):

a) Ninguno.

62 63

b) Evento (s) número (s): _____

64 65

66 67

68 69

3
80

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo -- cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa cómo 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 aservaciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) _____ No me siento triste.
_____ Me 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 qué 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 critico 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

FALLA DE ORIGEN

- 10) No lloro más que de costumbre
 Lloro más que antes
 Lloro todo el tiempo
 Podría 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) Tengo decisiones tan bien como siempre
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes
 Se me dificulta tomar decisiones
 No puedo tomar decisiones en nada
- 14) No me 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 dormirme.
- 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
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar 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

FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA TRASTORNOS DE ANSIEDAD DSM-III R

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

DEPRESION MAYOR

1. ¿Cómo se ha encontrado su estado de ánimo últimamente?
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas, actividades o pasatiempos habituales o no ha podido disfrutarlas de la manera acostumbrada? ¿Desde cuando?
3. ¿Ha presentado pérdida del apetito y/o de peso importantes sin estar a dieta? ¿Cuánto?
4. ¿Ha presentado aumento del apetito o del peso? ¿Cuánto?
5. ¿Ha presentado dificultad para dormirse o se despierta frecuentemente o despierta demasiado temprano y ya no se puede volver a dormir?
6. ¿Se ha sentido con mucho sueño durante el día y tiene necesidad de dormir más de lo habitual?
7. ¿Se ha sentido que le faltan fuerzas o se siente cansado la mayor parte del día y/o casi todo los días?
8. ¿Se ha sentido inquieto o intranquilo a tal grado que no puede estar sentado sin moverse casi todos los días?
9. ¿Ha sentido que su conversación o sus movimientos son más lentos que lo normal?
10. ¿Se ha sentido inútil o culpable por cosas que no ha realizado? ¿Casi todos los días?
11. ¿Ha tenido dificultad para pensar o concentrarse?
12. ¿Ha sido para usted difícil tomar decisiones sobre cosas comunes? ¿Casi todos los días?
13. ¿Ha experimentado el deseo de morir o ha tenido en mente ideas de cómo quitarse la vida?

FALLA DE ORIGEN

14. ¿Ha intentado quitarse la vida?

15. ¿Qué edad tenía usted cuando por primera vez tuvo muchos de estos síntomas durante por lo menos dos semanas?

FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA TRASTORNOS DE ASIEDAD DSM-III R

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

DISTIMIA

1. Durante los dos últimos años ¿Se ha sentido usted la mayor parte del tiempo con ánimo deprimido o no interesado con las cosas que ordinariamente disfruta?
 2. Durante estos periodos de tristeza leve, usted generalmente:
 - a) ¿Tiene dificultad para dormirse o duerme demasiado?
 - b) ¿Tiene poca energía para hacer las cosas o se siente cambiado todo el tiempo?
 - c) ¿Se siente decaído? ¿Se siente inútil o fracasado?
 - d) ¿Tiene dificultad para hacer las cosas o para hacerlas bien?
 - e) ¿Se siente pesimista con respecto al futuro, o medita excesivamente sobre el pasado y siente pena de sí mismo?
 - f) ¿Existe algún cambio en su apetito? ¿Aumenta o disminuye en la época que se siente mal afectivamente?
 3. ¿Cuál fue el período más prolongado en los últimos dos años en que usted no se sintió deprimido?
 4. ¿Se ha sentido triste por periodos de más de dos semanas?
 5. ¿Nunca se ha sentido excesivamente contento en algunos periodos de tiempo?
- * Para hacer diagnóstico de distimia se deben calificar como mínimo 2 síntomas.

FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA LA APLICACION DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

La entrevista se inicia con la siguiente introducción: Me gustaría hacerle unas preguntas sobre su estado de ánimo durante la última semana.

1. ESTADO DE ANIMO

- | | |
|---|---|
| a) ¿Cómo ha sentido su estado de ánimo durante la semana? | 0 Ausente |
| b) ¿Se ha sentido deprimido? | 1 Este sentimiento se reporta espontáneamente. |
| c) ¿Se ha sentido sin esperanza? | 2 Este sentimiento se reporta verbalmente. |
| d) En la última semana, ¿qué tan a menudo se ha sentido deprimido? ¿Ha sido diario?, ¿Todos los días? | 3 Comunica sentimientos depresivos no verbalmente. |
| e) ¿Ha estado llorando? | 4 El paciente reporta estas emociones de manera verbal y no-verbal. |
-

2. SENTIMIENTO DE CULPA

- | | |
|---|--|
| a) ¿Ha estado usted especialmente crítico de sí mismo, sintiendo que ha dejado de hacer cosas o hecho cosas equivocadas, o que ha decepcionado a los demás?
SI LA RESPUESTA ES SI: ¿Qué clase de pensamientos ha tenido al respecto? | 0 Ausente |
| b) ¿Se ha sentido culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer? | 1 Autorreproche, siente que ha decepcionado a otros. |
| c) ¿Ha pensado que usted se ha provocado la depresión de alguna manera? | 2 Ideas de culpa o rumiación de eventos pasados. |
| d) ¿Piensa usted que su depresión es -- una forma de castigo? | 3 La enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa. |
| | 4 Oír voces acusatorias o que lo denuncian. Experimentar alucinaciones intimidantes. |
-

3. SUICIDIO

- | | |
|---|---|
| a) En la última semana ¿ha tenido pensamientos de que la vida no vale la pena o que sería mejor que usted estuviera muerto?
¿Ha pensado en herirse o aun en matarse?
SI LA RESPUESTA ES SI:
¿Qué opina de estas ideas? | 0 Ausente |
| b) ¿Ha efectuado intentos suicidas? | 1 Siente que la vida no vale la pena. |
| | 2 Deseos de estar muerto o fantasías de una posible muerte. |
| | 3 Ideas suicidas. |
| | 4 Intentos suicidas. |
-

FALLA DE ORIGEN

4. INSONNIO INICIAL

- | | |
|--|--|
| a) ¿Cómo ha sido su sueño en la última semana? | 0 Sin dificultades |
| b) ¿Ha tenido problemas para iniciar su sueño? | 1 Queja ocasional de dificultades para iniciar su sueño. |
| c) Cuando va a la cama, ¿cuánto tiempo le lleva quedarse dormido? | 2 Queja de dificultad diaria para iniciar su sueño.
(cualquier persona que tome medicamento para dormir es 2) |
| d) ¿Cuántas veces esta semana ha tenido problemas para iniciar su sueño? | |
-

5. INSOMNIO INTERMEDIO

- | | |
|---|--|
| a) ¿Durante la semana pasada se despertó más de lo común durante las noches?
SI LA RESPUESTA ES SI:
¿Se levanta de su cama?
¿Qué es lo que hace? | 0 Sin dificultades. |
| b) ¿Cuando regresa a su cama es capaz de volver a dormirse nuevamente? | 1 El paciente se queja de sueño intranquilo y poco reparador. |
| c) ¿Ha sentido que su sueño es poco reparador o intranquilo? | 2 Levantarse de la cama se califica como un 2 (excepto si es para ir al baño). |
-

6. INSOMNIO TARDIO

- | | |
|---|--|
| a) ¿A qué hora estuvo despertando por las mañanas la última semana? | 0 Sin dificultad. |
| b) ¿Se despierta con reloj de alarma o de manera espontánea por usted mismo? Antes de la depresión, ¿A qué hora acostumbraba despertar? | 1 Despierta en horas de la madrugada; permanece más de una hora despierto. |
| | 2 Incapaz de volverse a dormir o levantarse de la cama. |
-

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

- | | |
|---|---|
| a) ¿Cómo pasó su tiempo libre la semana pasada? | 0 No tiene dificultades. |
| b) ¿Ha sentido interés por hacer LO QUE MÁS LE INTERESABA nuevamente? ¿Ha tenido que esforzarse para efectuar esas actividades? | 1 Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o de debilidad. Esto relacionado con su trabajo o pasatiempos. |
| c) ¿Se ha contenido de hacer actividades que antes solía hacer?
SI LA RESPUESTA ES SI: ¿Por qué? | 2 Pérdida de interés por actividades, pasatiempos, esto reportado por el paciente o terceros. Indecisión para pequeñas actividades. |
| d) ¿Hay algo que usted desee hacer en futuro? | 3 Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o baja en su productividad. (En sujetos hospitalizados, calificar 3 si no participa en las actividades de ergoterapia). |
| e) En el seguimiento:
El interés por las actividades que solía hacer ha vuelto? | 4 Deja de trabajar del todo por la enfermedad actual. |

FALLA DE ORIGEN

8. RETARDO

(Movimientos y discurso lentos; problemas en su capacidad para concentrarse, y disminución en la actividad psicomotriz).

- a) Calificar basado en lo observado durante la entrevista.

- 0 Lenguaje y actividad normal.
- 1 Retardo ligero.
- 2 Retardo obvio.
- 3 Intervención difícil.
- 4 Estupor completo.

9. AGITACION

- a) Califíquese con base en lo que se observa en la entrevista.

- 0 Ninguna
- 1 "Jugar con el cabello, manos, ropa, etc."
- 2 Restregarse las manos, morderse las uñas, morderse los labios.

10. ANSIEDAD PSIQUICA

- a) ¿Se ha sentido especialmente tenso o irritable la semana previa?

- 0 Sin dificultades
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad.

- b) ¿Se ha estado preocupando demasiado por pequeñas cosas que ordinariamente no le preocuparían?
SI LA RESPUESTA ES SI:
Deme unos ejemplos.

- 2 Se preocupa por cosas menores.
- 3 Actitudes aparentes en cara y extremidades.
- 4 Temor visible, sin que se pregunte al paciente.

11. ANSIEDAD SOMATICA

- a) ¿La última semana ha tenido usted - alguno de los siguientes síntomas? (LEER LA LISTA EN VOZ LENTA, ESTAR SEGURO DE QUE EL PACIENTE ENTIENDE) Concomitantes fisiológicos de la ansiedad:

GI: Boca seca, indigestión, diarrea, cólicos.

CVS: Palpitaciones, edema.

Resp: Hiperventilación, suspiros.

Aumento en la frecuencia urinaria, Cefalea, sudoración, otros (especificar)

Cada síntoma se califica por separado.

- 0 Ausente
- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

- b) ¿Qué tanto le ha molestado el síntoma la semana pasada? ¿Cuántos días ha estado usted con estas molestias?

FALLA DE ORIGEN

12. SINTOMAS GASTROINTESTINALES

- | | |
|---|--|
| a) ¿Cómo ha estado el apetito, la semana pasada? ¿Cómo lo compararía en función de su apetito habitual? | 0 No hay cambios |
| | 1 Ha perdido el apetito, pero no tienen que forzarlo para comer. |
| b) ¿Ha tenido que esforzarse en comer? | 2 Dificultades para comer; necesita - que lo fuercen. |
| c) ¿Ha tenido otra gente que forzarlo a comer? | |

13. SINTOMAS SOMATICOS

- | | |
|---|--|
| a) ¿Cómo estuvo su nivel de energía la semana pasada? | 0 Ninguno |
| b) ¿Se ha sentido cansado todo el tiempo? | 1 Sensación de pesadez, pérdida de -- energía o fatiga? |
| c) La semana pasada sintió: ¿Cefaleas, dolores de espalda o dolores musculares? | 2 Cualquier molestia clara que se tenga todo el tiempo, califíquese 2. |
| d) ¿La semana pasada sintió sensación de pesadez en miembros, espalda o cabeza? | |

14. SINTOMAS GENITALES

- | | |
|--|---|
| a) ¿Cómo estuvo su interés en actividades sexuales durante la semana pasada? (no le pregunto sobre su ejecución. ¿Cuánto tiempo invierte al día pensando en sexo?) | 0 Ausente |
| | 1 Moderado. |
| | 2 Severo
(Interés: 50% por pérdida severa) |
| b) ¿Ha existido algún cambio en su interés sexual, después de su depresión? | |
| c) ¿Le preocupa este cambio en su actividad sexual? | |

15. HIPOCONDRIASIS

- | | |
|--|---|
| a) En la última semana, ¿Cuánto tiempo estuvo pensando en su salud física o en cómo trabajar su cuerpo? (cómo califica este cambio, comparado con su manera de pensar al respecto) | 0 No ausentes |
| | 1 Autocontemplación
(se fija en su cuerpo) |
| | 2 Preocupación por su salud |
| b) ¿Se queja muy a menudo de cómo se siente físicamente? | 3 Quejas médicas frecuentes |
| | 4 Delirios hipocóndricos |
| c) ¿Se ha encontrado últimamente pidiendo ayuda por cosas que usted puede hacer por sí mismo? | |
| SI LA RESPUESTA ES SI: Ejemplifique en qué tipo de actividades | |

FALLA DE ORIGEN

16. PERDIDA DE PESO CORPORAL

- a) ¿Cuánto peso ha perdido desde que inició su cuadro depresivo actual?
- 0 No hay pérdida de peso.
1 Probable pérdida de peso, asociada a la enfermedad actual.
2 Pérdida de peso definitiva.
- b) Piensa usted que le quedan sus ropas más holgadas?
- Si se conoce el peso previo:
0 Menos de 500g a la semana.
1 De 500 a 1000g a la semana.
2 1000g. por semana.
-

17. INSIGHT

- a) Califíquese con base en lo observado durante la entrevista.
- 0 Reconoce que tiene una enfermedad depresiva.
1 Se reconoce enfermo, pero debido a problemas de alimentación, clima, etc.
2 Niega estar enfermo.
-

18. VARIACION DIURNA

- | | A.M. | P.M. |
|---|------|------|
| a) La semana previa, ¿A qué horas -- del día se ha sentido peor? ¿Mañanas o noches? | 0 | 0 |
| b) Si existe variación, ¿Qué tan mal se siente, en comparación a cuando no se siente tan mal? | 1 | 1 |
| | 2 | 2 |
-

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION

- a) ¿En la semana pasada, de pronto tuvo la sensación de que todo era irreal y que usted se encontraba en una especie de sueño o como entre nubes? Tuvo la sensación de que usted se encontraba apartado de otras personas?
- 0 Ausente
1 Ligero
2 Moderado
3 Severo
4 Incapacitante
- b) SI LA RESPUESTA ES SI:
¿Qué tan severo fue esta percepción?
¿Con qué frecuencia ha observado estas alteraciones?
-

FALLA DE ORIGEN

20. SINTOMAS PARANOIODES

- | | |
|--|--|
| a) La semana previa, ¿Sintió que al
gien estaba tratando de presio--
narlo para hacerlo pasar mal? | 0 Nada |
| b) SI LA RESPUESTA ES NO: ¿Qué me
dice de gente que esté hablando
mal de usted, a sus espaldas?
SI LA RESPUESTA ES SI: Dígame -
más al respecto. | 1 Suspiciacia
2 Moderada
3 Ideas de referencia
4 Delirios derreferencia y persecución |

21. ALTERACIONES OBSESIVO-COMPULSIAS

- | | |
|--|-------------------------------------|
| A) ¿En la semana pasada tuvo que ha-
cer algunas cosas varias veces, -
revisando que estuvieran ordena--
das? | 0 Ausente
1 Moderado
2 Severo |
| b) SI LA RESPUESTA ES SI:
Deme ejemplos | |
| c) Ha tenido usted pensamientos que
le dan vueltas de manera constan-
te en la cabeza, sin poder apar--
tarlos? | |
| d) SI LA RESPUESTA ES SI: De ejem--
plos al respecto. | |

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERKNEHKT EH. Psiquiatria del S. VIII y Grecorromana. Breve Historia de la Psiquiatria. 2a. Ed. New York 1968 p.10, 34-40, 54-59, 70-73, 77-81.
- 2.- ADAMS M, ADAMS J. Life events, Depression and perceived problem solving alternatives in adolescents. J. Chil.Psychol. Psych. 1991.Vol.32 No. 5 p.811-820.
- 3.- ANGI M., RUPOLO G., De BERTOLINI C., BISANTIS C. Personality, psychophysical stres and myopia progression. A prospective study on 57 university students. Graefe's Arch. Clin. Expr. Ophthal. 1993 231-3 p.136-140.
- 4.- BEBBINGTON P. Gender Parity and the prevalence of minor affective disorder. Bri.J. of Psych. 1991 (158) p.40-45
- 5.- BEBBINGTON P. Social epidemiology of depression and the neuroses. Current Opinion in Psych. 1989 (2) p. 204-207.
- 6.- BLACKER C.V.R. and CLARE A.W. The prevalenceand treatment of depression in general practice. Psychopharmacology 1988 (95) p. 514-517.
- 7.- BRAMNESS J.G., FIXDAL T.C., VAGLUM P. Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. Act. Psych. Scand. 1991;84: 340-345.
- 8.- CARNEY M.E. Narcissistic concerns in the educational experience of law students. J. Psych. Law 1990 18/1 (9-34).
- 9.- COLE G.E. Life change events as stressors and their relation ship to mental health among undergraduate university students. Psychol. Reports 1985 (56) p. 387-390.
- 10.- COYNE J.C. Social factors and psychopathology: stress, social support and coping processes. Ann. Rev Psychol. 1991 (42) p.401-405.
- 11.- CREED F. Life events and stress. Current Op. in Psych. 1993 6:269-273.
- 12.- DAVIES M.H., ROSE S. and GROSS K.W: Life events, social interaction and psychiatric symptoms in general practice: a pilot study. Psychol. Med. 1983 (13) p. 159-163.
- 13.- DENMAN CH. Recent and past stress: the origins of neurotic disorders. Curr. Op.in Psych. 1993 6,p.226-230.
- 14.- DION K.L., GIORDONO C. Ethnicity and sex as correlates of depression symptoms in a Canadian University Sample. The International Journal of Social Psych. 1990 Vol.36 No.1 p.30-41.

- 15.-DUBOBSKY S. Understanding and treating depression in anxious patients. *J. Clin. Psych.* 1990 Oct. 512,10 p.3-8.
- 16.- FOUILLOUX C., PETRA I., ROMERO M., GONZALEZ L.. Fuentes de estrés en estudiantes de medicina. Un estudio piloto. *Rev. Fac. Med. UNAM.* 1994 Vol.37 No. 3 Jul-Sept. p.132-136.
- 17.- FRANCO K., TAMBURRINO M., CARROLL B., SEIDMAN P., EVANS C. Sress profiles and their implications for intervention. *J. of Psych. Educ.* 1988 Vol.12, No.4 p.233-237.
- 18.- GAENSBAUER T., MIZNER G. Developmental stresses in Medical Education. *Psychiatry* 1980 Vol. 43 Feb. p.60-69.
- 19.- GONZALEZ F. Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Mestría 1992 p.6-8.
- 20.- JOHNSONJ., SARASON I. Life stress, depression and anxiety: internal-external control as a moderator variable. *J. Psychosom. Res.* 1978 Vol.22 p. 205-208.
- 21.- KAPLAN H., SADOCK B. Ciclo vital; Psiquiatría infantil. *Compendio de Psiquiatría 2a. Ed.* 1991. p. 6-7, p.888-890.
- 22.- KIDD C., CALDBECK-MEENAM J. A comparative study of Psychiatric morbidity among students at two different universities. *Bri. J. Psych.* 1966, 112 p. 57-64.
- 23.- KNOWLES J. The part played by gender in neurotic disorders. *Curr. Op. Psych.* 1993,6:221-225.
- 24.- McFARLANE A. Acute reactions to stress. *Curr. Op. Psych.* 1991, 4:308-312.
- 25.- MONAT & LAZARUS. Sress and some of its effects. *Sress and coping an anthology.* 2. ed. 1985 p. 18-54.
- 26.-MOOS R. Depressed outpatients life context. Amount treatment and treatment outcome. *J. Ner. Men. Dis.* 1990 (178) No. 6 p. 171-177.
- 27.- MOOS R., SWINDLE R. Sterssful life circumstances: concepts and measures. *Stress Med.* 1990 Vol. 6: 171-178.
- 28.- MULLEN P., MARTIN J., ANDERSONJ., ROMANS S. and HERBISON G. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Bri. J. Psych.* 1993. 163:721-732.
- 29.-NEZU A., NEZU C., Depression, general distress and causal attributions among university students. *J. Abn.Psychol.*1986,Vol. 93 No. 2,184-186.
- 30.- O'NEILL MK. MINGIE P. Life stress and depression in university students: clinical illustrations of recent research. *J. Am. Coll. Health* 1988 36/4 p. 235-240.

- 31.-PAYKEL E. , MYERS J.,DIENELT M.Life events and depression . Arch. Gen.Psych. 1969.Vol. 21 Dic. p.753-760.
- 32.- RAHE R. Epidemiological studies of .life change and illness. Intl. J. Psych. Med. 1975. Vol.6 (1/2) 133-146.
- 33.- SCOTT L, O'HARA MW. Self discrepancies in clinically anxious and depressed university students. J. Abn. Psychol. 1993: 102/2 p. 282-287.
- 34.- SELBY R., WEINSTEIN HM.,STEWART B.. The health of university athletes: attitudes, behaviors and stressors. J. Am Coll. Health. 1990; 39/1 p.11-18.
- 35.- SPILLMAN D. Survey of food and vitamin intake responses reported by university students experiencing stress.Psychol. Reports. 1990, 66/2 p.499-502.
- 36.- TOWES J., LOCKYER J., DOBSON D., BROWNWLL A. Stress and harassment:perceptios of students and residents, stress among residents, medical students and graduate Science students. Academic. Medicine 1993 Suppl. Vol. 68 No. 10 Oct.p. 546-548-
- 37.- VASSILAS C. Suicide and deliberate self-harm. Curr. Op. Psuch. 1993, 6: 216-220.
- 38.- VIZAN R., BENITEZ M., GRACIA R, GLEZ. DE RIVERA J. y REVUELTA. Acontecimienos vitales y conducta autodestructiva. Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica. 1993 21/5 p.205-210.
- 39.- WILKINSON G. Epidemiology of neuroses, Psychiatry and Primary care. Curr. Op. Psych. 1991. 4:242-244.
- 40.- WINOKURG. The validity of neurotic-reactive depression. New data and reappraisal. Arch. Gen. Psych. 1985. Vol. 42 Nov. p. 1116-1122.
- 41.- ZIMA B., KARNO M. Child Psychiatric epidemiology: methodologic challenges and future trends. Curr. Op. Psych. 1993, 6: 280-283.
- 42.- DSM III-R Trastornos afectivos Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. p. 231-236.