



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**



**Facultad de Medicina**

**Programa de Maestría en Ciencias Médicas,  
Odontológicas y de la Salud**

**Promoción de salud mental en mujeres estudiantes  
de medicina con síntomas depresivos**

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Ciencias de la Salud,  
con campo de estudio principal en Salud Mental Pública presenta:

**Yanik Osorio Morales**

**Tutora: Dra. María del Carmen Lara Muñoz**

México D.F., a 10 de septiembre de 2012.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

“Ninguna sociedad trata a sus mujeres tan bien como a sus hombres”.  
(PNUD, 1995)

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	<b>- 1 -</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>- 2 -</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>- 3 -</b>
<b>I. Depresión</b> .....	<b>- 3 -</b>
<b>II. Factores biológicos de la depresión</b> .....	<b>- 8 -</b>
A. <i>Modelos de intervención psiquiátrica</i> .....	- 14 -
<b>III. Factores psicológicos de la depresión</b> .....	<b>- 17 -</b>
B. <i>Modelos de intervención psicoterapéutica</i> .....	- 23 -
<b>IV. Factores sociales de la depresión</b> .....	<b>- 26 -</b>
C. <i>Modelos de prevención y apoyo</i> .....	- 32 -
<b>V. Depresión en estudiantes de medicina</b> .....	<b>- 36 -</b>
D. <i>Modelos de intervención en estudiantes de medicina</i> .....	- 40 -
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>- 44 -</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>- 44 -</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>- 45 -</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	<b>- 46 -</b>
Tipo de Estudio .....	- 46 -
<i>Grupos de discusión</i> .....	- 46 -
Primera fase .....	- 48 -
Selección de la muestra .....	- 48 -
<i>Tamaño</i> .....	- 48 -
Instrumentos.....	- 48 -
<i>Guía Temática</i> .....	- 48 -
<i>SCL - 90</i> .....	- 49 -
Implicaciones éticas .....	- 50 -
Procedimiento de recolección .....	- 51 -
Análisis de la Información .....	- 52 -
Segunda fase .....	- 53 -
<i>Tamaño</i> .....	- 54 -
Instrumentos.....	- 54 -
<i>Guía Temática</i> .....	- 54 -
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>- 55 -</b>
Primera fase .....	- 55 -
Segunda fase .....	- 59 -
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>- 64 -</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>- 79 -</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>- 101 -</b>

## **Resumen**

Los síntomas depresivos son prevalentes en los estudiantes de Medicina y se reportan diferencias por sexo. Los objetivos del estudio fueron explorar las características que las estudiantes de Medicina adjudican a sus síntomas depresivos y proponer elementos para elaborar una guía informativa sobre el tema. El estudio fue cualitativo y utilizó grupos focales. Tras un muestreo intencional y homogéneo, 21 estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM participaron en el estudio. Los factores que las participantes identificaron para sus síntomas depresivos fueron: de tipo biológico como el ciclo menstrual o enfermedades generales; familiares como falta de apoyo entre los miembros; relacionados a la pareja como dificultad para mantener la relación; y relacionados a la carrera como su condición específica de mujer y la actitud de profesores y compañeros. Las características solicitadas para el material informativo fueron: presentación en formato electrónico; abordar temas y bibliografía específica sobre su problemática particular; contener información sobre opciones de ayuda, técnicas de estudio y contar con retroalimentación para usuarios. Adicionalmente, sugirieron para la facultad: incluir tutorías grupales obligatorias para alumnos; realizar actividades de integración y modificar programa de estudio incluyendo créditos extracurriculares. Este estudio permitió conocer mejor la depresión en estas mujeres, y las características que ellas identifican como potencialmente efectivas para abordajes preventivos y terapéuticos.

## **Abstract**

Depressive symptoms are prevalent in medical students and there are differences explained by sex. The aims of the study were to explore the characteristics that female medical students award to their depressive symptoms and to propose elements for a potential informative guide on the subject. The study used qualitative focus groups. Twenty-one female students of the Faculty of Medicine of the UNAM participated in the study. They identified that factors for their depressive symptoms were related to: biological issues as the menstrual cycle or general diseases; to the family such as lack of family support among the members; to the couple as difficulty to preserve the relationship; and to the study of Medicine, as their specific women responsibilities and the sometimes aggressive attitude of teachers and classmates. The features requested for a potential information material were for it to be presented in the electronic format; to provide specific literature addressing issues of their particular problems; to contain information about supportive measures or study skills; and to feedback the users. Suggestions for the faculty were: to include mandatory tutorial groups for students; to include integration activities and the modification of the curricula including extracurricular credits. Finally, this study provides further insights about depression in these women and the characteristics about what they identify as potentially effective preventive and therapeutic approaches.

# INTRODUCCIÓN

## *I. Depresión*

La definición de depresión ha tenido diversas modificaciones a lo largo del tiempo, desprendiéndose inicialmente de teorías clínicas y de investigación e incluyendo después teorías sobre las causas psicológicas y biológicas del trastorno, así como un contexto social más amplio en el que se desarrolla el problema (Wilhelm, 2006).

Una definición común de la depresión es la que concibe a ésta en un continuo, ya sea como un estado de ánimo, un síntoma o un trastorno (Kleinman y Good, 1985). En su expresión más severa, la depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos con disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés en las actividades, sentimientos de culpa y minusvalía, alteraciones en el sueño y en el apetito, así como ideas de muerte o suicidas. Ésta interfiere de forma importante en la vida del paciente, pudiendo afectar el trabajo, estudio y las relaciones sociales. Representa además una causa importante de discapacidad con repercusiones económicas y sociales mayores (Fuentes et al, 2007).

Desde el punto de vista clínico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), agrupa como trastornos depresivos al Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno Distímico y el Trastorno Depresivo no Especificado. Pero describe también otros trastornos que frecuentemente cursan con sintomatología depresiva como son los trastornos de ansiedad, adaptativos, somatomorfos, de personalidad, de la conducta alimentaria, relacionados con sustancias, sexuales, y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (Benedito et al, 2004).

La Depresión Mayor es un trastorno multifactorial prototipo. La probabilidad de que una persona sufra un episodio depresivo está asociada a muchos eventos, incluyendo predisposición genética (Sullivan et al, 2000), abuso sexual infantil (Fergusson y Mullen, 1999), rasgos de personalidad predisponentes (Hirschfeld et al, 1989), pobre autoconcepto (Ingram et al, 1998), exposición a eventos traumáticos y adversidades mayores (Kessler y Magee, 1993),

apoyo social deficiente (Handerson, 1992), problemas de pareja (Whisman et al, 2000) y eventos estresantes de vida o dificultades recientes (Kessler, 1997).

La depresión es reconocida como un problema de salud pública (Blazer et al, 1994). Un primer hallazgo interesante, es que en la actualidad la depresión se presenta a edades más tempranas que lo reportado por muestras históricas (Calderón Narváez, 1999; Medina-Mora et al, 2003). Se ha reportado que la prevalencia de depresión a lo largo de la vida se quintuplicó entre la década de 1950 y 1990 en los Estados Unidos (Kessler, 2006) y la misma tendencia se ha reportado en otros países, incluyendo México (Andrade et al, 2003; Medina-Mora et al, 2003).

Diferentes estudios (Frenk et al, 1994; Desjarlais et al, 1996) han demostrado el impacto y la trascendencia de este padecimiento, ocupando un papel protagónico entre las enfermedades más discapacitantes. En el año 2000, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afectaba alrededor de 340 millones de personas en el mundo y sus proyecciones señalaban que para el año 2020 sería la segunda causa de discapacidad a nivel mundial para todos los grupos de edad, apenas superada por las enfermedades cardíacas (OMS, 2001). Actualmente, la depresión unipolar es la causa principal de discapacidad entre las mujeres jóvenes (Murray y López, 1996) y la segunda causa de discapacidad para el grupo de edad de 15 a 44 años en ambos sexos (Fuentes et al, 2007).

La discapacidad resultante de los trastornos depresivos suele aparecer tempranamente y en diferentes áreas. Se ha encontrado que el riesgo de discapacidad física, aún después de controlar por la severidad de la depresión, aumenta 1.5 veces después de tres meses del inicio del trastorno depresivo y 1.8 veces a los 12 meses. En cambio, el riesgo de discapacidad social se modifica aún más drásticamente, aumentando 2.2 veces a los 3 meses y 23 veces al año del inicio del trastorno (Ornel et al, 1999).

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al, 2003) indica que el 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y el 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta, clasificándose la mitad de estos casos como severos.

En México el padecimiento que mayor pérdida de años de vida saludable (AVISA) produce en mujeres es la depresión unipolar, mientras que en el hombre este trastorno ocupa el noveno lugar. En relación al suicidio, aunque éste ocupa un lugar poco importante como causa de muerte, su frecuencia ha aumentado aceleradamente en nuestro país, hasta alcanzar una de las tasas de crecimiento más altas del mundo. Entre 1998 y 2004 los suicidios consumados en mujeres crecieron a un ritmo anual de casi 5%, siendo este incremento particularmente agudo en las mujeres de entre 11 y 20 años de edad (Secretaría de Salud, 2007).

La diferencia por sexo en depresión, es uno de los hallazgos más robustos en epidemiología psiquiátrica (Piccinelli y Homen, 1997; OMS, 2000b). Los estudios epidemiológicos comunitarios reportan que la prevalencia de depresión mayor en la mujer varía entre una y media a tres veces la del hombre (Caraveo-Anduaga et.al, 1999; Kessler 2006). En nuestro país se reporta que la depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos (Secretaría de Salud, 2007).

En estudios epidemiológicos internacionales, la prevalencia a lo largo de la vida se calcula entre 6% y 17%, la prevalencia a doce meses va de 1% a 10% y la prevalencia puntual varía desde menos de 1% hasta 6% (Kessler, 2006). A estas cifras se debe sumar la sospecha que impera tanto en medios científicos como en el sentir general, de que las mujeres padecen estados de depresión leve o pasajera, y que no consultan a los especialistas o no son diagnosticadas (Gasto et.al., 1993). También se propone que en relación al hombre, la mujer tiene mayor probabilidad de presentar episodios depresivos cortos por causa endógena o relacionada al estrés (Kessler, 2006).

Otra hipótesis es que el hombre sea igual de propenso que la mujer a la depresión, pero que presente síntomas cardinales distintos a la disforia y anhedonia. La discusión suele sugerir que la irritabilidad sea el equivalente funcional para esos síntomas y que de modificarse los criterios diagnósticos del trastorno depresivo aumentaría la prevalencia de depresión entre los varones, equiparándose así a la frecuencia femenina (Moller-Leimkuhler et al, 2004).

De cualquier manera, muchas encuestas comunitarias además de buscar depresión clínica han estudiado diferencias por sexo en los niveles de ánimo depresivo, con hallazgos consistentes y significativos de mayor sintomatología en mujeres que en hombres en cualquier etapa de la vida (Kessler, 2006). Aunque se reporta que desde la infancia el ánimo depresivo difiere en sus características entre los dos sexos, es hasta los 11 a 14 años cuando se encuentra la diferencia en la prevalencia de depresión definida con criterios clínicos (Kessler et al, 1994; Angold et al, 1998).

La depresión suele presentarse a edades más tempranas (Marcus et al, 2005), ser más persistente (Bracke, 2000) y recurrente (Kuehner, 1999) en el sexo femenino. Además, el uso de medicamentos psicotrópicos es mayor en este grupo poblacional. Se ha reportado que las mujeres tienen 48% más probabilidad que los hombres de usar cualquier tipo de psicofármaco, aún después de controlar variables sociodemográficas, estado de salud, variables económicas y diagnóstico (Simoni-Wastila, 2000).

La depresión y ansiedad son diagnósticos comórbidos frecuentes y la mujer tiene mayor prevalencia que el hombre para comorbilidad de tres o más trastornos psiquiátricos durante la vida y en los últimos 12 meses (OMS, 2000b). También, la comorbilidad se asocia con mayor severidad, discapacidad y utilización de servicios (Astbury, 2001). Finalmente, aunque los hombres cometen alrededor del 65% de los suicidios consumados, existen mayor ideación e intentos suicidas entre el sexo femenino, superando a los de los hombres con una relación de 3 a 1 (Weissman et al, 1999; OMS, 2000a).

Las características clínicas de la depresión son distintas entre hombres y mujeres. En estas últimas se ha encontrado mayor aumento en el apetito y peso corporal, anergia, alteraciones del sueño, retardo psicomotor, molestias gástricas, dificultad en las relaciones sociales, ansiedad y somatización, mientras que en el hombre se presenta disminución del peso corporal y agitación psicomotora (Kornstein et al, 2000; Marcus et al, 2005). El sexo femenino reporta mayor severidad de los síntomas y presenta mayor deterioro funcional en el ámbito marital, mientras que los hombres refieren mayor disfunción laboral (Kornstein et al, 2000).

La depresión, además de ser muy común a nivel mundial, puede ser fácilmente diagnosticada y tratada en un primer nivel de atención. Según cifras de la OMS, sólo el 25% de los individuos afectados por síntomas depresivos, tiene acceso a tratamientos efectivos, aunque en algunos países esta cifra disminuye hasta un 10%. Los medicamentos antidepresivos, así como los modelos psicoterapéuticos estructurados son efectivos en un 60 a 80% de los pacientes en atención primaria.

Específicamente en nuestro país, a pesar de que existen tratamientos efectivos, la proporción de la demanda atendida es baja. Una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito (Medina-Mora et al, 2003).

Existe evidencia de que la mejora en los programas de atención pública aumenta la calidad de vida, funcionalidad, capacidad económica y salud general en pacientes deprimidos (Fuentes et al, 2007). Por lo tanto, para poder combatir de manera efectiva la depresión es indispensable, entre otras acciones, ampliar la cobertura de atención hacia los grupos vulnerables, dentro de los cuales, se incluyen las mujeres (Secretaría de Salud, 2007).

## *II. Factores biológicos de la depresión*

Ya que el estudio directo de la función bioquímica del cerebro humano vivo no es posible, las teorías bioquímicas de la depresión se fundamentan en información indirecta. Hay evidencia creciente de la existencia de alteraciones bioquímicas, al menos en las formas más graves de depresión, pero su naturaleza se desconoce. También se ignora si hay un único tipo de alteración presente en todos los pacientes o si diferentes alteraciones conducen al mismo cuadro clínico (Gelder et al, 2000).

La primera hipótesis bioquímica de los trastornos afectivos surgió en 1965, cuando Joseph Schildkraut y John Davis postularon la hipótesis aminérgica de estos trastornos. La hipótesis original de las catecolaminas se basaba en dos evidencias primarias: 1) se encontró que la reserpina, un antihipertensivo que depleta las reservas de catecolaminas, inducía depresión en algunos pacientes y 2) se encontró que los medicamentos antidepresivos elevaban la actividad de las catecolaminas en el cerebro (Sadek y Nemeroff, 2000).

Una hipótesis fundamental en la etiología de los trastornos depresivos es que estos se deben a una deficiencia relativa de serotonina. A través de diversos estudios los investigadores han propuesto que los receptores postsinápticos 5HT1A y 5HT2A poseen efectos funcionales opuestos y que la alteración en el balance de estos puede contribuir a la fisiopatología de la depresión. Este mecanismo de acción es el que se busca en los fármacos antidepresivos (Korszun et al, 2006).

La correlación sugerida por la investigación básica entre la regulación a la baja de los receptores  $\beta$ -adrenérgicos y la respuesta clínica a los antidepresivos es probablemente el dato más relevante para evidenciar el papel del sistema noradrenérgico en la depresión (Kaplan y Sadock, 2000).

Sin embargo, se reporta que la depleción de catecolaminas no causa depresión en todos los pacientes pero sí claramente en aquellos que ya estaban predispuestos a la depresión. De igual forma, la depleción de serotonina por sí misma es improbable como

explicación suficiente para la ocurrencia de depresión (Akiskal, 1995; Ressler y Nemeroff, 1999).

Parecería que la fisiopatología primaria de la depresión implica una disfunción conjunta de los circuitos de noradrenalina y serotonina, lo que podría mediar muchos de los síntomas de este trastorno, tales como:

- Noradrenalina – déficit en memoria y atención, disminución de la concentración, socialización reducida y alteración de los estados de activación; y
- Serotonina – pobre control de impulsos, disminución del impulso sexual, disminución del apetito e irritabilidad (Sadek y Nemeroff, 2000).

Las alteraciones en los sistemas de noradrenalina y serotonina podrían representar una vía final común neuroquímica de una falla homeostática que podría ser iniciada por alteraciones neuroquímicas diferentes de las aminas biógenas (Akiskal, 1995; Sadek y Nemeroff, 2000).

De cualquier manera, la serotonina y la noradrenalina son sólo dos de los muchos neurotransmisores y neuromoduladores que existen en el cerebro y todavía sin evidencia suficiente, se ha propuesto la implicación de dopamina, ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) y péptidos neuroactivos, en particular vasopresina y opiáceos endógenos en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo. Algunos investigadores han sugerido que los sistemas de segundos mensajeros, como la adenilciclase, el fosfatidilinositol y la regulación de calcio, también pueden tener una relevancia causal (Kaplan y Sadock, 2000).

Los ejes neuroendocrinos que han despertado mayor interés por su asociación con trastornos afectivos son el adrenal y el tiroideo. Otras anomalías neuroendocrinas descritas en pacientes con trastornos del estado de ánimos son la menor secreción nocturna de melatonina y hormona del crecimiento, la reducción de la secreción de prolactina a la administración de triptófano, los menores niveles basales de hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), así como los menores niveles de testosterona en el hombre (Kaplan y Sadock, 2000).

La depresión ha sido conceptualizada como una respuesta exagerada y maladaptativa al estrés ya que tanto el estrés como los glucocorticoides modulan la transmisión de serotonina (Korszun et al, 2006). En este trastorno han sido bien identificadas las anormalidades del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, manifestadas por hipercolesterolemia y trastornos del ritmo circadiano de secreción de cortisol (Korszun et al, 2006).

En cerca de la mitad de los pacientes con trastorno depresivo, el cortisol plasmático está elevado aunque los pacientes no muestren evidencia de hipercolesterolemia, posiblemente porque el número de receptores corticoideos está disminuido. Sin embargo, este aumento de cortisol es inespecífico, ya que aparece también en la manía o en la esquizofrenia (Gelder et al, 2000).

Existe considerable evidencia de que la depresión se asocia con hiperactividad de neuronas extrahipotalámicas secretoras de factor liberador de corticotropina (CRF). Este último puede representar uno de los nexos entre los factores causales de la depresión, como trauma psicológico en individuos genéticamente predispuestos y la sintomatología depresiva a través de sus efectos en el sistema límbico y en los núcleos autonómicos del tronco encefálico (Sadek y Nemeroff, 2000).

El trauma vital temprano puede generar una hiperactividad a largo plazo, si no permanente, de los sistemas liberadores de corticotropina y noradrenérgicos del sistema nervioso central, con efectos neurotóxicos sobre el hipocampo, que lleva a una disminución de este (Heime et al, 1998). Se ha encontrado una reducción en el volumen del hipocampo en adultos con historia de abuso infantil y en aquellos con depresión crónica (Sheline et al, 1999).

Estos cambios representan una sensibilización de los circuitos de CRF aún a estrés leve, llevando a una exagerada respuesta al estrés (Heim y Nemeroff, 1999). Bajo exposición a estrés persistente o repetitivo, estas vías ya sensibles se vuelven marcadamente hiperactivas, conduciendo a un incremento persistente de CRF y secreción de cortisol, causando alteraciones en los receptores de glucocorticoides y facilitando el desarrollo de trastornos afectivos (Sadek y Nemeroff, 2000).

También se han descrito alteraciones del eje hipotálamo-hipofisiario-tiroideo en pacientes deprimidos, tales como el aplanamiento en el ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, hipersecreción de hormona liberadora de tiroxina y elevadas concentraciones de esta última en líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, estas alteraciones también se encuentran en pacientes con manía o dependencia a alcohol (Sadek y Nemeroff, 2000).

Dado que el hipotiroidismo está asociado con síntomas depresivos y las mujeres presentan trastornos tiroideos, incluyendo aquellos de tipo subclínico, cuatro a veces más frecuentemente que los hombres, es común encontrar mayores síntomas depresivos en ellas (O'Keane, 2000).

Aunque en teoría es posible que alguna alteración neuroendocrina concreta (por ejemplo del eje tiroideo o adrenal) esté implicada de forma causal en los trastornos del estado de ánimo, es más probable que tal disfunción refleje un trastorno cerebral subyacente fundamental (Kaplan y Sadock, 2000).

El hallazgo epidemiológico más reproducido es la mayor prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres, con una razón aproximada de 2:1 durante los años reproductivos (Caraveo et al, 1999; Elliot, 2001; Wilhelm, 2006). A estas cifras, se debe sumar la sospecha que impera en medios científicos y en el sentir general, de que las mujeres que padecen episodios depresivos leves o pasajeros y que no consultan a los especialistas, son todavía más numerosas (Gasto et al, 1993).

Paralelamente, el riesgo de presentar depresión de tipo estacional o síntomas atípicos es 2 a 4 veces mayor para las mujeres en relación a los hombres. La cronicidad de la depresión parece afectar de forma más seria al sexo femenino, manifestado por mayor reporte de síntomas, menor ajuste social y calidad de vida (Grigoriadis y Erlick, 2007).

Además, el ánimo tiende a fluctuar también asociado a factores hormonales, con mayores síntomas depresivos en periodos de menor actividad estrogénica, como lo son la fase premenstrual y los periodos post-parto. De la misma manera, fibromialgia y cuadros

migrañosos son más comunes en el sexo femenino y todos ellos se asocian con síntomas depresivos importantes (OMS, 1993; OMS, 2000a).

Estudios en animales han revelado que posterior al estrés, el estrógeno puede elevar los niveles de cortisol y en humanos se ha observado que en varones jóvenes expuestos a terapia estrogénica la elevación de cortisol es mayor como respuesta al estrés (Young, 1998).

Se sugiere que los esteroides ováricos pueden modular la respuesta al estrés en direcciones opuestas. Así el estradiol disminuiría la respuesta al estrés y la progesterona restaría sensibilidad a la supresión con dexametasona. Se ha propuesto que este efecto se relacione, entre otros factores, al efecto sobre el sistema serotoninérgico (Korszun et al, 2006).

La cantidad y recaptura de serotonina en distintas áreas frontales, hipotálamo y sistema límbico son mayores en mujeres que en hombres (Borisova et al, 1996). También existe evidencia de que la testosterona tiene efectos opuestos al estrógeno en la actividad serotoninérgica (Bonson et al, 1994). Así, el hecho de que la mujer tenga a lo largo de su vida flujos grandes y repetitivos de hormonas reproductivas, parece aumentar el riesgo de alteraciones en diversos sistemas neuroquímicos (Korszun et al, 2006).

La mayoría de los estudios de imagen funcional han encontrado como hallazgo principal en depresión, anormalidades en corteza prefrontal, particularmente en áreas dorsolateral y ventrolateral (Mayberg, 1994; Ketter et al, 1996). También, estudios de emoción en sujetos normales encuentran activadas estas mismas áreas en respuesta al ánimo triste (George et al, 1995). Mayberg propone la presencia de un circuito funcional en depresión que incluye núcleos de tronco cerebral, cuerpo estriado e hipotálamo (Mayberg et al, 2002).

En concordancia con estos hallazgos, se reporta que en el tratamiento de la depresión la terapia farmacológica actúa a nivel de tronco cerebral, sistema límbico, áreas subcorticales y corticales a nivel frontal, mientras que los distintos tipos de psicoterapia lo hacen en áreas fronto corticales (Mayberg et al, 2000; Mayberg et al, 2002).

Se ha observado que los trastornos afectivos mayores se dan con mayor frecuencia entre familiares de sujetos enfermos, por lo que se acepta que la herencia juega un papel importante en la génesis de la depresión (Tsuang, 1990). La revisión de varios estudios en familias con miembros diagnosticados con depresión mayor muestra una prevalencia de un 9% comparado con un 3% en la población normal (Risch, 1997).

Aunque el estrés es un factor precipitante a la depresión, no toda persona que experimenta este desarrolla un episodio depresivo, lo que sugiere una vulnerabilidad subyacente para estos trastornos (Kendler, 1998). Se propone que la depresión es un trastorno complejo resultante de la interacción de factores genéticos y ambientales (Jones et al, 2002).

La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros (Tsuang et al, 2004). En un metaanálisis reciente sobre gemelos se estima que la heredabilidad de la depresión es del 37%, con una contribución significativa de factores ambientales específicos al individuo y muy pequeña para factores ambientales compartidos en la familia (Sullivan et al, 2000).

La fuerte evidencia de la interacción entre la experiencia vital y la susceptibilidad a un trastorno depresivo mayor, ha generado la propuesta del *modelo de estrés-diátesis* (Nemeroff, 1998). Con este modelo Nemeroff propone que la depresión podría resultar del interjuego entre genes de vulnerabilidad, genes de resistencia y los eventos vitales adversos tempranos. Sin embargo, el mismo autor reconoce que este modelo no es suficiente para explicar todos los casos de depresión (Nemeroff, 1998).

Estudios en gemelos que han investigado por separado los factores genéticos de hombres y mujeres para depresión mayor reportan resultados opuestos (McGuffin et al, 1996; Lyons et al, 1998; Bierut et al, 1999). Con esto se propone que los factores ambientales pueden producir variación genética en los dos sexos, o que factores biológicos como las variaciones hormonales durante el ciclo menstrual y el embarazo pueden provocar variaciones genéticas discretas entre hombres y mujeres (Kendler et al, 2001a).

También se ha propuesto que los factores genéticos pueden observarse a través de dimensiones temperamentales como el neuroticismo y el efecto del desarrollo, como el inicio de la pubertad que marca una mayor vulnerabilidad para depresión en las niñas que sufren eventos negativos (Rutter et al, 2002).

Con el paso del tiempo se está volviendo más evidente que la depresión es una enfermedad sistémica heterogénea, que involucra un conjunto de neurotransmisores diferentes, neurohormonas y vías neuronales. Ahora se asume que la depresión puede resultar de una interacción compleja entre predisposición genética a la enfermedad y eventos vitales adversos tempranos. Tales interacciones indudablemente generan cambios significativos en sistema nervioso central, con sistemas noradrenérgicos y corticotropos hiperactivos, que son los principales mediadores de la respuesta del estrés (Sadek y Nemeroff, 2000).

### ***A. Modelos de intervención psiquiátrica***

Desde su aparición a mediados del siglo pasado, el tratamiento farmacológico de la depresión ha revolucionado el tratamiento de estos trastornos y ha influido de forma espectacular en el curso de los mismos, reduciendo a la vez los costos inherentes para la sociedad (Kaplan y Sadock, 2000).

Actualmente se cuenta con una amplia gama de antidepresivos, los cuales actúan principalmente incrementando la transmisión noradrenérgica, serotoninérgica o ambas. Esta transmisión incrementada es alcanzada modulando los receptores pre o postsinápticos, y/o reduciendo la recaptación del neurotransmisor hacia la neurona presináptica (Sadek y Nemeroff, 2000).

Se considera que aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes con depresión responden aceptablemente al tratamiento con antidepresivos. La respuesta es gradual y suele manifestarse entre la segunda y sexta semana del inicio del tratamiento, aunque puede empezar a apreciarse antes (Kaplan y Sadock, 2000).

La evidencia disponible muestra que el tratamiento con antidepresivos es eficaz en todas las formas de depresión mayor; apoyando que el uso de farmacoterapia es apropiado en pacientes con depresión de moderada a grave, independientemente de que se instaure o no psicoterapia. Los medicamentos deben administrarse a dosis antidepressiva completa y mantenerse durante al menos seis meses tras observarse una respuesta inicial (Kaplan y Sadock, 2000).

Las diferentes clases de antidepresivos se consideran similares en eficacia, aunque pueden variar en su selectividad relativa para noradrenalina o serotonina, y en su perfil de efectos secundarios, lo que puede depender de su efecto en otros neurotransmisores (Sadek y Nemeroff, 2000). Los efectos adversos (Kaplan y Sadock, 2000) producidos por los antidepresivos son:

- Por inhibición en la recaptación de noradrenalina: taquicardia, temblor y ansiedad.
- Por inhibición en la recaptación de serotonina: náuseas.
- Por bloqueo de receptores colinérgicos: sequedad de la boca, constipación, retención urinaria, confusión y delirio.
- Por bloqueo de receptores histaminérgicos: sedación y somnolencia.
- Por bloqueo de receptores alfa 1 adrenérgicos: hipotensión ortostática.

Este aspecto, además de constituir uno de los principales criterios de selección, puede afectar a la adherencia del paciente al tratamiento. Los efectos adversos están en relación con las dosis administradas, algunos de ellos aparecen al inicio del tratamiento, o tras aumentar la dosis, ya que los pacientes experimentan tolerancia a los efectos de la medicación (Kaplan y Sadock, 2000).

Se sugiere que diferentes vías neuroquímicas podrían estar involucradas en diferentes pacientes, tornándolos respondedores diferenciales, dependiendo del mecanismo de acción del antidepresivo utilizado (Metzner, 2000). La investigación reciente ha encontrado que los hombres responden mejor a los antidepresivos tricíclicos que a los inhibidores selectivos de serotonina, mientras que las mujeres lo hacen de manera opuesta (Konstein et al, 2000; Berlanga y Flores-Ramos, 2006).

El uso crónico de antidepresivos inhibe la respuesta al estrés en múltiples niveles, como la reducción de hormona liberadora de corticotropina, reducción de la actividad de tirosina hidroxilasa, aumento en la actividad de receptores de glucocorticoides y regulación a la baja de excitación de receptores beta adrenérgicos (Korszun et al, 2006). Otra de las acciones de los antidepresivos es la reducción de la expresión del ácido ribonucleico mensajero (ARNm) del CRF y presumiblemente de la secreción de este último (Heim y Nemeroff, 1999).

Así, la acción del tratamiento antidepresivo parece relacionarse a los sistemas de estrés y neurotransmisión implicados en la fisiopatología de la depresión (Korszun et al, 2006). Los antidepresivos no solo proveen alivio sintomático de la depresión, sino que también pueden contribuir a reducir la vulnerabilidad al estrés disminuyendo la hiperactividad del sistema de respuesta al estrés (Heim y Nemeroff, 1999).

La terapia electroconvulsiva (TEC) fue el primer tratamiento físico eficaz para el trastorno depresivo grave y aún es útil en casos seleccionados. Su efecto es más rápido que el de los antidepresivos y es significativamente más eficaz al cabo de cuatro semanas. Después de tres meses, sin embargo, los resultados de ambos tratamientos son similares (Gelder et al, 2000). Últimamente se ha utilizado también la estimulación magnética transcranial (EMT), la cual a diferencia de la convulsión generalizada que provoca la TEC, puede activar o potenciar de manera selectiva distintas regiones del cerebro con dosis subconvulsivas (Kaplan y Sadock, 2000).

Otras herramientas terapéuticas utilizadas en casos resistentes o atípicos son la administración conjunta del antidepresivo con litio o levotiroxina. Se desconoce el mecanismo de acción específico de estos fármacos como coadyuvantes del efecto antidepresivo, pero se propone que el litio podría potenciar el sistema neuronal serotoninérgico, mientras que la utilización de levotiroxina se basa en la presencia de anomalías no detectables del eje tiroideo (Kaplan y Sadock, 2000).

### *III. Factores psicológicos de la depresión*

El enfoque cognitivo enfatiza que en el plano humano, la mayoría de las emociones no existen sin un sustrato cognitivo. Así, el problema del depresivo puede ser entendido como una perpetuación de la forma distorsionada de procesamiento cognitivo de la experiencia, que tuvo su origen en la infancia y se consolidó en la edad adulta. Sin embargo, las estructuras cognitivas que subyacen a la vivencia de la depresión no son accesibles a la conciencia y modifican las ideas acerca del propio valor y del significado de la vida (Arieti y Bemporad, 1978).

Se ha propuesto que los diferentes estilos de respuesta y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los principales factores que favorecen la depresión (Beck y Snell, 1989). Las variables cognitivas que se proponen como factores predisponentes de depresión se agrupan en cuatro categorías principales: autoconcepto o cómo se concibe el sujeto a sí mismo, orientación interpersonal o la forma en que las personas se relacionan con otras, estilo cognitivo o lo que el sujeto piensa sobre lo que le sucede o sucederá y estilo de afrontamiento o tipo de respuesta a eventos estresantes (Girgus y Nolen-Hoeksema, 2006).

Existe suficiente evidencia de que las mujeres que están menos satisfechas con su cuerpo presentan más síntomas depresivos que las que se sienten más cómodas con él (Hayaki et al, 2002; Sarwer et al, 1998), sin embargo, esta relación no se reporta en los hombres (Strong et al, 2000). También se reporta que en relación al hombre, la mujer está consistentemente menos satisfecha con su cuerpo (Oates-Johnson y DeCourville, 1999) y esta diferencia ha ido en aumento con el tiempo (Feingold y Mazzella, 1998). Un dato interesante, es que esta asociación está dada por cómo se percibe la mujer a sí misma, y no por el dato objetivo del índice de masa corporal que presente (Joiner et al, 1995; Sarwer et al, 1998). Finalmente, se ha propuesto que la relación entre insatisfacción corporal y síntomas depresivos puede ser bidireccional, contribuyendo cualquiera de estas dos variables a la presencia de la otra (Cohen-Tovee, 1993; Mori y Morey, 1991).

La evidencia más numerosa y consistente que relaciona autoconcepto y depresión lo hace a través del concepto de autoestima o percepción de valía de uno mismo (Katz et al,

2002; Pakriev et al, 2002; Wilhelm et al, 1999) y es válida para ambos sexos en todas las edades (Girgus y Nolen-Hoeksema, 2006). La asociación es directa, las personas con mejor autoestima son menos propensas a depresión sin importar qué eventos se presenten en su vida. En general, la autoestima tiene una acción catalizadora sobre el efecto del estrés como generador de depresión: ante niveles bajos de estrés, no tiene mayor relevancia la autoestima del sujeto, pero cuando el estrés es alto, las personas con mayor autoestima experimentan menos depresión (Fernández et al, 1998; Kernis et al, 1998).

Desde hace tiempo se ha investigado si la desventajosa condición social de la mujer ha tenido consecuencias psicológicas conducentes a la depresión. Weissman y Klerman propusieron dos hipótesis principales. La primera, que denominaron *hipótesis de la condición social*, se refiere a las discriminaciones y desigualdades sociales contra las mujeres que determinarían una situación de indefensión legal y económica, dependencia y deterioro de las aspiraciones y autoestima. De acuerdo con la *hipótesis de la indefensión adquirida*, los valores clásicos de “feminidad” y las imágenes estereotípicas socialmente condicionadas generan en la mujer un conjunto de ideas que se oponen a su autoafirmación (Wissman y Klerman, 1977).

En algunas clases sociales se confunde feminidad con dependencia. La autoafirmación queda reemplazada por la búsqueda del apoyo de un hombre “fuerte”. El hombre suele definirse como el pilar, el que gobierna y toma decisiones, y con esa actitud fomenta un estado de indefensión en su compañera, sin embargo después critica severamente el estado que él mismo contribuyó a generar (Arieti y Bemporad, 1978).

El estado de dependencia y sometimiento que la mujer adquiere crean en ella un campo propicio para los síntomas depresivos. Así también, su dependencia la incapacita para ayudarse a sí misma y la hace más vulnerable a determinados hechos que actúan como factores desencadenantes de psicopatología. Las circunstancias adversas no afectan tanto a una persona que confía más en sus propias facultades y recursos internos (Arieti y Bemporad, 1978).

Se define autodeterminación como la habilidad de una persona para obtener fines particulares o para producir los efectos deseados con sus acciones (Bandura et a, 1999). Esta

variable se ha relacionado consistentemente con menos síntomas depresivos para ambos sexos y para todas las edades (Bullers, 2000; Jang et al, 2002) a través de un efecto catalizador de eventos estresantes y negativos (Jang et al, 2002; Lachman y Weaver, 1998).

La sociotropía, inicialmente descrita por Beck (1983), se ha definido como el estilo cognitivo que determina el propio valor del sujeto y modifica su respuesta a eventos estresantes (Campbell y Kwon, 2001). También se propone como un rasgo de personalidad que provoca que el individuo dependa del amor y atención de otros para mantener su autoestima (Fairbrother y Moretti, 1998). Esta condición se ha asociado tanto con síntomas depresivos como con episodios depresivos clínicamente diagnosticados en ambos sexos y para todas las edades (Beck et al, 2001; Connor-Smith y Compas, 2002).

En el mismo sentido, el concepto de emoción se desprende de la noción de uno mismo, que varía entre lo *egocéntrico* y lo *sociocéntrico*. Los sujetos con un sentido sociocéntrico se perciben a sí mismos en relación con su identificación con otros, mientras que aquellos con un sentido egocéntrico se ven a sí mismos como individuos más o menos únicos (Shweder y Bourne, 1984).

Existe otro término desarrollado por Helgeson y Fritz que tiene similitud con el de sociotropía. Ellos definieron la afiliación absoluta (*unmitigated communion*) como una preocupación excesiva sobre la relación con otros, lo que puede hacer que el sujeto silencie sus propios deseos y necesidades en favor del otro, para mantener un tono emocional positivo en la relación (Helgeson y Fritz, 1998). Se ha encontrado que la afiliación absoluta es más característica en el sexo femenino y suele asociarse con síntomas depresivos (Fritz y Helgeson, 1998).

En muchos medios es posible detectar este vínculo de obligación heredado de madres a hijas. La obligación parece transmitirse con más intensidad a las hijas que a los hijos y por lo tanto aquellas tienden a desarrollar un intachable sentido del deber. También el carácter patriarcal de nuestra sociedad alienta al sometimiento al otro dominante masculino; observándose como algo natural que la mujer forme este tipo de uniones (Arieti y Bemporad, 1978).

Es consistente el hallazgo de mayor sociotropía y dependencia en las mujeres. Se propone que la personalidad femenina se caracteriza por pasividad, poniendo más atención a los demás y tendiendo al sacrificio, lo que da por resultado baja autoestima y dependencia (Kaplan, 1986). Estos rasgos suelen provocar que la mujer sea poco analítica en la selección de pareja, relacionándose temprana e intensamente con personas poco confiables, poco comprometidas o incluso abusivas. Finalmente suele alejar a su pareja por demandas constantes de seguridad y apoyo, iniciando así los síntomas depresivos (Widiger et al, 2006).

A pesar de que los estresores interpersonales predisponen a la depresión, esto suele ser en relación al nivel de estrés que experimente el sujeto. Cuando la situación estresante es leve no existe diferencia en los síntomas depresivos, pero si el estrés aumenta, se presentan mayores síntomas depresivos en aquellos sujetos que son más sociocéntricos (Fresco et al, 2001; Mazure et al, 2000). De acuerdo con lo anterior, un estudio con mujeres jóvenes encontró que a mayor sensibilidad al rechazo y tras una ruptura amorosa iniciada por la pareja, las mujeres presentaban mayores síntomas depresivos, mientras que si la ruptura era iniciada por ellas mismas o por mutuo acuerdo el ánimo no se modificaba (Ayduk et al, 2001).

Es un hecho conocido lo que la teoría, y el mismo sentido común, proponen: que las personas pesimistas que esperan malos desenlaces a futuro son más susceptibles a la depresión que aquellas que son optimistas y esperan lo contrario (Chang, 2002). Beck fue el primero en plantear que los procesos cognitivos podían ser en parte causantes de depresión, argumentando que algunos sujetos poseen errores cognitivos que los llevan a pensamientos negativos sobre ellos mismos, sus experiencias y el futuro, lo cual se describe como la *triada cognitiva* de Beck (Beck et al, 1979). Abramson por su parte, describe como *depresión sin esperanza* aquella en que el individuo espera con mayor frecuencia desenlaces altamente adversos y concibe los desenlaces deseados con poca probabilidad de ocurrir (Abramson et al, 1989).

Ya que la mujer se concibe como parte de una sociedad y por ende, hace suya la representación femenina de ésta, continúa siendo actual lo que proponía Arieti desde 1978, “*en un mundo que ve a la mujer como víctima o como enferma, crédula e ingenua,*

*o disoluta como una prostituta, no puede sorprendernos que las mujeres se sientan desalentadas por el papel que les tocó vivir y caigan en la melancolía con más facilidad que el hombre. En nuestro tiempo perdura una gran parte de las estructuras cognitivas (sociología del conocimiento) del siglo pasado y comienzos de éste”* (Arieti y Bemporad, 1978).

Según el sexo, las personas regulan de manera distinta su estado de ánimo (Thayer et al, 1994). Las mujeres tienden a informar más sus molestias o eventos negativos (Boggiano y Barret, 1991) y a culparse con mayor frecuencia por ellos (Parks y Pilisuk, 1991). La mujer difiere del hombre también en la intensidad de su afecto y se describen emociones positivas y negativas más intensas en ellas (Fujita et al, 1999). Se propone que dado que la mujer tiende a reconocer con mayor facilidad los problemas, emplea también más estrategias, tanto positivas como negativas, para manejar la depresión (Yoder et al, 1990).

Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión. Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor (Kaplan y Sadock, 2000).

En relación a la respuesta a estos eventos estresantes, los estilos de afrontamiento varían entre unas personas y otras, relacionándose consistentemente el uso de estrategias evitativas con mayores niveles de estrés, independientemente de la edad y sexo del sujeto (Aranda et al, 2001; Dunkey et al, 2000). Se considera que la mujer emplea técnicas más pasivas ante situaciones difíciles (tendiendo a pensar más en ellas), mientras que el hombre utiliza técnicas más activas que le proporcionan placer y distracción (Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001; Kramlinger, 2002).

Este comportamiento, llamado rumiación, puede prolongar la depresión debido a que provoca la recurrencia de pensamientos negativos (Lyubomirsky et al, 1998) contribuyendo después a la desesperanza y los errores cognitivos propuestos por Beck (Beck, 1987) como generadores de depresión. Finalmente entorpece también la atención y

las soluciones que los sujetos rumiadores generan son de menor calidad, interfiriendo así con la resolución de problemas, la motivación y confianza de estos sujetos (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994; Ward et al, 2003).

Las diferencias por sexo sobre estilos de afrontamiento sugieren que ante el sentimiento de tristeza, la mujer tiende a mantenerse en rumiación más tiempo que el hombre (Nolen-Hoeksema et al, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000). Así, la persistencia de rumiación tiende a agravar el afecto disfórico que en un inicio era subclínico (Kuehner y Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 2003). En general, las personas con rumiación sobre su tristeza o ánimo bajo, presentan mayores síntomas depresivos (Mor y Winqvist, 2002; Rude y McCarthy, 2003), experimentan episodios depresivos más largos y son más susceptibles a que se les diagnostique un trastorno depresivo mayor (Nolen-Hoeksema, 2000).

Trabajos recientes sugieren que hay distintos tipos de rumiación. El primer estilo es el reflexivo, que tiende a analizar los eventos recientes para entender porqué el sujeto está deprimido, el segundo en cambio, tiende a buscar cuáles son las causas para “merecer” sentirse deprimido y es el tipo de rumiación que predice el incremento de síntomas depresivos a través del tiempo (Treyner et al, 2003). Llama la atención que cuando la rumiación se controla estadísticamente, las diferencias por sexo en los trastornos depresivos dejan de ser significativas. Esto sugiere que este estilo cognitivo es uno de los factores contribuyentes para la mayor prevalencia de depresión en la mujer (Nolen-Hoeksema et al, 1999; Treyner et al, 2003).

La personalidad es importante al considerar las diferencias por sexo en depresión ya que algunos rasgos aumentan la vulnerabilidad a este tipo de trastornos, mientras que otros modifican el curso de los síntomas (Widiger et al, 2006). El neuroticismo se define como la tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira o culpabilidad, con tendencia a ser menos capaces de controlar impulsos y enfrentarse peor que los demás al estrés (Costa y McCrae, 2008). Se ha reportado la asociación entre mayores niveles de neuroticismo y mayor riesgo de depresión (Goodwin y Gotlib, 2004; Kendler et al, 2004), aparentemente mediado por factores genéticos comunes (Fanous et al, 2002), también se ha observado que las mujeres tienen mayor nivel de neuroticismo (Goodwin y Gotlib, 2004; Kendler et al, 2004).

Otro de los rasgos más estudiados por esta asociación es el de dependencia, reportándose que a niveles altos aumenta el riesgo de presentar episodios depresivos en cualquier momento de la vida (Sanathara et al, 2003). Sin embargo, la relación se ha propuesto también en sentido inverso; ya que las ideas de minusvalía y el negativismo son criterios centrales para los trastornos depresivos (DSM-IV-TR), las mujeres que cursan con una depresión tenderán a describirse con mayor dependencia, introversión, vulnerabilidad y pesimismo de lo que son en realidad (Widiger, 1993).

Una crítica a la asociación de dependencia y depresión en la mujer, es la que propone que los aparentes sentimientos de inseguridad en ella suelen decir menos del sexo femenino que del masculino. Se propone que el hombre y la mujer no solamente difieren en lo que buscan en una relación, sino también en lo que ofrecen en ella. Es decir, las mujeres podrían parecer y ser menos dependientes si se relacionaran con hombres más confiables y comprometidos (Coyne y Whiffen, 1995; Widiger y Anderson, 2003).

En este mismo sentido, se ha descrito que las mujeres se perciben más felices en sus relaciones amorosas cuando el hombre presenta mayor amabilidad y apertura a la experiencia, así como un bajo neuroticismo (Botwin et al, 1997). De tal manera, la satisfacción de la mujer parece estar más relacionada con los rasgos de personalidad de su pareja (generalmente masculina), los cuales modifican su propia personalidad y funcionamiento (Widiger et al, 2006).

## ***B. Modelos de intervención psicoterapéutica***

Aunque la mayoría de los estudios indican que la combinación de psicoterapia y farmacoterapia constituye el tratamiento más efectivo para el trastorno depresivo mayor, algunos datos sugieren una visión diferente: tanto la farmacoterapia como la psicoterapia son eficaces por separado, al menos en los pacientes con episodios depresivos leves (Kaplan y Sadock, 2000).

Si bien existen teorías dispares para la depresión, se asume que esta psicopatología se deriva, en gran medida, de la carencia y/o inadecuación de las estrategias de las personas para hacer frente a los problemas de la vida. Se propone así, que la mayoría de las personas pueden combatir la depresión restando importancia psíquica al objeto perdido o la aspiración frustrada, y reemplazándolos por nuevos objetos o metas (Arieti y Bemporad, 1978).

Es abrumadora la proliferación de abordajes psicoterapéuticos para tratar la depresión, pero no todos ellos están suficientemente avalados con estudios científicos. La psicoterapia de orientación psicoanalítica se ha utilizado ampliamente desde hace mucho tiempo, pero su eficacia en el tratamiento del trastorno depresivo mayor no ha sido tan estudiada como en las de tipo breve (cognoscitiva, interpersonal y conductual). Lo que diferencia a estas últimas del psicoanálisis, es el papel activo y directivo del terapeuta, los objetivos claramente identificables y la duración determinada (Kaplan y Sadock, 2000).

Los rasgos de personalidad son por definición patrones comportamentales crónicos y estables que empiezan a ser evidentes desde la adultez temprana (DSM-IV-TR). Sin embargo, los rasgos maladaptativos que aumentan la sintomatología depresiva se describen como menos flexibles que los rasgos normales de personalidad (Millon et al, 1996). Dado que el objetivo de la terapia psicoanalítica no es simplemente aliviar los síntomas depresivos, sino cambiar la estructura de personalidad o el carácter del paciente, se podría explicar porqué algunos pacientes presentan respuesta parcial a este tipo de abordajes (Shea et al, 1992; Kaplan y Sadock, 2000).

Ya que el formato de grupo es el óptimo para el apoyo social y el aprendizaje intrapersonal, dentro de los abordajes breves, la terapia grupal puede ser especialmente útil (Rosado y Morales, 1998). Se propone que una de las ventajas del tratamiento psicoterapéutico grupal es que éste resulta igual o más eficaz que el individual, disminuyendo costos y facilitando su aplicación a un mayor número de pacientes simultáneamente (Pérez y García, 2001; González et al, 2006).

La terapia interpersonal, desarrollada por Gerald Klerman, se centra en los problemas interpersonales actuales del paciente, suponiendo que éstos pueden tener sus

raíces en relaciones tempranas disfuncionales y precipitar o perpetuar los síntomas depresivos del presente. El objetivo de esta terapia es evaluar de manera realista las interacciones sociales del paciente, para darse cuenta cómo se aísla y termina agravando los síntomas depresivos (Kaplan y Sadock, 2000).

La terapia cognoscitiva, desarrollada originalmente por Aaron Beck, se centra en las distorsiones cognitivas presentes en la depresión. Entre ellas se incluyen la atención selectiva a los aspectos negativos y las inferencias patológicas poco realistas sobre sus consecuencias. El objetivo de esta terapia es ayudar a los pacientes a identificar y poner a prueba las cogniciones negativas, desarrollar formas de pensamiento alternativas (flexibles y positivas) y practicar nuevas respuestas cognoscitivas y conductuales (Kaplan y Sadock, 2000).

La terapia de la conducta se basa en la hipótesis de que ciertos patrones conductuales maladaptativos hacen que la persona reciba una escasa retroalimentación positiva por parte de la sociedad, o incluso un abierto rechazo. El objetivo es que los pacientes aprendan a conducirse en el mundo de tal forma que reciban más refuerzos positivos (Kaplan y Sadock, 2000).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una de las modalidades más interesantes en el área de trastornos depresivos, combinando ambas dimensiones de este síndrome. El componente cognoscitivo se focaliza en la conducta interna de la persona, mientras que el conductual lo hace en la conducta externa (Rosado y Morales, 1998). Se han realizado modelos de intervención cognitivo-conductual con pacientes deprimidos de diferentes edades, centros de atención e incluso comunidades, con resultados positivos y duraderos por hasta 12 meses de seguimiento tras la conclusión de las sesiones de psicoterapia (González et al, 2006; Stacciarini et al, 2007). Este tipo de terapia contempla intervenciones preventivas que son similares a las que se utilizan en los tratamientos “curativos” de la depresión, de forma que aquello que funciona para disminuir sintomatología depresiva parece funcionar también para prevenir recaídas (González et al, 2006).

#### IV. Factores sociales de la depresión

Los estudios epidemiológicos sugieren que la prevalencia de depresión mayor ha aumentado dramáticamente en las últimas décadas tanto en hombres como mujeres (Andrade et al, 2003; Medina-Mora et al, 2003; Kessler, 2006). Si esto es cierto, ni los factores hormonales ni genéticos serían los determinantes principales, por lo que los cambios en los factores ambientales deben tomarse en cuenta (Kessler, 2006).

Principalmente en la literatura biomédica, el término “género” se utiliza de manera incorrecta y con mayor frecuencia como sinónimo de “sexo”. El sexo denota las características biológicas, mientras que el género indica las variaciones culturales y sociales entre hombres y mujeres (Vlassoff y García Moreno, 2002). El género se relaciona en cómo se percibe y se espera que piense y actúe un hombre o una mujer, de acuerdo a la organización social y no a las diferencias biológicas (OMS, 1998b).

El apoyo social es extremadamente importante para mantener la salud física y mental (Ozbay et al, 2007). En Estados Unidos, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI en inglés) define *apoyo social* como la “red compuesta por familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que está disponible para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad” (NCI, 2011). Estudios epidemiológicos reportan que un pobre apoyo social está asociado con el inicio y recurrencia de la depresión, así como pobre respuesta al tratamiento (Paykel, 1994; Oxman y Hull, 2001; Michalak et al, 2003).

Entre los recursos de apoyo social, el más importante suele ser el de la familia. Cuando sus miembros están presentes y se apoyan entre sí, contribuyen a disminuir el efecto negativo que el estrés produce en ellos y el amor familiar les da un sentido de pertenencia en el mundo (Martire et al, 2004). Como es de esperar, también los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos (Vila et al, 2000; Peralta-Pedredo et al, 2006) y en sentido inverso, se ha descrito a la depresión como uno de los principales indicadores de disfunción familiar (Ortega et al, 2003).

Con respecto a los estilos de crianza, el favoritismo en la familia dependiendo del sexo, origina un comportamiento diferente entre hombres y mujeres, por ejemplo, el

favorecer a los hijos sobre las hijas da como resultado una personalidad definida por falta de reconocimiento, menor sentido de pertenencia y sentimientos crónicos de depresión en la mujer (Symonds, 1996).

En algunas sociedades los padres suelen tener menores expectativas académicas para sus hijas mujeres y no las incentivan para que consigan puestos profesionales de mayor estatus. En su lugar, les sugieren que desarrollen actividades sencillas propias de los estereotipos sociales femeninos (Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). En este sentido, para estas mujeres romper la norma social también puede llevar a depresión. Se reporta que mientras más inteligente es la niña, tiene mayor riesgo de deprimirse a través de dos probables caminos. La competencia constante de sobresalir con respecto a los varones suele resultar desgastante (Nolen-Hoeksema, 1991) y/o promover el aislamiento social para dirigir su esfuerzo en lograr dicha meta (Wade y Kendler, 2000).

Algunos estudios demuestran que los patrones sociales modifican la comprensión de sintomatología depresiva desde la niñez. Los padres suelen hablar más frecuentemente con las niñas sobre temas relacionados al estado emocional, particularmente aquellos asociados con la tristeza, provocando que estas asimilen los eventos negativos con mayor detalle y desde una edad más temprana, en relación con los niños (Seidlitz y Diener, 1998; Zahn-Waxler, 2000).

Los problemas en el desarrollo emocional y social de la niñez son precursores de alteraciones en la salud mental en la edad adulta (Rutter, 1996; Harrington, 2001). En este sentido, el ambiente social juega un papel importante en el estado de ánimo. Kaplan sugiere que cuando las mujeres se deprimen, cultural y socialmente tienden a encontrar como principales causas sus propios errores, en cambio el hombre cuando se deprime lo atribuye a causas externas (Kaplan, 1986).

Se ha sugerido que los distintos roles de socialización para hombres y mujeres refuerzan ciertos tipos de estereotipos sobre la conducta apropiada de cada sexo. A los hombres se les alienta hacia la independencia y el comportamiento dominante, mientras que se espera que las mujeres se presenten a sí mismas como atractivas, sensibles y pasivas en relación con los demás. Ya que la depresión se define por falta de actividad y

energía, no es sorprendente que las mujeres se depriman más que los hombres. Por otro lado, los hombres presentan más trastornos que incluyen conductas activas e impulsivas como los trastornos de conducta y de abuso de sustancias (Strickland, 1992).

Resulta interesante el hallazgo de un estudio escandinavo que reporta que los cambios relacionados a la socialización de género (como el aumento en la preocupación por el peso y la relación con los niños) explican en parte el aumento de ánimo depresivo en la pubertad para las niñas, pero no para los niños (Wichstrom, 1999).

La evidencia del impacto de factores socioculturales se ha descrito ampliamente, describiendo que las diferencias por sexo en la depresión son menos pronunciadas en sociedades donde el rol femenino es valorado como semejante al del varón (Piccinelli y Wilkinson, 2000).

La mujer actual desempeña diferentes roles y triple carga (productiva, reproductiva y de cuidado), lo cual puede afectar su comportamiento provocando cambios en su estado de ánimo que en ocasiones la llevan a la depresión (Yalom, 1999). La sobrecarga en el rol femenino se presenta incluso en familias con doble fuente de ingresos, en las que la mujer continúa siendo la responsable de la mayoría de las labores domésticas y del cuidado de los miembros (Yee y Shultz, 2000).

En relación a la carga laboral, existe un conflicto en la duplicación de roles. El trabajar y ser responsable de las labores familiares provoca en las mujeres doble esfuerzo, lo que ocasiona que no puedan rendir por completo en ambos sitios y se precipiten en ellas síntomas depresivos (Greenglass, 1995).

Se ha descrito que la principal causa de depresión en la mujer es un matrimonio con altos niveles de estrés (Whisman, 2001). Además, cuando la mujer se embaraza por primera ocasión, experimenta un amplio rango de emociones con respecto al cambio de relación que mantenía hasta entonces con su pareja y la nueva relación que construye con el hijo no nacido, lo cual puede representarle un evento estresante mayor (O'Hara et al, 1991).

El rol social suele provocar un exceso de trabajo en la mujer, generalmente con un trabajo de tiempo completo, además de la responsabilidad del hogar y la familia. De esta manera, el matrimonio suele ser un factor de riesgo para la presentación de síntomas depresivos en la mujer con la exigencia social de minimizar sus problemas para atender a su esposo e hijos. Además, esto en muchas ocasiones las hace más vulnerables por una desventaja económica al tener que ver por las necesidades de los otros miembros de su familia antes de las propias (Grigoriadis y Erlick, 2007).

Las mujeres que reciben un mayor apoyo económico y social por parte de otros, pueden expresar mejor en forma verbal y escrita sus problemas personales, reduciendo los niveles de estrés y depresión (Funabiky et al, 1980). De igual forma, mantener un amplio apoyo social ayuda a la mujer a manejar mejor sus necesidades de educación y servicios, y le facilita realizar otras actividades con menores niveles de depresión y estrés (Riley, 1996).

Aunque Freud no descartó la posibilidad de la predisposición genética, su foco primario fue el efecto del trauma vital temprano, particularmente la pérdida del objeto, en el desarrollo de la depresión en el adulto (Freud S, 1917). Esta hipótesis sugiere la separación temprana traumática de un objeto de apego significativo, que gatilla pérdidas adultas que se creen que reviven la pérdida traumática temprana y predisponen al individuo a la depresión (Freud S, 1915). Además de factores genéticos, la pérdida temprana de los padres, la crianza inadecuada por los padres y los traumas vitales han sido considerados factores de riesgo para el ulterior desarrollo de trastornos afectivos (Kendler et al, 1993).

Los llamados acontecimientos vitales son circunstancias externas potencialmente productoras de estrés que se han descrito como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas (Brown et al, 1995; Brown, 1998).

Existe evidencia de que eventos estresantes de vida se asocian al inicio de la depresión (Kendler et al, 1999; Hammen, 2005). Ciertas características del evento de vida se asocian a mayores respuestas de estrés. Kendler y colaboradores proponen que las dimensiones de pérdida, humillación y peligro son las que más se relacionan al desarrollo de depresión y ansiedad generalizada tras un evento estresante (Kendler et al, 2003). Una definición que ha sido utilizada ampliamente para situaciones estresantes es aquella en la que las demandas de la situación ponen en peligro o exceden los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo. También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida (Holmes y Rahe, 1967).

Uno de los motivos por los que el problema de la depresión tiende a aumentar en los próximos años, es el rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente de tensión intenso y creciente (Calderón Narváez, 1999).

Una de las propuestas para explicar lo anterior es que la mujer se deprime más que el hombre por los mayores niveles de estrés a los que se ve sometida y a los menores niveles de satisfacción en comparación con los roles masculinos (Kessler, 2006). También se sugiere que la presión financiera es más depresógena en el hombre, mientras que los problemas familiares afectan más a la mujer (Kessler y McLeod, 1984).

La relevancia que tiene cada estresor para el diferente género, parece modular la respuesta endocrina del sujeto. Mientras que las mujeres muestran mayor respuesta ante eventos interpersonales, los varones parecen hacerlo ante otro tipo de estresores como hostigamiento o ser evaluados socialmente (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001; Stroud et al, 2002).

En una investigación que estudió una población comunitaria durante dos años, se encontró que hasta el 85% de las mujeres que desarrollaron depresión habían experimentado un evento estresante severo en los seis meses previos. Casi tres cuartas partes de los eventos se relacionaban con sensación de opresión o humillación, una quinta parte incluía pérdidas significativas y solo un 5% se refería a sensación de daño (Brown et al, 1995). También se ha reportado que la depresión era más frecuente si a los eventos estresantes se agregaban bajo autoestima y deficiente apoyo social (Brown, 1998).

Existe tendencia a la depresión debido a factores socioculturales; las diferencias entre hombres y mujeres pueden ser por el tipo de educación, oportunidades laborales, prácticas negativas de crianza y exposición a traumas específicos. Todo esto contribuye a diferentes tipos de cognición y personalidad, por ejemplo, vivir sin apoyo, recordar reiteradamente sucesos negativos, poseer un autoconcepto pobre y considerarse con tendencias al fracaso, predisponen a las mujeres a la depresión (Widiger y Spitzer, 1991).

Se reporta que las mujeres presentan con mayor frecuencia eventos estresantes relacionados al hogar, pérdida de confianza, problemas interpersonales en el círculo social inmediato y enfermedad de familiares. Sin embargo, los eventos que tienen mayor potencial depresivo en ellas son los relacionados a problemas interpersonales y la muerte de un ser cercano (Kendler et al, 2001a).

Por otro lado, la mujer percibe las interacciones familiares como más estresantes que el hombre, por lo que se ha propuesto que la mujer es más vulnerable a los efectos de las relaciones familiares problemáticas (Bernstein, 1992; Sowa y Lustman, 1984). Mientras que el hombre es más vulnerable al divorcio, separación o problemas laborales, la mujer es más sensible al impacto de problemas interpersonales en su círculo próximo (Kendler et al, 2001b).

Brown y colaboradores reportan que cuando la separación marital es iniciada por la mujer, únicamente el 10% presenta después síntomas depresivos. Pero cuando la separación es iniciada por la pareja, alrededor de la mitad de ellas se deprime. De manera

interesante, la tasa de depresión aumenta todavía más si la mujer descubre una infidelidad y no ocurre la separación (Brown et al, 1995).

Otras experiencias diferentes por sexo, como haber tenido dos o más abortos, haber sufrido abuso sexual u otras formas de adversidad o violencia contribuyen a una menor salud mental en la mujer (Bifulco et al, 1991). Se encuentra que el abuso sexual es más común en las niñas y generalmente produce un trastorno distímico que suele continuar o agravarse en la edad adulta (Paolucci et al, 2001). De igual forma en la mujer adulta, la cada vez más frecuente violencia física y sexual por parte de la pareja contribuye como un estresor específico de género (Golding, 1999; Campbell, 2002).

El impacto del abuso sexual infantil en la depresión de la edad adulta, parece tener un impacto aditivo al cuidado negligente o estilos parentales deficientes (Hill et al, 2001). Este tipo de experiencia puede aumentar el riesgo de depresión a lo largo de la vida, alterando negativamente las respuestas biológicas y psicológicas al estrés (Heim et al, 2000). Se ha observado que la historia de abuso en las niñas produce frecuentemente trastornos depresivos, mientras que en los niños se relaciona con abuso de sustancias o trastornos externalizados (Garnefski y Arend, 1998).

Finalmente, algunos sujetos con trastornos afectivos carecen de antecedentes en los que se detecten acontecimientos desfavorables, y otras personas que padecen dificultades y pérdidas considerables no llegan a manifestar síntomas depresivos. Se propone que son las relaciones sociales las que median estas diferencias. Southwick y colaboradores mencionan que es la calidad de estas relaciones (dimensión funcional) la que mejor predice una buena salud mental, aunque la cantidad (dimensión estructural), también a ese bienestar (Southwick et al, 2005).

### ***C. Modelos de prevención y apoyo***

El Comité sobre Prevención de Trastornos Mentales, perteneciente al Instituto de Medicina (IOM en inglés) en Estados Unidos, propone que el término *prevención* se

utilice exclusivamente para las intervenciones administradas antes del inicio de un trastorno clínicamente diagnosticable, mientras que *tratamiento* se refiere a las intervenciones dirigidas a curar o mejorar un trastorno ya existente (Mrazek y Haggerty, 1994).

El reporte del IOM (Mrazek y Haggerty, 1994) especifica tres niveles de intervención preventiva:

- *Universal*: dirigida a todo el grupo poblacional.
- *Selectiva*: dirigida a grupos considerados de alto riesgo por la presencia de factores biológicos, psicológicos o sociales asociados empíricamente con la presencia de algún trastorno.
- *Indicada*: dirigida a aquellos individuos con signos o síntomas iniciales, que aún no cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno.

La investigación sobre prevención de la depresión es aún menor que la que se hace con fines terapéuticos (Mendelson y Muñoz, 2006). Hasta ahora, se reportan cuatro estudios controlados y aleatorizados sobre intervenciones psicosociales dirigidas a prevenir episodios depresivos mayores. Todos utilizaron sesiones basadas en terapia cognitivo conductual, comparando con grupos controles. Los estudios con población adulta (Muñoz et al, 1995; Seligman et al, 1999) no reportaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de depresión mayor, mientras que los realizados en población adolescente (Clarke et al, 1995; Clarke et al, 2001) sí lo hicieron. Llama la atención que los últimos estudios realizaron una intervención de 15 sesiones en una población predominantemente femenina y con sintomatología subclínica, mientras que los estudios con adultos contaron únicamente con ocho sesiones y los participantes no presentaban síntomas depresivos.

Se propone que los programas destinados a reducir síntomas depresivos tendrán mejores resultados si cuentan con un diseño multifactorial, más de ocho sesiones con una duración de 60-90 minutos cada una, y un marco teórico amplio (Jané-Llopis et al, 2003). Esta visión amplia del problema permitirá diseñar intervenciones con impacto multinivel, que contemplen al individuo, familia, escuela y comunidad (Mendelson y Muñoz, 2006).

A medida que el campo de salud mental se compromete en cubrir las necesidades de poblaciones hasta ahora excluidas para otorgarles intervenciones preventivas adecuadas, se vuelve necesario dejar los métodos tradicionales que no han sido capaces de incluir a toda la población. Así, han ido proponiéndose abordajes alternativos con intervenciones otorgadas en distintos formatos (escrito, visual o semipresencial) y por diferentes vías (libros, programas computacionales, internet, radio, televisión o ambientes comunitarios) (Mendelson y Muñoz, 2006).

Suelen utilizarse diversas técnicas de TCC en abordajes de autoayuda, entre los que se incluye la psicoeducación, relajación, exposición gradual, reconstrucción cognitiva y manejo de ansiedad (Hof et al, 2009). La biblioterapia, como un tipo de autoayuda basado en la terapia escrita, tiene el objetivo de guiar y animar al paciente a realizar cambios que aumenten su autocontrol, y no solamente brinden psicoeducación, proponiendo tareas que modifiquen pensamientos y conductas maladaptativas (Anderson et al, 2005).

Se describe que la biblioterapia, sitios de internet y programas computacionales basados en TCC son efectivos para reducir síntomas depresivos leves a moderados y mejorar el funcionamiento de los usuarios (Hof et al, 2009; McNaughton, 2009; Donkin et al, 2011). Las intervenciones que muestran mejores resultados son aquellas con una duración corta (aproximadamente 10 semanas), cuentan con recordatorios de uso para el usuario y algún tipo de contacto del personal de salud mental (McNaughton, 2009; Donkin et al, 2011). Los cambios positivos se han descrito hasta por seis meses posteriores a la conclusión de cualquiera de las intervenciones (McNaughton, 2009).

A pesar de que las personas que utilizan medios de autoayuda no son pacientes de un sistema oficial de salud, el uso de estas estrategias puede significar el primer paso de búsqueda de tratamiento individual y dirigido (Hof et al, 2009).

Actualmente internet es el medio más utilizado por la población para buscar información sobre los trastornos depresivos y también es el recurso por el que se puede abordar a aquellas mujeres que se muestran resistentes a buscar ayuda (Mendelson y Muñoz, 2006). Sin embargo, se ha encontrado que la calidad de información en línea es pobre, por

lo que los clínicos deben ser muy cuidadosos con los sitios de internet a los que refieren a sus pacientes (Lissman y Boehnlein, 2001).

Se propone que las intervenciones guiadas por internet tienen mayor utilidad en medios comunitarios que en medios clínicos, ya que son insuficientes para trastornos severos. Estas tienen un abandono de 3 al 34% y el beneficio se relaciona directamente con la adherencia al programa, según el número de módulos completados. Además, en relación a la terapia otorgada cara a cara, su efectividad disminuye cuando carecen de un contacto para retroalimentación y apoyo (Spek et al, 2007; Hof et al, 2009; Donkin et al, 2011).

Sin embargo, estos programas pueden instruir a las mujeres en el manejo del estado de ánimo y herramientas de afrontamiento, siendo esta la parte inicial de programas preventivos (Mendelson y Muñoz, 2006). La mayoría de los servicios en línea son gratuitos y accesibles para algunos pacientes, no hay listas de espera, ahorran tiempo y gastos de desplazamiento, conllevan un menor estigma que la atención recibida en medios tradicionales, y ayudan al paciente a desarrollar un sentido de empoderamiento y responsabilidad sobre su tratamiento (Hof et al, 2009; McNaughton, 2009).

Una evaluación económica de programas computacionales basados en terapia cognitiva conductual para depresión, encontró que los paquetes *Beating the Blues*, *Cope* y *Overcoming Depression* son más efectivos y costosos que el tratamiento convencional guiado por un terapeuta, con costos incrementales de £1,801, £7,139 y £5,391 por QALY (AVAC – años de vida ajustados por calidad) y una probabilidad de aceptación de 86.6%, 62.6% y 54.4% respectivamente (Kaltenthaler et al, 2006).

## V. *Depresión en estudiantes de medicina*

La actividad laboral significa además de una remuneración, la posibilidad de realizar una actividad que brinde variedad a nuestros días, mantiene una estructuración del tiempo, nos brinda contactos sociales y hace obtener estatus. Por lo anterior habría de suponer que el trabajo representa una fuente de satisfacciones que conducen al sentimiento de realización personal, pero cuando las labores no tienen las características apropiadas afectan la satisfacción, motivación y compromiso, propician el sentimiento de alienación, son causa de bajo rendimiento individual y de grupo, e inciden desfavorablemente en la salud mental de los trabajadores (De la Fuente et al, 1997).

Los objetivos del entrenamiento médico son preparar a los estudiantes para una carrera intelectualmente estimulante y significativa socialmente, además de formar médicos que promuevan la salud. Así, se podría especular que el periodo de formación representa un tiempo de crecimiento y aumento en salud, sin embargo se encuentra que los estudiantes de medicina experimentan altos índices de tensión, con potenciales consecuencias adversas sobre el desempeño académico, la competencia, el profesionalismo y su salud en general (Dyrbye et al, 2006).

Sir William Osler (1849-1919), uno de los médicos más distinguidos del siglo XIX e inicios del XX, reconoció que sólo algunos doctores son felices en su vida profesional: “A cada uno de vosotros el ejercicio de la medicina les resultará lo que lo hagáis: a uno, una preocupación, un cuidado, una molestia perpetua; a otro un goce diario y una vida llena de tanta felicidad y utilidad como la que puede corresponder al hombre en la tierra” (Pasqualini, 2005).

No es novedoso el hallazgo de mayores tasas de trastornos psiquiátricos, dependencia a alcohol, abuso de drogas, suicidio y problemas maritales entre los médicos con respecto a la población general. Se considera que estos trastornos inician desde los estudios universitarios y se vuelven evidentes en etapas más tardías (Hays et al, 1986). El efecto de la depresión suele persistir aún después del periodo de formación médica, reportándose que los médicos practicantes tienen mayores tasas de suicidio en comparación con la población general (Frank et al, 2000). También se ha postulado que el

síndrome de desgaste o “*burnout*” tan común entre los residentes y médicos practicantes tiene su origen en la escuela de medicina. Este puede contribuir a deshonestidad académica, cinismo, poco deseo de atender a enfermos crónicos y empatía disminuida (Dyrbye et al, 2006).

El estrés y desgaste profesional son prevalentes entre los médicos practicantes, residentes e incluso en los estudiantes. La inhabilidad para afrontar el estrés en la educación médica puede provocar una cascada de consecuencias tanto a nivel personal como profesional. Este estrés resulta un motivador constructivo para algunos, mejorando la tolerancia a la frustración, autoconfianza y madurez (Levey, 2001). En otros provoca sentimientos de miedo, incompetencia, ineficiencia, ira y culpa. Además, se ha asociado con aumento de síntomas depresivos, uso de alcohol y sustancias psicoactivas, dificultad en las relaciones sociales, embarazos prematuros, abandono del hogar, ansiedad y suicidio (Shapiro et al, 1998; Rosado y Morales, 1998).

Los estudiantes de áreas básicas presentan mayores niveles de estrés que la población general debido a factores como presión académica, problemas económicos y exceso de horas de trabajo, lo que finalmente no solo afecta su vida personal, sino también la calidad médica a través del desempeño académico y la relación médico-paciente (Shapiro et al, 1998; Finkelstein et al, 2007).

Se ha descrito que los estudiantes universitarios de hoy en día están más tensos que aquellos de generaciones previas. Se propone que el 33% de los alumnos que solicitan su baja académica sufren de depresión desde antes de dejar sus estudios, por lo que esta representa uno de los problemas más comunes que enfrenta el estudiante universitario que busca consejería u orientación (Rosado y Morales, 1998).

En un estudio reportado por Fouilloux, se encontró que más del 30% de los alumnos de medicina que puntuaron con niveles significativos de psicopatología abandonaron la carrera durante el transcurso del primer año. Este dato es importante si consideramos que en cada periodo escolar deserta el 10% de los alumnos que ingresan a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (Fouilloux, 2005).

Kjeldstadli y colaboradores analizaron la satisfacción de estudiantes de diversas carreras en cuatro universidades noruegas. Reportan que aunque al inicio de la carrera los estudiantes de medicina se encontraban similarmente satisfechos a sus compañeros de otras disciplinas, al final de sus estudios era significativa la disminución de esta entre los nuevos médicos. Además, los estudiantes con mayor satisfacción eran aquellos que percibían que sus estudios no interferían en su vida personal (Kjeldstadli et al, 2006).

Específicamente, la depresión se ha encontrado en los alumnos de medicina de primer año hasta en un 27%, llegándose a doblar la prevalencia para el segundo año de formación médica. Aunado a lo anterior, al analizar el puntaje en los instrumentos clinimétricos utilizados, se observa que el puntaje de sintomatología depresiva se triplica entre el primer y segundo año de formación universitaria (Clark, 1984; Clark y Zeldow, 1988; Givens y Tija, 2002; Moffat et al, 2004).

Las causas de falla académica en estudiantes de medicina son muy variadas y se proponen desde habilidades de estudio deficientes hasta problemas financieros, domésticos o familiares, y principalmente los de tipo emocional. Se concluye así que las causas del bajo desempeño en estos estudiantes no son de tipo académico en su origen, con lo que se subraya la necesidad de atender la psicopatología en estos alumnos (Sayer 2002; Smith et al 2007).

En un estudio colombiano llevado a cabo con estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas en el año 2000, se encontró una prevalencia de depresión del 24.6% con mayores frecuencias en alumnos de semestres avanzados. En su análisis reportan que la pérdida de un semestre académico, la ruptura de una relación afectiva y el consumo de marihuana o alcohol fueron los únicos factores estadísticamente asociados a depresión (Fernández y Giraldo, 2001).

En esa misma universidad, otros autores estudiaron los estresores más comunes de los estudiantes de medicina, encontrando que en los últimos seis meses un porcentaje importante de ellos había sufrido pérdidas afectivas como la ruptura de una relación de noviazgo, seguida de la muerte de un familiar y el distanciamiento de su familia (Fernández

y Giraldo, 2001). Otro tipo de pérdidas reportadas han sido las de tipo académico, económico o de salud, y entre estas últimas, las quejas más frecuentes eran de tipo gastrointestinal, gripal y osteomuscular (Amézquita et al, 2003).

En nuestro país se realizó un estudio con alumnos de primer ingreso a licenciatura en la UNAM en el ciclo 1986-1987. Se les aplicó el Cuestionario General de Salud de Goldberg, encontrándose un 13% de alumnos con probable psicopatología (Díaz Martínez et al, 1996). En 2002 se llevó a cabo una investigación similar en alumnos de los primeros años de la Facultad de Medicina de la misma universidad, en la cual la prevalencia de psicopatología fue de 10.5%. Los síntomas más frecuentes fueron disminución en la concentración, ansiedad, estado de ánimo y pensamiento depresivos (Fouilloux, 2002).

En una universidad privada de la Ciudad de México se estudió a los alumnos de primer a quinto año de la carrera de medicina. Se les siguió durante un semestre escolar encontrándose que la presencia de síntomas depresivos y ansiosos fluctuó entre 3.7% y 12.4% (Osorio et al, 2009). Por otro lado, se observa que los problemas de salud mental aumentan a medida que se avanza en la carrera, de modo que los alumnos de los últimos semestres son quienes manifiestan mayores alteraciones a este nivel (Dyrbye et al, 2006; Ortiz et al, 2007; Osorio, 2009).

Una revisión realizada por Tyssen y Vaglum reportó que los principales predictores de problemas de salud mental en estudiantes de medicina eran factores individuales como antecedentes familiares, rasgos de personalidad como neuroticismo, estilo de afrontamiento evitativo y tendencia a ser hipercríticos, así como factores ambientales como el estrés de la educación médica, sobrecarga de trabajo, presión emocional y el trabajo en salas de cuidados intensivos (Tyssen y Vaglum, 2002).

En otro estudio con internos de pregrado de la UNAM, se concluyó que el estrés grave era derivado de no tener suficiente tiempo para la familia, inseguridad sobre el futuro profesional, horarios laborales extensos, obligaciones frecuentes, poco estímulo, poca supervisión, falta de retroalimentación, discriminación por género y preocupación por las calificaciones (Arechavaleta et al, 2005).

A pesar de la gran necesidad de atención, son pocos los estudiantes de medicina que utilizan servicios de salud mental y en su lugar confían en el apoyo de familiares o amigos. Las barreras más frecuentes para utilizar estos servicios son falta de tiempo, poca disponibilidad en los servicios de salud mental proporcionados por la universidad, percepción de riesgo académico, preocupación sobre la confidencialidad de información, estigma de la enfermedad mental y costo (Tija et al, 2005; Givens y Tija, 2006). Se ha reportado también la preocupación de algunos estudiantes sobre la posibilidad de ser reconocidos por compañeros practicantes en las instituciones de salud mental, así como la creencia que de recibir tratamiento este no sería efectivo (Tija et al, 2005).

Como habría de esperarse, la prevalencia de depresión en mujeres estudiantes de medicina es mayor a la reportada para sus compañeros varones (Dahlin et al, 2005; Dyrbye et al, 2006; Fuentes et al, 2007). La evolución de los síntomas depresivos también difiere entre ambos sexos. Se ha encontrado que en los estudiantes hombres, estos disminuyen a lo largo de la formación médica, con prevalencias de 33% en la escuela de medicina y un 10% en la residencia. Lo anterior no sucede igual con las mujeres, en quienes la prevalencia se mantiene similar con 42% y 37% respectivamente (Hendrie et al, 1990; Levey, 2001). Además, las estudiantes mujeres reportan predominio de síntomas somáticos como insomnio intermedio y dolor abdominal (Levey, 2001; Niemi y Vainiomäki, 2006).

Finalmente, los factores asociados a la depresión en las mujeres son también diferentes, reportándose estas más preocupadas por cuestiones sociales y de salud que los hombres (Smith et al, 2007). Ya desde el principio de los años 70 aparecieron artículos en la literatura psiquiátrica y de educación médica que analizaban los factores de estrés adicionales a los que se enfrentan las estudiantes de medicina. Describieron los conflictos de identidad generados en las mujeres que están intentando integrar la misión de llegar a ser buen médico con la de ser mujer / esposa / madre (Fouilloux, 2005).

#### ***D. Modelos de intervención en estudiantes de medicina***

Hasta la fecha, se han diseñado diversas técnicas para intentar disminuir el tan ampliamente conocido estrés del entrenamiento médico. Algunos de ellos son el

desarrollo de grupos Balint, inclusión curricular de materias optativas que promuevan el bienestar del alumno, programas de tutoría o seguimiento y grupos informales de apoyo. Se ha descrito la participación en estos programas de estudiantes de medicina y residentes, con resultados no concluyentes (Finkelstein et al, 2007).

Se reporta un estudio que evaluó la efectividad del adiestramiento congitivo-conductual grupal para mejorar la depresión leve y las destrezas de ajuste para la vida en jóvenes de primer año de medicina en una universidad privada de Puerto Rico. Se realizó una estrategia grupal estructurada en secuencia de 10 sesiones a un ritmo de una sesión de 90 minutos un día a la semana, incluyendo técnicas como terapia cognoscitiva, procedimientos de reestructuración cognoscitiva, programa de adiestramiento de destrezas, manejo de ansiedad, resolución de problemas y procedimientos de auto-control (Rosado y Morales, 1998).

El adiestramiento comprendió ejercicios generales de tipo estructurado. Algunas de las técnicas utilizadas fueron: reestructuración cognitiva, asertividad, instrucciones didácticas, “yo como modelo”, relajación, visualización y respiración profunda. Además se presentó la alternativa del ejercicio físico como forma para trabajar el estrés. La intervención se realizó con un grupo control y otro experimental, encontrándose que entre los alumnos del grupo que recibió tratamiento, los síntomas depresivos disminuyeron de manera significativa (Rosado y Morales, 1998).

Una crítica que se ha hecho a la TCC es que dirige herramientas de afrontamiento principalmente a los episodios estresantes o ansiosos, por lo que surge la propuesta de abordajes de atención plena o “*mindfulness*” que se consideran no solo como herramientas de afrontamiento sino como un “estilo de vida” que puede ser aplicado en cualquier momento. Esta es una disciplina formal de meditación que se dirige a crear mayor conciencia e introspección en quienes la practican (Kobat-Zinn et al, 1992).

La intervención llevada a cabo por Shapiro y colaboradores ofreció la materia optativa “*Relajación y Reducción de Estrés*” a alumnos de estudios médicos y premédicos de primer y segundo año en la Universidad de Arizona. Se aleatorizó la inclusión de los alumnos inscritos a un grupo control de lista de espera o al grupo de

intervención que consistió en siete sesiones semanales basadas en técnica de atención plena. Estas sesiones tuvieron una duración de dos horas y media cada una, además se otorgaban tareas para realización en casa y un diario para registro de actividades (Shapiro et al, 1998).

Previo a la intervención, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión y ansiedad entre los grupos. Sin embargo finalmente se concluyó que tras las sesiones de atención plena, disminuyeron los niveles de ansiedad, disminuyendo a su vez los niveles de depresión y mejorando finalmente la empatía de los alumnos. Se propone que el aumento en la empatía se debe al desarrollo de mejores habilidades de escucha, así como a perspectivas más compasivas de los alumnos hacia la vida de sus futuros pacientes (Shapiro et al, 1998).

En esta revisión, no se encontraron reportes específicos de intervenciones para mujeres estudiantes de medicina, pero Peden y colaboradores publicaron los resultados de una intervención con mujeres estudiantes de diversas carreras en la Universidad de Kentucky. Describen que a través de un abordaje cognitivo conductual se les instruyeron técnicas de detención de pensamiento y repetición de afirmaciones positivas. Después de 6 sesiones de periodicidad semanal, las mujeres del grupo control mostraron menores síntomas depresivos y pensamientos negativos, así como una mayor autoestima. Dichos resultados se mantuvieron hasta por 18 meses posteriores a la intervención (Paden et al, 2001).

En nuestra universidad (UNAM), la Facultad de Medicina a través del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, cuenta con una clínica que brinda atención médica-psiquiátrica y psicológica ambulatoria, a los estudiantes universitarios. Los servicios se prestan a los estudiantes que lo soliciten, que ameriten atención, que no requieran hospitalización y no sean casos médico-legales. La atención se orienta al diagnóstico y tratamiento multidisciplinario, con base en la evidencia científica, de los problemas mentales que se presentan en la población universitaria (UNAM, 2012a).

Desde septiembre de 2011 la UNAM cuenta también con un centro de atención telefónica para ofrecer atención psicológica a la comunidad universitaria y al sector

general. A través del número 56 22 22 88 alumnos de los últimos semestres de la licenciatura, prestadores de servicio social y alumnos de posgrado de la Facultad de Psicología otorgan auxilio o apoyo directo a los usuarios. Además de la intervención telefónica, se brinda la opción de continuar terapia en las instalaciones de esta casa de estudios a través de los distintos centros de atención a la comunidad universitaria y del sector social con que se cuenta. También pueden ser canalizados a centros especializados enlistados en las carpetas que utilizan los psicólogos en línea (UNAM, 2012b).

## ***PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA***

¿Cuáles son las características específicas de los síntomas depresivos en mujeres estudiantes de medicina?

¿Qué contenidos y características debería tener una guía informativa sobre síntomas depresivos dirigida a mujeres estudiantes de medicina?

## **JUSTIFICACIÓN**

La depresión es y continúa siendo un problema de salud mental que afecta frecuentemente a los adultos jóvenes y específicamente a los que se encuentran dentro del ámbito universitario. Es bien conocido que el estudio y la práctica de la medicina son demandantes tanto intelectual como emocionalmente y existe un acuerdo en que la presencia de psicopatología en los estudiantes de medicina influye directamente en su rendimiento académico y clínico, pero sobre todo en su calidad de vida.

Son pocos los estudios en nuestro país que describen la presencia de estos factores en los estudiantes de medicina, además de que no se ha identificado tampoco la variación de estas características ni la respuesta terapéutica de distintos abordajes. Tampoco se cuenta con estudios que marquen la diferencia de género en este sector específico de la población.

Al igual que en la población general, las características de la depresión en el sexo femenino de las estudiantes de medicina son muy particulares. En las mujeres los síntomas no sólo son más frecuentes, sino que además son de mayor intensidad y presentan una aumentada comorbilidad psiquiátrica. Entre los factores de riesgo de tipo psicosocial se encuentran la discriminación de género, la sobredemanda laboral y familiar que son muy frecuentes entre las mujeres jóvenes que se encuentran estudiando su carrera

profesional. De la misma manera, el impacto que estos síntomas provocan es de marcada importancia, principalmente a nivel de calidad de vida y desarrollo psicosocial.

La mayoría de los servicios sanitarios públicos de los países occidentales han asumido como eje primordial de su trabajo el modelo de salud mental comunitaria, cuyos pilares son la prevención y el tratamiento oportuno, partiendo del conocimiento completo del fenómeno estudiado.

Este estudio tiene como propósito contribuir a la literatura presentando una descripción cualitativa de las características clínicas, así como de los factores de riesgo de la depresión en mujeres estudiantes de medicina, para poder así proponer modelos de intervención específicos a este grupo de población.

## **OBJETIVO GENERAL**

Explorar las características y los factores asociados que las estudiantes de Medicina adjudican a los síntomas depresivos que presentan durante su formación profesional.

Con el material obtenido, describir los contenidos y características apropiadas para una guía informativa sobre síntomas depresivos en mujeres estudiantes de medicina, con la finalidad de que amplíen su conocimiento sobre el problema y se les facilite el proceso de búsqueda de ayuda.

# MATERIAL Y MÉTODO

## Tipo de Estudio

Se trata de un estudio de tipo cualitativo ya que se utilizó la técnica de grupos de discusión para obtener la información sobre el tema. Para cumplir adecuadamente el objetivo del estudio, se dividió el procedimiento en dos fases. En la primera se estudiaron los contenidos o temas principales que las estudiantes consideran importantes en el desarrollo y entendimiento de los síntomas depresivos y en la segunda parte se revisó la mejor forma de presentar esos contenidos a la población objetivo a manera de información sobre el tema.

La metodología cualitativa, en su más amplio sentido, es la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. La perspectiva fenomenológica es esencial para la concepción de la metodología cualitativa. Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo (Taylor y Bogdan, 1987).

Las características fundamentales (Hudelson, 1994) de la investigación cualitativa son:

- Describe y analiza la cultura y comportamiento humano desde el punto de vista de aquellos que estudia.
- Pone énfasis en proveer un entendimiento completo u “holístico” de los aspectos sociales a los que se dirige.
- Se basa en una estrategia abierta y flexible. Esto permite la inclusión de información no contemplada al inicio de la investigación, y que se considera importante a medida que esta se desarrolla el estudio.

## ***Grupos de discusión***

Los grupos focales o de discusión, constituyen una técnica cualitativa de recolección de información basada en entrevistas colectivas y semiestructuradas realizadas a grupos homogéneos (Morgan, 1997). Por medio de un grupo focal se busca que,

con la guía de un moderador, los integrantes se expresen de manera libre y espontánea sobre una temática específica (Krueger, 1988).

Korman define un grupo de discusión como: "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación" (Korman, 1978). Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia (Morgan, 1997).

Esta técnica se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto. La dinámica creada entre los participantes permite resaltar y rescatar la concepción de su realidad, sus vivencias, su lenguaje cotidiano, sus valores y creencias acerca de la situación en que viven, lo que no sería posible de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como la observación, la entrevista personal o la encuesta social (Hundelson, 1994).

Con mucha frecuencia se privilegia el uso del grupo de discusión frente a otras prácticas de investigación, pues su dinámica lo hace más espontáneo. Frente a esta idea de espontaneidad discursiva, el grupo construye el discurso libremente, con lo cual sobresale la concepción dialógica. La espontaneidad que se da en el seno de los grupos no significa "descontrol", sino que el grupo toma su propia dinámica y la situación de reunión de grupo presenta como natural (Callejo, 2001; Arboleda, 2008).

En su génesis, el grupo de discusión es un diálogo; en su resultado, es un discurso. Puede haber varios discursos y producirse varias unidades de sentido en la construcción discursiva, y entablarse un diálogo con distintos discursos. Las definiciones del grupo de discusión tienden a la apertura y a la interacción entre los participantes (Callejo, 2001; Arboleda, 2008).

## **Primera fase**

En esta fase se analizaron las características de los síntomas depresivos en mujeres estudiantes de Medicina. Además de participar en los grupos de discusión, las alumnas respondieron la escala SCL-90 (Symptom Checklist – 90) con la finalidad de determinar la presencia y severidad de sintomatología depresiva.

### **Selección de la muestra**

Se invitó a participar a mujeres estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM, con la intención de discutir sobre su experiencia como alumnas de este programa y su relación con posibles síntomas depresivos.

La selección de participantes se basó en su capacidad de proporcionar información rica sobre el tema. Se llevó a cabo un muestreo intencional de tipo homogéneo, con participantes que comparten las características de interés (sexo femenino y estudio actual de la carrera de medicina).

Se incluyeron así, mujeres, alumnas matriculadas en la Facultad de Medicina de la UNAM, que aceptaron participar en los grupos de discusión.

### ***Tamaño***

Debido a que en la metodología cualitativa, el investigador es guiado por el grado en que los datos que se obtienen responden adecuadamente a la pregunta de investigación, se detuvo la realización de grupos focales en el punto de redundancia. Se realizaron dos grupos de discusión, con similares respuestas en ambos casos.

### **Instrumentos**

#### ***Guía Temática***

Con base en la literatura revisada sobre el tema, se diseñó la siguiente guía para explorar durante los grupos de discusión:

**Tabla 1. Guía temática de los grupos de discusión (Fase 1)**

---

Cambios anímicos presentados durante el estudio de la carrera de medicina
○ Factores asociados (desencadenantes o de mejoría)
○ Sintomatología presentada
○ Impacto académico o social

---

Condición de mujer en el estudio de medicina
○ Problemática asociada a su género

---

Búsqueda de ayuda
○ Conocimiento sobre opciones de ayuda
○ Tipo de atención solicitada
○ Resultados de la atención
○ Sugerencias y expectativas para una mejor atención

---

### ***SCL - 90***

Esta escala está diseñada para ser contestada por el propio paciente. También ha sido utilizada por los clínicos para describir el estado sintomático del paciente. La SCL-90 ofrece las siguientes ventajas: Provee un registro estandarizado detallado, permite la comparación para evaluar los cambios. Ofrece administración rápida y eficiente, ayuda en la entrevista del paciente, permite un alto grado de aceptación del paciente y provee una evaluación multidimensional (Lara Muñoz, 2003).

El SCL-90 es un cuestionario diseñado para evaluar la presencia e intensidad de la sintomatología reportada por el paciente, valora síntomas referentes a diversas manifestaciones subjetivas que se experimentan durante el estrés, la enfermedad y la tensión emocional. Incluye 90 reactivos, que a su vez se agrupan en 9 subescalas, cada una con un total de 6 a 13 ítems. La intensidad del síntoma es medido por el paciente en una escala de severidad, en donde 0=nada y 4=severo, tomando un tiempo de referencia de 7 días (Lara Muñoz, 2003).

La SCL-90 es un instrumento autoaplicable que evalúa 9 dimensiones de la psicopatología. Las variables del SCL-90 se agrupan en las siguientes subescalas.

1. Somatización (12 variables)
2. Obsesivo Compulsivo (10 variables)

3. Sensibilidad Interpersonal (9 variables)
4. Depresión (13 variables)
5. Ansiedad (10 variables)
6. Hostilidad (6 variables)
7. Ansiedad Fóbica (7 variables)
8. Pensamiento de contenido paranoide (6 variables)
9. Síntomas psicóticos (10 variables)
10. Síntomas aislados (7 variables)

La puntuación máxima para cada uno de ellos es de 4 a excepción de los síntomas adicionales. Para calificar, se suma el total de los reactivos y se divide entre el número de los mismos. Para calificar el total se suma el resultado previamente obtenido de cada una de las dimensiones y se divide entre 90 (Lara Muñoz, 2003).

El instrumento ha demostrado su validez, y una sensibilidad y especificidad entre el 80% al 90%. En un estudio en Finlandia mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77 a 0.90. En la muestra comunitaria mayor de 40 años se encontraron puntajes consistentemente superiores a los del grupo menor de 40 años. En relación a la interdependencia entre las dimensiones del cuestionario y las poblaciones en su estudio encontraron que estas se correlacionaron en un 0.67 para la población en la comunidad y en un 0.57 para la muestra de pacientes (Holi et al, 1998).

### Implicaciones éticas

La investigación se consideró de riesgo mínimo ya que registró los datos a través de procedimientos comunes mediante un instrumento psicológico rutinario y la entrevista grupal con las alumnas.

A todas las alumnas se les proporcionó información sobre el estudio. Se les dio la garantía de recibir aclaración a cualquier duda que presentaran, la libertad de retirar su consentimiento a participar en cualquier momento y la seguridad de que no serían identificadas en los documentos resultantes del presente estudio.

El beneficio esperado para la comunidad universitaria fue razonable y en caso de identificar sintomatología depresiva importante, se le referiría a atención al Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, el cual brinda atención a la Comunidad UNAM a precios accesibles. Sin embargo, no se identificó a ninguna alumna que ameritara dicha referencia.

### Procedimiento de recolección

Se contactó a profesores de la Facultad de Medicina de la UNAM, a quienes se les planteó el proyecto de estudio y se les pidió acceso a sus grupos para invitar a las alumnas a participar en los grupos de discusión. Tras la autorización del profesor para visitar su grupo, se les presentó el proyecto a los alumnos y se solicitaron alumnas voluntarias para que acudieran a una reunión posterior para desarrollar los grupos de discusión.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los salones de clase en el horario correspondiente a la materia del profesor que autorizó la invitación al estudio. Al iniciar cada uno de los grupos, se les amplió la información del proyecto a las estudiantes y se les informó sobre la confidencialidad del material, se aclararon dudas y se obtuvo el consentimiento informado por parte de ellas de manera verbal. Posteriormente, se les pidió contestar el SCL-90 para tener una medición objetiva de su estado afectivo en ese momento.

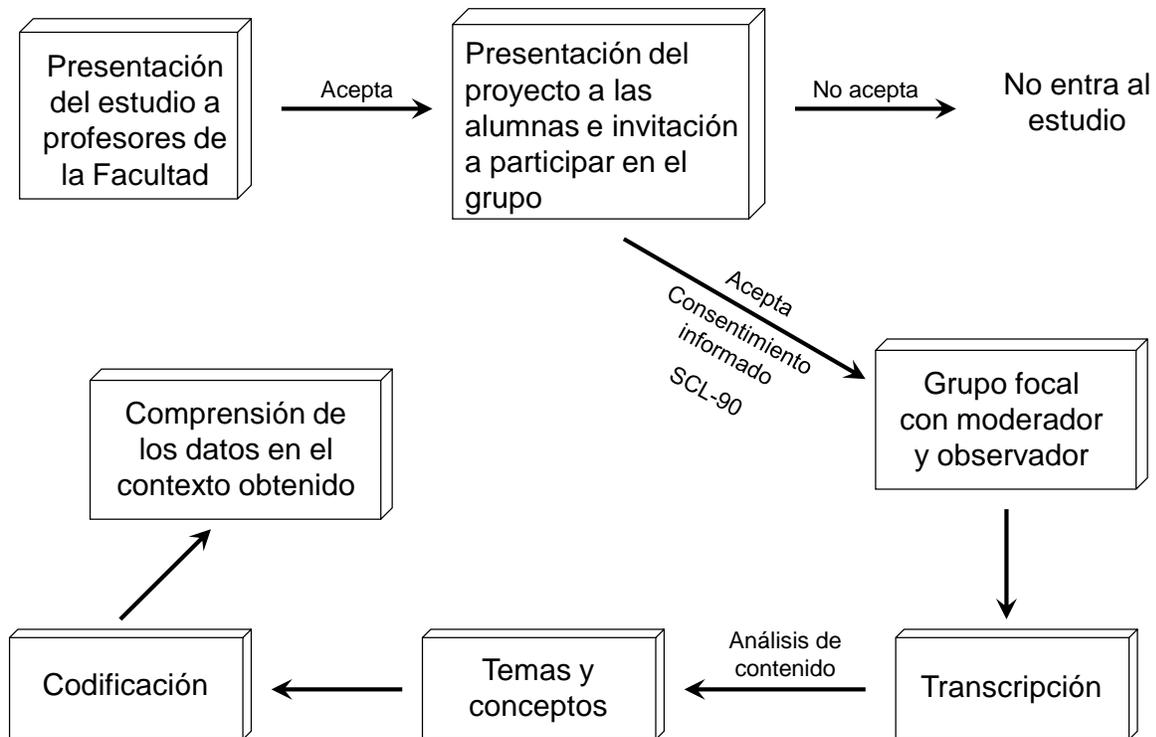
Las sesiones contaron con un moderador que dirigía las intervenciones de las participantes, permitía la discusión en caso de desacuerdo y aclaraba aquellos puntos que se prestaban a confusión o a diferentes interpretaciones. Al mismo tiempo, un observador se hacía cargo de la grabación de audio y tomaba notas sobre el desarrollo de las sesiones, y del lenguaje corporal de las asistentes.

Las intervenciones de las asistentes en las dos sesiones realizadas en esta fase se llevaron a cabo de manera ágil, aunque en el primer grupo fue necesario pedir a las participantes que para cada tema opinaran de manera consecutiva de acuerdo al orden en que estaban sentadas. Esto se debió a que una de ellas tomaba frecuentemente la palabra,

mientras que dos participantes tendían a suspender sus intervenciones a causa de la primera. En el segundo grupo las participaciones se mantuvieron espontáneas y con la participación de todas las alumnas por igual.

Posterior a cada sesión se registró por escrito el desarrollo del grupo de discusión para su análisis. Esto se realizó transcribiendo por completo el audio de las grabaciones y añadiendo la información registrada en las notas del observador.

**Diagrama 1. Procedimiento de recolección y análisis**



### Análisis de la Información

El análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. Se realizó un análisis simultáneo a la codificación de datos, para desarrollar conceptos mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos.

De acuerdo a la definición clásica de Berelson (1952), el análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa. Este tipo de análisis es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a su contexto (Krippendorff, 1990).

El análisis se llevó a cabo a través de la codificación, transformando las características relevantes del contenido de las sesiones, en unidades que permitieron su descripción y análisis. La unidad de análisis fueron los temas que las estudiantes tocaban con más frecuencia en su discurso, desprendiéndose de estas diferentes categorías o tópicos que caracterizaban y describían mejor cada unidad de análisis. Ambos niveles de análisis se codificaron obteniendo las frecuencias de repetición en el discurso.

Finalmente se agruparon dichos niveles de análisis para obtener una descripción ordenada del tópico estudiado según el marco conceptual que se desprendía de los puntos de vista y la experiencia de las informantes. Todos los códigos del análisis, se evaluaron en relación a la guía temática para mantenerlos en el contexto en que fueron obtenidos.

## **Segunda fase**

El objetivo de esta fase fue revisar que los temas encontrados en la primera parte del estudio fueran correctos y suficientes. Además de enriquecer los contenidos obtenidos previamente, se buscó definir la forma más adecuada para presentarlos a la población objetivo de una manera completa, accesible y llamativa.

La selección de la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, las implicaciones éticas, el procedimiento de recolección y el análisis de la información fueron los mismos que en la primera fase del estudio.

### ***Tamaño***

Debido a que el objetivo era únicamente conocer la forma más adecuada de presentar el material obtenido a las alumnas, se programó la realización de un solo grupo de discusión en el cual se abordó ese tema.

### **Instrumentos**

#### ***Guía Temática***

Con la finalidad de revisar los contenidos encontrados en la primera fase y discutir la mejor presentación de dicho material a las alumnas, se diseñó la siguiente guía para explorar durante el último grupo de discusión:

**Tabla 2. Guía temática (Fase 2)**

---

Material obtenido en la fase previa
○ Características de los síntomas depresivos
○ Factores fisiológicos
○ Situación familiar
○ Relaciones de pareja
○ La carrera de medicina
○ Recursos de apoyo
Presentación del material
○ Forma
○ Extensión
○ Medio de difusión

---

En esta fase no se aplicó la escala SCL-90 ya que no se consideró necesario para los objetivos de esta.

# RESULTADOS

## Primera fase

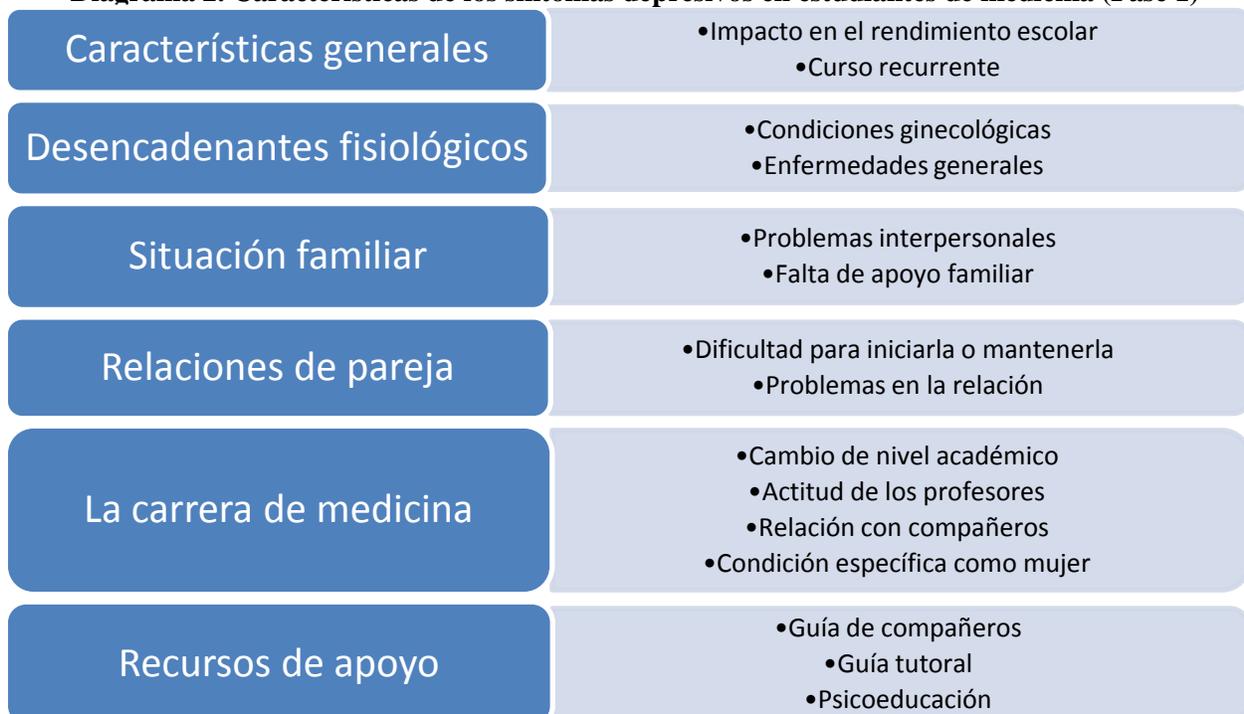
Se realizaron dos grupos de discusión, con características que se muestran en la Tabla 3. El Índice de Depresión en ambos grupos, fue mayor al que se reporta en población mexicana para mujeres de la comunidad, aunque menor al que se reporta en mujeres con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (Lara Muñoz et al, 2005).

**Tabla 3. Características de los grupos de discusión (Fase 1)**

Variable	Grupo 1	Grupo 2
Número de participantes	8	6
Grado escolar	3er año	1er año
Duración de la sesión	80 minutos	65 minutos
Índice de Depresión (SCL-90)	1.51	1.77

Posterior al análisis, se construyeron seis categorías principales, conformadas por diferentes subcategorías. La descripción de cada una de ellas se inicia con la definición de los temas identificados y se ilustran con segmentos de las narraciones de las participantes.

**Diagrama 2. Características de los síntomas depresivos en estudiantes de medicina (Fase 1)**



## **Características generales**

Impacto en el rendimiento escolar: Las estudiantes coinciden en que los síntomas depresivos *“influyen mucho en tu rendimiento”* principalmente por la apatía o desinterés que provocan: *“como que siempre estaba deprimida... y ya presentaba los exámenes por presentarlos... y me fue súper mal”*. Esto causa dudas vocacionales en algunas: *“estaba como indecisa entre si seguir con la carrera o ya salirme y abandonarla”*, mientras que entre las que continúan sus estudios la repercusión común es la desventaja académica que persiste: *“me puse a estudiar mucho para los finales, que sí los pasé todos, menos Anatomía”*.

Curso recurrente: Estos síntomas se presentan de manera episódica y varían en intensidad y frecuencia a lo largo de la carrera: *“así de estar triste, me llegaba cada año”*, *“de repente me dan mis ataques”* y *“ahorita me puedo considerar de una manera estable, porque ya no tengo recaídas ni tristeza, que de repente sí me dan”*, lo anterior provoca que el riesgo de presentar síntomas depresivos esté siempre latente durante el período de formación.

## **Desencadenantes fisiológicos**

Características de tipo biológico son bien identificadas en su sintomatología. Algunas son específicamente ginecológicas: *“hay mujeres que pueden estar menstruando y se sienten súper mal, se deprimen”* y otras de tipo general: *“cuando te sientes mal (por alguna enfermedad), igual vas a estar más irritable a los estímulos externos”*.

## **Situación familiar**

Problemas interpersonales: Este tipo de problemática suele alterar la dinámica familiar, provocando no solo depresión, sino también estrés: *“que agarran y se pelean (mis papás), y eso sí me hace sentir así como que, triste, estresada...”*. Estos problemas son frecuentes: *“me he llegado a sentir en ocasiones triste con cosas relacionadas con problemas familiares, que nunca faltan”*, *“en mi familia también hay muchos problemas”* e involucran a diferentes miembros y tipos de conflicto: *“mis papás se están separando”*, *“con mi hermano no tengo mucha comunicación”* o *“con mi papá, siempre la pasamos enojados, distantes”*.

Falta de apoyo familiar: Tiene un importante efecto la devaluación o minimización familiar: *“a ella en su familia le inculcaron inseguridad ‘tú no hablas, tú te callas, tú no opinas, tú no sé qué’, ella no tiene apoyo en ningún lugar”* o *“me llegaron mensajes amenazantes a mi celular... que era una zorra, una puta y todo eso... mi papá y mi hermano me dijeron que si me lo están diciendo, es porque algo he hecho. Pero no era cierto, y en esos momentos yo sí me sentía sola, con muchas ganas de llorar”*.

### **Relaciones de pareja:**

Dificultad para iniciarla o mantenerla: Tanto la carga académica como los horarios de estudio dificultan iniciar y mantener relaciones de pareja satisfactorias: *“desde que entré a la carrera, la relación se empezó a volver más difícil, precisamente porque no tenía tiempo de nada”*. Esto se vuelve más importante debido a la necesidad afectiva de estas mujeres: *“no me gusta estar sola, así sin un novio”*, que provoca marcada ansiedad y preocupación por el resultado de estas: *“como que lo mío es miedo a tener una relación, que me ilusione mucho y que al final no funcione”*.

Problemas en la relación: Fue evidente el impacto de este tipo de problemas en las estudiantes: *“el hecho de que él a veces no me cuente cosas... me causa un gran problema, que no me puedo concentrar en nada hasta que arregle el problema con él. Él representa una parte importante de mi estado de ánimo”*. El sentir la falta de apoyo de la pareja también causa este tipo de síntomas: *“una amiga tuvo que abortar porque no tenía el apoyo de su pareja... fue muy duro para ella, lloraba, hasta había momentos en que decía que se quería morir”*. Además, la conclusión de estas relaciones siempre provoca marcado malestar en ellas: *“terminar la relación me costó muchísimo, muchísimo”*, *“terminamos y sí me dolió la verdad, un montón. Me puse muy mal, me puse muy, muy, muy deprimida”*.

### **La carrera de medicina**

Cambio de nivel académico: Las alumnas consideraron como *“un gran cambio”* el comenzar el estudio profesional, y que además la adaptación a este les tomó tiempo. La principal molestia es por los extendidos horarios de estudio y la gran cantidad de material

*“te cambian los horarios de comer, de dormir y de todo”, “¡Histo dura 4 horas!”, “es demasiada información” y “teníamos que estar estudiando constantemente para poder tener buenas calificaciones”. Además, mencionan fallas en las estrategias de estudio “no sabes estudiar”, “no sabía distinguir qué era de Histo, qué era de Anatomía, qué era de Embrio”. Es generalizado el comentario de que las calificaciones habituales ya no se obtienen: “te daban tus golpes de que esperabas tus nueves, tus dieces y ¡tómala!, tu cuatro, tu seis”. Todo esto convierte al primer año de formación como el más crítico: “desde que entré a la carrera, fue así como que horrible, todo mi estado de ánimo en realidad bajó”.*

Actitud de los profesores: Aunque no es generalizado, algunas estudiantes perciben a sus profesores como devaluadores, que promueven la competencia y desunión entre los alumnos, y que pueden desmotivarlas respecto a su carrera: *“te quitan las ganas de estudiar medicina”, “te meten el miedo”, “hay gente mala que te dice ‘tú sí, tú no’ (vas a pasar de año)” y “te comparan”.* También comentaron sobre el acoso sexual que en ocasiones se presenta, así como su dificultad para detenerlo: *“nuestro tutor me acosaba por teléfono... y ya estaba harta de él pero me daba miedo mandarlo al demonio porque todavía hasta ayer nos calificó”.*

Relación con los compañeros: También es generalizada la concepción de que la relación con sus compañeros es excesivamente competitiva y desleal: *“hay un espíritu de competitividad muy marcado, así de ‘yo contra todos’”.* El convivir u observar a compañeros deprimidos puede desencadenar el mismo estado anímico en ellas: *“yo también me sentía así triste, con ese estrés que ella me transmitía”.* Mencionan que son comunes los *“comentarios machistas y patanes”* de sus compañeros, los cuales les molestan por ser devaluatorios: *“hace comentarios de ‘vete a tu casa, niña’... ¡Vete a tu casa tú! Somos compañeros, estamos en un grupo... No tiene por qué hacer ese comentario”.*

Condición específica como mujer: Estas mujeres se enfrentan a mayores responsabilidades ante la maternidad y el matrimonio, lo cual dificulta sus estudios y si no cuentan con el apoyo de la pareja afectan en mayor medida su estado anímico: *“yo tenía una compañera que ya tenía un bebé... y ella súper deprimida, era de ‘no cuida a*

*mi hijo, no cuido a mi marido, mi casa la tengo tirada, no voy bien en la escuela”*, *“esta amiga tenía que cuidar a su bebé y aparte no estaba casada ni nada, era madre soltera”* y *“yo siento que en ese aspecto sí hay un poco de desventaja... como mujeres en esta carrera”*. Además el embarazo es descrito casi como una imposibilidad de permanencia y éxito en su carrera profesional: *“tuve una amiga que se embarazó aquí y se salió... y según ella iba a regresar a estudiar medicina, pero pues, no creo que eso vaya a pasar”*.

### **Recursos de apoyo**

Guía de compañeros: Una sugerencia de las mismas estudiantes es que sean recibidas por *“compañeros de arriba”* al ingresar a la carrera. Esto, con la finalidad no sólo de *“conocer el sistema”*, sino también para recibir motivación y consejos de estudio: *“que te enseñaran a estudiar y sintetizar”*.

Guía tutorial: Otra petición que hacen las alumnas es contar con un tutor que conozca al grupo y promueva que éste se convierta en una *“fuente de apoyo”* mutua. También consideran que el solo hecho de contar con alguien para hablar de sus problemas, les resultaría benéfico: *“una tutora o tutor... que tú te puedas acercar y platicar tus cosas con ella (/él)”*.

Psicoeducación: Además de otras sugerencias, la que consideraron más importante es la posibilidad de recibir información sobre sus síntomas y las fuentes disponibles de apoyo externo ya que suelen sentirse solas en sus problemas: *“que alguna vez llegara o pasara alguien... o que te dieran alguna conferencia, pero que la hicieran como obligatoria, porque si no, no vas”*. Ellas mismas identifican el desconocimiento y el estigma como las principales barreras de atención: *“y aclarar eso de que, aunque somos médicos, siempre somos de ‘¿al psiquiatra yo?’”*.

### **Segunda fase**

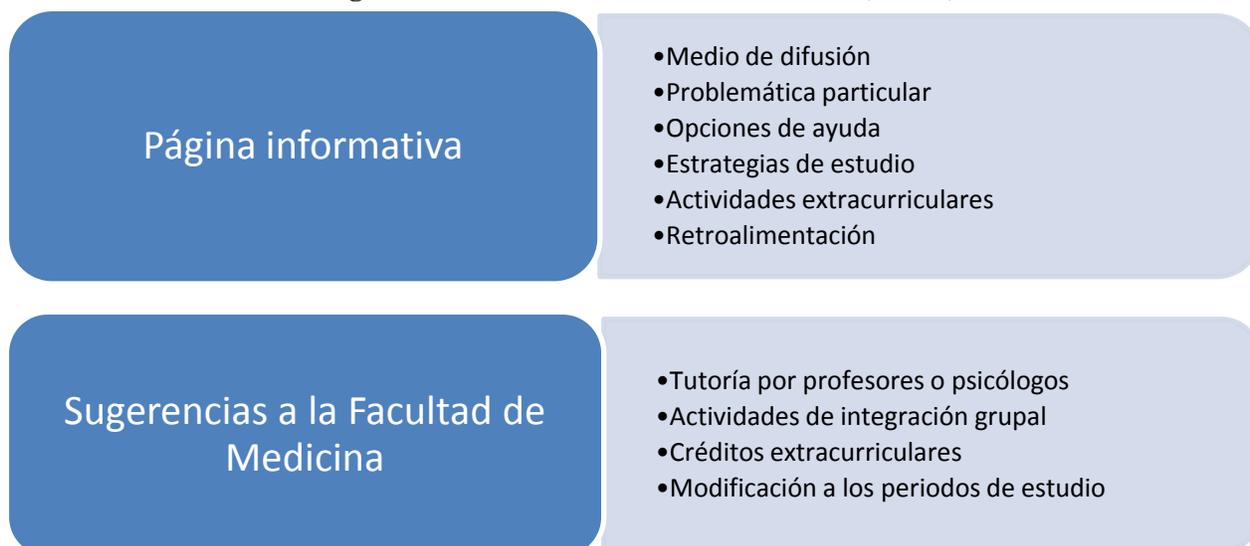
Se realizó un grupo de discusión con siete alumnas. En esta ocasión no se aplicó la escala SCL-90 ya que el objetivo de esta sesión fue revisar que los temas encontrados en la primera parte del estudio fueran correctos, además de evaluar las posibilidades de ayuda para estas mujeres. Las características del grupo se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 5. Características del grupo de discusión (Fase 2)**

Variable	Grupo 3
Número de participantes	7
Grado escolar	3er año
Duración de la sesión	70 minutos

Se corroboró la información obtenida en la fase previa sobre las características de los síntomas depresivos. Posterior al análisis, se construyeron dos categorías principales, conformadas por diferentes subcategorías. La descripción de cada una de ellas se inicia con la definición de los temas identificados y se ilustran con segmentos de las narraciones de las participantes.

**Diagrama 3. Presentación de la información (Fase 2)**



### **Página informativa**

*Medio de difusión:* Las participantes mostraron preferencia por recibir el material de apoyo a través de medios electrónicos y no en papel “*sería ‘únete al grupo de psicología’ o ‘grupo de apoyo para los alumnos de medicina’*”. Consideraron que el medio que más utilizarían sería una página o foro que contenga esta información “*es que el facebook es como un contacto social del cual carecemos*”. Una petición específica fue que este material sea difundido a través de un medio conocido para ellas y fácil de consultar “*y que sea de fácil acceso. Porque en la página de la Facultad, quieres buscar algo y tienes que meterte a tal link y luego de ahí te direcciona a otro y otro y...*”.

Problemática particular: En los tres grupos de discusión hubo acuerdo sobre las características y factores asociados a la depresión de estas mujeres que estudian medicina, así que solicitaron que se les brinde material específico sobre su problemática *“tener como bibliografía que nos ayude ¿no? O sea, no sé, algún apoyo o libro que te diga ‘¿Cómo superar... a la loca de tu residente?’”*. También solicitaron material que las anime en su situación actual *“Igual y como hacer pláticas motivacionales en la página”*.

Opciones de ayuda: Las estudiantes se mostraron consientes de la eventual necesidad de apoyo externo a su facultad, en el caso de síntomas que así lo ameriten. Mencionaron su desconocimiento sobre fuentes de ayuda y la necesidad de que le sea proporcionada información suficiente para acudir a ellos *“yo creo que más que nada que digan a dónde ir y a qué hora ir. Porque también los horarios de la carrera no son de lo más flexibles”*. Una de sus principales barreras para el acceso a estos servicios es su costo, por lo que es importante informarles sobre opciones accesibles para ellas *“también es importante que tengan un costo muy accesible, porque yo busqué una terapia fuera y tenía que ir mínimo dos veces por semana y era un negociazo. Entonces mejor me lo quedo yo”*. Pidieron también información sobre los requisitos para recibir atención en los diversos lugares, ya que en ocasiones se les niega la atención por no llevar la documentación solicitada *“lo que yo necesitaba era cómo llegar y todos los trámites que tienes que hacer”*.

Estrategias de estudio: Una de sus preocupaciones principales fue el desempeño académico, por lo que aprovecharon para solicitar que se anexe información o guías que mejoren sus estrategias de estudio: *“técnicas que pueden ayudar a mejorar el estudio”*. La solicitud fue tanto para material de consulta sobre el tema *“sí, tener una guía”*, como el poder recibir por ese medio, la asesoría o guía de alumnos de grados superiores que los apoyen también *“que te digan ‘mira si te organizas así, vas a poder lograr esto’”*.

Actividades extracurriculares: Las participantes hablaron sobre el beneficio que les supondría contar con actividades que fueran un distractor respecto a la carrera de medicina *“necesitamos sacar el estrés que tenemos, necesitamos hacer cosas sanas”*. Comentaron que usualmente se enfocan en actividades relacionadas al estudio, por lo que

agradecerían que en la misma página se les brinden opciones o un plan de actividades recreativas “*que te diga que te vayas a caminar o no sé... ‘ahorita hay una exposición en el centro, los invito a que vayan’*”, “*o meditación*”.

Retroalimentación: Una preocupación importante de las alumnas con respecto a la página es que reciban retroalimentación a través de ella “*porque luego hay un foro y nadie contesta*”, “*primero que sí la lean. Que tenga una parte de sugerencias, dudas o preguntas, de todo ese rollo. Y también que nos podamos acercar como dice ella, que tengan o una guía telefónica o algún lugar al que podamos acudir por si no nos pueden resolver ahí el problema*”. La retroalimentación puede ser por el mismo grupo creador y administrador de la página, como por el resto de los participantes que encuentren en ella un medio de comunicación y apoyo entre los alumnos “*que te puedan decir ‘de tal materia dejen de leer este libro y váyanse a este’*”, “*que te digan ‘¡tú puedes!’*”.

### **Sugerencias a la Facultad de Medicina**

Tutoría por profesores o psicólogos: Las alumnas fueron reiterativas en que la universidad las apoyara con un programa de tutoría “*yo creo que un punto bueno sería que tuviéramos así como un espacio, tipo como un círculo mágico, como un tutor*”, “*o un psicólogo personalizado para el grupo*”. Consideraron primordial que el apoyo fuera grupal para mejorar la dinámica entre los compañeros, sin embargo el apoyo individual lo buscarían fuera de la facultad “*individualmente pues ya si alguien tiene problemas ¿no?*”. Al igual que en los grupos anteriores, se llegó a la conclusión de que esos grupos de apoyo deben darse dentro del programa académico y con un carácter obligatorio “*que podamos decir en clase ‘hoy es sesión de alivio del estrés... se queda la mitad’*”, “*que ya esté determinado de que este día le toca a este grupo*”. Un hallazgo interesante fue que las participantes comentaron que estas sesiones grupales deben ser mixtas y no dividirse a los alumnos por sexo “*es que ellos deben saber de nuestros problemas menstruales y nosotros de los suyos... Y esta es una carrera en la que puedes hablar la verdad de cualquier tema, y esperas que las personas te tomen en serio*”.

Actividades de integración grupal: Para solventar un poco la excesiva competencia entre los alumnos, una propuesta fue que se organicen actividades sociales

como excursiones o prácticas de servicio social *“también estaría bien actividades como de integración con otros grupos”, “que te lleven a practicar a algún pueblito y que sientas que estás aprendiendo algo”, “y que te relaje también”*.

Créditos extracurriculares: Otra propuesta repetitiva fue la de incluir en el programa académico créditos extracurriculares que sean una fuente de distracción y relajación a los alumnos *“por ejemplo de lunes a jueves que sea académico y que el viernes sea para algo cultural y que sean créditos”, “que nos digan ‘Hoy vamos a ir todo el grupo al jardín botánico a... ¡ver plantas!’ Eso nos ayudaría mucho”*. Comentaron que estas actividades deben tener un carácter obligatorio *“también las actividades deportivas, que cuenten como créditos.... que sean como optativas que a fuerza tienes que cumplir”, “o actividades artísticas”*. Estas actividades deben tener horarios y demandas específicas para estudiantes de medicina, pues de otra forma dejan de ser una fuente de apoyo *“tampoco así que sean tantos créditos porque estás más agobiado por los créditos que por relajarnos”*. El beneficio de estas actividades es considerado tanto a nivel grupal como individual *“porque dentro de una actividad física aprendes a hacer equipo, aprendes a ser compañero, lo que a veces nos hace falta”*.

Modificación a los periodos de estudio: Una queja importante sobre el programa de estudios fue la sobrecarga en el calendario que les impide realizar actividades recreativas durante el periodo académico *“nos dan dos meses de vacaciones, seguidos, después de toda la intensidad y todo el estrés... ¡son dos meses! Y es como pasar de un polo a otro, entonces ¿por qué no mejor ir dosificando esos dos meses de modo que digas, ‘hoy tengo un puente, o tres días libres?’”*. Comentan que esto les ayudaría a relajarse y evitaría que se sintieran *“exhaustas y fatigadas”* durante las clases *“te sirve el que también salgas del hospital, del ambiente y de toda la Medicina”, “a mí me hubiera encantado tener un mes en junio y tener un viaje con mis amigas a algún lado... Todo mundo en Acapulco y tú en el hospital leyendo notas; es horrible. Entonces eso también influye mucho en la depresión... ¡y en el rendimiento académico!”*

## DISCUSIÓN

La enfermedad mental se asocia a una carga significativa de morbilidad y discapacidad, además la prevalencia a lo largo de la vida para cualquier tipo de trastorno va en aumento principalmente en cohortes jóvenes, afectando a casi la mitad de la población (OMS, 2000b; Medina-Mora, 2003). A pesar de ser común, la enfermedad mental permanece subdiagnosticada, los pacientes parecen renuentes a la búsqueda de atención y menos de la mitad de aquellos que cumplen con criterios diagnósticos, son identificados en el primer nivel de atención.

Se estima que para los 18 años de edad, uno de cada cuatro adolescentes ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (Clarke et al, 2001) y la mayoría de los adultos con trastorno depresivo recurrente presentaron su primer episodio antes de los 20 años de edad (Pine et al, 1998). Por lo anterior, el periodo de formación universitaria otorga amplias oportunidades para desarrollar programas de prevención y detección oportuna de este trastorno, evitando así una disminución en la funcionalidad de estos sujetos.

Se ha identificado que la reducción de síntomas subclínicos es una medida efectiva de prevención del trastorno depresivo (Paden et al, 2001). Entre las mujeres que participaron en este estudio, el Índice de Depresión (SCL-90) mostró que sus síntomas son prevalentes y generalmente subclínicos. Además, sabemos que estos síntomas se presentan en una etapa esencial para la toma de decisiones profesionales y personales, lo que nos obliga a desarrollar estrategias de atención específicas para ellas.

La mayor prevalencia de depresión en la mujer (Kessler, 2006) es únicamente una dimensión del papel del género en la salud y enfermedad mental. El género tiene un poder significativo para explicar la susceptibilidad y exposición diferencial al riesgo y desenlace de este tipo de trastornos (Astbury, 2001). El género se considera un determinante estructural de salud mental, que acentúa las desigualdades asociadas a otros determinantes socioeconómicos como la educación, ingreso económico, empleo y posición social. También afecta el poder y control que hombres y mujeres tienen sobre el acceso a recursos, estatus, roles y trato en la sociedad.

La relación entre la función reproductiva de la mujer y su salud mental ha sido ampliamente discutida, pero otros aspectos de la vida femenina han sido olvidados. Principalmente en los países en desarrollo los programas de salud dirigidos a la mujer se enfocan a su salud reproductiva y control de la fertilidad. Resulta muy interesante el estudio realizado en el distrito ghanés de Volta, en el que se encuestó a las mujeres sobre sus principales preocupaciones de salud. Ellas no identificaron aspectos reproductivos, sino que mencionaron “*pensar mucho*” o “*preocuparse demasiado*”, frases ampliamente asociadas con depresión en Sudáfrica. Como causa de sus problemas describían pesadas cargas de trabajo, la división de labores de acuerdo al sexo, inseguridad económica y la exclusiva responsabilidad sobre el cuidado de los niños (Patel et al, 1995; Avotri y Walters, 1999).

De forma paralela, a pesar de que las mujeres participantes en este estudio son estudiantes de medicina y conocen sobre los factores fisiológicos de los síntomas depresivos, no ampliaron en ellos como lo hicieron con los factores de origen social asociados a sus relaciones familiares, de pareja y académicas. Esto nos hace suponer que es el ambiente que las rodea, el que tiene mayor relación con su estado de ánimo o es al menos al que ellas le dan más importancia. Por lo tanto, las intervenciones que tengan como objetivo modificar esta sintomatología, deberán contemplar los factores psicosociales que las rodean.

Los estresores que se han identificado entre los estudiantes de medicina son las evaluaciones académicas, preocupación por las calificaciones obtenidas, competición entre pares, cantidad y dificultad del material de estudio, así como falta de tiempo dedicado a la familia, amigos y recreación (Bramness et al, 1991).

En el desarrollo de su carrera, el estudiante de medicina cambiará actitudes y adquirirá las formas especiales de aprendizaje que requiere la misma. Se espera que asuma, en cierta forma, la responsabilidad de la salud de otros seres humanos que no pueden curarse por sí mismos, y muchas veces, que 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 o ineptitud (Fouilloux, 2005).

El alumno debe 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 su trabajo cotidiano el médico transgrede prohibiciones comunes y tabúes de la comunidad (Fouilloux, 2005).

En los grupos de discusión las estudiantes mostraron que el primer año de la carrera es un periodo crítico de adaptación tanto a la carga académica como al ritmo de trabajo y las nuevas relaciones sociales a las que se enfrentan. La mayoría están acostumbradas a tener los promedios más altos de su generación y al entrar a Medicina observan que no obtienen las calificaciones esperadas y que la competencia con sus compañeros es muy fuerte.

El ritmo de estudio, que solía ser ligero, se vuelve intenso; los horarios son más amplios; el material de estudio es extenso; las actividades extracurriculares son difíciles de llevar o se suspenden por completo; las actividades sociales disminuyen; la relación con la pareja se torna conflictiva y el contacto familiar disminuye. Todo esto las aísla a un mundo casi exclusivo de la Medicina, lo que les impide tener una red de apoyo que las sostenga en momentos de crisis.

Se conoce que estresores ligados a alguna pérdida se asocian más fuertemente con el riesgo de depresión, mientras que los estresores ligados a peligro lo hacen con ansiedad (Brown et al, 1993). De esta forma, se explica que al inicio de la formación las estudiantes se perciban en peligro académico y predominen síntomas ansiosos por el estrés al que se ven sometidas. Posteriormente, se desarrollan mecanismos de defensa y aparecen síntomas depresivos como consecuencia de la autopercepción devaluada por no obtener los resultados esperados a nivel académico ni personal.

En la carrera de medicina se desarrollan competencias técnicas y a la vez, se debe preparar al estudiante para contender con las aptitudes psicológicas que requiere su profesión. Desde la primera ocasión en que se practica una incisión en 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 habilidades psicomotoras que lo hacen competente en su trabajo. Las emociones gradualmente son eliminadas del trabajo médico y lo que permanece en la conciencia son los conocimientos y las habilidades. Así, adquirir conocimientos en forma exhaustiva, no es sólo una manera de ayudar a los pacientes, sino también una forma de autodefensa contra la ansiedad (Fouilloux, 2005).

Posterior a la crisis inicial de adaptación a la carrera, la competencia por sobresalir académicamente se vuelve complicada. El que las oportunidades o beneficios académicos como escoger grupo, hospital, horario o profesores, estén supeditados al promedio del alumno, aumenta la autoexigencia por obtener mejores calificaciones, con el consecuente sentido de devaluación cuando sucede lo contrario.

Según Tellenbach, el mundo del depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una imperiosa necesidad de complacer a personas significativas; estos pacientes buscan seguridad y evitan situaciones que podrían provocarles culpa (Tellenbach, 1976). Esto explica cómo las estudiantes dirigen sus esfuerzos casi de manera exclusiva a lograr el éxito académico, pero al notar que no se cubren sus expectativas permanecen en un círculo vicioso de culpa-exigencia-depresión.

Según Beck, la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa (Beck, 1976). De igual forma, las estudiantes al observar su vulnerabilidad académica generalizan sus problemas al área personal, la cual además no se desarrolla por la preocupación principal dirigida al aspecto escolar.

Por su parte, Freud señaló que la diferencia crucial entre duelo y depresión radica en la localización de la pérdida. En el duelo, es el ambiente el que se empobrece; mientras que en la depresión, es la propia persona la que queda vacía y vulnerable (Freud, 1915). Las estudiantes suelen percibir que ellas han dejado de ser buenas estudiantes, que no son capaces de desarrollarse en una carrera tan demandante y competitiva y por lo tanto han perdido valor como personas.

Es común que los pacientes con síntomas afectivos perciban que sus molestias son “invisibles u ocultas” para aquellos que están a su alrededor, en contraste con los síntomas o signos físicos que son visibles de primera instancia. En consecuencia la depresión se considera un problema “trivial” que les dificulta buscar ayuda (Kadam et al, 2001). Parecería que algo similar sucede con estas mujeres, quienes inmersas en un ambiente escolar altamente competitivo suelen identificar como problema prioritario el fracaso académico, mientras que el malestar afectivo pierde relevancia.

Se ha encontrado que los sujetos con depresión, más que enfatizar en los síntomas o sentimientos depresivos expresan su vivencia a través de sentirse incapaces de afrontar los problemas cotidianos, en particular con alteraciones en el funcionamiento diario y el cumplimiento de roles sociales (Kadam et al, 2001; Rogers et al 2001; Khan et al, 2007).

Un problema frecuente en el estudiante de medicina es tener que equilibrar su vida profesional con su vida personal. 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 (Fouilloux, 2005).

La presión social para cumplir con roles de género suele aumentar dramáticamente en el transcurso de la adolescencia. En las mujeres suele limitarse el comportamiento aceptado y aumenta la preocupación por la apariencia física (Wichstrom, 1999). Son muchas las mujeres a quienes desde la infancia temprana se les alentó de manera encubierta o manifiesta, hacia la maternidad y las tareas domésticas, metas que parecían deseables porque se les asociaba con el patrón de vida en el cual el amor romántico es la meta dominante (Arieti y Bemporad, 1978).

De esta manera, para las estudiantes de medicina resulta importante contar con una pareja afectiva, no solamente por el apoyo que puedan recibir de su parte, sino por la sensación de estar dirigidas a la realización de su meta de amor romántico. Sin embargo, en el transcurso de la carrera viven con dificultad el iniciar y mantener estas relaciones y cada fracaso resulta un evento estresante mayor que impacta negativamente en su estado anímico.

En los hombres, en cambio, la meta dominante cuya no consecución desencadena el desorden depresivo, se vincula en general con la profesión (Arieti y Bemporad, 1978). Es posible suponer que dado el tiempo que implica el estudio de esta carrera, la mayoría de las relaciones afectivas que desarrollan las estudiantes son con sus compañeros médicos, ya sea de su mismo grado o de grados distintos. Así, cuando la relación concluye el impacto para ellas es mayor por el significado de vida que se le ha dado, sin embargo observan que para su compañero es más fácil sobreponerse porque se dirige entonces a sus estudios, complicando así el proceso de duelo.

Por otro lado, la maternidad o el matrimonio suponen para estas alumnas mayores responsabilidades y posible desgaste. Aunque no es lo común, las estudiantes que son madres o esposas deben cumplir con mayores roles, cubrir mayores gastos económicos y recibir más críticas cuando alguno de estos papeles no son cumplidos como socialmente se exige.

Ellas mismas identifican las dificultades económicas que implica tener hijos, aún más cuando las estudiantes carecen de una fuente de ingreso económico. Estos datos se relacionan con lo reportado en un estudio francés que describe que las amas de casa y madres solteras se encuentran más frecuentemente en la escala inferior o media de salario, mientras que las mujeres sin hijos, casadas o no, reciben mejores ingresos (Khlat et al, 2000).

Es frecuente que aquellas estudiantes que son madres, carezcan del apoyo masculino. Esto provoca además del desgaste de la responsabilidad materna, la sensación de fracaso amoroso y de incapacidad para continuar su formación académica. Un estudio

canadiense encontró que el ser madre soltera era la variable predictora más fuerte para la morbilidad psiquiátrica y la utilización de servicios de salud mental (Lipman et al, 1997).

Se ha asociado la mayor depresión y soledad en las mujeres médicos como consecuencia de su desarrollo en una profesión predominantemente masculina y el estar “fuera de sincronía” con mujeres de otras profesiones ya que anteponen su formación académica y retrasan la maternidad (Elliot y Girard, 1986). En vista de que una considerable cantidad de mujeres está abandonando el objetivo tradicional para adoptar el de una carrera, es posible predecir que muchas de ellas se frustrarán como consecuencia de la no realización de ese objetivo (Arieti y Bemporad, 1978), en especial si continúa la discriminación que las estudiantes perciben de parte de algunos de sus compañeros y profesores varones.

Conviene reconsiderar una teoría de la bibliografía psicoanalítica clásica y que sostiene que el complejo de castración puede explicar la mayor incidencia de depresión en las mujeres. Arieti propone que es más fácil afirmar que la mujer depresiva sufre un duelo, pero no por la castración de su pene, lo cual sería exclusivamente una fantasía suya, sino porque en verdad ha sido castrada en sentido metafórico. El pene simbólico del que fue despojada es el rol masculino en el mundo (Arieti y Bemporad, 1978).

Aún ahora, la mujer tiene dificultad para entrar al ambiente laboral, escapar del acoso sexual y avanzar en posiciones de mayor estatus y recompensa económica (Strickland, 1992). Las estudiantes entrevistadas observan que el ambiente en el que están inmersas es predominantemente masculino y jerárquico. Al convivir constantemente en hospitales con médicos varones a quienes están supeditadas como estudiantes, se les dificulta encontrar estrategias adecuadas para resolver el problema del acoso sexual cuando llega a presentarse.

No se debe olvidar que la carrera de medicina por tener una elevada carga académica y prolongada duración de estudio retarda la posibilidad de autonomía económica, que es una de las necesidades del adulto joven (Fouilloux, 2005). Dado que estas mujeres carecen de autonomía, poder de decisión e ingresos económicos, muchos otros aspectos de su vida y salud estarán también fuera de su control (Astbury, 2001).

Por el contrario, la capacidad para tomar decisiones, las actividades sociales la sensación de confianza y control sobre la propia vida, dificultan la aparición de depresión (Zunzunegui et al, 1998). Los sentimientos de autonomía y control disminuyen el riesgo de depresión a pesar de que se sufran pérdidas significativas (Brown et al, 1995).

La baja jerarquía es un predictor importante de depresión y las mujeres estudiantes de medicina suelen encontrarse en una posición desfavorable tanto porque se encuentran apenas en el inicio de su carrera profesional y también por su condición de género. Los sentimientos de pérdida, derrota, sometimiento, humillación, devaluación y marginalización se relacionan directamente con sus síntomas depresivos (Gilbert y Allan, 1998).

Los roles tradicionales de género suelen aprenderse en la familia y aumentan la susceptibilidad de pasividad, sumisión y dependencia, imponiendo el deber de cuidar de otros y realizar labores no remuneradas (Astbury, 2001). Algunas estudiantes refirieron falta esa de apoyo familiar con críticas relacionadas a su condición de mujer en la sociedad, así como la sobreexigencia de que, a diferencia de sus hermanos varones, apoyaran en las labores del hogar y el cuidado de los miembros.

El ambiente familiar, particularmente la calidez parental y la calidad del vínculo han demostrado que reducen los efectos deletéreos del estrés y promueven un funcionamiento adaptativo (Fromoso et al, 2000; Gaviria et al, 2002).

John Bowlby definió el apego parental como un vínculo estable que provee la sensación de seguridad y protección del niño (Bowlby, 1982). Este vínculo persiste en la edad adulta y aunque los padres no suelen ser la figura principal de apego para los hijos adultos, continúan siendo vistos como tales (Kenny y Donaldson, 1991).

La teoría del apego se ha relacionado con el desarrollo profesional. Un apego inseguro es incapaz de proporcionar una base fiable para que el sujeto considere opciones de carrera sin experimentar miedo o ansiedad. Por el contrario, adultos que tuvieron

relaciones positivas de apego con sus padres, tienden a la satisfacción académica y laboral (Blustein et al, 1991; Blustein et al, 1995).

Pertenecer a un nivel socioeconómico menor, así como tener problemas familiares se han asociado con un menor desempeño académico y con mayores tasas de deserción en estudiantes de medicina. Las dificultades económicas de los padres podrían forzar a los estudiantes a buscar trabajo, limitando el tiempo disponible para el estudio. Por otro lado, los problemas maritales en los padres podrían limitar el soporte emocional que proveen a sus hijos (Biggs et al, 1991).

El apoyo percibido en el rol laboral por parte de la organización y el recibido por los miembros de la familia aumentan significativamente la sensación de bienestar y la satisfacción con el trabajo y el hogar (Greenhaus y Parasuraman, 1994; Feldman et al, 2008). La satisfacción puede reducir el nivel de estrés de las mujeres, y con ello mejorar su bienestar. Al disminuir el nivel de estrés mejora la autoestima y se reducen los niveles de depresión (Kinnunen et al, 2007). Esta evidencia propone que las gratificaciones pueden tener un efecto amortiguador de las experiencias negativas que podrían surgir en el desempeño de cualquiera de los roles de estas mujeres, permitiéndoles mantener un nivel de salud adecuado.

En lo referente a las propuestas de apoyo, el principal acuerdo se dio en la necesidad de contar con un recurso externo al grupo que apoye a los alumnos en cuestiones no solo académicas, sino también personales o de relación entre ellos. La petición de un tutor que conozca al grupo y a los alumnos de manera individual parece provenir de la percepción de las estudiantes de que la relación con sus profesores es distante y con los compañeros es competitiva, por lo que se observan continuamente en un ambiente hostil y carente de fuentes de apoyo.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Kadam y colaboradores, los sujetos con depresión consideran necesario el apoyo de una persona externa que escuche sus problemas, les apoye a entender el problema y a poner sus miedos o temores en perspectiva. Además, los pacientes suelen considerar que es difícil encontrar a esa

persona, ya que cuando se sienten mal, la necesidad de apoyo es inmediata y no pueden esperar días o semanas para concertar una cita (Kadam et al, 2001).

Es clara la necesidad de realizar actividades extracurriculares para que estas mujeres promuevan su bienestar anímico. Sin embargo, la carga académica y la preocupación constante por su desempeño académico, les impide realizarlas. Por lo anterior una de sus propuestas se dirige a que se les provean planes estructurados para realizar estas actividades que representarían una fuente de distracción y relajación. Lo anterior puede ser a través de algún medio informativo, o por la misma Facultad de Medicina que ponga a su disposición actividades accesibles a sus necesidades.

La creación de una página en internet que contenga información sobre las dificultades a las que se enfrentan estas mujeres al estudiar medicina y sobre los cambios anímicos que les provoca, sería un primer medio de información que además propiciaría la relación con otros estudiantes, promoviendo la integración de los alumnos y la creación de mejores redes de apoyo.

Todo material de autoayuda debe utilizar un lenguaje familiar que permita la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud. También requiere de un conocimiento explícito sobre el amplio rango de mecanismos y factores causales que desencadenan los problemas propios de los pacientes y constituyen el fenómeno depresivo (Khan et al, 2007). Por lo tanto, la información obtenida en este estudio podría contribuir al desarrollo de dicho material, ya que se identificaron estresores específicos para la depresión en esta población.

A pesar de que existen distintas páginas informativas y de intervención breve para pacientes deprimidos, existe la necesidad de guías clínicas basadas en evidencia que faciliten la diseminación de intervenciones guiadas por internet y que contribuyan a la realización del material que tenga por objetivo apoyar a estas mujeres, que por ser estudiantes de medicina poseen necesidades especiales de atención.

Para incidir desde temprana edad en la depresión de la mujer, se ha propuesto implementar programas preventivos en escuelas. Mediante sesiones dirigidas a adquirir

herramientas cognitivo-conductuales se buscaría disminuir factores de riesgo (como rumiación o pensamiento negativo) y promover resiliencia (como asertividad o autoestima) entre las adolescentes. Posteriormente, aquellas estudiantes que manifiesten síntomas depresivos se derivarían a intervenciones preventivas selectivas o a tratamiento individual en caso necesario (Mendelson y Muñoz, 2006).

En este mismo sentido, se podrían implementar módulos obligatorios a todas las alumnas de la Facultad de Medicina y dar seguimiento a través de los tutores asignados para ello. Sería necesario un abordaje interdisciplinario que cubra mejor las necesidades de las alumnas (área médica, psicológica, pedagógica y académica) y facilite la diseminación del programa.

Resulta interesante la percepción del estudiante de que la escuela de medicina es demandante en tiempo, fría e impersonal (Bramness et al, 1991). Esto refuerza la necesidad de tener un contacto más cercano entre los estudiantes, profesores y personal de áreas clínicas, lo cual expresaron de manera similar las estudiantes entrevistadas.

Fue claro el acuerdo entre las estudiantes de que estos síntomas impactan de manera significativa en su desempeño académico, lo que provoca en ellas dudas vocacionales y el planteamiento de abandonar la carrera. Por lo anterior, sería conveniente un mayor compromiso por parte de las autoridades académicas tanto en la educación, prevención y apoyo con respecto a dichos síntomas. Aunque el primer año supone el cambio más drástico y por lo tanto el periodo más difícil de superar, los problemas y síntomas depresivos continúan presentes en los años posteriores, por lo que es conveniente mantener adecuadas medidas de apoyo a lo largo de la carrera.

También se encontraron sugerencias interesantes que formularon las alumnas respecto a su programa académico. Estas incluyen la inclusión de créditos obligatorios para realizar actividades extracurriculares que apoyen su bienestar psicosocial, la creación de grupos de apoyo tanto por un tutor como por alumnos de grados avanzados, así como la modificación del calendario académico para distribuir mejor la carga académica y evitar periodos exagerados de estrés y desgaste.

El estrés inherente a la profesión médica y la preparación para esta, deteriora de manera significativa el bienestar psicológico y la efectividad profesional de los médicos y estudiantes de medicina. Es así que la preparación para ejercer el rol médico debe contemplar diversos niveles, incluyendo el cuidado del bienestar personal de los estudiantes, campo en el que aún existe un rezago importante.

Las escuelas de medicina deberán animar a sus estudiantes para que alcancen un adecuado balance entre la formación académica y su formación personal, enfatizando la importancia de estrategias eficaces de afrontamiento y facilitando cursos de manejo de estrés (Kjeldstadli et al, 2006).

A pesar de que la prevención de la depresión es una prioridad de salud para ambos sexos, las iniciativas de investigación y creación de políticas preventivas dirigidas especialmente a las mujeres resultan particularmente críticas. Sin importar las condiciones sociales o culturales, la mujer tiene el doble de riesgo que el hombre para deprimirse; además la depresión en la mujer posee un impacto potencialmente mayor para la transmisión del riesgo a las siguientes generaciones (Mendelson y Muñoz, 2006; Muñoz et al, 1996).

Para que sean efectivas, las estrategias de prevención de trastornos mentales no pueden ser neutrales al sexo, ya que los riesgos por sí mismos son dependientes de este. Aunque es necesario mejorar las técnicas diagnósticas y terapéuticas de la depresión en la mujer, esto no es suficiente para disminuir su incidencia (Astbury, 2001). Resulta indispensable reducir las barreras para el acceso a la atención de salud mental, modificando los patrones de prevención y atención que tomen en cuenta las necesidades especiales de esta población.

La sensibilidad de los sistemas de salud hacia las necesidades específicas de la mujer no mejorará hasta que se desarrollen modelos informados por las mismas usuarias sobre el tratamiento y prestación de servicios. Para la mujer en general, pero especialmente para aquellas con necesidades especiales, los servicios deben ser más accesibles. Esto incluye horarios extendidos con atención nocturna o de fin de semana,

periodos cortos de espera, fácil acceso en transporte público e integración de servicios sociales además de los clínicos (O'Malley et al, 2000; Astbury, 2001).

Las mujeres universitarias y aún más las estudiantes de medicina suelen tener horarios complejos, por lo que no les es fácil integrarse a intervenciones largas que les consuman tiempo de estudio, por lo tanto las estrategias que se utilicen para tratarlas, deben ser más precisas y cortas para que sean además costo-efectivas (Paden et al, 2001).

De cualquier manera, para reducir la inequidad en salud resulta insuficiente la sola provisión de servicios médicos. Más que la creación de estrategias de apoyo para estas mujeres, el reto más grande es la prevención de sus síntomas, por lo que resulta indispensable integrar el enfoque de género en la educación en salud. Esto debe darse principalmente en los primeros niveles de atención y no solamente para tratar este tipo de trastornos, sino de manera primordial, para identificarlos oportunamente.

Existen distintas barreras que deben ser tomadas en cuenta en la planeación de programas para la atención de estudiantes de medicina con patología afectiva. Se ha encontrado que la falta de personal del sexo femenino es una barrera para que las mujeres utilicen los servicios de salud (Paolisso y Leslie, 1995). En los grupos de discusión algunas estudiantes refirieron que preferían acudir a atención individual con personal del sexo femenino. Sin embargo, cuando la intervención fuera grupal parece no influir mucho que el tutor sea hombre o que sean acompañadas por sus compañeros varones en las sesiones. Incluso sugirieron que era necesario que unos y otros supieran de los diferentes problemas para comprenderse mejor.

La depresión puede ser tratada eficazmente en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, para esto es necesario que las personas deprimidas reconozcan sus síntomas como parte de un trastorno, acudan a atención especializada y tengan conocimiento sobre la disponibilidad de tratamiento.

Un estado depresivo florido y grave es reconocido fácilmente por el estudiante mismo, pero no así los estados latentes o subclínicos, ya que muchas veces estas formas se confunden con flojera o pobres hábitos de estudio. Los estudiantes de medicina son

referidos a menudo a los servicios de salud mental, no por depresión, sino por otros problemas como los de concentración o dificultades en el estudio (Fouilloux, 2005).

La depresión es un trastorno muy particular en el que a diferencia de otras enfermedades médicas, el paciente no busca atención o tratamiento de forma activa. Dado que esta interfiere con el contenido del pensamiento, la emoción y la conducta, se vuelve imprescindible que se desarrollen estrategias adecuadas para la prevención, detección oportuna y tratamiento eficaz para los pacientes que la presentan.

Se ha reportado que a pesar de que los estudiantes de grados mayores han concluido el curso de Psiquiatría, persisten niveles elevados de retraso en la búsqueda de atención por síntomas afectivos, por lo que los servicios de apoyo deben ser otorgados de manera alterna a la formación curricular (Tija et al, 2005). Fue llamativo que las participantes del estudio no identificaron factores fisiológicos desencadenantes de sus síntomas depresivos. En su lugar refirieron problemas psicosociales, los cuales suelen identificar como cotidianos y que no pueden ser modificados en una terapia o abordaje médico. Además, persiste el estigma relacionado a los trastornos psiquiátricos y las estudiantes no parecen identificarse a sí mismas como posibles pacientes, como lo hacen en referencia a Dermatología, Gastroenterología o cualquier otra especialidad médica.

Es necesario mencionar un posible sesgo de selección en el estudio, que se deriva de que las alumnas participantes fueron voluntarias, posibilitando la exclusión de estudiantes con características especiales de cronicidad o severidad de los síntomas que podría haber modificado los resultados. Sin embargo, este es uno de los pocos estudios que buscan comprender desde una visión interna la depresión en estudiantes de medicina, lo que es indispensable para la toma de decisiones dirigidas a la disminución de este problema.

Para incidir más allá de los factores de riesgo individuales para depresión (como errores cognitivos o baja autoestima) e incluir aquellos de tipo ambiental (como rol social o estresores personales), es necesario ampliar la visión tradicional del trastorno para incorporar perspectivas epidemiológicas, sociológicas y de salud pública (Mendelson y Muñoz, 2006). De no incorporar factores ambientales y marcos teóricos interdisciplinarios,

continuaremos tratando únicamente los síntomas depresivos, sin incidir realmente en las causas subyacentes del problema (Brown et al, 2003).

Los datos encontrados en este estudio ratifican la necesidad de acortar la brecha entre la práctica y educación médica. Resulta paradójico que en el tiempo de estudio de la profesión que vela por el bienestar biopsicosocial del individuo, los futuros médicos presenten síntomas afectivos que permanecen encubiertos y deterioran su propio bienestar.

La importancia de la salud mental no radica sólo en el bienestar del propio médico, sino en la repercusión de ésta en la relación del médico con su paciente (Ortiz et al, 2007). Además el beneficio de atender de manera especial la depresión en la mujer tiene añadido un impacto transgeneracional, disminuyendo el riesgo del trastorno en su descendencia. Así las intervenciones preventivas que se dirijan a estas mujeres jóvenes tendrán un efecto acumulativo en la sociedad, visible quizá en dos o tres generaciones (Mendelson y Muñoz, 2006).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB: *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*. Psychological review. 1989; 96: 358-372.

Akiskal HS. *Mood disorders: introduction and overview*. En: Textbook of Psychiatry / Editado por Kaplan HI, Sadock BJ. 1995. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.

Amézquita ME, González RE, Zuluaga D: *Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado en la Universidad de Caldas, año 2000*. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2003; 32(4): 341:356.

Anderson L, Lewis G, Araya R, Elgie R, Harrison G, Proudfoot J, Schmidt U, Sharp D, Weightman A, Williams C: *Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice?* British Journal of General Practice. 2005; 55: 387-392.

Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kilic C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU: *The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys*. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2003; 12:3-21.

Andréu J: Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

Angold A, Costello EJ, Worthman CW: *Puberty and depression: The roles of age, pubertal status, and pubertal timing*. Psychological Medicine. 1998; 28:51-61.

Aranda MP, Castañeda I, Lee PJ, Sobel E: *Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans*. Social Work Research. 2001; 25: 37-48.

Arboleda LM: *El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2008; 26(1): 69-77.

Arechavaleta B, Ortiz S, Fouilloux C: *Detección de psicopatología en estudiantes de internado rotatorio de pregrado de la facultad de Medicina de la UNAM*. Psiquis. 2005; 14(5): 130-133.

Arieti S, Bemporad J: *Severe and mild depression. The psychotherapeutic approach*. 1978. Nueva York: Basic Books.

Astbury J: *Gender disparities in mental health*. Background report for World Health Assembly Roundtables. World Health Organization. Geneva. 2001. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/242.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf) [Accesado 2 de febrero de 2012].

Ayduk O, Downey G, Kim M: *Rejection sensitivity and depressive symptoms in women*. Personality and Social Psychology Bulletin. 2001; 27: 868-877.

Avotri JY, Walters V: *'You just look at our work and see if you have any freedom on earth': Ghanaian women's accounts of their work and health*. Social Science and Medicine. 1999; 48: 1123-1133.

Bandura A, Pasorelli C, Barbaranelli C, Caprara CV: *Self-efficacy pathways to childhood depression*. Journal of Social and Personality Psychology. 1999; 76: 258-269.

Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. 1976. Nueva York: International Universities Press.

Beck AT: *Cognitive therapy of depression: New perspectives*. En: Treatment of depression: Old controversies and new approaches / Editado por Clayton PE, Barrett JE. 1983. New York: Raven Press.

Beck AT: *Cognitive models of depression*. Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly. 1987; 1: 5-37.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery C: *Cognitive therapy of depression*. 1979. Nueva York: Guilford.

Beck R, Robbins M, Taylor C, Baker L: *An examination of sociotropy and excessive reassurance seeking in the prediction of depression*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2001; 23(2): 101-105.

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

Benedito MC, Carrió MC, Del Valle G, Domingo A: *Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004; 24(92):165-176.

Berelson B: *Content Analysis in Communication Research*. 1952. Free Press, Glencoe.

Berlanga C, Flores-Ramos M: *Different gender response to serotonergic and noradrenergic antidepressants. A comparative study of the efficacy of citalopram and reboxetine*. Journal of Affective Disorders. 2006; 95: 119-123.

Bernstein B: *Central issue importance as a function of gender and ethnicity*. Current Psychological Research and Reviews. 1992; 10:241-252.

Bierut LJ, Heath AC, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Madden PAF, Statham DJ, Dunne MP, Martin NG: *Major depressive disorder in a community-based twin sample: Are there different generic and environmental contributions for men and women?* Archives of General Psychiatry. 1999; 56: 557-563.

Bifulco A, Brown GW, Adler Z: *Early sexual abuse and clinical depression in adult life.* British Journal of Psychiatry. 1991; 159: 115-122.

Biggs JSG, Najman JM, Schultz EB, Williams G: *Parental problems influencing the academic achievement of medical students: a prospective study.* Medical Education. 1991; 25: 374-382.

Blazer DG, Kessler RC, Mc Gonagle K, Swartz MS: *The prevalence and distribution of major depression in a natural community sample: The National Comorbidity Survey.* Psychiatry. 1994; 151:979-986.

Blustein DL, Prezioso MS, Schultheiss DP: *Attachment theory and career development: Current status and future directions.* The Counseling Psychologist. 1995; 23: 416-432.

Blustein DL, Walbridge MM, Friedlander ML, Palladino DE: *Contributions of psychological separation and parental attachment to the career development process.* Journal of Counseling Psychology. 1991; 38: 39-50.

Boggiano A, Barret M: *Gender differences in depression in college students.* Sex Roles. 1991; 25:595-605.

Bonson KR, Johnson RG, Fiorella D, Rabin RA, Winter JC: *Serotonergic control of androgen-induced dominance.* Pharmacology, Biochemistry & Behavior. 1994; 49: 313-322.

Borisova NA, Proshlyakova EV, Saprionova AY, Ugrumov MV: *Androgen-dependent sex differences in the hypothalamic serotonergic system.* European Journal of Endocrinology. 1996; 134: 232-235.

Botwin MD, Buss DM, Shackelford TK: *Personality and mate preferences: Five factors in mate selection and marital satisfaction.* Journal of Personality. 1997; 65: 107-136.

Bowlby J: *Attachment and loss.* 1982. Segunda edición. Volumen 1. Nueva York: Basic Books.

Bracke P: *The three year persistence of depressive symptoms in men and women.* Social Science and Medicine. 2000; 51: 51-64.

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 Psychiatrica Scandinavica. 1991; 84: 340-345.

Brown C, Abe-Kim J, Barrio C: *Treatment is not enough: We must prevent depression in women*. En: Prevention and Treatment. / Editado por Le H-H, Muñoz RF, Ippen C, Stoddard JL. 2003; 6, artículo 18.

Brown GW: *Genetic and population perspectives on life events and depression*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1998; 33: 363-372.

Brown GW, Harris TO, Eales MJ: *Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population: 2. Comorbidity and adversity*. Psychological Medicine. 1993; 23:155-165.

Brown GW, Harris TO, Hepworth C: *Loss and depression: a patient and non-patient comparison*. Psychological Medicine. 1995; 25: 7-21.

Butler LD, Nolen-Hoeksema S: *Gender differences in responses to depressed mood in a college sample*. Sex Roles. 1994; 30:331-346.

Calderón y Narváez G: *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. 1999. México: Trillas.

Callejo J: *El marco teórico del grupo de discusión*. En: El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación / Editado por Callejo J. 2001. Barcelona: Ariel.

Campbell JC: *Health consequences of intimate partner violence*. Lancet. 2002; 359: 1331-1336.

Campbell DC, Kwon P: *Domain-specific hope and personal style: Toward an integrative understanding of dysphoria*. Journal of Social and Clinical Psychology. 2001; 20: 498-520.

Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E, Saldivar G: *Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida*. Salud Mental. 1999; 22(Esp):62-67.

Chang EC: *Optimism-pessimism and stress appraisal: Testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults*. Cognitive Therapy and Research. 2002; 26: 675-690.

Clark D: *Predictors of depression during the first 6 months of internship*. American Journal of Psychiatry. 1984; 141(9): 1095-1098.

Clark D, Zeldow P: *Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school*. JAMA. 1988; 260 (17):2521-2528.

Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR: *Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school*

*adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995; 34: 312-321.

Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, O'Connor E, Seeley J: *A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents.* Archives of General Psychiatry. 2001; 58: 1127-1134.

Cohen-Tovee EM: *Depressed mood and concern with weight and shape in normal Young women.* International Journal of Eating Disorders. 1993; 14: 223-227.

Connor-Smith JK, Compas BE: *Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression.* Cognitive Therapy and Research. 2002; 26: 39-55.

Costa PT, McCrae RR: *Inventario de personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R).* Adaptado por: Cordero A, Pamos A, Seisdedos N. 2008. Madrid: TEA Ediciones.

Coyne JC, Whiffen VE: *Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism.* Psychological Bulletin. 1995; 118: 358-378.

Dahlin M, Joneborg N, Runeson B: *Stress and depression among medical students: a cross sectional study.* Medical Education. 2005; 39:594-604.

De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. *Salud Mental en México.* 1997. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría – Fondo de Cultura Económica.

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

Díaz Martínez A, Romero A, Gómez C: *Mental health in a sample of first-year university students. A descriptive study of Mexican population.* New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. 1996; 4:231-241.

Donkin L, Christensen H, Naismith S, Neal B, Hickie IA, Glozier N: *A systematic review of the impact of adherence on the effectiveness of e-therapies.* Journal of Medical Internet Research. 2011; 13(3):e52.

Dunkley DM, Blamkstein KR, Halsall J, Williams M, Winkworth G: *The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators.* Journal of Counseling Psychology. 2000; 47: 437-453.

Dyrbye L, Thomas M, Shanafelt T: *Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students.* Academic Medicine. 2006; 81(4):354-373.

Elliot M: *Gender differences in causes of depression.* Women Health. 2001; 33:163-177.

Elliot DL, Girard DE: *Gender and the emotional impact of internship*. Journal of the American Medical Women's Association. 1986; 41(3): 82-86.

Fairbrother N, Moretti M: *Sociotropy, autonomy, and self-discrepancy: Status in depressed, remitted depressed, and control participants*. Cognitive Therapy and Research. 1998; 22(3): 279-296.

Fanous A, Gardner CO, Prescott CA, Cancro R, Kendler KS: *Neuroticism, major depression and gender: a population-based twin study*. Psychological Medicine. 2002; 32: 719-728.

Feingold A, Mozzella R: *Gender differences in body image are increasing*. Psychological Medicine. 1998; 9: 190-195.

Feinstein: *Clinical Epidemiology. The architecture of Clinical Research*. 1985. Saunders. 14-21.

Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Zaragoza J, Gómez V: *Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras*. Salud Pública de México. 2008; 50(6):482-9.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenburg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS: *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*. American Journal of Preventive Medicine. 1998; 14: 245-258.

Fergusson DM, Mullen PE: *Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective*. Sage Publications; 1999. Thousand Oaks, California.

Fernández F: *El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación*. Ciencias Sociales. 2002; 96: 35-53.

Fernández ME, Mutran EJ, Reitzes DC: *Moderating the effects of stress on depressive symptoms*. Research on Aging. 1998; 20(2): 163-182.

Fernández CJ, Giraldo HD: *Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado del programa de Medicina de la Universidad de Caldas, en el segundo semestre del año 2000*. 2001. Facultad de Ciencias para la Salud. Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano. Colombia, Universidad de Caldas.

Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan Y: *Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention*. Medical Education. 2007; 41:258-264.

Formoso D, González N, Aiken L: *Family conflict and children's internalizing and externalizing behaviour: Protective factors*. American Journal of Community Psychology. 2000; 28(2): 175-199.

Fouilloux C: *La salud mental del estudiante de medicina de la UNAM*. 2002. Tesis de Maestría en Psiquiatría. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM.

Fouilloux C: *La salud mental del estudiante de medicina*. En: Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria / Editado por Díaz Martínez A. 2005. México. UNAM.

Frank E, Biola H, Burnett C: *Mortality rates and causes among US physicians*. American Journal of Preventive Medicine. 2000; 19: 155-159.

Frenk J, Lozano R, González-Block MA: *Economía y salud: Propuestas para el avance de salud en México. Reporte final*. Fundación Mexicana para la Salud en México. 1994, DIF Estado de México.

Fresco DM, Sampson WS, Craighead LW, Koons AN: *The relationship of sociotropy and autonomy to symptoms of depression and anxiety*. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2001; 16: 17-31.

Freud S: *Doctrina General de las neurosis (1917)*. Obras Completas de Sigmund Freud. Emorrortu Editores. 2ª edición, 11ª reimpresión. Volumen XVI. Buenos Aires, 2007.

Freud S: *Duelo y Melancolía (1915)*. Obras Completas de Sigmund Freud. Emorrortu Editores. 2ª edición, 13ª reimpresión. Volumen XIV. Buenos Aires, 2008.

Fritz HL, Helgeson VS: *Distinctions of unmitigated communion from communion: Self-neglect and overinvolvement with others*. Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 75: 121-140.

Fuentes L, Libreros L, Pérez A: *Factores epidemiológicos asociados a la Depresión en Estudiantes de Medicina*. Informe Médico. 2007; 9(5);261-264.

Fujita F, Diener E, Sandvik E: *Gender differences in negative affect and well-being. The case of emotional intensity*. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 61:427-434.

Funabiky D, Bologna NC, Pepping M, Fitzgerald K: *Revisiting sex differences in the expression of depression*. Journal of Abnormal Psychology. 1980; 89:194-202.

Garnefski N, Arend E: *Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims*. Journal of Adolescence. 1998; 21(1): 99-107.

Gasto C, Vallejo J, Menchón JM: *Depresiones Crónicas*. Ediciones Doyma. 1993, España.

Gaviria S, Rodríguez MA, Álvarez T: *Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000*. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2002; 40(1).

- Gelder M, Mayou R, Geddes J: Oxford Psiquiatría. 2000. Madrid: Marbán libros.
- George MS, Ketter TA, Parekh PI, Horwitz B, Herscovitch P, Post RM: *Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women*. American Journal of Psychiatry. 1995; 152: 341-351.
- Gilbert P, Allan S: *The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view*. Psychological Medicine. 1998; 28: 585-598.
- Girgus JS, Nolen-Noeksema S: *Cognition and depression*. En: Women and Depression. A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences / Editado por Keyes CLM, Goodman SH. 2006. New York: Cambridge University Press.
- Givens J, Tija J: *Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use*. Academic Medicine. 2002; 77(9):918-921.
- Golding JM: *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis*. Journal of Family Violence. 1999; 14: 99-132.
- González S, Fernández C, Pérez J, Amigo I: *Prevención secundaria de la depresión en atención primaria*. Psicothema. 2006; 18(3):471-477.
- Goodwin RD, Gotlib IH: *Gender differences in depression: the role of personality factors*. Psychiatry Research. 2004; 126: 135-142.
- Greenglass ER: *Psychological implications of sex bias in the workplace..* Academic Psychological Bulletin. 1995; Special issue: Gender roles; 7:227-240.
- Greenhaus JH, Parasuraman S: *Work-family conflict, social support, and well-being*. En: Women in management; current research issues / Editado por Davidson MJ, Burje RJ. 1994. London: Paul Chapman.
- Grigoriadis S, Erlick G: *Gender Issues in Depression*. Annals of Clinical Psychiatry. 2007; 19(4):247-255.
- Hammen C: *Stress and depression*. Annual Review of Clinical Psychology; 2005. 1:293-319.
- Harrington R: *Causal Problems in Development an Psychopathology*. British Journal of Psychiatry; 2001. 179:93-4.
- Hayaki J, Friedman MA, Brownell KD: *Emotional expression and body dissatisfaction*. International Journal of Eating Disorders. 2002; 31: 57-62.
- Hays LR, Dickson LR, Lyles MR, Ludwig AM, Martin CA, Bird MA: *Treating psychiatric problems in medical students*. American Journal of Psychiatry. 1986; 143(11): 1428-1431.

Heim C, Nemeroff CB: *The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders*. *Biological Psychiatry*. 1999; 46(11): 1509-1522.

Heim C, Grahain YP, Heit SC, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB: Increased sensitivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychosocial stress in adult survivors of childhood abuse. *Society for Neuroscience Abstracts*. 1998; 28:201.

Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcok M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB: *Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood*. *JAMA*. 2000; 284:592-597.

Helgeson VS, Fritz HL: *A theory of unmitigated communion*. *Personality and Social Psychology Review*. 1998; 2(3): 173-183.

Henderson A: *Social support and depression. In the Meaning and Measurement of Social Support*. Hemisphere; 1992. Nueva York. Editado por Veiel H y Baumann U.

Hendrie H, Clair D, Brittain H, Fadul PE: *A Study of Anxiety/Depressive Symptoms of Medical Students, House Staff, and their Spouses/Partners*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1990; 178(3):204-207.

Hill J, Pickles A, Burnside E, Byatt M, Rollinson L, Davis R, Harvey K: *Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms*. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 179: 104-109.

Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Coryell W: *Premorbid personality assessments of first onset of major depression*. *Archives of General Psychiatry*; 1989. 46:345-50.

Hof Ev, Cuijpers P, Stein DJ: *Self-help and Internet-Guided Interventions in Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Meta-Analyses*. *CNS Spectrums*. 2009; 14(2-Suppl 3): 34-40.

Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA: *A Finnish validation study of the SCL-90*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 97:42-46.

Holmes TH, Rahe RH: *The Social Readjustment Rating Scale*. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967; 11: 213-218.

Hundelson P: *Qualitative research for health programmes*. 1994. OMS.

Ingram RE, Miranda J, Segal ZV: *Cognitive Vulnerability to Depression*. Guilford Press; 1998. Nueva York.

Jang Y, Haley WE, Small BJ, Mortimer JA: *The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life*. *The Gerontologist*. 2002; 42: 807-813.

Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P: *Predictors of efficacy in depression prevention programmes*. British Journal of Psychiatry. 2003; 183: 384-397.

Joiner TE, Wonderlich SA, Metalsky GI, Schmidt NB: *Body dissatisfaction: A feature of bulimia, depression, or both?* Journal of Social and Clinical Psychology. 1995; 14: 339-355.

Jones I, Kent L, Craddock N: *Genetics of Affective Disorders*. En Psychiatric genetics & Genomics / Editado por McGuffin P, Owen MJ, Gottesman II. 2002. Oxford: Oxford University Press.

Kadam UT, Croft P, McLeod J, Hutchinson M: *A qualitative study of patients' views on anxiety and depression*. British Journal of General Practice. 2001; 51: 375-380.

Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverley C, Parry G, Rooney G, Sutcliffe P: *Computerised cognitive behavior therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation*. Health Technology Assessment. 2006; 10(33): 1-186.

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

Kaplan HI, Sadock BJ: *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. 2000. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Katz J, Joiner TE Jr, Kwon P: *Membership in a devalued social group and emotional well-being: Developing a model of personal self-esteem, collective self-esteem, and group socialization*. Sex Roles. 2002; 47(9/10): 419-431.

Kendler KS: *Major depression and the environment: A psychiatric genetic perspective*. Pharmacopsychiatry. 1998; 31: 5-9.

Kendler KS, Gardner CO, Neale MC, Prescott CA: *Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes?* Psychological Medicine. 2001(a); 31: 605-616.

Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA: *Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects*. American Journal of Psychiatry. 2001(b); 158: 587-593.

Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA: *Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety*. Archives of General Psychiatry; 2003. 60:789-96.

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA: *Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression*. American Journal of Psychiatry; 1999. 156:837-41.

Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA: *The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression*. American Journal of Psychiatry. 2004; 161(4):631-636.

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Andrew CH, Eaves LJ: *The lifetime history of major depression in women: Reliability of diagnosis and heritability*. Archives of General Psychiatry. 1993; 50(11): 863-870.

Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA: *Gender differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressogenic Effects*. American Journal of Psychiatry; 2001. 158:587-93.

Kenny ME, Donaldson GA: *Contributions of parental attachment and family structure to the social and psychological functioning of first-year college students*. Journal of Counseling Psychology. 1991; 38: 479-486.

Kernis MH, Whisenhunt CR, Waschull SB, Greenier KD, Berry AJ, Herlocker CE, Anderson CA: *Multiple facets of self-esteem and their relations to depressive symptoms*. Personality and Social Psychology Bulletin. 1998; 24(6): 657-668.

Kessler RC: *The effects of stressful life events on Depression*. Annual Review of Psychology; 1997. 48:191-214.

Kessler RC: *The Epidemiology of Depression among Women*. En: Women and Depression. A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences / Editado por Keyes CLM, Goodman SH. 2006. New York: Cambridge University Press.

Kessler RC, Magee WJ: *Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey*. Psychological Medicine; 1993. 23: 679-90.

Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB; Hughes M, Swartz MS, Blazer DG: *Sex and depression in the National Comorbidity Survey II: Cohort effects*. Journal of Affective Disorders. 1994; 30:15-26.

Kessler RC, McLeod JD: *Sex differences in vulnerability to undesirable life events*. American Sociological Review. 1984; 49:620-631.

Ketter TA, George MS, Kimbrell TA, Post RM: *Functional brain imaging, limbic function, and affective disorders*. Neuroscientist. 1996; 2: 55-65.

Khan N, Bower P, Rogers A: *Guided self-help in primary care mental health. Meta-synthesis of qualitative studies of patient experience*. British Journal of Psychiatry. 2007; 191: 206-211.

Khlat M, Sermet C, Le Pape A: *Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990's*. Social Science and Medicine. 2000; 50: 1807-1825.

Kiecolt-Glaser JK, Newton TL: *Marriage and health: his and hers*. Psychological Bulletin. 2001; 127: 472-503.

Kinnunen V, Vermulst A, Gerris J, Makikangas A: *A work-family conflict and its relation to well-being. The role of personality as a moderating factor*. Personality and Individual Differences: 2003; 35:1669-83.

Kjeldstadli K, Tyssen R, Finset A, Hem E, Gude T, Gronvold NT, Ekeberg O, Vaglum P: *Life satisfaction and resilience in medical school – a six year longitudinal, nationwide and comparative study*. BMC Medical Education. 2006; 6:48.

Kleinman A, Good B: *Introduction: Culture and depression*. En: Culture and Depression / Editado por Kleinman A, Good B. 1985. Berkley: University of California Press.

Kobat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli S: *Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders*. American Journal of Psychiatry. 1992; 149:936-943.

Korman AK: *Psicología de la Industria y las Organizaciones*. Ediciones Marova. 1978. Madrid.

Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, Gelenberg AJ, Ryan CE, Hess AL, Harrinson W, Davis SM, Keller MB: *Gender differences in chronic major and double depression*. Journal of Affective Disorders. 2000; 60(2): 1-11

Korszun A, Altemus M, Young EA: *The Biological Underpinnings of Depression*. En: Women and Depression. A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences / Editado por Keyes CLM, Goodman SH. 2006. New York: Cambridge University Press.

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

Krippendorff K: *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. 1990. Piados Comunicación.

Krueger R: Focus groups. *A practical guide for applied research*. 1988. Thousand Oaks: Sage Publications.

Kuehner C: *Gender differences in the short term course of unipolar depression in a follow up sample of depressed inpatients*. Journal of Affective Disorders. 1999; 56: 127-139.

Kuehner C, Weber I: *Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory*. Psychological Medicine. 1999; 29: 1323-1333.

Lachman ME, Weaver SL: *The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being*. Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 74: 763-773.

Lara Muñoz C, Espinosa de Santillana I, Cárdenas ML, Fócil M, Cavazos J: *Confiabilidad y validez de la SCL-90. Evaluación de psicopatología en mujeres*. Salud Mental. 2005; 28(3): 42-50.

Lara Muñoz MC: *Evaluación clínica en Psiquiatría*. 2003. PAC – Psiquiatría 4. Libro 3. Intersistemas. 170-171.

Lazarus RS, Folkman S: *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, 1984. Nueva York.

Levey R: *Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them*. Academic Medicine. 2001; 76(2): 142-150.

Lipman EL, Offord DR, Boyle MH: *Single mothers in Ontario: sociodemographic, physical and mental health characteristics*. Canadian Medical Association Journal. 1997; 156: 639-645.

Lissman TL, Boehnlein JK: *A critical review of internet information about depression*. Psychiatric Services. 2001; 52(8):1046-50.

López-Ibor JJ, Valdés M: *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. 2002. Barcelona: Masson.

Lyons MJ, Eisen SA, Goldberg J, True W, Lin N, Meyer JM, Toomey R, Faraone SV, Merla-Ramos M, Tsuang MT: *A registry-based twin study of depression in men*. Archives of General Psychiatry. 1998; 5: 468-472.

Lyubomirsky S, Caldwell ND, Nolen-Hoeksema S: *Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories*. Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 75: 166-177.

Marcus SM, Young EA, Kerber KB, Kornstein S, Farabaugh AH, Mitchell J, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Trivedi MH, Ruch AJ: *Gender differences in depression: Findings from the STAR\*D study*. Journal of Affective Disorders. 2005; 87: 141-150.

Martire LM, Lusting AP, Schultz R, Miller GE, Helgeson VS: *Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness*. Health Psychology. 2004; 23: 599-611.

Mayberg HS: *Frontal lobe dysfunction in secondary depression*. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 1994; 6: 428-442.

Mayberg HS, Brannan SK, Tekell JL, Silva JA, Mahurin RK, McGinnis S, Jerabek PA: *Regional metabolic effects of fluoxetine in major depression: Serial changes and relationship to clinical response*. Biological Psychiatry. 2000; 48: 830-843.

Mayberg HS, Silva JA, Brannan SK, Tekell JK, Mahurin RK, McGinnis S, Jerabek PA: *The functional neuroanatomy of the placebo effect*. American Journal of Psychiatry. 2002; 159: 728-737.

Mazure CM, Bruce ML, Maciejewski PK, Jacobs SC: *Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response*. The American Journal of Psychiatry. 2000; 157: 896-903.

McGuffin P, Katz R, Walkins S, Rutherford J: *A hospital-based twin register of heritability of DSM-IV unipolar depression*. Archives of General Psychiatry. 1996; 53: 129-136.

McNaughton JL: *Brief interventions for depression in primary care. A systematic review*. Canadian Family Physician. 2009; 55: 789-796.

Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, Villatoro Velázquez J, Rojas Guiot E, Zambrano Ruiz J, Casanova Rodas L, Aguilar-Gaxiola S: *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Salud Mental. 2003; 26(4): 1-16.

Mendelson T, Muñoz RF: *Prevention of Depression in Women*. En: Women and Depression. A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences / Editado por Keyes CLM, Goodman SH. 2006. New York: Cambridge University Press.

Metzner RJ: *The targeted treatment of depression*. Program and abstracts of the 153rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 13-18, 2000; Chicago, Ill: Abstract 35D.

Michalak EE, Wilkinson C, Hood K, et al: *Seasonality, negative life events, and social support in a community sample*. British Journal of Psychiatry; 2003. 182:434-8.

Moffat K, McConnachie A, Ross S, Morrison J: *First year student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum*. Medical Education. 2004; 38:482-491.

Moller-Leimkuhler AM, Bottleder R, Strauss A, Rutz W: *Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression?* Journal of Affective Disorders. 2004; 80:87-93.

Mor N, Winquist J: *Self-focused attention and negative affect: A metaanalysis*. Psychological Bulletin. 2002; 128: 638-662.

Morgan D: *Focus groups as qualitative research*. Sage Publications, 1997.

Mori DL, Morey L: *The vulnerable body image of females with feelings of depression*. Journal of Research in Personality. 1991; 25: 343-354.

Mrazek P, Haggerty R: *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. 1994. Washington DC: National Academy Press.

Muñoz RF, Mrazek PJ, Haggerty RJ: *Institute of Medicine report on prevention of mental disorders – Summary and commentary*. American Psychologist. 1996; 51: 1116-1122.

Muñoz RF, Ying YW, Bernal G, Pérez-Stable EJ, Sorensen JL, Hargreaves WA, Miranda J, Miller LS: *Prevention of depression with primary care patients: A randomized controlled trial*. American Journal of Community Psychology. 1995; 23: 199-222.

Murray C, Lopez A: *The global burden of disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard University Press, 1996.

NCI Instituto Nacional del Cáncer: *Diccionario del Cáncer*. Disponible en <http://www.cancer.gov/diccionario?expand=A> [Accesado 26 de noviembre de 2011]

Nemeroff CB: *The neurobiology of depression*. Scientific American. 1998; 278:42-49.

Niemi PM, Vainiomäki PT: *Medical students' distress – quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme*. Medical Teacher. 2006; 28(2):136-141.

Nolen-Hoeksema S: *Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes*. Journal of Abnormal Psychology. 1991; 100: 569-582.

Nolen-Hoeksema S: *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. Journal of Abnormal Psychology. 2000; 109: 504-511.

Nolen-Hoeksema S: *The response styles theory*. En: Depressive rumination: Nature, theory and treatment of negative thinking in depression / Editado por Papageorgiou C, Wells A. 2003. New York: Wiley.

Nolen-Hoeksema S, Girgus JS: *The emergence of gender differences in depression during adolescence*. Psychological Bulletin. 1994; 115: 424-443.

Nolen-Hoeksema S, Jackson B: *Mediators of the gender differences in rumination*. Psychology of Women Quarterly. 2001; 25: 37-47.

Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C: *Explaining the gender difference in depressive symptoms*. Journal of Personality and Social Psychology. 1999; 77: 1061-1072.

Oates-Johnson T, DeCourville N: *Weight preoccupation, personality, and depression in university students: An interactionist perspective*. Journal of Clinical Psychology. 1999; 55: 1157-1166.

O'Hara MW, Lewis DA, Schlechte JA, Varner MW: *Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables*. Journal of Abnormal Psychology. 1991; 100: 63-73.

O'Keane V: *Unipolar depression in women*. En: Mood disorders in women / Editado por Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E. 2000. London: Martin Dunitz.

O'Malley AS, Forrest CB, O'Malley PG: *Low income women's priorities for primary care: a qualitative study*. Journal of Family Practice. 2000; 49: 141-146.

OMS: *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*. 1993. Division of Family Health. Division of Mental Health. WHO/FHE/MNH/93.1. Distr.; General.

OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 1998. La vida en el siglo XXI*. 1998(a), Génova.

OMS: *Gender and health: technical paper. Report no. WHO/FRH/WHO/98.16*. 1998(b), Génova.

OMS: *Women's Mental Health. Evidence Based Review*. 2000(a). Mental Health Determinants and Population. Department of Mental Health and Substance Dependence. WHO/MSD/MDP/00.1. Distr.; General.

OMS: *Cross-national comparisons of mental disorders. WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology*. Bulletin of the World Health Organization. 2000(b); 78(4): 413-426.

OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. 2001. Ginebra.

OMS: *Depression*. 2008. Mental Health Topics. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/topics.html](http://www.who.int/mental_health/topics.html). [Accesado 20 de octubre de 2008]

Ornel J, Vankorff AJ, Oldehinkel GS, Tiemens BG, Üstun TB: *Onset of disability in depressed and non depressed primary care patients*. Psychological Medicine. 1999; 29: 847-853.

Ortega AA, Fernández T, Osorio P: *Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003; 19: 538-541.

Ortiz S, Arechavaleta B, Tafoya SA, Fouilloux C. *Riesgo de enfermedad mental en internos de pregrado de la facultad de medicina de la UNAM*. Psiquiatría. 2007; 23(2): 1-3.

Osorio Y: *Asociación de síntomas depresivos, síntomas ansiosos y rasgos de personalidad con desempeño académico de estudiantes de medicina de una universidad*

*privada en la Ciudad de México*. Tesis Especialidad (Especialidad en Psiquiatría)-UNAM, Facultad de Medicina. México, 2009.

Osorio Y, Lara MC, Muñoz A: *Asociación de síntomas depresivos, síntomas ansiosos y rasgos de personalidad con el desempeño académico de estudiantes de medicina*. Psiquiatría. 2009; 25(3): 8-13.

Oxman TE, Hull GE: *Social support and treatment response in older depressed primary care patients*. Journal of Gerontologic B Psychology Sciences Social Sciences; 2001. 56:35-45.

Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S: *Social support and resilience to stress: From Neurobiology to Clinical Practice*. Psychiatry. 2007; 4(5): 35-40.

Paden AR, Rayens MK, Hall La, Beebe LH: *Preventing depression in high-risk college women: a report of an 18-month follow up*. Journal of American College Health. 2001; 49(6): 299-306.

Pakriev S, Poutanen O, Salokangas RKR: *Causal and pathoplastic risk factors of depression: Findings of the Tempere Depression Project*. Nordic Journal of Psychiatry. 2002; 56: 29-32.

Paolucci EO, Genuis ML, Violato C: *A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse*. Journal of Psychology. 2001; 135: 17-36.

Paolisso M, Leslie J: *Meeting the challenging health needs of women in developing countries*. Social Science and Medicine. 1995; 40: 55-65.

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

Pasqualini RQ: *Sir William Osler en McGill*. Medicina (Buenos Aires). 2005; 65(5): 471-474. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802005000500016&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000500016&lng=es&nrm=iso). [Accesado 22 de abril de 2012]

Patel V, Simunyu E, Gwanzura F: *Kufungisisa (thinking too much): a Shona idiom for non-psychotic mental illness*. The Central African Journal of Medicine. 1995; 41(7): 209-215.

Paykel ES: *Life events, social support and depression*. Acta Psychiatrica Scandinava Supplement; 1994. 337:50-58.

Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García MC: *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006; 44(5): 409-414.

Pérez M, García JM: *Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. Psicothema. 2001; 13(3):493-510.

Piccinelli M, Homen FG: *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. 1997. World Health Organization, Geneva.

Piccinelli M, Wilkinson G: *Gender differences in depression. Critical review*. British Journal of Psychiatry. 2000; 177: 486-492.

Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y: *The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders*. Archives of General Psychiatry. 1998; 55: 56-64.

PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: *Informe sobre desarrollo humano 1995*. Oxford University Press. 1995, Nueva York.

Ressler KJ, Nemeroff CB: *Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of mood disorders*. Biological Psychiatry. 1999; 46: 1219-1233.

Riley D, Echenrode J: *Social ties: Subgroup differences in costs and benefits*. Journal of Personality, Social Psychology. 1996; 51:770-778.

Risch SC: *Recent advances in depression research: from stress to molecular biology and brain imaging*. Journal of Clinical Psychiatry. 1997; 58 (Suppl 5):3-6.

Rogers A, May C, Oliver D: *Experiencing depression, experiencing the depressed: the separate worlds of patients and doctors*. Journal of Mental Health. 2001; 10: 317-333.

Rosado C, Morales J: *El efecto del Adiestramiento Cognoscitivo-Conductual Grupal sobre la Depresión Leve y las Destrezas para la vida en Jóvenes Universitarios de Primer Año de una Universidad privada de Puerto Rico*. Cuaderno de Investigaciones en la Educación. 1998; número 13.

Rude SS, McCarthy CT: *Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students*. Cognition and Emotion. 2003; 17: 799-806.

Rutter M: *Connections between child and Adult Psychopathology*. European Child and Adolescent Psychiatry; 1996. 5:4-7.

Rutter M: *The interplay of nature, nurture, and developmental influences*. Archives of General Psychiatry. 2002; 59: 996-1000.

Sadek N, Nemeroff C: *Actualización en neurobiología de la depresión*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2000; 64 (3): 462-485.

Sanathara VA, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS: *Interpersonal dependence and major depression: Aetiological inter-relationship and gender differences*. Psychological Medicine. 2003; 33: 927-931.

Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD: *Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998; 66: 654-654.

Sayer M, De Saintonage CM, Evans D, Wood D: *Support for students with academic difficulties*. Medical Education. 2002; 36(7):643-650.

Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Primera edición, 2007.

Seidlitz L, Diener E: *Sex differences in the recall of affective experiences*. Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 74: 262-271.

Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD: *The prevention of depression and anxiety*. Prevention and Treatment. 1999; 2, artículo 8.

Shapiro S, Schwartz G, Bonner G: *Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students*. Journal of Behavioral Medicine. 1998; 21(6):581-599.

Shea MT, Widiger TA, Klein MH: *Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1992; 60: 857-868.

Sheline YI, Sanghavi M, Mintun MA, Grado MH: *Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression*. Journal of Neuroscience. 1999; 19(12): 5034-5043.

Shweder RA, Bourne EJ: *Does the Concept of the Person Vary Cross-Culturally?* En: Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion / Editado por Shweder RA, LeVine RA. 1984. Cambridge: Cambridge University Press.

Simoni-Wastila L: *The use of abusable prescription drugs: the role of gender*. Journal of Women's Health and Gender Based Medicine. 2000; 9; 289-297.

Smith CK, Peterson F, Degenhardt B, Johnson J: *Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students*. Psychology, Health and Medicine. 2007; 12(1):31-39.

Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS: *The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment*. Annual Review of Clinical Psychology; 2005. 1:255-291.

Sowa CJ, Lustman PJ: *Gender differences in rating stressful events, depression, and depressive cognition*. Journal of Clinical Psychology; 1984. 40: 1334-1337.

Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V: *Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis*. Psychological Medicine. 2007; 37(3): 319-328.

Stacciarini JM, O'Keeffe M, Mathews M: *Group therapy as treatment for depressed latino women: a review of the literature*. Issues in Mental Health Nursing. 2007; 28:473-488.

Strickland B: Women and Depression. Current Directions in Psychological Science. 1992; 1(4): 132-135.

Strong SM, Williamson DA, Netemeyer RG, Geer JH: Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. Journal of Social and Clinical Psychology. 2000; 19:240-255.

Stroud LR, Salovey P, Epel ES: *Sex differences in stress responses: Social rejection versus achievement stress*. Biological Psychiatry. 2002; 52: 318-327.

Sullivan PE, Neale JM, Kendler KS: *Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis*. American Journal of Psychiatry; 2000. 157: 1552-1562.

Symonds A: *The dynamics of depression in functioning women: Sexism in the family*. Journal of American Academy of Psychoanalysis; 1996. 14:395-406.

Taylor SJ, Bogdan R: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 1987. España: Ediciones Paidós Básica.

Tellenbach H: *Melancolía, visión histórica del problema, endogenicidad, tipología, patología, clínica*. 1976. Madrid: Morata.

Thayer R, Newman R, Mc Cain T: *Self-regulation of mood, raising energy, and reducing tension*. Journal of Personality and Social; 1994. 67:910-925.

Tija J, Givens J, Shea J: *Factors associated with undertreatment of medical student depression*. Journal of American College Health. 2005; 53(5): 219-224.

Treynor W, González R, Nolen-Hoeksema S: *Rumination reconsidered: A psychometric analysis*. Cognitive Therapy and Research. 2003; 27: 247-259.

Tsuang MT, Faraone SV: *The genetics of mood disorders*. Baltimore, MD. John Hopkins University Press, 1990.

Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV: *Gene-environment interactions in mental disorders*. World Psychiatry. 2004; 3(2): 73-83.

Tyssen R, Vaglum P: Mental health problems among *Young doctors: an updated review of prospective studies*. Harvard Review of Psychiatry. 2002; 10(3): 154-165.

UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. *Clínica del Programa de Salud Mental*. Disponible en [http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir\\_ver=87](http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir_ver=87) [Accesado 6 de mayo de 2012]

UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México. *La UNAM abre al público servicio de call center para atención psicológica*. Boletín UNAM-DGCS-220. Ciudad Universitaria. 06:00 hrs. 10 de abril de 2012.

Vila AM, Labrador ME, Pérez MA, Cobos O, Remesal P: *Family dysfunction as predisposing factor of mental disease. Does the relationship exist?* Atención Primaria. 2000; 26: 453-458.

Vlassoff C, García Moreno C: *Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations*. Social Science and Medicine. 2002; 54(11): 1713-1723.

Wade TD, Kendler KS: *The relationship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives*. Journal of Nervous and Mental Disease. 2000; 188: 251-258.

Ward A, Lyubomirsky S, Sousa L, Nolen-Hoeksema S: *Can't quite commit: Ruminators and uncertainty*. Personality and Social Psychology Bulletin. 2003; 29: 96-107.

Weissman MM, Bland R, Canino G, Greenwald S, Hwu H, Joyce P, Karam E, Lee C, Lellouch J, Lapine J, Newman S, Rubio-Stipec M, Wells J, Wickramaratne P, Wittchen H, Yeh E: *Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries*.

Whisman MA: *Marital adjustment and outcome following treatments for depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001; 69: 125-129.

Whisman MA, Sheldon CT, Goering P: *Psychiatric Disorders and Dissatisfaction with Social Relationships. Does type of relationship matter?* Journal of Abnormal Psychology; 2000. 109:803-8. Psychological Medicine. 1999; 29: 9-17.

Wichstrom L: *The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization*. Developmental Psychology. 1999; 35: 232-245.

Widiger TA: *Personality and depression: Assessment issues*. En: Personality and depression: A current view / Editado por Klein MH, Kupfer DJ, Shea MT. 1993. New York: Guilford.

Widiger TA, Anderson KG: *Personality and depression in women*. Journal of Affective Disorders. 2003; 74: 59-66.

Widiger TA, Mullins-Sweatt S, Anderson KG: *Personality and Depression in Women*. En: Women and Depression. A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical

Sciences / Editado por Keyes CLM, Goodman SH. 2006. New York: Cambridge University Press.

Widiger TA, Spitzer R: *Sex bias in the diagnosis of personality disorders: conceptual and methodological issues*. Clinical Review. 1991; 11:1-22.

Wilhelm K: *Depression: From Nosology to Global Burden*. En: Women and Depression. A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences / Editado por Keyes CLM, Goodman SH. 2006. New York: Cambridge University Press.

Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J, Asghari A: *Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes*. Journal of Affective Disorders. 1999; 54: 139-147.

Wissman MM, Klerman L: *Sex differences and the epidemiology of depression*. Archives of General Psychiatr. 1977; 34: 98-111.

Yalom ID: Tratamiento de la Depresión. 1999, México: Ediciones Garnica.

Yee JL, Shultz R: *Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers*. Gerontologist. 2000; 40: 147-164.

Yoder C, Shute G, Tryban G: *Community recognition of objective and subjective characteristics of depression*. American Journal of Community Psychology. 1990; 18:547-566.

Young EA: *Sex differences and the HPA axis: implications for psychiatric disease*. Journal of Gender-Specific Medicine. 1998; 1:21-27.

Zahn-Waxler C: *The development of empathy, guilt, and internalization of distress. Implications of gender differences in internalizing and externalizing problems*. En: Anxiety, Depression and Emotion / Editado por Davidson JR. 2000. New York: Oxford University Press.

Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V: *Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1998; 33: 195-205.

## **ANEXOS**

La evidencia existente deja claro que la depresión es un problema de enorme importancia en la mujer no solo por el impacto que le provoca, sino también por el aumento en la frecuencia de estos trastornos en relación a generaciones anteriores (Kessler, 2006).

A continuación se muestran algunos recursos psicoeducativos y de apoyo, disponibles en internet.

# beacon



**Beacon** is your portal to online applications for mental and physical disorders.

A panel of health experts categorise, review and rate websites. These ratings are provided to you along with the site link and access information.

Improve your health by undertaking programs that have been found to work!



#### Registered users

Username   
Password   
[forgotten your password](#)

#### Not registered yet?



Registered users gain full access to site capabilities

**Current website categories:** Alcohol dependence, bipolar disorder, depression, eating distress (body image, anorexia, bulimia), epilepsy, stress, tinnitus, weight and obesity, phobias, post-traumatic stress disorder, resilience, social anxiety, generalised anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, pain and panic disorder.

[About](#) | [Contact](#) | [Help](#) | [FAQ](#) | [Smiley Rating System](#) | [Privacy](#) | [Copyright disclaimer](#) | [Feedback](#)



Learn how our culture puts us apart

# Beat Depression and Anxiety

Beating the Blues is the most widely used and evidence based CCBT program for the treatment of depression.



- Patients**  
Feeling anxious or depressed, find out how Beating the Blues can help you.
- Practitioners**  
Hear how Beating the Blues can help in your practice.
- Video**  
See how Beating the Blues is changing peoples lives.
- Login**  
Welcome back, please login if you have your access details.
- Activate**  
If you have been provided an activation code, create an account here.

## Helping you to get better

and stay better

-  Beating the Blues treats depression and anxiety by using Cognitive Behavioural Therapy (CBT) which has been recommended for use across the NHS.
-  The program is made up of 8 weekly sessions, each session takes about 50 minutes to complete. It is completely confidential and can be completed at times to suit you.
-  If you live in the UK you should be offered computerised CBT as a part of your treatment. Make sure you get the best quality - ask for Beating the Blues.
-  Watch a guide to the benefits of using Beating the Blues for health professionals.
-  7 out of 10 people who have used Beating the Blues have been able to overcome their depression and many would recommend it to one of their friends.
-  System requirements, technical guidance and helpful information for using the program.

©Copyright 2006 - 2012 [Ultrasix](#). All rights reserved. Valid XHTML 1.0 Strict



[Emergency Help](#)



 User Name   Remember Me?  
 Password

[Register](#)    [FAQ](#)    [Calendar](#)    [Today's Posts](#)    [Search](#)

Welcome to BlueBoard!

BlueBoard is an online community for people suffering from depression or anxiety, their friends and carers, and for those who are concerned that they may have depression or anxiety and want some support. We hope that this bulletin board will enable people to reach out and both offer and receive help. **The main thing we want you to know is that you are not alone!** In order to post messages you will first need to [register](#) with a made-up alias.

**\*IMPORTANT\*** Please don't use a real name as part of your username or for privacy reasons we will have to disable your account. We just hate having to do this but protecting members' privacy is a really important aspect of BlueBoard. :) [Click here](#) to read more about usernames.

Forum	
	<a href="#">BlueBoard Notices</a> Sub-Forums: <a href="#">Rules and Consent</a> , <a href="#">BlueBoard Notices</a> , <a href="#">Emergency Help</a> , <a href="#">* New members: What happened to Fred Smith? *</a>
	<a href="#">Depression and Bipolar Disorder</a> Sub-Forums: <a href="#">Living with depression</a> , <a href="#">Living with bipolar disorder</a> , <a href="#">Taking care of ourselves</a>
	<a href="#">Generalised Anxiety</a> Sub-Forums: <a href="#">Living with generalised anxiety</a> , <a href="#">Taking care of ourselves</a>
	<a href="#">Social Anxiety</a> Sub-Forums: <a href="#">Living with social anxiety</a> , <a href="#">Taking care of ourselves</a>
	<a href="#">Panic Disorder</a> Sub-Forums: <a href="#">Living with panic disorder</a> , <a href="#">Taking care of ourselves</a>
	<a href="#">Obsessive Compulsive Disorder</a> Sub-Forums: <a href="#">Living with OCD</a> , <a href="#">Taking care of ourselves</a>
	<a href="#">Borderline Personality and Related Disorders</a> Sub-Forums: <a href="#">Living with borderline personality disorder</a> , <a href="#">Taking care of ourselves</a>
	<a href="#">Caring for someone with a mental health problem</a> Sub-Forums: <a href="#">General</a> , <a href="#">Depression and Bipolar Disorder</a> , <a href="#">Anxiety Disorders</a> , <a href="#">Other disorders</a>
	<a href="#">General</a> Sub-Forums: <a href="#">Chit chat</a> , <a href="#">Having a laugh</a> , <a href="#">Creative corner</a> , <a href="#">Suggestion Box</a>

[Mark Forums Read](#)

Top 5 Stats				
<b>Most Popular Forums (In last 90 days)</b>		<b>Latest Posts</b>		
1	<a href="#">Living with depression</a>	507	 <a href="#">Return to shore</a>	21 2 <a href="#">GenePirate</a> ▶ 25-03, 17:33 <a href="#">Living with bipolar disorder</a>
2	<a href="#">Living with bipolar disorder</a>	344	 <a href="#">Blended Family and Stepchildren</a>	26 2 <a href="#">finding the joy</a> ▶ 25-03, 11:22 <a href="#">Living with depression</a>
3	<a href="#">Living with borderline personality...</a>	71	 <a href="#">I'm New: GAD &amp; Depression</a>	31 2 <a href="#">spirit1</a> ▶ 25-03, 08:33 <a href="#">Living with generalised anxiety</a>
4	<a href="#">Depression and Bipolar Disorder</a>	57	 <a href="#">Need some advice....</a>	53 5 <a href="#">Onday2</a> ▶ 25-03, 02:34 <a href="#">Living with social anxiety</a>
5	<a href="#">Chit chat</a>	43	 <a href="#">Stormchaser here again....</a>	56 4 <a href="#">stormchaser</a> ▶ 24-03, 21:47 <a href="#">Living with bipolar disorder</a>
<b>Top Posters (In last 90 days)</b>		 <a href="#">Need help with handling highs</a>		
1	<a href="#">creative</a>	153	 <a href="#">On a high, need advice please</a>	39 4 <a href="#">stormchaser</a> ▶ 24-03, 21:25 <a href="#">Living with bipolar disorder</a>
2	<a href="#">chandra</a>	79	 <a href="#">New to BlueBoard and newly diagnosed...</a>	66 3 <a href="#">Struggling</a> ▶ 24-03, 16:07 <a href="#">Living with bipolar disorder</a>
3	<a href="#">BipolarBear</a>	72	 <a href="#">Zyprexa (Olanzapine) Side Effects?</a>	87 11 <a href="#">Struggling</a> ▶ 24-03, 15:44 <a href="#">Living with bipolar disorder</a>
4	<a href="#">finding the joy</a>	56	 <a href="#">falling apart</a>	169 17 <a href="#">Struggling</a> ▶ 24-03, 15:40 <a href="#">Living with bipolar disorder</a>
5	<a href="#">squeigh</a>	53	 <a href="#">Omega 3</a>	12 0 <a href="#">stormchaser</a> ▶ 23-03, 22:49 <a href="#">Living with bipolar disorder</a>

**What's Going On?**

**BlueBoard Statistics**

 **Threads: 6,107, Posts: 32,814, Members: 4,643**

Web2PDF  
converted by Web2PDFConvert.com

## BluePages

[Home](#) | [Symptoms](#) | [Treatments](#) | [Help & Resources](#) | [Online Prevention](#) | [Depression Search](#) | [About BluePages](#) | [BlueBoard](#)

## Home

Quiz: Am I Depressed?

Quiz: Worried About Anxiety?



**Friendly link**  
Support mental health research



This site complies with the HONcode standard for trustworthy health information: [verify here.](#)

## Welcome to BluePages

BluePages provides information on treatments for depression based on the latest scientific evidence

BluePages also offers screening tests for depression and anxiety, a depression search engine, and links to other helpful resources.

**Research News:**

A recent study conducted by the Centre for Mental Health Research found that teenagers overestimate the level of stigmatising attitudes and beliefs towards depression in the community. [You can read the abstract here.](#)

[Click here](#) to read what the experience of depression is really like.

**Help us improve BluePages!**

Please [complete our online survey](#) about your experiences with using the website.

**Symptoms**

[How does depression feel?](#)

**Treatments**

[What works and what doesn't?](#)

**Help and Resources**

[Where can I get help?](#)

**Prevention**

[How might depression be prevented?](#)

Seeking immediate help in Australia? Contact... [Lifeline: 13 11 14](#) or [Kids Helpline: 1800 551 800](#)

## Free online self-help



[Top](#)

© 2001 - 2011

The Centre for Mental Health Research, The Australian National University.

Created 18th August, 2001. Modified 27th September, 2011

[Disclaimer](#) | [Privacy](#) | [Feedback](#) | [Contact Us](#) | [Webmaster](#)

Web2PDF

converted by Web2PDFConverter.com



## Learning to Overcome Depression

A Self-guided Method for Learning Skills to Overcome Depression

Thank you for your interest in our online program for overcoming depression. Unfortunately, this program – written in 1999 – is now too vulnerable to malicious internet security attacks. We do not currently have the resources to recreate it using modern programming standards. Therefore, we have unhappily had to shut it down. Please check back periodically. We hope to restore this website if we can find funding for a modern reprogramming. As an alternative, consider the MoodGym website: <http://moodgym.anu.edu.au/welcome>. This offers a similar CBT approach to overcoming depression. Thank you - Greg Clarke

Web2PDF  
converted by Web2PDFConvert.com

<http://www.kpchr.org/feelbetter/>

Learning to Overcome Depression

# the MoodGYM

TRAINING PROGRAM / Mark III

Learn cognitive behaviour therapy skills  
for preventing and coping with depression

[Technical Requirements](#)

[Frequently Asked Questions](#)



Seeking immediate help?

In Australia contact [Lifeline](#): 13 11 14 or [Kids Helpline](#): 1800 551 800  
Local help lines for other parts of the world are listed at  
[lifeline.org](http://lifeline.org)



Find out more about e-hub Self-Help Programs for Mental  
Health and Wellbeing on Facebook:  
[www.facebook.com/ehub.selfhelp](http://www.facebook.com/ehub.selfhelp)

Donations: If you find MoodGYM useful, please consider making a  
[donation to AFFIRM which supports our work](#) - all donations support  
mental health research.

LOGIN

[New Users](#)

[Registered Users](#)

Please select a language for this  
session



Would you like to try something new?



e-couch is our newest online program for  
preventing and coping with depression,  
generalised anxiety disorder, and social anxiety disorder  
(and like MoodGYM it's free!).

[Click here to visit the e-couch program](#)

Recruitment Mailer



## Overcoming depression online

Welcome to MoodHelper! We're glad you're here.

To get started, you'll need the unique code on the invitation we sent you. The code is just a "ticket" to get into the website. It's not linked in any way to your personal information (like name, address, health information, etc.). You can decide later whether you want to sign up or not.

### New to the site?

Enter invitation code (one time use)



### Returning Users

- Record your mood and recent activities
- Learn more about managing your mood

*Need more information or have questions? See additional information below.*

[About MoodHelper](#)

[Tour the Site](#)

[Privacy](#)

MoodHelper is an Internet program for adults who want help managing depression. You can manage depression by doing more fun things and changing your thinking. MoodHelper can help—in the comfort of your own home, at your own pace, at no cost.

MoodHelper is a non-commercial, non-profit website. And it's part of a research study. Our goal is to see how people like using MoodHelper.

#### MoodHelper offers:

- Step-by-step training at your pace that teaches skills for dealing with depression
- Personalized feedback that analyzes how your daily activities affect your mood
- An easy test for measuring your mood—and keeping track of changes

#### CRISIS HELP

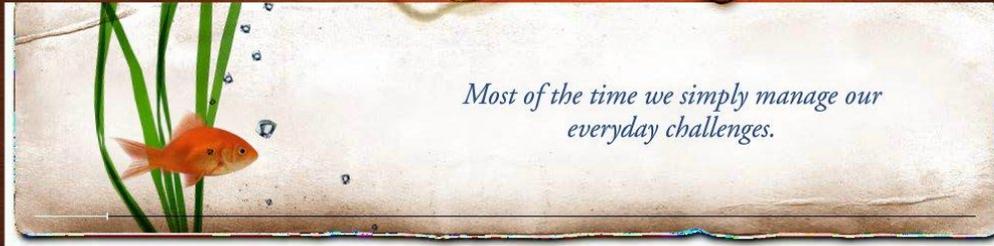
*This study is funded by National Institute of Health, and is conducted by the Kaiser Permanente Center for Health Research. You do not need to be a Kaiser member to take part.*

© Copyright 2011 Kaiser Permanente Center for Health Research

[Technical & Website Help](#)

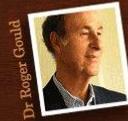
# My Virtual Shrink

Log in



*Most of the time we simply manage our everyday challenges.*

## Listen to Yourself



Dr. Roger Gould

Hello, I am Dr. Gould. I am a psychiatrist.

I have created MyVirtualShrink to help you listen to yourself. It is based on my book: *Transformations: Growth and Change in Adult Life*.

In this program there are no therapists but there are over 350 available therapeutic "sessions" to guide you through any of the problems in living that are bothering you right now. The sessions cover the full range from the insecurities and self criticism you impose on yourself to relationship friction, to work, to loneliness, to caring for others, and much more.

During each online interactive session you will be guided to think clearly, which means thinking broadly with perspective, listening to what your feelings are telling you, and analyzing in what ways your feelings might be leading you in the wrong direction as well as the right direction. This is the kind of conversation I have with my patients and now you can have this same conversation with yourself at any time.

## Three Vital Questions

1. What's bothering me?
2. What can I do about it?
3. Why don't I do it?

The emphasis will be on what you can do right now to reduce your stress by taking a thoughtful and safe next step on the path to resolution. The solution will come from you. We will draw it out and help you put it into common sense action language so you can do it, or at least think about why you are not doing it.

Thinking about an emotionally charged problem is hard for everyone to do alone, but it is something you must do if you want to keep your life moving forward with the minimum of distress and the maximum amount of satisfaction.

This is a place where you safely think and you won't get lost. Here is where you can get access to the most intelligent part of your own mind. You may start feeling stuck and confused. You will end with clarity.

[Get started now!](#)

Web2PDF  
powered by Web2PDFConvert.com



“La salud de la mujer está íntimamente ligada a su estatus en la sociedad.  
Se beneficia de la equidad y se debilita con la discriminación”.  
(OMS, 1998a)