

11241
16
24j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESTAMPADO
1995
MAY 30

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

DEPRESION EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

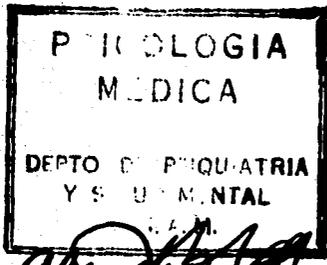
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

DRA. ROSA ISABEL SANTOS *Melgar*

[Signature]
ASESOR TEORICO: DRA SILVIA ORTIZ LEON

ASESOR METODOLOGICO: DR. HECTOR ORTEGA SOTO



[Signature]

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

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

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

DEPRESION EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

AUTOR:

DRA. ROSA ISABEL SANTOS

ASESOR TEORICO: DRA SILVIA ORTIZ LEON

ASESOR METODOLOGICO: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

G R A C I A S

AGRADEZCO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, LA OPORTUNIDAD QUE SE ME BRINDO PARA LA REALIZACION DE MI ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA,

AGRADEZCO AL CUERPO DOCENTE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS CONMIGO, CONOCIMIENTOS QUE PROYECTARE EN EL SALVADOR,

AGRADEZCO EN FORMA ESPECIAL A MI FAMILIA POR EL APOYO INCONDICIONAL DURANTE MIS ESTUDIOS,

AGRADEZCO A DIOS TODOPODEROSO HABERME PERMITIDO CONCLUIR UNA META MAS.

INDICE

I.- INTRODUCCION	02
II.- ANTECEDENTES	04
III.- OBJETIVO	15
Objetivo General	15
Objetivo específico	15
IV.- MATERIAL Y METODO	16
Diseño	16
Población de Estudio	16
Criterios de Inclusión	17
Criterios de Exclusión	17
Procedimiento	17
V.- ANALISIS ESTADISTICO	18
VI.- RESULTADOS	18
VII.- CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	27

I. INTRODUCCION

Las exigencias que han tenido las diferentes especialidades de la medicina y las orientadas principalmente al estudio de salud mental en los últimos años, han originado cambios importantes en el estudio de la conducta humana, y de un enfoque empírico que ha evolucionado a uno más científico en donde la medición de los sucesos ha jugado un papel determinante.

Estos cambios en la salud mental se dan también en el área de clasificaciones diagnósticas más precisas, con un énfasis en valoraciones y particularmente en la verificación de los cambios presentados por los pacientes, sujetos a tratamiento a través de técnicas objetivas.

En los últimos años con el propósito de diseñar o probar instrumentos y técnicas específicas que nos proporcionen una medida más objetiva del diagnóstico, índice de mejoría o deterioro que se observa en pacientes sometidos a diversos tratamientos, se han utilizado con este fin las evaluaciones clínicas, entrevistas semiestructuradas, escalas aplicadas por médico, inventarios de personalidad, test proyectivos etcétera. Los cuales han probado su efectividad en diversos contextos y poblaciones.

Siguiendo con esta línea de investigación, hemos aplicado diversas escalas para detectar depresión y su intensidad en la población estudiantil que viene a consultar al Departamento de Psiquiatría y salud mental de la UNAN; para comparar con los hallazgos reportados en la literatura internacional.

La importancia del uso de escalas de medición en la especialidad de psiquiatría es cada vez más ampliamente conocido y como consecuencia su utilización va siendo más frecuente, no solo para investigación sino para evaluaciones clínicas.

Por otra parte las diferencias terminológicas, tan frecuentes en el pasado, han disminuido de manera considerable desde que se cuenta con criterios diagnósticos, que permiten una mayor unificación no solo en cuanto al diagnóstico sino también en cuanto a las designaciones de los padecimientos. Contamos así mismo con esquemas de entrevistas estructurados, que reducen los desacuerdos diagnósticos

II. ANTECEDENTES:

La epidemiología de los trastornos afectivos es importante porque tienen gran prevalencia (2).

La ansiedad y trastornos afectivos en especial los depresivos son comunes en la población en general (2), su prevalencia ha sido reportado en rangos del 22% hasta cerca del 33% (3).

La depresión es también un problema significativo dentro de la atención primaria y en pacientes externos ambulatorios. La prevalencia según reportado en la literatura varía; según los criterios utilizados.

Pero dentro de los pacientes tratados por enfermedades psiquiátricas se reporta más del 80% como síntomas contables a la depresión y a la ansiedad. (4-5).

No obstante el término de depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo contemporáneo al advenimiento de los psicofármacos, el cuadro patológico a que se hace referencia fué descubierto desde la época de los griegos.

La existencia de este grupo de enfermos es de fundamental importancia para la psiquiatría de nuestros tiempos. Aunque actualmente se ha logrado identificar correlación fisiopatológicos de desordenes psiquiátricos y entre ellos a la depresión y que permite comparar: el diagnóstico, con la práctica clínica y con los resultados de exámenes de laboratorio. En la práctica cotidiana el único recurso de que disponemos para saber si una persona padece de un trastorno depresivo es a través de la sintomatología que presenta. Por esto es importante revisar la sintomatología de la depresión. Aunque sabemos que los trastornos depresivos no son una sola entidad nosológica, si no que hay diferentes tipos de depresiones. Es pues necesario tener en cuenta los diferentes síntomas que se considera conforman un trastorno depresivo y para mayor claridad se dividen en tres grupos: Somáticos, Psíquicos y Afectivos, tratando de considerar los más frecuentes.

Síntomas somáticos

Trastornos del sueño: Insomnio

Inicial
Medio
Terminal

Hipersomnia

Trastornos: Del apetito
G.I.

Hiporexia
Anorexia
Apetito Aum.
Bulimia

Náuseas
Dispepsias
Constipación
Meteorismo
Colitis

Trastornos del
deseo sexual

Disminución del libido (más frec.)
Aumento de la libido

Trastornos del peso
corporal

Dismin. de peso (+frecuente)
Aumento de peso

Trastornos Cardio-
respiratorio

Palpitaciones
Dolor precordial
Hipernea

Trastornos Dermato-
lógicos

Eczemas
Caída del pelo
Dermatitis atópica

Trastornos Gineco-
lógicos

Alteración menstrual
Dismenorrea
T. P. M.

Trastornos Androló-
gicos

Impotencia
Dismin. tumescencia penil nocturno
eyaculación precoz

Trastornos musculares

Parestesias
Disestesias

Algias

cefaleas
dorsalgias
lumbalgias
artralgias

Angustia.

Ansiedad.

Irritabilidad, poca tolerancia.

Llanto fácil.

Temor.

Vergüenza.

Pérdida de interés.

Sentimiento de soledad.

Aislamientos voluntarios.

Desvalorización.

Con frecuencia se piensa mucho en el pasado.

La mayoría de estos síntomas conducen necesariamente a trastornos con su entorno familiar, amistades, dificultades laborales, lo cual agrava el curso de la enfermedad.

Por supuesto que difícilmente encontramos todos estos síntomas en una sola persona y se encuentran diversas intensidades entre las diferentes personas. Pero tener una idea general de lo que puede encontrarse en los trastornos, nos es de utilidad hacer el diagnóstico de depresión. Por supuesto la sola presencia de estos síntomas en forma aislada o por períodos muy cortos no serían significativos para hacer diagnóstico de depresión; por ejemplo si tenemos una enfermedad orgánica infecciosa que nos produzca insomnio, hiporexia, pérdida de peso y/o apatía, por definición no podría catalogarse como una enfermedad depresiva.

En términos generales, les brindamos un tratamiento genérico a todos los pacientes con estados depresivos en general, lo cual cuando tratamos en forma específica para pacientes adolescentes o adultos jóvenes tiene ligeras diferencias y así entre estudiantes, estos estados depresivos han sido relacionados con pobre rendimiento escolar, trastornos de memoria, disminución de atención como síntomas más frecuentes sugerido en varios estudios de trastornos afectivos en las poblaciones estudiantiles. Nichole (6), en 1967 refiere que entre los estudiantes universitarios de Harvard, no licenciados, que abandonaron la Universidad, la consulta psiquiátrica fue cuatro veces más frecuente que entre los estudiantes que permanecieron en la escuela. Este estudio también refiere que la enfermedad depresiva

era un 25% aproximadamente de todas las enfermedades psiquiátricas, siendo el segundo diagnóstico más frecuente. Los trastornos afectivos asociados con la reacción de ajuste de la adolescencia, fueron los más frecuentes.

Beaham (7), en 1966 sugiere que el pobre desempeño académico, definido como quedar atrás y abandonar la escuela fue asociado con trastornos afectivos; en dicho estudio se encontró una alta incidencia de abandono de estudiantes que admitieron presentar fluctuaciones del humor.

Davis y Col. (8), en 1971 encontraron que la incidencia de enfermedades psiquiátricas fue la más alta entre estudiantes que abandonaron la escuela tarde en el período escolar, que en un grupo control en el cual el abandono ocurrió al principio del período escolar. En este estudio la enfermedad depresiva fue la más común.

En un estudio de morbilidad, realizado en la Universidad del Cairo, Egipto (9) 1977, encontraron como primer diagnóstico entre las enfermedades psiquiátricas la neurosis de ansiedad (36%), seguido de esquizofrenia (18%) y depresión en un tercer lugar (15%).

stangler y Printz (10) 1980, en un estudio de diagnóstico psiquiátrico en población universitaria encontraron 63.4% de la población en estudio con un diagnóstico, 29.2% con dos diagnósticos, 6.4% con tres diagnósticos y el resto cuatro o más diagnósticos. En dicho estudio el diagnóstico más frecuente fue trastornos de adaptación con ánimo deprimido, siendo el grupo más frecuente el femenino con un promedio de edad de 25.6 años.

Hall, Sheil y Waters (11), en 1982 realizaron un estudio epidemiológico de 5 años de seguimiento después de haber abandonado la universidad, encontraron que los estudiantes que consultaron al departamento de psiquiatría de la Universidad vs los que no buscaron ayuda psiquiátrica, tuvieron una morbilidad psiquiátrica más alta, mayor número de consultas, mayor número de referencias, etc.

O'Neil, Freeman (12) en 1985 en un estudio realizado en la Universidad de Toronto, en un grupo de estudiantes universitarios que asistían al departamento de psiquiatría del servicio de salud, observaron que los pacientes femeninas buscaban más ayuda que los masculinos en un ratio de 2:1, en este estudio se encontró que esta diferencia de sexo no se debía a prevalencia de depresión aumentada en las mujeres, ni a las diferencias en expresión de síntomas o conducta social; se determinó que las mujeres reconocían alteraciones físicas de la depresión como indicativo de problemas emocionales y reconocían más fácilmente la necesidad de ayuda psiquiátrica que los hombres, se concluyó

tambien que preferentemente los hombres no hacen conexión entre síntomas físicos y problemas emocionales.

Nezu (13) en 1986, en un estudio realizado con estudiantes universitarios, demuestra la dificultad debido a los bajos niveles de especificidad y validez discriminativa para evaluar pruebas de depresión cuando se empleaban pruebas autoevaluables; los resultados con el inventario de Beck, tuvo una alta correlación con medidas de estado y rango de ansiedad y síntomas somáticos.

McDermott (14) en 1989, estudió la frecuencia de síntomas de depresión, eventos y practicas relacionados con salud en una muestra de 572 estudiantes. Los estudiantes reportaron muchos síntomas de depresión, encontrando que las mujeres experimentaban depresión más frecuente y en grado mayor que los hombres.

Dion (15), en 1990 en un estudio en Toronto correlacionando aspectos étnicos y sexo con síntomas depresivos, y aprovechando la diversidad de razas en dicha ciudad, encontraron que los pacientes con raíces etnicas del sur de Asia presentaban más frecuentemente síntomas depresivos, en cuanto a sexo, el grupo femenino fue el que presentaba mayores problemas depresivos.

Scott (16), en 1993 en un estudio que propone teoría autodiscrepancia en la ansiedad y depresión son el resultado de diferentes tipos de creencias conflictivas. Este estudio comparó las discrepancias en cuatro grupos de estudiantes universitarios y encontraron los siguientes trastornos: a) depresión, b) ansiedad, c) ambos ansiedad y depresión y d) no trastornos psiquiátricos. Como anticipado, los sujetos con trastornos de ansiedad y depresivos tenían niveles más elevados de autodiscrepancias que sujetos normales. Sujetos depresivos también tenían niveles más altos que los sujetos no deprimidos.

Meilman (17) en un estudio realizado en 1993, buscando que tanto se utilizaba el servicio de salud mental de llamadas las 24 horas de día en un año completo y tomando en cuenta llamadas fuera de hora de trabajo y en fines de semana por urgencias de salud mental. Se reunieron 50 eventos; los cuales proporcionaron un rango de 6.6 llamadas de eventos por año por 1000 estudiantes; los estudiantes acudieron por su iniciativa, o referidos por personal de las residencias.

Las quejas más frecuentemente encontradas fueron preocupaciones suicidas, pánico/ansiedad y estados depresivos.

El promedio de tiempo de consulta fue 1.5 horas y los que tomaron más tiempo fueron los casos por asalto sexual, seguidos de abuso de sustancias y suicidio. Los resultados confirmaron la importancia de atención a llamadas relacionadas con salud mental en el campus universitario.

Pasnau (18), en 1994 reportó y describió el impedimento de los estudiantes de medicina desde el punto de vista de profesionales de salud mental, quienes han dirigido una evaluación grande y con éxito con respecto a servicio para estudiantes sufriendo de una amplia rama de estresantes y trastornos mentales; datos de diagnóstico, referencias e implicaciones para los estudiantes de medicina y se ofrecen sugerencias para la formación de estudiantes la formación de comités de bienestar previo a la implementación de programas de asistencia a estudiantes, dirigido a problemas de abuso de sustancias.

El panorama descrito anteriormente resume los estudios hechos en estudiantes universitarios con problemas de salud mental a nivel internacional; en relación a los estudios realizados sobre estudiantes universitarios en nuestro departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la UNAM, tenemos:

Aguilar Medina (19) en 1990 hace un estudio descriptivo, transversal y comparativo, de pacientes de consulta externa del Hospital Fray Bernardino Alvarez, encontrando que los trastornos distímicos eran más frecuentes; los síntomas de cambio en el hábito de dormir y en el grupo control relacionados más frecuentemente al aspecto económico.

Avendaño-Tafus (20) en 1991, en un estudio en el cual se observó la prevalencia de que Items tanto IDB con una escala de depresión de Ham tenían mayor o menor frecuencia, y se encontró que los de mayor frecuencia eran IDB-Item 13 con respecto a toma de decisiones, Ham D-Item con respecto al estado de ánimo. Los de menor frecuencia fueron IDB-Item 9 refiriéndose a ideación suicida y Ham D-Item 14.

Gil Carranza (21), 1991. El objetivo de esta tesis fue clasificar los tipos de trastornos depresivos que presentan estudiantes que consultan al departamento de la UNAM en donde encontró los siguientes resultados según criterios ICE 10: 13.79% depresión ligera, 15.51% depresión moderada, 5.17% trastornos afectivo persistentes tipo distimia.

Ugalde Hernández (22), 1992 en su tesis sobre Psico-Patología en la población estudiantil que acude a consulta al departamento de salud mental de la UNAM, habiendo usado CSG, entrevista estandarizada de Golberg encontró: a) había mayor frecuencia de psicopatología en mujeres que en hombres y b) los problemas eran más numerosos entre los estudiantes que entre los que trabajaban. En cuanto a diagnósticos encontró:
Síndrome depresión leve

Síndromes somáticos y alteraciones del sueño

Síndrome de ansiedad

Ideación suicida

y el diagnóstico más frecuente fue depresión reactiva.

Todos los artículos y referencias internacionales y mexicanas nos muestran que la depresión fue un factor encontrado en alto porcentaje entre estudiantes universitarios, frecuentemente entre aquellos con problemas psiquiátricos. El hallazgo fue más frecuentemente en el sexo femenino, aunque los síntomas son más severos en el sexo masculino. Un hallazgo de tremenda importancia fue que los pacientes con problemas psiquiátricos al inicio de la carrera son los que tienen menos probabilidades de terminar sus carreras universitarias. De todos estos trabajos se podría resumir que se deberían de establecer más centros de ayuda psiquiátrica a nivel universitario.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y ESCALAS DE EVALUACION

Recordemos que en términos generales un buen tratamiento depende de un buen diagnóstico y en el caso de los trastornos depresivos no es la excepción. Así pues con el fin de unificar criterios que permitan la objetividad en las discusiones y en los proyectos y resultados de proyectos de investigación y por lo tanto evitar controversias, se han instituido criterios para el diagnóstico de las diferentes enfermedades mentales y por lo tanto para los trastornos depresivos, entre ellos tenemos el de la organización mundial de la salud, ICD 10, y los de la Asociación Americana de Psiquiatría en la versión DSM III R y actualmente DSM IV. En este estudio usaremos DSM III R y en base a los criterios descritos en esta clasificación se fundamentan las entrevistas semiestructuradas de depresión y la entrevista semiestructurada de distimia.

El uso de las escalas de medición y cuestionarios tienen tres principales usos en la investigación psiquiátrica:

- 1) Como recurso de tamizaje para detectar la incidencia de un trastorno en una población determinada.
- 2) Como instrumento para establecer patrones de síntomas u otras características en un paciente o grupo de pacientes.
- 3) Como medición de la severidad de los trastornos

Las escalas pueden ser administradas por un aplicador entrenado (Hamilton de depresión) o puede ser contestada por el propio paciente-autoaplicable (Inventarios de depresión de Beck).

Una de las desventajas de el primero es que el aplicador está influenciado en sus resultados por una expectativa general de como la enfermedad debería ser, es decir influenciada por el aplicador y su experiencia sobre el trastorno del paciente en cuestión. La desventaja del segundo método es que solamente puede ser usado por personas cooperadoras, letrados y pacientes no muy enfermos que en determinado momento o inconcientemente falsifiquen la veracidad de su enfermedad.

En cuanto a la escala autoaplicable IDB, se ha hecho una revisión muy extensa de sus aplicaciones a través de los 33 años que tiene de haber sido descrita por Beck, la cual fue una escala descrita

con el propósito de poder describir la severidad o intensidad de trastornos depresivos en general y aunque en un inicio se utilizó solo en la población psiquiátrica, su uso se ha ampliado a estudios con psicofármacos, técnicas psicoterapéuticas, en variedad de problemas y en diferentes grupos etarios. Ha sido traducida a varios idiomas.

El IDB es un cuestionario que salió de la observación clínica acerca de las actitudes y síntomas que presentaban pacientes psiquiátricos deprimidos. Se seleccionaron 21 ITEMS, los cuales son evaluados de 0-3, y los puntos de corte que establece Beck y sus colaboradores son los siguientes (23):

Depresión Leve:	resultados menores a 4
Depresión Moderada:	resultados entre 14 a 20
Depresión severa:	resultados de 21 ó más

El resumen IDB continúa siendo un instrumento con alto grado de estabilidad, consistencia interna a través de varias poblaciones clínicas y puede evaluarse la intensidad de depresión, detectar cambios producidos en la depresión por diferentes terapias.

Los estudios que se han realizado en el Departamento de Salud Mental de la UNAM a través de Hernández Rodríguez (24) en 1988 y su traducción del IDB al español y luego Amieva (25) en 1990 hizo la validación del IDB, reportando el punto de corte en 16, además con buena sensibilidad y especificidad en su correlación con el cuadro clínico.

Además se ha utilizado IDB en otros estudios no relacionados a los estudiantes universitarios. Muñoz Velásquez (24) realizó un estudio de prevalencia en la depresión en pacientes que se les practicó rinoplastia y Carranza Nieto (25) realizó un estudio para detectar depresión en centros de reingreso a segundo nivel.

En cuanto a la escala de Depresión de Hamilton podemos mencionar que fue una escala diseñada en 1957 para propósito específico de la medición de la severidad de la enfermedad en pacientes en los cuales se le había diagnosticado depresión.

Aunque una escala es primariamente un instrumento de investigación, esta fue diseñada para ser usada también en la clínica.

La escala contiene 21 ITEMS y su evaluación es la siguiente:
0 si está ausente
1 si hay duda o se presenta en forma trivial
2 si está presente

En los ITEMS de 5 niveles, el 2 se divide en leve 2, moderado 3 y severo 4.

En los últimos 25 años varios clínicos han escrito preguntando sobre el método de uso de la escala con respecto a puntos específicos o generales. Como ejemplo entre más experiencia clínica tiene el entrevistador, tendrá mejor capacidad para reconocer los síntomas aún en sus formas más leves; y es absolutamente fundamental reconocer que escalas de evaluación no es más que un registro de juicio del clínico, y hay estudios publicados que revelan la debilidad de esta escala para determinar severidad de síntomas depresivos. Gibons 1993 (27) como un resultado total.

En cuanto a la validación en nuestro medio de la escala de Hamilton de depresión, Senties 1988, se encontró en la población estudiada que habría confiabilidad y validez y que había cierta dificultad de evaluar algunos ítems que no eran bien estudiados por el paciente.

OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

- Demostrar el porcentaje de los diagnósticos de trastornos afectivos en los estudiantes que consultan al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Autónoma de México.
- Iniciar una cadena de estudios que puedan extenderse en el futuro dentro del Departamento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL ESTUDIO

- Conocer la severidad de estos trastornos afectivos en los Estudiantes con dos escalas -HAM. D y I.D.S.
- Desarrollar en un futuro programas de prevención enfocado a la población.

MATERIAL Y METODO

- Será un estudio prospectivo transversal que se llevará a cabo en dos etapas.
- Periodo de recolección de datos: cinco meses Mayo a Septiembre de 1994.
- Población, estudiantes universitarios que consulten por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

1a. Etapa:

Será una etapa conjunta en la que llevaran a cabo cuatro residentes III. con experiencia en práctica clínica en el programa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM. Y se realizarán las entrevistas semi estructuradas de depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada y angustia según criterios DSM III. R., y se aplicarán las escalas de HAM - D y HAM A.

Además de un paquete de 3 escalas autoaplicables: ansiedad shehan, eventos estresantes de Holmes y Rahe y el inventario de depresión de Beck.

2a. Etapa:

Cada uno de los doctores residentes tomará datos respectivos y serán analizados individualmente para sus pobjetivos específicos. En este caso las entrevistas semiestructuradas de depresión mayor y distimia y las escalas de inventario depresión de Beck y Hamilton de depresión.

CRITERIOS DE INCLUSION DE PACIENTES:

- 1.- Estudiantes Universitarios
- 2.- Que consulten por primera vez
- 3.- Ambos sexos
- 4.- Rango de edad 17 - 33 años

CRITERIOS DE EXCLUSION DE PACIENTES:

- 1.- Pacientes menores de 17 años
- 2.- Estudiantes mayores de 33 años
- 3.- Estudiantes no pertenecientes a la UNAM
- 4.- Estudiantes que acuden a consultas subsecuentes
- 5.- Empleados de la UNAM

PROCEDIMIENTO

El paciente que llene criterios de inclusión es recibido por las señoritas de recepción en donde se toman sus datos demográficos y se les entregan las escalas autoaplicables: la ansiedad de Sheeham; de eventos estresantes de Holmes y Rahe y el inventario depresión de Beck.

Cuando el paciente pasa con el residente que esta haciendo la preconsulta después de haber atendido el motivo de su visita al departamento, se le solicita su autorización para completar los otros cuestionarios los cuales son completados por el entrevistador: Las entrevistas semi-estructuradas de acuerdo a criterios diagnósticos del DSM III.-R de depresión mayorm distimia, ansiedad generalizada, angustia y escala de Hamilton de depresión y Hamilton de ansiedad.

V.- ANALISIS ESTADISTICOS

A partir de las respuestas dadas por nuestros sujetos de estudio, datos demográficos y clínicos, através de los instrumentos empleados para evaluación de Depresión, los datos fueron capturados en el programa SYSTAT. y se realizaron porcentajes, media, mediana, y análisis multifactorial y la prueba de contraste Paramétrica ANOVA efectuando con ello comparaciones entre los grupos y variables demográficas.

VI. RESULTADOS

Se estudiaron 249 sujetos estudiantes universitarios que consultaron en el Programa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. por primera vez, en el período comprendido de Mayo-Sept. 1994.

De estos, 136 sujetos eran femeninos y correspondió a un 54.61% de la muestra total y 81 sujetos masculinos que correspondió a un 32.53%, que cumplieron los criterios diagnósticos para Depresión Mayor. (Cuadro1).

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

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

masculino (22.89%). De Ciencias Sociales un total de 55 sujetos correspondió a 32 del sexo femenino (58.18%) y 23 del sexo masculino (41.81%). En Ciencias Fisicomatemáticas 26 del sexo femenino (47.27%) y 29 del sexo masculino (52.72%). De Preparatoria 7 del sexo femenino (53.84%) y 6 del sexo masculino (46.15%). (Cuadro 2).

En relación a los resultados de la depresión mayor con respecto al estado civil y sexo, hubo mayor porcentaje de pacientes deprimidos solteros, tanto femeninos como masculinos, 125 femeninos que correspondió a un (92.65%) y 78 masculinos que correspondió a (96.30%) el porcentaje de casados fue escaso tanto femenino como masculino, en el femenino hubo 5 casos equivalente a un (3.68%), y masculino 1 caso, equivalente a (1.23%) como se veía en el (Cuadro 3).

Para el diagnóstico de Distimia de la muestra total de 249 sujetos, 104 cumplieron los criterios diagnósticos de dicha entidad, correspondiendo a (41.76%) de la muestra total; tenían una edad promedio de 22 años y una DS de 3.32, el promedio que se obtuvo de las escalas de HAM-D igual a 20.515 y en el IDB se obtuvo valores de 21.447 (cuadro 4). De acuerdo a las diversas escuelas y facultades se encontró en Ciencias Biológicas 36 sujetos que correspondió a un (43.36%); de Ciencias Sociales, 30 Sujetos que fué un (54.54%), para Ciencias Físico-matemáticas 26 sujetos que correspondió a (47.27%) y para Preparatoria 5 sujetos, esto es (38.45%) (Cuadro 5).

VII. CONCLUSIONES

En nuestro estudio sobre Depresión en estudiantes Universitarios, hemos podido observar en los resultados que los trastornos afectivos fueron los más frecuentes siendo Depresión mayor un porcentaje por arriba de la mitad del total de la población en estudio; con predominio en la población femenina, esto que se había observado en una forma empírica ó en estadísticas previas o en forma puramente de observación clínica en el Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, se comprueba hoy en este estudio al aplicar instrumentos de diagnóstico y escalas de evaluación de síntomas; los resultados son también consistentes con lo que se reporta en otros estudios, de similar índole, internacionales o nacionales en los que reporta también con mayor frecuencia los trastornos afectivos como tendiendo a ocupar los primeros lugares de frecuencia en psicopatología de estudiantes Universitarios.

También en nuestro estudio pudimos comprobar que las facultades que presentan mayor frecuencia de patología psiquiátrica son las clasificadas como Ciencias Biológicas; que también es consistente con lo reportado internacionalmente.

En este estudio observamos con sorpresa el alto porcentaje del Diagnóstico de Distimia en la población estudiada, sin embargo esto no tiene un significado estadístico, ya que no hubo puntos de corte en dichos análisis .

En base a estas conclusiones, se pueden hacer ciertas recomendaciones, que podrían ser la base para futuros estudios, con el objetivo de mejorar la prevención y tratamiento de este problema en la población universitaria.

Un punto importante a mencionar es la concientización necesaria entre la población universitaria, para que busque el apoyo adecuado a nivel de consulta psiquiátrica cuando se requiera.

Otra recomendación sería, evaluaciones psiquiátricas en poblaciones a nivel de preparatoria, para detección temprana, prevención y tratamiento adecuado.

Sería muy interesante, que los pacientes que llegan a tratamiento, tuvieran un seguimiento y estudio, de tal forma que se pudiera determinar en que forma, el paciente se beneficia después de un tratamiento adecuado en relación a su rendimiento académico.

Creo que es necesario seguir profundizando este tema en dicha población y orientarlo hacia conclusiones más específicas en futuros estudios.

Cuadro 1

	S E X O	TOTAL	%
DEPRESION MAYOR	FEMENINO	136	54.61
	MASCULINO	81	32.53

SEXO	IDS	NAN-D
FEMENINO	19.71	18.20
MASCULINO	17.46	17.46
	No. signif	No signif
	F=1.735	F=1.407
	p= 0.179	p=0.247

Cuadro 2

DEPRESION MAYOR POR FACULTADES

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

Cuadro 3

DEPRESION MAYOR POR SEXO Y ESTADO CIVIL.

	C	U.L	S	V	Total
FEMENINO	5 (3.68%)	4 (2.94%)	125 (92.65%)	1 (.74%)	136
MASCULINO	1 (1.23%)	2 (2.47%)	78 (96.30%)	----	81

C = casados

U.L = Union Libre

S = solteros

V = viudo

cuadro 4

	TOTAL	%	IDS	MAN-D
DISTINIA	104	41.76	21.44	20.51

$P = 0.0000$ no hubo

$p < 0.05$ varianza

$f = 8.244$

Cuadro 5**DISTRIBUCION POR FACULTADES**

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

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

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

1. ESTADO DE ANIMO

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

2. SENTIMIENTO DE CULPA

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

3. SUICIDIO

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

4. INSOMNIO INICIAL

- a) ¿Cómo ha sido su sueño en la última semana?
- b) ¿Ha tenido problemas para iniciar su sueño?
- c) Cuando va a la cama, ¿cuánto tiempo le lleva quedarse dormido?
- d) ¿Cuántas veces esta semana ha tenido problemas para iniciar su sueño?

- 0 Sin dificultades
- 1 Queja ocasional de dificultades para iniciar su sueño.
- 2 Queja de dificultad diaria para iniciar su sueño.
(cualquier persona que tome medicamento para dormir es 2)

5. INSOMNIO INTERMEDIO

- a) ¿Durante la semana pasada se despertó más de lo común durante las noches?
SI LA RESPUESTA ES SI:
¿Se levanta de su cama?
¿Qué es lo que hace?
- b) ¿Cuando regresa a su cama es capaz de volver a dormirse nuevamente?
- c) ¿Ha sentido que su sueño es poco reparador o intranquilo?

- 0 Sin dificultades.
- 1 El paciente se queja de sueño intranquilo y poco reparador.
- 2 Levantarse de la cama se califica como un 2 (excepto si es para ir al baño).

6. INSOMNIO TARDIO

- a) ¿A qué hora estuvo despertando por las mañanas la última semana?
- b) ¿Se despierta con reloj de alarma o de manera espontánea por usted mismo? Antes de la depresión, ¿A qué hora acostumbraba despertar?

- 0 Sin dificultad.
- 1 Despierta en horas de la madrugada; permanece más de una hora despierto.
- 2 Incapaz de volverse a dormir o levantarse de la cama.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

- a) ¿Cómo pasó su tiempo libre la semana pasada?
- b) ¿Ha sentido interés por hacer LO QUE MAS LE INTERESABA nuevamente? ¿Ha tenido que esforzarse para efectuar esas actividades?
- c) ¿Se ha contenido de hacer actividades que antes solía hacer?
SI LA RESPUESTA ES SI: ¿Por qué?
- d) ¿Hay algo que usted desee hacer en futuro?
- e) En el seguimiento:
El interés por las actividades que solía hacer ha vuelto?

- 0 No tiene dificultades.
- 1 Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o de debilidad. Esto relacionado con su trabajo o pasatiempos.
- 2 Pérdida de interés por actividades, pasatiempos, esto reportado por el paciente o terceros. Indecisión para pequeñas actividades.
- 3 Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o baja en su productividad. (En sujetos hospitalizados, calificar 3 si no participa en las actividades de ergoterapia).
- 4 Deja de trabajar del todo por la enfermedad actual.

8. RETARDO

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

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

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

9. AGITACION

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

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

10. ANSIEDAD PSIQUICA

- a) ¿Se ha sentido especialmente tenso o irritable la semana previa?
- b) ¿Se ha estado preocupando demasiado por pequeñas cosas que ordinariamente no le preocuparían?
SI LA RESPUESTA ES SI:
Deme unos ejemplos.

- 0 Sin dificultades
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 Se preocupa por cosas menores.
- 3 Actitudes aparentes en cara y extremidades.
- 4 Temor visible, sin que se pregunte al paciente.

11. ANSIEDAD SOMATICA

- a) ¿La última semana ha tenido usted - alguno de los siguientes síntomas?
(LEER LA LISTA EN VOZ LENTA, ESTAR SEGURO DE QUE EL PACIENTE ENTIENDE)
Concomitantes fisiológicos de la ansiedad:
GI: Boca seca, indigestión, diarreas, cólicos.
CVS: Palpitaciones, edema.
Resp: Hiperventilación, suspiros.
Aumento en la frecuencia urinaria, Cefalea, sudoración, otros (especificar)
Cada síntoma se califica por separado.
- b) ¿Qué tanto le ha molestado el síntoma la semana pasada? ¿Cuántos días ha estado usted con estas molestias?

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

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

12. SINTOMAS GASTROINTESTINALES

- a) ¿Cómo ha estado el apetito, la sema na pasada? ¿Cómo lo compararía en función de su apetito habitual?
- b) ¿Ha tenido que esforzarse en comer?
- c) ¿Ha tenido otra gente que forzarlo a comer?

0 No hay cambios

- 1 Ha perdido el apetito, pero no tienen que forzarlo para comer.
- 2 Dificultades para comer; necesita que lo fuercen.

13. SINTOMAS SOMATICOS

- a) ¿Cómo estuvo su nivel de energía la semana pasada?
- b) ¿Se ha sentido cansado todo el tiem po?
- c) La semana pasada sintió: ¿Cefaleas, dolores de espalda o dolores musculares?
- d) ¿La semana pasada sintió sensación de pesadez en miembros, espalda o cabeza?

0 Ninguno

- 1 Sensación de pesadez, pérdida de -- energía o fatiga?
- 2 Cualquier molestia clara que se tenga todo el tiempo, califfiquese 2.

14. SINTOMAS GENITALES

- a) ¿Cómo estuvo su interés en activida des sexuales durante la semana pasa da? (no le pregunto sobre su ejecu ción. ¿Cuánto tiempo invierte al - día pensando en sexo?)
- b) ¿Ha existido algún cambio en su interés sexual, después de su depresi ón?
- c) ¿Le preocupa este cambio en su acti vidad sexual?

0 Ausente

1 Moderado

2 Severo

(Interés: 50% por pérdida severa)

15. HIPOCONDRIASIS

- a) En la última semana, ¿Cuánto tiempo estuvo pensando en su salud física o en cómo trabajar su cuerpo? (cómo - califica este cambio, comparado con su manera de pensar al respecto)
- b) ¿Se queja muy a menudo de cómo se -- siente físicamente?
- c) ¿Se ha encontrado últimamente pidien do ayuda por cosas que usted puede - hacer por sí mismo?
SI LA RESPUESTA ES SI: Ejemplifique en qué tipo de actividades

0 No ausentes

1 Autocontemplación
(se fija en su cuerpo)

2 Preocupación por su salud

3 Quejas médicas frecuentes

4 Delirios hipocondríacos

16. PERDIDA DE PESO CORPORAL

- a) ¿Cuánto peso ha perdido desde que inició su cuadro depresivo actual?
- b) Piensa usted que le quedan sus ro pas más holgadas?

- 0 No hay pérdida de peso.
- 1 Probable pérdida de peso, asociada a la enfermedad actual.
- 2 Pérdida de peso definitiva.
- Si se conoce el peso previo:
- 0 Menos de 500g a la semana.
- 1 De 500 a 1000g a la semana.
- 2 1000g. por semana.

17. INSIGHT

- a) Califfquese con base en lo observado durante la entrevista.

- 0 Reconoce que tiene una enfermedad depresiva.
- 1 Se reconoce enfermo, pero debido a problemas de alimentación, clima, etc.
- 2 Niega estar enfermo.

18. VARIACION DIURNA

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

- | A.M. | P.M. |
|------|------|
| 0 | 0 |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION

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

- 0 Ausente
- 1 Ligero
- 2 Moderado
- 3 Severo
- 4 Incapacitante
-

20. SINTOMAS PARANOIQUES

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

21. ALTERACIONES OBSESIVO-COMPULSIAS

- | | |
|--|------------|
| A) ¿En la semana pasada tuvo que hacer algunas cosas varias veces, - revisando que estuvieran ordenadas? | 0 Ausente |
| | 1 Moderado |
| | 2 Severo |
| b) SI LA RESPUESTA ES SI:
Deme ejemplos | |
| c) Ha tenido usted pensamientos que le dan vueltas de manera constante en la cabeza, sin poder apartarlos? | |
| d) SI LA RESPUESTA ES SI: De ejemplos al respecto. | |

INVENTARIO DE BECK

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

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

- 10) _____ No lloro más que de costumbre
_____ Lloro más que antes
_____ Lloro todo el tiempo
_____ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
- 11) _____ Ahora no estoy mas irritable que antes
_____ Me molesto o irrito más fácilmente que antes
_____ Me siento irritado todo el tiempo
_____ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 12) _____ No he perdido el interés en la gente
_____ No me interesa la gente como antes
_____ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente
_____ He perdido todo el interés en la gente
- 13) _____ Tengo decisiones tan bien como siempre
_____ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes
_____ Se me dificulta tomar decisiones
_____ No puedo tomar decisiones en nada
- 14) _____ No me siento que me vea más feo que antes
_____ Me preocupa que me vea viejo y feo
_____ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo
_____ Creo que me veo horrible
- 15) _____ Puedo trabajar tan bien como antes
_____ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
_____ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa
_____ No puedo trabajar para nada
- 16) _____ Duermo tan bien como antes
_____ No duermo tan bien como antes
_____ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
- 17) _____ No me canso más de lo habitual
_____ Me canso más fácilmente que antes
_____ Me canso de hacer casi cualquier cosa
_____ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa
- 18) _____ Mi apetito es igual que siempre
_____ Mi apetito no es tan bueno como antes
_____ Casi no tengo apetito
_____ No tengo apetito en lo absoluto
- 19) _____ No he perdido peso o casi nada
_____ He perdido más de 2.5 kilos
_____ He perdido más de 5 kilos
_____ He perdido más de 7.5 kilos
(Estoy a dieta SI NO)
- 20) _____ Mi salud no me preocupa más que antes
_____ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estreñimiento
_____ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
_____ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa
- 21) _____ Mi interés por el sexo es igual que antes
_____ Estoy menos interesado en el sexo que antes
_____ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
_____ He perdido completamente el interés en el sexo

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA TRASTORNOS DE ANSIEDAD DSM-III R

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

DEPRESION MAYOR

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

14. ¿Ha intentado quitarse la vida?

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

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA TRASTORNOS DE ASIEDAD DSM-III R

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

DISTIMIA

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

* Para hacer diagnóstico de distimia se deben calificar como mínimo 2 síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Kaplan, Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry/V
- 2) Boyd T.B. Weisman M. M. Epidemiology of Affective Disorders: A Reexamination and future diseccions. Arch. Gen. Psychiatry 1981 : 38 : 1039 - 1046.
- 3) Favaga, Pilonsky I, Pterfedrici A et al ; Depressive Symptoms and abnormal Illness Behavior in General Hospital Patients. Gen. Hosp, Psychiatry, 1982 : 4: 171 - 178.
- 4) Hooper E. W. Nycck GR, Chahy P. D et al. Estimated prevalence of RDC mental disorders Primary Case. Int. J. Ment. Health, 1979; 8: 6 - 15.
- 5) Goldberg D: Detection and assesment of emocional disorders in Primare Care setting. I ment. Health, 1979; 8: 30-48.
- 6) Nicholi A. M. Jr. Harvard Dropouts Somopsychiatry Findings. Am.J. Psychiat. 1967, 124: 105 - 112.
- 7) Beaham; Initial Psychiatric Interviews and the Dropouts rate of College Students. J. Awer. Coll. Health Ass, 1966; pag. 14: 105 - 308.
- 8) Doris H. Hall F. et al. Incidence and of Psychiatric Disturbance in Dropouts from State University. J. Awer, Coll Health Ass. 1971; 241 - 246.
- 9) Ahmend Otkasha et al. Psychiatric Morbidity Among University Students in Egypt. British J. Psychiat. 1973, 131: 149-154.
- 10) Ronnie S. Stangler and Adolfo Printe; DMS III Psychiatric Diagnosis in a University Population, Am. J. Psychiatry. 137; 8 August 1980; p. 937-940.
- 11) Zaida M. Hall, R. P. Sheil, W. Waters. Psyquiatric Illness after Leaving University: A Five Years-up of students- Brit. J. Psychiat 1982 - 140 P. 374-477.
- 12) O'Neil, Raucee, Freeman, Sex differences in Depressed University students. Soc. Psychiatry 1985 20-4 pag. 186-190.

- 13) Nezn AM; Depression, General Distress and Casual Attributions among University Students; J. Abnorm - Psychol 1986. 95 1/2 184-186.
- 14) Mc Dermott et al; Health Behavior Correlates of Depression among University Students; J. AM. coll Health 1989. 38/3 pag. 115-119.
- 15) Dion. K.L. and Giordano. C. Ethnicity and sex as Correlates of Depression Symptos in Canadian University Sample. Int. J. Soc. Psychiatry 1990. 36/1 30-41.
- 16) Scott R. O'Hara Mw. Self - Discrepancias Clinically Anxious and Depressed University Students. J. Abnorm - Psychol. 1993 102/2 pag. 282-287.
- 17) Neil man Pw.Hacker DS. Krans Zeilmm. Use of de Mental Health on - call System on a University Campus; J. AM. Coll Health, 1993. 42/3. Pag. 105-109.
- 18) Pasnau and P. Stoessel; Mental Health Service for Medical students; Medical Education, 1994. 28, pag. 33-39.
- 19) Aguilar Medina, Transtornos Distintivos Y Eventos de la vida. T. 409, 1990.
- 20) Avendaño Tafus. Síntomas Depresivos en el Estudiante Universitario. T. 438, 1991.
- 21) Gil Carranza: Clasificación de Pacientes Deprimidos atendidos en el Programa de Salud Mental del Depto. de Psiquiatría Salud Mental de la UNAM- T 453, 1991.
- 22) Ugalde Hernández: Detección de Psicopatología en Población Estudiantil. T. 507, 1992.
- 23) Assessment of Depression. Cap. 13. Applications of Beck, Depression Inventory., pag. 123-142.
- 24) Hernández Rodríguez Malpiza: Estudio Acerca de la Confiabilidad del inventario de Depresión de Beck Traducido al Español en el Hospital de Tercer Nivel, T. 332, 1988.
- 25) Muñoz Velázquez: Prevalencia de Depresión en pacientes que realizan: Rinoplastia en el servicio de Cirugía Plástica t resconstructiva T. 464-1991.
- 26) Carranza Nieto: Frecuencia del Síndrome Depresivo en pacientes del primero al segundo Nivel de Atención; T. 446 1990.

- 27) Gibbons etc. al; Exactly what does Hamilton Depression Rating Scale Measure; J. Psychiatry Res. Vol. 27 No. 3 pag. 259-273.
- 28) DSM III R. Manual Diagnóstico Estadístico de los Transtornos Mentales Ed. Masson, S.a. 1988, pag 266-267.
- 29) Blacker C V R, Clare A W. The Prevalence Treatment of Depression in General Practice Pscopharmacology 1988 (95) P 514-517
- 30) Kidd C, Caldbeck-Meenam J A. Comparative Study of Psychiatric Morbidity among Students at two different Universities. British Journal Psychiatry 1966 Vol 112, p 57-64
- 31) Kaplan H., Sadock B. Ciclo Vital, Psiquiatría Infantil. Compendio de Psiquiatría 2. ed 1991. p 6,7; p 888-890