



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN

Prevalencia de depresión en alumnos de licenciatura de
una IES, un análisis descriptivo.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ODONTOLOGÍA

P R E S E N T A :

RENATA PADILLA LEÓN

TUTORES:

MTRA. PAOLA CAMPOS IBARRA

MTRO. FERNANDO TENORIO ROCHA

Abril del 2021.

León Gto.



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.

Introducción.....	3
Marco teórico	
1. Alteraciones Psiquiátricas.....	5
2. Depresión.....	7
2.1 Definición de depresión.....	7
2.2 Clasificación de diagnóstico de la depresión.....	9
2.3 Teorías etiológicas de la depresión.....	14
2.4 Antecedentes históricos de la depresión.....	19
2.5 Métodos diagnósticos de la depresión.....	20
2.6 Tratamiento de la depresión.....	22
2.7 Depresión en estudiantes de Ciencias de la Salud.....	24
2.8 Antecedentes.....	29
Metodología.....	31
Resultados.....	36
Discusión.....	43
Conclusión.....	46
Bibliografía.....	48
Anexos.....	52

Introducción

La salud es un proceso multifacético, que se ve influenciada por diferentes condiciones, entre estas condiciones que afectan nuestra salud un factor determinante es el trabajo humano, ya que no solo contribuye a nuestra vida como una fuente de logros, si no que en algún punto puede afectar como un elemento patológico al sentirse insatisfecho o frustrado en las actividades laborales ¹.

Al tener un trabajo intensificado o al explotar a un individuo, incluyendo el uso de conocimientos prácticos con el propósito de lograr la mayor cantidad de trabajo en la misma cantidad de tiempo, esto lleva a un agotamiento mental, físico y psíquico en la persona y esta intensificación del trabajo se ha señalado como una posible explicación a la alta prevalencia de trastornos mentales, como la depresión¹.

Es importante mencionar que las personas dedicadas al área de la salud no están exentas de sufrir esta condición, ya que se encuentran expuestos a todo tipo de cargas de trabajo, como lo son físicas, cognitivas y/o psíquicas ¹. Es por ello que para este estudio fueron elegidos como foco de estudio los estudiantes de odontología de la Escuela Nacional de Estudios Superiores de la UNAM en el año 2019, ya que hay poca información sobre la salud mental en los estudiantes y como afectan sus actividades escolares, tanto clínicas como teóricas, en su salud.

Para este estudio se llevó a cabo la aplicación de un sistema de clasificación diagnóstica representado por “Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM”. El DSM-IV, de 1994, de manera anónima los estudiantes respondieron el cuestionario y se recopilaron los datos para identificar la prevalencia de depresión en los estudiantes de odontología.

El número de alumnos que realizaron el cuestionario de depresión fue de 125. De los cuales, 90 fueron mujeres (72%), 35 hombres (28%), en un rango de edad de 18 a 29 años, con una edad promedio de 21 años. De la población estudiada el 62.40% no tuvieron ningún tipo de depresión y el 37.6% tienen algún tipo de depresión. Dentro de los estudiantes con depresión, encontramos distintos grados de gravedad. Al realizar un recuento en los estudiantes que padecen algún tipo de depresión en el estadio leve encontramos al 53.20 %, en el estadio de depresión moderada al 29.79% y finalmente a los estudiantes que podemos clasificar con depresión severa es al 17.01 %. De los 47 estudiantes con depresión, el 82.97% son mujeres y el 17.03% son hombres. De las 90

mujeres evaluadas el 43.33% de ellas tienen depresión y de los 35 hombres evaluados el 22.85% de ellos tiene depresión.

Las repercusiones de las lesiones en la salud mental de los estudiantes traen consecuencias importantes para el individuo y la institución, ya que se encuentra relacionado con el desempeño y la calidad de atención y tratamiento que los estudiantes de odontología pueden brindar a la sociedad.

Marco teórico

1. Alteraciones psiquiátricas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas; en general están caracterizadas por trastornos del pensamiento, de la percepción, la conducta, emociones y relaciones con otros individuos; por mencionar algunos encontramos a la depresión, la esquizofrenia, la demencia y algunos otros trastornos del desarrollo como lo es el autismo. Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. A continuación, presentamos las principales alteraciones psicóticas:

Trastornos psicóticos.	Trastornos de ansiedad.	Trastorno obsesivo-compulsivo.	Trastorno del estado de ánimo.
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Fig.1 Principales alteraciones psiquiátricas.³

1.1 Trastornos psicóticos.

La esquizofrenia es el trastorno psicótico más común, un trastorno que se caracteriza por la concurrencia de una serie de signos y síntomas psicóticos (tanto positivos como negativos) que están presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito), persistiendo algunos signos del trastorno durante al menos 6 meses; estas manifestaciones se asocian a una marcada y significativa disfunción social o laboral ³. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se clasifican en tres grandes categorías: positiva (delirios y alucinaciones), negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia,

deterioro atencional) y desorganizada (disgregación, conducta desorganizada, déficits de atención) ³.

Existen otros síndromes psicóticos similares a la esquizofrenia. Entre estos trastornos se incluyen: el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve y los trastornos psicóticos inducidos por sustancias o debidos a una enfermedad médica ³.

1.2 Trastornos de ansiedad.

Es una emoción consustancial con el hecho del ser y existir humano, y sus formas de manifestación se extienden desde la respuesta adaptativa a una situación de peligro hasta un trastorno psiquiátrico incapacitante o deteriorante. Algunos de los síntomas clínicos de la ansiedad son: A. Psíquicas como sentimientos de temor, sensación de tensión, vivencias de extrañeza (desrealización y despersonalización), alteraciones cognitivas (distraibilidad, dificultad de concentración), distorsiones en la cognición (preocupaciones excesivas e irreales), alteraciones del sueño, alteraciones del comportamiento (irritabilidad, alerta, hipervigilancia, hiperactividad motora). B. Somáticas como cardiocirculatorios (palpitaciones, taquicardia, opresión torácica), gastrointestinales (náuseas, vómitos, nudo faríngeo), respiratorios (sensación ahogo, suspiros, taquipnea), genitourinarios (micción imperiosa, polaquiuria, disuria), neurológicos (temblor, mareo, vértigo, inestabilidad postural, midriasis, cefaleas, parestesias, hiperestesia), musculares (debilidad, torpeza, mialgias, hipertonia) ³.

1.3 Trastorno obsesivo-compulsivo.

Se define por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes que son reconocidas por el sujeto como desproporcionadas e irracionales y que provocan un elevado malestar o causan un deterioro significativo en su funcionamiento interpersonal y social ³. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes que de modo intrusivo, repetitivo e indeseado se hacen presentes en la conciencia causando ansiedad o malestar significativo. Las compulsiones son comportamientos, motores o actos mentales, repetitivos e intencionales que el sujeto se ve impedido a realizar de acuerdo a determinadas reglas, por lo general en respuesta a una obsesión, con el fin de reducir el malestar o de evitar que ocurra el daño anticipado para sí mismo o para los demás ³.

1.4 Trastornos del estado de ánimo.

Diversidad de condiciones clínicas que se caracterizan por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo, como el comportamiento. Los trastornos del estado de ánimo incluyen trastornos en los que el estado de ánimo es deprimido, aunque también puede ser eufórico. Estas fluctuaciones patológicas del estado de ánimo, ya sea depresión o euforia, se distinguen en: 1) la intensidad del estado de ánimo; 2) su duración; 3) su asociación con otras señales y síntomas clínicos; y 4) su impacto sobre el funcionamiento del individuo².

En los trastornos del estado de ánimo existe una cualidad diferente en la vivencia de la tristeza o euforia y su duración e intensidad provocan un deterioro en el funcionamiento interpersonal, social y laboral. Desde este punto de vista, puede decirse que la tristeza o alegría patológica representarían el extremo de un continuum con las variantes normales del estado de ánimo³. Los Trastornos del estado de ánimo, entre ellos la depresión, incluyen muchas formas clínicas.

2. Depresión.

2.1 Definición de depresión.

La enfermedad más frecuente en el mundo, desafortunadamente es la depresión, de acuerdo con la OMS, existen más de trescientos millones de personas afectadas. Esta alteración es diferente a las variaciones comunes del estado de ánimo y de las respuestas emocionales pasajeras a la vida diaria; es decir, la depresión realmente puede convertirse en un problema de salud serio, en particular cuando es de larga duración y con gran intensidad; causando desarreglo en las actividades familiares, laborales y/o escolares.

El concepto de depresión incluye la presencia de síntomas afectivos, sentimientos o emociones como una tristeza patológica, sentirse irritado, decaído, sensación de malestar e impotencia o pérdida de interés en las exigencias de la vida, sensación enlentecida y desagradable del tiempo, falta de energía vital para las tareas del día común. También están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o somático. Se podría definir como una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva ⁴.

Es posible apoyar el diagnóstico de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales como deterioro en el aspecto personal, movimientos lentos, hablar con tono de voz bajo, expresiones tristes o casi nulas, alteraciones del apetito o del peso (hiperfagia o anorexia), escasa concentración durante actividades diarias, alteración en el ritmo del sueño (hipersomnia o insomnio), verbalización y expresiones de ideación pesimista, quejas hipocondriacas, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar ⁴.

Es necesario hacer una historia clínica personal del paciente para conocer datos personales, los antecedentes afectivos familiares, así como su situación social y económica³. Ya que la depresión también parece que correlaciona significativamente con un nivel educativo más bajo, no ser de raza blanca, de edad más joven, un menor apoyo social y desempleo. Las influencias genéticas justifican sólo el 16% de la varianza total de la depresión y los problemas que surgen a lo largo de la vida son las influencias más importantes estadísticamente en los síntomas depresivos².

La depresión en la niñez puede evitar que un niño alcance su potencial al interferir con el desarrollo normal. También se asocia con fallas de la memoria, deficiencias y problemas con las relaciones interpersonales. Además, con una baja autoestima y mayor probabilidad de suicidio, con mayor abuso de sustancias como alcohol o tóxicos y cronicidad. Se ha demostrado que los niños deprimidos tienen un mayor riesgo de trastornos afectivos en la vida adulta y niveles elevados de hospitalización psiquiátrica y tratamiento psiquiátrico. La prevención, detección y tratamiento de la depresión son necesarios para proteger a los niños y adolescentes de las consecuencias de la depresión y para mejorar el desempeño de los adultos⁵.

La prevalencia de la depresión varía según las características de la muestra, de las diferencias étnicas y culturales, de los criterios de diagnóstico utilizados y de la variabilidad en la fuente de información, más sin embargo se estima que la prevalencia en la población general se encuentra entre 8 y 12%⁶. Se ha encontrado que el riesgo de que las mujeres sufran una depresión en comparación con los hombres en los países desarrollados es de 2:1, y de 3 ó 4 en los países en desarrollo².

La depresión en el paciente no siempre es el problema principal. Frecuentemente la depresión se logra detectar por distintos trastornos psicológicos como la ansiedad, la esquizofrenia, la paranoia o los trastornos bipolares². Y no sólo provoca un extraordinario sufrimiento personal y familiar, sino que también tiene repercusiones sociales

importantes, tales como un mayor uso de los servicios sociales y médicos y una pérdida de productividad debida al absentismo laboral².

2.2 Clasificación de diagnóstico de la depresión.

Con el objeto de resolver los problemas de validez y confiabilidad de los criterios diagnósticos, se impuso un modelo representado por “Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM” ⁶.

El DSM-IV, es un sistema de clasificación diagnóstica, es el más utilizado y tiene como ventaja de ser el más preciso y exacto en sus criterios. En este sistema los trastornos depresivos se dividen en formas estándares, subsindrómicas y atípicas. La forma estándar (episodio de depresión mayor) incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad, puede tratarse de un único episodio en toda la vida de una persona o de varios episodios depresivos recurrentes². La distimia es una forma crónica, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Se le conoce como formas atípicas depresivas a aquellas que no son clasificables en las otras categorías y se incluyen en la depresión no especificada².

Se enumeran algunos criterios comunes y síntomas característicos de la depresión para su diagnóstico; éstos pueden ser de tipo cognitivo (ej., pensamientos de suicidio), emocional (ej., sentimientos de tristeza), conductual ej., una baja tasa de conducta) y fisiológicos (ej., fatiga) ².

2.2.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.		
<u>Criterio A.</u>	El paciente presenta al menos cinco (o más) de los siguientes síntomas. Estado de ánimo deprimido persistente, durante como mínimo un periodo de dos semanas, y significan un cambio importante en el paciente respecto a su vida cotidiana.	<p><i>Síntomas principales:</i> Estado de ánimo depresivo, sentimiento de tristeza, malestar, irritabilidad, en la mayor parte del día durante todos los días, en niños y adolescentes. Forma de expresarse con todo de tristeza y desánimo, manifestaciones de llanto. En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas. Pérdida de interés, placer, bienestar o motivación en las actividades diarias, la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p><i>Síntomas somáticos.</i> Disminución o aumento del peso (disminución o aumento del apetito), casi todo los días, durante todo el día. Insomnio o hipersomnía, casi a diario. Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente. Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.</p> <p><i>Síntomas psíquicos.</i> Sentimientos de culpa o inutilidad desmesuradas o extemporáneas a su situación actual observada. Dificultad o disminución para pensar o concentrarse en actividades intelectuales casi todos los días (puede ser identificado por personas próximas o constatable una apreciación subjetiva). Pensamientos frecuentemente acerca de la muerte, ya sea temor a morir, o ideación o planes de suicidio. Es importante preguntar al paciente si presenta alguno de estos aspectos, ya que algunas veces se manifiestan espontáneamente.</p>
<u>Criterio B.</u>	Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizo-afectivo, o trastorno esquizofrénico.	
<u>Criterio C.</u>	Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.	
<u>Criterio D y E.</u>	Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa en la vida del paciente.	
<u>Criterios complementarios.</u>	Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es muy importante agregar especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la inespecificidad de un diagnóstico de una depresión.	<p>Gravedad (ligero, moderado, grave no psicótico) / Síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones) / Remisión (parcial o total).</p> <p>En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si éstos son o no congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>Cronicidad.</p> <p>Presencia de síntomas catatónicos (alteraciones en la consciencia, el afecto y el pensamiento).</p> <p>Melancolía.</p>

Fig. 2 Criterios para diagnosticar un Trastorno depresivo mayor (episodio único o recidivante).⁴

La gravedad de un trastorno depresivo mayor se determinada más por el ajuste psicosocial del paciente que por la intensidad intrínseca de los síntomas. La prevalencia del trastorno depresivo mayor es del 3% para los hombres y del 6% para las mujeres. El 10% de los episodios de depresión mayor están relacionados con la pobreza².

Es importante mencionar que la presencia de síntomas depresivos en preadolescentes (7-12 años) es un predictor significativo de depresión en el adolescente. Por lo que la prevalencia de depresión en preadolescentes (0,5 %-2 %) podría estar subestimada al no incluir a aquellos que, sin cumplir con todos los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor, presentan síntomas depresivos y deterioro funcional. De este modo, preadolescentes con trastornos depresivos podrían estar infradiagnosticados y sin tratamiento en una etapa de desarrollo puberal y social, con riesgo de depresión en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta⁷.

La fenomenología básica de la depresión mayor en niños y adolescentes es similar a la de los adultos, aunque con algunas variaciones relacionadas con el nivel madurativo. En estas etapas, por ejemplo, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión, y también varía la frecuencia de los distintos síntomas⁷.

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico, con remisiones y recurrencias. Aunque la mayoría de los episodios depresivos remiten en unos meses (7-9 meses) la frecuencia de recurrencias es alta (un 40 % en los primeros dos años y de alrededor del 50 % a los 5 años), y también la continuidad en la edad adulta (hasta el 60 %). Las posibilidades de recurrencia son mayores si el episodio depresivo inicial es grave, si existen comorbilidades, si ha habido episodios previos, si no hay respuesta al tratamiento inicial o es parcial, y si existen factores individuales o familiares de riesgo⁷.

Algunos de los principales factores implicados en la depresión en niños y adolescentes se clasifican como: factores de vulnerabilidad que incluye factores genéticos, trastorno afectivo en los padres, edad post-puberal, antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia, afectividad negativa, problemas crónicos de salud. De activación como desestructuración familiar, acoso o humillación, abuso físico, emocional o sexual, consumo de tóxicos. Y factores de protección como buenas relaciones interpersonales con amistades o al menos un familiar, logros personales valorados

socialmente, práctica de deporte o actividad física, tener buen sentido del humor, poseer creencias o valores positivos, acudir a clubes escolares/sociales⁷.

2.2.2 Trastorno distímico.

Según el DSM-IV, se refiere a estados depresivos muy prolongados (durante al menos dos años), en los que como mínimo aparecen tres síntomas, siendo uno de ellos la tristeza. La cronificación de la depresión es más probable en personas en las que la edad de inicio del trastorno ha sido temprano y en los ancianos. La prevalencia de la distimia en la población adulta oscila entre el 3 y el 4%. Aproximadamente un 15%-25% de las depresiones van a tener un curso crónico; el riesgo de depresión recurrente en un período de 10 ó más años después de un episodio de depresión mayor es de aproximadamente del 75% al 80%².

Una parte importante de personas que padecen distimia llegan a desarrollar finalmente episodios depresivos mayores. Los factores de riesgo clínico más significativos para la cronificación son padecer otro síndrome psiquiátrico importante (p.ej., un trastorno de ansiedad), con una enfermedad médica y un diagnóstico y/o un tratamiento inadecuado, ya sea por una respuesta pobre a la farmacoterapia antidepressiva, a la psicoterapia y a la terapia electroconvulsiva².

2.2.3 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).

Depresión reactiva. La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante que se puede identificar, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta al factor estresante, con un deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral².

2.2.4 Trastorno depresivo no especificado.

Conjunto de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en:

- / Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo).
- / El llamado trastorno disfórico premenstrual.
- / Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia: por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.

2.2.5 Reacción de duelo

Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima. Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor².

2.2.6 Depresión en el anciano.

En relación con la presentación clínica de la depresión en el anciano, la alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa, y puede presentarse enmascarada con otros síntomas principales, como la pérdida de apetito, fallos amnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano de quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad. Cuando predominan los síntomas de tipo deficitario se habla de pseudodemencia depresiva².

2.2.7 Depresión en la infancia y adolescencia

En este grupo de población también puede resultar difícil el diagnóstico, ya que la queja fundamental en muchas ocasiones no es la tristeza o un estado de ánimo bajo. En la primera infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas con la alimentación, enuresis, etcétera. En la adolescencia, la sintomatología puede manifestarse como un comportamiento irritable desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados, entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas parasuicidas, problemas escolares².

2.3 Teorías etiológicas de la depresión.

La depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por tener una cantidad numerosa de síntomas que pueden, o no, presentarse en cada paciente en específico.

En la actualidad existen un amplio número de teorías que tratan de explicar la etiología de la depresión, ya que se sabe que no todas las depresiones dependen de las mismas causas².

2.3.1 Teorías conductuales de la depresión.

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción².

En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión:

2.3.1.1 La disminución del refuerzo positivo.

La depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etcetera, son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia².

En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un

acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc².

Algunos factores que incrementan la vulnerabilidad ante padecer depresión son: ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, se consideran otros factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercibida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social. Ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general².

2.3.1.2 Entrenamiento en autocontrol.

El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión consiste en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos².

La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y

procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse².

2.3.1.3 El modelo de Nezu.

Este modelo plantea una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Sugiere que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Se hipotetiza que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, indica que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión².

Por lo tanto, señala que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Esto indica que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto².

2.3.2 Las teorías cognitivas de la depresión.

Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. Los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión².

La reformulación atribucional del modelo de indefensión y la teoría cognitiva de Beck son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión².

2.3.2.1 La teoría de la indefensión aprendida.

Se hipotetiza que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que se denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma².

2.3.2.2 La teoría cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva de Beck, según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas².

La tríada cognitiva realizada por Beck, se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos, repetitivos, involuntarios e incontrolables. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente².

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia

para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas) ².

2.3.3 Teorías psicológicas.

Además de los planteamientos conductuales y cognitivos-conductuales, se han propuesto otros muchos planteamientos psicológicos para explicar la depresión. De todos ellos, destaca el enfoque interpersonal. El modelo de terapia interpersonal se nutre en gran parte de las aportaciones de la teoría interpersonal de Sullivan y la teoría psicobiológica de Meyer, con su énfasis en la relación recíproca entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología².

2.3.4 Teorías biológicas de la depresión.

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor. La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro².

La depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. El déficit en estos sistemas podría ser heredado o adquirido. Una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica².

2.4 Antecedentes históricos de la depresión.

Desde el inicio de la historia del hombre se han podido identificar en los textos históricos distintos episodios que se pueden identificar como “trastornos del estado de ánimo o depresión” por lo que nos podemos dar cuenta que no es una enfermedad exclusiva de nuestra época. Por ejemplo, desde el Antiguo Testamento de la biblia católica, en las narraciones se puede identificar un episodio de tristeza y melancolía en Saúl, quien termina por intentar matar a su propio hijo, David⁸.

Antiguamente se le denominaba con el término de “melancolía” a la depresión, donde hacía referencia al estado mental, corporal y espiritual. Hipócrates, en los orígenes de la medicina, describió con síntomas clínicos al concepto de melancolía como “un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud¹⁵. Cien años más tarde Aristóteles sigue los conceptos de Hipócrates y considera cuatro tipos de temperamento: melancólico, sanguíneo, colérico y flemático. Lo cual inspiró a Claudio Galeno de Pérgamo (figura de la Roma Antigua) a mantener esos postulados, y señaló que el miedo está íntimamente relacionado con la tristeza⁸.

Desafortunadamente durante la Edad Media estos conceptos retrocedieron, y renació el primitivismo y la bujería, donde las enfermedades mentales eran consideradas obra de los demonios por lo que eran atendidas por los monjes para realizar exorcismos, lo cual era considerado la cura para expulsar a los demonios. Durante el siglo XVIII apareció por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa, es una palabra derivada del latín “de” y “premere” que significa “apretar, oprimir” y “deprimere” que significa “empujar hacia abajo” ⁸.

Mientras que durante el Renacimiento se destaca a Paracelso, quien rechazó el planteamiento sobre el origen de las enfermedades mentales, diciendo que no eran provocadas por demonios. Estableció la diferencia entre la debilidad mental y las diferentes formas de manía, e identificó los componentes sexuales de los demás factores en el desarrollo de la histeria. En Europa se destacó la idea de que los enfermos mentales debían recibir un tratamiento adecuado en establecimientos creados para atender pacientes con este problema. Y el concepto de “loco” que eran utilizados durante la Edad Media y el Renacimiento fueron desapareciendo. Gracias a las nuevas visiones críticas y racionales del mundo, a los planteamientos filosóficos, al avance de la ciencia y a

nuevas tendencias religiosas, se ha desencadenado una nueva visión de enfermedad mental⁸.

Posteriormente la tradición psicológica estuvo de forma pasiva, sin manifestarse por un tiempo, pero en el siglo XX resurgió en varias escuelas con enfoques y planteamientos renovados y muy diferentes. El primer método muy importante fue el Psicoanálisis de Freud (1856-1939), que habla sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta. El segundo fue el Conductismo, por John B. Watson, Ivan Pavlov y B.F Skinner, donde se concentraron en la forma en la que influye el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo en la psicopatología. Y Para terminar, Aarón Beck en el año 1970, realizó una importante aportación cuando identificó la triada cognitiva de la depresión: visión negativa de uno mismo, percepción hostil del mundo y una visión del futuro fracasada⁸.

2.5 Métodos diagnósticos de la depresión.

Para poder identificar un cuadro depresivo, además de la evaluación clínica por parte de psicólogos especialistas, se pueden utilizar cuestionarios o pruebas diagnósticas, que permiten complementar el diagnóstico e identificar la gravedad y evolución de la enfermedad. La validez de los instrumentos de diagnóstico se basa en que los ítems contenidos en la escala sean estadísticamente adecuados para evaluar la información y deben de presentar la misma puntuación cuando distintos profesionales las apliquen al mismo paciente. Las escalas autoadministradas son fáciles de usar y evaluar, por lo tanto, no requiere ser aplicadas directamente por psicólogos. Además, se logran realizar en un tiempo breve para dar un diagnóstico.

Del primero en mencionar será la escala de Zung para depresión (EZ-D), creada en el año 1965, es un instrumento autoadministrado, que consta de veinte preguntas que se diligencian marcando con una equis la frecuencia de los síntomas durante los últimos quince días y dos últimas semanas⁹. Se exploran síntomas relacionados con episodios depresivos (estado de ánimo dos preguntas y síntomas cognoscitivos y somáticos cada uno con 8 preguntas y dos para síntomas psicomotores); hay diez preguntas elaboradas en forma positiva y otras diez elaboradas en forma negativa. Cada pregunta utiliza una escala de Likert de cuatro puntos, con cuatro opciones de respuesta que van desde: 1 (muy pocas veces, muy poco tiempo, raramente. 2 algún tiempo, algunas veces, de vez

en cuando. 3 gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente. 4 casi siempre, casi todo el tiempo, la mayoría de veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión: < 50 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin depresión; 50-59 puntos para personas que experimentan depresión leve; 60-69 puntos para personas que experimentan depresión moderada y > 70 puntos para personas que experimentan depresión grave¹⁰.

En la escala de depresión de Zung el tiempo de los síntomas no está manifiestamente determinado, pregunta por frecuencia de los síntomas o por su momento actual, el test permite identificar síntomas de depresión, pero no la intensidad de estos¹⁰.

Otro método que se utiliza es la escala de depresión y ansiedad de Golberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes: la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo. Es un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. Ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad del 83.1%, especificidad del 81.8% y valor predictivo positivo del 95.3% adecuados¹¹.

La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de la ansiedad y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas de respuesta dicotómica (SI/NO), pero las últimas 5 preguntas si hay respuestas positivas en las primeras 4 preguntas, son obligatorias. La probabilidad de padecer estos trastornos es mayor cuando mayor es el número de respuestas positivas. A pesar de que todas las preguntas tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, de forma que las últimas preguntas de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves¹¹.

EL médico debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, sin importar si algunos de los síntomas han dejado de estar presentes en el momento actual, o cuya intensidad es menor. A pesar de que pueden existir otros síntomas, que deben ser explorados, la puntuación se obtendrá únicamente a partir de los mencionados en las escalas¹¹.

Finalmente, el inventario propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido unos de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión¹². Al igual que las escalas anteriores, es un autoinforme que se compone de 21 preguntas indicativas de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) por la OMS¹².

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy¹².

Cada pregunta se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto las preguntas 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en una pregunta, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, sin depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión severa¹².

2.6 Tratamiento de la depresión.

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento⁴. La depresión se considera como una enfermedad médica, y la medicación es el tratamiento más comúnmente utilizado para la misma⁶. Pero también se debe llevar a cabo el tratamiento psicológico de la depresión, que ha tenido como tema central las terapias cognitivo-conductuales².

En las terapias conductuales el interés es mejorar las habilidades sociales y de comunicación, incorporar en el repertorio del paciente conductas adaptativas tales como

la aserción positiva y negativa, aumento de refuerzo positivo contingente a la respuesta de conductas adaptativas y disminución de experiencias de vida negativas ². En cuanto a los tratamientos farmacológicos, la depresión mayor y la distimia también se pueden tratar eficazmente con distinto tipos de medicación antidepresiva. El tratamiento antidepresivo se divide en tres fases según la “Agency for Health Care Polic and Research”: 1) fase aguda; 2) fase de continuación; y 3) fase de mantenimiento. La primera fase dura hasta que los síntomas han remitido a un nivel aceptable, aproximadamente un promedio de 20 semanas. La segunda fase, indicada para evitar la recaída, dura entre 4 y 6 meses. Y, la última fase, sería necesaria para aquellos pacientes que experimentan episodios depresivos recurrentes, con el fin de evitar la aparición de los mismos².

Con los estados depresivos más graves y recurrentes, se ha utilizado como tratamiento de elección los antidepresivos tricíclicos. Más sin embargo, los efectos secundarios que generan los antidepresivos tricíclicos, han llevado a que se sustituyan por otros fármacos. Actualmente, la farmacoterapia utilizada en la depresión mayor ha cambiado sustancialmente durante la última década con la aparición de fármacos de una nueva generación como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, sertralina y paroxetina) y otros nuevos componentes como la venlafaxina, el bupropión y la nefazodona. Estos fármacos han demostrado ser tan eficaces como los antidepresivos tricíclicos, sumando que son mejor tolerados y que tienen un mayor margen de seguridad².

La eficacia tanto de los fármacos de nueva generación como los anteriores en los pacientes que toleran dosis adecuadas de los mismos durante 6 semanas oscila entre el 50%-70% según la Agency for Health Care Policy and Research, dicho esto en el año 1993. Actualmente, existe el acuerdo de que los pacientes con depresión mayor recurrente se benefician del tratamiento antidepresivo continuado, y hay evidencia de que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son eficaces para el manejo a largo plazo de la depresión mayor recurrente². Para depresiones leves o moderadas son eficaces los antidepresivos, y también lo son algunas estrategias de terapia cognitivo-conductuales (solas o en combinación con antidepresivos) ⁴.

Cuando un paciente deprimido no responde a los antidepresivos después de que haya sido medicado óptimamente se siguen cuatro estrategias; 1) añadir otros fármacos

al antidepresivo que ha fracasado; 2) aumentar la dosis del antidepresivo fracasado; 3) combinar dos clases de antidepresivos; y 4) cambiar a otro antidepresivo. Las estrategias más prometedoras para tratar a los pacientes que no responden a la farmacoterapia parecen ser el añadir litio y hormona tiroidea, dosis elevadas de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y combinaciones de tricíclicos con inhibidores de la monoaminoxidasa o inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina².

2.7 Depresión en estudiantes de ciencias de la salud.

Algunas carreras universitarias requieren más dedicación y años de estudio, como lo son las carreras dedicadas al área de la salud (medicina, enfermería, psicología, odontología, etc), a la vez estas carreras traen consigo una gran responsabilidad por parte de los estudiantes, ya que tratan con la salud de personas, por lo que puede desencadenar una carga emocional significativa. Además de que es común que los estudiantes se sientan sobrepasados o agobiados por las exigencias académicas, al no ser lo que ellos esperaban sobre dicha carrera.

La odontología es una de las principales carreras que se encuentran estrechamente relacionadas con la enfermedad de depresión. La “Dental Magnament” en 1984, reveló que el 6,7% de los odontólogos consideraron el suicidio como opción en algún momento de sus carreras; y el 16,1% consideró la profesión odontológica como “extremadamente estresante”. La revista JADA, junio de 2001, señala que los odontólogos son los profesionales más propensos al suicidio como consecuencia clara de un trastorno depresivo. La relación interpersonal, el ambiente de trabajo y las condiciones sociales son factores que influyen para el desarrollo de un cuadro depresivo¹³.

La Universidad Nacional Autónoma de México hizo un estudio acerca el estrés en estudiantes de odontología, donde sus resultados mostraron que los estudiantes al atender pacientes por primera vez, el 61.3% presentaron al menos una de las siguientes manifestaciones: angustia, miedo, tensión. El 93.1% de ellos dijo que sufre frecuentemente de estrés, y el 84.4% de ellos reportaron que la carrera es estresante¹³. Que la carrera de odontología esté considerada como la carrera profesional donde los estudiantes se encuentran más propensos a sufrir de estrés, depresión y como resultado de ello, al suicidio, se puede deber a ciertos desencadenantes producto de las interacciones cotidianas, las cuales son:

La interacción académica en el aula: es determinante el exceso de carga académica, el horario extensivo lo que significa la alta presencialidad en el programa; y a su vez falta de tiempo para realizar otro tipo de actividades fuera de lo académico¹³.

La interacción clínica: el tener que actuar de acuerdo al gusto del doctor docente en el momento de la práctica clínica. El miedo a equivocarse frente al paciente, estados de angustia por quedar mal frente a un tercero: actuaciones de inseguridad al poner en práctica conceptos previamente aprendidos; sentirse invadidos de incertidumbre frente a las condiciones reales de los pacientes que, en la práctica no son tan coincidentes con lo descrito en la teoría aprendida¹³.

Esto se puede hacer más grave según la actitud del paciente frente al procedimiento clínico realizado por el estudiante. Con un paciente comprensivo facilita la intervención, sirve como amortiguador frente al temor, miedo, angustia, tristeza, llanto, cansancio y tensión; y por el contrario, con un paciente exigente agudiza tales manifestaciones emocionales en el estudiante. Anudada a la responsabilidad, ética y moral, que conlleva el acto clínico, genera en el alumno angustia por el compromiso adquirido a través del contrato "consentimiento informado" ¹³.

En cuanto a la relación alumno con alumno, y al interrumpir indebidamente durante algún procedimiento clínico al espacio de trabajo, ya sea para hacer la solicitud de algún favor o simplemente para hacer comentarios, puede provocar en algunos estudiantes desesperación o angustia. Aun que para otros puede ser un resultado contrario, puede actuar como un amortiguador de acompañamiento en momentos críticos de la actividad clínica¹³.

A su vez, la interacción clínica del estudiante con los auxiliares y el realizar procesos administrativos al término de los procedimientos clínicos (como realizar notas de evolución, entregar materiales e instrumental, el lavado de instrumental y esterilizado, entre otros) son vistos como procedimientos que generan fastidio y agotamiento, que alteran en múltiples ocasiones el estado de ánimo de los estudiantes, ya que aceleran el tiempo del acto clínico y provocan pérdida de concentración y fatiga¹³.

Para terminar se encuentra la interacción ocupacional, los cuales son desencadenantes relacionados con el área de trabajo odontológico y los riesgos relacionados. Los cuales son, el calor producido por las lámparas de la unidad dental, la falta de ventilación o aire acondicionado, el ruido generado por las piezas de alta y baja

velocidad así como del eyector, lo que provoca irritabilidad, sudoración, falta de concentración o dolores de cabeza. Así como la posición de trabajo, que muchas veces no es ergonómica y al tener largas jornadas de trabajo en posiciones incorrectas, o con sillones de tamaños inadecuados y hacer movimientos cortos repetitivos, provoca lumbalgias o espasmos musculares, por lo que los alumnos optan por tomar pausas fuera del área clínica con el fin de disminuir la fatiga¹³.

Y respecto al riesgo de accidentes biológicos, que además de las posibilidades de daño a la salud física, está el estado de aprehensión emocional suscitado al momento y luego del accidente, respecto a estos incidentes la mayor manifestación es el miedo de padecer alguna de las enfermedades de contagio (VIH y hepatitis, entre otras). La desinformación sobre el protocolo a llevar a cabo después del accidente y el pobre acompañamiento que se le hace, acrecienta la angustia de quien se accidenta¹³.

Los episodios cortos de estrés representan poco riesgo, pero cuando las situaciones estresantes suceden constantemente sin resolverse, se aumenta en gran cantidad la fatiga y la capacidad de recuperarse. Situaciones como el estar sobrecargado de trabajo, realizar actividades en las que no siempre se cuentan con los conocimientos suficientes, tener dudas o afrontar situaciones inciertas, son indicativas de niveles de estrés. Tal estado, como se vio, se manifiesta en síntomas como un conjunto de reacciones y emocionales, que ocurren cuando las exigencias del trabajo, en este caso académicas y clínicas, superan las capacidades, los recursos o las necesidades de los estudiantes que lo sufren, y puede desencadenar una enfermedad psíquica o física¹³.

El deseo de superación, el gusto por la carrera, el incentivo por un tercero (amigos, familiares, profesores y pacientes), el cambio de rutinas; incluso, la resignación son algunos factores que actúan como amortiguadores de las situaciones de estrés, ansiedad y depresión¹³.

Por otro lado tenemos la carrera de medicina, la cual es una de las carreras universitarias que implica mayor compromiso y responsabilidad por parte de los estudiantes, debido a la gran carga académica; y al entrar a cursos de clínica, la relación con los pacientes y sus familiares suele resultar, muchas veces agobiante. Al aumentar las horas de estudio y trabajo, disminuyen las de sueño, lo que altera los aspectos personales de la vida diaria del estudiante y, por ende, se ve afectado también su aspecto emocional y se incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor¹⁴.

La demanda de una vida independiente, los desafíos académicos y los conflictos familiares y de pareja que comúnmente enfrentan los estudiantes universitarios podría llevarlos a la depresión, y en ocasiones, al suicidio. La sintomatología depresiva tuvo asociaciones estadísticamente significativas también con los siguientes factores: dificultades económicas, problemas familiares, antecedentes familiares de ansiedad o depresión, y presencia de trastorno de ansiedad¹⁴.

La importancia de la funcionalidad familiar asociada con la depresión radica en que mientras mejor sea la relación entre los integrantes de la familia, habrá más herramientas para afrontar de manera adecuada las situaciones difíciles que puedan presentarse en los estudiantes de medicina; además, el ambiente familiar, la relación entre padres e hijos y el apoyo mutuo constituyen factores protectores a eventos como depresión y otros trastornos psicológicos. Por tanto, una familia disfuncional es un factor de riesgo y está asociado con la depresión¹⁴.

El estrés representa la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones adversas. El estrés académico se entendería como un estado de cansancio mental como una reacción normal ante situaciones repetitivas en el ámbito universitario, por ejemplo, los trabajos asignados en los cursos, los exámenes y, para los alumnos que entran a los cursos de clínica, las rotaciones hospitalarias, el trato con el personal que labora en los hospitales, los docentes, los pacientes y sus familiares, que empeoran el estado de estrés por el que quizás esté pasando el estudiante. El estrés puede facilitar la aparición de distintos cuadros psiquiátricos, particularmente en sujetos vulnerables¹⁴.

Por último, los profesionales de la salud del área de enfermería, están constantemente expuestos a sentimientos fuertes y contradictorios por lo que también han sido objeto de estudios debido al estrés ocupacional, a las ambigüedades de la profesión y a la importancia de la integridad biosicológica de estos profesionales, al tratar con el sufrimiento humano. El estudiante de enfermería comienza a vivenciar estas ambigüedades y cobranzas cuando es estudiante¹⁵.

Durante su proceso de formación (5 años) se espera que los estudiantes de enfermería desarrollen competencias de alta complejidad para lograr desempeñar su rol profesional. Los desafíos que plantea esta responsabilidad multidimensional, demanda profesionales de enfermería con competencias cada vez más integrales y complejas, especialmente en la dimensión psicosocial, como son: la relación de ayuda con el

paciente y su familia en situaciones críticas, acompañamiento en el sufrimiento y en la fase terminal de la vida, trabajo en equipo y liderazgo de equipos de enfermería o multidisciplinarios, entre otras¹⁶.

Se sabe que la presencia de la depresión puede ser mayor en el sexo femenino, en el inicio de la vida adulta, en situaciones de estrés, en la profesión de enfermería (el sexo femenino ocupa la mayor parte de los puestos de trabajo), y, el área de la salud es relativamente estresante porque trata con vidas y sufrimiento¹⁵.

La exposición mantenida a factores estresantes en los estudiantes puede producir deterioro del funcionamiento normal del organismo generando, entre otros, falta de concentración, dificultad para memorizar, para resolver problemas, déficits en las habilidades de estudio, escasa productividad y un menor rendimiento académico. Además que el estrés psicosocial asociado a condiciones adversas de vida se relaciona con un aumento de trastornos mentales, particularmente ansiedad y depresión, y además constituye un factor de riesgo para los trastornos por abuso y dependencia a sustancias adictivas¹⁶.

Al igual que en los estudiantes de medicina, el malestar psicológico se encuentra relacionado con factores de orden sociodemográfico, académico y familiar en los estudiantes del área de la salud. Entre los factores sociodemográficos se describen la menor edad y nivel socioeconómico bajo. Los factores académicos incluyen las evaluaciones, exámenes y sobrecarga de estudio, la insatisfacción con la carrera; y entre los factores familiares se reportan el vivir sin los padres y una pobre relación familiar, así como menor tiempo destinado a recreación¹⁶.

Se supone que los estudiantes con “buena salud mental” responden al medio proactivamente adaptándose a las condiciones adversas, enfrentan y resuelven exitosamente sus conflictos personales e interpersonales y mantienen relaciones interpersonales cordiales en su ambiente de trabajo. Es decir, cabe esperar por un lado que los estudiantes de enfermería sean capaces de responder “saludablemente” a los desafíos que les presenta la naturaleza propios del cuidado de enfermería, en la cual la enfermera se utiliza a sí misma como herramienta de ayuda para sus pacientes que viven complejas experiencias de dolor y sufrimiento¹⁶.

Por otro lado, se espera que además se adapten a las condiciones desfavorables de trabajo, tan comunes en los servicios de salud actuales en los países en vías de

desarrollo (horarios de trabajo que interfieren en su desarrollo personal y familiar, conflicto y ambigüedad de las funciones, sueldos inadecuados, presión asistencial y emocional, entre otros¹⁶.

2.8 Antecedentes.

Arrieta¹⁷ y colaboradores realizaron una investigación para estimar la asociación entre síntomas depresivos, ansiosos y de estrés con factores sociodemográficos, académicos y sociales entre estudiantes de odontología de una universidad de Cartagena, estos fueron seleccionados de manera aleatoria, quienes respondieron a un cuestionario anónimo auto aplicable de 20 preguntas, dónde se incluyeron características sociodemográficas, depresión, ansiedad y estrés, función familiar y otros factores asociados con el contexto académico, económico y social. Fue un total de 251 estudiantes, con una media de edad de 20.2 +- 2.7 (16 a 27 años). En cuanto al sexo el 62.6% eran del sexo femenino. La prevalencia de síntomas ansiosos, depresivos y de estrés fueron del 37,4, el 56,6 y el 45,4 % respectivamente.

Gutiérrez¹⁸, determinó la prevalencia de depresión y la tendencia entre el nivel de estrés y la depresión en una Universidad de Colombia. La edad promedio de los estudiantes fue de 20.4 ± 2.6 años. El 68,7 % de la población fue de género femenino. Se encontró una prevalencia de depresión del 47.2 % y la relación de ésta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa; por lo que el autor menciona que es necesario promover programas de intervención dirigidos a disminuir el nivel de estrés y por ende la frecuencia de depresión.

Ortega¹⁹, realizó una investigación en la cual el objetivo fue identificar los niveles de depresión y factores sociodemográficos asociados, fueron estudiados 190 estudiantes de las carreras de Psicología, Medicina, Odontología y Enfermería, en una Universidad Pública de Colombia, el 35.8% fueron hombres y el 64.2% mujeres, con una media de 20.4 años; se les aplicó el "Inventario de Depresión de Beck"; los resultados encontrados fue que el 52% sufre de algún grado de depresión: 8% depresión grave, 19% depresión moderada y 25% depresión leve. El mayor porcentaje lo presentó Medicina (5,7%), seguido de Odontología (1,5%), Enfermería (0,5%) y Psicología (0%). Las mujeres tuvieron mayor presencia de la enfermedad (30,4%) que los hombres (21,4%), pero en los hombres se encontró una mayor cantidad de depresión grave que en las mujeres.

Un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la UNAM CU, a 56 estudiantes del primer año y 27 estudiantes del último año de la licenciatura de odontología, en el cual después de la aprobación y mediante un consentimiento informado, se les aplicó el “Inventario de Depresión de Beck”. Los resultados encontrados fue que del total de la población de estudio el 67% correspondía al género femenino y el 33 % al género masculino, con un promedio de edad de 19.2 años para los estudiantes de primer año y 24.7 años para los de quinto año de la licenciatura. En este estudio se determinó que los estudiantes del grado académico superior presentan un mayor estrés y por tanto depresión, que los factores asociados a esto son: competencia entre compañeros, sobre carga de tareas y trabajos escolares, formas de evaluar de algunos profesores poco claras y dentro de las consecuencias plausibles de esta población pudieron observar fatiga crónica, dolor de cabeza, insomnio entre otros²⁰.

Metodología

Planteamiento del problema.

La depresión ha sido considerada como un problema de salud pública con características tanto somáticas como de índole psiquiátrico con distintos grados de severidad que impactan directamente en la calidad de vida de la persona en diversos ámbitos tanto laboral como estudiantil. Dicho esto, la población estudiantil del área de odontología supone no estar ajena a este fenómeno, por lo que, se pretende identificar el grado de afectación en los estudiantes que cursan el nivel licenciatura, con la finalidad de poder contribuir con propuestas que permitan disminuir esta prevalencia. Pueden ser múltiples factores o estresores que condicionen al desarrollo de alteraciones psiquiátricas en estudiantes de licenciatura en esta área de las ciencias biológicas.

Justificación.

Las actividades académicas tanto teóricas, prácticas y clínicas, en las cuales los estudiantes que se encuentran cursando una licenciatura de tiempo completo condicionan al desarrollo de depresión, según la revista JADA en junio del 2001, señaló que los odontólogos son los profesionales más propensos al suicidio como consecuencia de un trastorno depresivo y en diversos estudios se encontraron prevalencias entre el 35% al 50% en estudiantes de odontología.

Algunos factores que influyen en el incremento de estrés en el ámbito de la vida académica de los alumnos en formación como profesionales de la salud, en este caso en particular hablando de los odontólogos, son la carga excesiva de conocimientos teóricos, las múltiples formas de evaluación de su conocimiento como exámenes, proyectos, tareas, así como la carga excesiva de requisitos clínicos en distintas áreas de la odontología y todo el estrés que conlleva estar frente a un paciente y un evaluador; estos pueden ser factores que condicionen el desarrollo de la depresión, que en el caso de todos los sujetos que lo desarrollan, impacta directamente en su vida personal así como también en un rendimiento escolar deficiente, y tratamientos clínicos de menor cantidad

a los pacientes de odontología de la institución. Además, se convierten en sujetos vulnerables a alteraciones, tanto a nivel fisiológico, cognitivo-afectivo, como conductual.

Por lo que la identificación de esta alteración en alumnos de una licenciatura en el ámbito de las ciencias de la salud es importante para su prevención o tratamiento, dado el papel del alumno como prestador de servicio y teniendo en sus manos la integridad física de un paciente que sirve como modelo clínico durante sus prácticas, busque que sean de manera más eficiente y profesional.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de la depresión entre los estudiantes de la licenciatura en odontología de una IES, y que factores pueden estar asociados a desencadenarla?

Objetivos:

1. General.

Evaluar la prevalencia de la depresión en estudiantes universitarios de la licenciatura de odontología de una Institución de Educación Superior.

2. Específicos.

- a. Caracterizar la población objeto de la presente investigación.
- b. Determinar la prevalencia de depresión.
- c. Especificar los niveles de depresión en la población estudiada.
- d. Determinar el género que está más asociado a padecer depresión.
- e. Especificar en qué cohorte se presenta mayor índice de depresión.
- f. Identificar factores que contribuyen a la presencia de depresión, tales como horas de sueño, hábitos perniciosos, actividad física, etc.

Hipótesis.

La prevalencia de la depresión es importante en la IES objeto de la presente investigación.

Tipo de estudio:

Observacional, prospectivo, transversal, con un diseño de Investigación social-educativa.

Universo de estudio:

Estudiantes universitarios de la licenciatura en odontología de una Institución de Educación Superior (IES) del estado de Guanajuato.

Criterios de selección:

Inclusión:

- Alumnos inscritos en un programa de licenciatura de odontología de la ENES Unidad León de la UNAM, de los cuatro años de la licenciatura.

Exclusión:

- Alumnos que no deseen participar respondiendo el instrumento validado.

Eliminación:

- Alumnos que no contesten en su totalidad el instrumento validado.

Variables.

Dependientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Unidad de medición
Depresión	Es un trastorno del estado de ánimo.	Afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.	Cualitativa	Nominal	Leve Moderado Severo

Fig.3 Variables independientes para la investigación.

Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Unidad de medición
Género	Vinculado a la sexualidad, valores y conductas que se atribuyen de acuerdo al sexo.	Especificaciones sexuales (masculina o femenina) que un organismo puede tener.	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Cuantitativa	Ordinal	# de años
Estado civil	Situación en que está una persona respecto de la organización social en que vive, por ejemplo, soltera, casada, viuda, religiosa, etc.	Condición que caracteriza a una persona que hace a sus vínculos personales con quien creará lazos que se reconocen jurídicamente.	Cualitativo	Nominal	Soltera, casado, unión libre
Horas de sueño	Tiempo que destina un individuo a dormir	Tiempo medido en horas destinadas a dormir	Cuantitativa	Ordinal	Número de horas
Actividad Física	Movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía	Tiempo destinado para realizar ejercicio	Cualitativa	Nominal	Si No
Hábito de fumar	Actividad de inhalar tabaco o cualquier sustancia	Hábito de fumar cigarrillos	Cualitativa	Nominal	Si No
Consumo de alcohol	Actividad de beber alcohol	Frecuencia de consumir bebidas alcohólicas	Cualitativa	Nominal	Si No
Cohorte	Grupo de individuos que forma parte de un ensayo clínico o estudio al que se observa durante un periodo de tiempo.	Número de individuos que resultaron positivos al padecimiento en cuestión, en cada uno de los distintos años.	Cuantitativa	Ordinal	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año

Fig.4 Variables dependientes para la investigación.

Métodos de recolección de información.

Posterior a una presentación del proyecto y aceptación de la participación en el estudio, se llevará a cabo la aplicación de instrumentos validados para población hispana el cual corresponde al Sistema de clasificación diagnóstica representado por “Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM”. El DSM-V, (1994), el cual el más utilizado y tiene como ventaja de ser el más preciso y exacto en sus criterios.

Se utilizó el instrumento llamado “Inventario de depresión de Beck”, el cual es un autoinforme que se compone de 21 preguntas indicativas de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV.

Se responderá de manera voluntaria y anónima, se recopilaran los datos en una base, para identificar la prevalencia de depresión.

Materiales y métodos.

- *Sistema de clasificación diagnóstica representado por “Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM”. El DSM-IV, (1994).*
- *Inventario de depresión de Beck (BDI-II).*

Resultados.

La población total de alumnos de la licenciatura de odontología correspondió a 170, de los cuales la población estudiada corresponde a un total de 125; de los cuales, 90 fueron mujeres (72%), 35 hombres (28%), en un rango de edad de 18 a 29 años, con una edad promedio de 21 años (fig. 5).

GENERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MUJERES	90	72%
HOMBRES	35	28%

Fig.5 Porcentaje y cantidad de hombres y mujeres en el total de la población estudiada.

De la población estudiada el 62.40% (78 estudiantes) se identificó que no forman parte de aquellos alumnos con positividad al instrumento para identificar depresión, mientras que el 37.6% (47 estudiantes) se identificaron con algún tipo de depresión de acuerdo al instrumento validado que fue utilizado (fig.6).

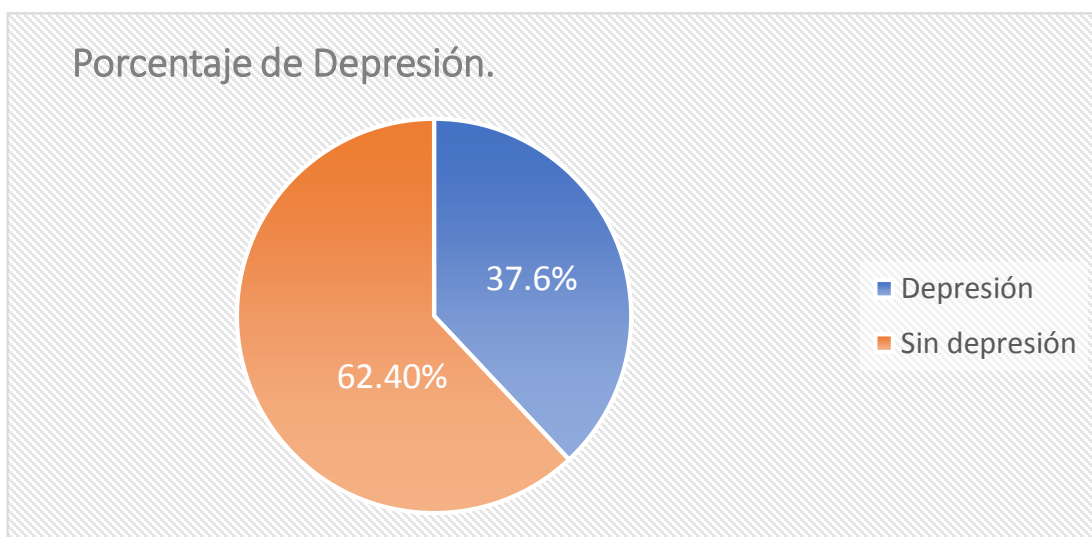


Fig.6 Porcentaje con depresión en la población total estudiada.

Dentro de los estudiantes con depresión (47 estudiantes), encontramos distintos estadios, siendo el 53.20% los que coinciden en un tipo de depresión leve, un segundo grupo con el 29.79% que corresponde a una depresión de tipo moderada y el 17.01% que integran el grupo con depresión severa (fig.7).

Grado de depresión.	Porcentaje de alumnos.
Depresión leve	53.20%
Depresión moderada	29.79%
Depresión severa	17.01%

Fig.7 Porcentajes de los distintos estadios de depresión.

Por otro lado, 15 de ellos se encuentran entre el primer y segundo año de universidad, es decir el 31.91%. Y 32 estudiantes se encuentran entre el tercer y cuarto año de universidad, es decir 68.08% (fig. 8).

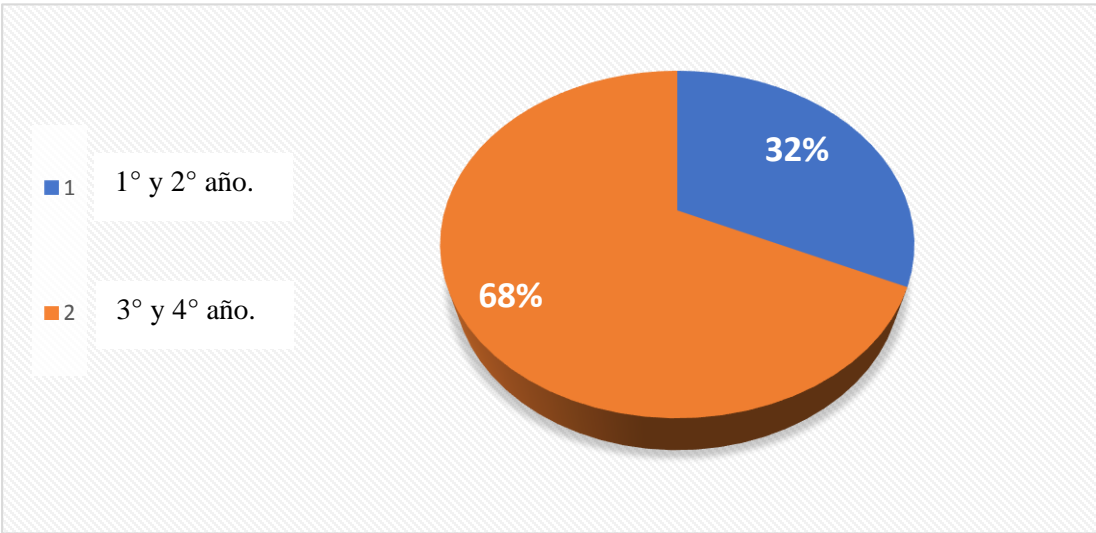


Fig.8 Porcentaje de los estudiantes con depresión según su nivel escolar.

En relación a la identificación de depresión con género, es posible identificar a partir del instrumento validado que de los 47 estudiantes con depresión, el 82.97% son mujeres y el 17.03% son hombres (fig. 9).

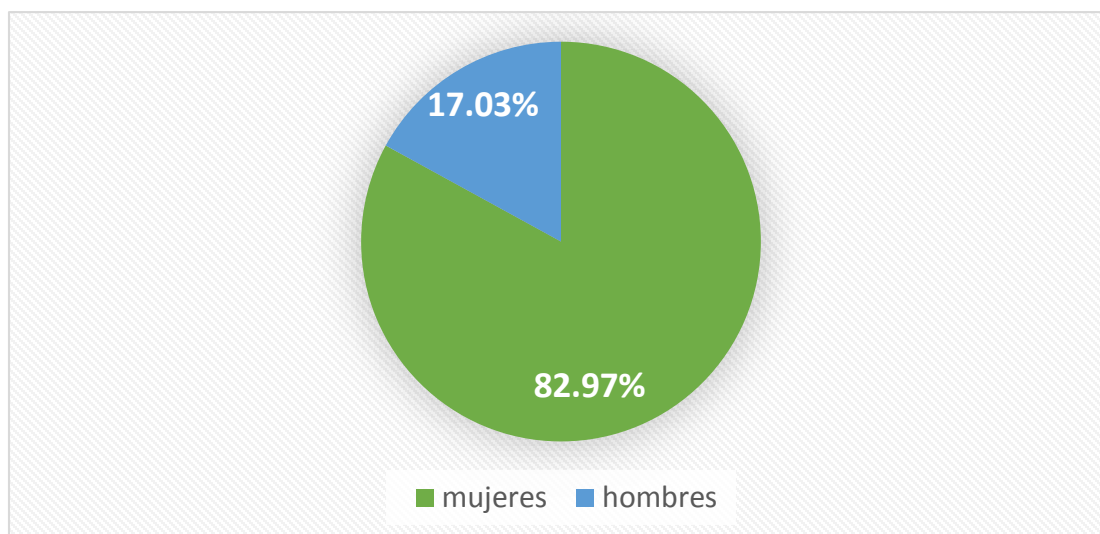


Fig.9 Porcentaje de mujeres y hombres, dentro de los estudiantes con depresión.

Del total de la población estudiada 90 de ellas fueron mujeres, de las cuales el 43.33% de ellas tiene depresión y de los 35 hombres evaluados el 22.85% de ellos la padece (fig.10).

Genero	Cantidad con depresión	Porcentaje con depresión
Mujeres (total 90)	39	43.33%
Hombres (total 35)	8	22.85%

Fig.10 Porcentaje y cantidad de hombres y mujeres con depresión, separado por género, del total de la población estudiada.

En las mujeres con depresión el 56.41% presentó depresión leve, 33.33% depresión moderada y 10.25% depresión severa. De los hombres el 37.5% tiene depresión leve, el 25% depresión moderada y el 37.5% depresión severa (fig. 11).

Mujeres con depresión (39)		
Estadío de depresión	Cantidad	Porcentaje
Depresión leve	22	56.41%
Depresión moderada	13	33.33%
Depresión severa	4	10.25%
Hombres con depresión (8)		
Estadío de depresión	Cantidad	Porcentaje
Depresión leve	3	37.5%
Depresión moderada	2	25%
Depresión severa	3	37.5%

Fig.11 Porcentaje y cantidad de depresión según su severidad en los estudiantes, dividido por géneros.

En cuanto a las horas de sueño al día de los alumnos, los alumnos con síntomas depresivos tienen un promedio de 5.2 horas de sueño al día (fig.12), ellos calificando en promedio su calidad de sueño con un 5, siendo 1 la peor calidad y 10 la mejor calidad de sueño. Mientras que los alumnos sin síntomas de depresión tienen un promedio de 5.9 horas (fig.12).



Fig.12 Horas promedio de sueño en los estudiantes de la presente investigación.

Del total de alumnos estudiados en esta investigación (125 alumnos) el 72% no realiza ninguna actividad física, mientras que solo el 28% de ellos se ejercita (fig. 13). De los alumnos con síntomas depresivos (47 alumnos) el 68% no acostumbra realizar ninguna actividad física, mientras que el 32% de ellos sí (fig. 14).



Fig.13 Porcentaje de alumnos que realizan actividad física en el total de la población estudiada.

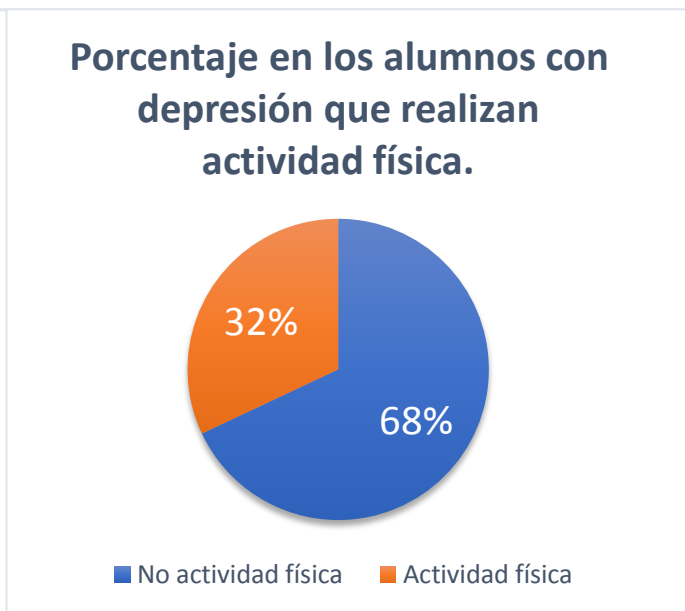


Fig.14 Porcentaje de alumnos que realizan actividad física dentro de los estudiantes con síntomas depresivos.

Dentro de los alumnos diagnosticados con depresión en esta investigación, el 81% de ellos no son fumadores, mientras que el 19% si acostumbra fumar cigarrillos (fig. 15). Y de los alumnos sin depresión el 18% de ellos son fumadores y el 82% no.

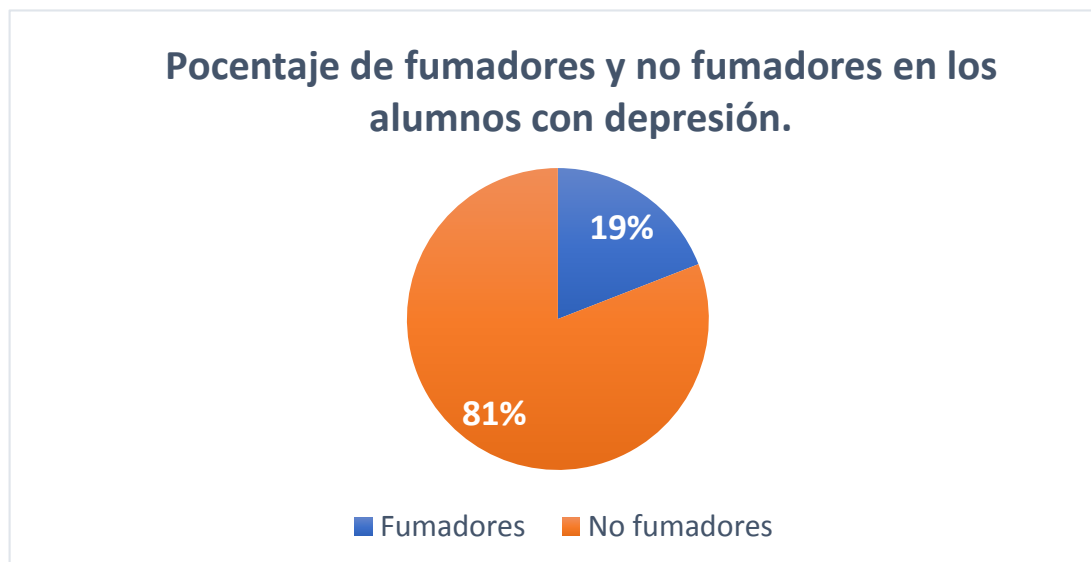


Fig.15 Porcentaje de alumnos fumadores y no fumadores dentro de los alumnos diagnosticados con depresión.

De los alumnos con síntomas depresivos (47 alumnos), el 70.2% de ellos toman bebidas alcohólicas, mientras solamente el 29.8% de ellos no beben alcohol (fig. 16). Dentro de los que sí toman bebidas alcohólicas (33 alumnos), 57.57% de ellos toman 1 o menos veces al mes, 33.33% de ellos beben 2 a 4 veces al mes y 9.09% de ellos 2 a 3 veces a la semana (fig. 17).

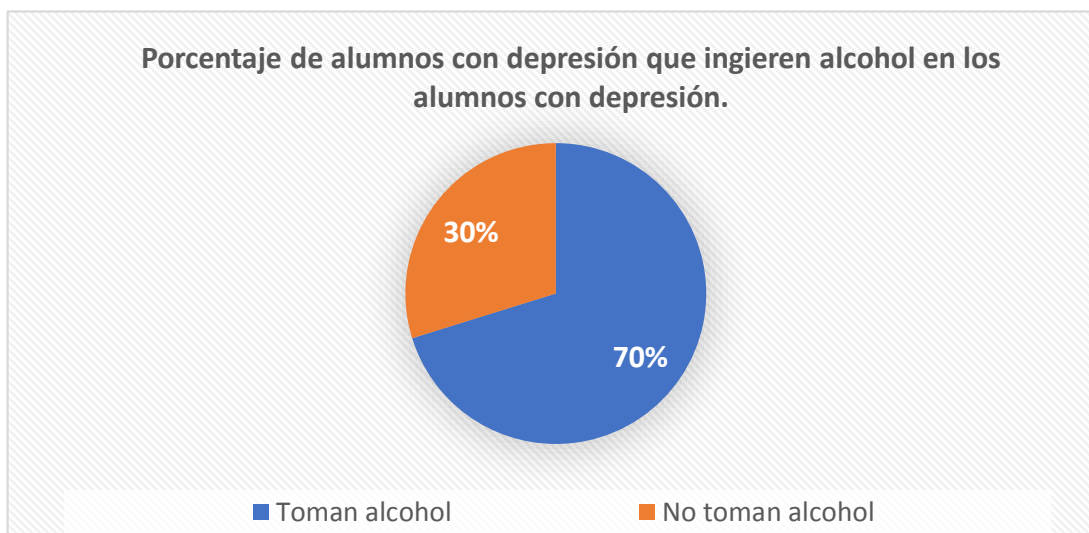


Fig.16 Porcentaje de alumnos que ingieren bebidas alcohólicas en los alumnos con depresión.

Frecuencia	Porcentaje
1 o menos veces al mes	57.57%
2 a 4 veces al mes	33.33%
2 a 3 veces a la semana	9.09%

Fig.17 Porcentaje de la frecuencia en la que los alumnos diagnosticados con depresión ingieren bebidas alcohólicas.

Discusión.

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos (esfera de sentimientos o emociones), como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida⁴.

La depresión es una de las condiciones más frecuentes dentro de los trastornos mentales y que en el mundo causa, junto con la ansiedad y el estrés, tantas o más muertes que el cáncer y el sida¹⁷.

La depresión en estudiantes se puede relacionar a que en el ambiente universitario se ponen a prueba competencias y habilidades para alcanzar los objetivos durante el periodo de formación profesional, y los estudiantes se ven sometidos constantemente a una gran carga de exigencias académicas, responsabilidades diferentes, evaluaciones y exámenes, realización de trabajos, así como también se relaciona con presiones familiares, económicas y sociales, que al interactuar con factores identificados como de riesgo para la presencia de ansiedad y depresión (como el sexo, antecedentes familiares y personales de depresión, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres y el consumo de alcohol), pudieran causar eventualmente un deterioro en su salud mental¹⁷.

En esta fase de la vida universitaria, es importante para el logro de comportamientos saludables, que disminuyan riesgos y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante la adolescencia y en el transcurso de la adultez¹⁷. Es por ello que el objetivo principal de esta investigación es determinar la prevalencia de depresión en los estudiantes universitarios de una IES, además de identificar los principales factores que contribuyen a la presencia de la misma.

Los resultados en esta investigación muestran un porcentaje de depresión del 37.6% en la población estudiada, lo cual es un poco más del tercio de la población total, por lo que sí sugiere que una cantidad significativa de estudiantes muestran niveles patológicos. En una investigación realizada por Arrieta¹⁷ en la Facultad de Odontología en la Universidad de Cartagena, Colombia, analizaron la prevalencia y factores de síntomas de depresión en estudiantes de odontología, encontraron un porcentaje del 37.4% de estudiantes con síntomas depresivos. En otra investigación realizada por

Kamali y colaboradores²¹, en una universidad de odontología de Reino Unido, donde investigaron la relación del uso de bebidas alcohólicas y drogas con estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes, se observaron porcentajes de depresión de un 30-47%. Por lo cual nos damos cuenta que los resultados de estas investigaciones tienen similitudes con nuestra investigación.

En la investigación realizada por Arrieta y colaboradores¹⁷ mencionan que los estudiantes de odontología sufren niveles altos de estrés, esto coincide con otra investigación realizada por Jaramillo y colaboradores¹³ en la que además mencionan que esto se debe a ciertos factores generadores de estrés, como lo son los requisitos de estar la mayor parte del día en la universidad para cumplir con el programa académico, lo que origina falta de tiempo para otras actividades no curriculares, como lo son los deportes, ejercicio, actividades recreativas o tiempo para descanso, y esto es un factor para presentar síntomas de estrés o depresión. En esta investigación lo podemos corroborar ya que los estudiantes con depresión tienen un promedio de horas de sueño deficiente (5.2 horas al día), y en una investigación llamada “Caracterización del patrón de sueño en estudiantes de la Universidad de Quintana Roo” realizada por Aguirre y colaboradores²² mencionan que existe una relación comprobada entre no dormir en promedio 8 horas al día y tener efectos negativos en la salud. Por lo cual se puede encontrar una relación en nuestra investigación con la presencia de estos síntomas depresivos por la falta de horas de descanso. Además que del total de los estudiantes presentes en esta investigación el 72% no realiza ninguna actividad física o recreativa por falta de tiempo.

Ahora bien, con respecto al sexo en esta investigación presente tenemos mayor porcentaje de mujeres con depresión, ya que de los 47 estudiantes con depresión, el 82.97% de ellos son mujeres y el 17.03% son hombres. Resultados similares se encontraron en la investigación realizada por Arrieta y colaboradores¹⁷, en donde su mayoría de estudiantes con depresión también fueron del sexo femenino. En otro estudio llamado “Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios” realizado en la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia, por Arrivillaga y colaboradores²³, la mayor presencia de depresión fue en mujeres, lo que demuestra que hay mayor prevalencia en sexo femenino y se puede atribuir a factores sociales o psicológicos. Por

otro lado, también se puede atribuir a que las mujeres pueden estar más propensas por causas biológicas como síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, problemas de funcionamiento de la tiroides, entre otros. Al igual que en otro estudio llamado “Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000” por Amezquita y colaboradores²⁴, donde también encontraron que predomina el sexo femenino con síntomas de depresión, sin embargo en este estudio se le da una explicación más de tipo psicosocial que hormonal y a una expresión de la depresión diferente por parte de los hombres.

Por otro lado, hablando sobre el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes diagnosticados con algún tipo de depresión en esta investigación tenemos un porcentaje elevado, el 70.2% de ellos consume alcohol. Al igual que en la investigación realizada por Arrivillaga y colaboradores²³, donde se observó que todos los jóvenes ubicados en algún nivel de depresión tienen esta conducta. A lo que se puede suponer que el consumo de alcohol en jóvenes es una consecuencia de la depresión, como una forma de «automedicación» de relativa protección psicológica en contra de la misma, pero puede a su vez presentarse depresión por efectos sobre el sistema nervioso central.

Es importante destacar que en la investigación presente se encuentra mayor porcentaje de depresión en los estudiantes de tercer y cuarto año de la licenciatura de odontología (25.6%), con respecto a los primeros dos años (12%). Esto lo podemos comparar con otro estudio llamado “Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile” realizada por Dávila y colaboradores²⁵, donde encontraron la situación de que en el tercer y cuarto año de la carrera presentaron significativamente mayores casos de ansiedad y de depresión que los otros cursos. Esto puede ser explicado por la alta carga académica vivida por estos alumnos, ya que el tercer y cuarto año concentra una mayor cantidad de asignaturas y requisitos que los demás cursos.

Por último, en un estudio llamado “Tabaquismo y depresión”, realizado por Moreno y colaboradores²⁶, mencionan que los pacientes depresivos son más susceptibles a fumar que la población en general y revelan una importante reducción en la severidad de sus síntomas al consumir nicotina. Sin embargo, en este estudio no se encontró alguna

correlación significativa entre los alumnos fumadores y los alumnos con síntomas depresivos, ya que solamente el 19% de los alumnos con depresión fuman nicotina, y el 18% de los alumnos sin depresión fuma nicotina.

Conclusión.

La presente investigación reveló que entre los estudiantes de odontología se encuentra una prevalencia significativa de depresión, por lo que podemos pensar que los principales factores incluyen la carga excesiva de requisitos, como lo son las actividades clínicas, preclínicas, tareas, exámenes, ya que el programa conforma que la mayor parte del día los alumnos estén dentro de la institución. También se puede incluir la falta de descanso y falta de tiempo para realizar actividad física o recreativa donde la mente se pueda despejar. E incluso podemos incluir entre estos factores el alto porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas.

La depresión es un problema que afecta de manera real a un gran número de personas en todo el mundo, día a día se convierte en algo más común entre población. La depresión altera significativamente la vida de las personas con este padecimiento, les impide desenvolverse en sus actividades diarias con normalidad, esto conlleva también a repercusiones sociales de suma importancia.

La detección y tratamiento de problemas de salud mental y factores de riesgo en población universitaria es de mucha importancia para el desarrollo de su educación integral, formación como individuos y como futuros profesionales, esto implica un gran reto dentro de las instituciones universitarias en la identificación e intervención de estas problemáticas, así como enseñar técnicas de manejo del estrés, fomentar que los alumnos acudan a terapia psicológica, así como realizar una reestructuración curricular para una mejor organización en pro del bienestar, donde se puedan incluir más actividades deportivas o recreativas, sin descuidar la excelencia académica en búsqueda de una mejora de la calidad de vida de los estudiantes en formación. Esto deja una tarea importante para la universidad en la que fue realizada esta investigación.

Para futuras investigaciones se recomienda realizar un muestreo más grande e identificar más a fondo los factores relacionados, como pueden ser problemas económicos, disfunción familiar, problemas alimenticios, entre otros.

Bibliografía.

1. Jardel K, De Paiva D, Peixoto Tracera G, Mendes Abreu Â, Fernandes Portela L, Gollner Zeitoune R. Trastornos mentales comunes entre los trabajadores de enfermería en un hospital psiquiátrico [Internet]. Scielo.org. 2019 [cited 20 October 2020]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000100002&lang=es
2. Vázquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx [Internet]. Psicología Conductual, Vol. 8, No 3. 2000 [cited 20 October 2020]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1NJ9aH3nFBLpQjoIHULZX3SVgXDSkBzIO/view>
3. Calderon P, Gutiérrez JR, Velasco JJ. Psiquiatría. [Internet] Ppsiquiatria. 2013. Weblog Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP18.pdf>
4. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vázquez C. Depresión. [Internet]. La Coruña: Complejo SERGAS; 2006. [cited 20 October 2020]. Available from: www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf
5. Demir T, Karacetin G, Demir D, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents [Internet]. Elsevier.es. 2011 [cited 20 October 2020]. Available from: <http://file:///C:/Users/Personal/Documents/articulos%20tesis/2011%20Epidemiology%20of%20depression%202.pdf>
6. Botto A, Acuña J, Jiménez J. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. [Internet]. Rev Med Chile. 2014 [cited 20 October 2020]. Available from: https://drive.google.com/file/d/12MtCfwaOsalTEjRI_yLMKIR9OqxgyUg2/view
7. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía De Práctica Clínica Sobre La Depresión Mayor En La Infancia Y Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS [internet] Available at:

<http://file:///C:/Users/Personal/Downloads/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf> [Accessed 21 January 2021].

8. Calderón M, Cortés A, Durán E, Martínez T, Ramírez L, Garavito C. Depresión: Recorrido histórico y conceptual [Internet]. SSPIVAK sxh.cu. 2012 [cited 26 October 2020]. Available from: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/KtbxLwGkJJBjKvFpnfqNLGFMHpRgTkKbDB?projector=1&messagePartId=0.1>
9. Campo A, Díaz L, Rueda G, Barros J. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia [Internet]. Scielo.org. 2005 [cited 12 November 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a04.pdf>
10. Vélez C, Barrera C, Benito A, Figueroa M, Franco S. Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia [Internet]. Scielo.org. 2016 [cited 12 November 2020]. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v18n2/es_02_original1.pdf
11. Carbonell M. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos [Internet]. Redalyc.org. 2016 [cited 12 November 2020]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64746477014.pdf>
12. Sanz J, Vázquez C. Evaluación del inventario BDI-II [Internet]. Pearson Educación, S.A. 2011 [cited 12 November 2020]. Available from: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
13. Jaramillo G, Caro H, Gómez Z, Moreno J, Restrepo É, Suárez M. Dispositivos desencadenantes de estrés y ansiedad en estudiantes de odontología de la universidad de antioquia [Internet]. scielo. 2008 [cited 20 October 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v20n1/v20n1a6.pdf>
14. Obregón B, Montalván J, Segama E, Dámaso B, Panduro V, Arteaga K. Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana [Internet]. Scielo.org. 2020 [cited 12 November 2020]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Ferreira A, Ferreira J, da Silva E. La depresión entre estudiantes de enfermería relacionada a la autoestima, a la percepción de su salud y al interés por la salud mental [Internet]. Scielo.org. 2008 [cited 12 November 2020]. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_05.pdf
16. Herrera L, Rivera M. Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y fa [Internet]. Scielo.org. 2011 [cited 12 November 2020]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n2/art_07.pdf
17. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. [Internet]. Elsevier.es. 2013 [cited 20 October 2020]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745013700040>
18. Gutiérrez J, Montoya L, Toro B, Briñón M, R E, Salazar L, Depresión universitaria en estudiantes y estrés. Ces Medicina. 2010; 24 (1): 7-17
19. Ortega F, Celis A, Hernández O. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). Psicol. Caribe. 2011; 27 (1).
20. Fuentes N, 2020. Niveles de depresión relacionados con el estrés académico en una muestra de estudiantes de la facultad de odontología UNAM, 2020. Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma De México.
21. Newbury-Birch D, Lowry R, Kamali F. The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study [Internet]. Br Dent J 192, 646–649. 2002 [cited 20 October 2020]. Available from: <http://file:///C:/Users/Personal/Downloads/4801448.pdf>
22. Aguirre A, Reyes G, Martínez B, Caballero M, Sánchez C, Siliceo J, Caracterización del patrón de sueño en estudiantes de la Universidad de Quintana Roo. [internet] Salud.qroo.gob.mx. 2021. [Accessed 14 April 2021]. Available at: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/29/04/04.pdf>
23. Arrivillaga M, Cortés C, Goicochea V, Lozano T. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios [Internet]. Redalyc.org. 2004 [cited 21 October 2020]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64730103.pdf>

24. Amézquita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000 [Internet]. Scielo.org. 2003 [cited 21 October 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32n4/v32n4a03.pdf>
25. Dávila A, Ruiz R, Moncada L, Gallardo I. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile [Internet]. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2011 [cited 21 October 2020]. Available from: <http://file:///C:/Users/Personal/Downloads/17937-1-53247-1-10-20120111.pdf>
26. Moreno A, Medina M. Tabaquismo y depresión [Internet]. Scielo.org. 2008 [cited 21 October 2020]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500009
27. Veytia M, López N, Andrade P, Oudho H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes [Internet]. Scielo.org. 2012 [cited 20 October 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a6.pdf>
28. Zarragoitía Alonso I. Depresión generalidades y particularidades. 1st ed. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

Anexos.

GÉNERO:			
ESTADO CIVIL:			
NÚMERO DE HIJOS	SIN HIJOS	CON 1 HIJO	MÁS DE 1 HIJO
¿CUENTA CON TRANSPORTE PROPIO?	SI	NO	
¿TIENE PRESIONES FINANCIERAS?:	SI	NO	

4	EDAD:		
5	PAREJA ESTABLE:	SI	NO

DEDICACIÓN AL PROGRAMA QUE CURSA:	TIEMPO COMPLETO	TIEMPO PARCIAL	TURNOS
TIEMPO QUE LLEVAS INSCRITO EN EL PROGRAMA			
MI INSTITUCIÓN ES UN LUGAR RELAJADO PARA REALIZAR MIS ACTIVIDADES ACADÉMICAS:	SI	NO	
¿CUENTA CON BECA?	ALIMENTICIA	ECONÓMICA	AMBAS
NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS AL DÍA:			
NÚMERO APROXIMADO DE PACIENTES ATENDIDOS AL DÍA:			

INDIQUE SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL:					
¿EN PROMEDIO, CUÁNTAS HORAS DUERME POR NOCHE?					
¿QUÉ CALIFICACIÓN LE DA A LA CALIDAD DE SU SUEÑO, CONSIDERANDO A 1 ES LA PEOR CALIDAD Y 10 LA MEJOR	10 o 9	8 o 7	6 o 5	4 o 3	2 o 1
FUMA	SI	NO	19	FRECUENCIA AL DÍA:	
¿CON QUE FRECUENCIA CONSUME ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA	NUNCA	1 O MENOS AL MES	2 A 4 VECES AL MES	DOS A 3 VECES A LA SEMANA	4 O MÁS A LA SEMANA
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD:	SI	NO	¿CUÁL?:		
¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	SI	NO	¿CUÁL?:		
DURANTE SU RESIDENCIA EN EL PROGRAMA HA ASISTIDO O ASISTE A ALGUNA TERAPIA, POR EJEMPLO:	PSICOANALÍTICA	COGNITIVO-CONDUCTUAL	OTRA:		
¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA O RUTINA DE EJERCICIO:	SI	NO	MENCIONE CUÁL Y LA FRECUENCIA POR SEMANA:		

ITEM	OPCIÓN ELEGIDA	OPCIONES DE RESPUESTA
1	Tristeza	0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2	Pesimismo	0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3	Fracaso	0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4	Pérdida de placer	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5	Sentimientos de culpa	0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.
6	Sentimientos de castigo	0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.
7	Disconformidad con uno mismo	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.
8	Autocrítica	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9	Pensamientos o deseos suicidas	0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10	Llanto	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11	Agitación	0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12	Pérdida de interés	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.

13	Indecisión	<p>0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
14	Desvalorización	<p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p>
15	Pérdida de energía	<p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>
16	Cambios en los hábitos de sueño	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a. Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a. Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
17	Irritabilidad	<p>0 No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>
18	Cambios de apetito	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3a . No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b. Quiero comer todo el día.</p>
19	Dificultad de concentración	<p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo .</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
20	Cansancio o fatiga	<p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>
21	Pérdida de interés en el sexo	<p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>