



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
CON ÉNFASIS EN SALUD PÚBLICA**

*Factores asociados a la depresión en
estudiantes del Instituto de Ciencias
de la Salud, Pachuca, México, 2011.*

TESIS
que para obtener el título de
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA
CLAUDIA TERESA SOLANO PÉREZ

DIRECTORA DE LA TESIS
MTRA. ANTONIA YUGOSLAVIA IGLESIAS HERMENEGILDO

Pachuca, Hidalgo

Diciembre, 2011

AUTORIDADES Y COMITÉ TUTORIAL

NOMBRE Y CARGO

FIRMA

Dr. Luis Carlos Romero Quezada

Director del Área Académica de
Medicina

Mtra. Rosa María Ortiz

Coordinadora de la Maestría en
Ciencias de la Salud

**Mtra. Antonia Iglesias
Hermenegildo**

Directora General de la Tesis
Jefa del Área Académica
de Psicología

Mtra. Rebeca Guzmán Saldaña

Asesora General de la Tesis
Profesora Investigadora del Área
Académica de Psicología

Mtro. Sergio Vera Guzmán

Asesor General de la Tesis
Profesor Investigador del Instituto
de Ciencias de la Salud

Dedicatoria

A **mis padres**, sin quienes no habría podido
llegar hasta donde hoy estoy.

A **mis seres queridos**, por su apoyo constante.

A **quienes lograron mover mi corazón**, por ser mi motor y
mi gran inspiración

Agradecimientos

Al **Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH**, por apoyar
e incentivar la investigación en todos sus ámbitos.

A mis asesores y guías en este camino,

M. en P. Antonia Iglesias Hermenegildo, M. en P. Rebeca Guzmán Saldaña, M. en C. Sergio Vera Guzmán, por toda su atención, tiempo y disposición para apoyarme en este trabajo tan importante,
ha sido invaluable su participación en este proyecto.

A **todas las personas** que siempre han estado pendiente de mi bienestar.

A **mis compañeros estudiantes** con quienes atesoro recuerdos invaluable...
y a todos aquellos que directa e indirectamente contribuyeron en la
realización de esta investigación, gracias.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iii
Resumen	viii
Introducción	ix
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES	11
1.1. Antecedentes Internacionales	15
1.2. Antecedentes Nacionales	17
1.3. Antecedentes Estatales	22
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	26
2.1. La Depresión	28
2.2. Factores asociados	31
2.2.1. <i>Estrés académico</i>	31
2.2.2. <i>Satisfacción con la vida</i>	31
CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
3.1. Enunciado del problema	33
3.2. Pregunta de investigación	33
3.3. Justificación	34
3.4. Objetivos	34
3.5. Hipótesis	35
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS	36
4.1. Diseño del estudio	36
4.2. Ubicación espacio-temporal	36
4.3. Selección de la población	37
4.3.1. <i>Características de los participantes</i>	38
4.3.2. <i>Variabes de estudio</i>	38
4.3.3. <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i>	39

ÍNDICE

	Pág.
4.4. Diseño muestral	39
4.4.1. Escenarios muestrales	39
4.4.2. Ficha técnica de muestreo	40
4.5. Muestra	41
4.5.1. Tamaño mínimo de muestra	41
4.5.2. Afijación óptima	42
4.6. Fuentes, técnicas e instrumentos	42
4.6.1. Descripción del instrumento	42
4.6.2. Escala de Satisfacción con la Vida	43
4.6.3. Escala Autoaplicada de Depresión	43
4.6.4. Inventario de Estrés Académico	44
4.7. Operacionalización de las variables	45
4.8. Ruta crítica	47
4.8.1. Procedimiento	48
4.8.2. Aspectos éticos y de bioseguridad	49
CAPÍTULO V. RESULTADOS	50
5.1. Datos familiares y demográficos	51
5.2. Prevalencia de depresión y factores asociados	55
5.3. Resultados por carrera	58
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN	70
6.1. De los resultados generales	70
6.2. De los objetivos específicos	73
6.3. Conclusiones y recomendaciones	75
ANEXOS	
Anexo 1. EVADEPSA-2011	77
Anexo 2. Manuales	81
BIBLIOGRAFÍA	89

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS	
Tabla 1. Población estudiantil del área de la salud	37
Tabla 2. Población ICSa, según licenciatura	37
Tabla 3. Población estudiantil por licenciatura	38
Tabla 4. Prevalencia de depresión en estudiantes de enfermería ..	39
Tabla 5. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina	40
Tabla 6. Ficha con características del tamaño muestral	41
Tabla 7. Tamaño mínimo de muestra	41
Tabla 8. Muestreo estratificado por afijación	42
Tabla 9. Operacionalización de variables	45
 CAPÍTULO V. RESULTADOS	
Gráfica 1. Porcentaje por género	50
 CAPÍTULO V. RESULTADOS	
Tabla 10. Valores de edad	50
Tabla 11. Proporción de alumnos por carrera	50
Tabla 12. Elección de carrera	51
Tabla 13. Gusto por carrera	51
Tabla 14. Actividades extracurriculares	51
Tabla 15. Religión de los encuestados	51
Tabla 16. Ciudad de origen	52
Tabla 17. Frecuencia de traslado	52
Tabla 18. Residencia actual	52
Tabla 19. Índice AMAI	53
Tabla 20. Tipo de vivienda	53
Tabla 21. Nivel INCOVI	53
Tabla 22. Estado civil	53
Tabla 23. Estudiantes con hijos	53
Tabla 24. Cuantas personas viven en tu casa	54
Tabla 25. Con quien vive el encuestado	54

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
CAPÍTULO V. RESULTADOS	
Tabla 26. Familiar en ICSa	54
Tabla 27. Que familiar tiene en ICSa ,.....	54
Tabla 28. Familiar con enfermedad mental	55
Tabla 29. Frecuencia de paseo anual familiar	55
Tabla 30. Actividades en tiempo libre	55
Tabla 31. Prevalencia de depresión	56
Tabla 32. Prevalencia de estrés académico	56
Tabla 33. Prevalencia de síntomas de estrés	56
Tabla 34. Prevalencia de habilidades de afrontamiento	56
Tabla 35. Prevalencia de satisfacción con la vida	57
Tabla 36. Prevalencia de hábito tabáquico	57
Tabla 37. Prevalencia de hábito alcohólico	57
Tabla 38. Consumo de drogas	57
Tabla 39. Prevalencia de género por carrera	58
Tabla 40. Promedio de edad por carrera	58
Tabla 41. Porcentaje de embarazos por carrera	59
Tabla 42. Prevalencia de estado civil por carrera	59
Tabla 43. Prevalencia de elección de carrera	59
Tabla 44. Gusto por la carrera	60
Tabla 45. Prevalencia de religión por carrera	60
Tabla 46. Condiciones de vivienda por carrera	61
Tabla 47. Estatus socioeconómico por carrera	62
Tabla 48. Frecuencia de hábito tabáquico por carrera	63
Tabla 49. Frecuencia de hábito alcohólico por carrera	63
Tabla 50. Consumo de drogas por carrera	64
Tabla 51. Prevalencia de satisfacción con la vida por carrera	65
Tabla 52. Preocupación en el semestre por carrera	66
Tabla 53. Prevalencia de depresión por carrera	66
Tabla 54. Prevalencia de estrés académico por carrera	67
Tabla 55. Prevalencia de síntomas de estrés por carrera	68
Tabla 56. Prevalencia de habilidades de afrontamiento	69



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD



“Depresión y factores asociados, en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud, Pachuca, 2011”.

Resumen

Actualmente, la depresión en jóvenes estudiantes es un problema de Salud Pública que, además del cambio individual en el estado de ánimo, implica otros problemas sociales como la deserción escolar, el bajo rendimiento, e incluso la ideación suicida. Conocer el nivel de depresión así como los factores asociados a ésta en la población estudiantil de las carreras del área de la salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, permitió conocer elementos que se relacionan con la depresión que en un futuro próximo logren encaminar acciones que ayuden a disminuir el problema. **Objetivo.**- determinar cuáles son los factores asociados a la depresión en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo durante el ciclo escolar julio-diciembre de 2011. **Material y métodos.**- estudio transversal analítico, en estudiantes elegidos por muestreo polietápico estratificado según carrera, donde se midieron variables como depresión, estrés académico y satisfacción vital, y se realizaron análisis a través de estadísticos como la asociación entre la depresión y las variables independientes. Intervalos de confianza y *Ji* cuadrada de Pearson para la significancia estadística; desde la teoría, los resultados se analizaron a partir de una matriz psicológica social, positiva y de la salud. **Resultados.**- se encontró una prevalencia de 88% de depresión en los estudiantes ($\bar{x}=1.93$; IC= 1.90-1.96); un estrés académico presente en 80% de los encuestados ($\bar{x}=2.07$; IC=2.02-2.12); y la prevalencia de alumnos satisfechos con la vida fue de 8% ($\bar{x}=1.92$; IC=1.85-2.00). El nivel de depresión leve está relacionado con la presencia de bajo estrés académico ($\bar{x}=1.97$; IC=1.94-2.01; $\chi^2=1,028$); y la depresión leve está relacionada con una muy baja satisfacción vital en el grupo de encuestados ($\bar{x}=1.93$; IC=1.88-1.98; $\chi^2=55,079$).

Palabras clave: depresión, depresión en jóvenes, estrés académico y depresión, factores asociados en universitarios.

Introducción

El tema de la depresión es tratado a nivel mundial como un problema de salud pública, ya que implica no solo factores de riesgo para el bienestar integral del individuo, sino que afecta el estado de ánimo de quien la padece, su comportamiento, la manera en que se ve a sí mismo, e incluso la relación con quienes le rodean, generando en varias de las ocasiones, aislamiento y discapacidad. Aunque esta situación se pueden presentar prácticamente a cualquier edad, para fines de esta investigación nos avocaremos a observarlo en la etapa de preparación de los profesionistas del área de la salud, ya que de acuerdo con investigaciones realizadas recientemente en América Latina, la tendencia a la depresión y el estrés en practicantes y egresados de esta área en especial, aumenta a la par que las responsabilidades se van incrementando.

Los jóvenes que hoy en día tienen la oportunidad de estudiar una licenciatura, se enfrentan a exigencias sociales y personales cada vez más complejas, que implican para ellos nuevos retos por emprender: la lucha por mantener un promedio académico, cumplir con la carga horaria y temática del curso, la exigencia social y personal por superarse académicamente, hechos todos que van mellando la resistencia y desarrollo del estudiante, llevándolo al extremo del estrés y por consecuencia, a presentar un ánimo deprimido, por sentir que no logran consumir sus objetivos académicos.

Esto constituye un problema creciente en igual medida que sus responsabilidades, tal como lo muestra la literatura, donde los médicos residentes y profesionistas del área de la salud, son los más propensos a presentar altas prevalencias de depresión y estrés, así como un estado de salud poco favorable; como veremos a mayor detalle en el desarrollo de este documento, hay investigaciones que ubican el origen del problema desde el periodo universitario.

En los estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), estos elementos también pueden ser frecuentes; sin embargo, dada la ausencia de estudios sobre depresión y factores asociados en universitarios de Hidalgo, y ante el aumento de prevalencias de este padecimiento a nivel nacional, aunado a los problemas académicos y sociales que puede desencadenar, surge la necesidad de plantear el presente proyecto de investigación como un elemento que sirva de guía para encaminar hacia líneas de acción que logren determinar las características de este padecimiento, y así buscar métodos con los que disminuir su presencia.

Ya que la literatura refiere al estrés como principal factor asociado a la depresión, para llevar a cabo esta investigación, se midió la presencia de dicho factor en la población estudiantil, así como también la satisfacción vital; los datos recabados y capturados para este fin, fueron analizados con la intención de que se logre dar sustento a la presente investigación y de igual forma se conviertan en jugosos resultados para discutir y obtener conclusiones científicamente relevantes para la sociedad.

Así mismo, el presente documento se encuentra estructurado por capítulos, de manera que el **primer capítulo** trata sobre los antecedentes encontrados en otras investigaciones referentes al problema, es decir, la depresión en los universitarios del área de la salud; en el **segundo capítulo**, del marco teórico, se describen los conceptos de las variables de estudio, ya que es lo que se sabe y lo que se conoce hasta ahora teóricamente sobre el tema.

El planteamiento del problema contenido en el **capítulo tres**, incluye la ubicación del tema de investigación, la importancia de su estudio, así como los objetivos y la hipótesis; en el **capítulo cuarto**, de material y métodos, se describen las características del tamaño de la muestra y el procedimiento para llevar a cabo este proyecto de investigación. Los resultados obtenidos se muestran en el capítulo cinco, desde una forma general y así como también en una descripción por carrera.

En el **capítulo cinco** se describen los resultados y se exponen gráficamente algunos datos comparativos entre las carreras, de manera que se puedan observar estas distinciones; luego viene el **capítulo seis**, correspondiente a la discusión, describiendo en primer lugar los resultados generales, pasando a la discusión de los objetivos específicos y llegando por último, al apartado de las conclusiones y recomendaciones. Como punto final, también se encuentra la sección correspondiente a los anexos y la bibliografía.

Con todo ello, la culminación de esta investigación tiene, además de la intención de conocer cuáles son los factores asociados a la depresión en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo durante el ciclo escolar julio-diciembre de 2011, también el deseo ser una labor que incida en la creación de estrategias que favorezcan la promoción de la salud mental de esta población.

Capítulo I

Antecedentes

El objetivo de este capítulo es describir la referencia que se tiene del problema desde diferentes contextos, en este caso, a partir de antecedentes internacionales hasta llegar a antecedentes estatales sobre el tema de investigación.

Como es bien sabido, la depresión es una de las patologías mentales más frecuentes en todo el mundo¹. La Organización Mundial de la Salud calculó en 450 millones el número de personas que padecían algún tipo de depresión en el año 2004; hacia el año 2006, el número de personas con depresión se había ubicado entre el 15 y 25 % de la población mundial².

Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan a entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes. En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados³, la prevalencia puntual (en el momento de la investigación) de cualquier trastorno varía de 12,7% a 15%. Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz.

Actualmente, los trastornos mentales como la depresión, figuran entre las 20 causas principales de discapacidad a nivel mundial; de ese modo, la depresión afecta a unos 120 millones de personas en todo el mundo y se prevé que este número aumente. Desafortunadamente, menos del 25% de los afectados tienen acceso a un tratamiento adecuado y a la asistencia sanitaria⁴.

Además, los datos disponibles^{5,6} indican que los problemas mentales contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades. Estos problemas causan un alto nivel de carga de la enfermedad, y se espera que muestren una tendencia al alza durante los próximos 20 años. Se estima que el 5-10% de la población con depresión y que necesita tratamiento psiquiátrico o intervención psicosocial no es identificada a tiempo, pues sólo el 30% de los casos con estos trastornos están correctamente diagnosticados o tratados. Con la disponibilidad de nuevos medicamentos, las terapias no farmacológicas como la psicoterapia y la terapia cognitiva, y el apoyo social y familiar, no hay absolutamente ninguna razón para que nadie siga sufriendo de depresión³.

Las encuestas generales de población realizadas en muchas partes del mundo, han revelado una alta tasa de depresión con un riesgo de por vida de 12.7% para

hombres y 20-25% para las mujeres. Igualmente, las personas con depresión pasan más días fuera del trabajo o escuela (ausentismo), se convierten en enfermos que padecen con más frecuencia, sufren una mayor discapacidad física, y mueren a una edad más temprana que la población general, causando un mayor uso de los servicios médicos, así como mayores tasas de morbilidad y mortalidad. Por ello, la depresión debe ser diagnosticada y tratada como cualquier otra condición médica³.

Así, entre las personas que están en riesgo de contraer depresión, se encuentran en primer lugar, las mujeres, en comparación con los hombres; las personas separadas y divorciadas, aquellas personas con familiares cercanos con depresión; una causa como la pérdida temprana de los padres también puede generar riesgo de contraer depresión; la presencia de eventos negativos y estresantes; la falta de apoyo social, así como el tipo de familia y la zona urbana, en comparación con las zonas rurales³.

En nuestro país, los problemas de salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas. De igual modo, la triada ansiedad, depresión y estrés está causando más muertes que el cáncer y el sida juntos; la depresión se incluye en el grupo de los “trastornos afectivos”, dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no solo la tristeza sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean⁷.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2006)⁸, en los últimos diez años se han incrementado los porcentajes de trastornos relacionados con la salud mental: 8% de las enfermedades corresponden al área neuropsiquiátrica; 4 millones de personas padecen depresión; 6 millones presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol; el 10% de adultos mayores de 65 años sufren cuadros demenciales; mientras que el 15% de la población entre 3 y 12 años padece algún tipo de trastorno mental o de conducta. En general, en México de cada 100 millones de personas, el 15% padece algún trastorno de salud mental, proporción que equivale a una sexta parte de nuestra población.

Por otro lado, para la clasificación de las enfermedades mentales, la OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), cuyo uso está generalizado en todo el mundo. De acuerdo con esta clasificación, en el apartado F32 Episodios depresivos, se señala que en los episodios depresivos típicos, el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo⁹.

Agrega que además son manifestaciones de los episodios depresivos: la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios

leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño, así como la pérdida del apetito⁹.

Y es importante saber que para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad (leve, moderado y grave), habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco⁹.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque sí puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas⁹.

Por otro lado, en cuanto al estrés se refiere, se sabe que es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afecta anualmente a cuarenta millones de trabajadores y supone para sus países miembros un coste de 20.000 millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad, y en Estados Unidos ha llegado hasta los 150.000 millones de dólares¹⁰.

En una encuesta patrocinada por la Comisión Europea entre casi 16.000 trabajadores de los 15 países miembros de entonces en la Unión Europea el 42% indicaba que su ritmo de trabajo es demasiado alto. Y en la IV Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo (INSHT) realizada en el 2000, se señala que el 5% de los trabajadores presentó sintomatología de estrés, y en el mismo sentido, la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT) llevada a cabo en el 2003, un porcentaje similar, el 5,3% de los trabajadores presentó síntomas compatibles con el estrés¹⁰.

También se ha afirmado que el 22% de los trabajadores de la Unión Europea padece estrés, que éste provoca el 55% del absentismo laboral, y que tiene su origen en las precarias formas de contratación, en la inseguridad, en el desarrollo intenso de la actividad, en una excesiva exigencia emocional, en la violencia que genera el trabajo y en el desequilibrio entre la vida profesional y personal¹¹.

En Estados Unidos, los costes del estrés se calculan en 200.000 millones de dólares al año; en el Reino Unido, los datos oficiales elevan los costes del estrés al 3,5% del Producto Interior Bruto (PIB). Aunque no se dispone de datos oficiales referentes a Europa, las estimaciones se asemejan a las del Reino Unido¹². Igualmente, en países como Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido, los problemas de depresión,

estrés o cansancio, han aumentado hasta el punto en que 1 de cada 10 trabajadores lo padecen¹⁰.

Los sectores de actividad más afectados fueron los de Industria, Servicios, y de la Construcción, y las ramas de actividad más afectadas resultaron ser las de la Administración/Banca, Servicios Sociales y otros servicios (como la atención a la salud)¹³.

De esta manera, cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el pase a la universidad, matrimonio) como negativas (reprobar una materia, perder el empleo). El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una cola o en tráfico. Situaciones que provocan estrés en una persona pueden ser insignificantes para otra. Además, el estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo, y entre sus síntomas más comunes se encuentran: depresión, dolores de cabeza, insomnio, indigestión, palpitaciones rápidas y nerviosismo¹⁴.

Y desde una perspectiva psicopatológica, se sabe que al menos un tercio de la población o quizá la mayoría de sujetos de cualquier sociedad industrial moderna se caracteriza por padecer alguna psicopatología, de lo que resulta que la "enfermedad" no se presenta como una desviación poco frecuente. En cambio, la orientación salugénica focaliza el estudio en los orígenes de la salud; plantea como pregunta clave por qué un sujeto se sitúa en el extremo positivo del continuum salud/enfermedad, o por qué se orienta hacia ese lado -el de la salud- cualquiera sea su posición, en cualquier momento^{15,16}.

Así es como llegamos al tema de la felicidad y la satisfacción vital, temas sobre los cuales existen algunas referencias respecto al tema, como por ejemplo, investigadores de la Universidad de Columbia, que aplicaron una escala de cinco puntos para medir la felicidad en adultos de Canadá, y encontraron que por cada punto en la escala de felicidad, disminuía en un 22% la probabilidad de padecer un problema cardíaco¹⁷.

Al respecto de la salud mental, los estudios sobre satisfacción vital hallan su base en la investigación moderna a partir de la psicología positiva, pues en 1956 el psicólogo norteamericano Martin Seligman presentó sus trabajos sobre el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo y la satisfacción vital, siendo sus primeros aportes los resultados obtenidos acerca de la satisfacción vital en mujeres púerperas¹⁸.

En el 2009 se publicaron resultados de una investigación hecha a nivel mundial, donde los mexicanos muestran altos niveles de felicidad, esto según estudios realizados por organismos internacionales y donde un investigador de Puebla, en la Universidad de las Américas, refiere que de una escala de medición de 0 a 10, los habitantes de México ubicaron su felicidad en un 8.5 de estos niveles¹⁹.

1.1. Antecedentes Internacionales

De las variadas investigaciones en las que se ha hecho partícipes a los estudiantes universitarios, las referentes a la salud mental han tenido mayor difusión, sobre todo en afecciones como el estrés, la ansiedad, el bajo rendimiento académico y la depresión. En el ámbito internacional se han realizado estudios sobre todo en alumnos de medicina con síntomas depresivos, comenzando por el continente Asiático, donde la mayor prevalencia ha sido de 81.7% en jóvenes de China²⁰; mientras que en la región Europea (especialmente en España), se han reflejado problemas académicos como la falta de atención, bajas calificaciones, ausentismo escolar y rasgos de ansiedad ante el sentimiento de rechazo social, llegando al consumo y abuso de sustancias²¹.

Así mismo, los informes científicos sobre el estrés han aumentado tres veces en los últimos veinte años, mientras que se han quintuplicado en correspondencia con su abordaje como "síndrome del burnout"²². Incluso algunos estudiantes madrileños han considerado entre las causas principales de estrés en ellos: la falta de tiempo para cumplir las actividades académicas, así como la propia sobrecarga, la realización de un examen, exposición de trabajos en clase, la tarea de estudio aunado a la participación en el aula, en ese orden de aparición²³.

En el mismo país durante el 2008 se dio un auge por las investigaciones en estudiantes universitarios, ejemplo de ello fue la validación de la Escala de Estrés de Enfermería, donde hubo correlación positiva entre el estrés y los dos componentes de la ansiedad (ansiedad-estado y ansiedad-rasgo), así como también con la sobrecarga de trabajo, pero una correlación negativa con la satisfacción laboral²².

En otro estudio dentro del mismo país, se identificaron tres tipos de reacciones al estrés: físicas, psicológicas y comportamentales, entre las que resaltan: dolor de cabeza, bruxismo, disfunciones gástricas (entre las físicas); tristeza, irritabilidad, escasa confianza en sí mismo, pesimismo, autoimagen negativa, indecisión, inseguridad, dificultad de concentración (entre las psicológicas); y como reacciones comportamentales: fumar excesivamente, olvidos frecuentes, aislamiento, absentismo académico, aumento o disminución del consumo de alimentos²⁴.

Tomar en cuenta estos padecimientos y sus factores asociados en el campo laboral de los profesionistas de la salud, implica también reconocer que se puede realizar una labor de prevención durante la formación de los estudiantes universitarios.

Por otra parte, en la región de las Américas la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina en Argentina durante el 2004 fue de 31.61%, mientras que para el 2007 en el mismo país y otro grupo muestral, se encontró que la prevalencia de depresión fue de 26% y 27%²⁵, en estudiantes de medicina de primero y cuarto año. En Perú (2010), la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina fue de

33,6%, asociada a la inconformidad del rendimiento académico, la situación económica actual, y el hecho de vivir con un familiar externo a la familia nuclear²⁶.

En Colombia durante el año 2000, la prevalencia del trastorno depresivo en estudiantes de medicina en el área de ciencias básicas de la Universidad del Valle (escolarizada-privada), fue de 36.4% para depresión, 21.9% para depresión leve, 10.6% para depresión moderada y 3.5% para depresión severa. Y para el año 2003, la prevalencia de depresión en población estudiantil de pregrado fue de 49.8%, junto con la prevalencia de ansiedad de 58.1%, además de la presencia de dificultades en las relaciones con los compañeros, los docentes, y las responsabilidades académicas, en ese orden²⁷.

Otro estudio en el mismo país (2004), presenta como factores de riesgo para el estrés, la presión de los pares, la popularidad, así como la predicción de depresión a partir de intentos de suicidio en la adolescencia, o la frustración, enojo e intención de morir en la infancia²⁸. Y durante el año 2010, la prevalencia de depresión en universitarios colombianos, fue de 47.2%, relacionada con la severidad del estrés debido a situaciones como: presentación oral, carga académica (volumen de los temas de estudio), y se concluyó que a mayor nivel de estrés académico, se incrementa el riesgo de depresión en este grupo de estudiantes²⁹.

Por otra parte, en la Universidad de Santo Domingo, de República Dominicana (2008)**Error! Bookmark not defined.**, la prevalencia de depresión detectada en estudiantes de medicina fue de 34.6%. Y en la Habana (2006)³⁰, sólo un 14.8% de estudiantes de medicina presentó rasgos depresivos leves, el 7.2% rasgos depresivos moderados, haciéndose presentes con más auge en las estudiantes del tercer y cuarto semestre de nivel educativo.

En cuanto al padecimiento de estrés, en Chile (2005)³¹, se encontró una prevalencia de 36.3%, en estudiantes de diferentes carreras del área de la salud, y al analizar la posible relación entre estrés y enfermedad infecciosa, se encontró que a mayor nivel de estrés, mayor es la frecuencia de enfermedad, las más consignadas: resfrío común, con 61.7%, y herpes, con 21.3%. En Colombia (2005), existía un 34% de prevalencia de estrés en los alumnos de medicina encuestados; no obstante, el 54% de esta población utiliza métodos no nocivos para liberarse de la tensión, y un 46% consumen alcohol/marihuana u otras sustancias. Así mismo, el 24% de los encuestados escogió la carrera porque le gusta, y el 84% están satisfechos con su carrera³².

En el año 2006, en el mismo país, la prevalencia de estrés en estudiantes de medicina fue de 82.2%, niveles correlacionados con depresión y consumo de alcohol, mientras que la prevalencia de depresión fue de 40.1%, con dos casos graves de este

padecimiento, de lo que se puede inferir que estudiar medicina implica una alta exigencia para el estudio, así como las demandas psicológicas y afectivas que esto conlleva³³.

En los estudiantes de medicina de Cuba, el nivel de estrés es más alto en las mujeres que en los hombres encuestados, y se encontró que el estrés autopercebido aumenta con la edad, con una prevalencia de 67% en esta población estudiantil³⁴.

Y ahora bien, respecto a la satisfacción vital, se han realizado investigaciones en población de diversas edades y hasta hace poco se ha tomado en cuenta el bienestar subjetivo en los estudiantes universitarios.

En la región europea son más frecuentes los estudios de este ámbito en España, por ejemplo en el 2004³⁵, los resultados de una investigación relacionan el ciclo vital con la satisfacción, con una prevalencia de satisfacción en 60% de los casos, y cotejado con las entrevistas cara a cara, el 46.8% de los entrevistados expresan sentirse básicamente satisfechos; otro 46.8% refieren satisfacción en ciertas áreas de su vida e insatisfacción en otras, y sólo 6.4% refieren sentirse insatisfechas. En la comparación por grupos de edad, los más satisfechos son los adultos tardíos y los menos satisfechos, los adolescentes.

Para el 2008³⁶, otra investigación en estudiantes españoles reveló una mediana satisfacción con la vida, con una prevalencia del 73.7%, donde los aspectos que más apoyan en esta satisfacción vital son: en primer lugar la familia, seguida por la salud, luego los amigos y la propia persona (autopercepción), la vida en general, y por último, el dinero y el trabajo.

En cuanto a la felicidad, la prevalencia fue de 74%, mientras que dentro del bienestar psicológico, los valores para la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal y el pronóstico en la vida, fueron altos, por encontrarse entre el 70% y 75% de prevalencia.

Y en las Américas, específicamente en Argentina (2003)³⁷, con respecto al bienestar psicológico se le ha encontrado asociado a variables de personalidad y a variables ecológicas y culturales, por lo que se hace notar la complejidad de su análisis; este estudio concluye que el adecuado control de la tensión frente a los estresores propios de la vida cotidiana determina el estado de bienestar del sujeto.

1.2. Antecedentes Nacionales

En un entorno más cercano a nuestro contexto, la depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia, ya que se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados³⁸. En México se han llevado a cabo algunos

estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos.

La población adulta cursa con una prevalencia de depresión entre el 9 y 13%³⁹ con una frecuencia mayor en mujeres que en hombres (2:1)⁴⁰. Las edades en que se presentan más comúnmente son entre los 15 a 19 años de edad y por arriba de los 65 años. Igualmente, el suicidio en México es la tercera causa de muerte de jóvenes entre 15 y 24 años, que en la mayoría de los casos coexiste con depresión. La autoestima baja, el estrés constante o un afrontamiento inhábil ante los estresores, son factores que se asocian con la depresión⁴¹.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad³⁸, concluyó que los trastornos afectivos – dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar de frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%).

Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar. La fuente de información para la realización de este trabajo fue la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003³⁸. El diseño muestral de la encuesta fue de carácter probabilístico, polietápico y por conglomerados.

Los resultados obtenidos, indican que la prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia³⁸. El porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).

El porcentaje de individuos afectados, se incrementa con la edad en ambos sexos. En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores³⁸.

Un dato interesante es que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres³⁸.

Por otra parte, conforme al lugar de residencia, la prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país³⁸. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y el Estado de México, con 8.1%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%³⁸.

Así mismo, se han realizado investigaciones respecto a la depresión en los estudiantes, contando como instrumentos prevalentes: la Escala Autoaplicada de Zung y el Inventario de Depresión de Beck⁴². En el 2004 se realizó un estudio con médicos residentes, de entre los cuales el 47.5% mostró depresión y estrés, mientras que el 35.7% mostraron signos depresivos, teniendo como factores asociados el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, lo cual podría relacionarse con que los problemas de los profesionistas de la salud comienzan desde la universidad y toman su mayor apogeo durante la práctica laboral⁴³.

En Nuevo León (2005)⁴⁴ se encuestó a un grupo de estudiantes en la segunda mitad de la carrera de medicina, y los resultados obtenidos refieren que más de la tercera parte del grupo (35.5%) aceptó haber sufrido alguna vez depresión, mientras que por lo menos la cuarta parte (26.2%) pensó en abandonar la escuela; además, en el estudio enfatizan en la importancia de conocer cuántos alumnos que abandonan la carrera entre primero y tercer año, lo hacen por dificultades puramente escolares y cuántos por maltrato y acoso, o alguna otra situación semejante.

Para el 2006, en la Universidad de Colima se contó con la participación de estudiantes de enfermería, encontrando una prevalencia de 21.8% de depresión; y un año más tarde (2007)⁴⁵, una investigación llevada a cabo en la Universidad Autónoma del Estado de México en estudiantes de medicina, dejó ver una prevalencia del 32.4% de síntomas depresivos, con una presencia de dos casos con síntomas depresivos graves y con preponderancia en el género femenino.

Para el 2008⁴⁶, en Chihuahua se publicó una investigación que incluyó la convergencia entre ansiedad y depresión en universitarios de la capital, Ciudad Juárez, obteniendo una prevalencia de 3.8% respecto a la sintomatología ansiosa, y de 2.1% de sintomatología depresiva.

Y para el 2009, en Nuevo León⁴⁷ se realizó un estudio exploratorio en universitarios estudiantes de psicología; los resultados obtenidos indican que la intensidad de los síntomas psicosomáticos aumentó a la par que aumentaban los niveles de ansiedad y depresión. Los síntomas psicosomáticos más frecuentes fueron: dolores de cabeza, menstruales y de espalda, así como sentirse cansado y dificultades para

dormir. Así mismo, el 94.6% de los participantes no presentaban depresión o ésta era leve, y menos del 1% de los participantes (cuatro) presentaron depresión intensa.

Ahora bien, a nivel nacional también se ha documentado ampliamente al estrés como un problema de los más graves actualmente; se sabe que de entre los estudiantes universitarios, los que cursan la carrera de medicina sufren una importante frecuencia de este padecimiento aún desde el comienzo de su preparación profesional y si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos los estudiantes lo resuelven de manera adecuada, llegando con problemas incluso hasta niveles más altos de su preparación y hasta de su profesión⁴⁵.

Una investigación en médicos residentes en un hospital de la capital de la República durante el 2004⁴³ reportó que el 35.7% de la población tiene niveles altos de estrés, prevalentemente en los sujetos de sexo masculino; además, el patrón de consumo alto de alcohol durante el último año del grupo, fue de 42.1%, y un dato importante es que la edad reporta una tendencia mayor de estrés cuanto menor es la edad.

Así mismo, este estudio demuestra que existe mayor consumo de drogas en el sexo masculino, sin embargo, los porcentajes de usuarios son menores que los del sexo femenino (15.3% y 35.6% respectivamente); y en cuanto a la presencia de síntomas psicosomáticos, se encontró un aumento a la par que aumentaban los niveles de ansiedad y depresión, teniendo como síntomas más frecuentes: dolores de cabeza, menstruales y de espalda, así como sentirse cansado y dificultades para dormir⁴⁴.

Para 2005, en la Universidad Autónoma de Nuevo León⁴⁴, se contó con la participación de 404 alumnos de los tres últimos años de la carrera de medicina, para conocer la prevalencia de maltrato hacia este grupo de población estudiantil. Las respuestas más frecuentes sobre el tipo de maltrato incluían: recibir críticas injustificadas, desacreditar su trabajo y capacidad, ser puestos en ridículo frente a sus compañeros y tratarlos con gritos. Estas características llegan a ser estresores importantes en algunos estudiantes, e incluso esta forma de trato les provoca inseguridad y angustia, orillándolos a evitar a ciertos maestros, cambiarse de escuela o hasta cambiar los planes de carrera como resultado de esa experiencia.

En el mismo año (2005)⁴⁸, se realizó una investigación en estudiantes de nivel medio superior en Durango; de los encuestados, el 85% reconocen la presencia de estrés académico. En orden descendente, los principales estresores o causas del estrés académico fueron: la evaluación de los profesores, la competencia con los compañeros del grupo, el tipo de trabajo que piden los maestros, la sobrecarga de tareas y trabajos escolares, y por último, el exceso de responsabilidad por cumplir las obligaciones escolares.

Igualmente, los autores de la investigación reconocen tres tipos de síntomas referentes al estrés: los físicos, los psicológicos y los comportamentales, y registraron también la prevalencia de éstos. Entre los síntomas físicos, el primer lugar lo ocupa la fatiga crónica, seguida por los trastornos de sueño, dolores de cabeza y somnolencia con igual proliferación, y finalmente los problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea⁴⁸.

En cuanto a las reacciones psicológicas provocadas por el estrés, en primer lugar se muestra la incapacidad de relajarse y estar tranquilo, luego los problemas de concentración, los sentimientos de depresión y tristeza, así como la sensación de tener la mente vacía y mostrar ansiedad⁴⁸. Cabe resaltar que comparativamente existe una mayor presencia de síntomas psicológicos que de físicos en el estrés académico de los alumnos de educación media superior.

Y respecto a las reacciones comportamentales, la mayor prevalencia tiene que ver con el desgano para realizar las labores escolares, seguida de conflictos o tendencia a polemizar, así como también la presencia de aislamiento, absentismo en las clases, y finalmente, el hábito tabáquico⁴⁸.

En lo referente al tema de la satisfacción con la vida, por ser un tema de reciente investigación tiene más adeptos a nivel internacional, como en España y Argentina, a la par del creciente interés por temas similares, como el bienestar psicológico y la felicidad, en Australia⁴⁹ y al Norte de América, específicamente Canadá⁵⁰. Se han tomado en cuenta indicadores de salud como el bienestar físico y mental "*wellbeing*", la función y las condiciones humanas, por lo que el auge por la promoción del bienestar en los jóvenes ha implementado comités de salud mental en los países ya mencionados.

Al norte de nuestro país, durante el 2007⁵¹ se realizó una investigación en Sinaloa, con estudiantes de la Universidad Autónoma Indígena, donde se encontró que 3 de cada 10 alumnos muestran insatisfacción con sus profesores y con las clases, así como con el atractivo físico, en tanto que 4 de cada 10 encuestados mencionan estar insatisfechos con sus habilidades de estudio, y 5 de cada 10, inconformes con sus hábitos de estudio. En total, hubo una prevalencia de 25.7% de estudiantes que se evalúan como poco satisfechos con su vida y con sus logros.

En el 2009 un investigador mexicano se reunió con autoridades europeas y japonesas para compartir su proyecto en búsqueda de las variables que influyen para que los estudiantes mantengan un estado de ánimo feliz y satisfecho, lo que indica la inquietud por explorar estos temas desde una perspectiva ya no de la patología, sino desde la visión de la salud. Los estudios sobre estas emociones anticipatorias contra la depresión y el estrés, son escasos en la población de estudiantes universitarios⁵².

Así mismo, durante el 2009 en Durango, se llevó a cabo una investigación sobre los factores protectores contra el suicidio⁵³, en donde se pone de relieve la satisfacción

vital, con una prevalencia del 91% de estudiantes satisfechos con su vida, contra un 3.5% de población insatisfecha y un 5% de estudiantes neutrales ante este hecho⁵⁴. Además, esta investigación contempló encuestar a los universitarios de la mayoría de las carreras impartidas en la Universidad Juárez del Estado de Durango, obteniendo prevalencias de satisfacción muy altas.

En orden descendente, la prevalencia de satisfacción por carrera se encontró de la siguiente manera⁵⁴: los alumnos más satisfechos se encontraban estudiando en la Facultad de Contaduría y Administración (98.5%), seguidos por la Escuela de Educación Física y Deporte (97.6%) y la Escuela de Matemáticas (96.8%); después estuvo la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia (96.7%), junto con la Facultad de Medicina (96.2%) y la Escuela de Ciencias Químicas y Farmacobiológicas (94.6%), siguiendo con la Facultad de Ciencias Forestales (94.4%) y después la Facultad de Derecho (93.8%).

Igualmente, la Escuela de Pintura, Escultura y Artes Visuales (93.2%) y la Facultad de Odontología (93.2%) tuvieron igual porcentaje de estudiantes satisfechos, seguidas por la Facultad de Enfermería y Obstetricia (92.9%), la Escuela de Psicología y Comunicación Humana (91.8%), y con el último lugar de prevalencia de satisfacción en comparación con las otras carreras, se encuentra la Escuela Superior de Música, con 78.3% de alumnos satisfechos⁵⁴.

Por otro lado, en Jalisco (2010)⁵⁵, recientemente se encuestó a un grupo de alumnos de primer ingreso de siete carreras: Derecho, Mecatrónica, Sistemas de Información, Administración Industrial, Bioquímica, Ingeniería en Electrónica y Computación, así como también de Psicología. Se registró que los alumnos se perciben medianamente satisfechos, con una prevalencia de bienestar subjetivo de 47.33%, mientras que su percepción del bienestar académico ocupó una prevalencia de 52.16% y una prevalencia de 58.85% en cuanto al bienestar material.

También se exploró acerca de las conductas no saludables⁵⁵, encontrando con más frecuencia que los estudiantes de nuevo ingreso tienen una prevalencia de 44% de “hacer poco o ningún ejercicio”, así como un 23.4% de alumnos con la característica de “dormir menos de ocho horas”, seguida por las conductas de ansiedad con 18.52%, sobrepeso con 17.28% y un 13.58% con tristeza/depresión⁵⁵. Aspectos todos que han de tenerse en cuenta al momento de propuestas de prevención para las enfermedades mentales que cada vez están teniendo más presencia en este grupo poblacional.

1.3. Antecedentes Estatales

Los hallazgos de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de 17 diferentes países muestran que los trastornos psiquiátricos consistentemente inician en las primeras décadas de la vida⁵⁶. Sin embargo hay una escasez de datos epidemiológicos en

población adolescente especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro, para guiar a las políticas de salud pública⁵⁷. En los sectores de salud y educación, el TDA y la depresión se han destacado como prioridades en México.

Según datos del INEGI (2006), así como de la SSA (2005), la entidad cuenta con 84 municipios y 4,463 localidades, de éstas el 98% son localidades menores de 2500 habitantes, 1.7% de 2500 a 14,999 habitantes, y 0.3% a localidades mayores de 15,000 habitantes. Las localidades de acuerdo al índice de marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se distribuyen de manera tal que: 26.8% son de alta marginación, 21.8% de media, 12.4% de baja y 3.79% de muy baja marginación. Los nichos de mayor pobreza se concentran en 27 municipios de alta marginación, en donde habita la mayoría de la población indígena, que representa el 17.5% del total de la población en la entidad. Y cerca del 18.5% del total de la población hidalguense habla alguna lengua indígena⁵⁸.

La tasa de crecimiento de la población en 1995 fue de 2.0 cercana a la media nacional que es de 2.3. La población total para el año 2000 fue de 2,845 753 habitantes, las mujeres representaban el 51.8%. La tasa de crecimiento observada en el estado refleja un comportamiento francamente descendente. El grupo de edad con el porcentaje más alto es el de 5 a 9 años de edad con 12.6% y el grupo menor de 24 años representa el 57.2% del total de la población. El crecimiento exponencial de las zonas urbanas de la entidad dio lugar a que municipios como Pachuca, Tulancingo y Tizayuca se caracterizaran por su crecimiento suburbano, dando lugar a zonas conurbanas⁵⁸.

De los factores condicionantes, con referencia a la escolaridad, el índice de analfabetismo para el 2000⁵⁸ en la población mayor de 15 años era de 15.9. El 15.7% del total de la población no cuenta con educación básica. La eficiencia terminal de la primaria es de 91.0%, superior a la reportada para el nivel nacional (85.6); de la secundaria el 76.4, técnica 56.3% y del bachillerato 41.3%.

Y entre los indicadores económicos destaca el salario mínimo, que ha evolucionado de 8.41 pesos/día en 1990 a 29.70 para 1999 y 32.70 pesos/día para el año 2000. Este salario mínimo corresponde al salario de la zona C del país. De la población económicamente activa se observa que 12.4% no tienen instrucción; el 22.0% no concluyeron la primaria; sólo tienen primaria completa el 21.9%; secundaria 28.7%; el nivel medio superior 7.3% y solo 7.8% el nivel superior⁵⁸.

Y con fecha más reciente (2007)⁵⁹, el Diario de la Salud realizó una entrevista al Secretario de Salud de Hidalgo, quien informó que alrededor de 4mil 600 casos de usuarios en control se registran estatalmente en los 84 Núcleos Básicos y los 3 Módulos de Salud Mental. Especificó que durante el 2006 se detectaron 440 episodios depresivos, 441 por trastorno de ansiedad, 127 casos de trastorno de conducta y 1167 por diversos padecimientos como epilepsia, bipolaridad, adicciones, déficit de atención, violencia

intrafamiliar, alzheimer, retraso mental, entre otros. Y en el 2007 se tenía 337 casos en control.

El Secretario Estatal informa además, que en estos casos el tratamiento para los pacientes es integral, pues se lleva un esquema farmacológico y psicoterapéutico para tratar a quienes padecen trastornos mentales. Así mismo, se han implementado capacitaciones en seis jurisdicciones con alto índice de suicidios, como son: Tula, Tulancingo, Zimapán, Huejutla y Molango, ello con el objetivo de detectar oportunamente la depresión, una causa de suicidio que ocupa el 30 por ciento de los casos de usuarios en control mencionados en el ámbito estatal⁵⁹.

Y siguiendo con la línea de la depresión, en el 2007 una publicación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, dio a conocer que de los alumnos encuestados, un 65% de los casos encontrados con ansiedad, reportaron sintomatología depresiva así como manifestaciones de alteraciones de sueño, ingesta, tristeza, melancolía, además de deformación de pensamientos en el sistema cognitivo respecto a preocupaciones excesivas orientadas a la incapacidad de resolver problemas, toma de decisiones y percepción catastrófica de la realidad⁶⁰.

Los autores mencionan que, precisamente durante la adolescencia y adolescencia tardía presentes en los estudiantes del área de la salud, es cuando se puede valorar la importancia de que los factores de riesgo asociados a la depresión, se encuentren presentes en la población estudiantil, para que se estudien a cabalidad, y de esta manera poder actuar en consecuencia, con bases analíticas que provean de herramientas de apoyo para la disminución de este mal⁶⁰.

Al respecto, también es de llamar la atención que en una nota informativa del 22 de diciembre de 2010 se publicó la probable presencia de depresión, pero característica de la estación invernal, pues de acuerdo con la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH), es durante el mes de diciembre que los recuerdos familiares o por los seres fallecidos, aunado a los problemas económicos, lo que hace evaluar los logros conseguidos en el año, como detonantes que incrementan la depresión⁶¹.

Además, se apuntó que uno de cada tres hidalguenses presenta durante la época este padecimiento, caracterizado por el incremento de sueño, aislamiento social, baja autoestima, aumento o disminución de peso e incluso pensamientos recurrentes sobre la muerte. Y aunque en todos estos referentes bibliográficos poco se menciona sobre prevalencias de depresión en la entidad, realmente son escasas las investigaciones referentes al tema en la población estudiantil⁶¹.

En lo que al tema de estrés se refiere, otra nota informativa de un periódico virtual del Estado, publicó en el 2009⁶² que 20 de cada 100 personas sufren estrés laboral, esto de acuerdo con un estudio nacional realizado por el IMSS, y describen como

características principales del padecimiento, al agotamiento, la insatisfacción, la irritabilidad, el agobio, la apatía, la baja autoestima, así como la improductividad.

Por otro lado, la Coordinadora Auxiliar de Salud en el Trabajo, Maribel Caballero Amado, indicó que en el Estado (Hidalgo) se inició un estudio de las enfermedades músculo-esqueléticas o ergonómicas, y no sólo a las clásicas: “antes no teníamos la visión para estudiarlas, algunas en relación con el trabajo que realizan las personas”. Las herramientas psicológicas, reconoció, ayudan a conciliar los intereses de los trabajadores y las empresas, por lo que consideró que se deben instituir talleres de relaciones humanas⁶².

Además, de acuerdo con la OMS, una breve categorización de las profesiones, coloca como las más estresantes en este orden a las siguientes: piloto aviador, industria de la construcción, periodista, dentista, médico, profesor, puestos directivos, obreros, minero, policía y contador. Por ello, prosigue la Coordinadora, debe haber un equilibrio emocional para saber manejar el estrés; es conveniente que las empresas cuenten con psicólogos laborales que les puedan ayudar a enfrentar este tipo de situaciones. Finalmente, el IMSS recomienda que para contrarrestar este mal, es necesario realizar actividades de recreación y ejercicio antes o después de la jornada laboral⁶².

Al igual que con el tema de la depresión y el estrés, en la población estudiantil los programas de intervención o estudios para conocer las prevalencias de estos padecimientos, son escasas, o probablemente no son de dominio público, sino que sus fines son aplicativos meramente dentro de la institución escolar. Respecto al tema del bienestar o satisfacción vital, tampoco se tienen referentes estatales.

Capítulo II

Marco Teórico

Aunque no se tiene una referencia concreta sobre cuándo o dónde se realizaron los primeros estudios sobre las alteraciones de los estados de ánimo, se sabe que los griegos con Hipócrates describían la tristeza como un estado caracterizado por aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza; además, decían, la influencia del planeta Saturno hace que el hígado secrete bilis negra, dando de esta manera una explicación etiológica al problema⁶³.

Aún en las antiguas civilizaciones egipcias se hacía mención sobre el interés por enfermedades mentales como la depresión; y en el año 1621, Plutarco describió las características de la enfermedad, mientras que Sir Robert Burton dedicó un tratado a la anatomía de la melancolía. Más adelante, en la década de los 90's, se calculaba que un 12% de la población adulta sufriría un episodio depresivo, y la enfermedad estaba tan extendida, que se le llamaba “el resfriado de la enfermedad mental”⁶⁴.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud define a la depresión como “un trastorno mental común caracterizado por la tristeza, la pérdida de interés en las actividades y por la disminución de la energía”. Además, enfatiza en que la diferencia entre los cambios de estado de ánimo normal y la depresión, radica en la magnitud de su gravedad, los síntomas y la duración de la enfermedad, lo cual es consistente con los criterios diagnósticos del DSM-IV, el máximo referente en salud sobre la clasificación de las enfermedades mentales^{65,66}.

Como es bien sabido, la **depresión** es una de las entidades más investigadas en la población médica; al respecto, se han realizado estudios en el ámbito universitario, especialmente en estudiantes de medicina que han demostrado niveles considerables de este padecimiento. Y específicamente en este grupo poblacional, la presencia de depresión promueve y prolonga el empeoramiento de la calidad de vida y la salud en todos sus registros⁶⁷.

Además, la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés. Éstas constituyen un factor que puede estar relacionado con la presencia de depresión en los estudiantes universitarios. Por ello resulta importante conocer la prevalencia de esta entidad y la posible relación que pueda tener con los estresores académicos en los estudiantes⁶⁸.

Ya que este grupo poblacional se enfrenta a una actividad homogénea con periodos particularmente estresantes, implica que cada vez estén sometidos a compromisos, desafíos y retos que les demandan una exigencia de recursos físicos y psicológicos de diferente índole, esto puede hacerles experimentar agotamiento, poco interés frente al estudio y autocrítica e incluso llevarlos a la pérdida de control sobre el ambiente, aunque sea solo transitoriamente⁶⁹.

Al respecto, en el ámbito educativo se ha investigado el **estrés académico**, definido como el impacto que puede producir en el estudiante su mismo entorno organizacional: la escuela, el instituto, la universidad. Sin embargo, resulta razonable suponer que muchas de las demandas, conflictos, actividades y eventos implicados en la vida académica provoquen estrés (por ejemplo los exámenes), y que dicho estrés repercuta negativamente en la salud, el bienestar y el propio rendimiento académico de los estudiantes⁷⁰.

El término estrés se ha convertido en un vocablo habitual de nuestra sociedad actual, que históricamente se ha utilizado para denominar realidades muy distintas. Así, mientras que en el siglo XIX Claude Bernard consideraba que lo característico del estrés eran los “estímulos estresores” o “situaciones estresantes”, durante el siglo XX Walter Cannon, afirmaba que lo importante era la “respuesta fisiológica” y “conductual” característica⁶⁹.

Desde esta perspectiva histórica, el origen de los planteamientos actuales del estrés se sitúa en los trabajos del fisiólogo Hans Selye, quien elaboró un modelo de estrés múltiple, que incluía tanto las características de la respuesta fisiológica del organismo ante las demandas estresantes, como las consecuencias perjudiciales a nivel orgánico que puede producir la exposición a un estrés excesivo o prolongado⁶⁹.

De esta manera, el estrés académico propiamente dicho apuntaría a aquellos procesos cognitivos y afectivos por los que el estudiante experimenta el impacto de los estresores académicos. Sería pues, la percepción subjetiva de estrés. El sujeto evalúa diversos aspectos de su entorno educativo como amenazas o retos, como demandas a las que puede responder adecuadamente o para las que cree no tener los recursos necesarios, como factores que están o no bajo su control, etc. A estas apreciaciones se asocian algunas emociones anticipatorias –preocupación, ansiedad, esperanza, confianza–, y de resultado –ira, tristeza, satisfacción, alivio–⁷⁰.

Con respecto a estas emociones anticipatorias, son escasos los estudios sobre la felicidad y la **satisfacción** en la población de estudiantes universitarios. En el 2008 un investigador mexicano se reunió con autoridades europeas y japonesas para compartir su proyecto en búsqueda de las variables que influyen para que los estudiantes mantengan

un estado de ánimo feliz y satisfecho, lo que indica la inquietud por explorar estos temas desde una perspectiva ya no de la patología, sino desde la visión de la salud⁵².

Y siguiendo la línea de la salud mental, los estudios sobre satisfacción vital hallan su base en la investigación moderna a partir de la psicología positiva, pues en 1956 el psicólogo norteamericano Martin Seligman presentó sus trabajos sobre el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo y la satisfacción vital, siendo sus primeros aportes los resultados obtenidos acerca de la satisfacción vital en mujeres puérperas¹⁸.

En 1967, otro autor inmerso en el campo de la psicología, Warner Wilson, hizo una amplia revisión del bienestar subjetivo (también conocido como satisfacción vital), en la que llegó a la conclusión de que la persona feliz es joven, saludable, bien educada, bien pagada, extrovertida, optimista, libre, religiosa, con alta autoestima, aspiraciones modestas, de cualquier sexo y de una amplia gama de niveles de inteligencia⁷¹.

De esta manera, se hace notorio el particular interés de la Psicología por dilucidar la razón por la que algunos sujetos se sienten satisfechos con la vida, mientras que otros no; igualmente le interesa determinar qué factores inciden en el logro de tal estado de bienestar subjetivo. De este modo se ha intentado vincular el bienestar con variables culturales y sociodemográficas por un lado y con variables de personalidad, por otro⁷¹.

Por ello, es importante resaltar que estar feliz o satisfecho no viene así como así, sino que incluye aspectos que el individuo va realizando para concretar sus logros y de esta manera conquistar su bienestar integral⁷², lo cual transportado al ámbito universitario, toma gran importancia ante la creciente necesidad de comportamientos saludables para impactar en la calidad de vida de la comunidad universitaria, pues además de ser el espacio donde se culturaliza el ser humano, es también el contexto en el cual transcurre la vida cotidiana, el trabajo, aprendizaje y sociabilidad del estudiante⁷³.

2.1. La Depresión

Desde el punto de vista antropológico, el hecho de la depresión es universal, pero su manifestación sintomática es diferente en las diversas culturas; en occidente, la depresión constituye el fenómeno epidemiológico más importante, con tendencia a crecer cada día más⁷⁴.

La "diversidad cultural" que da soporte a las diversas formas de sintomatizar la depresión, ha sido admitida por la psiquiatría biológica; sin embargo, autores como F. Alonso, afirman: *los datos que poseemos permiten afirmar que la sociedad occidental es profundamente depresiógena. La depresión alcanza en ella su vértice epidemiológico, casi como si fuera un fenómeno social propio*⁷⁵, lo cual contrasta con un hecho que Carathers redacta en 1953 para la OMS, en su informe sobre África, ya que se creía que la depresión era poco significativa en los países del tercer mundo o primitivos.

Así, desde el punto de vista de la antropología, se ha dado por reconocer en un devenir histórico, los tres nombres de la depresión; la historia está fundamentalmente marcada por tres vocablos: melancolía, acedia y depresión, que representan las tres perspectivas culturales de la filosofía occidental: cosmológica, teológica y logológica⁷².

Melancolía.- la *melaina chole (atra bilis, bilis negra)* o melancolía, provenía de la alteración del equilibrio humoral. De acuerdo con la idea hipocrática (s. V y IV a.J.C.), la alteración de la “bilis negra” (uno de los cuatro humores corporales) produciría el estado patológico melancólico depresivo. En el mismo sentido, se hace patente la influencia hipocrática en tres autores (griegos): Rufo de Éfeso (s. II p.J.C.), quien afirma que la mente es también factor de melancolía; Areteo de Capadocia (c. 150), que vislumbró la conexión entre manía y melancolía; y Galeno (s. II p.J.C.), que continuó desarrollando el esquema humoral, aunque introduciendo factores psíquicos⁷⁶.

Acedia.- después de la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y catedrales; y es principalmente en el ámbito del monacato, donde se comienza a hablar de Acedia (accedia, acedia, accidia, acidia), un síndrome de tristeza y dejadez, de inhibición y apatía, de angustia y pereza. Así, el término griego *akédeia, akedía (a—kédos = sin cuidado)*, es traducido al latín por *acedia* (Casiano, Alcuino, Jonas de Orleans), por *acidia* (Hugo de S. Victor, Otón de Luques, S. Buenaventura), por *accidia* (S. Isidoro de Sevilla, S. Tomás de Aquino, R. Lulio), y por *taedium vitae* (biblia Vulgata, Casiano). El principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano, el cual en su libro, *Des institutis coenobiorum et de octo principalium vitiorum remediis libri XII*, (escrito entre el 419 y el 426), introduce la lista de ocho vicios en los que se incluye la acedia¹⁵.

Durante la Edad Media, pues, coexistían los dos diagnósticos sobre la acedia: el diagnóstico “melancólico” de la tristeza, eximía de culpa, pues se trataba de una enfermedad corporal; mientras que el diagnóstico “diabólico” de la acedia era un pecado al que había que combatir con confesión, oración y trabajo manual¹⁵.

Depresión.- el Renacimiento supuso una “vuelta” a las ideas de Rufo de Éfeso y de Galeno de Pérgamo; así, Paracelso (1567) habla de cuatro clases de melancólicos; Th. Elyot (1530) hace referencia al temperamento melancólico y T. Bright (1586) publica un Tratado sobre la melancolía, en el que se desmarca de la etiología pecaminosa de la depresión, constituyendo este libro la primera monografía específica sobre la depresión. Hoy el término “depresión”, utilizado por geógrafos, economistas, sociólogos, psicoanalistas, etc., se refiere al síndrome de “hundimiento vital” que estamos estudiando, debido a la grave incidencia epidemiológica de esta enfermedad que padece una gran parte de la humanidad. Es tal su importancia que infunde enorme respeto⁷⁴.

Así mismo, el término depresión ha sido utilizado por los clínicos de una manera muy precisa, donde se identifican tanto patrones definitorios (síntomas), como una clasificación por tipos. Los patrones definitorios suelen agruparse en cuatro tipos: *síntomas afectivos* (humor bajo, tristeza, desánimo), *síntomas cognitivos* (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza, remordimiento), *síntomas conductuales* (retirada de actividades sociales, agitación motora, actitud desganada) y *síntomas físicos* (relativos al apetito, al sueño, a la falta de «energía»)⁶⁷.

Por otro lado, la clasificación en tipos de depresión cuenta con una variedad de categorías. Tradicionalmente han sido dominantes dos dicotomías, no excluyentes entre sí. Una es la que distingue entre *depresión endógena*, cuya línea asociativa conlleva la condición psicótica (de carácter no-reactivo y de origen biológico), y la *depresión no-endógena*, cuya línea asociativa conlleva la condición neurótica (de carácter reactivo y de origen psicológico)⁶⁷.

La segunda dicotomía distingue entre *depresión bipolar*, cuando el episodio depresivo alterna con uno de índole maníaca (actual psicosis maniaco-depresiva), y *depresión unipolar* (con subtipos: episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor –recidivante-, trastorno distímico y otros trastornos del estado de ánimo), cuando únicamente cuenta con el polo depresivo. Asimismo, se distingue el *grado de depresión* entre *leve*, *moderada* y *severa*, que puede medirse a través del Inventario de Depresión de Beck, Escala de Zung o Escala de Hamilton, entre otros instrumentos⁶⁷.

De esta manera, la depresión se hace presente como una de las entidades más investigadas en la población médica, ya que se han realizado estudios en el ámbito universitario, especialmente en estudiantes de medicina que han demostrado niveles considerables de depresión. Este trastorno promueve y prolonga lo que provoca el empeoramiento de la calidad de vida y la salud en todos sus registros. Especialmente los estudiantes de medicina sufren un importante estrés desde el comienzo de su preparación profesional. En muchos de ellos, los programas y las exigencias generan miedo; incompetencia, enojo y sensación de inutilidad y culpa⁶⁷.

Todas estas manifestaciones pueden producir respuestas psicológicas y físicas; aunado a la transición de la educación media superior a la vida universitaria que no siempre es asimilada de la mejor forma en los estudiantes. Sufrir depresión, patología que repercutirá de manera directa en el estudiante de medicina, ocasiona efectos adversos potenciales sobre el rendimiento académico, y otras áreas de su vida personal⁶⁷.

Como se ha dicho antes, el acceso a la Universidad supone gran cantidad de cambios en el desarrollo personal y la independencia de muchos jóvenes. Además, puede suponer separación de la familia, examen de valores y la aceptación de nuevas

responsabilidades. Tanto los cambios positivos como los negativos pueden llevar consigo estrés y vulnerabilidad, física y psíquica, pudiendo ser una experiencia emocional desadaptativa para unos y un momento excitante de cambio y desarrollo personal para otros. Estas dificultades de ajuste personal pueden provocar en algunos estudiantes problemas de rendimiento académico e, incluso en otros, abandono de los estudios universitarios²¹.

2.2. Factores asociados con la depresión

Entre los factores que se han encontrado dentro del estado del arte como asociados a la depresión, encontramos principalmente tres: el estrés académico, la ansiedad, y la satisfacción con la vida; además del consumo de drogas, hábito tabáquico y uso de alcohol, algunos de los cuales se describen a continuación.

2.2.1. Estrés Académico

En relación con los estados depresivos, se encuentra comúnmente asociado el estrés, entendido éste como el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo y que son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica⁷⁷.

Históricamente se ha concebido el estrés desde varias perspectivas: Claude Bernard postuló que lo característico del estrés son los estímulos estresores o situaciones estresantes, mientras que Walter Cannon, más recientemente, afirmó que lo más importante es la respuesta fisiológica y conductual que los estímulos provocan⁷⁸.

Según Orlandini, desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado, cuando una persona está en un período de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se le denomina estrés académico, y ocurre tanto en el estudio que se realiza de manera individual como el que se efectúa en el aula escolar⁷⁹. La etapa del ciclo vital en la que se encuentran la mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado, es la adolescencia tardía. Y es justamente allí, cuando se acentúan algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad²⁹.

2.2.2. Satisfacción con la Vida

Cuando el individuo que por naturaleza es social, es estudiado para conocer los aspectos que le llevan a evaluar positivamente su existencia, se hacen notar dos componentes en tal evaluación: *sus pensamientos* y *sus afectos*. El componente cognitivo, que es el que se refiere a la satisfacción vital, representa la discrepancia entre sus aspiraciones y sus

logros; en lo concerniente al elemento afectivo, éste constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado de la persona con sus sentimientos, emociones, estados de ánimo, y que hace que estos componentes estén relacionados⁷².

De esta manera, la satisfacción con la vida puede funcionar como un factor protector contra problemas psicológicos, ayudando en el restablecimiento del equilibrio emocional; igualmente, debemos saber que estar feliz o satisfecho no viene así como así, sino que incluye aspectos que el individuo va realizando para concretar sus logros¹⁵ y así conquistar su bienestar integral, lo cual transportado al ámbito universitario, toma gran importancia ante la creciente necesidad de comportamientos saludables para impactar en la calidad de vida de la comunidad universitaria, pues además de ser el espacio donde se culturaliza el ser humano, es también el contexto en el cual por un largo periodo de tiempo transcurren la vida cotidiana, el trabajo, el aprendizaje y la sociabilidad del estudiante⁷³.

Capítulo III

Planteamiento del problema

El objetivo de este capítulo es dar a conocer el tema de investigación, describiendo la importancia del estudio así como la ubicación del problema, dando un contexto que apoye al planteamiento del problema y la presentación tanto del objetivo general como de los objetivos específicos, para concluir con los alcances y limitaciones encontrados en el transcurso de este proyecto.

3.1. Enunciado del problema

Desde el punto de vista epidemiológico, se trata de un padecimiento en constante crecimiento; la depresión es un problema muy importante de salud pública, ya que al ser un grupo en transición, la población estudiantil presenta características importantes de riesgo: adaptarse al cambio de la escuela, llegar a un estatus donde la exigencia personal es más fuerte, donde la exigencia académica y la carga escolar también se ven aumentados, la exposición al estrés está presente debido a la exigencia y las presiones académico-sociales, que pueden acarrear reacciones como problemas en el proceso enseñanza-aprendizaje y por ende, la deserción escolar, la ideación suicida.

Actualmente, los trastornos mentales como la depresión, figuran entre las 20 causas principales de discapacidad a nivel mundial; de ese modo, la depresión afecta a unos 120 millones de personas en todo el mundo y se prevé que este número aumente. Desafortunadamente, menos del 25% de los afectados tienen acceso a un tratamiento adecuado y a la asistencia sanitaria⁴.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas⁹. Y aún más allá, en los niveles de desarrollo profesional se ven reflejadas las consecuencias: aumento de responsabilidad significa aumento también de los niveles de estrés y depresión, y por ende, una baja general en el estado de salud.

3.2. Por todo lo anterior, me hago la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo durante el ciclo escolar enero-junio de 2011?

3.3. Justificación

Estudiar una carrera a nivel licenciatura, hoy por hoy implica esfuerzos compartidos, no solo del estudiante y sus padres, sino también de toda la sociedad que hace caminar a la universidad; y al ser la depresión un problema que desencadena muchos otros, como la deserción escolar, altos índices de reprobación, detrimento del estado de salud en general, elevación de los niveles de estrés, sobre todo cuando aumentan las responsabilidades y se llega a un nivel de profesionista, comprendemos entonces que se trata de una situación que compete a todos los ámbitos, debido incluso a los costos que conlleva.

Precisamente, al ser los estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud una población en foco de riesgo, fueron seleccionados debido a la gran probabilidad de encontrar las características del problema y sus dimensiones en particular, y de este modo poder estudiarlas con un análisis que incluya aspectos tanto sociales como psicológicos, desde una perspectiva de salud integral.

Los resultados obtenidos a partir de esta investigación se darán a conocer a las autoridades pertinentes, para que puedan servirles como herramienta que facilite la proyección de estrategias de prevención y disminución de la depresión, y que de esta manera se pueda favorecer la promoción de la salud mental en este grupo poblacional.

3.4. Objetivos

Para conocer la situación actual de depresión, estrés y satisfacción vital en los estudiantes, además de la relación entre estas variables, se plantearon los siguientes.

Objetivo general

- **Determinar** cuáles son los factores asociados a la depresión en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, durante el ciclo escolar julio-diciembre, 2011.

Objetivos específicos

- ✚ Determinar en los estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud prevalencia de:
 - ✓ depresión
 - ✓ estrés académico
 - ✓ satisfacción vital
- ✚ Determinar la asociación entre la depresión y
 - ✓ estrés académico
 - ✓ satisfacción vital
 - ✓ género
 - ✓ carrera

3.5. Hipótesis

Existen factores asociados a la depresión en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo durante el ciclo escolar enero-junio 2011. Veamos ahora el diseño de la investigación, en el capítulo Material y métodos.

Capítulo IV

Material y métodos

Enseguida se describe cómo fue llevada a cabo la investigación, pasando por las fases de diseño del estudio, la selección de escalas para la conformación del instrumento general, así como el procedimiento seguido hasta llegar a los resultados.

Para la medición de las variables ya mencionadas (depresión, estrés académico, satisfacción vital), se aplicó un instrumento auto-administrado a través de escalas psicológicas con respuestas tipo Likert, presentadas por encuestadores-orientadores; este instrumento incluye variables sociodemográficas. El orden propuesto de acuerdo a la metodología de la investigación, sugiere aplicar la escala de menor dificultad hasta llegar a la de más dificultad⁵⁴.

4.1. Diseño del estudio

La intención de este proyecto se ve orientada al ejercicio de una investigación de tipo observacional, con un diseño transversal, ya que la variable de resultado (depresión) y las variables de exposición (estrés académico, satisfacción vital), serán determinadas de manera simultánea en la unidad de estudio (estudiantes de ICSa)⁸⁰. Para este caso, a los participantes se les facilitó un cuestionario auto-administrado en un punto preciso del tiempo, y al mismo tiempo se obtuvo simultáneamente información sobre la exposición, el evento y otras variables demográficas importantes.

4.2. Ubicación espacio-temporal

Las instalaciones que albergan al Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), se encuentran a 20 minutos del centro de Pachuca, ubicado en la periferia de la ciudad, sobre la carretera Actopan-Tilcuautla, a un costado de la ex Hacienda La Concepción. Su extensión es de 128,729.30 metros cuadrados, con 11 módulos que contemplan 53 aulas, 23 laboratorios, 1 biblioteca, oficinas para investigadores, oficinas para administración, cuarto de máquinas, subestación eléctrica y estacionamiento.

Dentro de este Instituto encuentran cobijo particularmente siete carreras: Licenciatura de Médico Cirujano, Licenciatura de Cirujano Dentista, Licenciatura en Farmacia, Licenciatura en Psicología, Licenciatura en Nutrición, Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Gerontología. Por ello, la población de estudio estuvo

conformada por estudiantes de nivel licenciatura del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa); la unidad de primera etapa fueron los estudiantes de las siete licenciaturas, mientras que la unidad final de análisis fue un estudiante con depresión (leve, moderada).

4.3. Selección de la población

Para elegir a los participantes de la encuesta se realizó una búsqueda en una fuente formal de información, encontrando que las bases de datos de ingreso para la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo eran la fuente más adecuada. De acuerdo con datos del anuario estadístico del 2008⁸¹, el Instituto de Ciencias de la Salud contaba con una población de 4414 estudiantes, de los cuales el 69.3% (3058) eran mujeres, y el resto eran hombres (Tabla 1).

LICENCIATURA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Odontología	491	200	691
Medicina	854	715	1569
Enfermería	474	66	540
Farmacia	130	63	193
Nutrición	387	77	464
Psicología	722	235	957
TOTAL	3058	1356	4414

Fuente: Área de estadísticas, DEEyDI, DGP, UAEH. Anuario estadístico, 2008⁸¹. (Anuario)

Según datos estadísticos de la Dirección General de Planeación, en el periodo escolar julio-diciembre de 2009⁸², hubo un total de 3,886 alumnos de las diferentes licenciaturas mencionadas para la población de estudio (Tabla 2).

LICENCIATURA	NUEVO INGRESO	REINGRESO	TOTAL
Odontología	68	556	624
Medicina	149	1180	1329
Enfermería	39	414	453
Farmacia	15	175	190
Nutrición	63	421	484
Psicología	96	690	786
Gerontología	20	-	20
TOTAL	450	3436	3886

Fuente: Dirección General de Planeación (DGP). Infraestructura universitaria, 2009⁸². (DGP)

Y la base de datos UAEHIE, tomando como fuente de información al Sistema Integral de Administración Escolar⁸³, para el ciclo enero-junio de 2010, arrojó que para este período hubo una población de 4279 alumnos inscritos en las licenciaturas referidas

(incluida Gerontología), distribuidos entre alumnos de nuevo ingreso y de reingreso (Tabla 3 de la siguiente página).

LICENCIATURA	NUEVO INGRESO	REINGRESO	TOTAL
Odontología	68	556	624
Medicina	149	1180	1329
Enfermería	39	414	453
Farmacia	15	175	190
Nutrición	63	421	484
Psicología	134	1045	1179
Gerontología	20	-	20
TOTAL	430	3436	4279

Fuente: Sistema Integral de Administración Escolar, UAEHIE, 2010⁸³. (SIAE)

Aunque la dinámica poblacional de la Universidad ha variado un poco, en el 2011 se ofertaron más lugares por carrera, por lo que se tomó en cuenta la cifra total de 4,329 estudiantes, cotejada con los datos actuales de registro proporcionados por cada uno de los siete Coordinadores de cada Licenciatura.

4.3.1. Características de los participantes

Así mismo, de entre las características de los estudiantes se encuentra una edad promedio de 18 a 23 años, dependiendo del semestre cursado, aunque en algunos casos este límite de edad se vio extremado hasta los 28, 29 y 30 años; además se manejan diversos criterios de inclusión y exclusión que son descritos en los siguientes apartados de este mismo capítulo.

4.3.2. Variables de estudio

Dentro de la investigación se tienen contempladas variables específicas como las más importantes: el grado de depresión, los niveles de estrés y los niveles de satisfacción vital, así como la edad, género, semestre cursado, y otras más que se describen en los siguientes apartados. Y entre las variables sociodemográficas se encuentran: género, edad, estado civil, religión, carrera a la que pertenece, le gusta su carrera; el estado de su vivienda (INCOVI), el estatus socioeconómico (AMAI); lugar de residencia actual y frecuencia de traslado a casa.

Además, también se contemplan las siguientes variables psicológicas: nivel de depresión, nivel de estrés académico, nivel de satisfacción con la vida, habilidades de afrontamiento al estrés, hábito tabáquico, hábito alcohólico, uso de drogas, elección de carrera, familiares con antecedentes de padecimientos mentales.

4.3.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión

- ✚ Ser alumno inscrito dentro del Instituto de Ciencias de la Salud.
- ✚ Encontrarse en el Instituto en el momento de la selección de los participantes.

Exclusión

- ✚ Los participantes que pertenezcan a otra carrera diferente a las siete principales.

Eliminación

- ✚ Aquél individuo que haya llenado el cuestionario pero que no hubiera respondido la escala correspondiente a la variable dependiente (depresión).
- ✚ El estudiante que no haya firmado el consentimiento informado.

4.4. Diseño muestral

Se trata de Muestreo Probabilístico: polietápico estratificado, y muestreo aleatorio simple⁸⁴. Al tratarse de un estudio transversal, la muestra fue seleccionada en una primera etapa de acuerdo a cada uno de los siete estratos (licenciatura), con la finalidad de tener homogeneidad por cada grupo, y posteriormente se realizó un muestreo aleatorio simple, que consistió en elegir, de acuerdo al tamaño de cada estrato y de manera aleatoria, al número de estudiantes por carrera que completara la suma total del tamaño de muestra, por lo que se utilizó la afijación óptima. Como base para este recurso se utilizaron los escenarios muestrales.

4.4.1. Escenarios muestrales

Para conocer los escenarios muestrales, se buscaron referencias de estudios análogos a este proyecto. La prevalencia de depresión en estudiantes de enfermería en Colima fue de 22%, durante el año 2006², y la de estudiantes de medicina durante el 2007⁴⁵, en la Ciudad de México fue de 32%.

Tabla 4. Prevalencia de depresión en estudiantes de enfermería, Colima, 2006.

α	p	q	E ²	n	TNR 10%	n total	TNR 15%	n total
95%	0.22	0.78	0.02	1648	165	1813	247	1895
95%	0.22	0.78	0.05	264	26	290	40	304
95%	0.22	0.78	0.07	135	14	149	20	155
95%	0.22	0.78	0.13	39	4	43	6	45

Fuente: Olmedo-Buenrostro BA, et al. Colima, México: 2006.

Tabla 5. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina, Cd. de México, 2007.

α	p	q	E ²	n	TNR 10%	n total	TNR 15%	n total
95%	0.32	0.68	0.02	2090	209	2229	314	2404
95%	0.32	0.68	0.05	334	33	367	50	384
95%	0.32	0.68	0.07	171	17	188	26	197
95%	0.32	0.68	0.13	49	5	54	7	56

Fuente: Jaimes-García J. et al. Cd. de México, México: 2007

Cabe señalar que con un error de 0.02, se obtiene en ambos casos (remarcado en negritas), una muestra grande, en la que habría de compararse con el tamaño de muestra requerido para una población.

4.4.2. Ficha técnica de muestreo

A continuación se presenta la ficha técnica de muestreo, donde se observan los valores para la significancia, error estándar y el ámbito de estudio.

FICHA TÉCNICA DE MUESTREO	
Ámbito	Local (Pachuca, Hidalgo)
Universo	Sujetos de ambos sexos, mayores de 20 años, estudiantes de licenciatura del área de la salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, que presenten depresión.
Tamaño muestral	715 estudiantes Nivel de significancia del 95% y una TNR de 0.3 por razones de factibilidad
Afijación	Óptima
Puntos de muestreo	Polietápico, estratificado, 7 carreras, 9 semestres TNR, FC
Procedimiento de muestreo UPM UFM	Mixto: Muestreo polietápico estratificado + muestreo aleatorio simple Estudiantes de licenciatura de ICSa Estudiantes con depresión del área de ICSa de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
Tamaño muestral	715
Nivel de confianza	95%
Error de muestreo	0.03
Fecha de realización	Noviembre, 2010

4.5. Muestra

Se trata de un diseño de muestreo probabilístico polietápico estratificado. A continuación se presenta el universo, la unidad de primera etapa, la unidad final de análisis y la muestra.

Tabla 6. Ficha con características del tamaño muestral

UNIVERSO	TAMAÑO DE MUESTRA	TÉCNICA DE MUESTREO	DISEÑO MUESTRAL
Estudiantes de licenciatura del área de la salud (ICSa) en Hidalgo, de la Universidad Autónoma del Estado.	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia $p=0.35$ $p=0.50$ Significancia (α) 95% Precisión ó error (e) 0.03 	Muestreo probabilístico polietápico estratificado	a) Unidad de primera etapa Estudiantes de las licenciaturas del área de medicina (ICSa) b) Unidad final de análisis Un estudiante con depresión c) Factor de corrección d) Tasa de no respuesta 10%

4.5.1. Tamaño mínimo de muestra requerido para una proporción

*Cuando sí se conoce la población*⁸⁵

Se conoce la población total y por estratos del grupo de estudio, y se pretende estimar la muestra necesaria para realizar la investigación con un 95% de seguridad, ya que dentro de los escenarios muestrales más cercanos (Colima y México), se encontraron prevalencias de 22% y 32%, se utilizará $p=0.05$, con un error de $E=0.03$, y de acuerdo con las prevalencias de los escenarios muestrales, se utilizará la equivalente al 32%. A continuación se desglosa la fórmula a partir de la cual se obtuvo el tamaño mínimo de muestra requerido para una proporción⁸⁶.

α	p	q	E^2	n	TNR 10%	FC	n total
95%	0.32	0.68	0.03	4329	65	650	715

Al sustituir la fórmula, obtendremos:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq} \quad n = \frac{(1.96)^2(0.32)(0.68)(4329)}{(4329)(0.03)^2 + (1.96)^2(0.32)(0.68)} = \frac{3618.75}{4.73} = 765$$

Al aplicar el Supuesto del Factor de Corrección $N > n(n-1)$ tenemos que:

$$(765)(764) = 584460 > 4329$$

Por lo que: $FC = \frac{n}{1+n/N} = \frac{765}{1.1767} = 650$ y $TNR = 650 \times 0.10 = 65$
 $n + TNR = 650 + 65 = 715$

Tabla 8. Muestreo estratificado por afijación óptima⁸⁷

LICENCIATURA	No. alumnos	%	Afijación	Unidad x licenciatura
Odontología	624	14	87	75
Medicina	1379	32	441	220
Enfermería	453	10	45	60
Farmacia	190	4.5	86	80
Nutrición	484	11	53	70
Psicología	1179	27	318	190
Gerontología	20	0.5	1	20
TOTAL	4329	100	n = 715	n = 715

4.5.2. Afijación óptima

De aquí es donde obtenemos la cifra necesaria total de la muestra, que equivale a 715 estudiantes del área de la salud, que divididos por carrera, corresponderían a 75 de odontología, 220 de medicina, 60 de enfermería, 80 de farmacia, 70 de nutrición, 190 de psicología y 20 estudiantes de gerontología.

4.6. Fuentes, técnicas e instrumentos

La principal fuente de obtención de los datos fue el instrumento Evadepsa-2011, un instrumento prolectivo⁸⁸, ya que se trata de un cuestionario estructurado, con preguntas codificadas y politomizadas o dicotomizadas, según el caso, donde la técnica de aplicación fue autoadministrada.

4.6.1. Descripción del instrumento

Evadepsa-2011 fue diseñado para esta investigación, un cuestionario conformado por 25 preguntas sociodemográficas y tres escalas psicológicas que miden: satisfacción vital,

depresión y estrés académico, respectivamente. Sus componentes incluyen las siguientes escalas de evaluación.

4.6.2. Escala de Satisfacción con la Vida - SWLS⁸⁹ (Diener et al, 1993)

Se trata de una escala destinada a evaluar la satisfacción global con la vida, desarrollada por Pavot y Diener. Consiste en un conjunto de 5 afirmaciones frente a las cuales las personas deben indicar su nivel de acuerdo o desacuerdo en una escala de 7 puntos.

Interpretación: el puntaje total de la prueba oscila entre 5 y 35, que puede interpretarse tanto en términos absolutos como relativos (Alpha de 0.87).

- **Puntuación muy alta** (30 a 35 puntos) **Personas altamente satisfechas**
Las personas que obtienen una puntuación en este rango, aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien.
- **Puntuación alta** (25-29 puntos)
Las personas que obtienen una puntuación en este rango, aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien; pese a ello, tienen identificadas áreas de insatisfacción.
- **Puntuación media** (20-24 puntos)
La puntuación media obtenida en los países desarrollados se sitúa en esta zona. Las personas que obtienen una puntuación en este rango, consideran que hay áreas de su vida que necesitan mejorar.
- **Ligeramente por debajo de la media** (15-19 puntos)
Las personas que obtienen una puntuación en este rango, suelen tener problemas pequeños pero significantes en varias áreas de sus vidas.
- **Puntuación baja** (10-14 puntos) **Personas insatisfechas**
Las personas que obtienen una puntuación en este rango, están significativamente insatisfechas con sus vidas.
- **Puntuación muy baja** (5-9 puntos) **Personas muy insatisfechas**
Las personas que obtienen una puntuación en este rango, suelen sentirse extremadamente infelices con su vida actual.

La prueba ha demostrado una alta correlación positiva con otras pruebas que evalúan el bienestar psicológico y **una alta correlación negativa con instrumentos clínicos como la escala de depresión de Beck⁹⁰.**

4.6.3. Escala Autoaplicada de Depresión⁹¹ (Zung, 1965)

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país⁹² y ha tenido una amplia difusión. Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de información ajena a lo solicitado.

Es una escala auto-aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores⁹¹.

Interpretación.- la escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Conde y cols.⁹² proponen los siguientes puntos de corte:

No depresión	< 35	(< 28 puntos)
Depresión leve	36-51	(28-41 puntos)
Depresión moderada	52-67	(42-53 puntos)
Depresión grave	> 68	(> 53 puntos)

Validez.- esta escala informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

4.6.4. Inventario de Estrés Académico⁴⁸ (Barraza, 2006)

Se trata de un inventario de aplicación auto-administrada, de la cual se puede solicitar su llenado de manera individual o colectiva; su resolución no implica más de 10 minutos. El

inventario SISCO del Estrés Académico se configura por 31 ítems distribuidos de la siguiente manera:

- Un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (si-no), permite determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario.
- Un ítem que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores numéricos (del 1 al 5, donde uno es poco y cinco mucho), permite identificar el nivel de intensidad del estrés académico.
- Ocho ítems que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores.
- 15 ítems que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.
- Seis ítems que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento.

Validez.- se recolectó evidencia basada en la estructura interna a través de tres procedimientos: análisis factorial, análisis de consistencia interna y análisis de grupos contrastados. Los resultados confirman la constitución tridimensional del Inventario SISCO del Estrés Académico a través de la estructura factorial obtenida en el análisis correspondiente, lo cual coincide con el modelo conceptual elaborado para el estudio del estrés académico desde una perspectiva sistémico-cognoscitivista.

4.7. Operacionalización de las variables

En la tabla de la siguiente página se puede observar el nombre y tipo de la variable de estudio, así como el concepto y por ende también el concepto que se tiene de ellas.

Tabla 9. Operacionalización de Variables

<u>VARIABLE</u>	<u>CONCEPTO</u>	<u>OPERACIONALIZACIÓN</u>	<u>TIPO / ESCALA</u>	<u>FUENTE</u>
Depresión (Variable dependiente)	Trastorno del estado del ánimo caracterizado por tristeza, irritabilidad o trastorno de humor.	Estado del ánimo caracterizado por: - no depresión - depresión leve - depresión moderada	Cualitativa, politómica. Ordinal	Evadepsa-2011

		- depresión grave		
Estrés académico (Variable independiente)	Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada, en el ámbito académico.	Reacción caracterizada: - estrés ac. alto - estrés ac. medio alto - estrés ac. medio - estrés ac. medio bajo - estrés ac. bajo	Cualitativa, politómica. Ordinal	Evadepsa-2011
Satisfacción con la vida (Variable independiente)	Evaluación positiva de la propia existencia; representa la discrepancia entre las aspiraciones y los logros.	Características: - persona satisfecha - ligeramente satisfecha - satisfacción neutral - persona ligeramente insatisfecha - persona insatisfecha	Cualitativa, politómica. Ordinal	Evadepsa-2011
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad comprendida en años.	Cuantitativa, discreta De razón	Evadepsa-2011
Sexo	Características biológicas que diferencian a la especie humana en hombres y mujeres.	Femenino, masculino	Cualitativa, dicotómica. Nominal	Evadepsa-2011
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero, Casado, Unión libre, Divorciado, Separado, Viudo.	Cualitativa, categórica Nominal	Evadepsa-2011
Carrera	Formación profesional donde se adquieren los conocimientos	Enfermería, Farmacia, Gerontología, Médico Cirujano, Nutrición,	Cualitativa, politómica. Nominal	Evadepsa-2011

	especializados respectivos para ejercer una ocupación u oficio.	Cirujano Dentista, Psicología.		
<u>VARIABLE</u>	<u>CONCEPTO</u>	<u>OPERACIONALIZACIÓN</u>	<u>TIPO / ESCALA</u>	<u>FUENTE</u>
Religión	Sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado.	Católica, Cristiana, Testigo de Jehová, Protestante, Otra.	Cualitativa, politómica. Nominal	Evadepsa-2011
Estado socio-económico	Estratificación social basada en las remuneraciones o posesiones de las personas.	Estado: Alto, Medio alto, Medio, Medio bajo, Bajo.	Cualitativa, politómica Ordinal	Evadepsa-2011
Índice de Condición de la Vivienda (INCOVI)	Condiciones de la vivienda basadas en el índice propuesto por Bronfman ⁹³ .	Condiciones: Buenas, regulares.	Cualitativa, politómica Ordinal	Evadepsa-2011

4.8. Ruta crítica

Dentro de las fases contempladas durante la ruta crítica de la información, se inició con la *propuesta del protocolo de investigación*, seguida por el *diseño del instrumento* (conformado por diferentes escalas, en este caso las de depresión, estrés académico y satisfacción vital); enseguida se realizó una *carátula de captura* (incluido el método de codificación), y después se procedió al *pilotaje* del instrumento en estudiantes del Instituto de Ciencias Básicas e Ingenierías, después del cual, al ser revisado y aprobado, dio paso a la *fase de campo*: aplicación formal en la muestra de estudiantes del área de la salud (ICSa).

En un segundo periodo del proyecto, se realizó la *limpieza de la base de datos*, revisando la calidad de la información, corroborando que no hubiera fallas en la captura; luego se procedió al *análisis de la información*, procediendo con los estadísticos correspondientes, incluido el análisis de la correlación entre la variable dependiente y las independientes, tomando en cuenta las variables confusoras y otros factores que también intervienen en la correlación de los datos.

Y finalmente la *discusión de resultados y conclusiones*, donde se interpretan los resultados, infiriendo las causas de las correlaciones entre las variables, sustentado con el marco teórico y el estado del arte antes referido. Luego se exponen los hallazgos, los obstáculos, y las conclusiones, dando por concluido el trabajo de investigación. La fase posterior incluye las *revisiones por parte del comité* de asesores y luego de lo cual siguió la *presentación del examen de grado*.

4.8.1. Procedimiento

En primer lugar, durante la fase de creación del protocolo se diseñó el instrumento EVADEPSA (Ver Anexo 1), el cual contaba inicialmente con cuatro hojas tamaño oficio, que posteriormente se extendieron a seis hojas tamaño carta con los ítems categorizados y elaborados de manera que se facilitara la codificación.

Cuando se contaba con esta versión, se aplicó la prueba piloto en estudiantes de diversas carreras del Instituto de Ciencias Básicas e Ingenierías, obteniendo resultados con altos índices de confiabilidad, sin embargo, el tiempo de ejecución aún era muy alto, pues los estudiantes tardaban casi una hora en responder el extenso contenido, tenían dudas en las respuestas de la escala de depresión y no respondían la última sección correspondiente al tema del estrés académico.

Se corrigió el instrumento, el número de hojas se redujo a cuatro de tamaño carta, en una presentación de copia por los dos lados, por lo que visualmente al encuestado se le entregaba un material de dos hojas, engrapado, y el cual respondían en menos de veinte minutos, gracias a que también se homogeneizó el sistema de selección de respuestas.

Con estos cambios se observó la conveniencia del rediseño, y por tanto esta fue la versión final aplicada a los alumnos del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa); el proceso de aplicación del cuestionario en dicha institución se realizó quince días después de los exámenes parciales más recientes, con la intención de evitar un sesgo de información.

El día de la aplicación formal de la prueba se citó a los alumnos en el auditorio del ICSa, donde se concentró a la muestra de cada carrera seleccionada de manera aleatoria, lugar en el que los participantes del estudio, fueron guiados y vigilados por cuatro encuestadores y un supervisor; finalmente, el tiempo ocupado para responder a las preguntas fue en promedio, de quince a treinta minutos.

Para la codificación y captura se contó con manuales que cubrieran esta necesidad (Ver Anexo 2), por lo que los datos colectados se capturaron de manera ágil y precisa. Posteriormente, se creó la base de datos con la información de los participantes de la investigación, y se preparó para el análisis.

Para el análisis se realizaron pruebas estadísticas paramétricas, y de prevalencias para buscar asociación entre las variables; finalmente, el modelo teórico que dio base a la discusión de los resultados, retomó un enfoque psicológico social y de la salud sobre la depresión, en el que se incluyó a los referentes de Aaron Beck y Martin Seligman, principalmente.

4.8.2. Aspectos éticos y de bioseguridad

El seguimiento de la ética durante el desarrollo de una investigación, sienta la base de la integración humana, con un sentido científico y axiológico, que vigila las normas como los conocimientos. Por ello se toman en cuenta aspectos como la protección a la integridad y el anonimato de los participantes del presente proyecto de investigación, teniendo como base el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

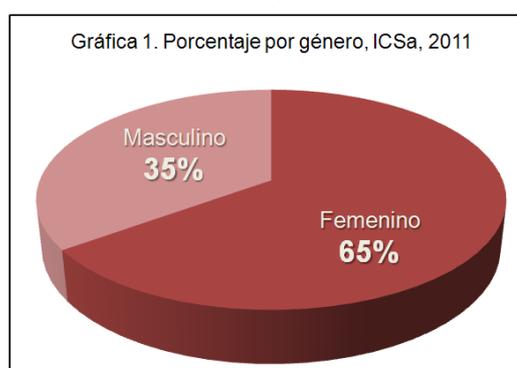
Se hace referencia a los artículos 16 y 17, sobre la privacidad y el anonimato, ya que es una investigación sin riesgo de que el participante sufra algún daño; el artículo 20 que trata sobre el consentimiento informado, puesto que el participante de la investigación autoriza su participación voluntaria, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Igualmente los artículos 57 y 58, sobre los riesgos de los participantes de la investigación, toda vez que se trata de grupos subordinados y se vigila que el participante sea libre de retirar su consentimiento en el momento que él lo decida, aún cuando los resultados no serán utilizados en perjuicio de los participantes.

Capítulo V

Resultados

La población total estuvo comprendida por 773 alumnos encuestados, donde inicialmente se tenía programado fueran de las diferentes carreras que se imparten dentro el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; sin embargo, causas ajenas al sistema utilizado para la selección de la muestra (muestreo aleatorio simple) permitieron que se tuvieran dos casos de alumnas de la Maestría en Ciencias Biomédicas que se imparte en la misma institución.

Como parte de los resultados, hubo mayor proporción de participantes de sexo femenino (503), es decir, el 65%, mientras que el restante 35% correspondió a la población de sexo masculino (270). (Ver Gráfica 1)



Igualmente, las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 17 y los 30 años, sin verse comprometidas en su variación por el valor máximo de 30, ya que las estudiantes de la maestría antes mencionada cuentan con 29 años de edad cada una. Así mismo, la media de edad fue de 19.7 años. (Tabla 10)

VALOR MÁXIMO	PROMEDIO	VALOR MÍNIMO
17	19.78	30

Y con respecto a la proporción de estudiantes por carrera, la mayor parte se concentró en la Licenciatura de Médico Cirujano, con el 35% de participantes (273), en

CARRERA	PROPORCIÓN	ALUMNOS
L. Médico Cirujano	35%	273
L. Psicología	17%	132
L. Cirujano Dentista	16%	119
L. Enfermería	13%	102
L. Nutrición	12%	88
L. Farmacia	3%	32
L. Gerontología	2%	25
M. en C. Biomédicas	0%	2
TOTAL	100%	773

segundo lugar, con 17% los estudiantes de Psicología (132), seguidos por los estudiantes de la Licenciatura de Cirujano Dentista con 16% (119), y los de la Licenciatura en Enfermería, con 13% (102).

Luego de ellos, se contó con el 12% (88) de estudiantes de Nutrición, 4% de los estudiantes de la Licenciatura en Farmacia (32) y 3% de estudiantes de Gerontología (25), además de las dos alumnas de la Maestría en Ciencias Biomédicas. (Ver Tabla 11)

En cuanto a la elección de su carrera, el 93% respondió que lo hizo por decisión propia, mientras que un 3% lo hizo por influencia de sus padres (22), un 2% por consejo de sus amigos (16), un 1% de los estudiantes la eligió por tradición familiar (11) y el 1% restante (5) eligieron su carrera por otras circunstancias, como el hecho de que no tenían otra opción o que ésta era su segunda opción. (Tabla 12)

ELECCIÓN	PROPORCIÓN
Por decisión propia	93%
Influencia de los padres	3%
Consejo de los amigos	2%
Tradición familiar	1%
Otra (no tenía más opción)	1%
TOTAL	100%

SI	NO
97%	3%

Así mismo, al preguntarles si les gusta la carrera que eligieron, el 97% de los encuestados (748) está de acuerdo con esta afirmación, mientras que un bajo 3% expresa que no le gusta su carrera (25). (Tabla 13).

En cuanto a las actividades que los alumnos realizan además de estudiar, se

ACTIVIDAD	PROPORCIÓN
Trabajo	13%
Extracurriculares	12%
Otras actividades	5%
Sólo se dedica a estudiar	70%
TOTAL	100%

encontró que el 70% de los encuestados sólo se dedica a estudiar, mientras que el 13% de los encuestados refiere como segunda actividad dedicarse a trabajar, el 12% se dedica a actividades extracurriculares (trabajos académicos) y el 5% restante se dedican a actividades

varias, entre ellas: hacer ejercicio, manualidades, tocar un instrumento, ir a fiestas, practicar baile, cursos de idiomas, labores del hogar y cuidado de los hijos. (Ver Tabla 14)

5.1. Datos demográficos y familiares

En cuanto a la religión de los encuestados, el 77% de ellos (592) menciona practicar el catolicismo, el 11% no profesa religión (88), mientras que 8% respondió practicar la religión cristiana (64) un 1% dijo ser Testigo de Jehová, y otro 1% dijo ser Creyente; el 2% restante practica alguna de otras

RELIGIÓN	PROPORCIÓN
Católica	77%
No profesa	11%
Cristiana	8%
Creyente	1%
Testigo de Jehová	1%
Otra	2%
TOTAL	100%

religiones: espiritualista, mormón, protestante, agnóstica e incluso libre albedrío. (Tabla 15)

Ahora bien, con respecto a su ciudad de origen, el 45% de los estudiantes (345) refieren provenir del municipio de Tulancingo de Bravo, mientras que el 31% son originarios de Pachuca (239), el 12% son originarios del Estado de México (95), y el 7%

ORIGEN	PROPORCIÓN
Tulancingo	45%
Pachuca	31%
Estado de México	12%
Distrito Federal	7%
Otra	5%
TOTAL	100%

del Distrito Federal (50). El 5% restante tiene origen variado, desde otros municipios del Estado de Hidalgo (Actopan, Apan, Atotonilco, Huejutla, Ixmiquilpan, Real del Monte, Zapotlán de Juárez y Zimapán), así como también otras ciudades de la República (Coahuila, Guadalajara, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Monterrey, Morelos,

Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. Y hasta un estudiante originario de La Habana, Cuba. (Tabla 16)

Y en cuanto a la frecuencia con que se trasladan los estudiantes foráneos desde su lugar de origen hasta el Instituto donde estudian, el 35% viajan sólo cada fin de semana (272), el 16% de los estudiantes encuestados viaja diariamente (120), el 10% sólo viaja en vacaciones (80) y el 5% viaja cada mes (42). El 31% de los estudiantes encuestados no viaja, debido a que son originarios de Pachuca, y el 3% restante no respondieron. (Tabla 17)

FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Cada fin de semana	35%
Diariamente	17%
En vacaciones	10%
Cada mes	5%
Vivo en Pachuca	31%
No respondió	3%
TOTAL	100%

Igualmente, en cuanto a la pregunta de dónde vive actualmente, la mayor parte de

RESIDENCIA	PROPORCIÓN
Pachuca	84%
Tulancingo	12%
Estado de México	3%
Otros	1%
TOTAL	100%

la población encuestada se concentra en Pachuca, con 84% de residentes(652), seguida de un 12% de estudiantes que viven en Tulancingo (87), y 3% de los encuestados residen en el Estado de México. El 1% restante reside en diversos lugares cercanos a Hidalgo, como Actopan, Ajacuba,

Atotonilco, El Arenal, Epazoyucan, San Juan Solís, Zapotlán de Juárez, Puebla y Distrito Federal. (Ver Tabla 18)

Por otra parte, la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI), maneja una escala de niveles socioeconómicos en México a

través de puntos, por medio de la cual se pudo conocer que el 36% de los encuestados (279) tiene un nivel socioeconómico medio, y el 29% (223) se encuentran en un nivel medio alto.

Mientras que el 25% de los participantes (199) refleja un nivel

medio bajo, un 9% representa el nivel alto y el 1% restante (6 estudiantes) se encuentra en un nivel socioeconómico bajo. (Ver Tabla 19)

De esta manera, con respecto al tipo de vivienda, también se tienen los datos de que el 32% de los estudiantes (249) viven en casa propia, 30% viven en casa rentada (229), 23% viven con sus padres (181), y el 15% restante vive en diferentes situaciones:

VIVIENDA	PROPORCIÓN
Casa propia	32%
Casa rentada	30%
Con sus padres	23%
Otro	15%
TOTAL	100%

reflejan que el 87% de los estudiantes tiene un

buen índice en este tipo de condiciones, mientras el otro 13% tiene condiciones regulares

ESTADO CIVIL	PROPORCIÓN
Soltero	93%
Casado	2%
Separado	1%
Unión Libre	3%
Viuda	1%
TOTAL	100%

los participantes del estudio, 63% no tienen pareja y el 37% sí tienen pareja. (Tabla 22)

Por otro lado, sólo un 4% de los estudiantes tienen hijos, mientras que el restante 96% (742) de los estudiantes aún no los tienen. De las 31 personas (4%) que sí tienen hijos, son 26 las que tienen un solo hijo, 4 que tienen dos hijos y una sola persona tiene tres hijos. (Ver Tabla 23)

FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Nivel medio	36%
Nivel medio alto	29%
Nivel medio bajo	25%
Nivel alto	9%
Nivel bajo	1%
TOTAL	100%

con los suegros, los tíos, algún familiar, parientes, prometido, amiga, o en un cuarto. (Ver Tabla 20)

Y sobre el Índice de Condiciones de la Vivienda (INCOVI), los datos

Buenas Condiciones	Condiciones regulares
87%	13%

de vivienda. (Ver Tabla 21)

Así mismo, en lo que al estado civil se refiere, más del 90% de los encuestados son solteros (722), mientras 4% viven en unión libre y 18 estudiantes son casados; en menor proporción hay 2 estudiantes en estado civil separado y 1 estudiante viuda. De

Si tiene hijos	No tiene hijos
4%	96%

CUÁNTAS PERSONAS	PROPORCIÓN
Vive Solo	4%
Una persona	11%
Dos personas	21%
Tres personas	26%
Cuatro personas	19%
Cinco o más personas	19%
TOTAL	100%

Sobre la pregunta de “cuántas personas viven en tu casa”, hay 33 (4%) estudiantes que respondieron que viven solos, teniendo mayor frecuencia con 26% los estudiantes (202) que viven con 3 personas, seguidos del 21% de encuestados que viven con 2 personas, 19% (149) que viven con

4 personas, mientras que un 11% (85) viven con 1 persona; de los estudiantes que viven con 5 personas o más, generalmente es porque viven en casas para estudiantes, representando 19% de estudiantes que viven hasta con 15, 20, 25 y 30 personas. (Tabla 24)

Así mismo, la pregunta “con quién vives”, arrojó diversos resultados: el 43% de los estudiantes (332) vive con su papá, 3% vive con su padrastro (21), 54% vive con su mamá (417); 1% vive con su madrastra (7), el 52% vive con sus hermanos (404); 2% vive con sus hermanastros, un 5% vive con sus tíos (40), el 6% vive con sus abuelos, el 19% vive con sus amigos; y 17% (130 personas) viven con alguien diferente de su familia nuclear: esposo e hijos, cuñados, suegros, conocidos, amigos, compañeros estudiantes, estudiantes de la UAEH, novio, primos; mientras que el 2% de los

CON QUIEN VIVE	PROPORCIÓN
Papá	43%
Padrastro	3%
Mamá	54%
Madrastra	1%
Hermanos	52%
Hermanastros	2%
Tíos	5%
Abuelos	6%
Amigos	19%
Otros (esposo e hijos, cuñados, suegros, estudiantes, novio)	17%
Vive solo	2%
TOTAL	100%

No tiene	Si tiene
83%	17%

FAMILIAR EN ICsA	PROPORCIÓN
Hermano	6%
Primo	10%
Otro	1%
Nadie	83%
TOTAL	100%

estudiantes vive solo. (Ver Tabla 25)

Y acerca de la pregunta “tienes algún familiar estudiando en ICsA”, el 83% (641) respondió que no (Tabla 26).

Mientras que del 17% que respondió positivamente (132), 46 estudiantes tienen un hermano

estudiando en la misma institución, 78 tienen un primo y 7 tienen otro familiar (tíos). (Tabla 27)

Respecto a la existencia de algún familiar con enfermedad mental, 95% de los encuestados respondió que ninguno de sus familiares ha tenido este tipo de padecimiento; sin embargo, el resto de los estudiantes respondió que sí tiene familiares, de los cuales, 2% (16) tuvo un

tío con enfermedad mental, el 1% tuvo un abuelo (8) con este padecimiento, mientras que el 2% restante representa diferentes familiares con enfermedad mental: bisabuelo, hermanos, mamá, papá, primos. (Ver Tabla 28)

FAMILIAR CON ENFERMEDAD	PROPORCIÓN
Tío	2%
Abuelo	1%
Diversos (bisabuelo, hermano, primo)	2%
Ningún familiar	95%
TOTAL	100%

En cuanto a la frecuencia de paseo anual en familia, el 41% de los encuestados

FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Tres o más veces al año	41%
Dos veces al año	27%
Al menos una vez al año	20%
No viaja	12%
TOTAL	100%

(316) respondió que viaja tres o más veces al año, mientras que el 27% dijo viajar dos veces al año (207), y el 20% viaja al menos una vez al año; no obstante, 12% de los encuestados (92) no viaja durante el año. (Tabla 29)

Por otra parte, acerca de las actividades que los estudiantes realizan durante su tiempo libre, el 42% refiere salir a pasear con los amigos (323), el 19% hace deporte (149), y el 17% se dedica a leer (129), mientras que el 13% se dedica a ver televisión (100); y finalmente, el 9% dedica su tiempo libre a otros eventos: actividades artísticas tales como bailar, pintar, tocar algún instrumento, escuchar música; actividades familiares como pasear con los hijos y

ACTIVIDAD	PROPORCIÓN
Pasear con los amigos	42%
Actividades deportivas	19%
Leer	17%
Ver televisión	13%
Otras actividades (bailar, pintar, tocar algún instrumento)	9%
TOTAL	100%

con el esposo, realizar labores de la casa, hacer pendientes; así como también estar en la computadora navegando por internet, videojuegos, ver películas y pensar. (Tabla 30)

5.2. Prevalencia de depresión y factores asociados

Por tratarse de la variable dependiente, resulta de gran importancia conocer la prevalencia de depresión en la muestra de estudiantes del ICSa, por lo que a continuación se presentan los resultados obtenidos al respecto.

De los estudiantes encuestados, el 83% de ellos (644) expresó un nivel de **depresión** leve, mientras que un 12% de los participantes no muestran depresión, un 4% muestra depresión moderada y sólo 1% (1 caso de un estudiante de medicina) se muestra con depresión grave. (Ver Tabla 31)

NIVEL	PROPORCIÓN
Depresión leve	83%
Depresión moderada	5%
Depresión grave	1%
Sin depresión	12%
TOTAL	100%

NIVEL	PROPORCIÓN
Estrés bajo	53%
Estrés medio	25%
Estrés grave	2%
Sin estrés	20%
TOTAL	100%

Por otra parte, más de la mitad de los participantes del estudio 53% expresaron un nivel de **estrés académico** bajo, mientras que un 25% de los encuestados reflejó un nivel de estrés académico medio; un 20% se mostró sin estrés académico,

y el 2% restante, con estrés académico grave. (Ver Tabla 32)

Igualmente, el 37% de la población mostró síntomas leves de estrés, mientras que el 30% presentó síntomas muy bajos y el 25% síntomas moderados; 6% con síntomas graves (47), y 2% de estudiantes con síntomas muy graves de estrés. (Tabla 33)

NIVEL	PROPORCIÓN
Síntomas leves	37%
Síntomas muy bajos	30%
Síntomas moderados	25%
Síntomas graves	6%
Síntomas muy graves	2%
TOTAL	100%

En cuanto a lo que se refiere a las **habilidades para afrontar el estrés**, el 41%

NIVEL	PROPORCIÓN
Habilidades normales	41%
Altas habilidades	31%
Muy buenas habilidades	8%
Muy malas habilidades	3%
TOTAL	100%

de la población (318) muestra habilidades normales, el 31% altas habilidades de afrontamiento, mientras que el 8% presenta muy buenas habilidades para afrontar el estrés, y el 3% refleja muy malas habilidades de afrontamiento. (Ver Tabla 34)

Acerca del nivel de **satisfacción**, el 41% de los participantes (317) mostró muy baja satisfacción vital, mientras que el 37% (286) mostró baja satisfacción con la vida, y el 14% mostró una satisfacción vital por debajo de la media. Un 5% de la población participante respondió con una satisfacción vital media,

mientras que el 2% de los estudiantes mostraron una satisfacción vital alta. Solo un 1% de los participantes (9 encuestados) mostraron satisfacción vital muy alta. (Ver Tabla 35)

NIVEL	PROPORCIÓN
Muy baja satisfacción	41%
Baja satisfacción	37%
Satisfacción por debajo de la media	14%
Satisfacción media	5%
Satisfacción alta	2%
Satisfacción muy alta	1%
TOTAL	100%

FRECUENCIA	PROPORCIÓN
1 cigarro a la semana	14%
1 cigarro por día	8%
1 cajetilla por semana	4%
1 cajetilla por día (o más)	1%
No fuma	73%
TOTAL	100%

Y en lo tocante al hábito tabáquico en los estudiantes, el 73% (563) de los participantes respondió que no fuman, mientras que el 14% de ellos (109) fuman al menos 1 cigarrillo a la semana; igualmente, 8% de los encuestados (58) fuma 1 cigarro por día, mientras que el 4% fuma 1 cajetilla por semana. Y del 1% restante, al

menos 5 personas fuman 1 cajetilla por día, y 2 personas fuman más de 1 cajetilla por día. (Ver Tabla 36)

En el mismo sentido, acerca del hábito alcohólico, el 60% de los encuestados (460) refiere que no bebe, mientras que el 19% (152) respondió que bebe 1 copa semanal; el 13% bebe 1 cerveza semanal, el 4% bebe 1 botella por semana, en tanto que 2% bebe 1 cerveza al día. El 1% (8 estudiantes) bebe 1 copa diaria. El 1% restante bebe una botella por día. (Tabla 37)

FRECUENCIA	PROPORCIÓN
1 copa a la semana	19%
1 cerveza a la semana	13%
1 botella por semana	4%
1 cerveza por día	2%
1 copa por día	1%
1 botella por día	1%
No bebe	60%
TOTAL	100%

No tiene	Si tiene
83%	17%

En cuanto al consumo de drogas, el 98% de los encuestados (764) respondió que no ha usado drogas, y el otro 2% (9 estudiantes) sí ha

consumido alguna droga, entre las que se encuentran: LSD, hongos, cocaína, y en mayor presencia, marihuana. (Ver Tabla 38)

5.3. Resultados por carrera

Después de una revisión general de todos los resultados obtenidos se procedió a separar los resultados por carrera, obteniendo los siguientes datos comparativos. En primer lugar, se contempló el género por carrera, de donde se supo que hay mayor prevalencia de mujeres en todas las carreras, excepto en la de Médico Cirujano que es donde asisten más alumnos de género masculino. (Ver Tabla 39)

CARRERA	FEMENINO	MASCULINO
Lic. Enfermería	85%	15%
Lic. Farmacia	78%	22%
Lic. Gerontología	72%	28%
Lic. Médico Cirujano	47%	53%
Lic. Nutrición	70%	30%
Lic. Cirujano Dentista	77%	23%
Lic. Psicología	67%	33%

La muestra de alumnos de la Licenciatura en Enfermería estuvo conformada por 102 estudiantes, la de la Licenciatura en Farmacia por 32 estudiantes, la muestra de la Licenciatura en Gerontología la formaron 25 alumnos, la Licenciatura en Médico Cirujano se vio compuesta

por 273 participantes, mientras que en el caso de la Licenciatura en Nutrición, la muestra estuvo conformada por 88 estudiantes, el grupo de la Licenciatura en Cirujano Dentista, contó con 119 participantes, y finalmente el grupo de la Licenciatura en Psicología estuvo formado por 132 participantes.

Para el promedio de edades, en Enfermería la media fue de 21 años, con valores extremos comprendidos entre los 17 y los 30 años; para la carrera de Farmacia, el promedio fue de 19 años, con extremos entre los 17 y los 23 años; siguiendo con la Licenciatura en Gerontología, con edades entre los 18 y 30 años, y una media de 21 años. De la carrera de Médico Cirujano, las edades estuvieron entre los 17 y 28 años, con un promedio de 20 años; semejante al grupo de la Licenciatura en Nutrición, con edades entre los 17 y 26 años, y una media de 20 años. (Ver Tabla 40)

CARRERA	Edad Promedio
Lic. Enfermería	21
Lic. Farmacia	19
Lic. Gerontología	21
Lic. Médico Cirujano	20
Lic. Nutrición	20
Lic. Cirujano Dentista	19
Lic. Psicología	20

En la Licenciatura de Cirujano Dentista, el promedio fue de 19 años de edad, con extremos entre los 17 y 27 años; y finalmente, para la Licenciatura en Psicología, el promedio de edad fue de 20 años, con extremos entre 17 y 26 años. (Ver Tabla 40)

CARRERA	PORCENTAJE
Lic. Enfermería	5%
Lic. Farmacia	0%
Lic. Gerontología	4%
Lic. Médico Cirujano	1%
Lic. Nutrición	1%
Lic. Cirujano Dentista	0%
Lic. Psicología	3%

Con respecto a la prevalencia de estudiantes embarazadas, se observó que en Enfermería hay 5 casos, en Gerontología hay 1 caso, en Medicina 2 casos, en Nutrición 1 caso, y en Psicología 4 casos; en las otras dos carreras no hubo casos de embarazo en las alumnas encuestadas. (Ver Tabla 41)

Y un aspecto que también se tomó en cuenta fue el estado civil de los alumnos encuestados, encontrando diversas prevalencias por carrera; en Enfermería, predomina el estado civil soltero con 84% (86 estudiantes), y una mínima proporción (1 estudiante) con estado civil viuda. Además, en Farmacia sólo una persona está casada y el resto de encuestados son solteros; en Gerontología hay 2 personas casadas (8%) y 3 personas viviendo en unión libre (12%), mientras que el 80% de ellos (20) son solteros. Así mismo, en Medicina hubo 3 casos de estudiantes con estado civil casado y 8 casos que viven en unión libre, mientras que en el 96% de los casos abundan los solteros. (Ver Tabla 42)

Por otra parte, en Nutrición, hay 5 alumnos con estado civil casado, además de otros 3 casos en unión libre; por otro lado, el 91% de los estudiantes (80) de nutrición encuestados son solteros; en la Licenciatura en Cirujano Dentista, el 98% de la población son solteros, a excepción de 1 persona casada y 1 persona que vive en unión libre; y finalmente, en la Licenciatura en Psicología, sólo 1 de los participantes (1%) es casado, 4% de esta muestra vive en unión libre y 95% de ellos son solteros. (Tabla 42)

CARRERA	SOLTERO	CASADO	UNIÓN LIBRE
Lic. Enfermería	84%	5%	9%
Lic. Farmacia	97%	3%	-
Lic. Gerontología	80%	8%	12%
Lic. Médico Cirujano	96%	1%	3%
Lic. Nutrición	91%	6%	3%
Lic. Cirujano Dentista	98%	1%	1%
Lic. Psicología	95%	1%	4%

CARRERA	Decisión propia	Influencia de padres	Apoyo de los amigos	Tradición familiar	Otra
Lic. Enfermería	87%	7%	2%	2%	2%
Lic. Farmacia	91%	-	6%	3%	-
Lic. Gerontología	92%	4%	4%	-	-
Lic. Médico Cirujano	94%	3%	2%	1%	-
Lic. Nutrición	81%	3%	9%	6%	1%
Lic. Cirujano Dentista	99%	1%	-	-	-
Lic. Psicología	99%	1%	-	-	-

Ahora, sobre la elección de carrera, la mayoría de alumnos de Enfermería (87%), dijo que fue por decisión propia, mientras que el 7% tuvo influencia de sus

padres, el 2% el apoyo de sus amigos, otro 2% eligió por tradición familiar, y el 2% restante por otra situación, como el hecho de que no tenía otra opción. De los alumnos de

Farmacia, el 91% eligió por decisión propia, el 6% por apoyo de sus amigos y el 3% por tradición familiar; para gerontología, en el 92% de los casos la elección fue por decisión propia, un 4% de ellos eligieron por influencia de sus padres, y el restante 4% por apoyo de los amigos. (Ver Tabla 43)

En el mismo sentido, de los alumnos de Medicina el 94% eligió su carrera por decisión propia, 3% por influencia de sus padres, 2% por apoyo de los amigos, y un 1% eligió por tradición familiar (3 casos); y en el caso de Nutrición, el 81% de los casos se trató de decisión propia, mientras que un 9% de los estudiantes eligió por apoyo de sus amigos, un 6% eligió con base en la tradición familiar, un 3% de ellos eligieron por influencia de sus padres, y 1 caso de ellos (1%) no tenía otra opción para escoger su carrera. (Tabla 43)

Para el caso de la Licenciatura en Cirujano Dentista, el 99% de los encuestados respondió que su elección fue por decisión propia, y solo 1 caso fue por influencia de los padres. Finalmente, en la carrera de Psicología, en 1% de los casos la decisión tuvo influencia de los padres, no obstante que en el 99% restante, el alumno eligió por decisión propia. (Tabla 43)

Por otra parte, acerca del gusto por su carrera, en el caso de Enfermería, el 96% está de acuerdo con esta afirmación, al 91% de encuestados de la carrera de Farmacia también les gusta su carrera, al igual que al 99% de alumnos de Gerontología y al 97% de los estudiantes de Medicina; también al 91% de encuestados de Nutrición, al 99% de los alumnos de Psicología y al 100% de los participantes de la carrera de Cirujano Dentista. (Ver Tabla 44)

CARRERA	PROPORCIÓN
Lic. Enfermería	96%
Lic. Farmacia	91%
Lic. Gerontología	99%
Lic. Médico Cirujano	97%
Lic. Nutrición	91
Lic. Cirujano Dentista	100%
Lic. Psicología	99%

CARRERA	Católica	Cristiana	No profesó	Otra
Lic. Enfermería	78%	8%	12%	-
Lic. Farmacia	72%	12%	16%	-
Lic. Gerontología	68%	16%	8%	8%
Lic. Médico Cirujano	80%	7%	10%	12%
Lic. Nutrición	77%	11%	3%	9%
Lic. Cirujano Dentista	83%	6%	8%	3%
Lic. Psicología	64%	8%	22%	6%

Ahora bien, con respecto a la religión profesada por los alumnos encuestados, los resultados arrojan que en Enfermería la más preponderante fue la católica, con 78%, seguida del 12% de estudiantes que no profesan religión, y del 8% con la opción de religión cristiana; en Farmacia, igualmente la religión más presente fue la católica en 72%, seguida por la opción "no profesó ninguna

religión, y del 8% con la opción de religión cristiana; en Farmacia, igualmente la religión más presente fue la católica en 72%, seguida por la opción "no profesó ninguna

religión” con 16% y finalmente la religión cristiana, con 12%. Por otra parte, en Gerontología, el 68% de los estudiantes se expresaron como católicos, un 16% de religión cristiana, un 8% que no profesa religión, y el 4% que son mormones, junto con otro 4% que son testigo de Jehová. (Ver Tabla 45)

Para la carrera de Medicina, la mayor frecuencia de religión estuvo representada por el catolicismo con 80% de los casos, la religión cristiana con 7%, creyentes 2%, protestante 1%, testigo de Jehová con 2%, y 10% que no profesa religión; luego la carrera de Nutrición con el 77% de los estudiantes católicos, el 11% cristianos, 7% son testigos de Jehová, mientras que un 3% no profesan religión y 2% son protestantes.

De la carrera de Cirujano Dentista, la religión de mayor prevalencia fue la católica con 83%, seguida por la religión cristiana con 6%, mormón con 3%, y 8% de ellos no profesan religión. Y de la carrera de Psicología, 64% de este grupo son católicos, 22% no profesan religión, al menos 8% es de religión cristiana, 2% son creyentes, mientras que 1% de ellos es protestante, y 3% eligió otra religión, como agnóstico y libre albedrío. (Tabla 45)

Y acerca de los aspectos demográficos solicitados en la encuesta, se encontraron dos índices, el de Condiciones de la Vivienda (INCOVI) y el índice de estatus socioeconómico dado por la

Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI), que a continuación se describen por cada carrera. En el caso de Enfermería, las condiciones de la vivienda de estos estudiantes son buenas en

CARRERA	Buenas condiciones	Condiciones regulares
Lic. Enfermería	81%	19%
Lic. Farmacia	78%	22%
Lic. Gerontología	88%	12%
Lic. Médico Cirujano	92%	8%
Lic. Nutrición	92%	8%
Lic. Cirujano Dentista	85%	15%
Lic. Psicología	80%	20%

un 81% de los encuestados, mientras que en el 19% restante, las condiciones son regulares; de la Licenciatura en Farmacia, el estado de su vivienda es bueno en el 78% de los casos, y regular en el 22%. (Ver Tabla 46)

En Gerontología, la situación de la vivienda en el 88% de los casos es buena, y en el otro 12% es de nivel regular; en la carrera de Medicina, la situación en 92% de los casos es una vivienda en condiciones buenas, mientras que en el 8% restante, es una situación de vivienda regular. Y para la carrera de Nutrición, son muy semejantes a las anteriores, pues las condiciones de la vivienda en 92% de los casos son buenas y en 8% son viviendas en condiciones regulares. Así mismo, en la carrera de Cirujano Dentista se encontró que las condiciones de la vivienda son buenas en 85% de los casos y son regulares en el 15% restante. Y en la carrera de Psicología, las condiciones de vivienda,

80% de los casos cuenta con buenas condiciones, mientras que 20% tiene condiciones regulares. (Tabla 46)

Igualmente, respecto al estatus socioeconómico del acuerdo con la AMAI, en la Licenciatura en Enfermería predomina un 40% de estudiantes en nivel económico medio,

CARRERA	Bajo	Medio-bajo	Medio	Medio alto	Alto
Lic. Enfermería	3%	29%	40%	25%	3%
Lic. Farmacia	3%	25%	31%	22%	19%
Lic. Gerontología	-	28%	20%	52%	-
Lic. Médico Cirujano	1%	27%	40%	28%	4%
Lic. Nutrición	-	33%	35%	28%	4%
Lic. Cirujano Dentista	-	20%	33%	34%	13%
Lic. Psicología	-	20%	31%	28%	21%

mientras que 29% tiene un nivel medio-bajo, el 25% un nivel medio-alto, 3% son de nivel alto y 3% de nivel bajo.

Para la carrera de Farmacia, el 31% de los encuestados tienen un nivel socioeconómico medio, el 22% tiene nivel medio-alto, el 25% es de nivel medio-bajo, mientras que el 19% es de nivel alto, y el restante 3% tiene nivel bajo. Y en cuanto a la Licenciatura en Gerontología, el nivel socioeconómico es medio-alto en el 52% de los encuestados, es medio-bajo en el 28% y es de nivel socioeconómico medio en el 20% de los casos, de acuerdo con el índice de la AMAI. (Ver Tabla 47)

Por otra parte, en la carrera de Médico Cirujano prevalece el nivel socioeconómico medio en 40% de los casos, 28% de los estudiantes son de nivel medio-alto, mientras que 27% tienen nivel medio-bajo y un 4% con nivel alto, además de un 1% con nivel socioeconómico bajo; en tanto que en la carrera de Nutrición, el nivel económico es medio en 35% de la muestra, mientras que en 33% de los casos el nivel es medio-bajo, en 28% de los alumnos el nivel es medio-alto y 4% de ellos tienen nivel económico alto. (Tabla 47)

Igualmente en la Licenciatura en Cirujano Dentista, el índice de la AMAI revela que el 34% de los estudiantes tiene nivel socioeconómico medio-alto, mientras que 33% es de nivel medio, el 20% es de estatus medio-bajo y el 13% tiene nivel económico alto; en la carrera de Psicología, el AMAI se representa por 31% de los participantes con estatus medio, 28% con estatus medio-alto, 21% con nivel socioeconómico alto, 20% de alumnos con estatus medio-bajo. (Ver Tabla 47)

En cuanto a los factores que se relacionan directamente con la variable dependiente, tenemos el uso de tabaco, alcohol y drogas; así como también los niveles de satisfacción y estrés en estudiantes, que veremos en las siguientes líneas. En el caso de la carrera de Enfermería, el hábito tabáquico está presente en 16% de los estudiantes que fuman solo 1 cigarro a la semana, mientras que el 6% dijo fumar 1 cigarro por día, y el 5% fuma al menos 1 cajetilla por semana; el resto (73%) no fuma; de la carrera de

Farmacia, el 19% de los participantes fuman al menos 1 cigarro a la semana, y el 3% fuman 1 cigarro por día, mientras que el 78% de ellos no fuma. (Ver Tabla 48)

Y para la carrera de Gerontología, se supo que el 20% de la muestra fuma al menos 1 cigarro a la semana, 16% fuma 1 cigarro por día, y un 8% fuma una cajetilla por

CARRERA	1 cig x semana	1 cig x día	1 caje x semana	1 caje x día	No fuma
Lic. Enfermería	16%	6%	5%	-	73%
Lic. Farmacia	19%	3%	-	-	78%
Lic. Gerontología	20%	16%	8%	-	56%
Lic. Médico Cirujano	11%	6%	3%	2%	77%
Lic. Nutrición	25%	10%	6%	2%	57%
Lic. Cirujano Dentista	10%	6%	3%	-	81%
Lic. Psicología	12%	10%	8%	-	70%

semana, mientras que el 56% de ellos no fuma; mientras que en la carrera de Médico Cirujano la frecuencia de hábito tabáquico se encuentra presente en 23% de los estudiantes, de los cuales 11%

fuman 1 cigarro a la semana, 6% fuman 1 cigarro por día, 3% fuma 1 cajetilla por semana, 2% fuma 1 cajetilla por día y 1% fuma más de 1 cajetilla por día, y de ellos, el 77% de los encuestados de este grupo no fuma. (Tabla 48)

Así mismo, los alumnos de la carrera de Nutrición tienen un hábito tabáquico en el que 25% de ellos fuma al menos 1 cigarro a la semana, mientras que 10% fuma 1 cigarro por día, 6% fuma 1 cajetilla por semana y 2% fuma 1 cajetilla al día; sin embargo, 57% de los encuestados no fuman. Como también en el caso de la carrera de Cirujano Dentista, donde el 10% de los encuestados fuman 1 cigarro a la semana, 6% fuma 1 cigarro por día, 3% fuma 1 cajetilla por semana, y 81% de los participantes no fuma. Y finalmente los estudiantes de la carrera de Psicología, con 12% de quienes fuman 1 cigarro a la semana, en 10% de quienes fuman 1 cigarro por día, 8% que fuman 1 cajetilla por semana, y finalmente el 70% de los participantes que no tienen este hábito de consumo. (Ver Tabla 48)

En cuanto a la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas, en el caso de los alumnos de Enfermería, el 18%

CARRERA	1 copa x semana	1 copa x día	1 cerveza x semana	1 cerveza x día	1 botella x semana	No bebe
Lic. Enfermería	18%	-	15%	-	5%	62%
Lic. Farmacia	25%	6%	-	3%	-	50%
Lic. Gerontología	20%	-	8%	-	4%	68%
Lic. Médico Cirujano	18%	-	13%	2%	4%	62%
Lic. Nutrición	23%	6%	10%	6%	6%	49%
Lic. Cirujano Dentista	23%	-	13%	1%	1%	62%
Lic. Psicología	18%	1%	17%	3%	3%	57%

bebe al menos 1 copa por semana, el 15% bebe 1 cerveza por semana, mientras que el 5% bebe al menos 1 botella por semana, y el restante 62% del grupo encuestado no bebe; igualmente la frecuencia de hábito alcohólico en alumnos de Farmacia está representada

en 25% por los que ingieren 1 cerveza semanal, seguido del 16% que bebe 1 copa semanal, luego un 6% con una copa diaria, un 3% con 1 cerveza al día, con cifras preponderantes del 50% de estudiantes que no beben. (Ver Tabla 49)

En los estudiantes de Gerontología este hábito se encuentra presente en un 20% de quienes ingieren 1 copa semanal, 8% de quienes beben 1 cerveza semanal, 4% de los que beben 1 botella por semana, y el resto de alumnos (68%) que no beben; por otra parte, en la carrera de Médico Cirujano hay un 18% de estudiantes que ingiere al menos 1 copa a la semana, 13% bebe 1 cerveza semanal, 4% toma 1 botella a la semana, mientras que 2% bebe 1 cerveza al día y 1% ha ingerido 1 botella por día. Finalmente el 62% de los encuestados de la carrera de Medicina no ingieren bebidas alcohólicas. (Ver Tabla 49)

Y en el caso de los alumnos de la carrera de Nutrición, 23% beben 1 copa a la semana, 10% toman 1 cerveza semanal, 6% beben 1 copa diaria, otro 6% ingiere 1 cerveza al día y un 6% ha consumido 1 botella por semana, mientras que 49% de los estudiantes no ingieren bebidas alcohólicas; y para el caso de los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista, el consumo de bebidas alcohólicas está presente en 23% de ellos quienes beben al menos 1 copa semanal, 13% ingiere 1 cerveza a la semana, 1% consume 1 cerveza al día y 1% 1 botella por semana, mientras que el 62% de esta muestra no ingiere bebidas alcohólicas. (Ver Tabla 49)

En el caso de la carrera de Psicología, el 18% de los alumnos ingieren 1 copa a la semana, 17% 1 cerveza a la semana, 3% 1 cerveza al día, 3% 1 botella por semana, mientras que 1% ingiere al menos 1 botella por día, 1% bebe 1 copa diaria, en tanto que 57% de este grupo de participantes no ingiere bebidas alcohólicas. (Tabla 49)

Y en lo que se refiere al tema de las drogas, de los alumnos de Enfermería sólo un 1% ha fumado marihuana, mientras que el 99% no ha utilizado drogas; de Farmacia

CARRERA	Sí consume	No consume
Lic. Enfermería	1%	99%
Lic. Farmacia	-	-
Lic. Gerontología	4%	96%
Lic. Médico Cirujano	2%	98%
Lic. Nutrición	-	-
Lic. Cirujano Dentista	-	-
Lic. Psicología	2%	98%

ningún estudiante ha consumido drogas; de Gerontología sólo 1 de los estudiantes ha usado alguna droga, como la marihuana. Así mismo, al menos 4 alumnos de Medicina han probado alguna droga, como LSD, marihuana y cocaína; los grupos de estudiantes tanto de Nutrición como de

Cirujano Dentista, no han consumido droga, y finalmente de los alumnos de Psicología, sólo 2% de ellos ha consumido marihuana. (Ver Tabla 50)

Por otra parte, en cuanto al nivel de satisfacción con la vida encontrado en los encuestados se pudo observar que en la carrera de Enfermería predomina un 35% de nivel muy bajo de satisfacción en los estudiantes, seguido de un 33% de baja satisfacción, y un 20% de estudiantes con satisfacción por debajo de la media, así como un 7% con satisfacción media, un 4% de estudiantes con satisfacción muy alta y 1% con alta satisfacción con la vida. (Ver Tabla 51)

CARRERA	Muy Baja Satisfacción	Baja Satisfacción	Por debajo de la media	Satisfacción media	Alta Satisfacción	Satisfacción muy alta
Lic. Enfermería	35%	33%	20%	7%	1%	4%
Lic. Farmacia	31%	50%	9%	3%	3%	3%
Lic. Gerontología	32%	28%	20%	16%	4%	-
Lic. Médico Cirujano	48%	36%	10%	3%	2%	1%
Lic. Nutrición	41%	41%	15%	1%	1%	1%
Lic. Cirujano Dentista	46%	37%	11%	4%	2%	-
Lic. Psicología	28%	38%	20%	8%	4%	2%

En los alumnos de Farmacia, la satisfacción con la vida es de nivel bajo en el 50% de los casos, mientras que en el 31% de ellos la satisfacción es de nivel muy bajo, el 9% de los encuestados de esta carrera tiene satisfacción en un nivel por debajo de la media, el 3% satisfacción muy alta, otro 3% tiene satisfacción media y el restante 3% tiene alta satisfacción con la vida; ahora bien, del grupo de estudiantes Gerontología, el 32% tiene un nivel muy bajo de satisfacción, mientras que el 28% tiene baja satisfacción, 20% tiene un nivel de satisfacción por debajo de la media, un 16% expresa nivel medio de satisfacción y únicamente un 4% de los estudiantes tiene alta satisfacción con la vida.

Y en la carrera de Médico Cirujano, el nivel de satisfacción con la vida de los participantes, fue muy bajo en 48% de ellos, mientras que hubo baja satisfacción en 36% de los casos, una satisfacción por debajo de la media en 10% de los participantes, un 3% con nivel medio de satisfacción vital, 2% con satisfacción alta y sólo 1% con satisfacción vital muy alta; así mismo, en los alumnos de Nutrición, el 41% tiene nivel bajo de satisfacción, al igual que otro 41% con un nivel de satisfacción muy bajo; 15% se encuentran en un nivel de satisfacción por debajo de la media, mientras que 1% tiene alta satisfacción, otro 1% tiene media satisfacción y otro 1% tiene muy alta satisfacción con la vida. (Ver Tabla 51)

En el mismo sentido, para los alumnos de Cirujano Dentista, la satisfacción vital se muestra muy baja en 46% de este grupo de participantes, en 37% de ellos la

satisfacción es baja, mientras que en 11% la satisfacción vital está por debajo de la media, y en 4% el nivel de satisfacción es medio, en tanto que sólo el 2% de ellos tiene una alta satisfacción; y finalmente, los alumnos de Psicología mostraron bajo nivel de satisfacción en 38% de los casos, hay un nivel muy bajo en 28% de los participantes, mientras que se observa un nivel de satisfacción por debajo de la media en 20% de ellos, un 8% con nivel medio, 4% con nivel alto y sólo el 2% de este grupo mostró un nivel de satisfacción vital muy alto. (Tabla 51)

Por otra parte, en cuanto a la preocupación que pudieron haber tenido durante el semestre, los alumnos de enfermería sí mostraron preocupación en un 88%, mientras que sólo el 16% de los participantes de la carrera de Farmacia no se preocuparon durante el semestre; pero el 88% de encuestados de la carrera de Gerontología sí lo hizo. Y en el transcurso del semestre, al menos 88% de los estudiantes de Medicina tuvo preocupaciones académicas, en tanto que el 91% de los participantes de Nutrición si ha estado preocupado durante el semestre. Incluso 88% de los encuestados de la carrera de Cirujano Dentista, se han sentido preocupado durante el semestre. Y finalmente, con respecto a la carrera de Psicología, al menos 86% de este grupo de encuestados ha estado preocupado durante el semestre. (Ver Tabla 52)

CARRERA	Si tuvo	No tuvo
Lic. Enfermería	88%	12%
Lic. Farmacia	84%	16%
Lic. Gerontología	88%	12%
Lic. Médico Cirujano	88%	12%
Lic. Nutrición	91%	9%
Lic. Cirujano Dentista	88%	12%
Lic. Psicología	86%	14%

Igualmente, en cuanto a los **niveles de depresión**, se hizo notorio en los alumnos de Enfermería un 74% de depresión leve y un 3% de depresión moderada, mientras que un 23% de los encuestados no tiene depresión; en los estudiantes de Farmacia, el nivel

CARRERA	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	Sin depresión
Lic. Enfermería	74%	3%	-	23%
Lic. Farmacia	88%	-	-	12%
Lic. Gerontología	72%	16%	-	12%
Lic. Médico Cirujano	90%	4%	1%	5%
Lic. Nutrición	63%	2%	-	35%
Lic. Cirujano Dentista	85%	4%	-	11%
Lic. Psicología	89%	8%	-	3%

de depresión en el 88% de los casos fue leve, mientras que el 12% restante no tiene depresión. Y acerca del nivel de depresión en Gerontología, el 72% de los encuestados reflejó

depresión leve, mientras que el 16% mostró depresión moderada y el 12% restante sin depresión. (Ver Tabla 53)

En cambio, en el 90% de los estudiantes de Medicina, el nivel presente de depresión fue leve, mientras que en 4% fue depresión moderada, y en 5% de los casos no hubo depresión (14 estudiantes); sin embargo hubo 1% (1 caso) con depresión grave. Y en la carrera de Nutrición, el 63% de los estudiantes tienen un nivel de depresión leve, el 2% tienen depresión moderada, y el 35% de ellos no tiene depresión. (Tabla 53)

En cuanto a los estudiantes de Cirujano Dentista, el 85% de los casos representa depresión leve, mientras que el 4% sólo muestra depresión moderada, y al menos 11% de este grupo no tiene depresión (13 estudiantes). Y con respecto a los alumnos de Psicología, destaca el 89% de estos participantes con depresión leve, 8% con depresión moderada y 3% sin depresión. (Ver Tabla 53)

De la misma manera, con respecto a los niveles de **estrés académico**, en la carrera de Enfermería, el 50% de la muestra ha expresando un nivel de estrés bajo en el 50% de los participantes, mientras que el 27% mostró estrés medio y el 23% restante se mostró sin estrés; en la carrera de Farmacia, el nivel de estrés académico fue bajo en el 47% de esta muestra, en el 25% el estrés fue de nivel medio, en otro 25% de ellos no hubo estrés académico, y sólo un 3% mostró estrés grave. (Ver Tabla 54)

Así mismo, en la carrera de Gerontología el nivel de estrés académico fue bajo en el 68% de los casos, incluso sin estrés en el 20% de los encuestados, y un nivel de estrés

académico medio en 12% de los estudiantes; y en los alumnos de Medicina, el 46% mostró un nivel de estrés académico bajo, un 33% de

CARRERA	Estrés bajo	Estrés medio	Estrés grave	Sin estrés
Lic. Enfermería	50%	27%	-	23%
Lic. Farmacia	47%	25%	3%	25%
Lic. Gerontología	68%	12%	-	20%
Lic. Médico Cirujano	46%	33%	4%	17%
Lic. Nutrición	53%	13%	-	34%
Lic. Cirujano Dentista	58%	24%	-	18%
Lic. Psicología	61%	19%	1%	19%

ellos tuvo estrés académico medio, 17% de los casos fueron sin estrés y 4% de los alumnos tuvo un nivel de estrés académico grave. (Ver Tabla 54)

En cuanto a los alumnos de Nutrición, el nivel de estrés académico fue bajo en 53% de los alumnos, el 13% tuvo un nivel de estrés medio y finalmente 34% de ellos se manifiestan sin estrés académico; para la carrera de Cirujano Dentista, el nivel de estrés fue bajo en 58% de los casos, de estrés medio en 24% y al menos 18% de este grupo de participantes no presenta estrés académico. Y para la carrera de Psicología, el nivel de estrés académico ha sido bajo en 61% de los casos, además de un 19% de la muestra con nivel de estrés medio, 19% sin estrés y finalmente, 1% con estrés grave. (Tabla 54)

Ahora bien, en lo tocante a los **síntomas de estrés**, en la carrera de Enfermería el 38% de los encuestados expresa síntomas leves, el 33% síntomas moderados, un 18%

CARRERA	Síntomas leves	Síntomas moderados	Síntomas muy bajos	Síntomas graves	Síntomas muy graves
Lic. Enfermería	38%	33%	18%	8%	3%
Lic. Farmacia	34%	19%	44%	3%	-
Lic. Gerontología	36%	32%	20%	12%	-
Lic. Médico Cirujano	40%	25%	26%	7%	2%
Lic. Nutrición	44%	13%	41%	2%	-
Lic. Cirujano Dentista	32%	17%	47%	2%	2%
Lic. Psicología	34%	32%	23%	8%	3%

refiere síntomas muy bajos, y un 8% que muestra síntomas graves, además de 3% con síntomas muy graves de estrés; para alumnos de

Farmacia, el 44% expresó síntomas muy bajos, mientras que el 34% mostró síntomas leves, un 19% con síntomas moderados de estrés y un 3% con síntomas graves de estrés. (Tabla 55)

Igualmente la expresión de síntomas de estrés en 36% de los participantes de Gerontología fueron síntomas leves, en 32% fueron síntomas moderados, 20% fueron síntomas muy bajos, y 12% de los casos presentaron síntomas graves de estrés académico; en la carrera de Medicina, los síntomas de estrés expresados en 40% de los estudiantes fueron leves, mientras que en 26% de los casos fueron síntomas muy bajos y por otro lado, en 25% de ellos los síntomas fueron moderados, aunque en 7% se presentaron síntomas graves y en 2% se mostraron síntomas muy graves de estrés académico. (Ver Tabla 55)

En el mismo sentido, los alumnos de Nutrición presentaron en el 44% de los casos síntomas leves de estrés, el 41% síntomas muy bajos, el 13% síntomas moderados y 2% con síntomas graves de estrés académico; los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista, expresaron un 47% con síntomas muy bajos de estrés, el 32% presenta síntomas leves, 17% con síntomas moderados, 2% síntomas graves y 2% con síntomas muy graves; y finalmente, en la carrera de Psicología los síntomas de estrés académico en 34% de los alumnos fueron leves, 32% con síntomas moderados, 23% con síntomas muy bajos, al menos 8% de este grupo con síntomas graves (11 estudiantes), y 3% de ellos con síntomas muy graves (4 alumnos). (Ver Tabla 55)

Finalmente, respecto a las **habilidades de afrontamiento al estrés**, el 39% de la muestra de Enfermería presenta habilidades normales, mientras que un 28% tiene altas habilidades para afrontar el estrés, 23% tiene bajas habilidades, 7% muy buenas habilidades, y 3% tiene muy malas habilidades de afrontamiento al estrés; y en el grupo de estudiantes de Farmacia, hubo 41% de los estudiantes que mostró altas habilidades, un 28% mostró bajas habilidades, mientras que otro 28% mostró habilidades normales, y

un 3% expresó muy buenas habilidades de afrontamiento contra el estrés académico. (Ver Tabla 56)

Por otra parte, las habilidades de afrontamiento en el 40% de los encuestados de Gerontología fueron normales, en 24% de ellos tuvieron habilidades altas de afrontamiento, mientras que en 20% de los casos se presentaron bajas habilidades, 40% tienen habilidades normales, y en un 8% fueron muy buenas habilidades y en el 8% restante, muy malas habilidades de afrontamiento ante el estrés académico. (Tabla 56)

Para los encuestados de Medicina, en el 40% de los casos hubo habilidades normales, mientras que en 34% se presentaron altas habilidades de afrontamiento y en

CARRERA	Muy buenas habilidades	Altas habilidades	Habilidades normales	Bajas habilidades	Muy bajas habilidades
Lic. Enfermería	7%	28%	39%	23%	3%
Lic. Farmacia	3%	41%	28%	28%	-
Lic. Gerontología	8%	24%	40%	20%	8%
Lic. Médico Cirujano	10%	34%	40%	14%	2%
Lic. Nutrición	12%	26%	38%	18%	6%
Lic. Cirujano Dentista	10%	30%	39%	19%	2%
Lic. Psicología	4%	26%	52%	13%	5%

14% de ellos fueron habilidades bajas, mientras que en 10% de los casos hubo muy buenas habilidades y en 2% las habilidades de afrontamiento ante el estrés académico fueron muy malas; en cuanto a la carrera de Nutrición, el 38% de los alumnos tiene habilidades de afrontamiento normales, 26% cuenta con altas habilidades para afrontar el estrés académico, 18% tiene bajas habilidades, 12% cuenta con muy buenas habilidades de afrontamiento y 6% tiene muy malas habilidades para afrontar el estrés académico.

Y para la carrera de Cirujano Dentista, 39% de los alumnos mostró habilidades normales, el 30% presentó habilidades altas, 19% habilidades bajas, mientras que 10% mostró muy buenas habilidades y 2% representó muy malas habilidades de afrontamiento al estrés; por último los estudiantes de la carrera de Psicología presentaron en cuanto a las habilidades de afrontamiento al estrés académico, 52% de estos participantes mostró habilidades normales, 26% expresó altas habilidades de afrontamiento, mientras que el 13% muestra bajas habilidades, un 5% tiene muy malas habilidades y 4% de ellos cuenta con muy buenas habilidades para afrontar el estrés. (Ver Tabla 56)

Capítulo VI

Discusión

Con la serie de resultados obtenidos se presenta un abanico de oportunidades para poner a discusión con respecto a todos los datos en general y particularmente en lo comparativo por carrera encuestada; por esta razón, se describe con amplitud la discusión de lo encontrado.

6.1. De los resultados generales

Los datos encontrados en la literatura demuestran que aún cuando sí se han realizado investigaciones sobre depresión en estudiantes universitarios, éstas han sido diferentes a la presente, ya que a nivel nacional se han aplicado escalas y encuestas sobre este tema en carreras individuales y con muestras no mayores a los 200 participantes, por ejemplo en estudiantes de Enfermería en Colima, o de estudiantes de Medicina en el Estado de México, generalmente en los primeros semestres de su profesión.

En el caso particular de esta tesis, se ha aplicado una encuesta que revisa además de los datos sociodemográficos, tres aspectos de la vida de los estudiantes, es decir, el nivel de depresión, el nivel de estrés académico y el nivel de satisfacción con la vida, con una muestra total de 773 encuestados de siete carreras diferentes del área de la salud.

De los alumnos encuestados, el 93% escogió su carrera por decisión propia, y al 97% del total sí le gusta su carrera; además del ámbito académico se desarrollan en otras actividades como trabajar, o realizar labores artísticas y recreativas. Además, 7 de cada 10 alumnos practican la religión católica, aunque 1 de cada 10, no profesa religión.

De acuerdo con la literatura, factores externos al joven estudiante, pueden permitirle avanzar, o en caso contrario, pueden obstaculizarle el desarrollo integral durante su formación académica; en este caso, al menos del 3 al 7% de alumnos podrían verse influidos por el hecho de no cursar la carrera que escogieron al inicio, razón por la cual no les guste su carrera, y que también puede ser un motivo que predisponga a fallos en la escuela, como ausentismo escolar, uso de sustancias y por ende, depresión.

Así mismo, en esta muestra de estudiantes prevalece el nivel económico medio alto, además de que 3 de cada 10 alumnos viven en casa propia (de sus padres), y al menos 1 de cada 10 estudiantes se traslada diariamente de otro municipio de Hidalgo a Pachuca para estudiar; sin embargo, 5 de cada 10 estudiantes no son originarios de

Pachuca, pero tienen los medios económicos suficientes para vivir en la región y asistir a clases sin problemas, no obstante la lejanía de la familia de origen.

Otro aspecto importante, es el hecho de contar con un familiar estudiando dentro del mismo Instituto, como es el caso de 1 de cada 10 alumnos que tienen a un primo o hermano cerca; de acuerdo con los resultados, de los estudiantes que no tienen cerca a alguno de sus familiares, al menos 532 (68%) presentan un grado de depresión leve.

Y en cuanto a la presencia de algún familiar con antecedentes de enfermedad mental, sólo 5% ha tenido principalmente tíos o abuelos con este padecimiento. Al respecto, la bibliografía revisada refiere que hay mayor probabilidad de presentar depresión cuando un familiar directo la ha padecido, y los resultados encontrados coinciden con esta situación, ya que de los alumnos que padecen depresión leve, al menos 12 de ellos tuvieron un tío con enfermedad mental, y 8 de ellos tuvieron un abuelo también con enfermedad mental.

De igual modo, se sabe que cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés, como por ejemplo el pase a la universidad, el matrimonio o reprobación de una materia; en este caso, el estado civil de los estudiantes no influye en su nivel de estrés, ya que los solteros son los que tienen mayor prevalencia de estrés leve.

Ahora bien, de la población encuestada, se encontró que hay más mujeres que hombres, sobre todo en las carreras de Enfermería y de Farmacia, proporcionalmente (Tabla 39); las edades en promedio de todas las carreras estuvieron entre los 19, 20 y 21 años; y llama la atención la presencia de mujeres embarazadas, sobre todo en Enfermería, Gerontología y Psicología (Tabla 41).

La mayoría de los encuestados no fuma, pero de los que sí tienen el hábito tabáquico, los alumnos de Nutrición tienen una mayor prevalencia de fumar 1 cigarro por semana, seguidos por Gerontología; en cambio, de los alumnos que fuman 1 cigarro al día, los que más lo hacen son los de Gerontología, Nutrición y Psicología. Resalta el hecho de los estudiantes que fuman una cajetilla por día: los de Médico Cirujano y los de Nutrición.

Igualmente, en cuanto al consumo de alcohol, pertenecen a la carrera de Farmacia los que más beben 1 copa a la semana, seguidos de Nutrición y de Cirujano Dentista; los que beben una copa diaria, son de Farmacia y de Nutrición; los que beben una cerveza diaria, son de Nutrición, Farmacia y Psicología, y los que ingieren una botella por semana, son de Nutrición y Enfermería.

Y en lo que se refiere al tema de las drogas, sólo los alumnos de Gerontología, Medicina, Psicología y Enfermería respondieron haber probado alguna vez drogas, como LSD y marihuana, prevalentemente en los alumnos de Gerontología.

Por otra parte, se observó muy baja satisfacción con la vida en los alumnos de la carrera de Médico Cirujano y de Cirujano Dentista; una baja satisfacción en los estudiantes de Farmacia; una satisfacción vital por debajo de la media en los alumnos de Gerontología. Los que tienen una satisfacción media también son de Gerontología; mientras que los que tienen alta satisfacción son de Gerontología y Psicología, pero los que tienen muy alta satisfacción son los alumnos de Enfermería.

En cuanto a la preocupación durante el semestre, la mayoría de los encuestados si tuvo presente este síntoma, sobre todo en los alumnos de Nutrición en primer lugar, seguidos por los estudiantes de Enfermería, Gerontología, Médico Cirujano y Cirujano Dentista. Los menos preocupados fueron los alumnos de Farmacia.

De la misma manera, respecto a los niveles de depresión, llama la atención un caso de depresión grave en un alumno de Medicina; mientras que la depresión moderada estuvo presente más en Gerontología y la depresión leve presente en los alumnos de Medicina, seguidos de Psicología y Farmacia. Los que no tienen depresión son los de Nutrición, seguidos de Enfermería.

Ahora bien, en los alumnos de Medicina y Farmacia se vio más reflejado el nivel de estrés grave; al igual que el estrés medio en estudiantes de Medicina, Enfermería y Farmacia; luego los alumnos de Gerontología con muy alta prevalencia de estrés bajo, seguidos de jóvenes de Psicología y estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista. Se mostraron sin estrés, los alumnos de Nutrición.

Acerca de la prevalencia de síntomas de estrés, los síntomas muy graves de estrés lo representan las carreras de Enfermería y Psicología; los síntomas graves, Gerontología; los síntomas muy bajos, los de la carrera de Cirujano Dentista. Luego, los alumnos que muestran síntomas moderados de estrés son los de Enfermería y Psicología. Y por último, los síntomas leves los tienen estudiantes de Nutrición y los de Medicina.

Cabe señalar que los alumnos de Gerontología y de Nutrición son los que tienen muy bajas habilidades de afrontamiento al estrés; los de Farmacia tienen bajas habilidades; los que tienen habilidades normales de afrontamiento son los alumnos de Psicología; quienes tienen habilidades altas para afrontar el estrés son los alumnos de Farmacia; y aquellos con muy buenas habilidades de afrontamiento son los alumnos de Nutrición en primer lugar, seguidos de los jóvenes de Medicina y de Cirujano Dentista.

6.2. De los objetivos específicos

En cuanto al logro de los objetivos, recordaremos que el objetivo general hacía referencia a *“determinar cuáles son los factores asociados a la depresión en estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud”*, y al respecto se encontró que además de la asociación existente entre el estrés y la depresión, también el consumo de sustancias influye en la presencia de depresión en los estudiantes.

Los resultados reflejan que al menos 3 de cada 10 estudiantes sí fuman pero de los que no fuman, al menos 1 de cada 100 padece depresión grave. Así mismo, se encontró que de los encuestados la proporción de fumadores por género es la misma (105 estudiantes de cada sexo); de los bebedores, las mujeres tienen mayor prevalencia, mientras que del consumo de drogas, los hombres llevan la mayor proporción.

En cuanto a la carrera con mayor número de estudiantes que más beben, tenemos en primer lugar la Licenciatura en Nutrición (51%), seguida de la Licenciatura en Farmacia (50%), luego la Licenciatura en Psicología (43%), después Enfermería (38%), Cirujano Dentista (38); Médico Cirujano en sexto lugar (37%), y por último los alumnos de Gerontología (32%). Los mayores consumidores de cigarrillos en orden de prevalencia son los alumnos de Gerontología (44%), seguidos de Nutrición (43%), Psicología (30%), Enfermería (27%); Medicina (22%); Farmacia (22%) y en último lugar, los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista (19%).

Finalmente, en cuanto a consumo de drogas, hay una mayor prevalencia en la carrera de Gerontología (4%), en segundo lugar los alumnos de Medicina (2%) y Psicología (2%), seguidos de los estudiantes de Enfermería (1%); en tanto que de las carreras de Farmacia, Nutrición y Cirujano Dentista, las encuestas revelan que estos alumnos no han consumido drogas.

Objetivos específicos

En cuanto a los objetivos específicos, se trataba de *“determinar la prevalencia de depresión, estrés académico y de satisfacción vital en los alumnos del Instituto de Ciencias de la Salud”*, encontrando que hay un 88% de depresión en los estudiantes ($x=1.93$; IC= 1.90-1.96), con cualquiera de los tres niveles, desde depresión leve, moderada y grave; por otra parte, en cuanto a la prevalencia de estrés académico, este aspecto se encuentra presente en 80% de los estudiantes ($x=2.07$; IC=2.02-2.12). Y para el caso de la satisfacción con la vida, en este grupo de encuestados la prevalencia fue de 8% ($x=1.92$; IC=1.85-2.00).

Otro de los objetivos específicos era *“determinar la asociación entre depresión y: estrés académico; satisfacción vital; género; y carrera”*. En cuanto a la asociación entre la depresión y el estrés académico, se encontró que el nivel de depresión leve está

relacionado con la presencia de bajo estrés académico ($x=1.97$; IC=1.94-2.01; $x^2=1,028$); mientras que la depresión y la satisfacción vital, están relacionadas de manera que ante la presencia de un nivel de depresión leve (el más frecuente en la población encuestada), está relacionado con una muy baja satisfacción vital (también la de mayor prevalencia) en el grupo de encuestados ($x=1.93$; IC=1.88-1.98; $x^2=55,079$).

Ahora bien, en cuanto a la relación de la depresión por género, se encontró que la presencia de depresión es leve en 426 mujeres y en 218 hombres, lo que la hace más prevalente en el género femenino. Igualmente, en cuanto a la satisfacción con la vida ésta es muy baja en 214 mujeres y en 104 hombres; además, la satisfacción es media en 25 mujeres y en 12 hombres, mientras que hay muy alta satisfacción en 5 mujeres y en 3 hombres, lo que indica que la satisfacción con la vida es muy baja, sobre todo en las mujeres.

Y acerca de los niveles de estrés, hay estrés grave en 5 mujeres y en 7 hombres; además, la presencia de estrés bajo se nota en 274 mujeres y en 135 hombres, volviendo la proporción de estrés académico presente en mayor número en el género femenino. Sin estrés, se presentan 92 mujeres y 68 hombres de todas las carreras donde se aplicó la encuesta.

En el mismo sentido, la prevalencia de depresión, estrés y satisfacción de los alumnos según la carrera cursada se hizo notar en primer lugar, entre los estudiantes más deprimidos, correspondientes a la Licenciatura de Médico Cirujano (90%), seguidos de los alumnos de Psicología (89%), Farmacia (88%), Cirujano Dentista en cuarto lugar (85%), los de Enfermería (74%), seguidos de Gerontología (72%) y Nutrición (63%). No obstante, los alumnos más preocupados durante el semestre fueron los de Nutrición (91%) y los menos preocupados, los alumnos de Farmacia (84%).

Así mismo, en cuanto a la satisfacción con la vida de los estudiantes por carrera cursada, la mayor prevalencia de satisfacción la tienen los alumnos de Gerontología (20%), seguidos por Psicología (14%), Enfermería (12%) y los de Farmacia en cuarto lugar (9%), luego de los cuales tienen prevalencia semejante los estudiantes de las carreras de Médico Cirujano (6%) y Cirujano Dentista (6%), terminando con los jóvenes de Nutrición (3%) como los menos satisfechos con su vida. Este aspecto de la satisfacción con la vida, puede estar representando también el hecho de que algunos estudiantes no están estudiando la carrera que era su primera opción, pues esto coincide con el hecho de que los alumnos de Nutrición son a los que menos les gusta su carrera.

Finalmente, en cuanto a la prevalencia de estrés, de acuerdo con las carreras cursadas, los estudiantes de Medicina son los más estresados (83%), seguidos por los que estudian la carrera de Cirujano Dentista (82%), de Psicología (81%), Gerontología (80%), Enfermería (77%), Farmacia (75%), y por último Nutrición (66%).

6.3. Conclusiones y Recomendaciones

Los aspectos referidos hasta el momento abarcan un aparato sistémico en el que converge lo social, lo académico y hasta lo comportamental, dando a entender que el estudiante, joven en desarrollo y formación profesional, ser social inmerso en un contexto académico-socioambiental en el que se le presentan exigencias tanto a nivel personal en el rubro familiar, ya sea al momento de elegir la carrera, en el rubro de superación al momento de pasar el examen de admisión en la carrera elegida.

O en el caso de fallo, tiene que enfrentar la situación generada por el cambio a una carrera que posiblemente no le sea de total agrado, también frente a un peso de índole social, porque al estar en formación viene el pensar en el futuro: así será como lo van a ver cuando termine de estudiar, e incluso pensar en el futuro inmediato: necesidad de prestigio dentro de la escuela, necesidad de llamar la atención ya sea de manera positiva (tendiente hacia los deportes), o de manera negativa (uso y abuso de sustancias), con todas las consecuencias que ello genera, es decir, incidencia social.

Por tratarse de un tema que al llegar a consulta clínica difícilmente logra ser diagnosticado en el momento más conveniente para la prevención, o que regularmente se detecta debido a las consecuencias que acarrea (problemas familiares, abuso de sustancias, absentismo, intento de suicidio), la depresión es un factor común en nuestra vida actual que debe ser tomada con seriedad, es la razón que motivó esta investigación y que ha dado como resultado la presencia de niveles leves que bien pueden ser atenuados y manejados a través de diversas técnicas psicológicas.

Así mismo, no solo la depresión sino también la presencia de estrés académico ha tenido relevancia en esta investigación, puesto que aún cuando era de esperarse, llamó mucho la atención de un caso grave de depresión y algunos casos graves de estrés académico en Licenciaturas como la de Médico Cirujano, Psicología y Nutrición, cuyos programas académicos de manera comparada tienen una carga relativamente diferente, con mayor peso en la primera, luego la de Nutrición y con menor carga de trabajo, Psicología, lo que no ha sido un factor de peso para hacer notoria la depresión y estrés.

Por otra parte, desde el enfoque salugénico, la presencia de muy bajos niveles de satisfacción con la vida en estos estudiantes, implica que realmente hay una situación para llamar la atención, son focos de riesgo latente que pueden ser prevenidos antes de que traigan consecuencias mayores, ya que al ser la Universidad la institución donde pasan el mayor tiempo los alumnos en al menos cuatro años de su vida, lo que suceda en ese tiempo y en ese lugar tiene un impacto determinante que si no se maneja a tiempo y de la manera más adecuada, cuando sea el momento del desarrollo profesional tendrá consecuencias que incidan no solo en la calidad de los servicios prestados, sino también en los costos de atención a usuarios y por ende en la salud de los mismos.

De igual forma, llama la atención el hecho de que los alumnos de Nutrición tengan niveles de estrés, pero a la vez tengan las mejores habilidades de afrontamiento comparado con los pares de otras carreras, sin embargo, también es la carrera con mayor hábito tabáquico y la segunda con mayor consumo de alcohol, un dato interesante para ahondar en investigaciones posteriores a esta.

Ahora bien, en cuanto a los alcances y limitaciones del estudio, se logró aplicar lo aprendido durante el curso, ya que se elaboró el instrumento, se siguió la metodología propuesta y se analizaron los datos conforme a lo requerido; el cumplimiento del objetivo general sí se llevó a cabo, ya que los factores asociados a la depresión fueron el estrés académico, la baja satisfacción con la vida, el hábito tabáquico y el consumo de bebidas alcohólicas.

En el mismo sentido, los objetivos específicos tuvieron un alcance óptimo, ya que el primero de ellos se logró al obtener la prevalencia de depresión, estrés y satisfacción, y el segundo objetivo para determinar la asociación entre la variable depresión por género y por carrera también fue alcanzado, al igual que determinar la relación entre depresión y estrés y entre depresión y satisfacción vital, ya que ante la presencia de depresión, también se encuentra presente el estrés académico; y además, un nivel de depresión leve está relacionado con una muy baja satisfacción vital en los estudiantes encuestados en Pachuca, durante el ciclo junio-diciembre de 2011.

Recomendaciones

La relación de estos datos debe darse a conocer a las autoridades correspondientes, de manera que se logre crear alguna estrategia de intervención que cubra aspectos teóricos donde el estudiante de ICSa conozca lo que es la depresión, cuáles son los síntomas, y de manera práctica aprenda técnicas con las que pueda enfrentar el padecimiento en caso de que lo tenga; el mismo caso sucede con el estrés académico y el uso de sustancias.

En lo tocante a la satisfacción con la vida, lo ideal sería llevar a cabo un programa de seguimiento en el que se incluyan tres fases: una de autoconocimiento, la segunda de "dar un sentido a la vida", y una final, en la que se logre integrar tanto los elementos teóricos de estrés, depresión y satisfacción con la vida, así como también la práctica de hábitos salugénicos, no solo de alimentación, sino de manejo de las emociones y reprogramación del comportamiento, todo esto apoyado en el profesionalismo de expertos en la materia, sobre todo psicólogos, de manera que se logre un cambio y de forma integral, la prevención de los padecimientos así como sus consecuencias.



ANEXO 1. EVADEPSA-2011
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



Carrera: _____ Grupo: _____ Semestre: _____	Número de folio: _____	Código <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>			

Apreciado alumno:

El objetivo de esta encuesta es identificar los factores psicológicos y emocionales que pueden estar presentes en los jóvenes de nuestra universidad, referentes al estrés académico, la depresión y la satisfacción con la vida.

Debes saber que la información obtenida servirá únicamente para fines estadísticos y de investigación, por lo que su uso será confidencial y totalmente anónimo.

Indicaciones

- ✓ Cada apartado tiene su código de respuestas
- ✓ Contesta todas las preguntas
- ✓ Marca con una paloma
- ✓ Selecciona una letra, según sea el caso.

Ejemplo:

Llena las casillas, marcando con una señal ✓ la respuesta que se adecúe a tu situación, o la respuesta con la que te sientas identificado, siguiendo el código de respuesta.

	1	2	3	4	5	6	7
Completamente de acuerdo	De acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	
Siento que mis amigos deciden por mí		✓					
Quisiera ir a vivir lejos de mis padres						✓	

**DESDE ESTE MOMENTO AGRADECEMOS TU SINCERIDAD
Y TU VALIOSA PARTICIPACIÓN.**

Datos generales

Marca con una señal ✓ la respuesta que se adecúe a tu situación, o responde con letra clara en los espacios según corresponda.

Sexo: Masculino Femenino
 Edad:
 Código:

En este momento te encuentras embarazada? Si No

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Unión libre
 Divorciado (a) Separado (a) Viudo (a)

Tienes pareja: Si No
 Tienes Hijos: Si No
 Cuántos hijos tienes:

¿Alguno de tus familiares estudia en ICSa? Si No
 ¿Quién?

¿Por qué escogiste tu carrera? Por decisión propia Por influencia de mis padres
 Por apoyo de mis amigos Por tradición familiar Otra:

¿Te gusta tu carrera? Si No
 Fecha de elaboración: ___/___/___

I. Selecciona la respuesta con la que más te identifiques.

1.- ¿Qué religión profesas?	
1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Protestante 5) Otra: _____ 6) Ninguna	
2.- ¿Realizas alguna otra actividad, además de estudiar?	
1) Trabajo 2) Actividades extracurriculares 3) Otra: _____ 4) Solamente estudio	
3.- ¿De dónde eres originario?	

Señala con qué frecuencia tuviste las siguientes reacciones cuando estabas preocupado ó nervioso.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre			Siempre	
1	2	3	4			5	
			1	2	3	4	5
61. Trastornos en el sueño (insomnio, pesadillas)							
62. Fatiga crónica (cansancio permanente)							
63. Dolores de cabeza o migrañas							
64. Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea							
65. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.							
66. Somnolencia o mayor necesidad de dormir							
67. Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo)							
68. Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)							
69. Ansiedad, angustia o desesperación							
70. Problemas de concentración							
71. Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad							
72. Conflictos o tendencias a polemizar o discutir							
73. Aislamiento de los demás							
74. Desgano para realizar las labores escolares							
75. Aumento o reducción del consumo de alimentos							

Señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre			Siempre	
1	2	3	4			5	
			1	2	3	4	5
76. Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias, ideas o sentimientos sin dañar a otros)							
77. Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas							
78. Elogios a sí mismo							
79. La religiosidad (oraciones o asistencia a misa)							
80. Búsqueda de información sobre la situación							
81. Ventilación y verbalización de la situación que preocupa							

Acepto mi participación voluntaria al haber respondido todas las preguntas:

Num. de Folio Cód.

En pleno uso de mis facultades, manifiesto que me ha sido informado que la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo a través de la Maestría en Ciencias de la Salud, dependiente del Instituto de Ciencias de la Salud, se encuentra realizando una investigación titulada: **Factores asociados en estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**. Por lo que declaro libre y voluntariamente que acepto participar en dicho estudio que se realizará simultáneamente en las siete licenciaturas impartidas dentro del Instituto de Ciencias de la Salud en la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Se me ha asegurado que la información que proporcione y que a partir de ello se genere, será confidencial, por lo que autorizo que se me aplique una encuesta para conocer dichos factores, lo cual no tiene riesgos mayores ni tendrá costo alguno.

FIRMA

¡Gracias por tu valiosa participación!

Fecha de entrega: ___/___/___

Número de entrega: _____

ANEXO 2. MANUALES

MANUAL DE CODIFICACIÓN Y CAPTURA

EVADEPSA2011-UAEH

En este manual se retoman los conceptos de codificación y clasificación de las variables, ya que de acuerdo al instrumento EVADEPSA-2011 realizado para la investigación **“Depresión y factores asociados en estudiantes del área de la salud, México, 2011”**, se describe la forma en que serán capturadas las variables del estudio; también se hace referencia a la carátula de captura y a las actividades que realizarán los capturistas que apoyarán durante este proceso.

1. Conceptos generales

1.1. CODIFICACIÓN

Cuando nos referimos a este tema, lo primero que vendrá a nuestra mente será la palabra: **código**, entendido como un *“sistema de signos y de reglas que permite formular y comprender un mensaje”* (RAE, 2001), como si se tratara de traducir en dos lenguajes distintos para que uno sea entendible y el otro tenga el mensaje oculto.

Precisamente, el Diccionario de la Real Academia Española describe que **codificar** se refiere a *“hacer o formar un cuerpo de leyes metódico y sistemático”, o “transformar mediante reglas de un código, la formulación de un mensaje”*; aspectos que básicamente están comprendidos en la idea que vendría a nuestra mente. Así mismo, las acepciones tradicionales (Wales, 2001: Wikipedia), describen la **codificación**, como *“la acción de codificar, es decir, de transformar un contenido a un código”*.

Por otra parte, en el terreno de la codificación por medios informáticos, el aseguramiento de la calidad de los datos es sumamente importante, pues la calidad de los datos de salida depende de esto. Algunos autores (Arana, 2011) proponen que la calidad de los datos puede ser mejorada con la consecución de tres objetivos en la captura: a) codificación efectiva, b) captura de datos efectiva y eficiente, y c) la validación de los datos, ya que la codificación pone los datos en secuencias cortas de dígitos y/o letras.

Según otro autor (Ken, 2009), la codificación consiste en proporcionar códigos numéricos o alfanuméricos a diversos procesos para llevar un control y seguimiento más profundo de alguna actividad. Esta posición hace hincapié en que la codificación puede también ayudar en el reordenamiento adecuado de los datos en un punto posterior al proceso de transformación de datos. Además, los datos codificados pueden ahorrar espacio valioso de memoria y de almacenamiento.

1.2. CODIFICADOR

Nadie mejor que el investigador, puede interpretar los datos (Günther, 2011). Para el caso de este manual de codificación, se entenderá como codificador, a aquella persona que complete el registro de código del instrumento, con la clave propuesta para EVADEPSA-2011. Deberá ser una persona que conozca muy bien las respuestas del instrumento y que sea capaz de llevar al plano de la realidad, los códigos propuestos.

En este caso, el codificador realiza la labor más importante, la codificación, lo que ayudará al analista a que alcance el objetivo de eficiencia, debido a que los datos a

codificar, ocuparán menor tiempo para su captura, y reducirán la cantidad de conceptos capturados, volviendo el sistema de captura de forma más ágil y concisa.

1.3. CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

La codificación logra la habilidad de distinguir entre clases de conceptos, además, las clasificaciones son necesarias porque nos permiten observar la información de una manera más ordenada. Así, las clases deben ser mutuamente excluyentes, para que tengan utilidad real.

A veces queremos simplemente identificar una persona, lugar o cosa para hacer el seguimiento de ella. Por consecuencia, se asigna un número arbitrario, que puede ser aleatorio o secuencial (Ken, 2009). Para el caso en particular, la codificación será secuencial, ya que al ser aproximadamente una muestra de casi 800 estudiantes, se numerará del 1 al 800; además, el tipo de código será *código de función*, ya que las indicaciones completas sobre las actividades a ser realizadas son reemplazadas mediante el uso de un código numérico o alfanumérico corto, y de manera secuencial, como ya se ha dicho.

Entre las características con que deben cumplir los códigos, es que deben ser concisos, ya que los códigos excesivamente largos significan más tecleos y, por consecuencia, más errores. Por lo tanto, los códigos cortos son los más recomendables, por ser fáciles de recordar y fáciles de capturar. También hay que mantener los códigos estables (como los secuenciales), para evitar repetición o duplicidad; por ello es necesario asegurarse que los códigos sean únicos y ordenables. A continuación se despliegan las variables del instrumento y su codificación específica.

VARIABLE	CODIFICACION
1. Carrera	1. Médico Cirujano 2. Psicología 3. Cirujano Dentista 4. Nutrición 5. Enfermería 6. Farmacia 7. Gerontología
2. Grupo	1. UNO 2. DOS 3. TRES 4. CUATRO 5. CINCO 6. SEIS
3. Semestre	1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto 5. Quinto 6. Sexto 7. Séptimo 8. Octavo 9. Noveno
4. Sexo	1. Masculino 2. Femenino
5. Edad	(Numérico)
6. Embarazada	1. si 2. no
7. Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo
8. Pareja	1. si 2. no

9. Hijos	1. si 2. no
10. Numero de hijos	(numérico)
11. Familiares ICSa	1. si 2. no
12. Familiar	1. hermano/hermana 2. primo/prima 3. otro 4. nadie
13. Elección de carrera	1. decisión propia 2. influencia de mis padres 3. apoyo de mis amigos 4. tradición familiar 5. otra opción
14. Gusta tu carrera	1. si 2. no
15. Religión	1. catolica 2. cristiana 3. testigo de jehová 4. protestante 5. otra 6. ninguna
16. Otra actividad	1. trabajo 2. extracurriculares 3. otra 4. solo estudio
17. originario de	1. Pachuca 2. otro municipio de Hidalgo 3. otra ciudad
18. Frecuencia de traslado	1. diario 2. fin de semana 3. por mes 4. vacaciones 5. otra
19. Residencia actual	1. Pachuca 2. otro municipio de Hidalgo 3. otra ciudad
20. Vives en:	1. casa propia 2. casa rentada 3. casa para estudiantes 4. con mis padres 5. otro
21. Personas que viven en tu casa	(numérico)
22. Con quién vives: (puede elegir mas de 1 opcion)	1. papá 2. padrastro 3. mamá 4. madrastra 5. hermanos (as) 6. hermanastros (as) 7. tíos 8. abuelos 9. amigos 10. otro
23. Numero de hermanos	(Numérico)
24. Hospitalizacion de familiar por enfermedad mental	1. papá 2. mamá 3. hermanos 4. tíos 5. abuelos 6. amigos 7. otro 8. ninguno
25. Material de tu casa	1. ladrillos 2. adobe 3. madera 4. lámina 5. bloques de cemento 6. otro
26. Número de Cuartos	(Numérico)
27. Cuartos para dormir	(Numérico)

28. Personas por cuarto	(Numérico)
29. Material piso de casa	1. recubrimiento 2. cemento 3. tierra
30. Agua potable	1. intradomiciliaria 2. dentro del vecindario 3. hidrante publico
31. Eliminación de excretas	1. drenaje 2. otros
32. Refrigerador	1. si 2. no
33. Televisión conectada a:	1. dish 2. sky 3. cablevision 4. cablecom 5. otro 6. ninguno 7. no tengo tv
34. Cuentas con: (puede elegir más de una opción)	1. reproductor mp3 2. reproductor DVD 3. computadora 4. radio 5. celular 6. automovil propio 7. ninguno de los anteriores
35. En que ocupas tiempo libre	1. leer 2. practicar algun deporte 3. salir a pasear 4. ver televisión 5. otros
36. Paseo familiar al año	1. cero veces 2. una vez 3. dos veces 4. tres o más veces
37. Frecuencia con que fuma	1. No fumo 2. un cigarro a la semana 3. un cigarro por día 4. una cajetilla por semana 5. una cajetilla por día 6. mas de una cajetilla por día
38. Frecuencia bebidas alcohólicas	1. No bebo 2. una copa (100ml) semanal 3. una copa (100ml) diaria 4. una cerveza (250ml) semanal 5. una cerveza (250ml) al día 6. una botella (1lt) por semana 7. una botella (1lt) por día
39. Utilizas algun tipo de droga	1. si 2. no
40. En la mayoría de las cosas...	1. Completamente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Más bien de acuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Mas bien en desacuerdo 6. En desacuerdo 7. Completamente en desacuerdo
41. Las condiciones de...	1. Completamente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Más bien de acuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Mas bien en desacuerdo 6. En desacuerdo 7. Completamente en desacuerdo
42. Estoy satisfecho...	1. Completamente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Más bien de acuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Mas bien en desacuerdo 6. En desacuerdo 7. Completamente en desacuerdo

43. Hasta ahora...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Más bien de acuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Mas bien en desacuerdo 6. En desacuerdo 7. Completamente en desacuerdo
44. Si volviese a nacer...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Más bien de acuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Mas bien en desacuerdo 6. En desacuerdo 7. Completamente en desacuerdo
45. Me siento triste...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
46. Por las mañanas...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
47. Frecuentemente tengo...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
48. Me cuesta mucho...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
49. Ahora tengo...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
50. Todavía me siento...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
51. Creo que...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
52. Estoy estreñado...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
53. Tengo palpitaciones...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
54. Me canso por cualquier cosa...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
55. Mi cabeza...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente 2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando 3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente 4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo
56. Hago las cosas...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente

	<p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
57. Me siento agitado...	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
58. Tengo esperanza...	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
59. Me siento más...	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
60. Encuentro fácil...	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
61. Me creo útil	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
62. Encuentro...	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
63. Creo que sería...	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
64. Me gustan las mismas...	<p>1. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente</p> <p>2. Algun tiempo, algunas veces, de vez en cuando</p> <p>3. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente</p> <p>4. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo</p>
65. Preocupación o nerviosismo	<p>1. si</p> <p>2. no</p>
66. La competencia...	<p>1. nunca</p> <p>2. rara vez</p> <p>3. algunas veces</p> <p>4. casi siempre</p> <p>5. siempre</p>
67. Sobrecarga de tareas	<p>1. nunca</p> <p>2. rara vez</p> <p>3. algunas veces</p> <p>4. casi siempre</p> <p>5. siempre</p>
68. La personalidad y carácter...	<p>1. nunca</p> <p>2. rara vez</p> <p>3. algunas veces</p> <p>4. casi siempre</p> <p>5. siempre</p>
69. Las evaluaciones de los profesores	<p>1. nunca</p> <p>2. rara vez</p> <p>3. algunas veces</p> <p>4. casi siempre</p> <p>5. siempre</p>
70. El tipo de trabajo...	<p>1. nunca</p> <p>2. rara vez</p> <p>3. algunas veces</p> <p>4. casi siempre</p>

	5. siempre
71. No entender los temas...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
72. Participación en clase	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
73. Tiempo limitado...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
74. Otra	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
75. Trastornos en el sueño...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
76. Fatiga crónica...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
77. Dolores de cabeza...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
78. Problemas de digestión	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
79. Rascarse, morderse las uñas...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
80. Somnolencia	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
81. Inquietud...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
82. Sentimiento de depresión y tristeza	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
83. Ansiedad...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
84. Problemas de concentración	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre

	5. siempre
85. Sentimiento de agresividad...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
86. Conflictos o tendencias...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
87. Aislamiento de los demás...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
88. Desgano...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
89. Aumento o reducción...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
90. Habilidad asertiva...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
91. Elaboración de un plan...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
92. Elogios a sí mismo...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
93. La religiosidad...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
94. Búsqueda de información	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
95. Ventilación y confidencialidad...	1. nunca 2. rara vez 3. algunas veces 4. casi siempre 5. siempre
96. Firmó consentimiento informado	1. si 2. no

1.4. CARÁTULA DE CAPTURA

Para asegurar la captura efectiva de datos, se ha puesto especial atención en el diseño del instrumento, categorizando las variables y codificandolas de manera numérica; y en la creación de la carátula o plantilla de captura, para lo cual se ha contado con el apoyo de un especialista matemático que anteriormente trabajó en investigaciones similares a ésta. El llenado se hará manualmente a través del código en computadoras, y el resultado será

la base de datos integrada en un solo archivo de software electrónico y estadístico, como SPSS y manejado también con STATA.

1.5. CAPTURA

En cuanto a la captura de los datos, ésta se referirá a la introducción de los datos en una aplicación, por el medio electrónico (teclado-computadora); aunque existen empresas de captura automática basándose en formatos que contengan campos de llenado especial, para el caso particular de esta investigación se hará una encuesta cerrada que será llenada a lápiz, autoaplicada y cuya información contenida, posteriormente se vaciará a una base de datos electrónica, en el programa SPSS.

Para facilitar esta parte del proceso, se utilizará la codificación previamente realizada, ya que la plantilla de la base de datos (o carátula de captura) tiene la información específica para el llenado de la misma. La base de datos será provista de los datos obtenidos en la encuesta impresa, por lo que la información pasará a medios electrónicos, en este caso, a través de computadoras de la misma universidad.

Referencias bibliográficas

- ✓ RAE. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición. Ed. Espasa, España: 2001.
- ✓ Günter L. Huber. Aquad seis: El programa para el análisis de los datos. Alemania, 2008. Disponible en red desde: <http://www.aquad.de/spa/> Revisado a la fecha del 3 de marzo de 2011.
- ✓ Ken, M. Informática. Secuencia simple: Códigos. Manual de referencia a la codificación efectiva. Venezuela, 2009.
- ✓ Arana-Nava, MA. Análisis y Diseño de Sistemas de Información. Facultad de Filosofía y Letras. Ciencias de la Información. Chihuahua, 2011.

Bibliografía

- AESST. Riesgos emergentes. España: Observatorio Europeo de Riesgos; 2007. [En red] <http://www.osha.europa.eu>
- Aguirre-Baztán A. Antropología de la depresión. Brasil: Rev Mal-estar e Subj; 2008. 8(3):563-601.
- Alonso FF. La depresión y su diagnóstico. España: Ed Labor; 1988.
- Alonso-Gaeta RJ. El Estrés. México: Reporte para el Instituto Tecnológico de Morelia; 2011
- Amézquita-Medina ME, González-Pérez RE, Zuluaga-Mejía D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la universidad de Caldas. Colombia: Rev Colomb Psiq; 2003. 32(004): 341-356.
- Arco J, López S. Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". España: Int J Clin Health Psychol; 2005. 5(003):589-608.
- Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, Birmaher B, Dahl RE, Axelson DA, Ryan ND. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. J Clin Psychiatry 2005; 66(4):492-8.
- Barraza-Macías A. Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. Durango, México: Universidad Pedagógica. Psic Científ; 2005.

-
- Barraza-Macías, A. Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. México: rev Elect Psic. Iztacala, México; 2006. 9(3):110-129.
 - Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. México: Rev Salud Pública; 2005. 47(1):S4-S11.
 - Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: WMHS-OMS; 2007.
 - Bermúdez SB, Durán MM, Escobar C, Morales A, Monroy SA, Ramírez A, et al. Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. Colombia: MedUNAB; 2006. 9:198-205.
 - Bronfman M, Guiscafre H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. México: Arch Invest Méd; 1988. 19(4):351-360.
 - Burgos E, Marín JM. Estrés académico en los estudiantes universitarios. España: Métodos; 2008.
 - CA. Consultation Psychologique. Canadá: Bibliothèque nationale du Québec; 1996. 9(1). [En red] <http://www.cscp.umontreal.ca/ConsultationPsychologique/v09n1-1.htm>
 - Calvillo F. La depresión, entre mitos y rumores. España: Ed Biblioteca Nueva; 2003.
 - Castro-Valles, A., Carrillo-Saucedo, I. Convergencia entre ansiedad y depresión en universitarios. México: Reporte de Investigación: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2008.
 - Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. España: Arch Neurobiol; 1970. 33: 281-303.
 - Contini EN. De la psicopatología al bienestar psicológico. Argentina: Fundación ACTA; 2003.
 - Cuadra HL, Florenzano R. El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. Chile: Rev Psic Univ Nal; 2003. 12(1):83-96.
 - Cuesta-Izquierdo M, Herrero-Diez FJ. Tutorial de Introducción al Muestreo. 3.2.- Tamaño de muestra para estimar la proporción de la población. España: Universidad de Oviedo; 2004. [En red] http://www.psico.uniovi.es/Dpto_Psicologia/metodos/tutor.7/p3.html
 - Davidson KW, Mostofsky E, Whang W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease. The Canadian Nova Scotia Health Survey. Inglaterra: European Society of Cardiology; 2009. [En red] <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/31/9/1065.abstract>
 - DEEyDI. Población escolar por programa educativo y género. Hidalgo, México: Anuario estadístico DEEyDI, DGP, UAEH; 2008.
 - DGP. Infraestructura universitaria. Hidalgo, México: Dirección General de Planeación; 2008. [En red] <http://intranet.uaeh.edu.mx/DGP/infraestructura.htm> revisado al 8 set, 2010.

-
- Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. USA: Social indicators research; 1997. (40):189-216.
 - Espinal R, Almonte E. Depresión en estudiantes de medicina bajo la prueba determinada de William Zung. República Dominicana: Trabajo de tesis no publicado. Universidad Central del Este; 2008.
 - Frenk-Mora J. Programa de acción Salud Mental 2001-2006. México: SERSAME; 2007.
 - Fuentelsaz-Gallego C. Cálculo del tamaño de la muestra. España: Rev Matronas Profesión; 2004. 5(18): 5-13.
 - Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. USA: Acad Med; 2002. 77(9):918-21.
 - González Ramírez MT, Landero Hernández R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. México: Rev Panam Salud Publica; 2009. 25(2):141-5.
 - Hernández-Ávila M. Epidemiología. Diseño y análisis de estudios. México: Ed Panamericana; 2007.
 - Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. México: Ed McGraw-Hill Interamericana 5ªed; 2010.
 - Hidalgo. Situación de Salud en el Estado de Hidalgo. México: compilación UAEH; 2007. [En red] <http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/aap/Psalud/saludsithgo.html>
 - Iglesias A., Rosas A., Pimentel BM. Adolescencia y duelo. Hidalgo, México: Rev Cient Elect Psic, ICSa-UAEH; 2008.
 - Iglesias-Benavides JL, Saldívar-Rodríguez D, Bermúdez-Barba V, Guzmán-López A. Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. Nuevo León, México: Rev Medic Univ; 2005. 7(29):191-202.
 - INSHT. Estrés laboral. Documentos divulgativos. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
 - Jaimes-García J, Gallardo RP, Mejía-Hernández AL. Depresión en estudiantes del primer año de la licenciatura de Médico Cirujano. México: Reporte de investigación (en prensa). UAEMex; 2007.
 - Jiménez MG, Martínez P, Miró E, Sánchez AI. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? España: Int J Clin Health Psychol; 2008. 8(1):185-202
 - Joffre VM, Martínez G, García G, Sánchez L. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Argentina: Rev Clín Neuropsiq Alcmeon; 2007.
 - Kobayashi K, Kobayashi R, Kubo S, Sonoda T, Mori M. Depressive symptomatology and some relevant factors. Investigations at a junior college in Hokkaido, Japan. Nippon Kosshu Eisei Zasshi. Japón: 2005; 52(1):55-65
 - López-Fernández JA. Validación de la "Escala de Estrés de Enfermería" (NSS), de Gray-Toft y Anderson. España: Memoria de Licenciatura, Universidad de la Laguna; 2002.

-
- López-Ortíz P. Satisfacción con la vida y afectos positivos en jóvenes universitarios. Sinaloa, México: Tesis de licenciatura, en prensa. Universidad Autónoma Indígena de México; 2007.
 - López-Villalobos JA, Sánchez-Azón MI, Sotelo-Martín E, Rodríguez-Martín MT. Terapia cognitivo conductual en la depresión: Un modelo de competencia. España: Colegio Oficial de Médicos de Palencia; Actualización ts depres Atn Prim. Ed Lilly; 1994: 3-14.
 - Mancipe MP, Pineda MF, Jagua A, Páez OG, Ospina JA, Cárdenas R. Estrés y Academia en Medicina. Colombia: Reporte de Investigación, Universidad Nacional de Colombia; 2005.
 - Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo. Epidemiología. España: Rev Psic Online; 2009. [En red] <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>
 - Martínez CA. Estrés. Aspectos médicos. España: Ed Plaza, 2ª ed; 2007.
 - Martínez-González MA. Bioestadística amigable: procedimientos descriptivos. España: Díaz de Santos 2ª ed; 2006
 - Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M.E., Rivera, E. Adicción, depresión, y estrés en médicos residentes. México: Rev Sal Ment; 2004. 27(6):17-27.
 - Martínez-Martínez D. Alertan por "Depresión Invernal". Hidalgo, México: Ultranoticias; 2010. [En red] <http://www.ultra.com.mx/noticias/hidalgo/Local/13461-alertan-por--depresion-invernal-.html>
 - Martínez-Uribe M. Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. España: Tesis doctoral (en prensa), Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
 - Martín-Monzón IM. Estrés académico en estudiantes universitarios. España: Apuntes de Psicología; 2007. 25(1): 87-99.
 - Marty C, Lavín M, Figueroa M, Larraín D, Cruz C. Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud y su relación con enfermedades infecciosas. Chile: Rev Chil Neuropsiq; 2005. 43(1): 25-32.
 - Medicina Digital. Hidalgo: depresión, principal causa de atención en salud mental. México: Diario de la Salud; 2007.
 - Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimez JB. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. México: Rev Sal Ment; 2003. 26(4):1-20.
 - Medina-Mora ME, Rascón MI, Tapia R, Mariño MC, Juárez F. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. México: Anales del Inst Mex Psiq; 1992. 48-55.
 - Milnes A, Elliot F, TOpfer A, Bridgen G, MATHur S. Health and wellbeing of young Australians. Australia: Australian Institute of Health and Welfare; 2010. Bulletin 77.
 - Miranda CA, Gutiérrez JC, Bernal F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. Rev Col Psiq, Colombia: 2000. Vol. 29 (3): 251-260.

-
- Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE, Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. Colombia: Rev CES Med; 2010. 24(1):7-17.
 - Mudgal J, Guimaraes BL, Díaz-Montiel JC, Flores Y, Salmeron J. Depression among health workers: the role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. México: Salud mental; 2006. 29(5):1-8.
 - Muñoz-García FJ. Estrés académico. España: Universidad de Sevilla; 1999.
 - Olmedo-Buenrostro BA, Torres-Hernández J, Velasco-Rodríguez R, Mora-Brambila AB. Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima. México: Rev Enferm IMSS; 2006. 14(1):17-22.
 - OMS CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. España: Ed Meditor; 2003.
 - OMS Diez datos sobre la carga mundial de morbilidad. Página oficial de la Organización Mundial de la Salud: 2008. En red: http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/es/index.html
 - OMS. Depression Diagnosis, Depression Disorder, Treatment of Depression. Suiza: Página oficial de la Organización Mundial de la Salud: 2010. [En red] http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8101.htm
 - OMS. Salud mental: un estado de bienestar. Washington, USA: Página oficial de la Organización Mundial de la Salud; 2009.
 - OPS. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. USA: 49º Consejo Directivo; 2009.
 - Orlandini A. El estrés, qué es y cómo evitarlo. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.
 - Osornio-Castillo L, Palomino-Garibay L. Depresión en estudiantes universitarios. México: Arch Méd Fam; 2009. 11(1):1-2
 - Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Colombia: Rev Col Psic; 2004. (3):13-28.
 - Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction with Life Scale. Psychological Assessment. USA: 1993. (5) 2: 164-172.
 - Pereyra-Elías R, Ocampo-Mascaró J, Silva-Salazar V, Vélez-Segovia E, da Costa-Bullón D, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima, Perú 2010. Perú: Rev Med Exp Salud Pública; 2010. 27(4):520-526.
 - Pérez G. Sufren estrés laboral más de 20 de cada 100. Hidalgo, México: Periódico Criterio; 2009. [En red] <http://www.criteriohidalgo.com/notas.asp?id=345>
 - Pérez-Padilla ML, Ponce-Rojo A, Hernández-Contreras J, Márquez-Muñoz BA. Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. México: Rev Educ y Des; 2010.
 - Phillips LC, Burgos Y, Rojas V, D'Orcy E, Fajardo E, Vidal LE. Evaluación de rasgos depresivos en estudiantes de medicina, su conocimiento y manejo. Cuba: Rev Hosp Psiqu; 2006

-
- Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
 - Polo A, Hernández JM, Poza C. Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. España: Universidad Autónoma de Madrid; 1995.
 - Ramírez D. Mexicanos, los más felices del mundo. Puebla, México: Universia-UDLAP; 2009. [En red] <http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nn-tt/noticia/2009/05/12/mexicanos-mas-felices-mundo.html>
 - Riveros QM, Hernández VH, Rivera BJ. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Perú: Rev Inv Psic; 2007. 10(1).
 - Rocha-Rodríguez R, Cabrera-Ortega E, González-Quevedo D, Martínez-Martínez R, Pérez-Aguilar J, et al. Factores de estrés en estudiantes universitarios. España: Memorias Congreso Virtual de Psiquiatría; 2010.
 - Román-Collazo CA, Ortiz-Rodríguez F, Hernández-Rodríguez Y. El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. Cuba: Rev Iberoam de Educ, OEI; 2008. 46(7): 1-8.
 - Salin-Pascual RJ. La depresión: tristeza llevada a sus extremos y de los medicamentos que la controlan. México: Arch Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"; 2007.
 - Sánchez A, Solanilla L, Clavijo J, Zambrano Z. Afijación óptima de tamaños de muestra en muestreo aleatorio estratificado. Colombia: Rev Comunic en Estad; 2010. 3(1):7-23.
 - Serrano R. Cada generación de adolescentes multiplica su riesgo de depresión. México: Memorias del Congreso Nacional de Medicina General y Medicina Familiar; 2002.
 - SIAE. Población escolar por licenciatura, ciclo enero-junio 2010. Hidalgo, México: Sistema Integral de Administración Escolar; 2010. Reporte Uaehiepo/Consulta7.
 - Solano-Pérez CT. Estimación de la prevalencia de satisfacción con la vida en estudiantes universitarios de Durango. México: Tesis de licenciatura (en prensa); 2009.
 - SSA. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México. México: Plan Nacional de Salud 2000-2006. Secretaría de Salud; 2009. [En red] <http://www.ssa.gob.mx/>
 - Terrones-González A, et al. Factores protectores contra el suicidio en estudiantes universitarios de Durango. México: Instituto de Investigación Científica-UJED; 2009.
 - Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Chile: Rev Neuropsiq; 2002. 40(Sup 2):8-19.
 - UAEH. Breve bosquejo histórico de la UAEH. México: Página de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2009. [En red] <http://www.uaeh.edu.mx/universidad/index.html>
 - UAEH. Ubicación geográfica. México: INEGI-UAEH; 2008. [En red] <http://www.uaeh.edu.mx/universidad/ubicacion.htm>
 - Veenhoven R. El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención psicosocial. Países Bajos: Ed Erasmus; 1994.
 - Zandío M, Ferrín M, Cuesta MJ. Neurobiología de la depresión. España: ANALES Sis San Navarra; 2002. 25(Supl. 3):43-62.

- Zubieta E, Fernández O, Muratori M, Barreiro A, Mele S. Criterios sociales y psicológicos del bienestar. España: Cuadernos de Prácticas de Psicología Social; 2008.
- Zung WW. A self rating depression scale. USA: Arch Gen Psychiatr; 1965. 12:63-70.

¹ Mudgal J, Guimaraes BL, Díaz-Montiel JC, Flores Y, Salmeron J. Depression among health workers: the role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. México: Salud mental; 2006. 29(5):1-8.

² Olmedo-Buenrostro BA, Torres-Hernández J, Velasco-Rodríguez R, Mora-Brambila AB. Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima. México: Rev Enferm IMSS; 2006. 14(1):17-22.

³ OPS. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. USA: 49º Consejo Directivo; 2009.

⁴ OMS Diez datos sobre la carga mundial de morbilidad. Página oficial de la Organización Mundial de la Salud; 2008. En red: http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/es/index.html

⁵ Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, Birmaher B, Dahl RE, Axelson DA, Ryan ND. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. UK: J Clin Psychiatry; 2005. 66(4):492-498.

⁶ Kobayashi K, Kobayashi R, Kubo S, Sonoda T, Mori M. Depressive symptomatology and some relevant factors. Investigations at a junior college in Hokkaido, Japan. Nippon Kosho Eisei Zasshi. Japón: 2005; 52(1):55-65.

⁷ Riveros QM, Hernández VH, Rivera BJ. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Perú: Rev Inv Psic; 2007. 10(1).

⁸ SSA. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México. México: Plan Nacional de Salud 2000-2006. Secretaría de Salud; 2009. [En red] <http://www.ssa.gob.mx/>

⁹ OMS CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. España: Ed Meditor; 2003.

¹⁰ Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo. Epidemiología. España: Rev Psic Online; 2009. [En red] <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

¹¹ AESST. Riesgos emergentes. España: Observatorio Europeo de Riesgos; 2007. [En red] <http://www.osha.europa.eu>

¹² INSHT. Estrés laboral. Documentos divulgativos. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

¹³ Martínez CA. Estrés. Aspectos médicos. España: Ed Plaza, 2ª ed; 2007.

¹⁴ Alonso-Gaeta RJ. El Estrés. México: Reporte para el Instituto Tecnológico de Morelia; 2011.

¹⁵ OMS. Salud mental: un estado de bienestar. Washington, USA: Página oficial de la Organización Mundial de la Salud; 2009.

¹⁶ Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. USA: Social indicators research; 1997. (40):189-216.

¹⁷ Davidson KW, Mostofsky E, Whang W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease. The Canadian Nova Scotia Health Survey. Inglaterra: European Society of Cardiology; 2009. [En red] <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/31/9/1065.abstract>

¹⁸ Cuadra HL, Florenzano R. El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. Chile: Rev Psic Univ Nal; 2003. 12(1):83-96.

¹⁹ Ramírez D. Mexicanos, los más felices del mundo. Puebla, México: Universia; 2009. [En red] <http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nn-tt/noticia/2009/05/12/mexicanos-mas-felices-mundo.html>

²⁰ Miranda CA, Gutiérrez JC, Bernal F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. Rev Col Psiq, Colombia: 2000. Vol. 29 (3): 251-260.

²¹ Arco J, López S. Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". España: Int J Clin Health Psychol; 2005. 5(003):589-608.

²² López-Fernández JA. Validación de la "Escala de Estrés de Enfermería" (NSS), de Gray-Toft y Anderson. España: Memoria de Licenciatura, Universidad de la Laguna; 2002.

²³ Polo A, Hernández JM, Poza C. Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. España: Universidad Autónoma de Madrid; 1995.

²⁴ Burgos E, Marín JM. Estrés académico en los estudiantes universitarios. España: Métodos; 2008.

²⁵ Joffre VM, Martínez G, García G, Sánchez L. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Argentina: Rev Clín Neuropsiq Alcmeon; 2007.

- ²⁶ Pereyra-Elías R, Ocampo-Mascaró J, Silva-Salazar V, Vélez-Segovia E, da Costa-Bullón D, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima, Perú 2010. Perú: Rev Med Exp Salud Pública; 2010. 27(4):520-526.
- ²⁷ Amézquita-Medina ME, González-Pérez RE, Zuluaga-Mejía D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la universidad de Caldas. Colombia: Rev Colomb Psiqu; 2003. 32(004): 341-356.
- ²⁸ Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Colombia: Rev Col Psic; 2004. (3):13-28.
- ²⁹ Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE, Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. Colombia: Rev CES Med; 2010. 24(1):7-17.
- ³⁰ Phillips LC, Burgos Y, Rojas V, D'Orcy E, Fajardo E, Vidal LE. Evaluación de rasgos depresivos en estudiantes de medicina, su conocimiento y manejo. Cuba: Rev Hosp Psiqu; 2006.
- ³¹ Marty C, Lavín M, Figueroa M, Larraín D, Cruz C. Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud y su relación con enfermedades infecciosas. Chile: Rev Chil Neuropsiqu; 2005. 43(1): 25-32.
- ³² Mancipe MP, Pineda MF, Jagua A, Páez OG, Ospina JA, Cárdenas R. Estrés y Academia en Medicina. Colombia: Reporte de Investigación, Universidad Nacional de Colombia; 2005.
- ³³ Bermúdez SB, Durán MM, Escobar C, Morales A, Monroy SA, Ramírez A, et al. Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. Colombia: MedUNAB; 2006. 9:198-205.
- ³⁴ Román-Collazo CA, Ortíz-Rodríguez F, Hernández-Rodríguez Y. El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. Cuba: Rev Iberoam de Educ, OEI; 2008. 46(7): 1-8.
- ³⁵ Martínez-Urbe M. Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. España: Tesis doctoral (en prensa), Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
- ³⁶ Zubieta E, Fernández O, Muratori M, Barreiro A, Mele S. Criterios sociales y psicológicos del bienestar. España: Cuadernos de Prácticas de Psicología Social; 2008.
- ³⁷ Contini EN. De la psicopatología al bienestar psicológico. Argentina: Fundación ACTA; 2003.
- ³⁸ Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. México: Rev Salud Pública; 2005. 47(1):S4-S11.
- ³⁹ Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimez JB. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. México: Rev Sal Ment; 2003. 26(4):1-20.
- ⁴⁰ Medina-Mora ME, Rascón MI, Tapia R, Mariño MC, Juárez F. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. México: Anales del Inst Mex Psiqu; 1992. 48-55.
- ⁴¹ Osornio-Castillo L, Palomino-Garibay L. Depresión en estudiantes universitarios. México: Arch Méd Fam; 2009. 11(1):1-2.
- ⁴² Serrano R. Cada generación de adolescentes multiplica su riesgo de depresión. México: Memorias del Congreso Nacional de Medicina General y Medicina Familiar; 2002.
- ⁴³ Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M.E., Rivera, E. Adicción, depresión, y estrés en médicos residentes. México: Rev Sal Ment; 2004. 27(6):17-27.
- ⁴⁴ Iglesias-Benavides JL, Saldivar-Rodríguez D, Bermúdez-Barba V, Guzmán-López A. Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. Nuevo León, México: Rev Medic Univ; 2005. 7(29):191-202.
- ⁴⁵ Jaimes-García J, Gallardo RP, Mejía-Hernández AL. Depresión en estudiantes del primer año de la licenciatura de Médico Cirujano. México: Reporte de investigación (en prensa). UAEMex; 2007.
- ⁴⁶ Castro-Valles, A., Carrillo-Saucedo, I. Convergencia entre ansiedad y depresión en universitarios. México: Reporte de Investigación: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2008.
- ⁴⁷ González Ramírez MT, Landero Hernández R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. México: Rev Panam Salud Publica; 2009. 25(2):141-5.
- ⁴⁸ Barraza-Macias A. Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. Durango, México: Universidad Pedagógica. Psic Científ; 2005.
- ⁴⁹ Milnes A, Elliot F, TOpfer A, Bridgen G, MATHur S. Health and wellbeing of young Australians. Australia: Australian Institute of Health and Welfare; 2010. Bulletin 77.
- ⁵⁰ CA. Consultation Psychologique. Canadá: Bibliothèque nationale du Québec; 1996. 9(1). [En red] <http://www.cscp.umontreal.ca/ConsultationPsychologique/v09n1-1.htm>

- ⁵¹ López-Ortiz P. Satisfacción con la vida y afectos positivos en jóvenes universitarios. Sinaloa, México: Tesis de licenciatura, en prensa. Universidad Autónoma Indígena de México; 2007.
- ⁵² Ramírez D. Mexicanos, los más felices del mundo. Puebla, México: Universia; 2009. [En red] <http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nn-tt/noticia/2009/05/12/mexicanos-mas-felices-mundo.html>
- ⁵³ Terrones-González A, et al. Factores protectores contra el suicidio en estudiantes universitarios de Durango. México: Instituto de Investigación Científica-UJED; 2009.
- ⁵⁴ Solano-Pérez CT. Estimación de la prevalencia de satisfacción con la vida en estudiantes universitarios de Durango. México: Tesis de licenciatura (en prensa); 2009.
- ⁵⁵ Pérez-Padilla ML, Ponce-Rojo A, Hernández-Contreras J, Márquez-Muñoz BA. Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. México: Rev Educ y Des; 2010.
- ⁵⁶ Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: WMHS-OMS; 2007.
- ⁵⁷ Frenk-Mora J. Programa de acción Salud Mental 2001-2006. México: SERSAME; 2007.
- ⁵⁸ Hidalgo. Situación de Salud en el Estado de Hidalgo. México: compilación UAEH; 2007. [En red] <http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/aap/Psalud/saludsithgo.html>
- ⁵⁹ Medicina Digital. Hidalgo: depresión, principal causa de atención en salud mental. México: Diario de la Salud; 2007.
- ⁶⁰ Iglesias A., Rosas A., Pimentel BM. Adolescencia y duelo. Hidalgo, México: Rev Cient Elect Psic, ICsa-UAEH; 2008.
- ⁶¹ Martínez-Martínez D. Alertan por "Depresión Invernal". Hidalgo, México: Ultranoticias; 2010. [En red] <http://www.ultra.com.mx/noticias/hidalgo/Local/13461-alertan-por--depresion-invernal-.html>
- ⁶² Pérez G. Sufren estrés laboral más de 20 de cada 100. Hidalgo, México: Periódico Criterio; 2009. [En red] <http://www.criteriohidalgo.com/notas.asp?id=345>
- ⁶³ Salin-Pascual RJ. La depresión: tristeza llevada a sus extremos y de los medicamentos que la controlan. México: Arch Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"; 2007.
- ⁶⁴ López-Villalobos JA, Sánchez-Azón MI, Sotelo-Martín E, Rodríguez-Martín MT. Terapia cognitivo conductual en la depresión: Un modelo de competencia. España: Colegio Oficial de Médicos de Palencia; Actualización ts depres Atn Prim. Ed Lilly; 1994: 3-14.
- ⁶⁵ OMS. Depression Diagnosis, Depression Disorder, Treatment of Depression. Suiza: Página oficial de la Organización Mundial de la Salud; 2010. [En red] http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8101.htm
- ⁶⁶ Zandío M, Ferrín M, Cuesta MJ. Neurobiología de la depresión. España: ANALES Sis San Navarra; 2002. 25(Supl. 3):43-62.
- ⁶⁷ Espinal R, Almonte E. Depresión en estudiantes de medicina bajo la prueba determinada de William Zung. República Dominicana: Trabajo de tesis no publicado. Universidad Central del Este; 2008.
- ⁶⁸ Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE, Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. Colombia: Rev CES Med; 2010. 24(1):7-17.
- ⁶⁹ Rocha-Rodríguez R, Cabrera-Ortega E, González-Quevedo D, Martínez-Martínez R, Pérez-Aguilar J, et al. Factores de estrés en estudiantes universitarios. España: Memorias Congreso Virtual de Psiquiatría; 2010.
- ⁷⁰ Muñoz-García FJ. Estrés académico. España: Universidad de Sevilla; 1999.
- ⁷¹ Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. USA: Social indicators research; 1997. (40):189-216.
- ⁷² Veenhoven R. El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención psicosocial. Países Bajos: Ed Erasmus; 1994.
- ⁷³ Jiménez MG, Martínez P, Miró E, Sánchez AI. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? España: Int J Clin Health Psychol; 2008. 8(1):185-202.
- ⁷⁴ Aguirre-Baztán A. Antropología de la depresión. Brasil: Rev Mal-estar e Subj; 2008. 8(3):563-601.
- ⁷⁵ Alonso FF. La depresión y su diagnóstico. España: Ed Labor; 1988.
- ⁷⁶ Calvillo F. La depresión, entre mitos y rumores. España: Ed Biblioteca Nueva; 2003.
- ⁷⁷ Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Chile: Rev Neuropsiq; 2002. 40(Sup 2):8-19.
- ⁷⁸ Martín-Monzón IM. Estrés académico en estudiantes universitarios. España: Apuntes de Psicología; 2007. 25(1): 87-99.
- ⁷⁹ Orlandini A. El estrés, qué es y cómo evitarlo. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.
- ⁸⁰ Hernández-Ávila M. Epidemiología. Diseño y análisis de estudios. México: Ed Panamericana; 2007.

-
- ⁸¹ DEEyDI. Población escolar por programa educativo y género. Hidalgo, México: Anuario estadístico DEEyDI, DGP, UAHE; 2008.
- ⁸² DGP. Infraestructura universitaria. Hidalgo, México: Dirección General de Planeación; 2008. [En red] <http://intranet.uaeh.edu.mx/DGP/infraestructura.htm> revisado al 8 set, 2010
- ⁸³ SIAE. Población escolar por licenciatura, ciclo enero-junio 2010. Hidalgo, México: Sistema Integral de Administración Escolar; 2010. Reporte Uaehiepo/Consulta7.
- ⁸⁴ Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. México: Ed McGraw-Hill Interamericana 5ªed; 2010.
- ⁸⁵ Fuentelsaz-Gallego C. Cálculo del tamaño de la muestra. España: Rev Matronas Profesión; 2004. 5(18): 5-13.
- ⁸⁶ Cuesta-Izquierdo M, Herrero-Diez FJ. Tutorial de Introducción al Muestreo. 3.2.- Tamaño de muestra para estimar la proporción de la población. España: Universidad de Oviedo; 2004. [En red] http://www.psyco.uniovi.es/Dpto_Psicologia/metodos/tutor.7/p3.html
- ⁸⁷ Sánchez A, Solanilla L, Clavijo J, Zambrano Z. Afijación óptima de tamaños de muestra en muestreo aleatorio estratificado. Colombia: Rev Comunic en Estad; 2010. 3(1):7-23.
- ⁸⁸ Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- ⁸⁹ Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction with Life Scale. Psychological Assessment. USA: 1993. (5) 2: 164-172.
- ⁹⁰ Barraza-Macias, A. Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. México: rev Elect Psic. Iztacala, México; 2006. 9(3):110-129.
- ⁹¹ Zung WW. A self rating depression scale. USA: Arch Gen Psychiatr; 1965. 12:63-70.
- ⁹² Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. España: Arch Neurobiol; 1970. 33: 281-303.
- ⁹³ Bronfman M, Guiscafre H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. México: Arch Invest Méd; 1988. 19(4):351-360.