

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

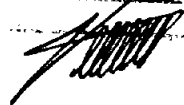
Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

TÉSIS QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

GÉNERO, ESTADO CIVIL, CARGO Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS ANSIOSOS Y AFECTIVOS EN MAESTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

Autoriza la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en forma electrónica e impresa el contenido de esta tesis.
Autor: Alfredo Romero Velázquez
Fecha: 29/08-2003


Presenta:

Dr. Alfredo Romero Velázquez.

2003



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

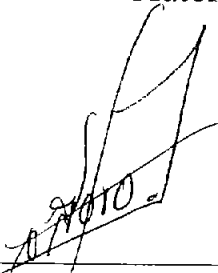
División de Estudios de Postgrado

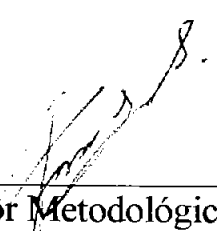
Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

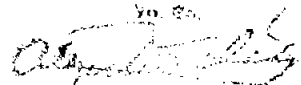
TESIS QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL TÍTULO EN
LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

**GÉNERO, ESTADO CIVIL, CARGO Y PREVALENCIA DE
TRASTORNOS ANSIOSOS Y AFECTIVOS EN MAESTROS DE
EDUCACIÓN PRIMARIA.**

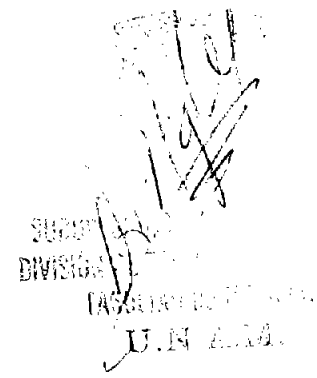
Autor: Dr. Alfredo Romero Velázquez


Tutor Teórico
Dr. Fernando Corona
Hernández.


Tutor Metodológico
Dr. Francisco Franco
López Salazar


Yo, Sr.
Dr. Alejandro Díaz Martínez
Jefe del Departamento de Psicología
Médica, Psiquiatría y Salud Mental

México D.F., Enero de 2003


SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

ÍNDICE

Resumen	pág. 1
Introducción	pág. 2
Justificación	pág. 16
Objetivos	pág. 17
Hipótesis	pág. 18
Material y Método	pág. 19
Resultados	pág. 21
Discusión	pág. 25
Conclusiones	pág. 27
Referencias	i

RESUMEN.

La ansiedad y los cambios afectivos son una respuesta adaptativa al estrés ante situaciones ambientales, ya sean biológicas o sociales. Sin embargo puede pasar de ser una respuesta con fines adaptativos a un trastorno que ocasione malestar y disminución de la funcionalidad a nivel laboral, escolar, familiar ó social. Tanto la ansiedad como los cambios afectivos ya como trastornos, son frecuentes en la población general, con una prevalencia en la ciudad de México de 16.7% y 13.9% respectivamente.

De las situaciones ambientales es la laboral una de las que mayor estrés genera con la consecuente presencia de trastornos ansiosos ó afectivos. Una de las poblaciones más afectadas es aquella que realiza actividades de docencia, en quienes los trastornos ansiosos se presentan con una frecuencia de 25.1%, y los trastornos afectivos con una frecuencia de 38.7%, de acuerdo a una investigación francesa.

En nuestro país no se cuenta con datos acerca de la presencia de estos trastornos en la población docente, y es por esta razón que realizamos un escrutinio evaluando a maestros de educación primaria con una entrevista diagnóstica estructurada, la MINI International Neuropsychiatric Interview, Versión en Español 5.0.0.

Se incluyeron en el estudio 81 sujetos, 59 mujeres y 22 hombres, con edad promedio de 39 años, encontrándose a 45 sujetos con trastornos ansiosos o del afecto, siendo los principales diagnósticos el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Episodio Depresivo Mayor (23% y 17% respectivamente), con la presencia de más de un diagnóstico en 28 de los sujetos.

INTRODUCCION.

Estrés, ansiedad y depresión son condiciones que experimentan los seres humanos de manera universal, y que lo acompañan desde el inicio de su existencia. Son considerados como “mecanismos adaptativos al servicio de la conservación de la integridad física y psicológica del individuo” (1), y tienen dos formas de presentación: adaptativa y no adaptativa.

La forma adaptativa se refiere a la presencia de estrés, ansiedad y depresión que permiten la superación de los factores externos o internos provocadores de desequilibrio fisiológico y psicológico, permitiendo al organismo retornar a su estado basal una vez superados dichos factores (3).

La forma no adaptativa se refiere a la presencia de estrés, ansiedad y depresión que si bien permiten la superación del o los factores desestabilizantes, no permiten el retorno del organismo a su estado basal (2,4).

Estrés y síndrome de fatiga laboral.

El concepto de estrés fue desarrollado en primera instancia en las ciencias físicas, siendo utilizado al menos desde el siglo XV, época en que tenía el significado de presión o tensión física: “la fuerza o sistema de fuerzas que al ser aplicadas tienden a deformar un cuerpo” (2). Esta fuerza o sistema de fuerzas se consideraban como externas, o al menos, separadas del cuerpo que se deformaba por su efecto.

Ya en el siglo XVII, el concepto se generalizó, tomando la connotación de “dificultad” o “adversidad”, es decir, el término estrés fue usado para designar una influencia molesta o perjudicial para el estado emocional de una persona (2). A comienzos del siglo XX, Dunbar empezó a considerar al estrés como una causa de mala salud física o de enfermedad mental (4).

Inicialmente, el estrés se refería únicamente a la presencia de respuestas fisiológicas a las influencias de factores externos, apareciendo posteriormente el concepto de factores o influencias internas, así como de una respuesta psicológica a dichos factores (2).

En los años 50's del siglo XX, Selye realiza estudios más profundos sobre el estrés, llegando a definir un síndrome que evolucionaba en tres etapas en función de la cronicidad del estrés. Las etapas descritas por Selye son: una reacción de alarma, una fase de resistencia y una fase de cansancio. Estas fases se asocian a cambios a nivel endocrinológico, con afectación del sistema de catecolaminas, corticoesteroides, de hormonas sexuales y de la pituitaria, con afectación del sistema inmunitario y gastrointestinal (2). Así mismo,

denominó a los factores que influían sobre el organismo como estresores, mientras que al estado de desequilibrio que generaban le llamó estrés (2,4).

En 1967, Holmes y Rahe proponen definir al estrés como “un suceso que supone un cambio mayor en la pauta habitual de vida”, refiriendo que no solo existían estresores físicos capaces de producir el cambio, sino que también había sucesos de índole psicológica capaces de desembocar en un cambio, ya fuera este adaptativo o desadaptativo (2, 4).

Los estresores físicos tienden a ser de corta duración, permitiendo el retorno del organismo a su estado basal, mientras que los estresores psicológicos pueden ser crónicos, pudiendo llevar a la alteración sistémica del organismo. Además, el estrés crónico puede ser fuente de trastornos mentales, ya sean estos de tipo ansioso, afectivo, psicosomático o de dependencia a alcohol o diversas sustancias (2).

La acumulación de sucesos estresantes se correlaciona positivamente con la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia y los intentos suicidas. En los estudios que se llevaron a cabo se concluyó que era más significativo el carácter desagradable de los sucesos que su mera ocurrencia, es decir, si bien los estresores son un factor de riesgo para los trastornos mentales, no son directamente responsables de éstos (6).

Toda actividad humana va acompañada de estrés y ansiedad en diferentes grados como mecanismos adaptativos, pero hay actividades que pueden llevar a la aparición de estrés, ansiedad y depresión patológicos, provocadores de diversos grados de disfunción física y psicológica (7,8).

Se ha reconocido desde hace tiempo que el trabajo puede influir en el bienestar físico y emocional de los seres humanos, siendo precisamente el trabajo en la sociedad actual, una gran fuente de alteraciones del equilibrio físico y emocional (5,9,10). El trabajo puede generar en algunas personas estrés, ansiedad y cambios afectivos patológicos, asociándose a estos estados factores como una alta exigencia, poco control y pobre poder de decisión, con la consecuente pérdida de autonomía, poco reconocimiento de los resultados obtenidos, la sensación de alienación y pérdida de objetivos de la propia vida (11,12,13).

En el ámbito laboral el estrés que enfrentan los trabajadores tiene un origen tanto interno como externo (13,14). Las fuentes externas comprenden los mecanismos laborales que permiten el desarrollo y expresión de la creatividad, las relaciones interpersonales con los jefes y con los compañeros de trabajo, la repartición injusta de las labores, las bajas percepciones

salariales y la falta de comunicación en el equipo de trabajo (3, 5,15). Las fuentes internas están representadas por las expectativas irreales sobre la propia competencia laboral y la de los compañeros de trabajo, la percepción falsa sobre la propia autonomía y la identidad profesional, así como la presencia de estímulos y reconocimientos a la labor desempeñada (3, 5,15).

Ya sean los estresores de origen interno e externo, todos reducen la satisfacción con el propio desempeño y la productividad, desarrollándose con el tiempo actitudes negativas hacia el trabajo, los jefes, los compañeros y los clientes, así como sentimientos de hastío, aburrimiento, ira, vacío, baja productividad y apatía (15).

Estos estresores y las conductas que son producto de los mismos, han sido englobados en el llamado síndrome de desgaste laboral. De manera más completa, se le describe acompañado de fatiga, despersonalización e insatisfacción laboral, además de cefalea, trastornos gastrointestinales, susceptibilidad a cuadros infecciosos, dolor de espalda, trastornos del sueño y trastornos de la sexualidad (5, 13,16).

El mencionado síndrome fue reconocido primeramente en los profesionales que prestaban sus servicios en empleos con un contacto humano estrecho como médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, y posteriormente se identificó en maestros, puestos gerenciales y psicólogos (5).

De los rubros laborales se han identificado especialmente tres, mismos que ocupan los primeros lugares como generadores de estrés laboral y/o ansiedad en quienes los practican. Estos trabajos son, en orden descendente: los controladores de tráfico aéreo, los cirujanos, y los maestros de escuela (3,5).

Los síntomas físicos que hablan de estrés maladaptativo son: sensación de fatiga, trastornos del ciclo vigilia-sueño, trastornos del apetito, menor resistencia a infecciones, trastornos sexuales, presencia de cefalea o lumbalgia (7). Los datos psicológicos que permiten inferir la presencia de estrés maladaptativo en el trabajo, y que influyen en el rendimiento laboral son: el ausentismo laboral, el aislamiento, la ira, el aburrimiento, la sensación de pérdida de perspectivas para la propia vida, críticas injustificadas hacia los jefes o autoridades en el trabajo y hacia los propios compañeros, sin reconocer sus logros (3,5).

Sobre los maestros se han realizado algunos estudios que buscan relacionar la presencia del síndrome de desgaste laboral con características de dicha profesión (3, 7, 9, 11, 12).

Ansiedad y trastornos ansiosos.

Jaspers describe a la ansiedad como “un estado patológico primario, análogo a la angustia vital, ligada a sensaciones corporales y a un sentimiento vivaz de inquietud o estado de agitación interior” (10). Fundamentalmente, la ansiedad es algo que se siente, es una sensación displacentera, difusa, que se manifiesta tanto a nivel somático como psicológico, y que puede desencadenar alteraciones en cualquier sistema del organismo (17,18).

La ansiedad y el miedo son señales de alerta del organismo. La ansiedad forma parte de la respuesta normal ante situaciones de peligro inminente, teniendo funciones adaptativas que permiten a la persona tomar las medidas necesarias para hacer frente a la amenaza (2). La ansiedad es la reacción a una amenaza poco definida o desconocida, que con frecuencia no se concreta y que no siempre tiene un carácter inmediato (17,18). El miedo, la otra señal de alarma mencionada al inicio del párrafo, se diferencia de la ansiedad en que en el miedo la amenaza es conocida, externa, inmediata y definida (2,17,18). Cuando la ansiedad ya no cumple sus funciones adaptativas se torna en patológica, siendo los criterios para definirla los siguientes: autonomía, es decir, es independiente de los estímulos ambientales; intensidad, que es desproporcionadamente alta respecto al estímulo que desencadenó la respuesta ansiosa; disfuncionalidad, que se produce por los síntomas somáticos y las conductas fruto de su presencia; y, persistencia y recurrencia inmotivadas, es decir, tiende a la cronicidad y aparece aún en ausencia de factores que la desencadenen (1,2).

La ansiedad se presenta de manera aguda o crónica, dependiendo su duración de un conjunto de factores en los que se incluyen: la naturaleza y duración del estresor, los recursos físicos de la persona, la forma como evalúa y responde a la situación la persona, los apoyos sociales con que la persona cuenta. La ansiedad tiene dos componentes, uno somático y otro cognitivo-conductual. Dentro del componente somático se encuentran: cefalea, disnea, palpitaciones, dolor precordial, gastralgia, diarrea, diaforesis, rubefacción, palidez, escalofríos, taquicardia, poliuria y urgencia urinaria, parestesias, cansancio, boca seca, hiperreflexia, temblor, tensión muscular, piloerección, arritmias cardíacas y síncope.

En el componente cognitivo-conductual, que hace referencia a la conciencia de estar nervioso, se encuentran: ideas catastróficas, hipervigilancia, preocupación excesiva, insomnio, fatiga, predisposición a

accidentes, dificultad para concentrarse, inquietud, nerviosismo, miedos irracionales, temor a perder la razón o el control, sensación de muerte inminente, desrealización y deseo de huir. La ansiedad cuenta además con mecanismo de retroalimentación, afecta a los procesos del pensamiento, percepción y aprendizaje, produciendo distorsiones en la percepción, y alterando la capacidad de asociación (1, 17,18).

Etiología de la ansiedad.

Dentro de la génesis de la ansiedad se han propuesto tanto teorías psicológicas como biológicas, aunque el consenso actual es que la etiología de los mencionados trastornos es multifactorial, concurriendo en ellos factores que pueden agruparse en las teorías psicológicas, biológicas y psicosociales (1, 2, 18,19).

1.- Teorías psicológicas.

Los principales modelos dentro de las teorías psicológicas que se han dado para explicar la ansiedad son:

Modelo psicoanalítico: Freud propuso que la ansiedad es un signo del Yo de que algún impulso inaceptable está presionando para descargar o para hacerse consciente (17). La ansiedad es el resultante de la defensa del Yo ante los estímulos del ello y del Superyo. O dicho de otra manera, la ansiedad es la respuesta del individuo a un peligro que le amenaza desde el interior, en la forma de un impulso instintivo prohibido que va a escapar del control del individuo, mientras que la depresión es la respuesta a la percepción de un malestar y peligro internos (1).

Modelo cognitivo-conductual: este modelo afirma que la ansiedad y la depresión son resultado de una respuesta condicionada a estresores ambientales específicos. Este modelo emplea partes propias de los modelos de condicionamiento clásico. Posteriormente se abrieron camino los enfoques cognitivistas, mismos que sostienen que los estados de ansiedad y depresión son acompañados o precedidos de conductas maladaptativas y pensamientos distorsionados, defectuosos y contraproducentes (1,17)

Modelo existencialista: el concepto central de este modelo de origen filosófico es que tanto la ansiedad como la depresión son producto de que el individuo tome conciencia del vacío profundo de la vida, y de la falta de sentido de las actividades que se desarrollan. La ansiedad, de acuerdo a esta aproximación, tendría por función el impulsar al individuo a acciones y

actividades que le permitan llenar el vacío y falta de sentido de la vida, trascendiendo (17,18).

2.- Teorías biológicas:

En cuanto a las teorías biológicas de la ansiedad, estas se desarrollaron a partir de la revolución en el conocimiento de la funcionalidad de las estructuras anatómicas, así como del conocimiento de los mecanismos y sustancias involucradas en la neurotransmisión (1,2). Las teorías biológicas se encuentran integradas por la perspectiva anatómica y funcional, explicando la acción de los neurotransmisores sobre las diversas estructuras anatómicas (1).

Las principales sustancias neurotransmisoras implicadas en la génesis de la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamma amino butírico, siendo las manifestaciones físicas y psicológicas de la ansiedad el resultado de los cambios en la regulación de dichos neurotransmisores (1,18).

3.- Teoría psicosocial.

Esta teoría sostiene que las diversas facetas de la vida tanto individuales como de grupo se asocian a estrés que puede desembocar en respuestas adaptativas o no adaptativas e inclusive en trastornos mentales ya sean neuróticos o psicóticos (2,7).

Dentro de los factores individuales se ubican la edad, el sexo, el tipo de trabajo que se desempeña, el estado de salud, la raza y, los hábitos higiénico-dietéticos entre otros. Mientras que en los factores grupales se encuentran la pareja, la familia, las relaciones interpersonales en el trabajo y el hogar y, la situación económica de la localidad y del país entre otros (14).

Los factores económicos han sido de los más estudiados, en particular lo referente al trabajo y el grado de satisfacción económica y psicológica que de él se obtiene, llegándose a la conclusión de que el estrés y los síntomas de malestar psicológico son más frecuentes en los grupos socioeconómicos de nivel bajo, entre las personas que carecen de un grupo social o familiar de apoyo, entre quienes no desempeñan una labor considerada útil o productiva en la sociedad, y entre quienes han sufrido la pérdida de un vínculo social significativo (1,14).

Depresión y trastornos del afecto.

Los trastornos afectivos son un grupo heterogéneo de trastornos, caracterizados por cambios en el estado de ánimo a lo largo del espectro tristeza-alegría. (2, 20) Los cambios del estado de ánimo, en particular la tristeza, pueden estar presentes tanto en estados normales como patológicos. Los elementos más importantes acerca de los afectos depresivos normales derivan de las ideas relacionadas a la adaptación, donde el afecto depresivo tiene como función la supervivencia a la separación y la pérdida (2,20). Si estos cambios en el afecto se ven acompañados de una serie de signos y síntomas, se consideran como patológicos. Al igual que los trastornos ansiosos, los trastornos afectivos tienen dos componentes: somático y cognitivo conductual. Dentro del primer componente se encuentran: cefalea, constipación, visión borrosa, dolor torácico y en extremidades, neuralgias y pérdida de peso. Mientras que en el segundo componente se encuentran: tristeza, ideas de culpa y minusvalía, sensación de malestar, disminución de la capacidad para concentrarse, ideas de muerte (18,20).

Etiología de los trastornos afectivos.

De manera similar a lo considerado para los trastornos ansiosos, los trastornos afectivos tienen una génesis multifactorial, donde tienen su influencia factores incluidos en las teorías psicológica, biológica y psicosocial:

1.-Teorías Psicológicas.

Modelo psicoanalítico: Freud propone que las pérdidas en la infancia temprana ocasionan alteraciones en la introyección de objetos perdidos, y que se refleja a manera de enojo hacia el objeto perdido, y que al reactivarse en la edad adulta y ser el objeto parte de la persona, el enojo se dirige hacia sí mismo, con los consecuentes sentimientos de tristeza, minusvalía, culpa y deseos de autolisis (20).

Modelo cognitivo-conductual: Beck propuso que el defecto primario en la depresión consiste en una alteración en la cognición y que el estado depresivo es una consecuencia más que la causa de estas alteraciones

cognoscitivas. La depresión es producto de la activación de tres esquemas cognitivos hipervalentes conocidos como la tríada cognitiva, y que son: la percepción negativa acerca de sí mismo, interpretación negativa de las experiencias actuales y pasadas, y visión negativa del futuro (20).

2.-Teorías biológicas:

Modelo neuroquímico: se han implicado en la génesis de los trastornos del afecto básicamente a la noradrenalina y la serotonina, y en menor medida, a la dopamina (19, 20).

Modelo genético: se han apoyado en la evidencia de que alrededor del 50% de los pacientes que padecen algún trastorno del afecto tienen un familiar en primer grado con un trastorno similar, y hasta el 90% tratándose del trastorno bipolar. Se ha implicado el cromosoma 18 en la génesis de estos trastornos (2, 19).

3.-Teorías psicosociales:

Se ha especulado sobre los cambios que el estrés provoca en el cerebro, ya que el primer episodio de un trastorno afectivo es precedido, por lo común, de estrés. Como la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años, el estar sometido desde temprana edad a situaciones ambientales adversas, ya sea en el micro ambiente familiar, social ó laboral (19, 20).

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad y de los Trastornos del Afecto.

Actualmente se cuenta con dos clasificaciones, la Clasificación Internacional de las Enfermedades, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales:

a) **Clasificación Internacional de las Enfermedades:** Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión. (CIE-10).En este se clasifican los trastornos ansiosos dentro de F 40-48 Trastornos

Neuróticos, Somatomorfos y asociados al estrés. Mientras que los trastornos depresivos se clasifican dentro de F30-39 Trastornos Afectivos (22).

b) **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.** Cuarta Edición. (DSM-IV). Aquí se clasifican las patologías ansiosas dentro de los Trastornos de Ansiedad [300], y las patologías depresivas dentro de los Trastornos del Humor [296] (23)

Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes, pero a menudo son subdiagnosticados, y por lo tanto, no se tratan, de manera que su prevalencia real está lejos de ser determinada con precisión (2,16). Se ha estimado que la ansiedad está presente de manera significativa en el 10% a 15% de los pacientes ambulatorios de medicina general, y en el 10% de los pacientes internados en hospitales generales (2,6). Se estima que alrededor del 25% de la población físicamente sana presentará ansiedad en algún momento de su vida a manera de trastorno, y de estos, el 7.5% habrán presentado un Trastorno de Ansiedad en el último mes (1,18). De acuerdo a la Nacional Comorbidity Survey (NCA; Encuesta Nacional de Comorbilidad) de Estados Unidos, casi una cuarta parte de la población experimentará algún trastorno de ansiedad a lo largo de sus vidas, mientras que de acuerdo a la Epidemiological Catchment Area (ECA; Estudio de Captación de Area Epidemiológica), se sugiere una prevalencia de por vida de 14.6%, y a los 6 meses del 8.9%. En ambos estudios, los trastornos de ansiedad fueron más comunes que los trastornos afectivos (6, 18,21).

Los Trastornos por Crisis de Angustia tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 5.1%, teniendo como factor histórico desencadenante más frecuente, el divorcio o separación recientes. Su presencia es mayor en mujeres, en una relación de dos mujeres por cada hombre. La edad en que se presenta con mayor frecuencia es en la tercera década de la vida (1,2).

La Fobia Social, al igual que las fobias específicas, pueden iniciar en la adolescencia, siendo más frecuente la fobia específica que la fobia social. La fobia específica es el trastorno mental más frecuente en las mujeres y el segundo más frecuente en los hombres. Su prevalencia es de 5% a 10%, con una relación de dos mujeres por cada hombre, relación que se invierte cuando este trastorno se estudia clínicamente. La fobia social tiene una prevalencia de 2% a 3%.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo está presente en el 2% a 3% de la población general, y hasta en el 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Los síntomas obsesivos y/o compulsivos pueden presentarse hasta en el 14% de la población general, con una edad de inicio promedio alrededor de los 20 años, pudiendo iniciarse en la adolescencia, e inclusive en la infancia (2).

El Trastorno por Estrés Postraumático se presenta en el 1% a 3% de la población general, pero se considera que 5% a 15% de esta población presenta formas subclínicas de este trastorno. La prevalencia se incrementa en grupos de población expuestos a eventos traumáticos graves, como los veteranos de guerra, en quienes la prevalencia puede llegar a 30%, y para las formas subclínicas de hasta un 25% (2).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se presenta de forma más común en mujeres que en hombres, en una relación de 2:1 en población general, mientras que en la población intrahospitalaria dicha relación es de 1:1. Se calcula que un 50% de las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene, al menos, otro trastorno psiquiátrico (1,18).

En México se estima que uno de cada cinco adultos residentes en poblaciones urbanas, padece alguna forma de trastorno psiquiátrico (24).

La prevalencia para cualquier trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida en adultos entre los 18 y 65 años de edad en el Distrito Federal es de 28.7%, siendo los trastornos más frecuentes la dependencia a alcohol con 8.4% y los episodios depresivos con 7.9% (25).

Al agrupar a los trastornos bajo las categorías diagnósticas respectivas se obtienen las prevalencias de la siguiente manera: trastornos de ansiedad 16.7%, trastornos por consumo de alcohol o sustancias 14.7%, Trastornos afectivos 13.9%. Con prevalencias para los diferentes trastornos de 4.6% para agorafobia, 2.6% para fobia social, 3.4% para ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo 1.4% y pánico 1.9% (25).

En cuanto a la comorbilidad, el 9.5% de la población ha presentado dos o más trastornos psiquiátricos a lo largo de su vida, lo que representa el 33.1% del total de la población que ha sido afectada por algún trastorno psiquiátrico (25,26). Al menos el 47% de las personas afectadas eventualmente desarrollará otro trastorno psiquiátrico, siendo notable la alta comorbilidad que hay con los Trastornos de Ansiedad (25,26).

Si se considera el número de diagnósticos como indicador de severidad, el 4.3% de la población ha estado seriamente afectada al presentar 3 o más trastornos. En cuanto a la población dedicada de manera específica a actividades de docencia, en nuestro país no existen datos acerca de la morbilidad psiquiátrica que presenta dicho grupo. A nivel mundial, los estudios en maestros se enfocan al síndrome de desgaste laboral, y solo pocos valoran la prevalencia de trastornos psiquiátricos en maestros (7, 11, 12).

Epidemiología de los trastornos afectivos.

La Epidemiological Catchment Area (ECA; Estudio de Captación de Área Epidemiológica) en los Estados Unidos reporta una prevalencia para la depresión de 2.2%, y de 3% para la distimia, con riesgo individual para la vida de 7 a 12% para los hombres, y de 20 a 25% para las mujeres, y de 6% para la distimia (2). Para el trastorno bipolar la ECA establece una prevalencia de alrededor de 1%, con riesgo individual para la vida de sufrir este trastorno de 0.4 a 1% (2). En la Ciudad de México se ha estimado una prevalencia para el episodio depresivo de 7%, para la distimia de 4.4%, para la manía de 0.7% (25).

Antecedentes.

Algunos estudios que se han realizado para tratar de relacionar la presencia del síndrome de desgaste laboral con la profesión magisterial son los hechos por Davies quién realizó un estudio en 1998 donde trató de describir las características personales de los maestros que sufrían de síndrome de desgaste laboral. Para ello empleó el instrumento Fimian en 1988 el Teacher Stress Inventory (TSI) que valora 10 factores, 5 para fuentes del estrés y 5 para medición del estrés. Incluyó 316 sujetos de escuelas privadas observándose un nivel moderado de estrés en los maestros de la muestra, siendo mayores los niveles en los maestros de escuelas de tamaño mediano y pequeño, mientras que los niveles de estrés en escuelas privadas fue menor que el encontrado en escuelas públicas, con grupos grandes de alumnos, ubicadas en zonas económica y socialmente conflictivas (9).

Schearing y Vierling quienes realizan un estudio en los Estados Unidos en 1997, a fin de investigar los patrones de estrés entre los maestros en el salón de clases. Participaron 85 maestros de preparatoria, 85 de secundaria y 85 de primaria a quienes se aplicó el TSI y una cédula general de datos. Del

análisis de esta información se desprende que a mayor nivel educativo los maestros sufren más estrés sin importar la experiencia que se tenga frente a los alumnos para el control del mismo. Se identificaron como generadores de estrés el salario bajo, el control limitado sobre lo que se enseña, la crítica social hacia la enseñanza y la violencia escolar (3).

Zafiropoulou, Mati-Zissi quienes realizaron un estudio en Grecia en el 2000, a fin de evaluar si la autoestima del maestro tenía efecto sobre la autoestima del estudiante, de manera que afectara el valor que el estudiante asignaba a sus capacidades sociales, personales y cognitivas. Para ello midieron de manera indirecta la autoestima de los maestros, realizando un inventario a 240 estudiantes de sexto año, siendo positiva la relación entre la auto percepción de los alumnos y la autoestima de los maestros. Los maestros tienen una baja autoestima, lo que afecta su capacidad para enseñar, y de manera indirecta la autoestima de los alumnos (27).

Otros estudios hablan acerca de la psicopatología presente en maestros de educación primaria. K. Wilhem, G. Parker y D. Hadzi-Pavlovic en 1978 inician un estudio de cohorte a fin de reconocer factores que contribuyan a la mayor frecuencia de trastornos depresivos, en las mujeres de Nueva Zelanda. El grupo inicial fue de 380 maestros, y para 1993 solo quedaban 156 sujetos, a quienes se aplicó en 4 ocasiones (1978, 1983, 1988, 1993) una entrevista semiestructurada para valorar desempeño social y laboral, patrones de conducta frente a la enfermedad, el estrés y la depresión. Así mismo, los sujetos contestaron cuestionarios de auto evaluación: la Escala Castello-Comrey para depresión, la sección de rasgos neuróticos del Inventario de Personalidad de Eysenck, y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se usaron las secciones de ansiedad y depresión del CIDI para formular los diagnósticos acorde al DSM III-R. Para 1993 se contaba con 156 sujetos con edades de 38 a 40 años, 104 mujeres y 52 hombres, laborando todos como maestros, 102 de ellos (47 hombres y 55 mujeres) en empleos de tiempo completo, 49 (4 hombres y 45 mujeres) en empleos de medio tiempo, y 5 (1 hombre y 4 mujeres) estaban desempleados. Los diagnósticos que se encontraron fueron: episodio depresivo mayor 35%, intento suicida 7%, agorafobia 8%, trastorno de ansiedad generalizada 15%, trastorno de pánico 14%, fobia social 18%. Tomando en cuenta todos los trastornos de tipo ansioso ó depresivo 65%. No hubo diferencias significativas en cuanto al número de episodios depresivos ó su duración entre hombres y mujeres. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres, con una edad de inicio menor (11).

M. Cropley, A. Steptoe y K. Joeke realizaron en 1999 un escrutinio para determinar la prevalencia de síntomas neuróticos en maestros de educación pública de Gran Bretaña. Estos resultados fueron comparados con aquellos obtenidos en el Estudio Nacional de Morbilidad Psiquiátrica de Gran Bretaña (Nacional Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain NPMS-GB). Los sujetos realizaron una auto evaluación con dos instrumentos: uno para valorar la percepción de satisfacción laboral adaptada de Narasek y Theorell; y la Cédula de Intervalo Clínico Revisada (Revised Clinical Interval Schedule CIS-R) para valorar la psicopatología neurótica. Para la comparación de los resultados, se escogió una muestra de la NPMS-GB con las mismas características de nivel escolar y trabajo comparable. Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa de computadora Confidence Interval Analysis (CIA). El estudio incluyó 1495 sujetos, de los cuales solo contestaron las auto evaluaciones 755. Se dividió entonces a los sujetos de acuerdo a su percepción de satisfacción laboral, invitándoseles a seguir participando a 286 en el estudio, aceptando solo 170, en quienes se realizó el análisis estadístico. De los sujetos 112 eran mujeres y 58 hombres, con edades de 31 a 51 años, 55% dedicados a educación primaria y 45% a educación secundaria. Se encontraron en el CIS-R las puntuaciones más altas para los siguientes síntomas neuróticos: ideas obsesivas, ansiedad, depresión, ideas depresivas, fobias, síntomas somáticos y fatiga (7).

V. Kovess, S. Labarte y J.C. Olivier en el 2001 realizaron un estudio retrospectivo para saber acerca de las variables demográficas, los diagnósticos más frecuentes y la forma de tratamiento en los usuarios del Mutualista General de Educación Nacional (Mutuelle générale de l'Éducation nationale MGEN) en París. Los datos para el estudio fueron tomados del departamento de información médica (Département d'information médicale DIM) de la MGEN, abarcando a aquellos pacientes que tuvieran atención durante 3 años (1992-1993-1994). Se tomaron en cuenta las siguientes variables: sociodemográficas (ocupación, edad, sexo), diagnóstico, tratamiento intrahospitalario ó ambulatorio, manejo psicoterapéutico ó farmacológico. El análisis estadístico se realizó mediante χ^2 , incluido en el programa estadístico para computadora SPSS. Se incluyeron 6453 pacientes que se dividieron en 8 categorías socio profesionales: 1-no definida (N=482), 2-conserjes (N=190), 3-personal administrativo (N=1500), 4-maestros técnicos (N=192), 5-maestros de primaria (N=1579), 6-maestros de secundaria (N=1849), 7-maestros de

educación media superior (N=238) y 8-maestros de enseñanza superior e independientes (N=423). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastornos psicóticos (esquizofrenia simple ó persistente y trastorno psicótico agudo 18.5%), trastorno bipolar 7.7%, depresión 38.3%, Trastorno de ansiedad 27% y Trastorno ansioso-depresivo 8.2%. De manera particular, los maestros de primaria tuvieron las siguientes prevalencias: Trastornos psicóticos (esquizofrenia simple o persistente y trastorno psicótico agudo) 13.4%, trastorno bipolar 7.3%, depresión 44.5%, trastornos de ansiedad 25.1% y trastorno ansioso depresivo 9.9%. Personal administrativo y de conserjería padecen más trastornos psicóticos, mientras que los maestros padecen más los trastornos neuróticos. Los maestros con mayor frecuencia son hospitalizados, siendo similar la duración de la hospitalización en caso de trastornos psicóticos ó trastornos neuróticos. Conserjes, administrativos y maestros de enseñanza media superior son hospitalizados con mayor frecuencia por trastornos neuróticos. Los hombres con mayor frecuencia se hospitalizan que las mujeres. El manejo psicoterapéutico individual se da en el 17% de los pacientes, siendo los mayores beneficiarios los maestros. La psicoterapia de grupo se brinda al 2.6% de los pacientes (12).

JUSTIFICACION.

Se ha reconocido de manera informal, anecdótica, tanto por los trabajadores de la educación como por la población en general, las condiciones en que se encuentra la salud mental de los maestros, pero en nuestro país no se han realizado estudios para conocer la magnitud de dicha problemática.

Es por ello que se plantea y desarrolla el presente trabajo que busca conocer e identificar la ocurrencia de psicopatología en población con actividad docente en escuelas de educación primaria, con la finalidad de que los resultados obtenidos puedan ser útiles para la planeación de acciones que ayuden a mejorar la situación de la salud mental y la calidad de vida de los maestros.

OBJETIVOS.

General

Conocer la prevalencia de los trastornos ansiosos y afectivos en una muestra de población con actividad laboral docente , y si los factores sociodemográficos y laborales influyen en esa prevalencia.

Particulares

- 1.-Conocer la prevalencia de trastornos ansiosos y afectivos en maestros de educación primaria.
- 2.-Conocer si la prevalencia de trastornos ansiosos y afectivos tiene relación con el sexo, el estado civil y el cargo que se desempeña.

HIPÓTESIS

La prevalencia de los trastornos ansiosos y afectivos es mayor en los maestros que en la población general, y factores como el sexo, el estado civil y la actividad laboral influyen en dicha prevalencia.

MATERIAL Y MÉTODO.

El diseño del estudio es un escrutinio, mismo que se realizó entre los pacientes, quienes laboran como maestros de primaria en el turno matutino en tres escuelas primarias del Distrito Federal, y que para su participación cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: hombres y mujeres que laboran como maestros de educación primaria en activo, ya sea frente a grupo, en actividades administrativas o de apoyo, adultos entre los 18 y 60 años, que aceptaron participar y concluyeron la evaluación mediante el instrumento clínico y la cédula de datos generales. Los criterios de exclusión fueron el no aceptar participar en el estudio, y que no concluyeran la evaluación

El instrumento clínico que se aplicó fue la MINI Minimental International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I Versión en español 5.0.0, que es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI para la CIE-10. Los resultados demuestran que la MINI tiene un puntaje de validez y de confiabilidad aceptablemente alto, pero que puede ser administrado en un tiempo mucho más breve (28). La MINI consta de 14 módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo hay una o varias preguntas filtro, correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno, y al final de cada módulo, una o varias casillas permiten indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. En cada módulo una serie de reactivos exploran los criterios diagnósticos. El paciente responde “sí” o “no”, y dependiendo del número de respuestas afirmativas se considera presente o no el trastorno explorado.

Las categorías diagnósticas que evalúa la MINI son: A. Episodio Depresivo Mayor, EDM con Síntomas Melancólicos; B. Trastorno Distímico; C. Riesgo de Suicidio; D. Episodio Maníaco, Episodio Hipomaniaco; E. Trastorno de Angustia; F. Agorafobia; G. Fobia Social ; H. Trastorno Obsesivo Compulsivo; I. Estado por Estrés Postraumático; J. Dependencia de alcohol, Abuso de Alcohol; K. Dependencia de Sustancias, Abuso de Sustancias; L. Trastornos Psicóticos, Trastorno del Estado de Animo con Síntomas Psicóticos; M. Anorexia Nerviosa ; N. Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo/Purgativa; O. Trastorno de Ansiedad Generalizada; P. Trastorno Antisocial de la Personalidad.

De las categorías anteriormente señaladas no se aplicaron los módulos correspondientes a trastornos psicóticos, dependencia de sustancias, trastornos de la alimentación y Trastorno antisocial de la personalidad (módulos K, L, M, N y P).

En cuanto a la cédula de datos generales, ésta contiene información relativa a edad y sexo del paciente, su estado civil, cargo que desempeña en la escuela, años laborando como docente y escuela en que estudio para maestro.

Procedimiento.

Se solicitó permiso a los Directores de las tres escuelas primarias para la realización del estudio en sus respectivos planteles informando tanto a los Directores como a los maestros sobre la metodología y objetivos del escrutinio, asegurando la confidencialidad de los datos recabados.

En cada escuela se habilitó un aula para realizar la evaluación mediante los instrumentos. El investigador se presentaba, daba las instrucciones de la manera de responder la evaluación y se procedía a la realización de la misma. Las evaluaciones se realizaron entre los meses de junio y julio del 2002, y los días miércoles y jueves. La calificación de los instrumentos y la recopilación de los datos se realizó en el mes de septiembre, y posteriormente se realizó el análisis estadístico utilizando medidas de tendencia central (media, desviación estándar y porcentaje) , y para determinar la significancia estadística entre la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos realizados en la muestra se utilizó la prueba de χ^2 .

RESULTADOS.

Los sujetos laboran como maestros en escuelas primarias del sistema público en el Distrito Federal en el turno matutino. De un total de 90 sujetos aceptaron participar 81, siendo la mayoría mujeres, encontrándose la mayoría entre la tercera y séptima décadas de la vida, y la mayoría eran casados, característica que resultó con significación estadística.

CUADRO 1.

Características sociodemográficas de los profesores estudiados.

Género	N	%		
Hombres	22	27		
Mujeres	59	73		
	x	DS	Mín	Max
Edad	39	8	23	60
Edo. Civil	N	%		
Solteros	14	18		
Casados *	45	55		
Unión Libre	4	5		
Divorciados	13	16		
Viudos	5	6		

*[$\chi^2 (4) = 5.48, p=0.2$]

En relación al cargo que desempeñaban los maestros se obtuvo un mayor porcentaje en los que tenían grupo, característica que resultó estadísticamente significativa. En cuanto a la escuela de formación, la mayor parte de los sujetos de la muestra, egresaron de la Escuela Nacional de Maestros, siendo esta estadísticamente significativa.

CUADRO 2.
Características profesionales de los profesores estudiados.

	x	DS	Mín	Max
Años Laborados	19	8	4	42
Cargo	N	%		
Grupo*	47	58		
Adjunto	14	17		
USAER	15	18		
Directivo	5	7		
Escuela de Formación**				
E.N.S.	57	71		
E.N.E.	9	11		
E.N.P	15	18		
Turnos				
Uno	27	34		
Varios	54	66		

*[chi² (3)=14.43, p=0.002]

Abreviaturas:

USAER = Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular

E. N. S. = Escuela Normal Superior

E. N. E. = Escuelas Normales de los Estados

E. N. P. = Escuelas Normales Particulares

De los diagnósticos psiquiátricos encontrados los más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada y el episodio depresivo mayor, siendo estadísticamente significativos ambos, además de la fobia social.

CUADRO 3.

Diagnósticos Psiquiátricos en los profesores evaluados con el MINI.

Dx*	N	%
Sin Dx	36	44
EDM**	14	17
EDMr	3	4
TD	2	3
TFS***	4	5
TOC	1	2
TEP	2	2
TAG****	19	23

*[χ^2 (7)=81, p=0.000]

** [χ^2 (3)=31, p=0.000]

*** [χ^2 (3)=9.54, p=0.02]

**** [χ^2 (3)=51, p=0.000]

Abreviaturas:

EDM = Episodio Depresivo Mayor

EDMr = Episodio Depresivo Mayor recurrente

TD = Trastorno Distímico

TFS = Trastorno de Fobia Social

TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo

TEP = Trastorno de Estrés Postraumático

TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada

De los 45 sujetos que presentaron algún diagnóstico 11 eran de sexo masculino y 34 de sexo femenino, con una relación de 3 mujeres por cada hombre.

Respecto a la comorbilidad, la mayor parte de los sujetos presentaron un solo diagnóstico.

CUADRO 4.
Comorbilidad observada en los profesores evaluados.

Número de Dx*	N	%
Sin Dx	36	44
Con un Dx	17	21
Con dos Dx	12	16
Con tres Dx	16	19

*[χ^2 (21)=103, p=0.000]

DISCUSIÓN.

Los resultados del presente estudio permiten formarse una visión de la magnitud de los trastornos ansiosos y afectivos en la población con actividad laboral docente en escuelas del sistema público de educación primaria.

Comparando los resultados con lo reportado para la población adulta residente del Distrito Federal, más de la mitad de los sujetos en nuestra muestra sufre algún trastorno de ansiedad o del afecto, siendo sus prevalencias de 32% y 24% respectivamente, que es más elevado que lo reportado (26), de 16.7% y 13.9% para trastornos de ansiedad y del afecto respectivamente en el Distrito Federal. Por diagnóstico, en los trastornos de ansiedad se encuentran prevalencias más elevadas en nuestro estudio para los trastornos : por fobia social (5% vs. 2.6%) , de ansiedad generalizada (23% vs. 3.4%) , y el obsesivo compulsivo (2% vs. 1.4%). Mientras que en los trastornos del afecto se encuentran prevalencias más elevadas para el episodio depresivo (17% vs. 7.9%) , y menores para distimia (3% vs. 4.4%) y manía (0% vs. 0.7%).

Respecto a resultados obtenidos en estudios en otros países se encuentran diferencias en lo reportado por K. Wilhem, G. Parker y D. Hadzi-Pavlovic (11), apareciendo diagnósticos como la agorafobia y el trastorno de pánico, y prevalencias mayores para el trastorno de fobia social (18%), pero menor para el trastorno de ansiedad generalizada (15%) , mientras que hay una prevalencia mayor (35%) del episodio depresivo. En lo reportado por V. Kovess, S. Labarte, J.C. Olivier (12), los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia menor a la encontrada en nuestro estudio (25.1% vs. 32%), pero los trastornos afectivos tienen una prevalencia mayor (44.5% vs. 24%).

Es decir, comparativamente con la población entre 18 y 65 años del Distrito Federal (26), nuestra muestra presenta mayor prevalencia tanto de trastornos ansiosos como de trastornos afectivos, pero en comparación con población con actividad laboral docente en otros países (11,12), la prevalencia de trastornos de ansiedad es mayor mientras que la prevalencia de los trastornos del afecto es menor.

En la muestra se relacionan significativamente con los trastornos ansiosos y afectivos características como el estado civil, desempeñarse laboralmente frente a un grupo de alumnos y haber realizado estudios en la Escuela Normal Superior.

En cuanto al sexo la muestra tiene una proporción de 2.6 mujeres por cada hombre , y la relación de los sujetos que presentan algún trastorno de los investigados es de 3 mujeres por cada hombre.

En cuanto a la comorbilidad se reporta para la población del Distrito Federal (11), un solo diagnóstico en el 19.3% de los casos, 2 diagnósticos en el 5.2% y tres diagnósticos en el 2.6%, que resultan menores a lo encontrado en nuestro estudio.

CONCLUSIONES.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad y del afecto son mayores en la población con actividad laboral docente respecto a la población adulta del Distrito Federal.

Las prevalencias encontradas para los trastornos señalados en población docente son diferentes a lo reportado en la literatura, siendo más frecuentes los trastornos de ansiedad en nuestra muestra, y menos frecuentes los trastornos afectivos.

El encontrarse como maestro laborando frente a un grupo de alumnos, el estar casado y proceder de la Escuela Normal Superior se relaciona con la presencia de trastornos de ansiedad y del afecto.

Hay comorbilidad en 35% de la muestra, superior al 9.5% de la población general del Distrito Federal.

Se hace necesario contar con un mayor número de investigaciones en la población docente de nuestro país a fin de determinar la prevalencia de otros trastornos psiquiátricos, así como para definir los factores que puedan estar influyendo en los mismos, con la finalidad de tomar medidas preventivas que permitan una mejora en la salud mental de los maestros.

REFERENCIAS.

1. Dubovsky, S. Anxiety disorders. Psychiatry. Scully, J. Philadelphia U.S.A. 1996.
2. Kaplan, H. Transtornos de ansiedad. Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan et al. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1996:588-631.
3. Schearin, Ev. Patterns of stress among classroom teacher. Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences. 57:5121;(1997).
4. Selye, H. Selye's Guide to stress research. Vol.1. Van Nostrand Reinhold. New York. 1980
5. Weber, A.; Kraus, T. The Burnout Syndrome :and occupational disease of the 21th Century?. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin. 35:180-188;(2000).
6. Lépine, JP. Epidimiology, Burden and Disability in Depression and Anxiety. J. Clin. Psychiatry. 20:21-28;(1998).
7. Cropley, M; Steptse, A; Joekes, K: Jobstrain and Psychiatric Morbidity. Psychological. Med. 29:1411-1419;(1999).
8. Stanfeld, SA; North FM; White I; Marmot MG. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. J. of Epidem and Community Health. 49:48-53;(1995).
9. Davies, JP. Occupational stress in private schools: A teacher profile. Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences. 58:3782;(1998).
10. Jaspers, K. Psicopatología General. Fondo de Cultura Económica. México; 1996.

11. Kovess, V; Labarte, S; Oliver, J.C. Modèles de soins et catégories socioprofessionnelles à partir des recueillies par le DIM du dispositif psychiatrique de la MGEN. *Encephale*. 27 :205-211 ;(2001).
12. Wilhelm, K; Parker, G; Hadzi-Pavlovik, D. Fifteen years on: evolving ideas in researching sex differences in depression. *Psychological Med.* 27:875-883;(1997).
13. De Heus, P; Diekstra, R. Do teachers burnout more easily ? A comparison of teachers with other social professions on work stress and burnout symptoms. *Understanding and Preventing Teacher Burnout: A sourcebook of international research and practice* Cambridge University Press, New York, U.S.A.; 1999: 269-284.
14. Holmes, T.H; Rahe, R.H. The social readjustment rating scale. *J. Psychosomatic Res.* 11:213;(1967).
15. Vandenberghe, R; Huberman, A. Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice. Cambridge University Press, New York, U.S.A.; 1999: 362.
16. Manthei, R; Gilmore, A; Brian, T; Vivienne, A. Teacher stress in intermediate schools. *Educational Research.* 38:3-19;(1996).
17. Pinedo, R.H. Transtornos de ansiedad. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Intersistemas. S.A. de C.V., México, 2000.
18. Secin, D.R; Rivera, M.B. Los Transtornos de Ansiedad en la Psiquiatría de Hospital General. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Intersistemas S.A. de C.V. , México, 2000.
19. Breslin, N.A; Mood Disorders Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, U.S.A. ; 1996:83-95.
20. Chávez, L.E. Trastornos Depresivos Asociación Psiquiátrica Mexicana Intersistemas S.A. de C.V., México, 2000.

21. Nisenson, LG; Pepper, CM; Scwenk, TL; Coyne, JC. The Nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen.Hosp.Psychiatry*.20:21-28;(1998).
22. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Transtornos Mentales y del Comportamiento. (CIE-10). Técnicas Gráficas, FORMA S.A., Madrid, 1992.
23. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales ,Cuarta Edición.(DSM-IV) . Versión en Español. Masson S.A., Barcelona,1995.
24. Díaz,MA; Jiménez, RE. Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*.22:62-67; (1999).
25. Caraveo-Anduaga, J; Colmenares, E; Saldívar, G. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*.22:154-158.(1999).
26. Caraveo-Anduaga,J; Colmenares,E; Saldívar,G. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 23: 10-19; (2000).
27. Zafropoulou,M;Mati-Zissi,E. Teacher's reported self-esteem and its effect on class-room psychological environment and student's self esteem. *J.Hellenic Psychological Society*. 8:451-468. (2001)
28. Sheehan,DV; Lecrubier, Y; Harnett-Sheehan K; Manus,J. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) According to the SCID-P. *European Psychiatric*.232-241;(1997).