

11241

34

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO

"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

"NIVELES DE DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE CUATRO ESPECIALIDADES"

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN:

PSIQUIATRIA

GENERACION 92-95

ELABORO: DR. MARIO ANTONIO LARA RUIZ

ASESOR TEORICO: DR. CARLOS J. CASTANEDA GONZALEZ.

ASESOR METODOLOGICO: RAFAEL SALIM PASCUAL

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

2000

Vg. Do.  
  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

282957



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

### CONTENIDO:

|                            |    |
|----------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN               | 3  |
| ANTECEDENTES               | 11 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 24 |
| OBJETIVOS                  | 25 |
| HIPÓTESIS                  | 26 |
| MATERIAL Y MÉTODOS         | 27 |
| RESULTADOS                 | 30 |
| DISCUSIÓN                  | 45 |
| CONCLUSIONES               | 49 |
| BIBLIOGRAFÍA               | 50 |

## INTRODUCCIÓN

El afecto es el tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea. El afecto determina la actitud general, ya sea de ~~rechazo, de aceptación, de huida,~~ de lucha o de indiferencia. Así pues, los afectos proporcionan el impulso motivacional o componente psicodinámico en relación con cualquier situación de la vida y tienen un papel determinante en los pensamientos y en las acciones de una persona en la salud y en la enfermedad. Cuando un estado afectivo se mantiene durante un periodo considerable, se puede hablar de estado de ánimo. Se puede describir el afecto como superficial y deficitario (indiferencia emocional) inapropiado (cuando la emoción no corresponde al estímulo) o lábil (cambiante).

La euforia se refiere al primer nivel moderado en la escala de afectos placenteros. Se ha definido como una sensación positiva de bienestar emocional y psíquico. Cuando ocurre en un contexto manifiestamente inapropiado, es indicativo de un trastorno mental.

---

Se puede considerar el júbilo como un segundo nivel en la escala de afectos placenteros. Se caracteriza por un afecto definido de alegría en el que hay un aire de gozo, autoconfianza y aumento de la actividad motora. Este afecto está dentro de los límites de la expresión normal de la vida, aunque pueda ser indicativo en un trastorno mental cuando aparece en una situación manifiestamente inapropiada.

Varios agentes farmacológicos pueden inducir euforia y júbilo y se pueden citar como ejemplos de alcohol, los narcóticos y las anfetaminas. En la mayoría de los casos de adicción, hay un estado ansioso depresivo subyacente que impulsa al paciente a utilizar agentes que le alivien del estado afectivo penoso. Estas sustancias le permiten

a la persona reprimir o negar la existencia de afectos penosos. Las lesiones cerebrales pueden tener impacto similar sobre los afectos penosos.

La exaltación generalmente va acompañado de delirios de grandeza. Se funde con el éxtasis, que representa el punto máximo de trance. Estos efectos, en circunstancias inapropiadas, se encuentran casi exclusivamente en relación con las psicosis, en la esquizofrenia. También se encuentran en los estados emocionales religiosos, que pueden ocurrirles a ciertas personas como experiencias místicas privadas, o pueden ser inducidas masivamente en ceremonias de revivificación.

Anteriormente se pensó que las lesiones del lóbulo frontal suscitaban un estado de ánimo de euforia. Hoy se sabe que cualquier deterioro cerebral (donde sea que se asiente y por la causa que sea) que disminuya el nivel de conciencia, puede tener este efecto. Una lesión que afecte el suelo de III ventrículo puede tener un mayor efecto de elevación del estado de ánimo que una más amplia en cualquier parte. La afabilidad que se presenta en la demencia senil es un ejemplo de elevación del humor asociado con una enfermedad cerebral orgánica difusa.

La investigación ha identificado sustancias cerebrales que se producen normalmente (encefalinas y B-endorfinas) que semejan los efectos de los opiáceos, que pueden tener un efecto de aliviar el dolor físico y mental durante las experiencias traumáticas y que también pueden contribuir a los estados de bienestar mental. También se ha considerado que los estados de dependencia opiácea derivan una insuficiencia en el suministro de endorfinas normalmente disponibles.

Algunos pacientes son capaces de eliminar de la conciencia efectos penosos sin la ayuda de agentes químicos que deterioran la conciencia. Utilizando el mecanismo de defensa psicológico que es la negación o la inatención selectiva, puede evitar el enfrentarse con recuerdos penosos. Si estos mecanismos tienen un éxito suficiente, sobreviene el estado psicótico. El paciente maniaco no se siente privado, se siente

exaltado. En lugar de pesimismo desesperanza, tienen sentimientos de optimismo y de confianza en si mismos justificados, y físicamente se siente hiperactivo y muy brioso. Siente que tiene unos recursos limitados, y como resultado malgasta el dinero con abandono ilimitado.

**LA DEPRESIÓN.**- La depresión es uno de los trastornos médicos más frecuentes, y ya desde ~~tiempo remotos~~ fue reconocida por los egipcios como una entidad patológica definida. El empleo común del término "depresión" se inició principalmente por el psiquiatra Emil Kraepelin en el siglo XIX con la intención de crear una palabra que tuviera mayor especificidad diagnóstica que "melancolía", ya que ésta abarcaba diversos trastornos de la conducta considerados ahora como entidades definidas. En la actualidad el término melancolía indica trastorno depresivo mayor con cambios de la función endógena o vegetativa, es decir, alteraciones del sueño, apetito y libido.

La depresión es una de las enfermedades más comunes a la que esta sometida la humanidad. Paradójicamente es posible que sea uno de los problemas que con más frecuencia pasa inadvertido, y cuando es detectado casi siempre es mal tratado clínicamente.

No solo son múltiples y complejos los signos y síntomas de la depresión en cualquier fase del trastorno, sino que hay tantas fases y problemas diferentes como diversos grupos de edad. Por Ejemplo sus síntomas al inicio, difieren considerablemente de los que se desarrollan más adelante, y de los que aparecen en penúltimo lugar en el paciente deprimido que comete suicidio. También hay un factor de edad. Las manifestaciones en adolescentes difieren considerablemente de las que se observan en edades posteriores,

Desde el punto de vista descriptivo puramente, a menudo los fenómenos que acompañan a la depresión no se pueden distinguir de la pena por a pérdida de alguien

o algo es decir, en la reacción normal de duelo y aflicción. Además de la depresión de origen psicológico y social, no hay que pasar por alto las causas biológicas. Ciertos medicamentos pueden precipitar una depresión grave en una persona que anteriormente se conducía bien. La reserpina y los corticoesteroides a altas dosis, y las fenotiacinas, son ejemplos frecuentes. Las neoplasias retroperitoneales como el carcinoma de páncreas y el linfoma, pueden precipitar una depresión. Puede parecer una enfermedad depresiva después de varias Infecciones víricas, como la hepatitis, la mononucleosis infecciosa y la gripe. Además hay pruebas de un factor hereditario con base biológica en la vulnerabilidad a la depresión sobre todo en las depresiones recurrentes de la enfermedad maniaco - depresiva.

En el período premenstrual, muchas mujeres sufren cambios en el humor. Son comunes las depresiones y los enfados. Puede aparecer de repente una compulsión por la limpieza. Sin duda, este fenómeno tiene componentes causales con base psicológica y endócrina.

Ciertos síntomas depresivos pueden comprenderse mejor como una petición de ayuda. Cuando aparece por primera vez la depresión, la víctima muestra a menudo una reacción de protesta. Un niño en edad escolar, por ejemplo, puede mostrar un comportamiento hiperkinético, prender fuego, tener facilidad para los accidentes y enuresis. El adolescente puede entregarse a muestras notorias de conducta antisocial que obligan a que el mundo adulto le preste atención. Con mucha frecuencia, estas peticiones de ayuda se interpretan erróneamente y se tratan de forma punitiva, con la resultante intensificación de la depresión. A menudo, una persona mayor acude a su médico por molestias físicas porque no sabe expresar de otra forma su demanda de ayuda.

Las desviaciones de la conducta sexual pueden ocurrir en episodios y de forma aguda, en respuestas a situaciones que deterioran la autoestima. Por ejemplo, las deambulaciones homosexuales, la búsqueda compulsiva de un compañero promiscuo,

puede ocurrir en un hombre bisexual después de una pelea matrimonial puede aparecer un exhibicionismo perverso cuando el nacimiento de un nuevo hijo suscita en el padre sentimientos de ser rechazado. Kaplan, reporta el caso de un paciente que tenía episodios de travestismo como reacción en el aniversario del duelo por la pérdida en la infancia de la madre. Vistiéndose igual que ella, podía hacer que todavía estaba viva.

Las molestias somáticas que se observan en la depresión son de varios tipos, pueden tener conexiones simbólicas con una persona amada cuya separación se teme ó ya haya ocurrido. En estos casos, se trata principalmente de una histeria de conversión. En otros casos, el paciente se puede quejar de un trastorno físico existente de forma reactivamente moderada, por ejemplo, una hernia Inguinal, con la esperanza de que la hospitalización le proporcionará un escape del conflicto insoportable o conseguirá así una atención que no puede obtener de otra forma. Se puede conseguir el acceso a los cuidados médicos por medio de heridas ocurridas de forma "accidental" en el trabajo.

**LOS PROBLEMAS PARA CLASIFICAR A LA DEPRESIÓN.** - La depresión se conoce desde la antigüedad, los trastornos que hoy denominamos afectivos pueden hallarse ya en muchos documentos antiguos.

La historia del rey Saul, en el antiguo testamento, describe un síndrome depresivo como también la historia del suicidio de Ajax, en la iliada, de Homero.

Hacia el 450 a d JC. Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir as alteraciones mentales. Cornelio Celso describió la melancolía en su obra de medicina, hacia el año 100 d JC. como una depresión producida por bilis negra, y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, incluidos Areteo (120-180 d JC.) Galeno (129-199 d JC.) y Alejandro de Tralles en el siglo VI.

En la edad media la medicina siguió viva en los países islámico, y durante ella, Rhazes, Avicena y el médico judío Maimonides consideraron la melancolía como una



enfermedad diferenciada El psiquiatra moderno debe saber que fue Emil Kraepelin quien desarrolló en 1896 la categoría de enfermedad maniaco -depresiva. que utilizamos en la actualidad y se basa en el conocimiento de este trastorno obtenido por los psiquiatras franceses y alemanes que precedieron a Kraepelin.

En 1854. Jules Falret describió una enfermedad denominada folie circulaire, en la que el paciente experimentaba estados de ánimo alternos de depresión y manía. Hacia la misma época otro psiquiatra francés Jules Billarger describió la enfermedad de folio a double forme, en a que el paciente se volvía totalmente deprimido y caía en un estado de estupor del que eventualmente se recuperaba. En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad.

La descripción de Kraepelin de la enfermedad maniaco - depresiva contenía ya la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para establecer su diagnóstico.

En las diversas ediciones de su manual, psychiatry, propuso que se considerase todo el grupo de trastornos maniaco - depresivo como una enfermedad que no terminaba en la demencia o el deterioro.

Kraepelin describió también un tipo de depresión que empezaba después de la menopausia en la mujeres y durante la edad adulta madura en los hombres que llegó a ser conocida como melancolía involutiva, pero eventualmente ésta llegó a ser considerada un tipo variante de trastorno afectivo.

Desde Kraepelin, muchas generaciones de psiquiatras (incluida la nuestra) han realizado numerosos intentos para mejorar la clasificación de los trastornos depresivos Fruto de estos esfuerzos son los St. Louis Criteria Research, Diagnostic Criteria, y la clasificación del DSM III y IV.

**INCIDENCIA.-** La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es de alrededor del 20% para las mujeres y del 10% para los hombres. En las naciones occidentales, si limitamos la atención al trastorno bipolar, la expectativa en vida es de alrededor del 1% para ambos sexos. Sin embargo se incluyen depresiones de todo tipo ampliamente definidas, las tasas de expectativa aumentan notablemente, alcanzando hasta un 30% en algunas estimaciones.

Una considerable proporción de personas con depresión nunca van al médico. En todas las categorías de depresión solo de 20 – 25% de las personas deprimidas reciben tratamiento. Sin embargo, las cifras registradas de prevalencia e incidencia, sobre todo las basadas en ingresos de hospital, deben ser consideradas estimaciones mínimas.

**FACTORES PSICOSOCIALES Y DEPRESIÓN.-** La mayoría de los clínicos e investigadores norteamericanos han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. Las discusiones de casos clínicos con frecuencia incluyen afirmaciones que relacionan el estado, sobre todo el producido por las situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos.

En estas discusiones se considera que los sucesos de la vida desempeñan un papel importante en la etiología de la depresión, al menos en su origen, como se evidencia en afirmaciones como “La depresión surgió en relación con...” Algunos clínicos creen que los sucesos vitales tienen el principal papel en las depresiones; otros más conservadores, limitan el papel de los sucesos de la vida al de factores contribuyentes al comienzo y pauta temporal del episodio agudo.

La teoría de la causa ambiental de los trastornos afectivos tiene numerosas fuentes: el enfoque psicológico general de Molt Mayar, las observaciones psicológicas en las reacciones a la pérdida, y los estudios psicopatológicos que relacionan la presencia o

ausencia de sucesos precipitantes con la SITUACIÓN DE los pacientes a lo largo del continuo endógeno - reactivo.

Por lo general, la investigación confirma la relación entre los sucesos viales y la depresión.

Se han realizado múltiples estudios e investigaciones en torno al ambiente escolar, régimen carcelario o penitenciario, ambiente en cuarteles militares y de hospitales.

El estudio de cualquier especialidad médica requiere necesariamente el involucramiento de las emociones sobre todo si existe un compromiso firme basado en la responsabilidad para con uno mismo y para las relaciones interpersonales futuras.

Existen estudios que sugieren precisamente, que durante el estudio de la carrera de medicina y de sus especialidades médicas, la incidencia de depresión es mayor entre quienes enfocan su aprendizaje a áreas en las que se manejan fenómenos acerca de la muerte pérdidas afectivas; entre las que contamos a la cancerología, anestesiología y cirugía.

## ANTECEDENTES:

Una de las grandes limitantes para integrar confiablemente un diagnóstico de depresión ha sido la disparidad de criterios, pero sobre todo, la existencia de puntos de vista unidimensionales que impiden ver de manera integradora una patología tan compleja y tan frecuente.

Durante este siglo la enfermedad ha comenzado a verse como un conjunto en el cual los factores biológicos, psicológicos y sociales juegan un gran papel tanto en la génesis, la evolución, como en la resolución de los problemas de salud. Particularmente, en la depresión existe ya gran interés por descifrar sus componentes neurobioquímicos y fisiológicos, los meramente psicológicos, los factores familiares, sociales y comunitarios.

También ha sido durante este siglo que han hecho su aparición en la psiquiatra las escalas e inventarios que tienen como objetivo el estandarizar la sintomatología clínica, evitando con ello la confusión que la subjetividad acarrea.

Entre los instrumentos más adecuados y válidos para medir depresión se encuentran las Escalas de Hamilton (1), la de Zung (2) y la de Beck (3).

El inventario de Beck para depresión, es un cuestionario autoaplicable, que el autor desarrolló en 1959. El cuestionario consta de 21 reactivos, que evalúan el mismo número de categorías sintomática – conductuales y que se escogieron durante la evolución de a enfermedad en pacientes deprimidos (4).

Los reactivos que valora este inventario son los siguientes, aclarando que los primeros 14 valoran síntomas afectivos cognitivos, mientras que los siete restantes valoran síntomas vegetativos y somáticos.

## REACTIVOS DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN

- 1.- ANIMO
- 2.- PESIMISMO
- 3.- SENSACIÓN DE FRACASO
- 4.- INSATISFACCIÓN.
- 5.- SENSACIÓN DE CULPABILIDAD
- 6.- SENSACIÓN DE CASTIGO.
- 7.- DESCONTENTO
- 8.- AUTO ACUSACIÓN
- 9.- DESEOS AUTOPUNITIVOS.
- 10.- LLANTO.
- 11.- IRRITABILIDAD.
- 12.- AISLAMIENTO.
- 13.- INDECISIÓN
- 14.- IMAGEN CORPORAL
- 15.- INHIBICIÓN LABORAL
- 16.- TRASTORNO DEL SUEÑO.
- 17.- FATIGABILIDAD.
- 18.- PERDIDA DE APETITO
- 19.- PERDIDA DE PESO.
- 20.- PREOCUPACIÓN SOMÁTICA
- 21.- PERDIDA DE LA LIBIDO.

Cada uno de los reactivos consiste en una serie de enunciados que varían según la gravedad de cada rubro sintomático. Se le pide al paciente que seleccione el enunciado que se acerca más a su condición en ese momento, Cada enunciado se encuentra valorado numéricamente como 0, 1, 2 y 3. Al final se suman las puntuaciones correspondientes obteniendo un total que debe ser comparado con las calificaciones propuestas por Beck. y que son las siguientes:

0 – 13 sin depresión

14 – 24 depresión leve a moderada

25 - + depresión severa.

Esta escala ofrece grandes ventajas en su uso para la investigación, primero porque evita el problema de la variabilidad del juicio clínico y nos provee de un medio estandarizado y consistente de medición que no se modifica con la orientación teórica del individuo que lo administra: en segundo lugar, el inventario puede ser fácilmente aplicado por un sujeto entrenado para ello; tercero, como el inventario provee una marca numérica. Facilita su comprobación con otros datos cuantitativos; por último, el inventario puede ser utilizado para corroborar la efectividad de tratamientos.

Uno de los principales problemas de este inventario, es que se debe contar con la total cooperación del paciente para su aplicación, y también de la capacidad de entender los enunciados que se le proponen (4).

Después de que Beck desarrollara el inventario en 1959 surgieron los estudios que validan el instrumento. El mismo Beck en 1961 y Bouman en 1987, realizan estudios que demuestran la eficiencia del inventario (5).

Beck y Cols. en 1976 realizó un estudio para la validación del inventario, tomando como muestra a pacientes diagnosticados clínicamente con depresión endógena. También se cuenta con un estudio que este mismo autor realizó con **estudiantes de medicina** valorando niveles de depresión en 1978.

Nielsen concluye en un estudio, que el inventario para depresión de Beck, es una prueba sensible y efectiva, después de realizar sus valoraciones en pacientes no psiquiátricos y ambulatorios entre los cuales encontró una prevalencia del síndrome depresivo del 12% (6).

Posteriormente a que Bech realizara su estudio en estudiantes de medicina, Clarck (7) en 1988 aplicó el inventario de Beck a **estudiantes** cuya edad promedio era de 26 años, encontrando una prevalencia del 12% con síntomas depresivos.

Louks por otra parte, en 1989 (8) encontró evaluando por separado los reactivos, que en lo que respecta a los cognitivos había una predominancia del 81% mientras que en reactivo que evalúa la presencia de factores vegetativos la predominancia era 58%.

En lo que respecta a estudios realizados en **estudiantes de medicina y en particular en residentes de psiquiatría**, son los siguientes:

Arstein en un estudio realizado en 1988, refiere haber encontrado una relación entre la problemática que enfrenta el estudiante de medicina entre la avidez de incursionar en una Universidad de renombre, de sobresalir ante la competitividad, y la exigencia del sistema, con el origen de ansiedad y depresión (9).

El mismo autor menciona que los rasgos de personalidad son factores clave para aumentar, la sintomatología depresiva y ansiosa, haciendo mención por separado, de que quienes poseen rasgos obsesivos son los más severamente afectados.

Hays en 1986, habla de la **necesidad que tienen los estudiantes de medicina de ser atendidos por medio de terapia psiquiátrica**, cuando son detectados "problemas emocionales" (12).

En 1988 Bedell (12) hace mención de datos significativos en cuanto a **prevalencia de enfermedad mental y suicidio entre los médicos graduados** en la escuela de

medicina del Hospital John Hop Kins. Este autor también encuentra relación entre suicidios de estudiantes de medicina y sus rasgos de personalidad.

En lo que respecta a la área de **psiquiatría**, Kris, en 1986, concluye algunos de sus estudios aseverando que la problemática emocional y mental de algunos estudiantes de medicina se acentúa cuando se rota por el servicio de psiquiatría, y que entre todos quienes más dificultades presentaban eran las mujeres con antecedente de haber sido objeto de violencia sexual (12).

Hays menciona al respecto que muchos de estos problemas pueden ser superados, pero que definitivamente, corresponde una gran parte a los educadores de las Universidades, ya que es necesario que reconozcan los motivos que repercuten en el desempeño académico de los estudiantes (11).

Completando lo anterior, Meltzar (12) en 1973 documenta en un estudio que si el estudiante de medicina logra superar la crisis que implica la rotación por servicios psiquiátricos, será beneficioso para ellos, ya que les permitirá ser menos autoritarios y restrictivos con sus pacientes y tolerar mejor sus propios conflictos emocionales.

Feckless en 1972 (13) encuentra en su estudio con estudiantes de la especialidad de psiquiatría, que diversos factores externos influyen para que durante la formación se desarrollen afecciones-emocionales. Estos factores pueden ser: desplazamiento en busca de ciudades para estudiar la especialidad, factores inconscientes que provienen del trato continuo con enfermos mentales, la expectativa de trabajo al finalizar su formación, y la ambivalencia en relación a la institución formadora.

Sacks en 1980 (4), refiere en un estudio, que la relación directa con los pacientes, condiciona en los estudiantes una respuesta, reflejo de conflictos propios y que repercuten en una mayor incidencia de ansiedad y depresión. En su trabajo, Sacks hace mención de los conflictos que él encontró como de mayor importancia:



problemas no resueltos de sexualidad infantil, experiencias de deprivación emocional,  
y la rivalidad fraterna grave y tributaria de ayuda psiquiátrica.

La escala para depresión de Carroll es un inventario apareado y validado en relación con la escala de Hamilton por su autor, B. J. Carroll en 1981 (14). Carroll demuestra que su escala presenta coherencia interna similar a la de Hamilton, y presupone una ventaja sobre el inventario de Beck, del cual refiere no es predictivo. Refiere que su ventaja estriba en la correspondencia con la escala de Hamilton ya que dentro de sus items contiene la misma información. Carroll en su estudio comenta que existe una última ventaja al utilizarse su escala, y es que presenta una dimensión subjetiva de la depresión, lo que no es valorado del todo por Hamilton.

Un estudio realizado por Smouse y Cols. (15), encontraron que había una correlación del inventario de Carroll con su contraparte en la escala de Hamilton en diferentes grados apareando reactivos de ambas escalas que mostraron un comportamiento similar y una correlación muy alta, lo que sugiere que ambas escalas extraen substancialmente la misma información con la ventaja de ser autoaplicable y de que el número de preguntas es menor, lo que facilita su aplicación.

La escala de Carroll cuenta con los siguientes items, que contabilizan un total de 52 probables puntos, dependiente de la respuesta positiva o negativa a los enunciados que conforman cada reactivo.

Carroll propone las siguientes calificaciones que corresponden clínicamente a grados de severidad en depresión:

- De 0 – 25 puntos = sin depresión
- De 26 – 32 puntos = depresión leve
- De 33 – 39 puntos = depresión moderada
- De 40 – 46 puntos = depresión severa
- De 47 – 52 puntos = depresión muy severa

ANEXO 1  
 ESCALA DE CARRILL PARA LA VALORACION DE LA EFECTIVIDAD

|  | SI | NO |   | SI | NO |
|--|----|----|---|----|----|
| 1 - ME SIENTE ENFERMO O ENFERMA SIEMPRE                                |    |    | 27 - ME SIENTO ALTERNATIVAMENTE ENFERMO                           |    |    |
| 2 - ESTOY SIEMPRE ENFERMO  |    |    | 28 - ME SIENTO EN UN MOMENTO Y ALIENADO EN OTRO                   |    |    |
| 3 - HE ABANDONADO MUCHAS DE MIS INTERESES Y ACTIVIDADES                |    |    | 29 - CREO QUE NUNCA LE TENDRE UNO                                 |    |    |
| 4 - DEJOS QUE ME ENFERME ME PARECE POR COMPLETO EL INTERES POR MI VIDA |    |    | 30 - ME SIENTO ENFANGADO Y SIN VIDA                               |    |    |
| 5 - ME PREOCUPA MUY MUCHO EL FUNCIONAMIENTO DE MI CORAZON              |    |    | 31 - ME SIENTO ANIMADO Y REFRESCADO                               |    |    |
| 6 - ES COMO QUE ESTOY ALTERNANDO ENFERMO                               |    |    | 32 - ME SIENTO DE BUEN HUMOR                                      |    |    |
| 7 - COMO ME SIENTO CAPAZ DE HACER MI TRABAJO                           |    |    | 33 - CON FRECUENCIA ME CORAZON LLENADO EN UN MOMENTO DE LO NORMAL |    |    |
| 8 - PUEDO CONCENTRARME FACILMENTE PARA TRABAJAR                        |    |    | 34 - TIENGO QUE SER CUIDADO EN MI SITUACION                       |    |    |
| 9 - TARDO MAS DE MEDIA HORA EN DORMIR                                  |    |    | 35 - ME DESPERTO ANTES DE LA HORAS HABITUAL POR LA MAÑANA         |    |    |
| 10 - ESTOY SIEMPRE TIENGO UNO DE CONCIENCIA                            |    |    | 36 - DIFICILMENTE LAS COMIDAS COMO DE COMIDA                      |    |    |
| 11 - EN LAS MAÑANAS ME DESPERTO ANTES DE LO HABITUAL                   |    |    | 37 - TENGO QUE PASAR DE UN LADO A OTRO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO  |    |    |
| 12 - PARA MI LA MEJOR SOLUCION ES PAISAR                               |    |    | 38 - ESTOY SIEMPRE EN UNO DE CONCIENCIA                           |    |    |
| 13 - TENGO CONSTANTEMENTE UNO Y DIFICILIDAD DE JERARQUIA               |    |    | 39 - ME SIENTO EN UNO DE CONCIENCIA                               |    |    |
| 14 - ME ESTAN CANTANDO POR MI UNO DE CONCIENCIA                        |    |    | 40 - ESTOY SIEMPRE EN UNO DE CONCIENCIA                           |    |    |
| 15 - ME INTERESA MUY MUCHO LO QUE PASA ANTES DE ENFERMARE              |    |    | 41 - ME SIENTO SIEMPRE EN UNO DE CONCIENCIA                       |    |    |
| 16 - A MENUDO SIENTO UNO DE CONCIENCIA                                 |    |    | 42 - COMO ME SIENTO EN UNO DE CONCIENCIA                          |    |    |
| 17 - A MENUDO DEJOS ESTAR EN UNO                                       |    |    | 43 - CREO QUE SI ALGUNO DE CONCIENCIA SE LA ESTAN                 |    |    |
| 18 - TENGO PROBLEMAS DE UNO DE CONCIENCIA                              |    |    | 44 - CREO QUE SI ALGUNO DE CONCIENCIA COMO CUALQUIERA             |    |    |
| 19 - CON FRECUENCIA ME DESPERTO A LA MAÑANA DE LA NOCHE                |    |    | 45 - ME PROBLEMAS EL RESULTADO DE ALGUNO DE CONCIENCIA            |    |    |
| 20 - ME SIENTO EN UNO Y DIFICILIDAD DE UNO                             |    |    | 46 - ME SIENTO EN UNO DE CONCIENCIA EN UNO DE CONCIENCIA          |    |    |
| 21 - ESTOY EN UNO DE CONCIENCIA PARA UNO DE CONCIENCIA                 |    |    | 47 - ALTERNAMENTE SE ME DIFICILMENTE LAS COMIDAS                  |    |    |
| 22 - TARDO MAS DE LO HABITUAL PARA DORMIR EN LA NOCHE                  |    |    | 48 - SOLO HAY UNO DE CONCIENCIA PARA MI EN EL FUTURO              |    |    |
| 23 - ESTOY ABUSADO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y NO SE POR QUE           |    |    | 49 - ME PREOCUPA MUCHO MIS SINTOMAS CORPORALES                    |    |    |
| 24 - ME PREOCUPAN COSAS DE UNO DE CONCIENCIA QUE ME ABUSADO            |    |    | 50 - TENGO QUE SER CUIDADO PARA CUBRIR UNO DE CONCIENCIA          |    |    |
| 25 - LO QUE HAGO ME DA UNO DE CONCIENCIA                               |    |    | 51 - ESTOY ABUSADO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO                      |    |    |
| 26 - TODO LO QUE NECESITO PARA ESTAR BIEN OTRO VEZ SE DESGASTA         |    |    | 52 - PUEDO CREER QUE ME PARECE UNO                                |    |    |

## INVENTARIO DE BECK

Este inventario consiste en una serie de grupos de oraciones. Por favor lea cuidadosamente cada grupo y escoja la oración que describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una "X" la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque solo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar

- 1) \_\_\_\_\_ No me siento triste.  
\_\_\_\_\_ Me siento triste.  
\_\_\_\_\_ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme  
\_\_\_\_\_ Me siento tan triste e infeliz que ya no soporto
- 2) \_\_\_\_\_ No me siento desanimado acerca del futuro  
\_\_\_\_\_ Me siento desanimado acerca del futuro.  
\_\_\_\_\_ Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
\_\_\_\_\_ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) \_\_\_\_\_ No me siento como un fracasado.  
\_\_\_\_\_ Siento que he fracasado mas que otras personas  
\_\_\_\_\_ Conforme veo atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
\_\_\_\_\_ Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) \_\_\_\_\_ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre  
\_\_\_\_\_ No disfruto Las cosas como antes.  
\_\_\_\_\_ Ya no tengo satisfacción de nada  
\_\_\_\_\_ Estoy insatisfecha y molesto Con todos.
- 5) \_\_\_\_\_ No me siento culpable

- \_\_\_\_\_ En algunos momentos me siento culpable  
\_\_\_\_\_ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
\_\_\_\_\_ No me siento culpable todo el tiempo.
- 6) \_\_\_\_\_ No siento que seré castigado  
\_\_\_\_\_ Siento que puedo ser castigado  
\_\_\_\_\_ Creo que seré castigado  
\_\_\_\_\_ Siento que estoy siendo castigado
- 7) \_\_\_\_\_ No me siento descontento conmigo mismo.  
\_\_\_\_\_ Me siento descontento conmigo mismo.  
\_\_\_\_\_ Me siento a disgusto conmigo mismo.  
\_\_\_\_\_ Me odio a mi mismo.
- 8) \_\_\_\_\_ No siento que sea peor que otros.  
\_\_\_\_\_ Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.  
\_\_\_\_\_ Me culpo todo el tiempo de mis errores.  
\_\_\_\_\_ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) \_\_\_\_\_ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.  
\_\_\_\_\_ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
\_\_\_\_\_ Quisiera suicidarme.  
\_\_\_\_\_ Me suicidaría si tuviera oportunidad.
- 10) \_\_\_\_\_ No lloro más que de costumbre.  
\_\_\_\_\_ Lloro más que antes.  
\_\_\_\_\_ Lloro todo el tiempo.  
\_\_\_\_\_ podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera
- 11) \_\_\_\_\_ Ahora estoy más irritable que nunca.  
\_\_\_\_\_ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

- \_\_\_\_\_ Me siento irritado todo el tiempo.  
 \_\_\_\_\_ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 12) \_\_\_\_\_ No he perdido el interés por la gente.  
 \_\_\_\_\_ No me interesa la gente como antes.  
 \_\_\_\_\_ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente  
 \_\_\_\_\_ He perdido todo el interés en la gente. \_\_\_\_\_
- 13) \_\_\_\_\_ Tomo decisiones tan bien como siempre.  
 \_\_\_\_\_ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.  
 \_\_\_\_\_ Se me dificulta tomar decisiones. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) \_\_\_\_\_ Tomo decisiones tan bien como siempre.  
 \_\_\_\_\_ Me preocupa que me vea feo y viejo.  
 \_\_\_\_\_ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
- 15) \_\_\_\_\_ Puedo trabajar tan bien como antes.  
 \_\_\_\_\_ Tengo que hacer un trabajo extra para iniciar algo. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.  
 \_\_\_\_\_ No puedo trabajar para nada.
- 16) \_\_\_\_\_ Duermo tan bien como antes.  
 \_\_\_\_\_ No duermo tan bien como antes.  
 \_\_\_\_\_ Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado.  
 \_\_\_\_\_ y es difícil volver a dormirme.  
 \_\_\_\_\_ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.

17) \_\_\_\_\_ No me canso mas de lo habitual.  
\_\_\_\_\_ Me canso más fácilmente que antes.  
\_\_\_\_\_ Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
\_\_\_\_\_ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.

18) \_\_\_\_\_ Mi apetito es igual que siempre.  
\_\_\_\_\_ Mi apetito no esta bueno como antes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Casi no tengo apetito.  
\_\_\_\_\_ No tengo apetito en lo absoluto.

19) \_\_\_\_\_ No he perdido peso o casi nada.  
\_\_\_\_\_ He perdido más de 2.5 kilos.  
\_\_\_\_\_ He perdido más de 5 kilos.  
\_\_\_\_\_ He perdido más de 7.5 kilos.  
(estoy a dieta: SI NO)

20) \_\_\_\_\_ Mi salud no me preocupa más que antes.  
\_\_\_\_\_ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar  
estomacal o estreñimiento  
\_\_\_\_\_ Estoy tan preocupado por ~~mis molestias físicas~~ físicas que es difícil  
que pueda pensar en otra cosa.

21) \_\_\_\_\_ Mi interés por el sexo es igual que antes.  
\_\_\_\_\_ Estoy menos interesado en el sexo que antes.  
\_\_\_\_\_ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
\_\_\_\_\_ He perdido completamente el interés en el sexo.

## REACTIVOS DE LA ESCALA DE CARROLL PARA DEPRESIÓN

- 1.- ANIMO DEPRESIVO
- 2.- SENTIMIENTO DE CULPA
- 3.- IDEACIÓN SUICIDA
- 4.- INSOMNIO INICIAL.
- ~~5.- INSOMNIO INTERMEDIO~~
- 6.- INSOMNIO TARDÍO.
- 7.- INTERÉS EN EL TRABAJO
- ~~8.- RETARDO PSICOMOTOR~~
- 9.- AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
- 10.- ANSIEDAD PSICOGENA
- 11.- ANSIEDAD SOMÁTICA
- 12.- SÍNTOMAS G1
- 13.- SÍNTOMA SOMÁTICOS
- 14.- LIBIDO
- 15 -HIPOCONDRIASIS
- 16.- PERDIDA DE INSIGHT
- ~~17.- PERDIDA DE PESO.~~



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Es por demás sabido que el ejercicio de cualquier residencia médica implica el involucramiento de sus emociones, tanto por la responsabilidad que encierra la práctica médica y el proceso de aprendizaje, además de la sensación de competencia; como por el contacto mismo con el paciente y las relaciones futuras.

Existen estudios ya mencionados anteriormente, que señalan la incidencia elevada de trastornos afectivos en estudiantes de medicina y de aquellos que rotan por los servicios de psiquiatra.

Estadísticas generales señalan tanto a psiquiatras como a anestesiólogos, entre los profesionales, de la medicina que mayor frecuencia inciden en suicidio y dependencia a drogas reflejo de síndromes depresivos

Este estudio pretende encontrar relaciones entre niveles de síntomas depresivos (o su ausencia) con el tipo de especialidad médica que se estudia.

## **OBJETIVOS:**

1. Determinar el nivel de depresión en cuatro diferentes grupos de estudiantes de residencias médicas (Psiquiatría, Anestesiología, Pediatría y Medicina Interna).
2. Detectar al grupo en el que los síntomas depresivos sean los más acentuados.
3. Detectar al grupo en el que los síntomas depresivos sean menos severos.
4. Saber que diferencias de puntaje se encuentran entre los niveles de depresión del (los) grupo(s) mas afectados y el (los) menos afectados.

## HIPÓTESIS:

1. Los niveles de depresión más altos corresponden a los residentes de Anestesiología y Psiquiatría.
2. Los niveles de depresión más bajos corresponde a los residentes de Pediatría y Medicina Interna.
3. El puntaje de los niveles de depresión que presentan residentes de anestesiología y psiquiatría, con respecto a los que presentan los residentes de pediatría y medicina interna, no serán muy diferentes.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **a) LA MUESTRA.-**

Se solicitó la participación de médicos residentes de la especialidad de psiquiatría, que cursaran el 2º y 3er grado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", seleccionando a 12 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Asimismo, se seleccionaron 12 residentes de la especialidad de Pediatría, 12 de Anestesiología, 12 de Medicina Interna; todo ellos del 2º y 3er grado de sus respectivas especialidades cuya sede es el Hospital general de Zona "Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.

### **b) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-**

- Ser médico residente del 2º o 3er grado de la especialidad de Psiquiatría, anestesiología, Pediatría o Medicina Interna de los Hospitales señalados como sedes en el apartado de muestra.
- Encontrarse laborando actualmente en su sede.
- Que resida en el D. F.

### **c) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Médicos que actualmente se encuentran de vacaciones, o de permisos o rotando fuera de su sede.
- Médicos con enfermedades mentales previamente diagnosticados (exceptuando depresión)
- Médicos con enfermedades somáticas activas.

- Médicos con limitaciones físicas.
- Médicos con pérdidas afectivas recientes.
- Embarazo.
- Puerperio.

#### d) METODOLOGÍA.

Acudimos al Hospital general de Zona "Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. y en una primera visita seleccionamos a los sujetos de estudio, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

En una segunda visita, reunimos a los 36 médicos residentes seleccionados de este hospital en una aula en donde se entregó a cada persona un inventario de Beck y una escala de Carroll, solicitando que las contestaran en esa sesión, aclarando que podían tomar el tiempo que les fuera necesario.

En el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", aplicamos los mismos inventarios a los 12 residentes previamente seleccionados.

Se utilizó la media de tendencia central, y la desviación estándar como medida de dispersión.

Como prueba de comparación de medias, se utilizó un análisis de varianza simple, (anova).

#### e) DISEÑO

Estudio:           Comparativo  
                          Abierto  
                          Observacional  
                          Prospectivo  
                          Transversal

Los grupos que se formaron son los siguientes, con la claves que designamos para cada uno de ellos:

- Grupo 1: Residentes de Psiquiatría (P)
- Grupo 2: Residentes de Anestesiología (A)
- Grupo 3: Residentes de Pediatría (PD)
- Grupo 4: Residentes de Medicina Interna (M)

---

---

## RESULTADOS

---

TABLA 1:  
CALIFICACIONES POR SUJETO Y POR GRUPOS  
DE LAS ESCALAS DE BECK Y CARROLL PARA DEPRESIÓN

| P  |     |     | A  |     |     | PD |     |     | M  |     |     |
|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|
| N  | B   | C   | N  | B   | C   | N  | B   | C   | N  | B   | C   |
| 1  | 13  | 17  | 1  | 8   | 16  | 1  | 9   | 16  | 1  | 7   | 12  |
| 2  | 8   | 15  | 2  | 9   | 15  | 2  | 12  | 16  | 2  | 6   | 13  |
| 3  | 8   | 14  | 3  | 14  | 19  | 3  | 16  | 25  | 3  | 8   | 15  |
| 4  | 9   | 15  | 4  | 21  | 28  | 4  | 7   | 15  | 4  | 12  | 19  |
| 5  | 16  | 21  | 5  | 22  | 26  | 5  | 6   | 13  | 5  | 14  | 22  |
| 6  | 22  | 29  | 6  | 14  | 22  | 6  | 12  | 17  | 6  | 10  | 17  |
| 7  | 14  | 19  | 7  | 16  | 25  | 7  | 13  | 21  | 7  | 9   | 15  |
| 8  | 7   | 15  | 8  | 8   | 17  | 8  | 21  | 26  | 8  | 7   | 16  |
| 9  | 9   | 14  | 9  | 12  | 19  | 9  | 7   | 12  | 9  | 7   | 15  |
| 10 | 16  | 21  | 10 | 11  | 16  | 10 | 8   | 15  | 10 | 12  | 19  |
| 11 | 22  | 26  | 11 | 10  | 15  | 11 | 13  | 22  | 11 | 11  | 18  |
| 12 | 21  | 29  | 12 | 8   | 16  | 12 | 7   | 12  | 12 | 7   | 15  |
| T  | 165 | 235 | T  | 153 | 234 | T  | 131 | 210 | T  | 110 | 196 |

CLAVES

|                     |            |
|---------------------|------------|
| P: PSIQUIATRÍA      | B: BECK    |
| A: ANESTESIOLOGÍA   | C: CARROLL |
| P.D.: PEDIATRÍA     | T: TOTAL   |
| M: MEDICINA INTERNA |            |



TABLA 2:  
 MEDIA Y DESVIACIÓN STANDAR POR GRUPOS  
 DE LAS CALIFICACIONES DE LAS ESCALAS DE BECK Y CARROLL  
 PARA DEPRESIÓN

| GPO | T   |     | MEDIA |      | DESV.<br>ESTÁNDAR |     |
|-----|-----|-----|-------|------|-------------------|-----|
|     | B   | C   | B     | C    | B                 | C   |
| P   | 165 | 235 | 13.7  | 19.5 | 5.4               | 4.7 |
| A   | 153 | 234 | 12.7  | 19.5 | 4.6               | 4.4 |
| PD  | 131 | 211 | 10.9  | 17.5 | 4.2               | 4.5 |
| M   | 110 | 196 | 9.1   | 16.3 | 2.4               | 2.6 |

CLAVES:

P: RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

A: RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA

PD: RESIDENTES DE PEDIATRÍA

M: RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

T: TOTALES

B: INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN

C: ESCALA DE CARROLL PARA DEPRESIÓN

TABLA 3:  
 NUMERO DE INSTRUMENTOS CALIFICADOS  
 COMPATIBLES CON DEPRESIÓN  
 SEGÚN LAS ESCALAS DE BECK Y CARROLL

| GPO | C.D. |   | T  |
|-----|------|---|----|
|     | B    | C |    |
| P   | 6    | 3 | 9  |
| A   | 5    | 2 | 7  |
| PD  | 2    | 1 | 3  |
| M   | 1    | 0 | 1  |
| T   | 14   | 6 | 20 |

CLAVES:

- P: RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA
- A: RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA
- PD: RESIDENTES DE PEDIATRIA
- M: RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA
- T: TOTALES
- B: INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN
- C: ESCALA DE CARROLL PARA DEPRESIÓN
- CD: CALIFICACIÓN COMPATIBLE CON DEPRESIÓN SEGÚN  
B Y C

TABLA 4:  
 PORCENTAJE DE LOS CASOS POSITIVOS  
 DE DEPRESIÓN  
 POR ESCALA DE CADA GRUPO

| GPO | N° S | B     |      | C     |      |
|-----|------|-------|------|-------|------|
|     |      | N° CD | %    | N° CD | %    |
| P   | 12   | 6     | 50   | 3     | 25   |
| A   | 12   | 5     | 41.6 | 2     | 16.6 |
| PD  | 12   | 2     | 16.6 | 1     | 8.3  |
| M   | 12   | 1     | 8.3  | 0     | 0    |
| T   | 48   | 14    |      | 6     |      |

P = RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

A = RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA

PD = RESIDENTES DE PEDIATRÍA

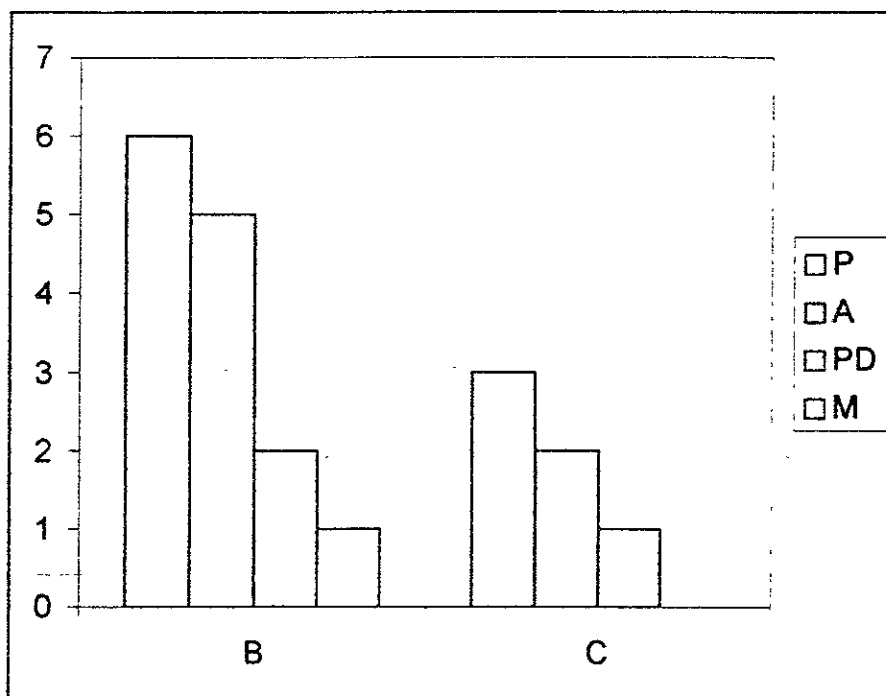
M = RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

B = INVENTARIO DE BECK

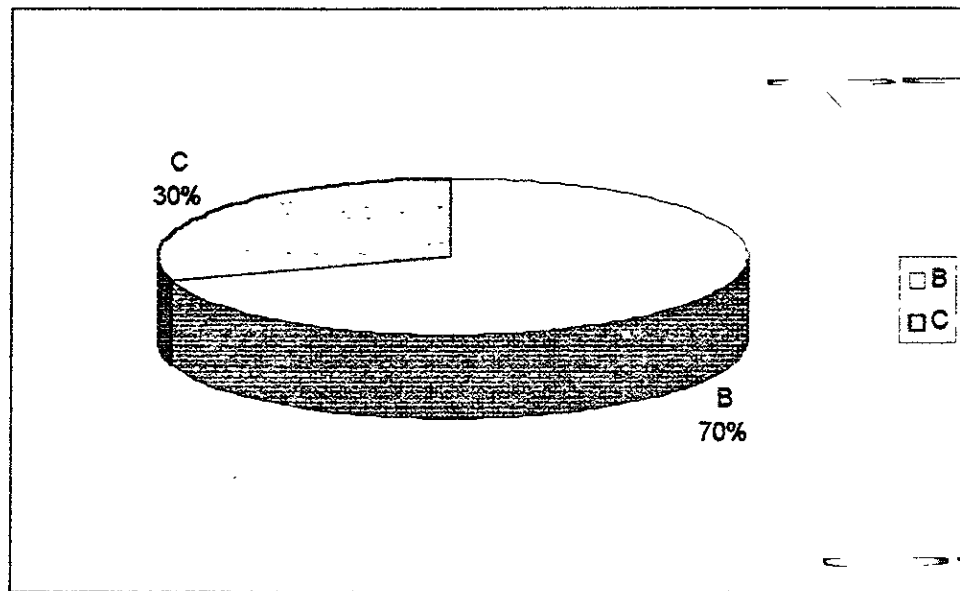
C = ESCALA DE CARROLL

CD = CALIFICACIÓN COMPATIBLE CON DEPRESIÓN

GRAFICA Nº1  
NUMERO DE INSTRUMENTOS CALIFICADOS COMO DEPRESIÓN SEGÚN  
LAS ESCALAS DE BECK Y CARROL POR GRUPO



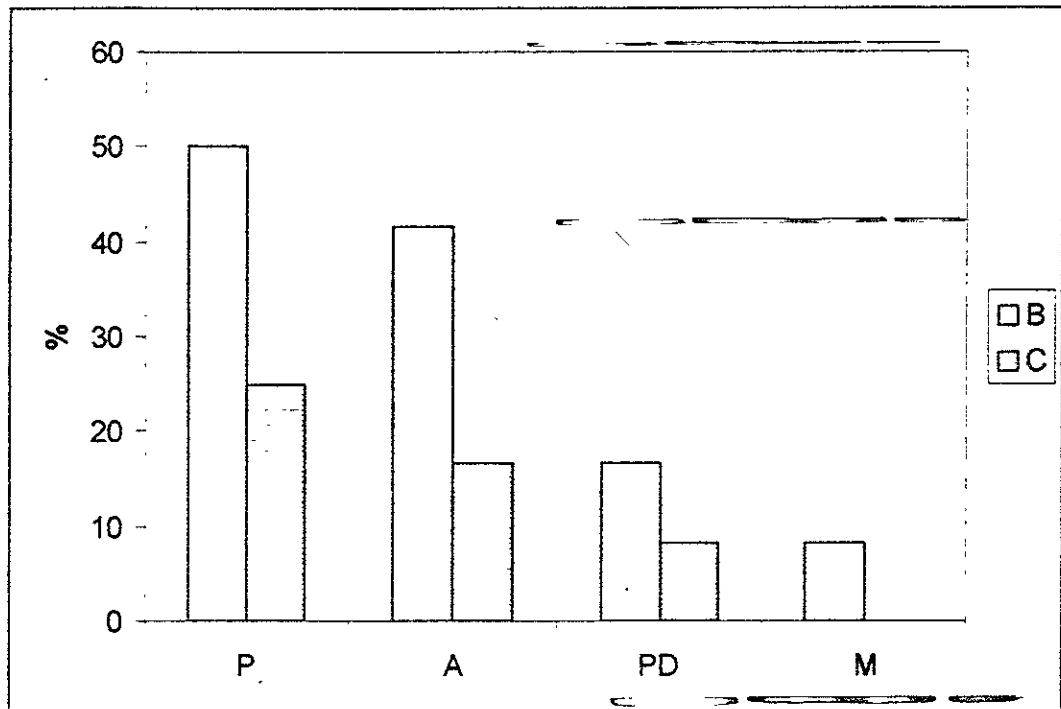
GRAFICA N°2  
PORCENTAJE CORRESPONDIENTE DE NUMERO DE INSTRUMENTOS  
CALIFICADOS COMO DEPRESIÓN SEGÚN LAS  
ESCALAS DE BECK Y CARROL



B = INVENTARIO DE BECK

C = ESCALA DE CARROLL

GRAFICA N° 3  
PORCENTAJE DE CASOS POSITIVOS A DEPRESIÓN  
POR ESCALA, DE CADA GRUPO



P = RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

A = RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA

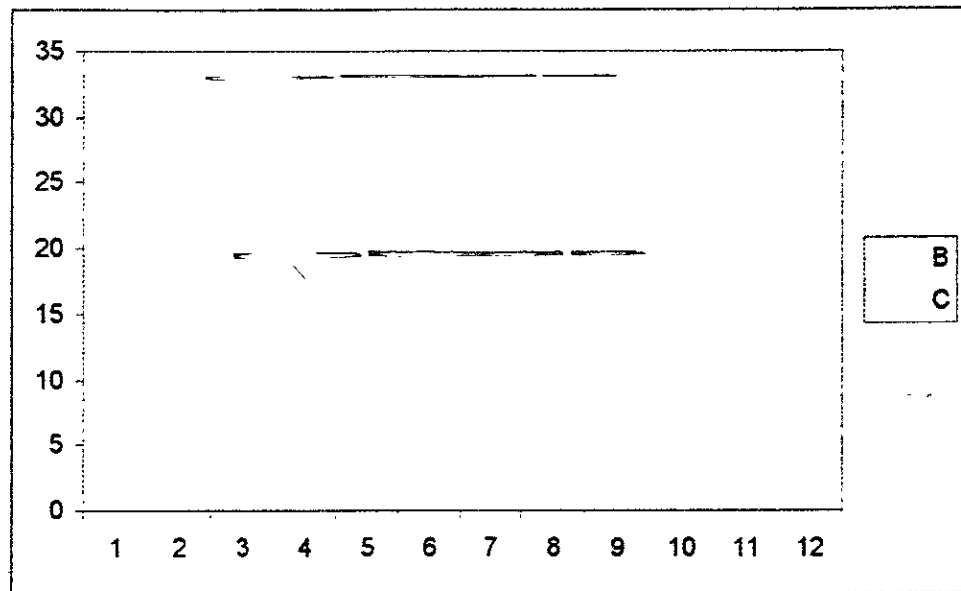
PD = RESIDENTES DE PEDIATRÍA

M = RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

B = INVENTARIO DE BECK

C = ESCALA DE CARROLL

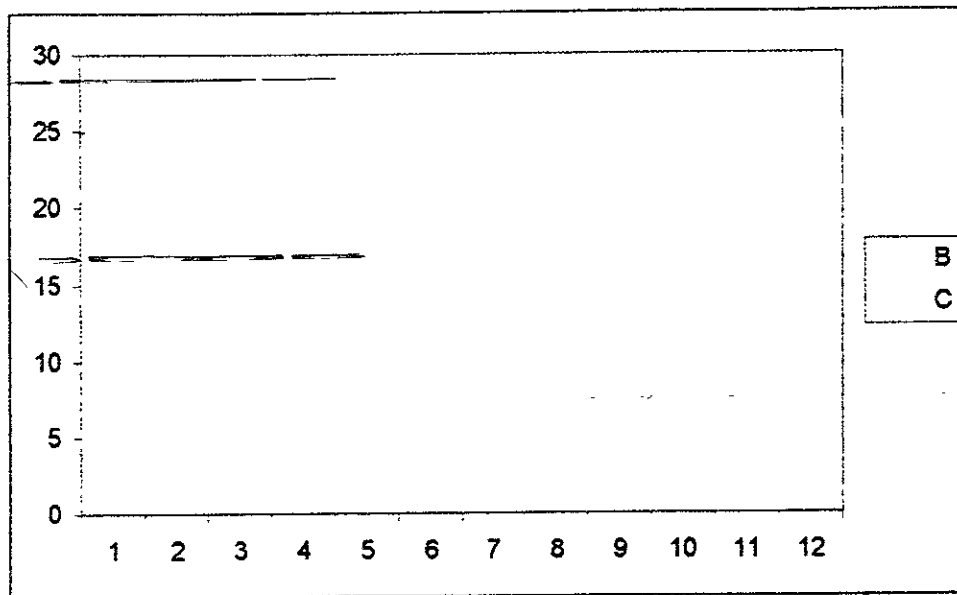
GRAFICA N° 4  
CALIFICACIÓN DE PSIQUIATRÍA POR SUJETO Y GRUPO  
DE LAS ESCALAS DE BECK Y CARROL PARA DEPRESIÓN



B = INVENTARIO DE BECK

C = ESCALA DE CARROLL

GRAFICA Nº 5  
CALIFICACIÓN DE ANESTESIOLOGÍA POR SUJETO Y GRUPO  
DE LAS ESCALAS DE BECK Y CARROLL PARA DEPRESIÓN

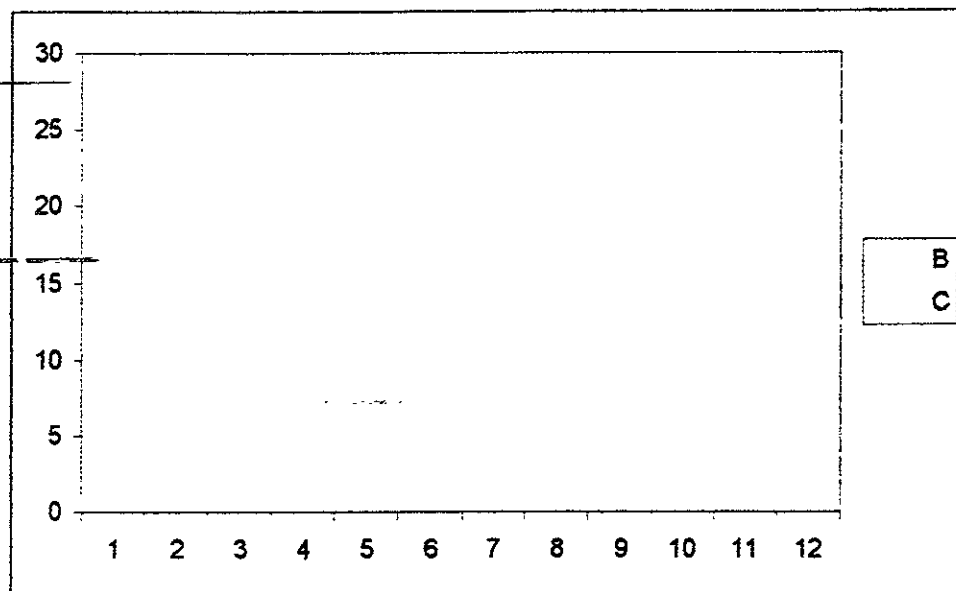


B = INVENTARIO DE BECK

C = ESCALA DE CARROLL



GRAFICA Nº 6  
CALIFICACIÓN DE PEDIATRÍA POR SUJETO Y GRUPO  
DE LAS ESCALAS DE BECK Y CARROL PARA DEPRESIÓN

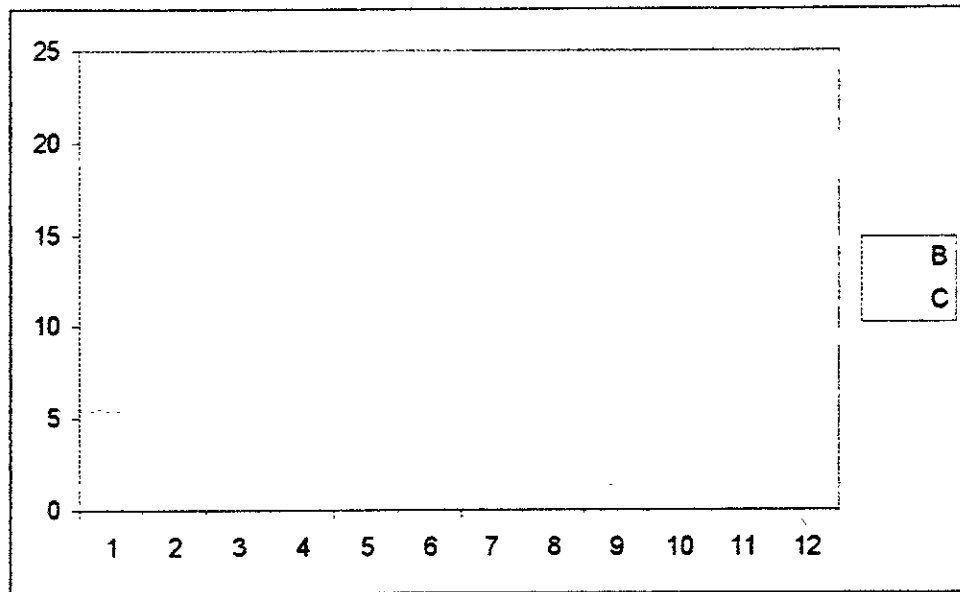


B = INVENTARIO DE BECK

C = ESCALA DE CARROLL

GRAFICA Nº 7

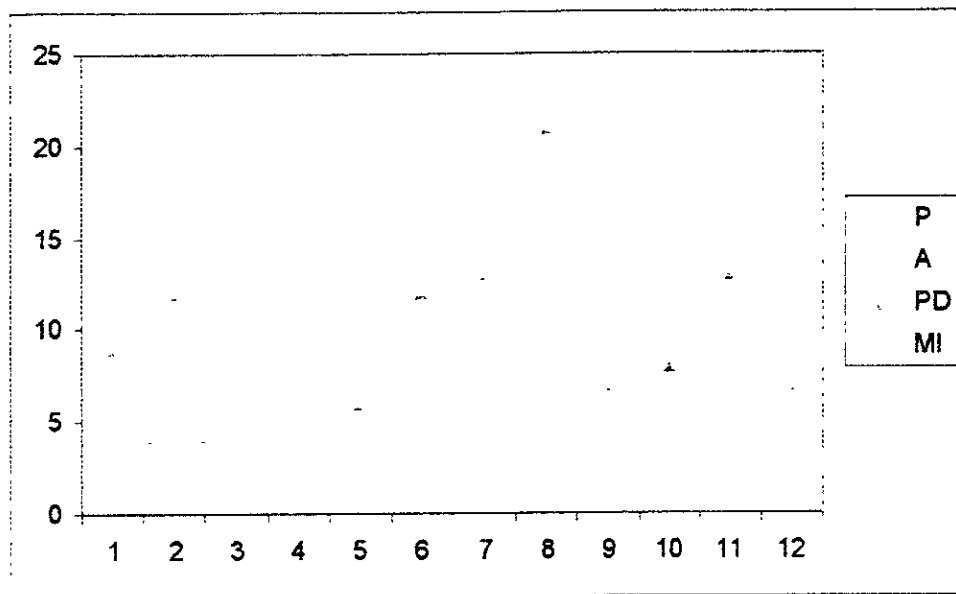
CALIFICACIÓN DE MEDICINA INTERNA POR SUJETO Y GRUPO  
DE LAS ESCALAS DE BECK Y CARROL PARA DEPRESIÓN



B = INVENTARIO DE BECK

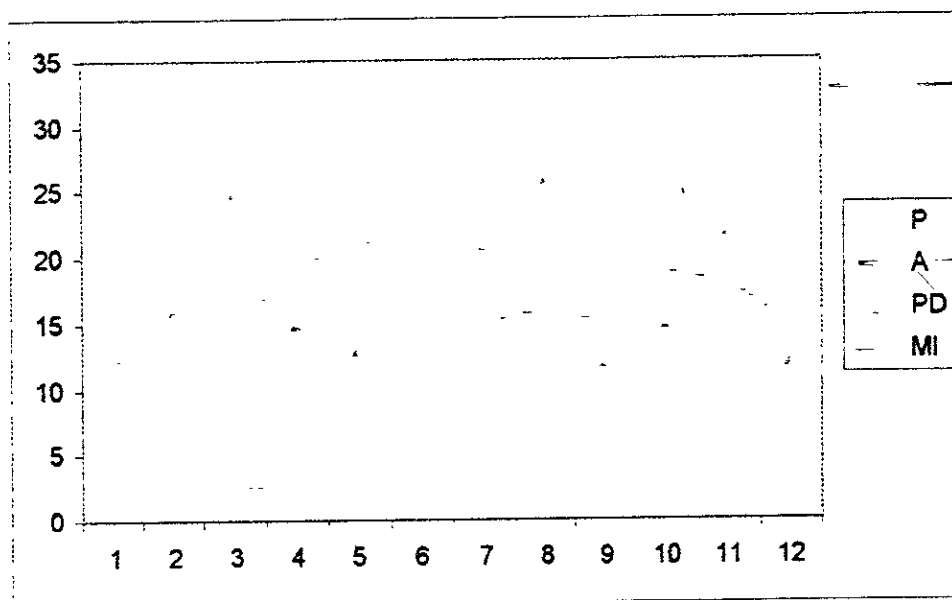
C = ESCALA DE CARROLL

GRAFICA Nº 8  
CALIFICACIÓN SUJETO Y GRUPO DE LA ESCALA DE BECK PARA  
DEPRESIÓN



P = RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA  
A = RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA  
PD = RESIDENTES DE PEDIATRÍA  
M = RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

GRAFICA Nº 9  
CALIFICACIÓN SUJETO Y GRUPO  
DE LA ESCALA DE CARROLL PARA DEPRESIÓN



P = RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

A = RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA

PD = RESIDENTES DE PEDIATRÍA

M = RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

**TABLA A UTILIZAR ANOVA**

| BECK                  |                         |                        |                 |           | CARROLL               |                         |                        |                 |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|-----------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|
| P                     | A                       | PD                     | M               |           | P                     | A                       | PD                     | M               |
| 13                    | 8                       | 9                      | 7               |           | 17                    | 16                      | 16                     | 12              |
| 8                     | 9                       | 12                     | 6               |           | 15                    | 15                      | 16                     | 13              |
| 8                     | 14                      | 16                     | 8               |           | <del>14</del>         | <del>19</del>           | <del>25</del>          | <del>15</del>   |
| 9                     | 21                      | 7                      | 12              |           | 15                    | 28                      | 15                     | 19              |
| 16                    | 22                      | 6                      | 14              |           | 21                    | 26                      | 13                     | 22              |
| 22                    | 14                      | 12                     | 10              |           | <del>29</del>         | <del>22</del>           | <del>17</del>          | <del>17</del>   |
| 14                    | 16                      | 13                     | 9               |           | 19                    | 25                      | 21                     | 15              |
| 7                     | 8                       | 21                     | 7               |           | 15                    | 17                      | 26                     | 16              |
| 9                     | 12                      | 7                      | 7               |           | 14                    | 19                      | 12                     | 15              |
| 16                    | 11                      | 8                      | 12              |           | 21                    | 16                      | 15                     | 19              |
| 22                    | 10                      | 13                     | 11              |           | 26                    | 15                      | 22                     | 18              |
| 21                    | 8                       | 7                      | 7               |           | 29                    | 16                      | 12                     | 15              |
|                       |                         |                        |                 |           |                       |                         |                        |                 |
| Suma de medianas (SS) | Grados de libertad (df) | Mínimos cuadrados (MS) | Estadística (F) | Fuente    | Suma de medianas (SS) | Grados de libertad (df) | Mínimos cuadrados (MS) | Estadística (F) |
| 147.9                 | 3                       | 49.3                   | 2.518           | columnas  | 90.9                  | 3                       | 30.3                   | 1.565           |
| 63.17                 | 2                       | 31.58                  | 1.613           | renglones | 66.79                 | 2                       | 43.4                   | 2.242           |
| 143.2                 | 6                       | 23.86                  | 1.219           | iteración | 152                   | 6                       | 25.34                  | 1.309           |
| 704.8                 | 36                      | 19.58                  |                 | error     | 696.8                 | 36                      | 19.35                  |                 |
| 1059                  | 47                      |                        |                 | total     | 1026                  | 47                      |                        |                 |

Nota: estos datos fueron obtenidos mediante el matlab 5.2

## DISCUSIÓN

Como lo habíamos pronosticado en las hipótesis, los grupos con puntaje más alto, tanto en la Escala de Beck, como en la de Carroll fueron: el de Psiquiatría y el de Anestesiología en el orden citado.

La tabla N° 1 nos muestra la diferencia en el puntaje bruto entre el grupo que más altos niveles de presión mostró (residentes de psiquiatría) y el que menor puntuación obtuvo (residentes de medicina interna).

Como podemos ver en la tabla N° 2, mientras que los residentes de psiquiatría puntuaron por grupo 165 y 235 para las escalas de Beck y de Carroll respectivamente, el grupo de residentes de medicina interna puntuó 110 y 196 para las mismas escalas. Existe entonces diferencias significativas entre la puntuación más alta y más baja; no así entre los grupos de residentes de psiquiatría y los de anestesiología, de hecho, los resultados son muy similares, incluso, aún cuando los residentes de psiquiatría puntuaron más alto en el inventario de Beck, en la escala de Carroll fue casi idéntico. Algo similar ocurrió con el grupo de pediatría y medicina interna, sólo que las puntuaciones fueron bajas, sin ~~diferencias notables entre~~ estos grupos.

En las graficas N° 8 y N° 9, nos podemos percatar de las diferencias en puntajes obtenidos por cada grupo al ser evaluados por los instrumentos de Beck y Carroll.

En estas graficas se muestran los puntos que cada sujeto perteneciente a cada uno de los grupos obtuvo y la manera en que contribuyen con su puntaje a los resultados totales.

Los promedios por grupo también son un punto de análisis importante. Con el inventario de Beck, la calificación de todos los residentes de psiquiatría sumó 165 puntos, los que nos dan un promedio de 13.7 puntos, con una desviación estándar de 5.4. el puntaje total de los residentes de anestesiología con este inventario de Beck,

fue de 153, dando un promedio de 13.7 puntos, con una desviación estándar de 4.6. Todos los residentes de pediatría puntuaron con este inventario 131, obteniendo en promedio 10.9 puntos con una desviación estándar de 4.2; y finalmente los residentes de medicina interna puntuaron entre todos, con el inventario de Beck solo 110, dando un promedio de 9.1 con una desviación estándar de 2.4.

- ~~Los anterior es importante~~ porque si tomamos en cuenta los rangos de puntaje propuestos por Beck para calificar los niveles de depresión, nos daremos cuenta de que solo el grupo de residentes de psiquiatría promedio por arriba de 13; mientras que el grupo de residentes de anestesiología estuvo cerca de alcanzar en promedio 12 puntos, quedando por abajo sólo 3 décimas.

Para las escalas de Carroll ningún grupo obtuvo promedios significativos ya que los más altos correspondieron a psiquiatría y anestesiología con 19.5 puntos.

En la tabla N° 1 podemos observar como dentro del grupo de residentes de psiquiatría se encontraron a 6 sujetos que puntuaron con calificaciones compatibles con depresión leve y moderada según el inventario de Beck y 3 por la escala de Carroll.

Los datos encontrados en el grupo de los residentes de anestesiología con similares a los de psiquiatría ya que se encontraron 5 sujetos dentro del inventario de Beck y 2 en la de Carroll que también cayeron en las calificaciones estimadas para depresión leve a moderada.

En el grupo de residentes de pediatría se encontraron 2 y 1 respectivamente, mientras que en el grupo de medicina interna solo se encontró un sujeto con esa calificación compatible con depresión según el inventario de Beck, y con la escala de Carroll no fue detectado ningún sujeto deprimido.

En total, 20 instrumentos arrojaron puntajes compatibles con depresión, de los cuales 14 fueron detectados con el inventario de Beck y 6 con la Escala de Carroll (tabla

Nº3). La grafica Nº 1, muestra de manera esquemática este dato, siendo muy evidente que el inventario de Beck, detectó más casos positivos a depresión que la Escala de Carroll. La gráfica Nº 2, nos explica como el 70% de los instrumentos que dieron datos positivos para depresión corresponden a los evaluados en el inventario de Beck, mientras que el 30% restante fueron detectados con la escala de Carroll (también grafica Nº 3)

De la grafica 4 a la 7, se nos muestra la diferencia de puntajes obtenidos al calificar a cada sujeto dentro de su grupo correspondiente con ambos instrumentos, inventario de Beck, y escala de Carroll.

Cabe preguntarnos ahora, cuales son los factores que interfieren para que existan niveles más altos y más bajos, dependiendo del tipo de especialidad que se cursa.

La bibliografía sugiere al respecto, que en el caso de los Psiquiatras el contacto continuo con los enfermos mentales graves, el estrés que genera la responsabilidad clínica, los propios problemas emocionales no resueltos, es lo que trae como consecuencia en muchos casos, el que el estudiante se identifique con los pacientes.

Por parte del Anestesiólogo, como suele suceder con cirujanos, se encuentra sometido a ansiedad constante, ante la posibilidad de "curar o deja morir", siendo responsables de los resultados tan significativos que su actividad acarrea.

Habíamos propuesto en las hipótesis que habría niveles detectables de depresión en todos los grupos, pero en los que menos puntuaron sería conveniente buscar una explicación. En general, los residentes de Medicina Interna y Pediatría fueron los que menor interés tuvieron al llenar las escalas, esto, aunque subjetivo, es de importancia, ya que sus actividades les impedían dar tiempo a analizar los enunciados que se plantean en los inventarios. Repito, estos datos son subjetivos, pero existieron comentarios entre los residentes de estas dos áreas, previos a la aplicación de las escalas, que demostraban poco interés, a diferencia de algunos residentes de



Anestesiología a quienes se les notó también subjetivamente muy interesados, solicitando sus resultados al final de la sesión evaluatoria.

Por largo tiempo ha existido una discusión, que en gran parte se sustenta en datos subjetivos, y se refiere a que áreas de la medicina (o a que tipo de estudiantes de especialidades médica), se les ve con mayor frecuencia involucrados en problemas de drogadicción, depresión y suicidio.

Hsu y Marshall (20), en 1987 realizaron un estudio comparativo entre residentes de medicina y médicos internos, para conocer la prevalencia de depresión en esta muestra. Estadísticamente arrojan datos relevantes, sin embargo, no incluye residentes de psiquiatría, ni hace un análisis por separado de cada especialidad, aportando sólo datos globales al respecto.

Bjorksten (26), en 1987, también realiza un estudio comparativo entre "otro tipo de estudiantes" (de nivel licenciatura) y estudiantes de áreas médicas, encontrando importante hacer un análisis de problemas observados entre uno y otro grupo. Aquí Bjorkstein hace referencia de múltiples problemas, entre los que se encuentra "síntomas depresivos acentuados" en estudiantes de medicina, a diferencia de los "otros estudiantes" pero nuevamente, no se analiza a fondo sobre los síntomas depresivos que refiere, ni el área médica a que correspondan los estudiantes.

Como podemos observar, este estudio, aunque realmente no cuenta con una gran muestra, obedece a interrogantes que otros estudios no resuelven, limitándose a aportar generalidades estadísticas, o comparando a estudiantes de medicina con los de otras ramas del conocimiento.

## CONCLUSIONES

Es evidente que cumplimos con los objetivos que nos trazamos al inicio del estudio. Pudimos reconocer de manera objetiva las diferencias entre los niveles de depresión que existe en distintos grupos de estudiantes de Residencias Médicas.

Independientemente de los grupos formados por el tipo de estudio de su especialidad, encontramos cifras compatibles con depresión según la escala de Beck, en 14 de los 48 sujetos estudiados; y 6 por medio de la escala de Carroll.

Creo que este estudio puede tener relevancia debido a que un mismo grupo ha sido evaluado con dos inventarios autoaplicables para detectar niveles de depresión, en un mismo momento y circunstancia, logrando observar la sensibilidad que cada una de ellas tiene para este objetivo.

Subjetivamente creemos que la actitud de los médicos residentes de Medicina Interna y, especialmente la de los de Pediatría, significó un sesgo en el estudio, Mientras que los Residentes de Psiquiatría y anestesiología se mostraron interesados al llenar los inventarios, los primeros (Pediatras y Médicos Internistas), no dejaron de mostrar desagrado, desinterés y hasta rechazo (punto que puede ser objeto de estudios subsiguientes, pero que no estaba contemplado explorar en el nuestro).

Es importante hacer mención de que los datos presentados no son de significancia estadística por el número tan reducido para cada grupo formado, sin embargo, dan pautas para la estructuración de futuros estudios, tomando como referencia algunos datos subjetivos que en muchas ocasiones provocan confusión en el análisis de datos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. HAMILTON M. "A Rating Scales for Depression" *Neurol Neurosurgpsychiat* 23:56 1960.
2. ZUNG W. W. RICHARDS C. B. SHORT M. J. et al: "Self Rating Depression Scales" *Arch Gen Psych* 12:63, 1965.
3. BECK A. T. WARD D. H. MENDELSON M. et al: "An inventory for measuring Depression" *Arch Gen Psychiatry* 4:561, 1961.
4. TORRES M. T. "Validez y Reproductibilidad del inventario de Beck para depresión en un hospital de Cardiología. Reporte preliminar", Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1986).
5. BEITMAN B. D., MAXIM P. "A survey of Psiquiatric Practice Implications for Psychiatric Training" *J. Psychiat Education* 135:22, 1978.
6. KELLER M. H., TAYLOR I C MILLER W. C., et al: "Are all Recently Detoxified Alcoholics depressed" *Am J. Psychiatry* 136:586 1979.
7. BOYD J. H. WEISSMAN M "Epidemiology of affective disorders: examination and future directions" *Arch Gen Psychi.* 38:1039 1981.
8. WINOCURT G. CADORET R. DORZAB J. et al: "Depressive Disease: A Genetic Study" *Arch Gen Psychiatry.* 24:144 1971.
9. ARSTEIN R. L. "Emotional problems of medical students" *Am J. of Psychiatry* 143:11 1986.
10. BECK A. T., GRAM F. L., et al: "The W.H. O. depression Scale, Relation to the Newcastle Scale" *Acta Psychiatry Scand.* 16:140 1980.

11. HAYS I. R. LESLEY R. DICKSON M. D., et al. "Treating Psychiatry Problems in medical students" Am J. Psychiatry 143:11 1986.
12. MELTZER M. I., GRIORGORIAN H. M. "Effects of Psychiatric Problems on attitudes of Medical Students to Mental Illness" Psychiatry 35:195, 1972
13. FLECKLES C., "The Making of a Psychiatrist: The Resident's View of the Process of his Professional Development" Am J Psychiatry 128:9. 1972
14. FEINBERG M., CARROLL P., et al. "The Carroll Rating Scale for Depression III Comparison With other Rating Instruments" Brit J. Psychiat 138:205. 1981.
15. CARROLL B. J. FEINBERG M., et al. The Carroll Rating Scale for Depression I. Development, Reliability and Validation Brit J. Psychiat. 138:206, 1981.
16. GRINKER R., MILLER J. SABSIM., et al. "Dimension of Manifest Depression" Psychiatry Res 1:1239. 1962
17. CADORET R., WINOCURT G., CLAYTON P., et al. "Family History Studies VII. Manic Depressive Disease versus Depressive disease" Br. J. Psychiat. 24:122 1971.
18. HIBSCHFELD R., CROSS CK., "Epidemiology of Affective Disorders: Psychosocial Risk Factors". Arc. Gen Psychiatry 39:35 1982.
19. RAMOS BRIEVA J.A. "La validez Predictiva del Inventario de Beck para depresión en castellano". Ct. Luso - Esp. Neurol, 14,1 (47 - 50) 1986.

20. USU MAD MARSHALL V "Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Interns, and Fellows" *Am J. Psychiatry* 144:12, 1561. 1987.
21. FEINBERG M, CARROLL P., et al: "The Carroll Reating Scale for Depression: III Comparason with other reating instruments" *Brit J. Psychiat* 138:204 1981.
22. MYERS J. KJ., WESSMAN MM. "Use of a Self Report Symptom Scale to detect Depression in a Community Sample". *Am J. Psychiat* 1980 137:1081  
*Psychiat* 138:208, 1981.
23. KLEIN H. MUMFORD E: "The Bent Twing: Psychiatan Medical Education", *Am J. Psychiatry* 1978; 135:320 - 324. 1976.
24. BARNES G.E., et al. "Depression en Canadian General Practice attenders". *Can J Psychiatry* 1984: 2 - 10.
25. KARDENER S. H. FULLER M., et al: "The Tness: View Point of Psychiatry Residency". *Am J. Psychiatry* 126:1132, 1970.
26. BJORKSTEN O, SUTHERLAND S., et al: "Identification of Medical Student Problems and Comparison with Those of other Students" *J. Med Educ.* 58: 759, 1983.