

11266 /



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

LA SALUD MENTAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA DE LA UNAM

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :
CLAUDIA FOUILLOUX MORALES



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F.

2002



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 esta 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.

A mis padres

A Carlos, Daniela y Damián

*Agradezco a los Doctores Jesús Gutiérrez,
Martha Romero y Ana Luisa Sosa,
su valiosa asesoría*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	2
Introducción	3
Fuentes de Tensión.....	5
Factores Psicosociales	9
Trastornos Psiquiátricos	13
Diferencias Genéricas	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.....	21
METODOLOGÍA.....	24
Tipo de Estudio	25
Material.....	25
Instrumentos.....	25
Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ).....	25
Entrevista Psiquiátrica Estandarizada	27
Escala de Fuentes de Tensión para Estudiantes de Medicina.....	29
Escala de Eventos de la Vida de Holmes y Rahe.....	30
Inventario para Depresión de Beck	31
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXO 1	71
ANEXO 2	93

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**LA SALUD MENTAL DEL ESTUDIANTE
DE MEDICINA DE LA UNAM**

MARCO TEÓRICO

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

E. Erikson en la introducción al libro "Emotional Problems of the Student" manifiesta que cada etapa de la vida tiene alteraciones emocionales características, esencialmente determinadas por las preocupaciones propias de la misma. Refiere que dichas alteraciones se pueden reducir si se detectan y se tratan en el momento en que se presentan, siendo posible evitar que se conviertan en "males crónicos". Añade que los jóvenes universitarios se encuentran en un período de transición entre la adolescencia y la adultez, que está caracterizado por una combinación de "inmadurez prolongada" y "precocidad provocada", que hacen a las universidades un terreno fértil para el estudio de estas características y de su entrecruzamiento con conductas no saludables.

Lamothe y otros autores reportan en 1995 que en las universidades del Canadá más de un 40% de los estudiantes que ingresan anualmente, tienen dificultades en sus estudios, muchas veces debidos a los problemas que enfrentan a su ingreso a la universidad, como son el salir a vivir lejos de casa, el establecer nuevas amistades, pero sobre todo el tener que responder a demandas académicas mucho mayores que las que tenían previamente.

Todo estudiante tiene el derecho a esperar que su educación lo equiepe con las "herramientas" necesarias para su competencia profesional. De tal manera la escuela de medicina debería enseñar, además de los aspectos teóricos propios de la carrera, las habilidades específicas para afrontar las tensiones a las que inevitablemente se ven expuestos los profesionales de la salud.

No está claro si los estudiantes de medicina tienden a desarrollar más problemas de salud mental que otros estudiantes con altos logros o gente joven de su nivel educacional. En la población en general, los problemas psiquiátricos tienden a presentarse con mayor frecuencia, durante la tercera década de la vida, años en que ocurre el entrenamiento médico. Estos problemas pueden ser exacerbados por los cambios naturales en la vida, tales como dejar el hogar, tener nuevas relaciones, la enfermedad de un familiar o los problemas financieros (Westermeyer, 1988).

En el desarrollo de su carrera, el estudiante de medicina cambiará de actitudes y adquirirá las formas especiales de aprendizaje que requiere su carrera. Se espera que asuma en cierta forma, la responsabilidad de la salud de otros seres humanos que no pueden curarse a sí mismos y muchas veces, tome la vida de ellos en sus manos. Esto implica un compromiso y manejo de la autoridad mayores a las de otros profesionales en nuestra sociedad. El aceptar esta responsabilidad en muchas ocasiones puede provocar culpa, ansiedad, y profundos sentimientos de incapacidad (ineptitud) o impotencia.

El alumno deberá aprender a enfrentar y ejecutar, sin ansiedad, actividades nada habituales para un ser humano. Algunas de ellas son: el aprendizaje mediante la disección de un cadáver, el examen de excretas, el confrontar la muerte a edades muy tempranas, el manejo del paciente con enfermedades terminales, la atención del paciente con dolor intratable, el manejo del

paciente psicótico y el abordaje de la vida sexual de las personas. En mucho de su trabajo cotidiano el médico transgrede prohibiciones comunes y tabúes de la comunidad.

Muchas veces las conductas del estudiante no están de acuerdo con las características que él considera deseables en un buen médico. La parte crucial de su identidad como "curador" se establece en el transcurso de la carrera de medicina y no en el momento en que empieza a actuar como médico. El alumno con frecuencia llega a la facultad con la idea de transformarse en un omnipotente y omnisciente "curador". Su autoimagen, una vez que se le ha asignado al cuidado de sus pacientes, queda en completo contraste con lo que él piensa que el médico debería de ser y de esta manera como ya se había dicho, puede desarrollar culpa, ansiedad y sentimientos de minusvalía.

El mundo del estudiante de medicina es más que un mundo académico. Ante él se presentan un amplio espectro de demandas que tienen diversas soluciones. Dentro de su misma vida escolar, actúa en un sinnúmero de roles dentro de este mundo altamente intrincado y especializado.

Algunos de los problemas tienen que ver con la ambigüedad y la incertidumbre en una profesión que se jacta de su racionalidad y competencia. Muchas veces los conocimientos técnicos pueden no ser tan detallados y extensos como las demandas lo requieren y el alumno tendrá que interactuar con otros profesionales para contender con estas demandas. El trabajar en equipo necesita de una disposición especial que no suele haber en muchos médicos.

El estudiante debe resolver estos problemas de manera personal, aún cuando esté influenciado por el medioambiente. En dicho proceso, sus fantasías, rasgos de carácter, talentos y valores personales, están involucrados. De tal manera, el crecimiento profesional de un alumno depende tanto del sistema social en el que se desenvuelve, como de sus rasgos de personalidad. En el desarrollo profesional, por tanto, se ven involucradas una variedad de tareas.

Si hablamos de la salud mental del estudiante universitario, sabemos que la mayoría de los autores que han hecho investigación en este campo coinciden en que de un 10 a un 25% de los alumnos requieren de algún tipo de ayuda médico-psicológica y que estos porcentajes bajan considerablemente cuando hablamos de trastornos psiquiátricos de mayor severidad, que incluso llegan a ocasionar que los alumnos abandonen sus estudios, como veremos más adelante.

Aún cuando los servicios de Salud Mental para estudiantes no son de creación reciente —en 1910 ya funcionaba un Programa en la Universidad de Princeton— han cobrado auge en las últimas décadas y el estudio de los problemas de salud mental en poblaciones universitarias es ahora un campo de investigación formal.

Durante 1992, un total de 1002 estudiantes consultaron el servicio de salud mental del hospital universitario de Manhasset, Nueva York. Algunas razones de consulta fueron: embarazo (19%), ideación suicida (14%), obesidad (8.7%), depresión (8%) y problemas relacionados con la

sexualidad (7.5%). Una tercera parte de ellos reportó uso problemático de sustancias en algún miembro de la familia. (Jepson y cols., 1998).

De 1678 estudiantes de pregrado encuestados en 1995 en una universidad australiana, 62% mostraron alguna ideación suicida y 6.6% reportaron uno o más intentos suicidas. Cerca de la mitad de los estudiantes que habían intentado el suicidio, no había acudido a ningún servicio de salud mental (Schweitzer, Klayich, McLean).

En 1997, Holm y Soeder investigaron la prevalencia de problemas psicológicos en los estudiantes de la Universidad de Heidelberg en Alemania y encontraron que el 16% reportaron problemas mentales severos y mostraron síntomas psicológicos. Síndromes depresivos, problemas laborales, ansiedad y conflictos interpersonales fueron las quejas más frecuentes.

Fuentes de Tensión

Muchos sucesos en la vida, deseables e indeseables, requieren de un ajuste. Cambios excesivos dificultan el ajuste y consecuentemente producen estrés. El estrés es un tipo de relación que se establece entre un individuo y su medio ambiente; se da cuando el primero siente que las exigencias del segundo sobrepasan sus posibilidades de afrontamiento. En términos de interacción y desenvolvimiento en situaciones que demandan cierto rendimiento a un individuo, es como se pueden ir desarrollando los elementos que propician desajustes internos. Lazarus (1984) plantea que cuando alguien se enfrenta a determinada situación que considera dañina o amenazante, o positiva, agitada y optimista, se establece un factor de reto; si esta transacción o encuentro se percibe como estresante, entonces se desencadenan procesos de afrontamiento para manejar la relación persona-ambiente que está resultando problemática.

Es necesario aclarar que desde la perspectiva de la teoría de Lazarus sobre el estrés, éste no está ni en los estímulos que se reciben del ambiente ni en la persona misma, sino que únicamente es un reflejo de la unión del individuo, poseedor de ciertas creencias y motivos, con un ambiente que tiene implícitos el daño, la amenaza o los retos. De este modo, se plantea que el estrés es un proceso dinámico que se desarrolla al amparo del tipo de relaciones que la gente establece con su entorno, incluyendo todas las características que este posee. Es decir, es un proceso multivariado que involucra estímulos, respuestas y las actividades mediadoras de evaluación y afrontamiento; además hay una constante retroalimentación de los sucesos, basada en los cambios de la relación persona-ambiente, de cómo se percibe y cómo se enfrenta.

Cada vez es más reconocido que el estrés es un problema al cual se enfrentan los médicos, el cual se asocia a muchos otros problemas como depresión, abuso de alcohol y de otras sustancias y aumento en las tasas de suicidio (Firth-Cozens, 1989).

Gran parte de la literatura sobre el desempeño de los estudiantes de medicina, enfatiza el alto grado de ansiedad encontrada en ellos. Para el manejo de esta ansiedad debe disponerse de programas de apoyo psicológico, pero el primer paso es el reconocimiento de estas formas de ansiedad.

Tanto la ansiedad como la depresión pueden provocar alteraciones en la concentración, la memoria y la toma de decisiones, por lo tanto, la detección de estos problemas es importante tanto para su manejo clínico paciente como para lo referente a los aspectos académicos. Aunque los estudiantes de medicina tienen presiones similares a las de otros estudiantes (por ejemplo, exámenes, sobrecarga de información, dificultades económicas y vocacionales), son los de medicina los que experimentan estos problemas más intensamente y están sujetos a mayor estrés (Benitez y cols, 1989).

Gaensbauer y cols. (1980) analizan el tiempo y la forma en que se presentan los trastornos emocionales en los estudiantes. Durante el primer año describen una serie de factores que ocasionan estrés como son: la complejidad del material a ser aprendido y las altas demandas intelectuales que implica esta nueva experiencia; en este momento como en otros, el estudiante puede sentirse incompetente y esto ocasionar baja autoestima y ansiedad. Otra dificultad del primer año es la cantidad del material que debe ser aprendido y el tiempo tan reducido para hacerlo. Una tercera causa de estrés es que las demandas académicas limitan la vida personal, social y familiar.

Una de las investigaciones más extensas sobre estrés en estudiantes de medicina es la reportada por Boyle y Coombs (1971) que trabajaron en sus investigaciones con alumnos de la Escuela de Medicina de Bowman Gray. Ellos encontraron que las demandas académicas fueron los estresores de mayor peso. La segunda fuente de estrés la constituyeron la falta de libertad y oportunidad para las actividades recreativas, sociales y los encuentros sexuales. Otros estresores en relación con el paciente fueron acerca de la muerte o de las enfermedades crónicas pero estos tuvieron un peso menor.

Algunas actividades como la disección de cadáveres no parecen tener un impacto mayor en los estudiantes de primer ingreso a medicina. Charlton y cols. En 1994 reportó que aunque en un primer momento la disección del cadáver ocasiona algunas reacciones emocionales, principalmente en las mujeres, los estudiantes rápidamente desarrollan un mecanismo de afrontamiento que los capacita para ver esta actividad como una ocupación muy por separado de sus tareas con seres humanos vivos.

Estos hallazgos también han sido consistentes en otras investigaciones. Edwards y Zimet (1975), llamaron la atención sobre las excesivas presiones académicas y la falta de tiempo de los estudiantes para actividades sociales y recreativas; los estudiantes también estaban preocupados de no dañar a sus pacientes. Funkenstein (1968) y Rosenberg (1971) reportaron resultados similares aunque describieron fuentes de estrés adicionales en las que incluían la prolongada dependencia del joven hacia sus padres y la baja autoestima asociadas con el rol de estudiante y la falta de recursos financieros.

Muchas facultades de medicina, como la de la UNAM, han programado dentro de sus planes de estudio, las experiencias clínicas hasta después del segundo año de la carrera de medicina, momento en el cual los estudiantes parecen tener ya conocimientos suficientes en ciencias básicas. Dichos alumnos se adaptan más fácil y exitosamente al escenario clínico si ellos participan en programas cuidadosamente planeados para dar secuencia al entrenamiento clínico desde las ciencias básicas. Ejercicios clínicos como el aprendizaje basado en problemas, durante todos los años de la carrera, les permiten integrar sus conocimientos y desarrollar mayor responsabilidad en el manejo de sus pacientes, lo cual muchas veces es el centro de los problemas de quien empieza a ser médico, (Coles, 1985). Como ya se dijo los estudiantes no desarrollan su identidad profesional hasta que ellos empiezan a tratar con pacientes.

Un problema frecuente en el estudiante de medicina es tener que equilibrar su vida profesional con su vida personal (Gaensbauer y Mizner, 1980). Muchos alumnos logran una excelencia académica a expensas de bajar su desarrollo y crecimiento en otras áreas de su vida personal. El desequilibrio entre estas áreas y el aislamiento emocional, contribuyen al cansancio emocional y físico, la depresión y la adicción. (Coombs y cols, 1990)

También han sido identificados otros estresores durante la carrera de medicina que se han diferenciado entre los asociados a las ciencias básicas y a las clínicas (Keniston, 1967, Gaensbauer y Mizner, 1980 Knight, 1981, Coburn y Joviasas, 1975, Edwards y Zimet, 1976, Lloyd y Cartrell, 1983, Vitaliano y cols, 1984, Firth, 1986, Wolf y cols, 1988, Brammes y cols, 1991). En las distintas investigaciones pueden identificarse quejas comunes, a pesar de que las encuestas fueron realizadas en distintos tiempos, con estudiantes de diferentes años, escuelas y culturas. Por ejemplo Coburn y Joviasas en 1975 en Canadá, Firth en 1986 en Inglaterra y otros estudios en escuelas de los Estados Unidos, entre los años 80's y 90's encontraron que las quejas más frecuentes en los años de ciencias básicas fueron en relación con la carga de material que se tiene que preparar para los exámenes, mientras en los años clínicos los problemas eran en relación con el cuidado de los pacientes (algunos de los cuales no mejoran o mueren), o bien el trato con el personal médico. Algunos estudiantes tenían dificultades económicas para continuar sus estudios. Muchos hicieron a un lado sus intereses personales y sus vínculos interpersonales lo que los llevó a tener sentimientos de aislamiento, por cargar la balanza del perfeccionamiento académico a expensas del crecimiento y desarrollo personales en forma integral (Gaensbauer y Mizner, 1980). La estructura de carácter obsesivo puede contribuir al éxito en ciertas áreas, mientras contribuye al fracaso en otras. Tal situación sucede, por ejemplo, con un brillante estudiante que puede ser muy destacado en sus estudios y el cuidado de sus pacientes, pero no puede adaptarse a su matrimonio.

En otra muestra de estudiantes de primer año, situaciones de estrés al inicio del año escolar fueron relacionadas con síntomas psicológicos tanto al inicio como al término del año, (Wolf y cols, 1991). En estudiantes noruegos el estrés fue un buen predictor de la salud mental y los datos mostraron consistencia con los encontrados en escuelas estadounidenses (Brammes y col, 1991).

Dos estudios merecen resaltarse por la metodología empleada, uno con un grupo de estudiantes que estuvieron sometidos a estrés (Vitaliano y col, 1989) y otro con estudiantes que presentaban síntomas psicológicos (Miller y Surtees, 1991). Los alumnos del primer estudio fueron identificados en 4 subgrupos: 1) resistentes: los que tenían puntajes bajos al inicio y al final del estudio, 2) persistentes: los que tenían puntajes altos al inicio y al final, 3) adaptados: los que tuvieron puntajes altos al inicio y bajos al final y, 4) maladaptados: los que tuvieron puntajes bajos al inicio y altos al final. Los 4 subgrupos se distinguieron por una diversidad de variables como el tipo de personalidad A, la expresión de cólera y las formas de enfrentar los problemas (Vitaliano y cols, 1989). Por ejemplo, aunque los resistentes y maladaptados empezaron el año con niveles similares en la expresión de cólera y locus de control externo, los maladaptados incrementaron estas variables y los resistentes nó.

Miller por su parte, resume brevemente algunos resultados de estudios paralelos con alumnos de primer año de la carrera de medicina en las universidades de Edinburgo, Escocia y de Houston, haciendo énfasis en los resultados de la Universidad de Edinburgo. En esta última universidad se entrevistó al 96% (175 de 181) de la población de primer ingreso y se les reentrevistó al finalizar el año escolar antes de los exámenes finales. Las entrevistas interrogaban sobre variables sociodemográficas, contactos sociales, mecanismos de afrontamiento, tipo de personalidad, habilidades académicas, eventos estresantes durante el año escolar y síntomas. Los estudiantes que tuvieron sintomatología describieron la evolución de sus síntomas mes con mes. El inicio del año escolar fue particularmente estresante: 50.3% de la muestra puntuó en el límite de enfermedad en el Cuestionario General de Salud de Goldberg (versión de 30 reactivos). La proporción descendió a 35.8% en la segunda aplicación. Otras mediciones de ansiedad y depresión también tendieron a disminuir en la segunda entrevista. Se distinguieron varios grupos: uno de estudiantes que siempre estuvieron bien, otro de alumnos que se recuperaron de un síntoma inicial, otros que desarrollaron síntomas y 15 que presentaron síntomas en forma continua durante el año escolar. Estos últimos, tuvieron varias características en común: poco o ningún apoyo familiar, introversión, tendencia a tener pleitos, relaciones de noviazgo estables, vulnerabilidad, suspicacia y dificultades para hacer amigos. Tipos particulares de apoyo correlacionaron con niveles bajos de síntomas en forma diferente entre las universidades de Edinburgo y de Houston. En Edinburgo, el apoyo de la pareja y los familiares fue más significativo, mientras que en Houston lo fue el número de confidentes (Miller y Surtees, 1991).

Aunque muchas de las observaciones hechas para los estudiantes de medicina no son privativas de ellos y más bien son problemas comunes a los universitarios, otros problemas sí son específicos de la carrera de medicina. La Asociación Médica Británica (British Medical Association) en 1992 señala los siguientes:

- Evaluaciones constantes "cara a cara" por el equipo médico y los propios pacientes.
- El tratar con la muerte, la enfermedad, el sufrimiento y los problemas éticos con ellos relacionados.

- Tener que realizar exámenes físicos a sus pacientes, cuando se está en edades en las que la experiencia sexual es en ocasiones prácticamente nula.
- Tener que dedicar muchas horas al estudio y trabajo, presentar muchos exámenes, tener pocos días de descanso, y por lo tanto, menos tiempo para la interacción social con amigos y familiares.

En general, la mayoría de los comentarios de los estudiantes en relación con los factores que provocaron tensión, son alrededor de la carga de trabajo tan grande, el poco tiempo para aprenderla, el no poder dedicar el tiempo suficiente al estudio, los sentimientos de incapacidad, el mal trato de los maestros, la falla en la estructura de los cursos y la falta de tiempo para el descanso y la recreación.

Como ya se dijo, no sólo los factores propios de la carrera de medicina son los más directamente relacionados con fuentes de estrés en los estudiantes. En relación con estresores en general en los últimos años se han incrementado las evidencias que indican asociación entre eventos de la vida que provocan tensión tales como inicio de una carrera profesional, promoción en el trabajo, muerte de algún familiar o divorcio de los padres, los cuales pueden llegar a producir un daño psicológico. También se ha reportado que mientras mayor sea el esfuerzo requerido para adaptarse a estos eventos, es mayor el riesgo de enfermedad mental y mayor el daño que se puede producir (Cole, 1985).

Algunos autores han sugerido que más que los eventos de la vida dramáticos, son los pequeños pero constantes, los que pueden tener un mayor efecto sobre la salud emocional.

Factores Psicosociales

Los factores psicológicos involucrados en el desarrollo de trastornos afectivos en los estudiantes de medicina, son a menudo diferentes a los de otras poblaciones estudiantiles. En muchos casos se hacen evidentes conflictos no resueltos.

El medioambiente de la escuela de medicina puede ser un factor importante de falla o de éxito para el estudiante. El mismo ambiente puede ser retador para un estudiante y frustrante para otro. Ciertos alumnos profundizan en cursos en los cuales tienen mayor interés y tratan superficialmente otros. Algunos no toleran verse forzados a dividir su tiempo por igual entre todos sus cursos, independientemente de sus intereses o aptitudes.

Un medioambiente competitivo es una fuente de problema para algunos estudiantes. El grado de competitividad varía de institución a institución y de grupo a grupo. En la Facultad de Medicina de la UNAM las diferencias en el nivel competitivo son más notorias entre los alumnos que pertenecen a los llamados Núcleos de Calidad Educativa (NUCE), que son grupos de alumnos sobresalientes que se forman a inicio del ciclo escolar con alumnos de excelencia

académica. Los niveles de tensión son mayores entre estos alumnos quienes además de adaptarse a los estudios de la carrera de medicina deben mantener un alto nivel de competencia. Por otro lado, los alumnos de los grupos no NUCE se sienten en un nivel secundario aunque son alumnos que han destacado también en sus estudios de bachillerato, ya que el ingreso a la Facultad de Medicina de la UNAM tiene como requisito un promedio global numérico de 8.5/10. En general estos problemas tienen que ver con otros problemas de tipo primario no solucionados (con sus familiares u otras personas).

Como ya se dijo numerosas investigaciones han identificado una alta frecuencia de personalidad obsesiva en el estudiante de medicina. Los rasgos obsesivos de tendencia a la duda, al perfeccionismo, la capacidad para el trabajo arduo y el ser detallista le sirven al alumno en su preparación para la práctica de la medicina, pero estos mismos rasgos pueden a veces traducirse en desventaja, como por ejemplo, cuando hay una necesidad imperiosa de aprender con profundidad todo el volumen de conocimientos médicos. (Molish, 1950, Schlageter y Rosenthal, 1962, Coombs y Virshup, 1994).

Algunos estudios indican que muchos hijos de médicos tienen más problemas académicos y emocionales en la escuela de medicina que sus demás compañeros. Esto puede deberse a que la medicina no sea su verdadera vocación o bien a que vean a sus padres como fuertes, omnipotentes, excelentes y altamente exitosos y estén convencidos de que nunca podrán llegar a ser como ellos, con una resultante sensación de ser inadecuados e incapaces, desarrollando una baja autoestima. (Knight, 1973).

Otra circunstancia es el autoritarismo que en materia curricular y administrativa, impera en algunas escuelas de medicina y provoca ansiedad en ciertos estudiantes. Por ejemplo, hay alumnos que tienen la impresión de que un profesor está bloqueando su avance y desarrollo. Por otro lado, hay problemas docentes se hacen mayores cuando existen además, problemas de autoridad.

Pocos logros en el área académica pueden también deberse a falta de capacidad, a la presencia de problemas psicológicos o a la falta de motivación para dedicar el tiempo suficiente a los estudios.

Se ha hablado de que la manera en la cual se afronta el estrés de la educación médica, más que los estresores por sí mismos pueden ser los determinantes primarios en los cambios en la salud (Lazarus y Folkman 1984). Muchos estudiantes reaccionan haciendo esfuerzos extremos por dominar el estrés o contrarrestarlo; cuando se enfrentan a un problema se encaminan directo a tratar de eliminarlo. Otros, más bien se inclinan a cambiar su medioambiente más que cambiar ellos. Comparado con estudiantes graduados en otros campos, los estudiantes de medicina sobresalen por la rapidez y el ahínco con que idean planes bien organizados para cambiar las cosas; no examinan sus sentimientos, fantasías y motivos. Otros alumnos poseen una extraordinaria capacidad para cambiar sentimientos e ideas, para manipular estas ideas y a veces, olvidar los sentimientos que originalmente las provocaron. En resumen, cuando el estudiante de medicina confronta una ansiedad personal o situaciones estresantes, parece estar mucho más preocupado por sus conocimientos, la planeación de alguna acción racional, o el

análisis de las implicaciones teóricas del problema, que por explorar sus sentimientos (Keniston, 1967). El enfrentar el problema detectado como causante del malestar en forma directa y el enfrentar las emociones, son dos de las estrategias identificadas para tratar el estrés (Lazarus y Folkman, 1984). En una investigación, los apoyos sociales durante el primer año de la carrera no ejercieron un rol protector contra el malestar psicológico (Vitaliano y cols, 1989) mientras que en otro estudio, sorpresivamente el apoyo social fue asociado con mayor sintomatología psiquiátrica en los estudiantes de primer año (Foorman y Lloyd, 1986). Es posible que en la escuela médica los vínculos sociales puedan competir con las demandas sobre el tiempo y la energía del estudiante y de esta manera produzcan efectos adversos sobre su salud.

Según Knight (1981), el estilo adaptativo de los estudiantes de medicina tiende a ser contrafóbico y un tanto obsesivo. Estudios como los de Molish (1950), Schlageter y Rosenthal (1962) refuerzan esta idea del uso de defensas obsesivas. Para algunos estudiantes estas técnicas son adaptativas, pero para otros se vuelven excesivamente rígidas y poco saludables.

En la carrera de medicina se desarrollan competencias técnicas y a la vez se debe preparar al estudiante para contender con las hazañas psicológicas que requiere su profesión. Desde la primera ocasión en que se hace incisión a un cadáver hasta la vez que se atiende a un paciente terminal, se tiende a responder de forma similar. Una fase inicial de ansiedad o temor, hace que el sujeto se familiarice con el objeto que provoca la ansiedad, y así pueda desarrollar los conocimientos y las habilidades psicomotoras que lo hacen competente en su trabajo. Las emociones son gradualmente sacadas del trabajo médico y lo que permanece en la conciencia son los conocimientos y las habilidades. Así, adquirir conocimientos en forma exhaustiva, no es solo una manera de ayudar a los pacientes sino también una forma de defensa en contra de la ansiedad.

Stewart y cols. reportaron en 1995 los resultados de un estudio realizado en estudiantes del segundo año de medicina en Hong Kong, comparándolos con estudiantes encuestados antes de iniciar la carrera de medicina y con estudiantes de otras carreras que estaban también en su segundo año. Como ha sido encontrado en estudios occidentales, los estudiantes de medicina indicaron un alto nivel de malestar psíquico reflejado en sus autoreportes de ansiedad y depresión. También reportaron una mayor utilización de los servicios de salud, comparados con los otros dos grupos. Esta depresión y ansiedad fue correlacionada con aspectos del medioambiente y los programas en la Facultad de medicina, en relación con el esfuerzo y las habilidades para el éxito. La pérdida de oportunidades para mantener la vida social y recreativa como fuentes de gratificación, también fueron correlacionados con la ansiedad. El optimismo y los estilos de afrontamiento activo se correlacionaron negativamente con el malestar psíquico, es decir a mayor grado de estos atributos, menor grado de distrés.

En 1997 el mismo autor investigó longitudinalmente la depresión y ansiedad en 121 estudiantes de medicina. La primera encuesta fue realizada inmediatamente antes de iniciar la carrera y la segunda 8 meses después de haberla iniciado. Los estudiantes que iniciaron con altos rangos de ansiedad y depresión, poco optimismo y confianza, y estrategias de afrontamiento evitativas,

tuvieron un mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión y ansiedad en los siguientes meses. Estos hallazgos sugieren que hay estudiantes con características de mayor vulnerabilidad que pueden ser identificados a los inicios de la carrera y a los cuales se le puede proveer de un apoyo adicional.

Las fuertes demandas sobre el tiempo primero de los estudiantes y más tarde de los médicos, pueden funcionar como un mecanismo de defensa para no pensar en ellos mismos. Aunque esto puede no ser del todo saludable, sirve para acumular una buena cantidad de conocimientos técnicos.

Zeldow y Daugherty (1987) observaron que el grado de distrés que pueda sentir un estudiante depende de las necesidades que se tengan de status, prestigio y poder.

Franco y cols. (1988) encuestaron a 222 estudiantes del segundo y tercer años del Medical College de Ohio y encontraron que las dificultades financieras, el estar soltero y estar alejado de la familia durante la carrera de medicina, fueron situaciones que se asociaron con un incremento de disforia en los estudiantes.

Simpson y Budd en 1996 reportaron las causas de deserción de la carrera de medicina en la Escuela de Leeds en el Reino Unido en un período de 10 años. Ellos encontraron una deserción entre los años de 1983 a 1992 del 14% (283 estudiantes). En el 53% las causas que ocasionaron el abandono fueron académicas, es decir, los alumnos no cubrían los requisitos que la escuela requería. Del resto, 71 (30%) estudiantes dejaron la carrera por problemas personales (vocacionales o económicos), 20 (8%) estudiantes tuvieron problemas de salud, la mayoría de tipo psicológico.

Trastornos Psiquiátricos

Aunque la literatura sobre trastornos psiquiátricos entre los estudiantes no es extensa, las investigaciones sugieren que el problema es complejo. Desde 1956, Saslow reportó que un 26% de los alumnos de un grupo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington requerían intervención psiquiátrica. Pitts y cols. (1961) en la misma escuela investigaron subsecuentemente una muestra de 40 estudiantes de medicina tomados al azar e identificaron que el 15% estaban psiquiátricamente enfermos. Ironside (1966) aplicó MMPIs a un grupo de alumnos de medicina en Nueva Zelanda encontrando que el 24.3% había tenido perfiles elevados y que por lo menos el 13% requería de ayuda psiquiátrica. Otros estudios han indicado que del 4 al 18% de los estudiantes de medicina solicitan consulta psiquiátrica dentro de cualquier año de la carrera.

Saslow sugiere que los problemas más frecuentes en los estudiantes de medicina fueron las reacciones de ansiedad, el trabajo escolar ineficiente, la depresión y los trastornos obsesivo-

compulsivos. El trabajo de Hunter y cols. (1961) sugiere problemas de depresión, ansiedad y de tipo obsesivo-compulsivo. Raskin (1972) describió 4 tipos de crisis presentadas por los estudiantes de medicina: 1.- crisis de iniciación (sentimientos de inadecuación ante las nuevas tareas) 2.- crisis de renunciación (dudas acerca de su decisión de ser médico) 3.- evento extracarrera (muerte de algún miembro de la familia) 4.- trastorno psicótico.

Un reporte de Sacks y cols. (1980) sugiere que los estudiantes de primer año de la carrera de medicina presentaron problemas de ansiedad o depresión que se iniciaron después de haber sido confrontados con grandes cantidades de información académica. Algunos estudiantes mostraron preocupaciones hipocondríacas provocadas por sus experiencias con la muerte y la patología.

Del 11% de los estudiantes que solicitaron ayuda al Programa de Apoyo para los Estudiantes de Medicina de la Universidad de Kentucky, 40% tuvieron una reacción de ajuste con depresión, ansiedad o la mezcla de ambas; 22% tuvieron enfermedad afectiva; y 15% problemas en sus relaciones matrimoniales o interpersonales (Hays y cols. 1986).

Algunos estudios de la psicopatología en estudiantes de medicina, incluyen porcentajes de suicidio, hospitalización psiquiátrica, uso de drogas y alcohol, síntomas de estrés, depresión, ansiedad y dificultades en las relaciones interpersonales y familiares. Aunque los porcentajes de suicidio son altos para los médicos, el suicidio y la hospitalización psiquiátrica de los estudiantes de medicina han sido poco estudiados, por problemas de confidencialidad. Sin embargo, una encuesta realizada en 1981 en escuelas de medicina estadounidenses encontró porcentajes en los hombres comparables a la población general pero en las mujeres tres a cuatro veces más que en la población general (Pepitone-Arreola-Rockwell). Según los estudios de Simon (1968) en forma prospectiva durante 5 años, los porcentajes de muerte por suicidio se incrementaron más rápidamente entre los estudiantes de medicina que en la población general, comparados por edad, sexo y raza. Algunos de los problemas que se describieron entre los que intentaban suicidarse fueron: trastornos de ansiedad, trastornos de identidad y depresión.

Un indicador de mayor psicopatología en los estudiantes de medicina, es el abuso de sustancias. El uso de drogas por los estudiantes de medicina estadounidenses es comparable al de la población general a excepción del alcohol, los tranquilizantes y las sustancias psicodélicas, los cuales se usan con mayor frecuencia por los estudiantes de medicina (Pasnau y cols, 1994). Utilización excesiva, beber en forma "pesada", o problemas con el uso de alcohol han sido estimados en un 11% según los estudios de Clark (1988), en un 18% según los de Forney (1988) y en un 21% según los de Westermeyer (1988). Un problema agregado en el manejo de estudiantes de medicina que abusan o dependen del alcohol es que en muchas ocasiones su desempeño académico es bueno, probablemente por su efecto ansiolítico, lo cual refuerza la negación del problema.

Kidd y Caldbeck-Meenan en 1964 estudiaron dos universidades inglesas que diferían claramente en términos de su composición estudiantil, factores cultural y ambiental, tamaño y

tradición: la Universidad de Edinburgo y la Universidad de Queen's en Belfast. Utilizando el método Kessell, para la identificación de casos y población de alto riesgo, los autores encuestaron e hicieron seguimiento durante un año, de 1555 estudiantes en Edinburgo y de 975 estudiantes en Belfast, que constituirían la población de primer ingreso a estas universidades. Encontraron que, a pesar de que las dos poblaciones fueron social y demográficamente distintas, la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue semejante: 9% de los hombres y 14.6% de mujeres en Edinburgo y 9.1% de hombres y 13.5% de mujeres en Belfast. Hablando del diagnóstico de trastornos psiquiátricos formales, éste se hizo con mayor frecuencia en la Universidad de Edinburgo (4.9%), que en la Universidad de Belfast (2.8%). De todos los diagnósticos, los más frecuentes fueron neurosis de ansiedad, depresión reactiva y trastornos de personalidad inmadura. Los trastornos no formales correspondieron a síntomas psicológicos referidos por el paciente al médico o descubiertos por el médico que, aunque requerían de intervención médico-psicológica, no llevaron a un diagnóstico psiquiátrico propiamente dicho. También se encontraron en este grupo las reacciones psicofisiológicas y las enfermedades psicósomáticas. No hubo ningún caso de suicidio y las enfermedades psiquiátricas propiamente dichas se encontraron en baja frecuencia: 0.5% para los alumnos de Edinburgo y 0.2% para los de Belfast.

Okasha y cols. en 1977 reportaron la morbilidad entre estudiantes de la Universidad Aimm Shams del Cairo, los cuales fueron atendidos en el Centro de Salud Mental de la propia Universidad. De los más de 52, 000 estudiantes (30,694 hombres y 21.632 mujeres), fueron referidos a dicho centro 1, 050 casos (846 hombres que correspondían al 2.8% del total y 204 mujeres, 0.9% del total). El número tan bajo de mujeres en comparación con el de los hombres es diferente a lo reportado en trabajos previos por ingleses y estadounidenses. Los autores piensan que en esta universidad las mujeres evitan ir a los servicios de psiquiatría por razones de confidencialidad y privacidad. El número más alto de pacientes correspondió a estudiantes de la facultad de Ingeniería, siguiendo las facultades de Medicina, Educación y Leyes. El diagnóstico más frecuente fue el de neurosis de ansiedad (36%), seguido por el de depresión reactiva (12%), 15% de los estudiantes presentaban depresión de leve a moderada con fallas en la concentración, alteraciones del sueño y falta de interés. Los intentos suicidas fueron raros. Sin embargo, es riesgoso hacer conclusiones pues el estudio presenta muchos sesgos metodológicos.

Farnsworth en 1981 refiere en un escrito que a partir de su experiencia en tres diferentes instituciones educativas universitarias estima que 10% de los estudiantes, tienen trastornos emocionales lo suficientemente graves como para requerir de atención psiquiátrica, de 3 a 4% tienen sentimientos de depresión que determinan una disminución de su rendimiento, entre 1 y 2% se vuelven apáticos y son incapaces de dirigir en forma organizada sus esfuerzos, de .2 a .5% son incapaces de controlar sus impulsos y muestran trastornos del carácter, de .05 a .2% tienen intentos suicidas de los que lo logran entre .1 y .3% y entre .15 y .25% se vuelven lo suficientemente enfermos como para requerir tratamiento en un hospital psiquiátrico.

Un estudio de Lloyd y cols. (1983) con 71 estudiantes de medicina de la Universidad de Texas que solicitaron atención psiquiátrica, mostró una alta frecuencia en el diagnóstico de los trastornos afectivos: casi el 40% de los estudiantes se diagnosticaron con depresión que varió en intensidad; el segundo diagnóstico más frecuente fue la reacción de adaptación, el cual se asignó casi al 35% de los estudiantes; otros diagnósticos comunes fueron el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y la neurosis de ansiedad. Estos hallazgos son compatibles con los reportes de problemas psiquiátricos en otras poblaciones estudiantiles. Por ejemplo Stangler y Prince (1980) examinaron los diagnósticos según DSM-III de 500 estudiantes atendidos en la consulta externa en la Universidad de Washington: la reacción de ajuste fue el diagnóstico más común (29%) seguido por los trastornos afectivos (25.4%) condiciones no atribuibles a trastorno mental (14.6%) trastornos de ansiedad (9.2%) y otros diagnósticos menos frecuentes, como los trastornos de la alimentación en el 4.4%.

Una investigación de Salmons (1983) con estudiantes de pregrado de una universidad inglesa mostró que solamente 2 a 4% de los estudiantes presentaron un trastorno psiquiátrico que motivó la baja del curso y 1% ameritó hospitalización psiquiátrica. Se hizo notar, sin embargo, que la morbilidad psiquiátrica era probablemente mayor en forma considerable.

Casi todos los profesionales en el campo de la salud mental del estudiante enfatizan la prevalencia dominante de la depresión. El síndrome depresivo constituye el más común de los diagnósticos médicos en muchos servicios de salud estudiantiles; causa de deterioro agudo y crónico del funcionamiento académico y social del estudiante. También frecuentemente resulta en abandono de la carrera; las ideas suicidas con frecuencia forman parte del cuadro depresivo.

Cuando las respuestas al estrés se traducen en síntomas clínicos, el desempeño académico puede ser afectado en forma adversa. Koran y Litt (1988) reportaron que el 40% de los estudiantes de medicina se sintieron ansiosos o deprimidos durante por los menos 4 semanas en alguna fase de su adiestramiento médico, en que su desempeño bajó.

En un estudio longitudinal sobre depresión en el cual se hicieron 6 evaluaciones del primero al último año a 116 alumnos de la carrera de medicina, por lo menos el 12% mostró síntomas depresivos en todas las evaluaciones dentro de los primeros tres años, siendo el más alto porcentaje de 25% al final del segundo año (Clark y Zeldow, 1988). Otra investigación longitudinal con estudiantes de primero y segundo años, mostró la misma incidencia de depresión o probable depresión mayor del 12%. La prevalencia a lo largo de la vida para depresión fué de 25% o sea, tres veces mayor que en la población general (Zoccolillo y cols, 1986). En los estudiantes de primer año los niveles de ansiedad de los alumnos con trastorno depresivo tuvieron una desviación estándar por arriba de la media de los que no tuvieron trastorno y el doble de severidad de la depresión durante el curso del primer año (Vitaliano y cols, 1989). Otro estudio reportó un 41% de depresión/ansiedad en las mujeres estudiantes de medicina y un 27% en los hombres (Hendrie y cols, 1990).

Eric y cols. en 1988 reportan el estudio de 523 estudiantes de la Universidad de Belgrado quienes fueron examinados un mes antes de su inicio en la Escuela de Medicina y dos años después a través de la aplicación del Cuestionario General de Salud (60 reactivos) y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg a los posibles casos. La prevalencia total de trastornos psiquiátricos fue similar en los dos tiempos (16.1% y 17.5% respectivamente). La mayoría de los estudiantes permaneció en las mismas condiciones diagnósticas.

Firth (1986) describe síntomas emocionales medidos por el cuestionario General de Salud en 318 estudiantes en el cuarto año, de tres universidades inglesas. La puntuación media fue más alta que la de grupos de esa misma edad en la población general. Se estimó una prevalencia de alteración emocional de 31.2%, una proporción similar a la de algunos reportes en estudiantes de medicina de los Estados Unidos. No hubo diferencias en las medias entre ambos sexos. 12 (4%) de los estudiantes reportó un alto consumo de alcohol y casi la mitad de todos los estudiantes había incrementado este consumo en los pasados dos años.

Como ya fue señalado, la investigación de Miller y Surtees (1990), la cual empleó materiales muy completos para evaluar el estado mental, la personalidad, el tipo de apoyo social con el que contaba el alumno, las maneras de afrontamiento y las habilidades académicas, reportó que el 62.4% de los alumnos sufrieron, por lo menos temporalmente, de síntomas depresivos durante su primer año de la carrera y 8.7% fueron sintomáticos en forma continua. Los instrumentos se aplicaron en una primera ocasión cuando los alumnos estaban siendo seleccionados para ingresar a la escuela y en una segunda ocasión, al finalizar su primer año.

En otro estudio de seguimiento durante el transcurso del primer año de la carrera, la autoestima y el afecto positivos (divertirse, estar alegre, sentirse vigoroso) decrecieron mientras que el afecto negativo (depresión, hostilidad) aumentó (Wolf y cols, 1991).

Los estudiantes son a menudo referidos a los servicios de salud mental no por depresión, sino por otros problemas como los de concentración y dificultades en el estudio. Ellos comentan que no pueden retener lo que leen y gradualmente baja el interés en sus estudios. Sienten culpa por su supuesta flojera y por la inversión de tiempo y dinero; hay también fatiga y letargo así como sensaciones de impotencia y desesperanza. Muchos alumnos piensan en abandonar la carrera.

Un estado depresivo florido es fácilmente reconocido por el estudiante mismo, no así los estados latentes o subclínicos, ya que muchas de las veces estas formas se confunden con flojera o pobres hábitos de estudio del alumno. La depresión en los estudiantes puede también simular una personalidad esquizoide, por la sensación de estar aislados y la incapacidad de relacionarse en forma significativa.

Bramnes y cols. (1991) estudiaron dos grupos de estudiantes de medicina de la Universidad de Oslo, un grupo de primer año y otro del último año de la carrera para investigar: si había diferencias en la salud mental y la autoestima entre los estudiantes y la población general; si había diferencias entre los alumnos de primer año y los del último año, si había asociación

entre la percepción de estrés y la salud mental de los estudiantes y si esta asociación persistía cuando se tomaban en cuenta algunas variables sociodemográficas, el apoyo social y la autoestima; y finalmente, si había diferencias entre ambos sexos. Con relación a la salud mental no hubo diferencias entre las estudiantes y la población general; sin embargo, los estudiantes hombres reportaron significativamente más síntomas que los varones de la población en general. Esta diferencia se hizo más notoria en el grupo de alumnos de primer año. En el grupo total de hombres y mujeres no hubo diferencias significativas; sin embargo, las mujeres en su último año de carrera tendieron a reportar más síntomas que los hombres. Con relación al número de casos psiquiátricos encontrados (por SCL-9), éste fue semejante al de la población en general (15%). Con relación a la autoestima, los estudiantes de medicina reportaron más baja autoestima que la población general. Por lo que respecta a las fuentes de estrés percibidas por los estudiantes de medicina, fueron 4 los reactivos del cuestionario (PMSS) que se correlacionaron con la salud mental de los mismos: sentimientos de aislamiento, y anonimato propiciados por la escuela; percepción de la misma como un lugar frío, impersonal y burocrático; interferencia de las actividades de la carrera con los intereses personales de los estudiantes; temor de los alumnos de no poder responder a las responsabilidades propias de la carrera y a la carga de trabajo. Sus resultados mostraron que aunque los estudiantes de Noruega no están tan estresados como los de los EU, el nivel de estrés fue un buen predictor de la salud mental tanto en un país como en el otro.

En 1998, Workley reportó que el servicio de Salud Mental para estudiantes de medicina de la Universidad de Arkansas, inaugurado en 1992 es consultado por uno de cada 4 estudiantes durante el tiempo de su carrera. Los estudiantes consultan por una extensa variedad de problemas, con la seguridad de que son atendidos en forma confidencial.

Otras investigaciones han estudiado los cambios en las actitudes, valores, afecto y personalidad de los alumnos. Ha sido demostrado que en un número de ellos aumentan las actitudes de despreocupación (cénicas) y decrecen los sentimientos humanitarios a medida que avanzan en la carrera de médico, así como aumentan las características hedonistas de la personalidad (Wolf y cols, 1989, Whittemore y cols, 1985). Debe aclararse que los datos anteriores no son constantes en todas las investigaciones, ya que en algunos estudios se han mencionado cambios positivos tanto como negativos y en otros se han hecho diferentes interpretaciones al incremento en las actitudes de despreocupación.

Diferencias Genéricas

En cuanto a los estresores propios de las mujeres, en los inicios de los 70's varios artículos aparecieron en la literatura psiquiátrica y de educación médica que hablaban sobre los estresores adicionales a los que se enfrentan las estudiantes mujeres. Estos reportes describieron los conflictos de identidad generados en las mujeres que están intentando integrar el rol de buen médico con el de ser mujer/esposa/madre. Nadelson y Notman (1973) observaron que la



elección de una carrera médica sitúa a las mujeres en una dirección opuesta a su rol tradicional y socialmente aprobado, de permanecer en el hogar de tiempo completo, para realizar las tareas del mismo y cuidar a los hijos. Además ellos observaron que la realización en el rol de médico requiere de cierto grado de autoridad, actividad, y decisión lo cual contrasta con las características de pasividad, dependencia y cumplimiento de los roles tradicionales asociados con la femineidad en nuestra cultura. Los autores llamaron la atención en relación con que las mujeres experimentaban mayor estrés al querer enfrentar la tarea de preservar su identificación femenina, mientras se alejaban de las expectativas culturales. Aunque las mujeres tuviesen resueltos estos conflictos puede ser que estén interactuando con otras personas que no piensen igual que ellas. También observaron, que en ocasiones sus compañeros o instructores pueden dirigir a las estudiantes dosis considerables de agresión, de abandono o rechazo. Se ha dicho que en ocasiones, "los hombres se sienten amenazados al competir con las mujeres" y tal situación puede desencadenar respuestas como la de dejarlas fuera de una discusión.

El estrés de rol y la discriminación genérica en las escuelas de medicina pudieran afectar la salud mental y el sentimiento de bienestar de las estudiantes. Varios estudios han reportado que las alumnas utilizan los servicios de salud mental más frecuentemente que sus colegas varones. Davidson (1964) encontró que los servicios de salud mental fueron tres veces más frecuentados por las estudiantes que por los varones en la escuela de medicina de Baylor en Estados Unidos. Ella observó que los conflictos de rol y las prácticas discriminatorias fueron frecuentemente manifestados por las estudiantes.

Lloyd y cols. (1981) estudiaron alumnos del primer año de la carrera de medicina de la Universidad de Texas, para evaluar las diferencias en el funcionamiento psicológico. Inicialmente no fueron encontradas diferencias genéricas en cuanto al ajuste. Para mediados del año escolar, sin embargo, las mujeres desarrollaron mas síntomas psiquiátricos y reportaron menor satisfacción con sus vidas. A finales de año, las mujeres permanecieron más sintomáticas pero en forma menos aparente, que a mediados de año. Las mujeres también reportaron más conflicto de rol y describieron a sus familias con menos apoyo en la elección de su carrera.

Respecto a las diferencias por sexo en los trastornos psiquiátricos, hay poca información pero esta refiere, como ya se mencionó anteriormente, que las mujeres solicitan con más frecuencia atención psiquiátrica que los hombres, lo cual a su vez sugiere que las primeras pudieran experimentar mayor distrés, pero esto es difícil de concluir, ya que también hay una mayor prevalencia en las mujeres de algunos trastornos que se presentan frecuentemente como la depresión. El reporte de Lloyd y cols también mostró que un 11.7% de las mujeres y un 3.8% de los hombres solicitaron atención en salud mental durante el primer año de la carrera. También los problemas de estrés por el rol social y de identidad fueron quejas frecuentes de las estudiantes.

Aunque las mujeres en la población general solicitan servicios en salud mental dos veces más que los hombres, se observa una frecuencia aún mayor en las estudiantes de medicina lo que sugiere que los conflictos en relación con su género, significan un estrés adicional. Aún así, es

muy difícil sacar conclusiones tomando en cuenta únicamente los datos de las personas que solicitan los servicios de salud.

Vitaliano y cols. (1989) estudiaron a 312 estudiantes del primer año de la carrera de medicina de la Universidad de Washington, 64% hombres. En relación a los eventos de la vida muchos estudiantes reportaron deudas financieras o cambios de residencia. Dos eventos que se presentaron en forma significativa fueron la muerte o enfermedad de algún familiar cercano o amigo, en alumnos que nunca habían tenido esta experiencia. Respecto a la vulnerabilidad la edad no fue un factor de importancia pero si el sexo ya que las mujeres manifestaron mayor malestar que los hombres. Los datos sugieren que muchos estudiantes presentaban malestar cuando ingresaron a la carrera de medicina pero éste había aumentado al finalizar el año escolar. Las mujeres tuvieron puntajes más altos que los hombres, aunque las diferencias fueron más bajas que las de otros estudios.

Algunas investigaciones reportan que las mujeres médicos tienen un riesgo tres a cuatro veces mayor que las mujeres de la población total para cometer suicidio; la mayor proporción de estos suicidios se presentan en mujeres solteras. Esto puede ser un dato de importancia ya que se sabe que el suicidio consumando en la mujer tiene menor prevalencia que en el hombre.

Una queja común tanto de las mujeres deprimidas como las no deprimidas fue la de la interferencia de sus estudios en su tarea de encontrar pareja (28%), sintiéndose incapaces de competir con mujeres que tienen la posibilidad de adoptar un rol más tradicional. Los hombres, por su parte, se encuentran más vulnerables a presentar sentimientos de ser inadecuados, porque su rol implica siempre mayor fortaleza.

Otras investigaciones como la de Richman y Flaherty (1990) con estudiantes de medicina, no han encontrado diferencias entre hombres y mujeres con relación a su salud mental. Ellos especularon que esto se debió a una mejor autoestima y salud mental en las mujeres que eran seleccionadas para ingresar a la carrera de medicina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Planteamiento del problema

Los programas de salud mental dentro de las universidades han incrementado en número en las últimas cuatro décadas. Es necesario conocer la problemática de los estudiantes dado que se pueden implementar medidas tendientes a prevenir, detectar e intervenir en forma temprana en sus problemas médico-psicológicos y así impedir su repercusión sobre el proceso enseñanza-aprendizaje y sobre su desarrollo personal y a futuro, profesional.

Las investigaciones sugieren que no hay muchas poblaciones en las cuales la relación entre medio ambiente social estresante y el desarrollo de síntomas psiquiátricos es tan claramente manifiesto y tan potencialmente sujeto a implementar intervenciones. Las respuestas de los estudiantes a factores tales como cambios en sus condiciones de vida académica y/o social pueden a menudo ser claramente identificadas en la clínica y es posible su estudio dentro de la comunidad universitaria. La carrera de medicina en especial, demanda del alumno un gran esfuerzo, entrega y desarrollo de un alto nivel de responsabilidad por lo que los problemas de salud mental pueden disminuir su habilidad para aprender y dar como consecuencia un completo fracaso escolar o un mal desempeño en su ejercicio profesional.

En muchas ocasiones se han tenido dificultades para investigar la prevalencia de la morbilidad psiquiátrica en las universidades y esto puede deberse a distintas causas como: 1) que no todos los estudiantes solicitan ayuda cuando la requieren 2) que algunos que sí la solicitan, no acuden a los servicios universitarios 3) que los que la requieren y acuden a los servicios universitarios muchas veces abandonan el tratamiento o no se les da seguimiento y 4) que no siempre hay uniformidad en los criterios diagnósticos que se aplican en su estudio, además de que muchos jóvenes no presentan cuadros claros e inequívocos de trastorno mental.

En el medioambiente de las universidades, la organización de servicios de asistencia adquiere mayores dimensiones debido a varios factores: la salud de las universidades está centrada en un complejo grupo social, la comunidad estudiantil, la cual es "el paciente"; la universidad por sí misma es una entidad abstracta que se encuentra insertada en la población general; las características de los servicios que se encargan de preservar la salud.

Cuando ante un problema queremos desarrollar un programa preventivo debemos conocer los siguientes aspectos: 1) La naturaleza y magnitud del problema, para saber el tipo de atención necesario y el número de personas que lo requieren. 2) Las características de la comunidad que presenta el problema. 3) Los servicios disponibles para otorgar tratamiento.

La población de la UNAM está geográficamente dispersa y pertenece a toda la gama de niveles culturales, económicos y sociales. Sin embargo, en relación con la salud mental hay algunos factores que facilitan establecer lineamientos de intervención. Por ejemplo, el hecho de que la población universitaria sea homogénea en edad (la mayoría de los estudiantes son adolescente o adultos jóvenes) y en ocupación (proceso enseñanza-aprendizaje).

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación fue conocer los síntomas psicopatológicos más frecuentemente reportados por los estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la UNAM.

Los objetivos específicos son:

- (1) Conocer las variables sociodemográficas más importantes de la población (edad, sexo, estado civil, escolaridad de los padres, etcétera).
- (2) Identificar posibles "casos" psiquiátricos y conocer los síntomas psiquiátricos que se presentan más frecuentemente en la población.
- (3) Identificar las fuentes de estrés más frecuentemente percibidas por los estudiantes de medicina de la UNAM.
- (4) Conocer otros eventos estresantes que se presentan al mismo tiempo que los estudiantes ingresan a la carrera de medicina.
- (5) Identificar los síntomas depresivos que se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes del primer año de la carrera de medicina.
- (6) Comparar por género los datos obtenidos en cada uno de los instrumentos.
- (7) Analizar los datos en el seguimiento a un año, es decir, en las tres mediciones.
- (8) Comparar los datos dividiendo a los alumnos en "caso" - "no caso".
- (9) Correlacionar entre sí los resultados del Cuestionario General de Salud, la escala de Fuentes de Tensión y el cuestionario de Eventos de la Vida, en sus tres diferentes aplicaciones.
- (10) Comparar los resultados de las mediciones repetidas.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo, comparativo, observacional.

Material

Muestra

Total de alumnos de primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Instrumentos

1. Cuestionario sobre Datos Sociodemográficos.
 2. Cuestionario General de Salud y Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg.
 3. Cuestionario sobre Fuentes de Tensión en los Estudiantes de Medicina de la UNAM.
 4. Cuestionario sobre Eventos de la Vida de Holmes y Rahe.
 5. Inventario de Beck para Depresión.
- ***Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ)***

Este cuestionario es uno de los instrumentos de tamizaje de casos psiquiátricos más ampliamente utilizado en todo el mundo. Fue diseñado por Goldberg y cols. como una prueba de tamizaje para enfermedad psiquiátrica no psicótica (Goldberg 1972 y 1978). Es un instrumento de autoaplicación y el cuestionario original consta de 60 reactivos, del cual se han derivado versiones breves, la más reciente, de tan sólo 12 reactivos (Goldberg, 1997). La sensibilidad y especificidad del GHQ para detectar casos se encuentra entre el 89 y 90%. Las diferentes versiones han sido validadas para la población general (Finlay-Jones y Murphy, 1979), para poblaciones de atención de primer nivel (Tennant, 1977; Medina-Mora, 1983) y para poblaciones especiales (Sharp, 1988).

El cuestionario pretende evaluar la severidad del trastorno al momento de aplicarlo, y sus reactivos describen sentimientos anormales y aspectos de la conducta observada. Se pide a los sujetos estudiados que comparen el grado en el cual experimentan cada reactivo en ese momento, con el grado en el cual lo experimentan generalmente; es decir, en la medida en la que su estado actual difiere de su estado usual. De esta manera, el cuestionario revela dos fenómenos: la incapacidad para realizar las funciones normales sanamente, y la aparición de un suceso de naturaleza tensionante.

Place (1987) al tratar de identificar los instrumentos de tamizaje más idóneos para adolescentes, comparó el Cuestionario General de Salud con otros 5 instrumentos encontrando que, de manera global, este cuestionario mostró mejor sensibilidad, especificidad y tasa de clasificación errónea más baja al estudiar una muestra de 1870 alumnos adolescentes.

Este instrumento ha sido probado en poblaciones universitarias yugoeslavas Radovanovic y cols., 1988), inglesas (Miller y Surtees, 1991), chinas (Shek, 1989), japonesas (Takeuchi y cols., 1993), españolas (Benitez y cols., 1989), australianas (Tennant, 1977), paquistaníes (Mumford, 1989) y mexicanas (Romero y cols. 1987, 1996).

Aunque su validez ha sido demostrada existe la necesidad de revalidar el Cuestionario General de Salud cuando se utiliza en lugares diferentes o en poblaciones con distintas características dado que su efectividad como prueba de tamizaje puede variar de acuerdo con la población que haya sido identificada, con la forma de presentar las preguntas y con la prevalencia total de trastornos en una población específica.

Estudios realizados en México han comprobado el valor discriminativo de los reactivos en poblaciones con diferente nivel de escolaridad (Martínez, 1980), así como la sensibilidad y especificidad del instrumento, para utilizarse en la práctica médica general en diferentes niveles socioculturales (Medina-Mora 1983, Padilla y Ezban, 1984).

Por último en 1987 fue reportado un estudio realizado por Romero y cols. llevado a cabo en una muestra de casi 300 alumnos universitarios de ambos sexos a quienes se les aplicó el cuestionario General de Salud en su versión de 60 reactivos. De ella se seleccionaron 134 sujetos cuyas respuestas incluían más de 6 puntos, así como una muestra al azar de aquéllos que presentaron menos de 6 síntomas. A esta muestra se le aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada. Para desarrollar la versión breve, todas las preguntas fueron recalificadas de acuerdo con el método de Likert (0, 1, 2, 3). Primero se llevó a cabo un análisis de los componentes principales y después se realizó una rotación varimax a través de la cual se pudieron conceptualizar 4 factores: ideación suicida (preguntas 50, 51, 52, 56, 57, 59, 60) depresión leve (preguntas 7, 16, 22, 28, 30, 36, 46) síntomas somáticos (preguntas 3, 4, 12, 13, 14, 20, 39) y ansiedad (preguntas 5, 6, 8, 38, 48, 55, 58). Al recalificar los 112 cuestionarios de la muestra de acuerdo con los 28 reactivos de la versión breve, se encontró que el mejor punto de corte que proporcionaba equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, era el de 4/5.

En investigación, este instrumento se puede utilizar en cuatro formas diferentes:

1. Para comparar el número de alteraciones psiquiátricas no psicóticas en dos poblaciones diferentes, comparando el porcentaje y las desviaciones estándar en cada población. Por ejemplo en el caso de población universitaria los puntajes de diferentes escuelas pueden ser comparados.

2. Correlacionando las variables clínicas con variables sociodemográficas en una población determinada, de acuerdo a porcentajes en el cuestionario. En el caso de los estudiantes de la UNAM los datos también pueden ser correlacionados con la encuesta socioeconómica y el cuestionario médico de primer ingreso.
3. En estudios de seguimiento de la sintomatología psiquiátrica, de manera que se observen los cambios ocurridos en el tiempo.
4. Para evaluar la prevalencia de enfermedades psiquiátricas menores, en estudios transversales seccionales. De esta manera, puede constituir el primer paso de un proceso de identificación bietápico. El cuestionario por sí mismo no se utiliza para evaluar la prevalencia a lo largo de la vida y no es una prueba diagnóstica.

- ***Entrevista Psiquiátrica Estandarizada***

Desarrollada por Goldberg y cols. en 1970, representa un intento por lograr un instrumento de captación de datos clínicos subjetivos y objetivos de manera homogénea, de tal forma que facilite a los investigadores obtener una alta concordancia en sus observaciones. Goldberg logra su objetivo en Inglaterra y propone que al momento de ser utilizado en otros países el instrumento fuera modificado y adaptado, tomando en cuenta los aspectos culturales de cada lugar y contemplando sus objetivos.

En México a partir de 1978, se traduce al español, con lo que se obtiene la primera versión mexicana. Desde entonces esta entrevista ha sido estudiada, modificada y utilizada en diversas ocasiones. La experiencia con este instrumento ha sido amplia como un instrumento de confirmación de caso. Su aplicación se ha dado en diversos escenarios como unidades de atención primaria, hospitales especializados y escuelas universitarias. La confiabilidad entre los clínicos alcanzada en diversos escenarios oscila en un coeficiente de correlación entre 0.78 y 1, valores cercanos a los obtenidos por Goldberg (0.91) (Campillo, 1981; Ezbán, 1984; Caraveo, 1985; Sánchez, 1989).

La operacionalización de las definiciones y el establecimiento de una escala de medición (donde las diferencias entre las diversas intensidades del síntoma o signo son precisas y mutuamente excluyentes) facilitan la codificación y aseguran que a todos los entrevistados se les pregunte y evalúe de la misma manera.

Por otro lado, como los aspectos culturales y demográficos de cada sociedad representan un obstáculo para la generalización de resultados, así como para la aplicación indiscriminada de instrumentos de investigación, la Entrevista Psiquiátrica fue adaptada y adecuada a la población mexicana, con definiciones para cada síntoma o signo apegadas al contexto en el que se trabaja con esta población, habiendo recibido en este caso el nombre de Entrevista Psiquiátrica Modificada.

La entrevista está dividida en 5 secciones: a) historia médica general, b) síntomas reportados, c) anomalías manifiestas, d) alcoholismo; y, e) impresiones diagnósticas.

La sección de síntomas reportados es un interrogatorio detallado y sistemático de 10 alteraciones: síntomas somáticos, fatiga, alteraciones del sueño, irritabilidad, disminución de la concentración, ánimo depresivo, ansiedad y preocupación, fobias, obsesiones y compulsiones y despersonalización. En esta parte el entrevistador es libre para hacer las preguntas que sean necesarias para identificar frecuencia, intensidad e interferencia con el funcionamiento psicosocial.

La tercera sección del instrumento consta de 12 reactivos que deben ser calificados por el evaluador en relación con las anomalías observadas durante la entrevista. Los reactivos corresponden a tres áreas: anomalías en la conducta (lentitud y carencia de espontaneidad, suspicacia, y conducta histriónica); estados de ánimo anormales (deprimido, ansioso, agitado, tenso, exaltado, eufórico, aplanado, incongruente) y anomalías perceptuales y cognitivas (delirios, trastornos del pensamiento; alucinaciones, alteraciones en el intelecto y daño orgánico, excesiva preocupación por las funciones corporales y contenido depresivo del pensamiento).

El reactivo de alcoholismo es un anexo a la entrevista y no se encuentra incluido en las anomalías manifiestas, por lo que, su calificación no influye en el total global de severidad, pero sí en la evaluación del tratamiento y en la formulación diagnóstica.

Cada reactivo tiene indicaciones específicas para evaluar severidad en una escala de cinco grados, pero en términos generales: 1, indica ausencia del síntoma 2, indica rasgo habitual o un síntoma límite leve y transitorio, que no causa tensión significativa, ni requiere tratamiento y por lo tanto su funcionalidad es estable 3, 4 y 5 indican respectivamente presencia patológica de un síntoma en grados moderado, intenso y muy intenso.

La quinta parte se refiere a las impresiones diagnósticas. Dentro de ella están incluidos la confiabilidad de la información, la calificación de severidad, los diagnósticos y el total global de severidad. La calificación de severidad se calcula con la fórmula: total de la suma de los 10 reactivos de interrogatorio más el total de la suma de los 12 reactivos de anomalías manifiestas, multiplicados por 2. Los diagnósticos deben hacerse de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS vigente.

La entrevista siempre debe ser aplicada por un clínico especializado, con experiencia en un escenario real. Cabe señalar que este instrumento no fue diseñado como una entrevista diagnóstica en sentido estricto, sino como un instrumento semi-estructurado para confirmar si una persona es caso psiquiátrico o no; aunque con la información clínica recolectada el clínico puede enunciar una impresión diagnóstica al final de la entrevista.

Cooper (1979) postuló que la decisión para considerar a una persona como caso podía estar basada en tres diferentes valoraciones:

- 1) La impresión diagnóstica hecha al final de la entrevista en términos de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
- 2) La suma ponderada de los ítems de la entrevista con un punto de corte 19/20.
- 3) La calificación global de la severidad derivada del grado de impedimento funcional manifestado por la persona y el tipo de atención médica requerida:

0= persona asintomática.

1= manifiesta síntomas aislados o alteraciones emocionales que se confunden con la estructura caracterológica de la persona, no ameritando manejo epidemiológico.

2= las quejas presentadas hacen que requiera ayuda en la consulta externa de psiquiatría o manejo médico supervisado por un especialista.

3= el enfermo necesita indispensablemente ayuda psiquiátrica; incluso un internamiento para beneficiarlo.

4= el enfermo requiere internamiento psiquiátrico forzoso.

Así una persona con calificación positiva en dos de las valoraciones anteriores puede considerarse como caso psiquiátrico.

- ***Escala de Fuentes de Tensión para Estudiantes de Medicina***

En 1992, como trabajo previo a esta investigación, se elaboró y validó un cuestionario que pudiera explorar las fuentes de tensión propias de la Facultad de Medicina de la UNAM. Esto se realizó teniendo como antecedentes principales los trabajos de Boyle y Coombs (1971), de Coburn y Joviasas (1975) y de Gaensbauer (1980) quienes habían trabajado con estudiantes de medicina en

universidades estadounidenses y canadienses. Se elaboró un cuestionario inicial de 18 posibles fuentes de estrés que pudieran haber ocurrido al alumno dentro de la Facultad de Medicina de la UNAM. Las fuentes se dividieron en inmediatas y mediatas. Dentro de las primeras se consideraron: proximidad de exámenes, sensación de incapacidad para asimilar todos los conocimientos, temor a la mala calificación, malestar por no mantenerse firme en el tiempo que se debe dedicar a los estudios, limitar las actividades recreativas y los compromisos sociales, falta de tiempo para encuentros sexuales, sensación de aislamiento dentro de la facultad, temor a la primera experiencia de disección con un cadáver, ser consultado como médico durante los primeros años de la carrera. Entre las causas mediatas se incluyeron: temor a hablar con los pacientes acerca de sus problemas conyugales o sexuales, experimentar conflicto ante la dependencia familiar y la necesidad personal de independencia, temor al fallecimiento de un paciente, temor a equivocarse los diagnósticos, temor a no saber manejar pacientes con enfermedades incurables, temor a perder la salud por estar en contacto con enfermos, temor a explorar pacientes.

Este cuestionario se aplicó a 246 alumnos, 134 hombres y 112 mujeres, al finalizar su primer año de estudios. Cada reactivo se calificó en una escala de 5 grados de intensidad: 1 cuando el evento no había ocurrido, con 2 cuando el evento se había presentado pero no había ocasionado ninguna tensión, con 3 cuando se había presentado y ocasionado tensión leve, con 4 cuando la tensión originada fue moderada y con 5 cuando la tensión provocada había sido severa. La encuesta también estuvo integrada por una pregunta abierta, con espacio para varias respuestas, acerca de otros eventos estresantes que hubieran ocurrido dentro de la carrera y que no estaban incluidos en los reactivos anteriores.

Para conocer la confiabilidad del cuestionario se calculó el alfa de Cronbach, que informa sobre el grado de correlación de cada uno de los reactivos con el resto. El alfa de Cronbach simple fue de 0.8551 y el alfa por reactivo estandarizado de 0.8534, considerándose satisfactorios. El análisis de las respuestas para cada reactivo reveló diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para 9 de los 18 reactivos, calculada la chi cuadrada con dos grados de libertad. (Es necesario aclarar que el cuestionario inicial constaba de 18 preguntas a las que se agregaron 6). Las fuentes de estrés mas frecuentemente referidas en la pregunta abierta fueron: problemas de relación interpersonal con compañeros y profesores, no poder definir cuáles son los conocimientos más relevantes, trámites administrativos en la facultad, desconocimiento de métodos de estudio, necesidad del manejo de otro idioma y dudas vocacionales.

- ***Escala de Eventos de la Vida de Holmes y Rahe***

Es la escala más utilizada para medir estrés provocado por eventos de la vida en general. Estos investigadores reportaron evidencias de que todos los tipos de enfermedad se incrementan después de períodos de cambios de vida que provocan estrés porque ellos requieren de actividades de afrontamiento. Cambios positivos y negativos, como el matrimonio y el divorcio, son considerados por Holmes y Rahe como "estresantes" debido a que necesitan de una adaptación del individuo a un nuevo estilo o patrón de vida. Para medir estos cambios los investigadores desarrollaron un cuestionario autoaplicable que reporta cambios de vida en los últimos meses.

La escala enlista 43 cambios de la vida que pueden provocar estrés. Para que esta escala tenga mayor confiabilidad se debe aclarar que los eventos hayan ocurrido en los 6 meses previos a la aplicación de la misma. Al igual que en los otros cuestionarios se excluyen situaciones crónicas de la vida del sujeto y problemas menores en la vida cotidiana. Las preguntas están elaboradas para población adulta en general, es decir, pueden aplicarse independientemente del nivel social, el rol social y la etapa de vida del sujeto.

Holmes y Rahe asignaron a cada cambio un peso determinado en cuanto a la cantidad de estrés que fuese capaz de producir. De esta manera ellos obtenían la suma total de unidades LCU (Life Change Unit). Las puntuaciones variaban de 1 a 100 y el valor era asignado de acuerdo a los resultados que ellos habían obtenido en sus investigaciones y las de otros investigadores. Los 5

eventos de mayor peso fueron: muerte del esposo (100), divorcio (73), separación de la pareja (65), encarcelamiento o detención en otra institución (63), muerte de un familiar cercano (63).

• *Inventario para Depresión de Beck*

Este instrumento es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos (Beck y Steer, 1993). Consta de 21 apartados que evalúan aspectos sintomático-conductuales observadas en los pacientes con depresión. Cada apartado contiene 4 aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. En todos los casos el primer enunciado tiene un valor de cero, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. El instrumento es autoaplicable, por lo que el evaluado elige aquella aseveración que describe el estado por el que ha atravesado durante la última semana. Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) autoaceptación, 8) autoacusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática y 21) pérdida de la libido. Los primeros 15 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los 6 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que, aunque, regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de la depresión, pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener. En el terreno estrictamente psiquiátrico, el instrumento ha mostrado tener una validez satisfactoria. Inicialmente, Beck y cols. (1961) lo compararon con el diagnóstico que les dieron 4 psiquiatras experimentados a más de 400 pacientes. La correlación entre los puntajes totales obtenidos en el Inventario de Beck y el grado de severidad de la depresión asignado por los clínicos fue cercana al 0.7. A partir de 1967, el Inventario de Beck se ha venido utilizando en la población médicamente enferma para tamizar y diagnosticar los cuadros depresivos.

Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 63 indican una depresión severa. El tiempo de aplicación del instrumento varía de 5 a 8 minutos.

Nielsen y Williams reportan una sensibilidad del 0.79 y una especificidad de 0.77, con un punto de corte de 13. Utilizando 17 como punto de corte, la sensibilidad disminuyó a 0.66 pero la especificidad aumentó a 0.84. Este fenómeno se observa generalmente en cualquier prueba diagnóstica: conforme el punto de corte se vuelve más estricto, la sensibilidad disminuye y la especificidad aumenta.

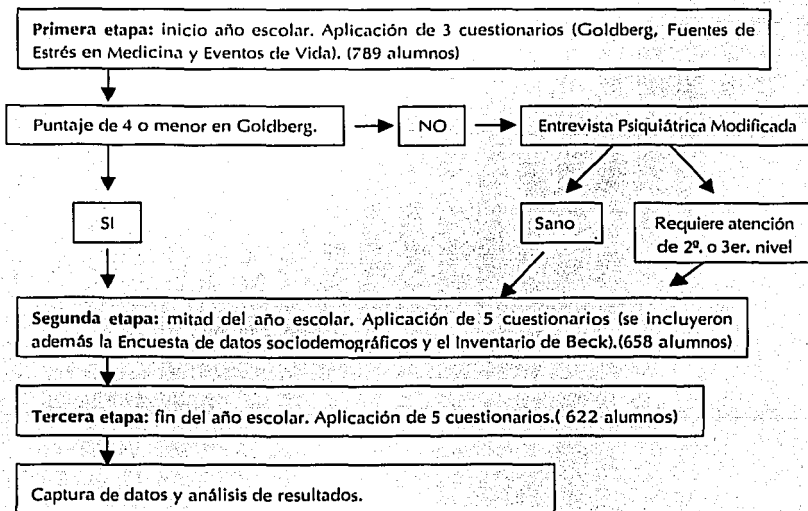
El estudio de validez y reproducibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo y cols. (1991) en el cual se aplicó el Inventario a 96 pacientes que acudían a un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México (Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez"). Utilizando un punto de corte de 14 se encontraron datos de sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86. En un estudio posterior en el que se realizó la estandarización del instrumento (Jurado y cols. 1998) se obtuvieron resultados estadísticos significativos que son compatibles con lo reportado en la bibliografía internacional, respecto a los meta-análisis reportados por el propio Beck y cols (1988).

En el presente estudio el Inventario de Beck fue utilizado únicamente para observar con qué frecuencia continuaba presentándose la sintomatología depresiva propiamente dicha, ya que los diagnósticos hechos con mayor frecuencia con la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg fueron el diagnóstico de depresión y el de reacción de adaptación.

Procedimiento

Una estrategia de investigación particularmente apropiada para la evaluación de la salud mental en la población general son los estudios en doble etapa: tamizaje y confirmación de caso (como el Cuestionario de Goldberg). Con este modelo los sistemas estandarizados de evaluación de síntomas psiquiátricos pueden incorporarse al estudio de grandes poblaciones conservando un alto grado de confiabilidad.

DIAGRAMA DE LAS ETAPAS DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS



La aplicación de los cuestionarios fue realizada por tres médicos psiquiatras del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM y un grupo de tres estudiantes pasantes de la Facultad de Psicología de la misma Universidad, quienes participaron sólo en la segunda etapa de aplicación. Los encuestadores fueron adiestrados previamente a la aplicación, para responder cualquier duda en relación con el llenado de los cuestionarios.

Para la aplicación de los cuestionarios los encuestadores pasaban a cada salón durante las horas de clase de Psicología Médica I. Los 31 grupos de la Facultad de Medicina de la UNAM (17 matutinos y 14 vespertinos) tenían un promedio de 30 alumnos y esta materia les era impartida en distintos horarios entre los días lunes y viernes. Por esta razón se dio un término

de dos semanas como máximo para recabar la información en cada etapa. Previo a la aplicación, los profesores fueron informados de la investigación y se les solicitó un tiempo de 30 minutos al finalizar su clase, para poder llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios (los cuales eran llenados en un tiempo promedio de 20 minutos). Los profesores se retiraban del salón y sólo quedaba con ellos el encuestador quien entregaba a los alumnos el material en forma completa (los 5 cuestionarios estaban engrapados). Cada cuestionario tenía al inicio un espacio donde el alumno debía anotar su nombre, sexo y número de grupo. Cuando los alumnos terminaban de llenarlos los entregaban y esperaban a que sus demás compañeros terminaran.

En cada una de las tres etapas el encuestador se presentaba inicialmente con los alumnos y les explicaba (en la primera ocasión) o recordaba (en la segunda y tercera etapas) los objetivos del estudio; solicitaba su colaboración en forma voluntaria, aclarando perfectamente que si alguno tenía razones para no contestar los cuestionarios estaba en libertad de hacerlo. No hubo estudiantes que se negaran a colaborar. Después se solicitaba a los alumnos el llenar completamente los cuestionarios, pues de no ser así, éstos se invalidaban. Cuando todos los alumnos habían terminado de llenar sus cuestionarios éstos eran depositados en un sobre especial rotulado con el número de grupo, el nombre del profesor y la fecha de aplicación. Los sobres eran entregados inmediatamente al encargado del estudio.

Para los alumnos que no habían asistido a clases el día en que se había realizado la aplicación, se pedía a los profesores los pusieran en contacto con los encuestadores para que pudiera realizarse la aplicación en cualquier otro momento, desde luego, siempre dentro del período correspondiente a esa etapa. No se aplicaron cuestionarios fuera de dichos períodos, ya que se corría el riesgo de que en tiempos diferentes los alumnos estuvieran expuestos a otros eventos adicionales que los dejaran en circunstancias diferentes y se provocaran sesgos.

Los tres tiempos de medición se determinaron tomando en cuenta que las condiciones fueran similares, es decir, que en ninguno de ellos hubiese períodos de exámenes departamentales ni otros factores externos que dieran condiciones diferentes.

Las condiciones específicas de las tres aplicaciones fueron:

- a) La primera etapa se realizó dos semanas después de haber iniciado las clases en forma regular. En esta etapa se encuestó al 90% de los alumnos que ingresaron a primer año a la Facultad de Medicina, según listas oficiales. En el momento en que el alumno entregaba los cuestionarios llenos, el encuestador revisaba rápidamente su Cuestionario General de Salud de Goldberg y si el alumno había contestado más de 4 reactivos dentro de los grados de severidad 3 o 4 era considerado probable caso y en ese mismo momento se le pedía que se presentara a una cita en el Departamento de Psicología Médica para una entrevista más completa. La invitación a que asistiera, se hacía de la manera más discreta posible, de tal forma que sus compañeros no se percatasen de la misma. Al realizar la invitación se le aclaraba que su asistencia a la entrevista era totalmente voluntaria y que el que asistiese o no, no tendría ninguna repercusión en sus estudios a nivel académico-administrativo, pero podría tener una repercusión muy favorable a nivel personal. Los encuestadores fueron capacitados en el manejo de esta parte de la aplicación pues el alumno no debía sentirse señalado ante sus demás compañeros; debía quedar bien claro también que la entrevista sería totalmente confidencial y realizada por un médico. No se daba más información en ese momento y se motivaba al alumno a que fuera a solicitar su cita.

El personal encargado de dar las citas estaba capacitado para atender al alumno en el momento en que llegara, otorgarle información y de ser posible, pasarlo a entrevista en ese mismo momento. Se trató de hacer la cobertura de los "casos probables" en el menor tiempo posible ya que el Cuestionario General de Salud detecta cambios en las últimas tres semanas y si pasaban más de 3 o 4 semanas las circunstancias de los sujetos pudieran haber cambiado.

Para realizar las entrevistas participaron tres médicos estudiantes del último año del Curso de Especialización en Psiquiatría y un médico psiquiatra entrenados en el uso de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, habiendo obtenido coeficientes de correlación de 0.80 en la aplicación de la misma, asegurando así la confiabilidad de la valoración.

Cuando se terminó de entrevistar a todos los alumnos que acudieron en forma espontánea a la entrevista, dos de los entrevistadores pasaron a cada uno de los grupos para invitar a los alumnos que aún no hubieran hecho entrevista a que acudieran en el momento en que quisieran ya que siempre habría alguien que pudiera realizar la entrevista. Este recordatorio se hacía en forma general, sin señalar personalmente a los alumnos que no habían acudido. Fueron entrevistados 148 (77%) de los 192 alumnos que en esta primera aplicación puntuaron como "casos probables".

- b) La segunda aplicación fue realizada tres meses después, durante dos semanas en que los alumnos no estaban en períodos de exámenes departamentales. Este no fue un período fácil de determinar ya que dos de las asignaturas que se cursan durante el primer año realizan

sólo tres exámenes departamentales pero las otras cuatro llevan a cabo 4 exámenes departamentales durante los 10 meses del año escolar.

En esta segunda etapa se aplicaron, además de los tres primeros cuestionarios (Cuestionario General de Salud, Fuentes de Tensión en Medicina y Eventos de la Vida de Holmes), el Inventario de Beck para Depresión y el cuestionario de datos sociodemográficos. El primero se aplicó en las últimas 2 etapas ya que la sintomatología más frecuentemente encontrada en la Entrevista Psiquiátrica Modificada durante la primera etapa fue la sintomatología depresiva. Por razones de logística resultaba difícil aplicar la Entrevista Psiquiátrica de Goldberg en todas las etapas.

- c) La tercera fase tuvo también 15 días de duración y se llevó a cabo 7 meses después de la inicial y 4 meses después de la segunda. Se aplicaron los mismos cuestionarios de la segunda fase.

Antes de proceder a la captura de datos, todos los cuestionarios fueron foliados con un número que se asignó según el orden de lista iniciando por el primer alumno del grupo 1001, al cual se le dio el número 0001, hasta el último alumno del grupo 1036. Los datos fueron procesados de acuerdo al número de folio. También se asignó una clave agregada al número de folio para poder analizar los datos de acuerdo al sexo.

RESULTADOS

RESULTADOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Características sociodemográficas de la muestra

Más de la mitad fueron mujeres. El promedio de edad fue de 19 años. La mayoría eran solteros (98.5) y se dedicaban solo a estudiar (85%). En cuanto a la escolaridad del padre, había un porcentaje alto de profesionistas (35.8%), aunque también muchos que se quedaron al nivel primaria (31.9%); la escolaridad de la madre fue principalmente de primaria (12.3% incompleta y 32.2% completa) con un 16.6% de profesionistas (Tabla 1).

Tabla 1: Características Sociodemográficas de la Muestra del Estudio

Muestra Inicial del Estudio	Masculino (n=356)		Femenino (n=433)		Total (n=789)	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil						
Soltero	349	98.0	428	98.8	777	98.5
Casado	6	1.7	4	.9	10	1.3
Divorciado	1	.3	0	.0	1	.1
Unión libre	0	.0	1	.2	1	.1
Trabaja						
Trabaja y estudia	71	20.2	44	10.2	115	14.7
Solo estudia	285	79.8	389	89.8	674	85.3
Escolaridad del padre						
Sin educación formal	6	1.7	5	1.2	11	1.4
Primaria incompleta	24	6.9	48	11.4	72	9.4
Primaria completa	84	24.2	89	21.1	173	22.5
Secundaria o equivalente incompleta	41	11.8	29	6.9	70	9.1
Secundaria o equivalente completa	37	10.7	52	12.4	89	11.6
Preparatoria	33	9.5	45	10.7	78	10.2
Profesional	122	35.2	153	36.3	275	35.8
Escolaridad de la madre						
Sin educación formal	11	3.2	11	2.6	22	2.9
Primaria incompleta	36	10.4	58	13.7	94	12.3
Primaria completa	126	36.5	121	28.7	247	32.2
Secundaria o equivalente incompleta	4	1.2	5	1.2	9	1.2
Secundaria o equivalente completa	54	15.7	92	21.8	146	19.0
Preparatoria	57	16.5	65	15.4	122	15.9
Profesional	57	16.5	70	16.6	127	16.6
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Edad	19.6	2.4	18.9	1.7	19.2	2.1

De los 789 alumnos encuestados en la primera etapa sólo 472 (60%) llenaron los cuestionarios en las 3 etapas. Las variables sociodemográficas de esta submuestra se mantienen.

Descripción y frecuencias de la población que obtuvo puntaje de "caso probable" en el Cuestionario General de Salud

De la población que participó en las 3 etapas, un 23% obtuvo puntaje de "caso probable" en la primera medición. En la segunda medición el porcentaje aumentó a 26% y en la tercera medición descendió a 19%. (Tabla 2). Si observamos el comportamiento en general, la tendencia es ha aumentar los puntajes a la mitad del ciclo escolar.

Tabla 2: Frecuencia de "casos probables" en el Cuestionario General de Salud de Goldberg en las tres mediciones

MEDICION	PROBABLES CASOS	PORCENTAJE
Primera	110	23%
Segunda	124	26%
Tercera	88	19%

En la tabla 3 el número 1 corresponde a la población que puntuó en el Cuestionario General de Salud como "caso probable". 279 alumnos (59.1%) siempre fueron negativos, mientras que 35 (7.4%) se mantuvieron positivos en las tres mediciones. 66 alumnos que fueron negativos en la primera medición puntuaron como "casos probables" en la segunda medición y 17 que estuvieron negativos en las dos primeras mediciones, resultaron positivos en la tercera medición. 58 alumnos (52.7%) de los 110 positivos en la primera medición, persistieron positivos en la segunda medición.

Descripción de las puntuaciones de las escalas clínicas por sexo y diagnóstico, al interior de cada medición

Para comparar las puntuaciones de las escalas, que se midieron a lo largo del primer año de estudio, se utilizó la prueba T de Student con una probabilidad de 0.05. Esta prueba se empleó, debido a que el puntaje que arroja cada escala es intervalar y a que se compararon 2 grupos independientes (con diagnóstico vs. sin diagnóstico y hombres vs. mujeres).

Los resultados de este análisis muestran que en las puntuaciones del Cuestionario General de Salud, en las de la escala de Fuentes de Tensión en Medicina, en las de Eventos de la Vida y en las del Inventario de Beck, hubo diferencias estadísticas entre los sujetos que fueron diagnosticados clínicamente y los que no resultaron casos (Tabla 4); de manera que los sujetos que tuvieron diagnóstico clínico, presentaron una media superior (mayor sintomatología) que los sujetos sin sintomatología. Las mayores diferencias se presentaron durante la primera medición.

Posteriormente se compararon los grupos de cón y sin diagnóstico, hombres y mujeres . Nuevamente, y por los mismos motivos que en el análisis anterior, se utilizó la prueba T de

Student. Para los sujetos no diagnosticados clínicamente, se encontraron diferencias estadísticas en la primera y segunda medición del Cuestionario General de Salud, en la primera medición de la escala de Fuentes de Tensión en Medicina y en la primera medición del Inventario de Beck. En todos los casos las mujeres presentaron mayor sintomatología que los hombres (Tabla 5).

Tabla 3. Frecuencia de "casos probables" y negativos en el Cuestionario General de Salud de Goldberg en las tres mediciones

		CGS2		
CGS1	CGS3	0	1	Total
0	0	279	38	317
0	1	17	28	45
0	Total	296	66	362
1	0	44	23	67
1	1	8	35	43
1	Total	52	58	110
TOTAL		348	124	472

Tabla 4: Comparación entre Estudiantes de Medicina con o sin Diagnóstico Clínico

	Diagnóstico Entrevista Clínica							Valor T	Prob.
	Sin diagnóstico			Con diagnóstico					
	media	d.e.	n	Media	d.e.	n			
<i>Cuestionario General de Salud</i>									
Primera Medición	2.0	3.6	692	9.9	4.9	82	-17.07	0.000	
Segunda Medición	3.1	4.5	578	5.9	6.4	80	-4.28	0.000	
Tercera Medición	2.2	3.9	528	4.8	5.5	75	-4.02	0.000	
<i>Fuentes de Tensión en Medicina</i>									
Primera Medición	50.8	14.2	675	62.7	14.4	81	-8.51	0.000	
Segunda Medición	55.3	14.3	532	59.7	15.1	81	-2.78	0.006	
Tercera Medición	52.5	13.6	544	59.1	15.5	78	-4.03	0.000	
<i>Eventos de la Vida</i>									
Primera Medición	57.4	13.4	637	64.7	17.3	81	-4.32	0.000	
Segunda Medición	55.8	11.6	513	60.0	17.5	79	-2.28	0.025	
Tercera Medición	53.8	11.2	506	57.4	11.8	70	-2.53	0.012	
<i>Inventario de Beck</i>									
Segunda Medición	5.3	5.9	648	9.8	8.8	74	-4.34	0.000	
Tercera Medición	4.0	5.1	497	7.4	9.3	58	-2.88	0.000	

En los sujetos diagnosticados clínicamente, el promedio de síntomas fue similar entre hombres y mujeres en todas las escalas y en todas las mediciones (Tabla 6).

Llama la atención que aún al final del estudio, las puntuaciones de este grupo siguen siendo altas. Específicamente, en las medias del Cuestionario General de Salud, los promedios de la tercera medición son cercanos a 5, tanto para hombres como para mujeres.

**Tabla 5: Comparación entre Estudiantes de Medicina por Sexo
(Población sin diagnóstico clínico)**

	Hombres			Mujeres			Valor T	Prob.
	media	d.e.	n	media	d.e.	n		
<i>Cuestionario General de Salud</i>								
Primera Medición	1.5	2.9	314	2.2	3.7	378	-2.64	0.008
Segunda Medición	2.7	4.2	268	3.5	4.7	310	-2.27	0.024
Tercera Medición	2.1	3.9	242	2.3	3.9	286	-0.72	0.473
<i>Fuentes de Tensión en Medicina</i>								
Primera Medición	48.9	14.2	316	51.8	13.8	359	-2.67	0.008
Segunda Medición	54.4	13.5	246	56.0	14.9	286	-1.32	0.186
Tercera Medición	52.1	13.3	250	52.5	13.7	294	-0.37	0.713
<i>Eventos de la Vida</i>								
Primera Medición	56.7	13.0	304	57.3	12.5	333	-0.63	0.526
Segunda Medición	55.7	12.0	255	55.8	11.3	258	-0.07	0.944
Tercera Medición	54.3	13.0	248	53.5	9.4	258	0.86	0.391
<i>Inventario de Beck</i>								
Segunda Medición	4.8	5.8	297	5.8	5.8	351	-2.03	0.043
Tercera Medición	3.6	4.8	246	4.3	5.1	251	-1.72	0.086

Descripción de las puntuaciones de las escalas clínicas entre las mediciones por sexo y diagnóstico positivo

Este análisis se llevó a cabo sólo de las puntuaciones de las escalas a lo largo del tiempo tomando en cuenta su estatus clínico (con o sin diagnóstico) y el sexo del sujeto. Debido al diseño mixto que requiere este análisis (comparación a lo largo del tiempo de las mediciones de las puntuaciones de las escalas y comparación por sexo y diagnóstico), se utilizó el análisis de varianza para medidas repetidas (mediciones de las escalas clínicas a lo largo del tiempo) con dos factores independientes (estatus clínico y género).

**Tabla 6: Comparación entre Estudiantes de Medicina por Sexo
(Población Diagnosticada Clínicamente)**

	Hombres			Mujeres			Valor T	Prob.
	Media	d.e.	n	Media	d.e.	n		
<i>Cuestionario General de Salud</i>								
Primera Medición	9.8	4.4	33	10.0	5.1	49	-0.19	0.848
Segunda Medición	6.9	6.9	32	5.3	6.0	48	1.26	0.211
Tercera Medición	4.9	5.2	30	4.7	5.9	45	0.18	0.857
<i>Fuentes de Tensión en Medicina</i>								
Primera Medición	63.9	15.1	32	61.1	12.2	49	1.06	0.290
Segunda Medición	63.4	16.0	32	57.4	14.1	49	1.95	0.054
Tercera Medición	61.3	16.2	30	57.4	15.2	48	1.09	0.278
<i>Eventos de la Vida</i>								
Primera Medición	65.9	14.6	33	63.5	15.7	48	0.79	0.428
Segunda Medición	61.1	22.9	32	59.3	13.1	47	0.47	0.637
Tercera Medición	57.3	10.5	25	57.7	12.6	45	-0.15	0.879
<i>Inventario de Beck</i>								
Segunda Medición	10.7	8.5	33	9.2	9.0	41	0.70	0.488
Tercera Medición	6.7	6.9	22	8.0	10.9	36	-0.52	0.604

Este análisis permite evaluar los cambios a lo largo del tiempo en las puntuaciones de cada escala, el efecto de cada una de las variables de interés (diagnóstico y sexo), así como la interacción o el efecto combinado del tiempo y de las variables de interés.

Para el Cuestionario General de Salud, se encontraron variaciones en las puntuaciones a lo largo del tiempo, con una reducción en las mismas hacia el final del estudio. En cuanto al diagnóstico, los sujetos diagnosticados clínicamente presentaron más altas puntuaciones, a lo largo del tiempo, que quienes no tuvieron diagnóstico. Por lo que respecta al sexo, estas variaciones fueron iguales tanto en hombres como en mujeres (Tabla 7). En general, las puntuaciones para el grupo sin diagnóstico fueron bajas (entre 2 y 3 síntomas presentes), y para el grupo con diagnóstico las puntuaciones fueron entre 5 y 10 síntomas presentes.

En cuanto a la escala de Fuentes de Tensión en Medicina, las puntuaciones fueron similares a lo largo del tiempo, al igual que para hombres y mujeres. Sin embargo, por diagnóstico las puntuaciones fueron más altas para los que fueron diagnosticados (Tabla 8). En general el grupo sin diagnóstico indicó que las tensiones fueron leves, en tanto el grupo con diagnóstico indicó tensiones moderadas.

Tabla 7: Comparación por Diagnóstico y Sexo de las Calificaciones del Cuestionario de Salud en las 3 Mediciones

Cuestionario General de Salud						
	Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
	media	d.e.	media	d.e.	media	d.e.
<i>Sin Diagnóstico Clínico</i>						
Hombres (N = 216)	1.4	2.4	2.7	3.7	2.1	3.9
Mujeres (N = 221)	1.9	3.1	3.5	4.3	2.3	3.7
<i>Con Diagnóstico Clínico</i>						
Hombres (N = 14)	9.6	4.8	6.8	6.9	4.6	5.7
Mujeres (N = 21)	10.5	5.9	5.6	6.7	4.5	6.1
Comparaciones	Valor F			Prob.		
CGS a lo largo del tiempo	31.14			0.000		
Por sexo	1.18			0.309		
Por diagnóstico	54.53			0.000		
Interacción	2.05			0.130		

Al analizar la escala de Eventos de la Vida, sólo se observaron diferencias en las puntuaciones a lo largo del tiempo (siendo menores las puntuaciones de la tercera medición). De manera que ni las diferencias genéricas ni el tener o no síntomas afectan las puntuaciones obtenidas en esta escala (Tabla 9).

Tabla 8: Comparación por Diagnóstico y Sexo de las Calificaciones de la Escala de Fuentes de Tensión en Medicina en las 3 Mediciones

Escala de Fuentes de Tensión en Medicina						
	Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
	media	d.e.	media	d.e.	Media	d.e.
<i>Sin Diagnóstico Clínico</i>						
Hombres (N = 216)	49.3	14	53.7	14.3	51.4	13.2
Mujeres (N = 221)	51.1	13.2	56	16	51.5	14.9
<i>Con Diagnóstico Clínico</i>						
Hombres (N = 14)	64.7	15.3	63.3	17.5	60.6	14.2
Mujeres (N = 21)	58.4	12.1	54.2	16.2	54.6	15.3
Comparaciones	Valor F			Prob.		
Tensión a lo largo del tiempo	2.44			0.088		
Por sexo	0.16			0.850		
Por diagnóstico	6.82			0.001		
Interacción	0.81			0.446		

Tabla 9: Comparación por Diagnóstico y Sexo de las Calificaciones de la Escala de Eventos de la Vida en las 3 Mediciones

	Escala de Eventos de la Vida					
	Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
	media	d.e.	media	d.e.	Media	d.e.
<i>Sin Diagnóstico Clínico</i>						
Hombres (N = 216)	56.9	14	54.8	10.9	54.1	9.6
Mujeres (N = 221)	57.1	13.7	55.7	9.6	54	10.7
<i>Con Diagnóstico Clínico</i>						
Hombres (N = 14)	63.5	12.9	64.2	29.4	57.7	10.6
Mujeres (N = 21)	65.4	19.2	59.4	12.8	57.6	10.8
Comparaciones	Valor F			Prob.		
Eventos a lo largo del tiempo	11.44			0.000		
Por sexo	1.08			0.340		
Por diagnóstico	1.94			0.145		
Interacción	1.77			0.172		

En el inventario de Beck, se presentó una situación similar que en la escala de Eventos de la Vida; es decir, las diferencias sólo se encontraron en el tiempo (disminuyeron los puntajes) (Tabla 10).

Tabla 10: Comparación por Diagnóstico y Sexo de las Calificaciones del Inventario de Beck entre las Mediciones

	Inventario de Beck			
	Primera medición		Segunda medición	
	media	d.e.	media	d.e.
<i>Sin Diagnóstico Clínico</i>				
Hombres (N = 216)	4.6	4.6	4.0	4.7
Mujeres (N=221)	5.9	5.4	4.7	5.5
<i>Con Diagnóstico Clínico</i>				
Hombres (N = 14)	12.8	9.3	10.2	7.2
Mujeres (N = 21)	11.5	11.1	10.5	13.0
Comparaciones	Valor F		Prob.	
Beck a lo largo del tiempo	6.74		0.010	
Por sexo	0.46		0.497	
Por diagnóstico	0.59		0.443	
Interacción	1.78		0.183	

Relación entre las escalas del estudio

Finalmente, se analizó la relación entre las diferentes escalas que se emplearon en el estudio, al interior de cada una de las mediciones (Tabla 11).

Los resultados indican una relación regular entre la mayoría de las escalas, superior a 0.35 en todos los casos. Las escalas que se correlacionaron más alto fueron el Cuestionario General de Salud y el Inventario de Beck (en las dos últimas mediciones en las que se utilizó el Beck).

Tabla 11: Relación entre las escalas al interior de cada una de las mediciones

	Cuestionario General de Salud	Escala de Tensión En medicina	Escala de Eventos de la Vida
<i>Primera Medición</i>			
Escala de Tensión	.4648		
Escala de Eventos de la Vida	.3517	.4679	
<i>Segunda Medición</i>			
Escala de Tensión	.4992		
Escala de Eventos de la Vida	.4876	.5371	
Escala de Beck	.8009	.5226	.4836
<i>Tercera Medición</i>			
Escala de Tensión	.4529		
Escala de Eventos de la Vida	.4514	.5627	
Escala de Beck	.7894	.4720	.5289

Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas con una $p < 0.001$

Las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas en todos los casos, lo cual indica que a mayor sintomatología reportada en alguna de las escalas, también se encuentra mayor sintomatología en las demás.

Síntomas de mayor ocurrencia en cada uno de los grupos

Con la finalidad de conocer tanto los síntomas de cada escala con mayor ocurrencia, como sus variaciones a lo largo del año escolar, se procedió al análisis de cada uno de los reactivos.

En el caso de los reactivos del Cuestionario General de Salud, se utilizó la prueba de Q de Cochran, adecuada para más de 2 mediciones repetidas (en este caso 3) con variables dicotómicas (presencia o ausencia del síntoma).

En los reactivos de las demás escalas (Fuentes de Tensión en Medicina, Eventos de la Vida y e Inventario de Beck), se empleó la prueba de análisis de varianza para mediciones repetidas, que también es adecuada para más de 2 mediciones repetidas, con variables que representan una escala.

Debido a la necesidad de contar con las 3 mediciones para estos análisis, en ellos sólo se incluyeron a los sujetos que participaron en las 3 mediciones.

Además, debido al tamaño y su número, con objeto de facilitar la lectura, los cuadros se incluyen en el anexo 2.

a) *Hombres sin diagnóstico*

En el Cuestionario General de Salud, los síntomas con mayor ocurrencia en este grupo fueron la disminución de la concentración (21%), sensación de no descanso (21%), insatisfacción (24%), tensión (23%).

Los síntomas que presentaron incremento a lo largo del tiempo en forma estadísticamente significativa fueron el sentirse agotado y cansado, los problemas de concentración, el no poder descansar, la sensación de no hacer bien las cosas, la insatisfacción, la tensión, la falta de confianza, y el nerviosismo.

En la escala de Fuentes de Tensión en Medicina las que reportaron tensión leve en forma más frecuente fueron: la proximidad de los exámenes, la incapacidad para retener información, el temor a malas calificaciones, el no dedicar el tiempo suficiente al estudio, la necesidad del manejo de otro idioma, la limitación de las actividades sociales y el exponer en público. De todas ellas solo el temor a las malas calificaciones constituyó una fuente de tensión desde la primera aplicación.

Las fuentes que mostraron cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo fueron la proximidad de los exámenes, la incapacidad para retener información, el no poder definir la relevancia de los conocimientos, el temor a malas calificaciones, el no dedicar el suficiente tiempo al estudio, la falta de metodología de estudio, el no dedicar el tiempo suficiente al estudio, la necesidad del manejo de otro idioma, el exponer en público, la falta de tiempo para encuentros sexuales, el aislamiento, el ser consultado como médico, el temor a equivocarse el diagnóstico, el temor al fallecimiento de un paciente el explorar pacientes. Todas estas fuentes mostraron un incremento en la tercera o en la segunda medición. Todas estas fuentes cambiaron al tiempo incrementándose; las únicas fuentes que mostraron un decremento fueron los trámites administrativos y el temor al fallecimiento de un paciente.

En la escala de Eventos de la Vida, la preocupación por los mismos en general fue mínima, el que mostró la mayor ocurrencia fue el tener un notable logro.

En el Inventario de Beck, todos los síntomas tuvieron una ocurrencia mínima, cercana a 1.

b) Hombres con diagnóstico

Los síntomas del Cuestionario General de Salud que más se presentaron en este grupo fueron el estar agotado y sin fuerzas (44%), la falta en la concentración (66%), la sensación de que no se descansó (72%), la falta de sueño (55%), la falta de energía (55%), las noches intranquilas (44%), el no hacer bien las cosas (50%), la insatisfacción (55%), el estar agobiado y en tensión (61%) y la falta de confianza (41%).

Los síntomas que cambiaron en forma significativa, entre las tres mediciones fueron el sentirse agotado y sin fuerza, la falta de descanso, la falta de sueño, noches intranquilas, el no hacer bien las cosas y el sentirse paralizado por nerviosismo. Todos estos síntomas disminuyeron con el tiempo.

En la escala de Fuentes de Tensión en Medicina, los sucesos reportados con más alta puntuación fueron la proximidad de exámenes, la incapacidad de retener información, el no poder definir la relevancia de la información, temor a malas calificaciones, la falta de metodología de estudio, el no dedicar el tiempo suficiente al estudio, la necesidad de manejo de otro idioma, la limitación de las actividades sociales y el exponer en público.

La única fuente de tensión que disminuyó en forma significativa en este grupo fueron los trámites administrativos; los demás no tuvieron cambios significativos.

Los Eventos de la Vida que más se presentaron fueron las dudas vocacionales, cambios en las actividades sociales, el romper una relación estable con un amigo, el cambio del estado financiero de los padres, el cambio de escuela y un aumento en las discusiones con los padres.

Los síntomas de depresión (Inventario de Beck) más reportados por este grupo fueron el no disfrutar de las cosas, la dificultad para tomar decisiones y la dificultad para dormir. En los tres casos los síntomas disminuyeron en la última medición.

c) Mujeres sin diagnóstico

Las fallas en la concentración (29%), la sensación de no haber descansado (25%), la falta de energía (22%), la insatisfacción (40%) y el sentirse agobiado y en tensión (28%), fueron los síntomas del Cuestionario General de Salud más reportados por este grupo.

Los síntomas que cambiaron significativamente al paso del tiempo fueron el sentirse agotado y sin fuerzas, la falta de concentración, la sensación de desmayo, la sensación de no descanso, la falta de energía, la falta de sueño, el no hacer bien las cosas, la insatisfacción, la desconfianza y el nerviosismo. Todos estos síntomas se incrementaron al tiempo en forma estadísticamente significativa.

En relación con la encuesta de Fuentes de tensión en Medicina los sucesos que causaron mayor tensión fueron la proximidad de los exámenes, la incapacidad de retener información, el temor a malas calificaciones, y la necesidad de manejo de otro idioma.

Los que aumentaron su grado de tensión a lo largo del tiempo fueron la proximidad de los exámenes, la incapacidad de retener información, el no poder definir la relevancia de los conocimientos, el temor a malas calificaciones, la falta de metodología de estudio, el no poder dedicar el tiempo suficiente al estudio, el exponer en público, la falta de tiempo para encuentros sexuales, el aislamiento, la necesidad de independencia y el ser consultado como médico. Los que disminuyeron en forma significativa fueron la necesidad del manejo de otro idioma y los trámites administrativos.

La tensión por eventos de la vida fue mínima. La que se presentó fue debida a cambio de escuela, el romper una relación estable y obtención de logro personal notable.

También los síntomas de depresión del Inventario de Beck se presentaron en forma mínima y sólo los síntomas de dificultad en la toma de decisiones, el tener que esforzarse más para iniciar algo, la dificultad para dormir bien y el cansancio, disminuyeron en la última medición, en forma estadísticamente significativa. Se debe recordar que este inventario solo se aplicó en las dos últimas ocasiones.

d) *Mujeres con diagnóstico*

El estar agotado y sin fuerzas (41%), los dolores de cabeza (45%), las fallas en la concentración (51%), la sensación de no haber descansado (58%), la falta de sueño (51%), la falta de energía (61%), la lentitud (54%), el no hacer bien las cosas (45%), la insatisfacción (67%), el temor (48%), el sentirse agobiado y en tensión (77%) y el nerviosismo (48%), fueron los síntomas del Cuestionario General de Salud que más se presentaron en este grupo.

Ningún síntoma aumentó en forma significativa; en tanto, los síntomas que disminuyeron significativamente fueron el sentirse agotado y sin fuerzas, la sensación de enfermedad, el dolor de cabeza, la pesadez, la sensación de desmayo, la sensación de no descansar, el cansancio, la falta de sueño, la falta de energía, las noches intranquilas, la lentitud, el no hacer bien las cosas, la insatisfacción, el sentirse agobiado y en tensión y el nerviosismo.

Los sucesos propios de la carrera de medicina que ocasionaron mayor tensión a este grupo fueron: la proximidad de exámenes, la incapacidad de retener información, el temor a malas calificaciones, el no dedicar el tiempo suficiente al estudio y la necesidad del manejo de otro idioma. Los sucesos tensionantes que disminuyeron para la tercera medición fueron la necesidad del manejo de otro idioma y los trámites administrativos.

En la escala de Eventos de la Vida, se reportó con mayor frecuencia los cambios en las actividades sociales, el romper una relación estable, los cambios en el estado financiero de los padres, el aumento en las discusiones con los padres, el logro personal notable y el reprobación un curso.

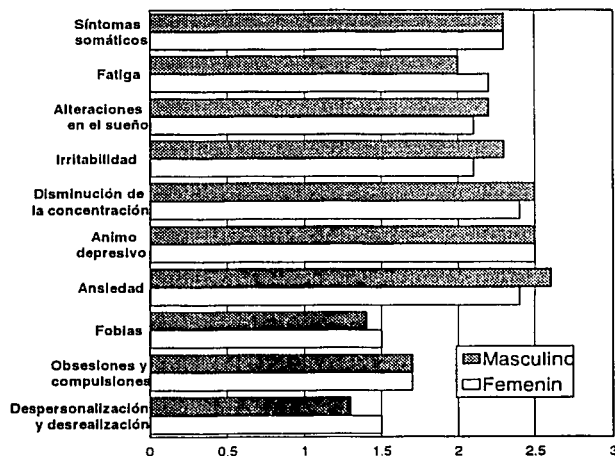
Finalmente, los síntomas con mayor calificación en el Inventario de Beck fueron: el descontento consigo mismo, la dificultad para dormir bien y la irritabilidad. Las dos primeras aumentaron y la segunda disminuyó, en su grado de severidad.

Síntomas clínicos presentados por los sujetos diagnosticados

Como se mencionó en el apartado de procedimiento, los sujetos que puntuaron como "casos probables" en el Cuestionario General de Salud fueron entrevistados clínicamente para confirmar un diagnóstico clínico.

En este apartado se describen los síntomas reportados por la Entrevista Psiquiátrica Modificada de Goldberg, realizada a 82 alumnos que obtuvieron una puntuación mayor de 4 en el Cuestionario General de Salud en la primera medición y que fueron diagnosticados a través de dicha entrevista.

9 **Gráfica 1. Calificación promedio de los síntomas reportados en la Entrevista de Goldberg**



Como se muestra en la gráfica 1, los síntomas más reportados fueron los somáticos, siguiendo la fatiga, las alteraciones en el sueño, la irritabilidad, la disminución en la concentración, el ánimo depresivo y la ansiedad. En todos estos casos las medias fueron superiores a 2, tanto para los hombres como para las mujeres. Como recordamos el número dos significa la presencia leve del síntoma en un rango de 1 a 5.

Las anomalías manifiestas que más se presentaron, tanto para hombres como para mujeres, fueron la depresión, el estar ansioso, tenso o agitado y el contenido depresivo del pensamiento (Gráfica 2).

Gráfica 2: Calificación promedio de anomalías manifiestas encontradas en la Entrevista de Goldberg



En cuanto al nivel de severidad encontrado en los sujetos con diagnóstico, se encontró un promedio general de 58.5 puntos para toda la población con un puntaje ligeramente superior para las mujeres (59.3). El rango de calificación es de 34 a 110.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

Características generales de los sujetos

La media de edad de la población es de 19 años con una desviación estándar de 2, lo que nos confirma que nuestros sujetos de estudio se encuentran precisamente en los años de transición entre la adolescencia y la edad adulta, período que Erikson señala de vulnerabilidad para presentar conductas no saludables, secundarias a las preocupaciones propias de esta etapa del ciclo vital.

Erikson refiere que los estudiantes de medicina se encuentran en una etapa de consolidación de su identidad fortaleciendo su intimidad en contra del aislamiento. Deben resolver además de los problemas que se presentan en forma de crisis del desarrollo, los que se presentan como un rito de paso de los primeros años de la carrera en los que los estudiantes empiezan a adquirir las actitudes, valores éticos, conductas, y estilos de vida médicos. Este momento toma lugar en un medioambiente que muchas veces se caracteriza por ser rígido, autoritario, y deshumanizado (Knight, 1981). Otras necesidades más del estudiante en esta época de su vida, son la consolidación de: vínculos, individuación, autoestima, auto y heterocríticas, seguridad interna y creatividad. El cubrir estas necesidades es central para la resolución exitosa de las crisis de identidad e intimidad; el no cubrirlas puede provocar futuros fracasos y deterioro de la persona. (Pifflerling, 1980, Scheiber Doyle, 1983).

La carrera de medicina retarda la posibilidad de autonomía económica, que es una de las necesidades del adulto joven. Esta investigación reporta casi un 15% de alumnos que trabajan además de estudiar. No es sorprendente que los estudiantes que están continuamente siendo evaluados y que con frecuencia se encuentran limitados de dinero y de tiempo sufran mayores síntomas de tensión que las personas jóvenes que trabajan. Pero en el caso de estudiantes de la carrera de medicina el trabajar es una condición que puede provocar una tensión adicional ya que los tiempos de estudio se ven aún más reducidos.

Aunque era de esperarse una gran mayoría de solteros, esta condición también es importante de evaluar en relación con la vida del estudiante. Un buen número de ellos tienen relaciones de noviazgo más o menos estables, que se ven interferidas por la intensa vida académica que demanda la carrera de medicina. Las investigaciones reportan que el relaciones estables al ingresar a esta carrera, lejos de ser un factor protector, como en otros casos, es un factor que en muchas ocasiones provoca estrés. (Foorman y Lloyd, 1986).

Con respecto a la escolaridad de los padres se han hecho observaciones de que los niveles de estrés se presentan en una relación inversa al grado de escolaridad de los mismos. Se ha sugerido que esto se deba a que un nivel escolar mayor propicia un mejor ambiente para el desarrollo académico y un mayor entendimiento de lo que ocurre en la vida universitaria. Por ejemplo, ya ha sido comentado como algunos estudiantes refieren como fuente de tensión el que la familia o bien la pareja, les demande tiempo que ellos deben dedicar a sus estudios. En la población estudiada un porcentaje de padres (aproximadamente un tercio de ellos)

tenían nivel profesional, sin embargo, también más de un tercio de ellos alcanzaba tan sólo nivel primaria. En lo que respecta a las madres los porcentajes de nivel profesional fueron aún más bajos (16 a 18%). El nivel educacional de la madre pronostica con una mayor certeza el mejor desempeño del alumno, sin embargo esta es una observación mencionada en algunos escritos pero no hay datos de investigación concluyentes que la avalen (Coles, 1994).

Fuentes de estrés más frecuentes

Los resultados muestran que los estudiantes de medicina experimentan niveles de tensión relativamente altos durante el primer año de la carrera. Los factores de estrés que provocaron mayor grado de tensión son semejantes a los encontrados por otros autores de escuelas estadounidenses y canadienses: la carga de trabajo, el temor a las malas calificaciones y el no disponer de tiempo para actividades recreativas (Boyle y Coombs, 1971, Edwards y Zimet, 1976, Coburn y Joviasas, 1975, Coles, 1994).

Igual a lo ya extensamente reportado en otras escuelas y facultades de medicina, las fuentes más frecuentes de tensión encontradas en la carrera de medicina de la UNAM fueron: la incapacidad para retener la información, el no poder definir la relevancia de la información que se da en los primeros años tiempo insuficiente para el estudio, la proximidad de los exámenes, el temor a las malas calificaciones, la falta de metodología para estudiar y la limitación de las actividades sociales, entre las causas inmediatas. Tal vez algunas particularidades de nuestra facultad son la tensión que sienten los estudiantes ante la necesidad de otro idioma, el miedo a exponer en público y los trámites administrativos. Problemas añejos y más difíciles de atender son: el diseño de programas con la información específica requerida por el estudiante en cada nivel de estudio; y la utilización de la metodología de enseñanza idónea para cada fase del adiestramiento médico. (Fouilloux y cols., 1994).

Síntomas y problemas psiquiátricos en los estudiantes

Las investigaciones muestran que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población universitaria no difiere significativamente, de la encontrada en la población general. Como ya fue señalado la mayor parte de los reportes están de acuerdo en que entre un 10% y un 20% de los estudiantes universitarios tienen trastornos que requieren de ayuda médica psicológica y que del 1% al 3% de esta población presenta trastornos psiquiátricos graves. Sin embargo, las consecuencias para los estudiantes son más graves que para el resto de la población, pues la mayoría de estos desórdenes repercuten sobre la habilidad para el estudio, las relaciones interpersonales y el desempeño social.

Ryle (1971) asumió que aquéllas personas que llegan a la universidad deberían tener mejor salud mental que el resto de la población. Sin embargo, parece que hay otros factores

trabajando en dirección opuesta y que algunos de ellos, que tienen que ver con la necesidad de alcanzar el éxito académico, dejan un costo de restricción social, que impide un adecuado proceso de maduración emocional.

La comparación de las distintas prevalencias reportadas a nivel internacional se ve limitada por la diversidad en la metodología, relacionada específicamente con el procedimiento de identificación de caso. Aún cuando fuera posible unificar este procedimiento, cualquier comparación estaría limitada por las diferencias que hay entre las poblaciones estudiantiles examinadas. En esta investigación los resultados muestran que de los 774 alumnos que contestaron el cuestionario de salud en forma completa en la primera medición, 82 (10.5 %) resultaron con diagnóstico psiquiátrico. Esta condición puede influir negativamente sobre los procesos de aprendizaje y en el caso de los estudiantes de medicina, puede además tener consecuencias en su adaptación a su rol de médico y el logro exitoso de su ciclo de desarrollo personal correspondiente.

Los síntomas más reportados en la Entrevista de Goldberg fueron: la disminución de la concentración, el estado de ánimo depresivo y la ansiedad. Las anomalías manifiestas más frecuentes fueron el ánimo depresivo, la ansiedad y el contenido del pensamiento depresivo. Todos estos datos se correlacionan perfectamente con los datos aportados en el Cuestionario General de Salud y en el Inventario de Beck, así como con el diagnóstico más frecuente de depresión. La disminución en la concentración aunada al pensamiento depresivo puede hacer pensar a los estudiantes, que eligieron una carrera que no estaba acorde a sus capacidades.

Además de la tensión y la ansiedad —que no sorprende que estén asociadas con el estrés— los sentimientos de frustración y de impotencia se correlacionaron fuertemente sobre la presencia de estrés. Estos sentimientos pueden ser vistos como una parte inevitable del adiestramiento médico pero pueden contribuir al “aprendizaje de desesperanza”, que ha sido descrito asociado a depresión. En algún momento se ha sugerido que los “ritos de iniciación médica” pueden dejar un aprendizaje de desesperanza o impotencia con un deterioro subsecuente del médico, en la esfera psicológica (Cole, 1985 Clark, 1988).

El que haya sido tomada la población completa de estudiantes de primer año de la carrera, da una mayor confiabilidad al estudio. Sin embargo, recordemos que en la segunda y tercera etapas no fueron contestados todos los cuestionarios pues algunos alumnos no asistían regularmente a clases y otros se habían dado de baja. Esto es de importancia, pues algunas encuestas epidemiológicas han reportado que la población que no responde tiende a tener mayores problemas o patología, que la que responde (Firth, 1986). A esto se debió que el análisis estadístico tomara en cuenta únicamente a los alumnos que participaron en las tres etapas, lo cual correspondió al 60% de la población. Sin embargo, es posible que alumnos que puntuaron como “caso probable” en la primera medición y que ya no participaron en las otras etapas, continuaran presentando síntomas. Más de un 30% de estos alumnos abandonó la carrera durante el transcurso de este primer año.

Este dato es de importancia si conocemos que de los alumnos que ingresan a la Facultad de Medicina de la UNAM en cada período escolar, deserten durante el primer año el 10%.

Diferencias entre los estudiantes que tuvieron o no diagnóstico

Los alumnos a quienes se les elaboró diagnóstico tuvieron puntajes diferentes en todos los cuestionarios en forma significativa, comparados con los alumnos que no puntuaron como casos probables. La magnitud de las diferencias se muestra claramente en la tabla 4, en la primera medición del Cuestionario General de Salud: si tomamos en cuenta que el puntaje para ser considerado "probable caso" es de 5 y la media de los sujetos diagnosticados fue casi de 10, comparada con la de los sujetos que no fueron caso, cuya media fue de 2. Estas diferencias se muestran también en forma significativa en los otros cuestionarios.

Diferencias genéricas

Las mujeres que no resultaron casos vs. los hombres, mostraron puntajes mayores en forma estadísticamente significativa en las tres mediciones del Cuestionario General de Salud, en la primera medición de la encuesta Fuentes de Tensión en la Facultad de Medicina y primera medición del inventario de Beck. Esto último no es de sorprender si sabemos que la depresión se presenta en forma más frecuente en la mujer que en el hombre en proporción 2:1.

En la población citada (sin diagnóstico) se presentaron cambios en el tiempo en las tres mediciones en forma estadísticamente significativa en 13 de los 28 reactivos del Cuestionario General de Salud, mientras los hombres presentaron cambios en 9 reactivos. En cuanto a la escala de Fuentes de Tensión en Medicina, las fuentes son casi las mismas para ambos sexos, solo se observa una discreta diferencia en relación con la falta de tiempo para encuentros sexuales, con mayor puntuación en los varones. La escala de Eventos de la vida no mostró diferencias a excepción de una mayor tensión en las mujeres ocasionada por romper relación estable con un amigo. Estas diferencias muestran al parecer, formas de comportamiento distintas para ambos sexos: las mujeres menos satisfechas, con menos energía y más preocupadas por sus relaciones interpersonales.

Aunque muchos investigadores se han referido al conflicto de rol para explicar porqué el adiestramiento y la práctica en medicina son comúnmente más estresantes para las mujeres, parece que tal explicación es incompleta. Primero, no está totalmente claro que las mujeres sean más afectadas por la escuela médica que los hombres. En los estudios de Lloyd y Gartrell, por ejemplo, no hubo muchas diferencias entre hombres y mujeres en las escalas de síntomas psiquiátricos; en depresión y síntomas somáticos hubo diferencias pero no significativas. En las investigaciones de Zeldow y cols. no hubo diferencias en cuanto a los aspectos de personalidad. Segundo, aún si las mujeres son más afectadas que los hombres esto no ocurre

en todos los casos. Esto puede sugerir, que las mujeres perciben o admiten el estrés más que los hombres y no que tienen más fuentes de tensión.

Las mujeres estudiantes con diagnóstico clínico, no mostraron puntajes mayores que sus contrapartes hombres, en los cuestionarios. Sin embargo, los puntajes de los hombres disminuyeron en menor proporción que los de las mujeres, en las tres mediciones. Como ya ha sido comentado anteriormente las personas que presentan sintomatología se parecen más en su comportamiento que las que no presentan sintomatología. A esto puede deberse el hecho de las diferencias genéricas encontradas entre los estudiantes detectados como casos y los que no lo fueron.

Las diferencias de esta última población (diagnosticada), en los puntajes por cuestionario nos muestran en el Cuestionario General de Salud que las mujeres presentaban síntomas como: el sentirse agotadas y sin fuerzas, dolores de cabeza, sensación de pesadez de cabeza, sensación de desmayo y nerviosismo. Por su parte los hombres reportaron mas fallas en la concentración,, sensación de no descanso, sensación de ser observado, ideas de "quitarse de en medio" e ideas suicidas. En la escala de Fuentes de Tensión en Medicina los hombres reportaron mayor tensión por no tener tiempo para encuentros sexuales y por dudas vocacionales. Nuevamente aquí, observamos lo que parece tener que ver mas con los roles y estereotipos sexuales: las mujeres con más síntomas psicofisiológicos y los hombres con síntomas más frecuentes en la esfera cognitiva, incluyendo la ideación suicida. En la escala de Eventos de la Vida no se observaron diferencias importantes lo cual era de esperarse ya que se refiere a situaciones individuales y sólo puntuaron alto algunos eventos compartidos como son el cambio de escuela y los cambios en las actividades sociales, ya reportados como eventos estresantes en relación con el ingreso a la carrera.

La Entrevista de Goldberg reportó un mayor número de síntomas de ansiedad en los hombres y en las mujeres, fatiga y sensación de despersonalización. Con respecto a las anomalías manifiestas no se observaron diferencias importantes.

Diferencias en el tiempo

Algunas investigaciones hablan de períodos "pico" en que ocurre mayor estrés y los resultados del estudio muestran que si hay cambios en el tiempo en relación con los puntajes de los cuestionarios. En la tabla 2 para los sujetos que no tuvieron diagnóstico, se observa una elevación de los puntajes en la segunda medición para el Cuestionario General de Salud y para la escala de Fuentes de Tensión en la Facultad de Medicina. Esto puede indicar que los sujetos que previamente estaban con sintomatología no percibieron las mayores cargas tensionales en relación con sus estudios, las cuales si fueron percibidas por los estudiantes que no tenían sintomatología. Se ha mencionado que en los primeros meses después del ingreso a la facultad es cuando los alumnos están más preocupados por la carga de trabajo acumulado, el tiempo que no es suficiente para el estudio y otras fuentes de tensión. (Vitaliano, 1989). En forma contraria, la tabla muestra que en los sujetos con diagnóstico la tendencia de los

puntajes fue a descender, incluso la media por debajo de 5 en el Cuestionario General de Salud (en la tercera medición).

Como puede observarse en los cuadros del anexo 2 las diferencias en puntaje en relación con el tiempo se observan principalmente en síntomas como: sentirse agotado y sin fuerzas, tener sensación de no descanso e insatisfacción, los cuales se correlacionan con la preocupación de los estudiantes de sentir próximos los exámenes, de percibir incapacidad para retener información, de no poder definir relevancia de los conocimientos y de no tener tiempo suficiente para estudiar. La escala de estrés por eventos de la vida como era de esperarse no mostró puntuaciones altas, aunque algunos eventos como cambios en actividades sociales, romper relación estable con un amigo, cambio de escuela y reprobar un curso, tuvieron una puntuación un poco elevada y esto pudiera tener relación con el ingreso a la carrera de medicina. Los puntajes en el tiempo en este cuestionario, aunque no mostraron diferencias estadísticas significativas si se observaron mas elevados al inicio de año lo cual era de esperarse pues los reactivos con el puntaje más alto fueron cambios en actividades sociales, cambio de escuela y logro personal notable.

Las investigaciones muestran que cada año de adiestramiento en medicina es estresante y al parecer no hay años "peores" que otros, lo que parece ser más importante es la prolongación de este estrés. Firth refiere que estudiantes de otras carreras viven el estrés en menor nivel y por menos tiempo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Los cambios rápidos en la educación médica se han agregado a los problemas del estudiante en el área del aprendizaje y de su desarrollo personal. Con los cambios sociales que han tomado lugar en el campo de la medicina, las presiones sobre los estudiantes, probablemente, se intensificarán. Muchas escuelas de medicina tienen su atención puesta solamente en los aspectos estrictamente académicos como la evaluación y las reformas a los programas, y no toman en cuenta las condiciones en que el alumno realiza sus estudios. Se debe poner más atención en áreas como: integrar las dimensiones de la vida personal y profesional de cada alumno, el manejo de la frustración, la ansiedad, la depresión y sus consecuentes dificultades en el aprendizaje y desarrollo de los estudiantes.

Uno puede ver el proceso educacional como una sucesión de tareas adaptativas que el alumno debe realizar durante sus estudios. Parece que los trastornos emocionales derivan tanto de la forma en que éste afronta el estrés, como de su vulnerabilidad.

Como ya ha sido señalado, los estudios muestran que los estudiantes experimentan gran estrés asociado a su trabajo dentro de la escuela de medicina. El estrés inducido por factores propios de la escuela puede incrementar el riesgo para abuso de sustancias, intento suicida y otros problemas mentales. Por esta razón es importante clarificar si los estresores propios de la carrera afectan la salud del estudiante independientemente de los factores que usualmente se relacionan con la salud mental (edad, autoestima, apoyo social, experiencias previas de trabajo en el área de la salud, etcétera).

Por otro lado, sabemos que no todos los estudiantes responden a la educación médica con síntomas de estrés, es decir, una de las tareas debería ser identificar a los alumnos que son vulnerables, desde antes de iniciar sus estudios. Esto podría hacerse a través de conocer su desempeño escolar anterior, algunos rasgos de personalidad y sobretudo los niveles de malestar psicológico previo.

Los mejores médicos no son solamente los que tienen más conocimientos ni los que desarrollan mayores destrezas sino también los que tienen ciertas cualidades para desarrollar una mejor relación médico-paciente (Coombs y Virshup, 1994):

- Tienen respeto, cuidado, compasión y deseo de ayudar a otros.
- Tienen sensibilidad y autoestima.
- Son abiertos a sus propios sentimientos y a los de otros y pueden comunicarlos apropiadamente.
- Son capaces de hacer relaciones cercanas, de cuidado, apoyo e intimidad.
- Pueden relacionarse en forma adecuada con sus pacientes y otras personas sin experimentar tensión o ansiedad.

- No se muestran ansiosos ante las fallas, errores y las críticas de otros, no hacen evaluaciones negativas, ni necesitan negar, defenderse o atacar.
- Toman en cuenta sus necesidades de descanso, ejercicio, intereses e interacción con otros.
- Pueden trabajar un razonable número de horas con eficiencia y efectividad.
- Disfrutan de la vida, la escuela, la familia y otras personas.

No todos los estudiantes de medicina poseen estas cualidades. Los que no las tienen corren el riesgo de ser dañados, ya sea durante la carrera o cuando sean médicos. Ayudar a reducir este riesgo es responsabilidad de las escuelas de medicina quienes deben implementar programas de apoyo al estudiante. Pocas escuelas de medicina lo hacen.

Muchos estudiantes son sobrepasados por el voluminoso material de trabajo y experiencias que les inquietan (como la de la muerte o la "locura"), las cuales ellos manejan por medio de la negación o la supresión de emociones. Con frecuencia ellos no reciben apoyo emocional en su escuela y su estilo de vida va limitando o excluyendo sus actividades recreativas, culturales, familiares y espirituales y esto los lleva a un deterioro de sus vidas en todo sentido.

Por otro lado, el que los estudiantes se quejen de frialdad y trato impersonal, puede ser un dato de importancia para tratar de estrechar las relaciones entre los maestros, el equipo médico y los alumnos. Si el esfuerzo de enseñar competencia pudiera ser complementado con un esfuerzo por fortalecer la sensibilidad y apertura de los estudiantes hacia ellos mismos y hacia los demás, los médicos tratarían a sus pacientes de manera más responsable y humana. Si la facultad y el profesorado reconocen las necesidades de los estudiantes y demuestran un interés por las fuentes que ocasionan tensión, fomentan una mejor autoestima en sus alumnos, y les proveen de modelos auténticos que los ayuden a interactuar con sus pacientes en forma humanística.

La enseñanza y la filosofía de la medicina hoy en día enfatizan su complejidad y dificultad, sin embargo, la mayoría de los seres humanos enferman de cosas simples, dice Paul Williamson : "es una locura ser un experto para un 1% de nuestros pacientes y muy poco competentes en la esfera emocional para el 99% de ellos" (1960).

La relación médico-paciente está cambiando y este cambio requiere a su vez de cambios a la educación médica de pregrado, tal como el cambio en el énfasis de métodos de aprendizaje pasivos, a activos y autodirigidos. La salud de los estudiantes además, se relaciona con la de los futuros médicos, quienes deben modelar y promover estilos de vida saludables en sus pacientes.

De los resultados de esta investigación se pueden resumir algunos puntos a tomar en cuenta para mejorar las condiciones del estudiante de medicina.

Primero, el alumno que ingresa debe tener un claro entendimiento y expectativas reales de lo que es llegar a ser médico y todo el camino que se recorre a lo largo de la carrera de medicina. Tomando en cuenta esto se debe hacer énfasis en las características cualitativas del aspirante a medicina.

Segundo, los programas de la carrera pueden ser por sí mismos una fuente de estrés. Por lo tanto, se debe: revisar constantemente la información que sea relevante, descartando la que ya no lo sea; dar continuidad a los cursos teóricos y prácticos ya que los enlaces entre ellos son muchas veces casi imperceptibles o no existen; propiciar el contacto con la clínica en todos los años de la carrera; enfatizar la importancia del balance entre las ciencias psicológicas y biológicas y entre los aspectos humanísticos y científicos, en el trabajo del médico; preparar los exámenes como procesos difíciles de superar más que como oportunidades de evaluar el progreso del alumno mas que maneras de evidenciar su ignorancia.

Tercero, muchos maestros con los suficientes conocimientos, nunca han sido adiestrados para enseñar. Las habilidades para la enseñanza son distintas de aquéllas para la investigación o para la clínica. La enseñanza a menudo tiene faltas que los propios maestros reconocen, pero no cuentan con los recursos para combatirlos; los estudiantes deben desarrollar actitudes de curiosidad y exploración del conocimiento más que la adquisición pasiva del mismo. Tal vez esto sería más fácil de lograrse si se introducen en el programa, dosis suficientes de aprendizaje basado en problemas.

Cuarto, el clima de la educación médica es, a menudo, de poco apoyo y más bien amenazante, en lugar de crear un ambiente de colaboración: altos niveles de desempeño son a veces requeridos, e insalubres niveles de competencia son fomentados. La educación médica puede ser buena en cuanto a la enseñanza de habilidades y conocimientos técnicos, incluso en el terreno de la investigación en salud, sin embargo suele fracasar en el logro de habilidades en la comunicación con los pacientes. Por esta razón, es preciso implementar programas de promoción de la salud que ayuden al desarrollo y mantenimiento de estilos de vida equilibrados que eleven el sentimiento de bienestar en los estudiantes de medicina. En algunas universidades se promueve la formación de grupos de discusión de problemas. En la carrera de medicina de la UNAM podrían ser aprovechados los cursos de Psicología Médica para promover durante los tiempos destinados a "seminarios", actividades encaminadas a fomentar la salud mental de los estudiantes. En algunas universidades se fomenta la formación de pequeños grupos sociales que incluyen la participación de profesores, lo cual permite a los alumnos reducir la distancia que hay entre profesores y estudiantes e incrementa la oportunidad de los mismos de interactuar con cada uno, en

una atmósfera diferente al competitivo ambiente del salón de clases. De esta manera los alumnos pueden reducir su estrés al percatarse de que el incremento del mismo es parte de un proceso que ocurre a la mayoría de los estudiantes de medicina y evaluarlo como un cambio propio del desarrollo más que como un indicador de falla.

Quinto, todas las universidades deben contar con un buen servicio de salud mental que pueda dar atención a los problemas del estudiante. Todos los estudiantes deben tener derecho a servicios de consejería académica, psiquiátrica y médica. La Universidad Nacional Autónoma de México es una de las pocas que cuenta con todos estos servicios, pero es necesario que todo el estudiantado esté informado de ellos y sobretodo que pierda el temor a solicitar consulta en servicios de salud mental.

Sexto, es necesario realizar mayor investigación en forma longitudinal tomando en cuenta de manera especial el interjuego entre las variables de medioambiente, personalidad, estilos de contender con los problemas, desempeño académico y salud. Es necesario conocer si las demandas y las fuentes de estrés cambian con el tiempo. En particular, es importante conocer qué ocurre en el tercer año de adiestramiento en el que los estudiantes de medicina inician su práctica clínica. También dentro del seguimiento sería interesante evaluar a los alumnos que se encuentran en los años de internado y servicio social (quinto y sexto años de la carrera). De esta misma investigación se planea conocer los resultados de los alumnos detectados con problemas en el primer año de medicina, al finalizar sus estudios de medicina.

Séptima, aunque de manera indirecta y sin ser objetivo de esta investigación, el número de alumnos con altos puntajes en el Cuestionario de Salud, que abandonaron la carrera de medicina, hace necesaria la investigación de los motivos que los llevaron a tomar esta decisión. Conocer estos motivos permitirá complementar los programas de selección y apoyo a los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Aschenbrenner CA, Lawrence LE, Miller MJ, Miller MJ, Peterson GC, Rege S, Wall HP. Surveys of health policies and health care services for medical students. *J Am Medical Association* 1991;265:2074-2078.
- Barton D: Stress and adaptation in learning and practicing Medicine. An Elective course for medical students. *Acad Psychiatry* 1995; 19 (1): 34-43.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Muck J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych* 1961; 4:516-571.
- Beck AT, Steer RA, Garbin M. Psychometric properties of the BDI: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8:77-100.
- Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation, San Antonio TX, 1993.
- Benitez H, De las Cuevas C, Rodríguez F, García -Estrada A, Gonzalez de Rivera JL: Estudio psicopatológico comparativo en estudiantes universitarios. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989; 17:373-376.
- Borenstein DB. Availability of mental health resources for residents in academic medical centers. *J Med Educ* 1985;60:517-523.
- Boyle BP, Coombs RH. Personality profiles related to emotional stress in the initial year of medical training. *J Med Educ* 1971;46:882-888.
- Bramness JG, Fixdal TC, Vaglum P. Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:340-345.
- British Medical Association News Review. Reformssap doctors' morale. British Medical Association. London, 1991.
- Burrow G. Tensions within the Academic Health Center. *Acad Med* 1993; 68 (8): 585-587.
- Calkins V, Arnold L, Willoughby L: Emotional impact of medical school and residency. *Acad Med* 1994; 69 (10) Spl: 22-28.
- Campillo SC, Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Martínez LP: Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista Psiquiátrica Estandarizada" de Goldberg, en una versión mexicana. *Acta Psiquiátr Psicol Amer lat*, 1981; 27:44-53.
- Caraveo JJ, González C, Ramos L: Indicadores clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. *Salud Pública Mex*, 1985; 27:140-148.
- Charlton R, Jones D, Blunt A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. *Med Educ* 1994; 28:290-295.

- Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *Journal of American Medical Association* 1988;260:2521-2528.
- Clark DC. Alcohol and drug use and mood disorders among medical students: implications for physician impairment. *Quality Review Bulletin* 1988;Feb;50-54.
- Coburn D, Joviasas AV. Perceived sources of stress among first-year medical students. *J Med Educ* 1975;55:590-595.
- Cole GE. Life change events as stressors and their relationship to mental health among undergraduate university students. *Oshol Reports* 1985;56:387-390.
- Coles C. Medicine and stress. *Med Educ* 1994; 28:3-4.
- Coles C. Support for medical students in the United Kingdom. *Med Educ* 1993; 27:186-187.
- Coles CR. Differences between conventional and problem-based curricula in their students' approaches to studying. *Med Educ* 1985;19:308-309.
- Coombs RH, Perell K, Ruckh JM. Primary prevention of emotional impairment among medical trainees. *Acad Med* 1990;65:576-581.
- Coombs RH, Virshup BB. Enhancing the psychological health of medical students: the student well-being committee. *Med Educ* 1994;28:47-54.
- Cooper B. Demographic and epidemiological methods in psychiatric research. In Kisher KP (eds) *Psychiatrie der gegenwart*. Springer-Verlag, Berlin, Heilderberg, New York, 1979.
- Davidson MA, Hutt C. A study of 500 Oxford student psychiatric patients. *British J of Social and Clinical Psychology* 1964;3:175-185.
- Diaz A, Romero M, Gomez C: Mental Health in a sample of first-year university students. A descriptive study of mexican population. *New Trends Exp Clin Psychiatry* 1996; 12 (4):231-241.
- Dohn H: Choices of careers in medicine:some theoretical and methodological issues. *Med Educ* 1996; 30: 157-160.
- Edwards MT, Zimet CN. Problems and concerns among medical students. *J Med Educ* 1976;51:619-625.
- Eric L, Radovanovic Z, Jevremovic I. Mental disorders among Yugoslav medical students. *Br J Psychiatry* 1988;152:127-129.
- Erikson E. Introduction. En: Blaine Ch, Mc Arthur Ch. *Emotional problems of the student*. New York: Appleton-Century-Crofto Inc, 1961.
- Ezbán M, Medina-Mora ME, Peláez O, Padilla P: Sensibilidad del cuestionario general de Goldberg para detectar la evolución de pacientes en tratamiento psiquiátrico. *Salud Mental*, 1984; 7, 3: 68-71.

- Farnsworth D. College mental health services. En: Kaplan HI, Freedman A, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* III. 3rd ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1980.
- Finlay-Jones RA, Murphy E. Severity of psychiatric disorder and the 30 item GHQ.Br J Psychiat 1979; 13-14:609-616.
- Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *British Medical Journal* 1986;292:1177-1180.
- Firth-Cozens J. Stress in medical undergraduates and house officers. *Br J Hospital Medicine* 1989; 41:161-164.
- Foorman S, Lloyd C. The relationship between social support and psychiatric symptomatology in medical students. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:229-239.
- Forney MA, Ripley WK, Forney PD. A profile and prediction study of problem drinking among first year medical students. *Int J Addictions* 1988;23:767-779.
- Fouilloux C, Petra I, Romero M, Gonzalez L.Fuentes de estrés en estudiantes de medicina. *Rev Fac Med* 1994;37, 3:132-136.
- Franco KN, Tamburrino MB, Carroll B, Seidman PA, Evans CL. Stress Profiles and their implications for intervention. *J Psychiat Educ* 1988;12, 4:233-237.
- Funkenstein DH. The learning and personal development of medical students and the recent changes in universities and medical schools. *J Med Educ* 1968;43:883-897.
- Gaensbauer TJ, Mizner GL. Developmental stresses in medical education. *Psychiatry* 1980;43:60-70.
- General Medical Council. The teaching of behavioural sciences, community medicine, and general practice in basic medical education. General Medical Council. London, 1987.
- General Medical Council. Undergraduate medical education. Discussion document by the Working Party of the General Medical Council, Education Committee. London, 1991
- Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. *Maudsley Monograph* No. 21. Oxford: Oxford University Press, 1972.
- Goldberg DP. *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor. National Foundation for Educational Research, 1978.
- Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1970;24:18-23.
- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27:191-197.

- Hall Z, Sheil LP, Waters WE. Psychiatric illness after leaving university: a five-year follow-up of students. *Brit J Psychiatry* 1982;140:374-377.
- Hays LR, Dickson LR, Lyles MR, Ludwig AM, Martin CA, Bird MA. Treating psychiatric problems in medical students. *Am J Psychiatry* 1986;143:1428-1431.
- Hendrie HC, Clair DK, Brittain HM, Fadul PE. A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:204-207.
- Holm-Hadulla R, Soeder U: Psychische beschwerden und storungen von studierenden (Psychological complaints and mental disorders of university students)PPMP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 1997; 47(12): 419-425.
- Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-218.
- Hunter RCA, Prince RH, Schwartzman AE. Comments on emotional disturbance in a medical undergraduate population. *Can Med Assoc J* 1961;85:989-992.
- Insonide W. The incidence of psychiatric illness in a group of New Zealand medical students. *J Am Coll Health Assoc* 1966;15:50-53.
- Jepson L, Juszczak L, Fisher M: Mental Health care in high school based health service. *Adolescence* 1998; 33(129):1-15.
- Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21(3): 26-31.
- Keniston K. The medical student. *Yale J Biol Med* 1967; 39:346-358.
- Kidd C, Caldwell-Meenan J. A comparative study of psychiatric morbidity among students at two different universities. *Bost J Psychiat* 1966;112:57-64.
- Knight JA. Medical student. Doctor in the making. New York: Appleton Century Crofts, 1973, pp. 45-71.
- Koran L, Litt I. House staff well-being. *Western J Medicine* 1988;148:97-103.
- Kory WP, Crandall LSA. Nonmedical drugs use patterns among medical students. *International Journal of Addictions* 1984;19:871-884.
- Lamothe D, Currie F, Alisat S, Sullivan T, Pratt M, Pancer SM, Hunsberger B: Impact of a social support intervention on the transition to University. *Can J Community Ment Health* 1995; 14 (2): 167-180.
- Lazarus RS; Folkman S. Stress appraisal and coping. Springer. New York, 1984.

- Levinson DJ. Medical education and the theory of adult socialization. *J Health Soc Behav* 1967;8:253-265.
- Lief HI, Young K, Spruiell V. A psychodynamic study of medical students and their adaptational problems. *J Med Educ* 1960;35: 696-704.
- Lloyd C. Sex differences in medical students requesting psychiatric intervention. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171, 9, 535-545.
- Lloyd C, Gartrell NK. Sex differences in medical student mental health. *Am J Psychiatry* 1981;138:1346-1351.
- Lloyd C, Gartrell NK. A further assesment of medical school stress. *J Med Educ* 1983;58:964-967.
- Martínez LP. Discriminación de grados de enfermedad mental por medio de un cuestionario. Tesis de licenciatura. Universidad Iberoamericana. México, 1980.
- Mc Manus C: Medical careers: stories of a life. *Medical Education* 1997; 31(supl 1): 31-35.
- Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo SC, Mas C, Ezban M, Caraveo J, Corona J: The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Med* 1983; 13:355-361.
- Metcalf M, Goldman E: Validation of an inventory for measuring depression. *Br J Psychiat* 1965; 111:240-242.
- Michie S, Sandhu S: Stress management for clinical medical students. *Med Educ* 1994; 28: 528-533.
- Miller McC, Surtees PG. Psychological symptoms and their course in first-year medical students as assessed by the Interval General Health Questionnaire (I-GHQ). *Br J Psychiatry* 1991;159:199-207.
- Miller P. The first year at medical school:some findings and student perceptions. *Med Educ* 1994; 28:5-7.
- Molish HB. A Rorschach study of a group of medical students. *Psychiat Quart* 1950; 24:744-774.
- Mumford DB: Somatic sensations and psychological distress among students in Britain and Pakistan. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1989; 24:321-326.
- Muller S. Physicians for the twenty-first century. Report of The Project Panel of the General Professional Education of the Physician and College for Medicine. *J Med Educ* 1984;59:1-208.
- Nadelson C, Notman M. Medicine: A career conflict for women. *Am J Psychiatry* 1973;130:1123-1127.

Nielsen y Williams (Cuestionario de Beck)

Okasha A, Kamel M, Sadek A, Lotaif F, Bishry Z. Psychiatric morbidity among university students in Egypt. *Br J Psychiat*, 1977; 131:149-154.

Olmstead AG, Paget MA. Some theoretical issues in professional socialization. *J Med Educ* 1969;44:663-669.

Ovesey L. Fear of vocational success. *Arch Gen Psychiat* 1962;7:82-92.

Padilla GP, Mas C, Ezban M, Medina-Mora ME. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental* 1984; 7(3):72-78.

Pasnau RO, Stoessel P. Mental Health service for medical students. *Med Educ* 1994;28:33-39.

Pepitone-Arreola-Rockwell F, Rockwell D, Core N. Fifty-two medical student suicides. *Am J Psychiatry* 1981;138:198-201.

Pitts F, Winoku C, Stewart MA. Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students. *Am J Psychiatry* 1961;118:333-340.

Place M: The relative value of screening instruments in adolescents. *J Adolescence* 1987; 10 (3): 227-240.

Radovanovic Z, Eric LJ. Validity of the General Health Questionnaire in a Yugoslav student population. *Psychol Med* 1983;13:205-207.

Raskin M. Psychiatric crises of medical students and the implications for subsequent adjustment *J Med Educ* 1972;47:210-215.

Richman JA, Flaherty JA. Gender differences in medical student distress: contributions of prior socialization and current role-related stress. *Soc Sci Med* 1990; 30: 777-787.

Romero M, Medina-Mora ME. Validez de una versión del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental* 1987;10(3):90-97.

Rosenberg PP. Students' perceptions and concerns during their first year in medical school. *J Med Educ* 1971;46:211-218.

Ryle (1971)

Sacks MH, Frosch WA, Kesselman M, Parker I. Psychiatric problems in third year medical students. *Am J Psych* 1980; 137:882-885.

Salmons PH. Psychiatric illness in medical students. *Br J Psychiatry* 1983;143:505-508.

Sánchez BJJ, Gómez EM, Padilla GP. La entrevista psiquiátrica modificada: estudio de confiabilidad. *Salud Pública Mex.* 1989; 31:519-529.

Saslow G. Psychiatric problems of medical students. *J Med Educ* 1956;31:27-33.

- Savage RP. An exploratory study of individual characteristics associated with attainment in medical school. *Br J Med Educ* 1972;6:68-77.
- Schlageter CW, Rosenthal J. What are "normal" medical students like? *J Med Educ* 1962; 37:19-27.
- Scheiber S, Doyle B. *The impaired physician*. New York: Plenum Press, 1983. 214 pp.
- Schreier A, Abramovitch: American medical students in Israel: stress and coping. *Med Educ* 1996; 30:445-452.
- Schweitzer R, Klayich M, McLean J: Suicidal ideation and behaviours among university students in Australia. *Aust New Zealand J Psychiatry* 1995; 29 (3): 473-479.
- Sharp D: Validation of the 30 item General Health Questionnaire in early pregnancy. *Psychol Med* 1988; 18:503-507.
- Shek D. Validity of the chinese version of the General Health Questionnaire. *J Clinical Psychology* 1989;45: 890-897.
- Simon HJ. Mortality among medical students. *J Med Educ* 1968;43:1175-1182.
- Simpson KH, Budd K. Medical student attrition : a 10-year suvey in one medical school. *Med Educ* 1996; 30:172-178.
- Stangler R, Printz A. DSM-III:Psychiatric diagnosis in a university population. *Am J Psychiatry* 1980;137:937-940.
- Stewart SM, Betson C, Marshall IB, Wong CM, Lee PWH, Lamm TH. Stress and vulnerability in Hong Kong medical students. *Med Educ* 1995; 29: 119-127.
- Stewart SM, Betson C, Lam TH, Marshall IB, Lee PWH, Wong CM. Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Med Educ* 1997; 31:163-168
- Takeuchi M, Yoshino A, Kato M, Ono Y, Kitamura T: Reliability and validity of the japanese of the tridimensional personality questionnaire among university students. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34:273-279.
- Tennant Ch. The General Health Questionnaire: a valid index of psychological impairment in Australian populations. *Medical J Australian* 1977;2:392-394.
- Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega- Soto H. Validez y Reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de Cardiología. *Salud Mental* 1991; 14(2): 1-6.
- Towle A. *Critical thinking:the future of undergraduate medical education*. King's Fund. London, 1991
- Vitaliano PP, Maiuro RD, Mitchell ES, Russo J. Medical student distress. A longitudinal study. *J Nerv Men Dis* 1989;177:70-76.

- Walton HJ. Medical students' well-being. *Med Educ* 1994;28:1-2.
- Westermeyer J. Substance abuse among medical trainees: current problems and evolving resources. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1988;14:393-404.
- Whittemore PB, Burstein AC, Loucks S, Loucks S, Schoenfeld LS. A longitudinal study of personality changes in medical students. *J Med Educ* 1985;60:404-405.
- Williamson P. *Office Diagnosis*. Philadelphia Saunders, 1960 p. viii.
- Wolf TM, Faucett JM, Randall HM, Balson PM. Graduating medical students' ratings of stresses, pleasures, and coping strategies. *J Med Educ* 1988;63:636-642.
- Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ* 1989;23:19-23.
- Wolf TM, von Almen TK, Faucett JM, Randall HM, Franklin FA. Psychological changes during the first year of medical school. *Med Educ* 1991;25:174-181.
- Workley LL: Instilling happiness into medical school. The University of Arkansas College of Medicine's Medical Student Mental Health Program. *J Ark Med Soc* 1998;94 (9): 391-393.
- World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet* 1988;8608, 464.
- World Federation for Medical Education. Proceedings of the world summit on medical education. *Med Educ* 1994; 28 (suppl).
- Zeldow PB, Daugherty SR, Mc Adams DP. Intimacy, power and psychological well-being in medical students. *Med Educ* 1987; 21:353-357.
- Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD. Depression among medical students. *J Affective Disorders* 1986;11:91-96.

ANEXO 1

Cuestionario General de Salud

Instrucciones:

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Encierre en un círculo la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren exclusivamente a las molestias de las últimas 2 ó 3 semanas.

	1	2	3	4
1. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No, para nada	No más enfermo que lo habitual	Bastante más enfermo que lo habitual	Mucho más enfermo que lo habitual
3. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5. ¿Siente que puede concentrarse en todo lo que hace?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
6. ¿Ha tenido miedo de desmayarse en un lugar público?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Al despertar, siente que no descansó lo suficiente?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
8. ¿Se ha sentido demasiado cansado y fatigado aún para comer?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
9. ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12. ¿Se tarda más tiempo en hacer las cosas?	Menos tiempo que lo habitual	Igual tiempo que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
13. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
14. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho	Igual satisfecho que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

15.	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
16.	¿Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
17.	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
18.	¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
19.	¿Ha tenido la sensación de que la gente se le queda viendo?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
20.	¿Ha perdido confianza y fé en sí mismo?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
21.	¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
22.	¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
23.	¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
24.	¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
25.	¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
26.	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
27.	¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
28.	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene rápidamente a la mente?	No, para nada	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA PSIQUIATRICA MODIFICADA DE GOLDBERG

a) Folio

--	--	--	--

b) Fecha

--	--	--	--

HOJA DE CALIFICACION

c) Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

--	--	--

(1) HISTORIA MEDICA GENERAL

Investigar:

I.1) Sexo _____ Edad _____ Edo. Civil _____
Escolaridad _____ Ocupación _____

I.2) Motivo de la consulta y/u hospitalización

--

Número de la consulta en los últimos 6 meses:

--

Número de hospitalizaciones en el último año:

--

I.3) Medicamentos que ha tomado en el último mes

I.4) Antecedentes no psiquiátricos

I.5) Antecedentes psiquiátricos

1.6) Antecedentes psiquiátricos familiares de importancia

1.7) Si el cuestionario fue contestado en día diferente a la entrevista;

¿Cómo ha sido su estado de salud con relación a ese mismo día?

- (0) Mismo día
- (1) Mucho mejor
- (2) Ligeramente mejor
- (3) Igual
- (4) Ligeramente peor
- (5) Mucho peor

(2) SINTOMAS REPORTADOS

2.1) Síntomas somáticos:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| () Disnea | () Pérdida de peso |
| () Palpitaciones | () Aumento de peso |
| () Dolor u opresión precordial | () Sudoración excesiva |
| () Sensación de desmayo | () Dolor abdominal |
| () Mareo | () Disfunción sexual |
| () Paresias | () _____ |
| | Otros, especifique |

2.2) Fatiga:

- | | |
|-------------|---------------------|
| () Mañanas | () Tardes / Noches |
|-------------|---------------------|

2.3) Alteraciones en el sueño:

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| () Insomnio inicial | () Insomnio intermedio |
| () Insomnio terminal | () Hipersomnia |

2.4) Irritabilidad:

() Selectiva

() General

2.5) Disminución de la concentración.

2.6) Animo depresivo:

() Mañanas

() Motivado

() Tardes / Noches

() Inmotivado

() Momentáneas

() Recurrencias

2.7) Ansiedad:

() Mañanas

() Situacional

() Tardes / Noches

() General

2.8) Fobias:

() Agorafobia

() Fobia social

() Fobias simples

() _____

(zoofobias, claustrofobias, etc.).

Otras, especifique

2.9) Obsesiones y compulsiones:

() Rigidez, perfeccionismo

() Actos compulsivos

e indecisión

() Ideas obsesivas

2.10) Despersonalización y desrealización

() Desrealización

() Despersonalización

(3) ANORMALIDADES MANIFIESTAS

3.1) Lentitud y carencia de espontaneidad:

- (1) Actitud y lenguaje normales. Responde a las preguntas con prontitud, espontaneidad y expresividad.
- (2) Hay evidencia de lentitud y/o poca espontaneidad, pero el clínico lo considera como una característica habitual, o carece de significado patológico.
- (3) Lentitud y/o falta de espontaneidad en la entrevista, atribuibles a enfermedad psiquiátrica y no a una característica habitual.
- (4) Fácilmente se aprecia retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica.
- (5) El retardo psicomotor es muy intenso.

Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón.

3.2) Defensivo, suspicaz:

- (1) Cooperador, amistoso. Su comportamiento es normal durante la entrevista.
- (2) Defensivo y desconfiado. Se considera una forma habitual de responder o carece de significado patológico.
- (3) Evasivo y francamente defensivo. Puede preguntar la razón de algunos reactivos.
- (4) Suspiciacia al grado de obstaculizar en ocasiones la entrevista, demandante y exigente, muestra descontento y antagonismo ocasional.
- (5) Suspiciacia intensa, el sujeto puede manifestar que el entrevistador o alguna parte de la entrevista son para incomodarlo o molestarlo. Pueda manifestar ideas delirantes de referencia. Puede rehusar contestar las preguntas, mostrarse hostil y demandar salir del consultorio.

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:

3.3) Histriónico:

- (1) Ausencia de manifestaciones histriónicas.
- (2) Aumento en la expresividad de las emociones.
- (3) Llama la atención hacia sí mismo incesantemente (egocéntrico).
- (4) Hiperactividad ante estímulos menores.
- (5) Brotes de enojo irracional o berrinches o conducta marcadamente manipuladora.

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:

3.4) Deprimido:

- (1) Ausencia de manifestaciones depresivas.
- (2) Se muestra triste o apesadumbrado con motivo real, o bien, una forma habitual de ser.
- (3) Muestra tristeza, desesperanza, ensimismamiento, facies de tristeza, minusvalía.
- (4) Llora durante la entrevista, facies depresivas, retardo psicomotor, inhibición.
- (5) Presenta facies de depresión, llanto incontrolable, dificultad para concentrarse, severo retardo psicomotor e inhibición.

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:

3.5) Ansioso, tenso, agitado:

- (1) Ausencia de manifestaciones ansiosas, tensión o agitación.
- (2) La tensión es una característica habitual y es una respuesta razonable a la entrevista.
- (3) El paciente muestra discreta tensión motora, inquietud, mueve sus manos a las frotas, dificultad para relajarse, respiración suspirante, papadeo frecuente, lenguaje presuroso.
- (4) Facies de preocupación, gesticulación, bloqueos, inquietud motora, impaciencia, se mueve mucho, distractibilidad.
- (5) Irritabilidad, brotes emocionales incontrolables, agitación motora, temblor, sudoración, piloerección, palidez o ruborización, facies de temor o incluso terror, desmayos.

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:

3.6) Eufórico, exaltado:

- (1) Ausencia total de euforia y exaltación durante la entrevista.
- (2) Entusiasmo como característica habitual y/o apropiada a la circunstancia del paciente en el momento de la entrevista.
- (3) Exaltación leve, eufórico. El juicio del paciente no está alterado.
- (4) Exaltación marcada, alteraciones moderadas en el juicio, pensamiento y capacidad introspectiva del paciente. La entrevista presenta dificultades momentáneas.
- (5) Severa exaltación: risa contagiosa, chistes, fuga de ideas, alteraciones severas en el juicio.

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:

3.7) Aplanado, incongruente:

- (1) Estado de ánimo sin incongruencia ni aplanamiento.
- (2) Lacónico con respecto a algunos temas afectivos pero como característica habitual.
- (3) Falta de respuesta emocional clínicamente significativa al discutir temas de importancia o algunas respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista.
- (4) Falta importante de respuesta emocional, frialdad, desapego, incapacidad para transmitir sentimientos, retracción de contactos afectivos. No muestra preocupación realista acerca del futuro y da respuestas francamente incongruentes.
- (5) Ninguna respuesta emotiva adecuada, incongruencia ideoafectiva severa.

Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:



3.8) Interpretaciones erróneas, trastornos del pensamiento y delirios:

- (1) Sin anomalías en estas áreas.
- (2) Creencias excéntricas e interpretaciones erróneas triviales y culturales: aberraciones en la sintaxis no debidas a trastornos del pensamiento. Supersticiones.
- (3) Ideas sobrevaloradas, ideas simples de referencia, errores de juicio evidentes, percepciones delirantes y alteraciones del pensamiento leves como respuesta inadecuada en forma asilada.
- (4) Delirios: culpa, nihilistas, celotipias y otros que alteran la comunicación en forma momentánea.
- (5) Delirios severos que afectan la conducta y la comunicación intensamente a lo largo de la entrevista.

Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:



3.9) Alucinaciones:

- (1) Ausencia de alucinaciones.
- (2) Experiencias perceptuales no patológicas: hipnagógicas e ilusiones transitorias.
- (3) Pseudoalucinaciones visuales y/o auditivas. Alucinaciones elementales (ruidos de maquinaria, zumbidos, etc.).
- (4) Alucinaciones ocasionales (1 ó 2 veces por semana) durante el último mes.
- (5) Alucinaciones frecuentes (3 ó más veces por semana) que afectan intensamente la vida del sujeto, o alucinando durante la entrevista.
() Elementales () Visuales () Auditivas
() Olfatorias () Otras _____

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:



3.10) Alteraciones en el intelecto y daño orgánico:

- (1) Ausente. No existen alteraciones en el intelecto o daño orgánico.
- (2) Fallas de memoria no significativas o inteligencia límite, sin evidencia de subnormalidad mental.
- (3) Daño orgánico leve. Dismnesia: Olvida fechas, nombres, no alcanza metas al intentar varias acciones y lo considera como un cambio de su funcionamiento habitual e interfiere discretamente en su desempeño; o subnormalidad mental discreta que ha requerido educación especial.
- (4) Daño orgánico moderado. Dismnesia: Está incapacitado parcialmente en su funcionalidad habitual y hace esfuerzos para compensar su trastorno de memoria (por ejemplo: tiene que apuntar las cosas que antes recordaba). Es capaz de realizar algunos cálculos simples en algunos casos, o subnormalidad mental moderada. Tiene problemas en la atención, que pueden ser fluctuantes.
- (5) Daño orgánico grave. Dismnesia: Está totalmente incapacitado debido a los problemas de memoria, orientación y juicio, intensamente afectados, o subnormalidad mental grave.

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:



3.1.1) Excesiva preocupación por las funciones corporales:

- (1) Sin alteraciones o la preocupación está bien sustentada.
- (2) El paciente está únicamente preocupado pero no molesto, o existe duda en el entrevistador.
- (3) Preocupación patológica secundaria o estados de ansiedad, depresión y otros síntomas psicológicos.
- (4) Grado marcado de preocupación. El paciente habla constantemente de sus síntomas.
- (5) Se muestra delirante.

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:

3.1.2) Contenido depresivo del pensamiento:

- (1) Ausencia de pensamientos depresivos.
- (2) Tendencia pesimista no patológica.
- (3) Pensamiento depresivo patológico leve (autodepreciación, culpa y desesperanza).
- (4) Ideas depresivas intensas y frecuentes (autodepreciación, culpa, pueden presentarse ideas suicidas estructuradas, rumiación persistente de que todo termine o desesperanza severa).
- (5) Contenidos delirantes depresivos: nihilistas, culpa y autodevaluatorios. Intentos de suicidio.

() Autodepreciación () Ideas suicidas () Culpa
() Actos suicidas () Desesperanza patológica

Si califica 3 ó más, consigne un ejemplo:

(4) ALCOHOLISMO

- (1) Respuesta negativa a preguntas obligatorias.
- (2) El patrón de consumo es de tipo social, sólo en forma ocasional se emborracha.
- (3) Ha tenido problemas graves en su escuela o su trabajo, pero puede suspender la ingesta a voluntad.
- (4) Ha tenido problemas graves en su trabajo, escuela y su familia, no puede controlar su consumo de alcohol.
- (5) Sufre de lagunas mentales, ha tenido riñas alcoholizado, presenta complicaciones orgánicas por el consumo de alcohol (síndrome de abstinencia, delirium tremens, cirrosis hepática, etcétera).

(5) IMPRESIONES DIAGNOSTICAS

5.1) Confiabilidad de la información:

- (1) Buena. (2) Regular. (3) Pobre.

5.2) Calificación de severidad

5.3) Diagnósticos:

Principal _____

Asociado _____

Rasgos de personalidad _____

5.4) Total global de severidad:

- (1) Sujeto asintomático en su dimensión mental.
- (2) Presenta alteraciones emocionales o psicológicas, pero no ameritan tratamiento psiquiátrico porque no son suficientemente intensas o se confunden con una estructura caracterológica.
- (3) Sintomatología moderada, no complicada. Requiere ayuda en consulta externa.
- (4) Necesita ayuda psiquiátrica forzosamente en consulta externa, e incluso podría beneficiarse con internamiento, aunque no es indispensable.
- (5) El sujeto requiere hospitalización psiquiátrica forzosamente.

5.5) Nombre del entrevistador:

OBSERVACIONES:

Fuentes de tensión en la Facultad de Medicina

Instrucciones:

En la siguiente lista, usted encontrará una serie de situaciones que ocurren a estudiantes de la carrera de medicina. Por favor indique si estas situaciones le sucedieron durante los últimos 6 meses y el nivel de tensión que usted considera le ocasionó cada situación. **NO DEJE ALGUNA OPCION SIN CONTESTAR.** Conteste de acuerdo a la siguiente numeración:

¿Le ocasionó tensión?

	1	2	3	4	5
	no le ocurrió	nula	leve	moderada	severa
1. Proximidad de los exámenes departamentales.					
2. Sensación de incapacidad para absorber todo el material del curso.					
3. No poder definir cuáles son los conocimientos más relevantes.					
4. Temor a obtener malas calificaciones.					
5. Desconocimiento de métodos de estudio.					
6. No mantenerse firme en el tiempo que debería dedicarle al estudio.					
7. Necesidad del manejo de otro idioma.					
8. Tener que limitar las actividades recreacionales y los compromisos sociales.					
9. Dudas vocacionales.					
10. Exponer ante compañeros y maestros.					
11. Falta de tiempo para encuentros sexuales.					
12. Sensación de aislamiento dentro de la Facultad.					
13. Trámites administrativos de la Facultad.					
14. Temor durante las primeras experiencias de disección con un cadáver.					
15. Problemas de relación interpersonal con los compañeros.					
16. Problemas de relación interpersonal con los profesores.					
17. Experimentar conflicto ante la dependencia familiar y la necesidad de independencia.					
18. Ser consultado como médico durante el primer año de la carrera.					
19. Temor al fallecimiento de un paciente.					
20. Temor a equivocarse en el diagnóstico o tratamientos.					
21. Temor de no saber manejar pacientes con enfermedades incurables.					
22. Temor a perder la salud por estar en contacto con enfermos.					
23. Temor a hablar con pacientes acerca de sus problemas conyugales o sexuales.					
24. Temor a explorar pacientes:					
- Del sexo opuesto.					
- Del mismo sexo.					
25. ¿Le ha(n) ocurrido otro(s) evento(s) dentro de la carrera de medicina, que le haya(n) ocasionado una tensión, leve, moderada o intensa? ¿Cuáles?					

Eventos de la vida (Holmes y Rahe)

Instrucciones:

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 considera que le ocasionó cada evento.

La situación no le ocurrió	Le ocurrió y esto le ocasionó tensión...			
	Nula	Leve	Moderada	Severa
1	2	3	4	5
1. Ser despedido del trabajo o expulsado de la escuela				
2. Muerte de un amigo cercano.....				
3. Violaciones menores de la ley (ejemplo: perturbar la paz) que implicaron intervención de policía.....				
4. Hermano (a) que dejan la casa (boda, asistencia a la escuela, etc.).....				
5. Pérdida del trabajo de alguno de sus parientes.....				
6. Embarazo (sin estar casada) fuera de matrimonio.....				
7. Cambio de planes vocacionales.....				
8. Cambio en el número de miembros de una familia que viven juntos (a más o menos de lo usual)				
9. Divorcio de padres.....				
10. Separación marital de padres.....				
11. Adquisición de una deformidad visible.....				
12. Verse implicado con drogas o alcohol				
13. Sentencia judicial o encarcelamiento de un pariente, por un año o más				
14. Cambios en actividades sociales (clubes, baile, cine, visitas, etc.).....				
15. Cambios de residencia (cambiarse a una nueva dirección)				
16. Procreación fuera del matrimonio, si usted es hombre.....				
17. Muerte de un hermano o hermana.....				
18. Cambio en la aceptación por sus semejantes				
19. Descubrir que fuiste un niño adoptado				
20. Matrimonio de uno de los padres con un padrastro				
21. Nacimiento de un hermano o hermana.....				
22. Ser encarcelado o internado en otra institución.....				
23. Su madre empezó a trabajar.....				
24. Tener una deformidad física de nacimiento la cual es visible a otros				

25. Muerte de un pariente.....
26. Casarse.....
27. Embarazo de esposa (si está casado), o de usted misma (si es una mujer casada).....
28. Enfermedad seria que requiere hospitalización.....
29. Sentencia judicial de un pariente de 30 días o menos.....
30. Romper con una relación estable con un amigo o amiga.....
31. Cambio en el estado financiero de los padres.....
32. Embarazo de una hermana adolescente soltera.....
33. Cambio a un nuevo colegio o universidad.....
34. Aumento en número de discusiones con los padres.....
35. Aumento en número de discusiones entre los padres.....
36. Muerte de un abuelo.....
37. Logro personal notable.....
38. Problemas o dificultades sexuales.....
39. Enfermedad seria que requiere hospitalización de un hermano o hermana.....
40. Cambio de la ocupación del padre que requiere mayor ausencia del hogar.....
41. Disminución del número de discusiones con los padres.....
42. Aumento en el tamaño de la familia por adición de un tercer adulto (abuelo, etc.).....
43. Disminución del número de discusiones con los padres.....
44. Disminución del número de discusiones entre los padres.....
45. Reprobar un curso en la escuela.....
46. ¿Le ha(n) incurrido otro(s) evento(s) que le ha(n) ocasionado una tensión, leve, moderada o intensa?

¿Cuáles?

Por favor indique cuál(es) evento(s) ocurrieron en el último mes. Marque el (los) números de el(los) evento(s):

a) Ninguno: _____

b) Evento(s) número(s): _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Inventario de BECK para depresión

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja 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 aseveraciones 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 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 ha fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puelo 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 culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
6. No siento que será castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que será 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 mi mismo.

8. _____ No siento que sea peor que otros.
_____ Me critico a mi 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 haria.
_____ Quisiera suicidarme.
_____ Me suicidaria 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. _____ 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.
_____ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo 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.

Encuesta sociodemográfica

1. Sexo: Masculino Femenino
2. Estado Civil:
- a. Soltero b. Casado c. Divorciado
- d. Viudo e. Unión Libre
3. ¿Trabaja usted?
- a. Trabaja y estudia b. Sólo estudia
- ¿Qué es lo que hace en su trabajo y en donde trabaja?
- _____
- _____
4. ¿Estudió usted durante el año interior?
- a. Sí
- b. Estuvo sin estudiar un tiempo y trabajó:
Especifique cuanto tiempo _____
- c. Estuvo sin estudiar un tiempo y no trabajó:
Especifique cuanto tiempo _____
5. ¿Ha realizado otros estudios? a. Sí b. No
- Especifique _____
6. ¿Quién es la persona que sostiene principalmente su hogar?
- a. Usted b. Su padre c. Su madre
- d. Otros ¿Quién?: _____
7. ¿Cuál es la ocupación de la persona que sostiene la familia?
- _____
8. ¿En dónde trabaja y qué es lo que hace esta persona?
- _____
9. ¿Cuál es la escolaridad de su padre?
- a. Sin educación formal b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa d. Secundaria o equivalente incompleta
- e. Secundaria o equivalente completa f. Preparatoria
- g. Universidad
10. ¿Cuál es la escolaridad de su madre?
- a. Sin educación formal b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa d. Secundaria o equivalente incompleta
- e. Secundaria o equivalente completa f. Preparatoria
- g. Universidad

11. ¿En dónde nació usted?

Especifique

12. ¿Cuánto tiempo lleva de residir en el DF? _____

Núm. de años

13. ¿En dónde reside su familia?

Especifique

14. ¿Con cuántas personas vive? _____

(incluyendo a usted)

Especifique el núm.

15. ¿Con quién vive? (Marque todas las que se apliquen)

a. Su padre

b. Su madre

c. Sus hermanos

d. Espos(a)

e. Hijos

f. Otros familiares

g. Amigos

h. Solo

16. ¿Qué número de miembros compone su familia de origen? (Padres y hermanos)

Núm. de personas _____

17. ¿Qué lugar ocupa usted entre sus hermanos? _____

18. ¿Cuál es el estado civil de sus padres?

a. Casados

b. Viudo(a)

c. Divorciados

d. Unión libre

e. Soltero(a)

19. Si sus padres o alguno de ellos murió ¿Quién fue y qué edad tenía usted cuando esto sucedió?

Padre: 1. Vive 2. Murió 3. Edad: _____ años

Madre: 1. Vive 2. Murió 3. Edad: _____ años

20. Si están divorciados o separados ¿Qué edad tenía usted cuando se separaron?
_____ años

21. ¿Ha estado usted en algún tipo de tratamiento psicológico?

Psicoterapia

Sí

No

Psicofármacos

Hospitalización

Sí

No

ANEXO 2

**Cuadro 1: Comparación de los reactivos del Cuestionario General de Salud
entre las tres mediciones**

Hombres sin diagnóstico

Reactivos	Primera %	Segunda %	Tercera %	Q de Cochran	Probabilidad
Agotado y sin fuerzas	1.5	17.5	12.4	24.4516	.0000
Sensación de enfermedad	8.0	8.8	6.6	.5833	.7470
Dolores de cabeza	4.4	9.5	5.8	3.9000	.1423
Pesadez cabeza	2.2	6.6	6.6	4.8000	.0907
Fallas de concentración	10.9	21.2	16.1	7.0000	.0302
Sensación de desmayo	2.2	.7	1.5	2.0000	.3679
Sensación de no descanso	13.9	21.9	13.1	7.1892	.0275
Cansancio	.7	7.3	3.6	10.1667	.0062
Falta de sueño	10.2	17.5	13.1	4.1081	.1282
Falta de energía	8.8	12.4	10.9	1.2667	.5308
Noches intranquilas	4.4	8.8	10.2	3.8519	.1457
Letitud	9.5	14.6	10.9	2.6897	.2606
No hacer bien las cosas	3.6	10.2	5.8	6.6316	.0363
Insatisfacción	12.4	24.1	21.9	10.8500	.0044
Dificultad en toma decisiones	4.4	3.6	2.9	.5455	.7613
Temor	1.5	2.9	5.1	4.7500	.0930
Agobiado y en tensión	12.4	23.4	14.6	10.5000	.0052
Incapaz de enfrentar problemas enfrentar prob. Problemas	5.1	7.3	8.0	1.3000	.5220
Sensación de ser observado	.7	1.5	1.5	.4000	.8187
Desconfianza	1.5	8.0	5.1	9.3846	.0092
Autodevaluación	.7	2.2	1.5	1.2000	.5488
Desesperanza	2.2	.7	3.6	2.6667	.2636
Nerviosismo	2.2	10.2	7.3	9.3000	.0096
No vale la pena vivir	.7	1.5	.7	.5000	.7788
Quitarse de remedio	5.8	6.6	5.8	.1538	.9260
Parálisis por nerviosismo	4.4	8.0	6.6	2.2353	.3270
Deseo de muerte	.0	2.2	2.2	3.0000	.2231
Idea suicida	3.6	6.6	3.6	3.5556	.1690

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Cuadro 2: Comparación de los reactivos de la Escala de Fuentes de Tensión
en Medicina entre las tres mediciones**

Hombres sin diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Proximidad exámenes	2.6	3.5	3.4	42.57	0.00
Incapacidad para retener información	2.6	3.1	3.1	20.06	0.00
No definir relevancia conocimientos	2.1	2.5	2.3	8.05	0.00
Temor a malas calificaciones	3.0	3.3	3.1	5.28	0.01
Falta de metodología de estudio	2.0	2.3	2.2	3.73	0.03
No suficiente tiempo de estudio	2.4	2.9	2.9	18.27	0.00
Necesidad de manejo de otro idioma	2.7	2.5	2.5	3.05	0.05
Limitación actividades sociales	2.5	2.6	2.6	0.95	0.39
Dudas vocacionales	1.7	1.8	1.8	1.39	0.25
Exponer en público	2.4	2.7	2.5	4.74	0.01
Falta tiempo para encuentros sexuales	1.7	2.0	1.8	5.38	0.01
Aislamiento	1.7	1.9	1.9	5.92	0.00
Trámites administrativos	1.9	1.7	1.7	3.97	0.02
Diseccción de cadáver	1.7	1.8	1.7	2.22	0.11
Fallas en relación con compañeros	1.7	1.8	1.8	1.16	0.32
Fallas en relación con profesores	1.8	1.9	1.8	0.97	0.38
Necesidad de independencia	1.8	1.9	1.9	1.18	0.31
Ser consultado como médico	1.6	1.9	1.8	4.71	0.01
Temor al fallecimiento de pacientes	2.0	1.9	1.6	5.58	0.00
Temor a equivocarse el diagnóstico	1.9	2.0	1.7	3.21	0.04
Temor al manejo de enfermedades incurables	1.8	1.7	1.6	1.79	0.17
Enfermar por contacto con enfermos	1.6	1.5	1.5	1.36	0.26
Temor a abordar temas sexuales	1.4	1.4	1.4	0.47	0.62
Explorar pacientes sexo opuesto	1.4	1.6	1.4	4.92	0.01
Explorar pacientes mismo sexo	1.4	1.6	1.4	4.13	0.02

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 3: Comparación de los reactivos de la Escala de Eventos de la vida entre las tres mediciones

Hombres sin diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Ser despedido o expulsado	1.1	1.1	1.1	0.49	0.61
Muerte de un amigo	1.4	1.3	1.3	0.58	0.56
Violaciones a la ley	1.3	1.2	1.2	0.61	0.55
Hermanos que dejan la casa	1.3	1.2	1.2	1.20	0.30
Pérdida de trabajo de algún pariente	1.3	1.3	1.3	0.41	0.66
Embarazo fuera de matrimonio	1.1	1.1	1.1	0.26	0.77
Dudas vocacionales	1.2	1.2	1.2	0.14	0.87
Cambio en No. de miembros de la familia	1.2	1.3	1.3	0.53	0.59
Divorcio padres	1.1	1.1	1.1	0.07	0.94
Separación padres	1.2	1.1	1.1	2.43	0.09
Adquisición de deformidad visible	1.1	1.1	1.1	0.02	0.98
Implicado con drogas o alcohol	1.1	1.1	1.1	0.10	0.91
Sentencia o encarcelamiento de pariente	1.1	1.1	1.1	0.69	0.50
Cambios en actividades sociales	1.8	1.8	1.6	2.19	0.11
Cambio residencia	1.2	1.2	1.2	0.01	0.99
Procreación fuera de matrimonio	1.1	1.1	1	0.31	0.73
Muerte de hermano	1.1	1.1	1	1.63	0.20
Cambio en aceptación de los demás	1.3	1.3	1.2	0.43	0.65
Descubrir ser adoptado	1	1	1	0.25	0.78
Matrimonio de uno de los padres	1.1	1	1	0.39	0.68
Nacimiento de un hermano	1.1	1	1	2.75	0.07
Encarcelamiento o internamiento	1	1	1.1	0.30	0.74
Madre empieza a trabajar	1.3	1.2	1.1	3.86	0.02
Tener deformidad física	1.1	1.1	1.1	0.47	0.62
Muerte de pariente	1.5	1.4	1.2	3.36	0.04
Matrimonio	1.1	1.1	1	0.61	0.55

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Embarazo dentro del matrimonio	1	1	1	0.36	0.70
Enfermedad grave de pariente	1.6	1.4	1.5	1.61	0.20
Sentencia judicial menor de un pariente	1	1.1	1	2.15	0.12
Romper relación estable con amigo	1.7	1.5	1.6	2.27	0.11
Cambio estado financiero padres	1.6	1.6	1.6	0.34	0.72
Embarazo hermana adolescente soltera	1.1	1.1	1.1	0.14	0.87
Cambio de escuela	1.7	1.3	1.1	18.67	0.00
Aumento de discusiones con padres	1.5	1.3	1.4	2.47	0.09
Aumento en discusiones entre padres	1.3	1.2	1.3	1.84	0.16
Muerte abuelo	1.4	1.3	1.3	1.15	0.32
Logro personal notable	2	1.7	1.6	6.99	0.00
Problemas sexuales	1.3	1.3	1.2	3.84	0.02
Enfermedad grave de hermano	1.1	1.1	1	1.02	0.36
Cambio ocupación padre	1.2	1.1	1.2	0.12	0.89
Cambio actividades religiosas	1.3	1.3	1.2	0.71	0.49
Crecimiento de la familia por un adulto	1.1	1.1	1.1	0.09	0.92
Menos discusiones con los padres	1.2	1.2	1.1	2.56	0.08
Menos discusiones entre padres	1.2	1.1	1.1	1.07	0.34
Reprobar curso	1.8	2	1.9	1.86	0.16

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 4: Comparación de los reactivos del Inventario de Beck entre las mediciones

Hombres sin diagnóstico

Reactivos	Medición		Valor T	Probabilidad
	Primera	Segunda		
Sensación de tristeza	1.2	1.2	1.09	0.276
Desanimado hacia el futuro	1.2	1.2	-0.32	0.753
Sentirse fracasado	1.1	1.1	-0.53	0.595
No disfrutar las cosas como antes	1.4	1.3	2.17	0.032
Sentirse culpable	1.3	1.3	-0.33	0.74
Sentir que debe ser castigado	1.1	1.1	-0.52	0.603
Descontento consigo mismo	1.3	1.2	1.18	0.24
Sentirse peor que otros	1.3	1.2	2.11	0.037
Ideas suicidas	1.1	1.1	0.26	0.797
Llorar	1.1	1.0	1.91	0.059
Irritabilidad	1.5	1.4	1.08	0.283
Pérdida del interés por la gente	1.2	1.2	0.16	0.87
Dificultad en las decisiones	1.3	1.2	0.17	0.863
Sentirse viejo y/o feo	1.1	1.1	-1.07	0.287
Esforzarse más para iniciar algo	1.4	1.2	3.03	0.003
Dificultad para dormir bien	1.5	1.5	0.84	0.401
Cansancio más que lo habitual	1.2	1.2	1.58	0.118
Falta de apetito	1.2	1.1	1.21	0.227
Pérdida de peso	1.1	1.2	-1.82	0.072
Preocupación exagerada por la salud	1.2	1.2	-0.78	0.435
Falta de interés sexual	1.0	1.0	0	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 5: Comparación de los reactivos del Cuestionario General de Salud
entre las tres mediciones**

Hombres con diagnóstico

Reactivos	Medición			Q de Cochran	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
	%	%	%		
Agotado y sin fuerzas	27.8	44.4	11.1	6.7500	.0342
Sensación de enfermedad	16.7	22.2	5.6	2.8000	.2466
Dolores de cabeza	27.8	22.2	5.6	3.7143	.1561
Pesadez cabeza	11.1	16.7	5.6	1.0000	.6065
Fallas de concentración	66.7	50.0	33.3	3.8571	.1454
Sensación de desmayo	11.1	16.7	11.1	.6667	.7165
Sensación de no descanso	72.2	44.4	33.3	8.6667	.0131
Cansancio	11.1	11.1	.0	2.6667	.2636
Falta de sueño	55.6	33.3	16.7	6.7273	.0346
Falta de energía	50.0	27.8	27.8	4.5714	.1017
Noches intranquilas	44.4	11.1	16.7	7.7500	.0208
Lentitud	38.9	22.2	11.1	4.2222	.1211
No hacer bien las cosas	50.0	27.8	11.1	7.4000	.0247
Insatisfacción	55.6	55.6	33.3	2.6667	.2636
Dificultad en toma de decisiones	27.8	11.1	16.7	2.3333	.3114
Temor	38.9	33.3	16.7	3.7143	.1561
Agobiado y en tensión	61.1	44.4	38.9	1.8571	.3951
Incapaz de enfrentar problemas	38.9	16.7	16.7	4.5714	.1017
Sensación de ser observado	33.3	16.7	11.1	5.2000	.0743
Desconfianza	41.7	25.0	25.0	3.0000	.2231
Autodevaluación	16.7	11.1	11.1	.6667	.7165
Desesperanza	11.1	5.6	11.1	1.0000	.6065
Nerviosismo	27.8	22.2	22.2	.2500	.8825
No vale la pena vivir	5.6	11.1	11.1	2.0000	.3679
Quitarse de enmedio	38.9	22.2	16.7	4.3333	.1146
Parálisis por nerviosismo	33.3	16.7	5.6	6.3333	.0421
Deseo de muerte	11.1	22.2	22.2	1.6000	.4493
Idea suicida	38.9	27.8	16.7	4.0000	.1353

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 6: Comparación de los reactivos de la Escala de Fuentes de Tensión en Medicina entre las tres mediciones

Hombres con diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Proximidad exámenes	3.1	3.7	3.3	1.39	0.26
Incapacidad para retener información	3.6	3.9	3.5	1.47	0.24
No definir relevancia conocimientos	3.0	3.1	3.1	0.10	0.91
Temor a malas calificaciones	3.9	3.7	3.4	0.80	0.46
Falta de metodología de estudio	3.1	2.9	2.9	0.24	0.79
No suficiente tiempo de estudio	3.8	3.7	3.8	0.11	0.90
Necesidad de manejo de otro idioma	3.4	3.3	3.1	0.40	0.67
Limitación actividades sociales	3.1	2.9	3.1	0.17	0.85
Dudas vocacionales	2.7	3.0	2.7	1.10	0.35
Exponer en público	3.1	3.0	2.9	0.08	0.93
Falta tiempo para encuentros sexuales	2.4	2.3	2.2	0.14	0.87
Aislamiento	2.0	2.4	2.1	1.06	0.36
Trámites administrativos	2.2	2.6	1.8	3.67	0.04
Disección de cadáver	1.9	1.7	1.6	0.46	0.63
Fallas en relación con compañeros	2.3	1.7	2.0	2.27	0.12
Fallas en relación con profesores	2.4	2.1	2.2	1.25	0.30
Necesidad de independencia	2.4	2.8	2.5	1.96	0.16
Ser consultado como médico	2.1	2.0	2.1	0.05	0.95
Temor al fallecimiento de pacientes	2.1	2.0	1.9	0.12	0.88
Temor a equivocarse el diagnóstico	2.7	2.2	2.3	0.90	0.42
Temor al manejo de enfermedades incurables	2.6	1.9	1.9	1.93	0.16
Enfermar por contacto con enfermos	1.7	1.7	1.6	0.12	0.89
Temor a abordar temas sexuales	1.7	1.5	1.6	0.28	0.76
Explorar pacientes sexo opuesto	1.9	1.8	1.4	1.83	0.18
Explorar pacientes mismo sexo	1.7	1.7	1.5	0.42	0.66

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 7: Comparación de los reactivos de la Escala de Eventos de la vida entre las tres mediciones

Hombres con diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Ser despedido o expulsado	1.2	1.5	1.4	0.47	0.63
Muerte de un amigo	1.3	1.5	1.1	2.23	0.12
Violaciones a la ley	1.4	1.3	1.2	0.47	0.63
Hermanos que dejan la casa	1.3	1.3	1.4	0.20	0.82
Pérdida de trabajo de algún pariente	1.4	1.4	1.2	0.34	0.71
Embarazo fuera de matrimonio	1.1	1.2	1	0.75	0.48
Dudas vocacionales	2.6	2.1	2.3	1.05	0.36
Cambio en No. de miembros de la familia	1.2	1.3	1.6	1.44	0.25
Divorcio padres	1.2	1.3	1.3	0.07	0.94
Separación padres	1.4	1.3	1.3	0.13	0.88
Adquisición de deformidad visible	1.1	1.3	1.1	0.88	0.42
Implicado con drogas o alcohol	1.3	1.6	1	3.10	0.06
Sentencia o encarcelamiento de pariente	1	1.2	1.2	0.51	0.61
Cambios en actividades sociales	2.1	1.8	1.6	1.62	0.21
Cambio residencia	1.4	1.2	1.1	0.83	0.44
Procreación fuera de matrimonio	1	1.2	1.1	1.83	0.18
Muerte de hermano	1.1	1.2	1.2	0.26	0.77
Cambio en aceptación de los demás	1.3	1.4	1.3	0.10	0.90
Descubrir ser adoptado	1.1	1.2	1	0.69	0.51
Matrimonio de uno de los padres	1.1	1.2	1.1	1.83	0.18
Nacimiento de un hermano	1	1.2	1	1.00	0.38
Encarcelamiento o internamiento	1	1.2	1	1.00	0.38
Madre empieza a trabajar	1.3	1.2	1.3	0.38	0.69
Tener deformidad física	1.5	1.3	1.1	1.52	0.23
Muerte de pariente	1.3	1.3	1	1.00	0.38
Matrimonio	1.1	1.1	1	1.00	0.38
Embarazo dentro del matrimonio	1.1	1.1	1	0.49	0.62

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Enfermedad grave de pariente	1.3	1.6	1.2	0.75	0.48
Sentencia judicial menor de un pariente	1.4	1.2	1	1.55	0.23
Romper relación estable con amigo	2.6	2.1	1.5	6.72	0.00
Cambio estado financiero padres	2.1	2.4	1.8	2.33	0.11
Embarazo hermana adolescente soltera	1.2	1.1	1.1	0.77	0.47
Cambio de escuela	2.2	1.6	1.2	3.31	0.05
Aumento de discusiones con padres	2.1	1.9	1.6	1.47	0.24
Aumento en discusiones entre padres	1.9	1.8	1.7	0.31	0.73
Muerte abuelo	1.3	1.2	1.3	0.10	0.90
Logro personal notable	1.6	1.9	1.7	0.39	0.68
Problemas sexuales	1.6	1.5	1.8	0.84	0.44
Enfermedad grave de hermano	1.2	1.1	1.1	0.36	0.70
Cambio ocupación padre	1.2	1.2	1	1.96	0.16
Cambio actividades religiosas	1.1	1.2	1.2	0.24	0.79
Crecimiento de la familia por un adulto	1.1	1	1.1	0.59	0.56
Menos discusiones con los padres	1.3	1.3	1.2	0.49	0.62
Menos discusiones entre padres	1.5	1.5	1.2	2.62	0.09
Reprobar curso	1.9	2.9	2.5	3.75	0.03

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 8: Comparación de los reactivos del Inventario de Beck
entre las mediciones**

Hombres con diagnóstico

Reactivos	Medición		Valor T	Probabilidad
	Primera	Segunda		
Sensación de tristeza	1.6	1.7	-0.23	0.82
Desanimado hacia el futuro	1.8	1.6	0.56	0.586
Sentirse fracasado	1.5	1.3	1.15	0.275
No disfrutar las cosas como antes	2.0	1.8	0.9	0.389
Sentirse culpable	1.6	1.6	0	1
Sentir que debe ser castigado	1.3	1.4	-0.25	0.809
Descontento consigo mismo	1.9	1.8	0.32	0.754
Sentirse peor que otros	1.8	1.4	1.77	0.104
Ideas suicidas	1.5	1.3	1.91	0.082
Llorar	1.5	1.3	0.62	0.551
Irritabilidad	1.6	1.6	0	1
Pérdida del interés por la gente	1.4	1.6	-0.69	0.504
Dificultad en las decisiones	2.0	1.7	1.08	0.305
Sentirse viejo y/o feo	1.3	1.3	0	1
Esforzarse más para iniciar algo	1.8	1.8	0.32	0.754
Dificultad para dormir bien	2.2	1.8	1.3	0.22
Cansancio más que lo habitual	1.8	1.6	1	0.339
Falta de apetito	1.4	1.2	1.39	0.191
Pérdida de peso	1.3	1.2	1	0.339
Preocupación exagerada por la salud	1.5	1.3	0.8	0.438
Falta de interés sexual	1.1	1.1	0	1

**Cuadro 9: Comparación de los reactivos del Cuestionario General de Salud
entre las tres mediciones**

Mujeres sin diagnóstico

Reactivos	Medición			Q de Cochran	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
	%	%	%		
Agotado y sin fuerzas	5.9	14.1	7.4	8.2400	.0162
Sensación de enfermedad	5.2	7.4	5.9	.6087	.7376
Dolores de cabeza	8.9	14.8	8.1	4.5625	.1022
Pesadez cabeza	3.7	8.1	5.9	2.8421	.2415
Fallas de concentración	17.8	29.6	23.0	6.8929	.0319
Sensación de desmayo	.0	.7	3.7	8.4000	.0150
Sensación de no descanso	17.0	25.2	10.4	15.4359	.0004
Cansancio	3.7	8.9	3.0	6.7059	.0350
Falta de sueño	11.9	19.3	9.6	6.7805	.0337
Falta de energía	11.9	22.2	11.9	9.1163	.0105
Noches intranquilas	6.7	14.1	8.1	5.7931	.0552
Lentitud	9.6	15.6	12.6	2.7429	.2537
No hacer bien las cosas	3.7	11.1	6.7	7.6000	.0224
Insatisfacción	17.8	40.7	28.9	21.2059	.0000
Dificultad en toma decisiones	4.4	5.9	6.7	.7368	.6918
Temor	5.9	7.4	3.7	2.0000	.3679
Agobiado y en tensión	18.5	28.9	20.0	6.2545	.0438
Incapaz de enfrentar problemas	5.9	7.4	8.1	.6667	.7165
Sensación de ser observado	3.7	2.2	1.5	1.5556	.4594
Desconfianza	5.4	8.8	2.7	6.4211	.0403
Autodevaluación	.7	3.0	1.5	2.8000	.2466
Desesperanza	.0	.7	2.2	4.6667	.0970
Nerviosismo	5.9	13.3	11.9	6.4615	.0395
No vale la pena vivir	1.5	4.4	1.5	3.5556	.1690
Quitarse de en medio	5.2	7.4	6.7	.9333	.6271
Parálisis por nerviosismo	5.2	16.3	6.7	15.3077	.0005
Deseo de muerte	1.5	4.4	3.7	2.6000	.2725
Idea suicida	4.4	7.4	6.7	1.8571	.3951

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 10: Comparación de los reactivos de la Escala de Fuentes de Tensión en Medicina entre las tres mediciones

Mujeres sin diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Proximidad exámenes	2.8	3.9	3.6	57.23	0.00
Incapacidad para retener información	2.7	3.4	3.3	29.61	0.00
No definir relevancia conocimientos	2.1	2.6	2.5	12.01	0.00
Temor a malas calificaciones	3.3	3.6	3.4	6.10	0.00
Falta de metodología de estudio	2.1	2.5	2.2	7.17	0.00
No suficiente tiempo de estudio	2.6	3.2	2.9	11.88	0.00
Necesidad de manejo de otro idioma	3.0	2.8	2.5	10.23	0.00
Limitación actividades sociales	2.5	2.6	2.4	2.89	0.06
Dudas vocacionales	1.8	1.8	1.8	0.17	0.84
Exponer en público	2.6	2.7	2.5	4.44	0.01
Falta tiempo para encuentros sexuales	1.4	1.6	1.5	6.41	0.00
Aislamiento	1.6	1.9	1.7	3.36	0.04
Trámites administrativos	1.9	1.7	1.5	11.34	0.00
Disección de cadáver	1.7	1.8	1.7	1.22	0.30
Fallas en relación con compañeros	1.8	1.8	1.7	0.97	0.38
Fallas en relación con profesores	1.9	1.9	1.7	2.28	0.10
Necesidad de independencia	1.9	2.3	2.0	4.93	0.01
Ser consultado como médico	1.7	2.0	1.8	3.42	0.03
Temor al fallecimiento de pacientes	2.1	2.2	1.7	7.35	0.00
Temor a equivocarse el diagnóstico	2.1	2.1	1.8	3.99	0.02
Temor al manejo de enfermedades incurables	1.9	1.9	1.7	2.85	0.06
Enfermar por contacto con enfermos	1.5	1.6	1.4	3.08	0.05
Temor a abordar temas sexuales	1.4	1.4	1.3	2.67	0.07
Explorar pacientes sexo opuesto	1.5	1.5	1.5	0.25	0.78
Explorar pacientes mismo sexo	1.3	1.4	1.4	1.30	0.28

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Cuadro 11: Comparación de los reactivos de la Escala de Eventos de la vida
entre las tres mediciones**

Mujeres sin diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Ser despedido o expulsado	1.1	1.1	1.1	0.68	0.51
Muerte de un amigo	1.2	1.3	1.3	1.16	0.31
Violaciones a la ley	1.1	1.1	1.1	0.12	0.88
Hermanos que dejan la casa	1.2	1.3	1.2	1.79	0.17
Pérdida de trabajo de algún pariente	1.4	1.3	1.3	0.56	0.57
Embarazo fuera de matrimonio	1.1	1	1.1	1.58	0.21
Dudas vocacionales	1.3	1.2	1.3	0.29	0.75
Cambio en No. de miembros de la familia	1.2	1.3	1.1	3.54	0.03
Divorcio padres	1.1	1.1	1	2.13	0.12
Separación padres	1.1	1.2	1	2.44	0.09
Adquisición de deformidad visible	1.1	1.1	1.1	0.49	0.62
Implicado con drogas o alcohol	1	1	1.1	2.27	0.11
Sentencia o encarcelamiento de pariente	1	1.1	1	0.29	0.75
Cambios en actividades sociales	1.8	1.7	1.6	1.38	0.25
Cambio residencia	1.2	1.1	1.1	3.25	0.04
Procreación fuera de matrimonio	1	1	1	1.00	0.37
Muerte de hermano	1.1	1	1	2.07	0.13
Cambio en aceptación de los demás	1.3	1.4	1.3	0.77	0.46
Descubrir ser adoptado	1	1	1	0.37	0.69
Matrimonio de uno de los padres	1.1	1.1	1	1.45	0.24
Nacimiento de un hermano	1.1	1	1.1	1.79	0.17
Encarcelamiento o internamiento	1	1	1	2.02	0.14
Madre empieza a trabajar	1.1	1.1	1.1	1.27	0.28
Tener deformidad física	1	1	1	0.78	0.46
Muerte de pariente	1.4	1.2	1.4	2.14	0.12
Matrimonio	1.1	1	1	3.41	0.03
Embarazo dentro del matrimonio	1	1	1	1.00	0.37

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Enfermedad grave de pariente	1.6	1.4	1.5	1.44	0.24
Sentencia judicial menor de un pariente	1	1	1	1.08	0.34
Romper relación estable con amigo	2	2.1	1.8	2.20	0.11
Cambio estado financiero padres	1.7	1.7	1.6	0.08	0.92
Embarazo hermana adolescente soltera	1.1	1	1	0.18	0.84
Cambio de escuela	2.1	1.5	1.1	40.90	0.00
Aumento de discusiones con padres	1.7	1.6	1.5	1.25	0.29
Aumento en discusiones entre padres	1.5	1.4	1.4	1.11	0.33
Muerte abuelo	1.3	1.2	1.1	2.27	0.11
Logro personal notable	2	1.8	1.6	7.96	0.00
Problemas sexuales	1.1	1.2	1.2	2.88	0.06
Enfermedad grave de hermano	1.2	1.1	1.1	1.74	0.18
Cambio ocupación padre	1.1	1.1	1.1	1.49	0.23
Cambio actividades religiosas	1.2	1.3	1.2	1.77	0.17
Crecimiento de la familia por un adulto	1.1	1	1	3.05	0.05
Menos discusiones con los padres	1.2	1.2	1.1	1.80	0.17
Menos discusiones entre padres	1.2	1.1	1.1	3.37	0.04
Reprobar curso	1.8	2.2	1.9	3.33	0.04

**Cuadro 12: Comparación de los reactivos del Inventario de Beck
entre las mediciones**

Mujeres sin diagnóstico

Escala de Beck	Medición		Valor T	Probabilidad
	Primera	Segunda		
Sensación de tristeza	1.3	1.3	0.16	0.877
Desanimado hacia el futuro	1.2	1.1	0.62	0.533
Sentirse fracasado	1.1	1.1	0	1
No disfrutar las cosas como antes	1.4	1.4	1.49	0.139
Sentirse culpable	1.4	1.3	1.09	0.278
Sentir que debe ser castigado	1.3	1.2	1.51	0.132
Descontento consigo mismo	1.5	1.4	1.05	0.294
Sentirse peor que otros	1.3	1.3	0.39	0.698
Ideas suicidas	1.1	1.1	1.9	0.059
Llorar	1.1	1.2	-0.96	0.341
Irritabilidad	1.4	1.4	0.78	0.439
Pérdida del interés por la gente	1.1	1.1	0.71	0.481
Dificultad en las decisiones	1.4	1.2	3.66	0
Sentirse viejo y/o feo	1.2	1.1	1.07	0.287
Esforzarse más para iniciar algo	1.4	1.3	3.19	0.002
Dificultad para dormir bien	1.6	1.4	4.06	0
Cansancio más que lo habitual	1.4	1.2	3.37	0.001
Falta de apetito	1.2	1.2	0.76	0.448
Pérdida de peso	1.2	1.2	-0.4	0.687
Preocupación exagerada por la salud	1.2	1.2	0.45	0.656
Falta de interés sexual	1.1	1.1	-0.6	0.55

**Cuadro 13: Comparación de los reactivos del Cuestionario General de Salud
entre las tres mediciones**

Mujeres con diagnóstico

Reactivos	Medición			Q de Cochran	Probabilidad
	Primero	Segunda	Tercera		
	%	%	%		
Agotado y sin fuerzas	41.9	16.1	12.9	12.1667	.0023
Sensación de enfermedad	29.0	6.5	9.7	10.7500	.0046
Dolores de cabeza	45.2	22.6	22.6	7.0000	.0302
Pesadez cabeza	38.7	12.9	12.9	9.1429	.0103
Fallas de concentración	51.6	35.5	35.5	3.3333	.1889
Sensación de desmayo	29.0	6.5	3.2	14.2500	.0008
Sensación de no descanso	58.1	38.7	19.4	12.7059	.0017
Cansancio	35.5	19.4	12.9	7.8000	.0202
Falta de sueño	51.6	22.6	16.1	15.8462	.0004
Falta de energía	61.3	29.0	25.8	18.5000	.0001
Noches intranquilas	38.7	16.1	16.1	7.5385	.0231
Lentitud	54.8	29.0	22.6	12.0000	.0025
No hacer bien las cosas	45.2	16.1	12.9	10.7059	.0047
Insatisfacción	67.7	41.9	41.9	6.7368	.0344
Dificultad en toma decisiones	22.6	9.7	6.5	5.2500	.0724
Temor	48.4	19.4	12.9	12.8750	.0016
Agobiado y en tensión	77.4	25.8	32.3	22.8000	.0000
Incapaz de enfrentar problemas	38.7	22.6	19.4	5.6364	.0597
Sensación de ser observado	9.7	3.2	.0	3.5000	.1738
Desconfianza	33.3	16.7	11.1	4.3333	.1146
Autodevaluación	9.7	9.7	6.5	.5000	.7788
Desesperanza	3.2	9.7	6.5	2.0000	.3679
Nerviosismo	48.4	25.8	25.8	8.1667	.0169
No vale la pena vivir	6.5	6.5	3.2	1.0000	.6065
Quitarse de en medio	19.4	16.1	12.9	1.5000	.4724
Parálisis por nerviosismo	32.3	19.4	22.6	2.3636	.3067
Deseo de muerte	12.9	12.9	12.9	.0000	1.0000
Idea suicida	22.6	19.4	12.9	3.5000	.1738

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 14: Comparación de los reactivos de la Escala de Fuentes de Tensión en Medicina entre las tres mediciones

Mujeres con diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Proximidad exámenes	3.5	3.7	3.9	1.68	0.20
Incapacidad para retener información	3.9	3.5	3.6	1.34	0.27
No definir relevancia conocimientos	2.8	2.5	2.8	0.93	0.40
Temor a malas calificaciones	4.2	3.6	3.7	2.69	0.08
Falta de metodología de estudio	2.5	2.7	2.8	0.76	0.47
No suficiente tiempo de estudio	3.1	3.2	3.1	0.13	0.88
Necesidad de manejo de otro idioma	3.1	2.8	2.5	4.62	0.01
Limitación actividades sociales	2.6	2.6	2.5	0.08	0.92
Dudas vocacionales	2.3	2.0	1.9	1.38	0.26
Exponer en público	2.7	2.6	2.7	0.07	0.93
Falta tiempo para encuentros sexuales	1.3	1.3	1.5	1.30	0.28
Aislamiento	1.7	1.9	1.8	0.41	0.66
Trámites administrativos	2.0	1.6	1.5	3.26	0.05
Diseción de cadáver	2.0	1.6	1.4	2.99	0.06
Fallas en relación con compañeros	2.2	2.0	2.0	0.44	0.64
Fallas en relación con profesores	2.0	1.7	1.7	1.15	0.32
Necesidad de independencia	2.0	1.7	2.2	2.69	0.08
Ser consultado como médico	1.8	1.7	2.0	0.57	0.57
Temor al fallecimiento de pacientes	2.3	1.8	1.9	1.91	0.16
Temor a equivocar el diagnóstico	2.3	2.1	2.1	0.28	0.76
Temor al manejo de enfermedades incurables	2.1	1.8	1.7	0.94	0.40
Enfermar por contacto con enfermos	1.6	1.5	1.3	1.73	0.19
Temor a abordar temas sexuales	1.5	1.3	1.3	1.76	0.18
Explorar pacientes sexo opuesto	1.4	1.3	1.3	0.90	0.41
Explorar pacientes mismo sexo	1.4	1.3	1.3	0.84	0.44

Cuadro 15: Comparación de los reactivos de la Escala de Eventos de la vida entre las tres mediciones

Mujeres con diagnóstico

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Ser despedido o expulsado	1.2	1.3	1.1	0.26	0.77
Muerte de un amigo	1.5	1.6	1.4	0.39	0.68
Violaciones a la ley	1.2	1.1	1.1	0.79	0.46
Hermanos que dejan la casa	1.6	1.4	1.2	1.87	0.16
Perdida de trabajo de algún pariente	1.6	1.3	1.3	1.93	0.15
Embarazo fuera de matrimonio	1.3	1.1	1.1	0.33	0.72
Dudas vocacionales	1.8	1.5	1.3	2.13	0.13
Cambio en No. de miembros de la familia	1.6	1.5	1.5	0.46	0.64
Divorcio padres	1.3	1.2	1.2	1.63	0.20
Separación padres	1.6	1.4	1.3	2.88	0.06
Adquisición de deformidad visible	1.2	1	1.2	1.74	0.19
Implicado con drogas o alcohol	1.1	1.1	1	1.00	0.37
Sentencia o encarcelamiento de pariente	1.2	1	1.1	1.28	0.28
Cambios en actividades sociales	2.1	1.9	1.8	0.44	0.65
Cambio residencia	1.3	1.2	1	3.27	0.04
Procreación fuera de matrimonio	1	1	1.1	1.00	0.37
Muerte de hermano	1.1	1	1	1.00	0.37
Cambio en aceptación de los demás	1.5	1.7	1.5	0.79	0.46
Descubrir ser adoptado	1	1	1	1.00	0.37
Matrimonio de uno de los padres	1.1	1	1	2.82	0.07
Nacimiento de un hermano	1.3	1	1	2.59	0.08
Encarcelamiento o internamiento	1	1	1	NA	NA
Madre empieza a trabajar	1.2	1.1	1.5	2.00	0.14
Tener deformidad física	1.1	1	1	NA	NA
Muerte de pariente	1.5	1.5	1.2	1.70	0.19
Matrimonio	1	1.1	1.1	0.49	0.61

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Reactivos	Medición			Valor F	Probabilidad
	Primera	Segunda	Tercera		
Embarazo dentro del matrimonio	1	1	1.1	1.00	0.37
Enfermedad grave de pariente	1.9	1.4	1.8	1.99	0.15
Sentencia judicial menor de un pariente	1.1	1	1	2.07	0.14
Romper relación estable con amigo	2.3	2.2	2.1	0.23	0.80
Cambio estado financiero padres	2.1	1.8	1.9	1.50	0.23
Embarazo hermana adolescente soltera	1	1.1	1	1.31	0.28
Cambio de escuela	2.6	1.7	1	NA	NA
Aumento de discusiones con padres	1.8	2	1.6	0.92	0.40
Aumento en discusiones entre padres	2	1.5	1.5	3.52	0.04
Muerte abuelo	1.4	1	1	5.29	0.01
Logro personal notable	2.2	1.7	1.6	3.51	0.04
Problemas sexuales	1.4	1.4	1.4	0.04	0.96
Enfermedad grave de hermano	1.2	1	1.1	0.72	0.49
Cambio ocupación padre	1.1	1.1	1.2	1.07	0.35
Cambio actividades religiosas	1.6	1.4	1.4	1.20	0.31
Crecimiento de la familia por un adulto	1.4	1.2	1.1	1.49	0.23
Menos discusiones con los padres	1.4	1.2	1.2	2.07	0.14
Menos discusiones entre padres	1.3	1.3	1.2	1.33	0.27
Reprobar curso	2.3	2.5	2.4	0.39	0.68

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 16: Comparación de los reactivos del Inventario de Beck
entre las tres mediciones**

Mujeres con diagnóstico

Reactivos	Medición		Valor T	Probabilidad
	Primera	Segunda		
Sensación de tristeza	1.6	1.6	0	1
Desanimado hacia el futuro	1.5	1.4	1.46	0.163
Sentirse fracasado	1.6	1.1	2.68	0.016
No disfrutar las cosas como antes	1.8	1.7	1.84	0.083
Sentirse culpable	1.7	1.7	0	1
Sentir que debe ser castigado	1.2	1.6	-1.94	0.069
Descontento consigo mismo	1.6	1.9	-2.36	0.03
Sentirse peor que otros	1.6	1.4	1.46	0.163
Ideas suicidas	1.2	1.3	-1.46	0.163
Llorar	1.5	1.4	0.49	0.631
Irritabilidad	1.9	1.5	2.22	0.041
Pérdida del interés por la gente	1.3	1.4	-1.46	0.163
Dificultad en las decisiones	1.7	1.7	0	1
Sentirse viejo y/o feo	1.5	1.6	-0.25	0.805
Esforzarse más para iniciar algo	1.6	1.6	0	1
Dificultad para dormir bien	1.6	1.9	-1.57	0.136
Cansancio más que lo habitual	1.8	1.6	1.38	0.188
Falta de apetito	1.6	1.4	0.44	0.668
Pérdida de peso	1.6	1.4	0.81	0.431
Preocupación exagerada por la salud	1.2	1.4	-1.14	0.269
Falta de interés sexual	1.5	1.2	1.57	0.136

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**