



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**“CORRELACIÓN DEPRESIÓN EN MÉDICOS  
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 GABRIEL  
MANCERA CON SU DESEMPEÑO ACADÉMICO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A

CAMACHO RUIZ JESSICA

ASESORES

PSICOLOGA: ROSAURA RUÍZ VELASCO

PSIQUIATRA: GEORGINA CASTILLEJOS VÉLEZ.

MÉDICO FAMILIAR: JAFET MENDEZ LÓPEZ.

MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2012.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## CONTENIDO

<b>Resumen</b>	
<b>Agradecimientos</b>	
<b>Tablas y figuras</b>	
<b>Introducción</b>	
<b>1. MARCO TEORICO</b>	
1.1 Antecedentes	
1.2 Residencias Médicas	
1.3 Desempeño académico y Depresión	
1.4 Planteamiento del problema	
1.5 Justificación	
1.6 Objetivos	
1.7 Hipótesis	
<b>2. MATERIAL Y METODOS</b>	
2.1 Tipo de investigación	
2.2 Diseño de investigación	
2.3 Población, lugar y tiempo	
2.4 Muestra	
2.4.1 Tamaño de la muestra	
2.5 Criterios de selección	
2.5.1 Inclusión	
2.5.2 Exclusión	
2.5.3 Eliminación	
2.6 Variables	
2.6.1 Definición conceptual de las variables	
2.6.2 Definición operacional de las variables	
2.7 Diseño estadístico	
2.7.1 Diseño conceptual de las variables	
2.8.1 Definición conceptual de las variables	
2.8.2 Definición operacional de las variables	
2.9 Diseño estadístico	
2.10 Instrumentos de recolección de datos	
2.11 Métodos de recolección de datos	
2.12 Maniobras para evitar y controlar sesgos	
2.13 Cronograma	

2.14 Recursos humanos, materiales, físicos, y financieros del estudio	
2.15 Consideraciones éticas	
<b>3. RESULTADOS</b>	
<b>4. DISCUSIÓN</b>	
<b>5. CONCLUSIONES</b>	
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	

**“CORRELACION DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 GABRIEL MANCERA CON SU DESEMPEÑO ACADEMICO”**

**Residente: Jessica Camacho Ruíz**, Asesores: **PSICOLOGA ROSAURA RUÍZ VELASCO. PSIQUIATRA GEORGINA CASTILLEJOS VÉLEZ. MÉDICO FAMILIAR: DR. JAFET MENDEZ LÓPEZ.**

**RESUMEN:**

En el presente trabajo se describe la correlación entre el grado de depresión y el desempeño académico entre los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera, Distrito Federal durante el período de Febrero 2012. Debido a los factores de riesgo precipitantes que rodean a los médicos residentes de Medicina Familiar, principalmente el estrés, es común que presenten durante su formación de especialistas algún grado de depresión, aún a pesar de contar con mecanismos de defensa desarrollados. Habrá en este grupo de personas una incidencia mayor de episodio depresivo que lo reportado en la población en general. A su vez se ha descrito que la depresión se asocia de manera negativa con el desempeño académico. Es motivo de este estudio su detección oportuna y tratamiento precoz.

**ANTECEDENTES:**

La depresión es un trastorno de la afectividad que expresa una claudicación psíquica y neurobiológica del sujeto y se manifiesta a través de síntomas psíquicos: tristeza, desmoralización, desinterés, pérdida de la autoestima, llanto y somáticos: anorexia, astenia, pérdida de peso, trastornos del sueño, algias, inhibición. La depresión no es únicamente un problema psiquiátrico, sino también económico y sociosanitario.

**OBJETIVO:** Identificar la correlación de depresión en los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS con el desempeño académico que se lleva a cabo durante la misma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tipo de investigación: Estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional.

Se evaluarán a los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSSa través de la escala de Zung con el objetivo de clasificar el grado de depresión en ellos y correlacionarlo con su desempeño académico.

**PALABRAS CLAVES:** *Residentes Medicina Familiar, Depresión, cuestionario Zung. Desempeño académico.*

**RESULTADOS:** Se concluye que los resultados obtenidos en una muestra de 64 médicos residentes predomina el sexo femenino. La mayor prevalencia de enfermedad crónica se presenta en el sexo femenino. El empleo de las toxicomanías se manifiesta en mayor número en los médicos residentes de primer año en comparación con los de tercer grado. El grado de depresión con agotamiento en médicos residentes: 18 no la presentan y 1 sólo residente resultó con depresión moderada a severa.

En cuanto a la depresión en los médicos residentes se presenta mayor incidencia en tercer año.

Otro resultado señala que los médicos provenientes de provincia no es alta su incidencia en comparación con los del distrito federal. Un elemento importante en los resultados es el desempeño académico con el grado de depresión en los médicos residentes, se observa que un 51% no lo presentan, en comparación con 4 médicos residentes que presentaron depresión de leve a moderada. El mayor desempeño académico se observa en el primer año donde se señala que se obtiene un puntaje de 100.

**ABSTRACT:**

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **ANTECEDENTES**

México cuenta con más de 105 millones de habitantes, tiene un importante desarrollo urbano conseguido a lo largo de los últimos decenios. En México hay más de 80 escuelas de Medicina. En México, los estudios de licenciatura capacitan al profesional para el ejercicio de la práctica médica general; sin embargo, en la vida real esto está muy limitado, tanto en el caso de las instituciones públicas como en el de las pertenecientes al sector privado. Es por ello que al término de la licenciatura muchos médicos optan por realizar la especialidad. (1)

Las especialidades médicas son programas de posgrado universitario que se operan en las sedes hospitalarias del sector salud. Desde 1994 están reglamentados por una Norma Oficial Mexicana que deben cumplir, previo convenio, las instituciones universitarias y el sector salud.

Tradicionalmente, en la profesión médica ha predominado el género masculino. De hecho, no es sino hasta finales del siglo XIX cuando en la Universidad Nacional se graduó la Dra. Matilde Montoya, primera médica mexicana. Este panorama cambió a lo largo de los últimos lustros del

siglo XX, para 1970 cursaba estudios de medicina una mujer por cada cuatro varones, en la actualidad esta relación se ha transformado y las mujeres constituyen casi 50% de la población estudiantil. (1)

El proceso de atención a la salud ha tenido una evolución sin precedentes en los últimos decenios; una evolución que se ha caracterizado por avances tecnológicos en el diagnóstico y en la terapéutica que no hubiéramos podido imaginar apenas hace unos años.

La sociedad, por su parte, exige de manera creciente que los profesionales estén actualizados, actúen con profesionalismo y posean cualidades de excelencia en todos los aspectos cognitivos, psicomotrices y de actitud, implícitos en los diferentes escenarios donde se imparte la atención médica.

La mitad de los médicos que se preparan como especialistas en México forman parte del Plan Único de las Especialidades Médicas (PUEM) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Según el género de los estudiantes, puede decirse que 43% corresponde a mujeres y 57% a varones. El promedio de edad de los alumnos inscritos en posgrado es de casi 31 años y dos de cada tres tienen entre 26 y 30 años. (1)

### **1.1.2 RESIDENCIAS MÉDICAS**

Es conveniente realizar una reflexión respecto de la necesidad de replantear el papel del médico residente dentro del Sistema Nacional de Salud. Es cierto que, por las características y la tradición, resulta necesaria la práctica intensa, pero también es claro que la misma debe ser supervisada. Al respecto, es indispensable replantear la corresponsabilidad de las instituciones de salud con la que toca a las educativas.

El principal propósito de la residencia médica es preparar a los médicos para laborar de manera independiente, durante 3-7 años de entrenamiento adquiriendo la experiencia del cuidado del paciente, sin embargo ello implica largas horas de trabajo, con limitado tiempo para dormir. Los residentes experimentan fatiga en el trabajo, la cual estudios han comprobado que ello incrementa cometer mayor número de errores y accidentes. Sin embargo, muchos médicos

educadores creen que las extensas horas de trabajo son necesarias para los residentes para alcanzar una educación variada y una experiencia necesaria para convertirse en un profesional competente en la complejidad de diagnósticos y tratamientos. (2)

Los médicos residentes acuden de manera constante a su sitio laboral y de estudio, en el hospital viven más de 12 horas al día, conviven con personas de diferentes estados de la República, con diferente ideología y diferentes costumbres, en condiciones poco conocidas para el mismo. Es por ello que el residente, médico en formación durante el transcurso de la residencia presentará algún episodio de depresión, lo importante es reconocerlo a tiempo y establecer medidas terapéuticas que conlleven a su recuperación, tratamiento o seguimiento por parte de un especialista.

Los médicos residentes durante su entrenamiento profesional no cuentan con mucho tiempo para mantener un desarrollo estable. Los siguientes factores influyen en la fatiga:

- 1) Trabajo continuo con más de 16 horas corridas.
- 2) Reducción en las horas de sueño.
- 3) Variabilidad de horario (ejemplo: trabajar de noche)
- 4) Volumen e intensidad de trabajo.

La educación médica de posgrado ha tenido un gran incremento en México durante el último siglo. Este desarrollo incluye todos los aspectos del conocimiento médico, pero el avance y los factores que lo han condicionado han sido distintos para cada área.(1).

La enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas depende de la pasión con la que se enfrente por parte de cada uno de los médicos residentes en formación. La emoción, la decisión, el entusiasmo y el indeclinable esfuerzo por conseguirlo definen, en gran parte la fórmula esencial para la formación profesional de especialistas en las ciencias médicas.

Las residencias médicas son una etapa en donde es obligado pasar de la teoría a la práctica; a la realidad, a la obtención de la experiencia, en el necesario logro de las competencias, indispensables para ser. También son el proceso para privilegiar la acción, la decisión, la aplicación, la consolidación y el reforzamiento de la motivación, obviamente con la base teórica, conceptual y de principios, pero siempre juzgada por los resultados del hacer.

La especialidad de Medicina de Familia fue reconocida como tal en EE.UU, Reino Unido y Canada finales de los sesenta y principios de los setenta.

Los cambios y los intereses de la enseñanza-aprendizaje han estado centrados en las técnicas, formación de profesores, realización y difusión de las investigaciones del campo educativo y de otras afines, implantación de los cambios en todos los niveles. La enseñanza-aprendizaje depende de la disposición de las instituciones formadoras, su participación no para cubrir el trabajo cotidiano con los residentes, sino con la expresa voluntad formadora de nuevos especialistas, profesionales, investigadores y docentes, científicos y ética. (3)

### **1.3 DESEMPEÑO ACADÉMICO Y DEPRESIÓN**

El desempeño académico va más allá de la sola instrucción de los residentes en materia médica. En medicina, formar un buen médico requiere de la obtención de los conocimientos y destrezas necesarios según la especialidad, pero estos dos aspectos no son suficientes. Dado que los médicos trabajan con seres humanos, no sólo enferman de un órgano o sistema, sino que además “padecen” la enfermedad, es necesario que en su formación adquieran una preparación humanística que les permita comprender al individuo que tiene un padecimiento. (9)

Motivo por el cual es prioridad que durante el transcurso de su formación clínica, es decir, durante la residencia médica, se forme, se transforme en un sujeto capaz de tener aptitudes de sanador y manifestarlas en actitudes.

La educación médica es el proceso en el que el residente no sólo adquiere los conocimientos y la conciencia, las destrezas de su especialidad, sino la formación de médicos.

La enseñanza de la clínica en tiempos muy remotos se dio observación las maniobras clínicas que los médicos profesores ponían en práctica con sus enfermos. Durante siglos se basó en el contacto cercano del médico con el enfermo. Durante esos tiempos, la plática con el paciente, en la cual éste relataba sus dolencias al médico, y métodos tan simples como los conocidos de inspección, percusión y auscultación fueron casi los únicos procedimientos del ejercicio clínico, es decir de los recursos que el médico usó para tratar de conocer las causas de la enfermedad.

Las tendencias actuales en la práctica clínica y sus repercusiones en la enseñanza son un asunto de capital importancia. Desde principios del siglo XX, pero de manera explosiva en la segunda mitad del mismo, un sinnúmero de recursos de apoyo al diagnóstico tanto en instrumental de diagnóstico como en estudios de gabinete y de laboratorio clínico se ha puesto a la disposición del médico en ejercicio. Esto ha significado un inmenso avance en las posibilidades del clínico moderno de acceder a diagnósticos más precisos y más oportunos.

Durante la residencia médicas, el alumno pasa del análisis teórico de diversos aspectos de la medicina que obtuvo en la licenciatura, a la aplicación de éstos conocimientos al enfrentar los padecimientos de los enfermos a su cuidado. Durante estos años, el residente tiene la oportunidad no solamente de aprender maniobras clínicas que le proporcionan destrezas propias de su especialidad, sino formarse un criterio en relación con diversos aspectos del ejercicio médico.

En la formación del residente actual, es de la mayor importancia el análisis de diversas situaciones que en la práctica diaria pueden constituir problemas éticos.

El aprendizaje de la medicina en las residencias médicas se da en las muy diversas actividades normales de un hospital de enseñanza. El residente aprende en la visita diaria del cuerpo de médicos de base, principalmente cuando ésta es encabezada por el profesor titular del curso. Aprende en las sesiones clínicas en donde en la explicación de los pormenores de cada caso puede participar de modo gradual; al principio, quizás escuchando las opiniones de médicos de base y de los residentes más adelantados, para después participar de manera activa con mayor actividad cuanto mayor sea su preparación teórica.

Aprende en las sesiones anatomoclínicas, en las que el resultado final del caso pone en claro cuáles de las decisiones clínicas fueron las correctas y cuáles no. En las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, como lo es la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel

Mancera, México Distrito Federal, con frecuencia una de las formas de aprendizaje mayor son las pláticas informales que pueden ocurrir al terminar una visita.

El proceso de aprendizaje se inicia con la atención. El simple hecho de estar despiertos y conscientes nos brinda información de lo que sucede en nuestro entorno. Esta información, de alguna manera pasará a la memoria, pero para que ello suceda con mayor intensidad se requiere de la atención. Poner atención en algo es un proceso selectivo que depende de nuestros intereses particulares y de nuestra disposición para hacerlo.

El ejercicio médico requiere de competencias médica, esto es, conjunto de habilidades, destrezas actitudes requeridas para ejercer la medicina. Las habilidades dan cuenta de la capacidad física y mental para realizar una actividad; las actitudes comprenden el comportamiento del médico ante un suceso; y las destrezas hablan de la precisión con la cual se efectúa una actividad médicas sea técnica, procedimiento o maniobra.

La educación basada en las competencias finales del estudiante de medicina, tanto a nivel de pregrado como de posgrado, tiene muchas ventajas: obliga a diseñar de manera práctica y coherente las materias, concediendo la distinción entre lo esencial y lo no esencial; permite la aplicación de metodología y estrategias educativas diferentes en función de la materia y la dinámica del grupo; incrementa la responsabilidad en el alumno.

Las competencias determinan aquello que debe aprender los estudiantes y lo que debe ser evaluado, además de constituir el eje de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, tanto para el personal participante en la formación del futuro profesional como para las instituciones de salud y la sociedad en general. (4).

En el aprendizaje interactúan múltiples elementos, como: la motivación, las emociones. El aprendizaje es visto desde varios puntos de vista, por ejemplo: para los conductistas es un cambio de conducta observable causado por eventos de ambiente. Para los psicólogos cognitivos es un cambio de disposición para comportarse de una manera determinada como resultado de la experiencia, el estudio, la instrucción, observación y práctica.

El aprendizaje es evaluado a través del proceso de adjudicar notas o calificaciones, las instituciones académicas evalúan y registran los cambios ocurridos en el aprendizaje de los estudiantes. Este proceso se utiliza para que los profesores y maestros provean retroalimentación y los estudiantes adquirasn las competencias necesarias para ejercer su profesión.

Independientemente del sistema educativo en el que se forme, el médico va desarrollando un método propio de organización en el que cada vez más tiene que ir aceptando su propia responsabilidad en su particular proceso de aprendizaje, que implica desarrollar autonomía y preferencias educativas personales. Debe desarrollar la habilidad de ser metódico, disciplinado, lógico, analítico, curioso, creativo, motivado, responsable, todo ello con el propósito de convertirse en un médico competente. Parte fundamental del desarrollo del médico es la transición de la teoría a la práctica, es decir, al mundo real. (5).

El aprendizaje de la Medicina se realiza en la práctica diaria, es decir escenarios clínicos, hospitalarios. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo lo que sucede en la

práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos (Consejo, 2005).

Lo anterior nos permite señalar que los médicos, principalmente los residentes son personal de salud en formación, bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y más aún las laborales pueden altera su estado de ánimo y su salud mental, originado por las exigencias académicas, laborales, exceso de trabajo rígido y repetitivo, escasas horas de sueño que puede manifestarse por ejemplo por cuadros depresivos

#### **1.1.4 DEPRESIÓN**

La depresión es uno de los mayores desafíos para la medicina moderna. Está entre las 5 causas de discapacidad en el mundo en la actualidad y será la primera o la segunda en los próximos 10 años. (3)

La depresión es un trastorno con altísima incidencia y prevalencia en la población general. El paciente que la padece sufre un gran malestar, merma en calidad de vida, mayor morbimortalidad, repercusiones sociofamiliares, laborales, conyugales, etcétera. Por otra parte no siempre son bien diagnosticados y con frecuencia inadecuadamente tratados. Las fronteras con la normalidad no siempre son claras.

Mucho se escribe sobre la depresión como problema sociosanitario debido a su interés por su alta incidencia y prevalencia. Intentar abordar este tema implica tener conocimiento amplio del tema; motivo por el cual se crea confusión semántica al momento de determinar su definición: síntomas, síndrome, enfermedad primaria o secundaria, sentimiento anímico normal y también epistemológico, así como la influencia sobre la fuente propia del enfermo y las fuentes que integran a la psiquiatría biológica: genética, biología molecular, neuroquímica. (5)

En los últimos años, y ante la gran preocupación por la creciente incidencia de la depresión en el mundo, cada vez se está buscando nuevas moléculas que mejoren los resultados y la eficacia de las clásicas. En Estados Unidos el costo anual de los tratamientos de la depresión es de unos 50,000 millones de dólares, que hay pérdidas de trabajo por esta causa también importantes, al igual que una mayor tasa de conductas suicidas y comorbilidad más frecuente de enfermedades físicas, alcoholismo y otros trastornos psíquicos, además de consecuencias socio familiares y laborales.

Al tener la depresión tan frecuente recurrencia, aumentan los riesgos suicidas en el curso evolutivo, además de incrementarse el deterioro psicosocial. Es, pues, un trastorno tendente a la cronicidad equivalente a otros como cardiopatías, hipertensión diabetes, etcétera, que requieren tratamientos continuados. Todo ello está generando grandes esfuerzos por mejorar los diagnósticos y tratamientos adecuados precoces para evitar síntomas residuales del episodio agudo, factor fundamental para evitar cronicidades y recurrencias.

Todas las emociones del ser humano forman parte de un mecanismo de adaptación al medio, lo que no quiere decir, por otra parte, que logren siempre su objetivo. Existen emociones patológicas desproporcionadas en su intensidad e inoportunas en su aparición que se convierten en una fuente constante de sufrimiento. Sin embargo todas ellas vinculan al sujeto a la doble realidad, externa y personal, en la que desarrolla su existencia.

### **1.1.3 DEFINICIÓN**

El mundo actual predispone al sujeto a la depresión por varias razones. En primer lugar, el individualismo característico de las sociedades avanzadas acrecienta la difusa sensación de pérdida y desamparo que, constituye uno de los rasgos fenomenológicos de la experiencia depresiva.

La ruptura de los lazos de filiación tradicionales, el fraccionamiento de la vida laboral en múltiples e inciertos tramos, la pérdida de referentes ideológicos, el aislamiento de una sociedad basada en el consumo privado y la práctica desaparición de lo colectivo como proyecto común, son algunos de los motivos de esa sensación de pérdida.

En segundo lugar, la depresión constituye habitualmente una reacción de impotencia y fracaso individual frente a intentos fallidos por controlar los hilos de nuestra existencia. El depresivo cree que sus pensamientos son verdad solamente porque les tiene, sin necesidad alguna de corroboración externa. No en vano Wittgenstein manifestaba que “los límites de mi mundo son los límites de mi propio lenguaje”, para explicar cómo la realidad personal es en buena parte una construcción verbal de la que van a depender, como en el depresivo, nuestros sentimientos, actitudes y acciones. (6)

El término depresión se utiliza con tres significados básicos: como síntoma, síndrome y como enfermedad. La depresión como síntoma equivale a la vivencia de tristeza, al “sentirse triste”, y se ha vulgarizado para aludir a un estado de ánimo. La depresión como síndrome es accesible al diagnóstico clínico y psicopatológico y supone un conjunto de síntomas Y la depresión como enfermedad sería la entidad nosológica definida a partir del conocimiento de su etiopatogenia. (6)

La depresión es un sufrimiento individualizado cuyas derivaciones van más allá del sujeto mismo, ya que este sólo puede interpretar su amargura a través del filtro de significados que le proporciona su propia cultura.

El aprendizaje más significativo de la medicina tiene lugar en los escenarios clínicos ambulatorios y hospitalarios, en los que la vivencia de enfrentarse a problemas clínicos reales en un entorno laboral propio constituye un tesoro de educación por experiencia directa, individual o colectiva, que propicia un aprendizaje más profundo y duradero. (7)

### **1.1.4 EPIDEMIOLOGÍA.**

En comparación con otras enfermedades médicas, el diagnóstico de depresión es muy común. Su aparición es frecuente aún en ámbitos médicos no psiquiátricos, en pacientes que padecen enfermedades crónicas y durante la recuperación de procesos médicos agudos.

Desde un punto de vista práctico, esta afectación de la función cognitiva interferiría con las actividades habituales de la vida, así como con el desempeño de tareas cognitivas importantes para algunos procesos terapéuticos. (6)

Los estudios epidemiológicos a gran escala nos han proporcionado una visión detallada de la prevalencia de la depresión mayor en la vida cotidiana. Aunque las estimaciones de prevalencia

para trastornos del humor varían según los modelos de clasificación seguidos, los diferentes métodos de evaluación y los criterios temporales empleados, la magnitud del problema ya puede observarse en los datos realizados en Estados Unidos por la National Comorbidity Survey: NCS. (7)

Ciurana (Ciurana MR. Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. Atención Primaria 2002; 29(6): 329-337) menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. Se calcula que en cuanto al género se presenta en un 8 al 12% en varones y de un 20 a 26% en mujeres, observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón. La distribución de esta manera ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque se desconoce la causa, probablemente la explicación sea una combinación de diferencias relacionadas con: estilo cognitivo, ciertos factores biológicos, alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer.

El campo de la epidemiología psiquiátrica ha identificado una serie de factores de riesgo para padecer un episodio de depresión mayor. Sin embargo, como cualquier estudio no experimental no se puede distinguir la asociación de la causalidad. Cuatro factores de riesgo destacan en la consistencia de su asociación con la presencia de depresión mayor, y el nivel de evidencias encontrado sugiere que al menos parte de la asociación se debe a verdadera causalidad: género, acontecimientos vitales estresores, experiencias adversas durante la niñez y ciertos rasgos de personalidad. (7).

## FACTORES PREDISPONENTES

Se entiende por factores predisponentes aquellos acontecimientos vitales que han ocurrido durante la infancia o la adolescencia, predisponiendo a la depresión en edad adulta.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2003, señala que la prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%. Se menciona que la cobertura médica de los eventos depresivos, de acuerdo con los datos de la encuesta, la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2500,000. De estas mujeres, sólo 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, poco más de 800,000 mayores de 18 años de edad en el país, habían padecido depresión en el último año. El antecedente de diagnóstico es más frecuente entre los sujetos que gozan de algún tipo de aseguramiento médico. (8)

### 1.1.5 CLASIFICACIÓN.

La depresión mayor es un síndrome, conjunto de síntomas y signos que se traducen por cambios de ánimo, bradipsiquia, bradicinesia, alteraciones en el sueño, apetito y reposo, merma en actividad, dificultad para funcionar, astenia o fatiga, a motivación creciente,. En todos, para el diagnóstico, ha de explorarse el inicio del cuadro, edad, tipo, los signos y síntomas más sobresalientes, la personalidad previa, la historia familiar de trastornos afectivos, historia natural de la enfermedad, pruebas complementarias, exploraciones psicopatológicas.

### **1.1.6 FACTORES DE RIESGO**

En estudios prospectivos de depresión se ha encontrado que los factores que aumentan el desarrollo de depresión durante la residencia son: sexo femenino, neurosis. (3)

En prácticamente todos los estudios disponibles sobre el tema, el factor desencadenante es una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para ser realizado. La sobrecarga laboral y presión del tiempo para realizar un determinado trabajo, una determinada actividad, son los factores comunes y constantemente relacionados con la aparición del agotamiento emocional.(5)

Otros factores relacionados con el trabajo y que han sido relacionados como factores crónicos desencadenantes son: falta de información o incapacidad de desarrollar de manera satisfactoria el trabajo encomendado; carencia de apoyo de los supervisores encargados del área, ausencia de retroalimentación positiva y reconocimiento en el trabajo; percepción de inequidad; incompatibilidad de los valores éticos personales con los de la institución, y falta de autonomía y autodeterminación en la resolución de problemas que puedan ser por último resueltos de manera satisfactoria por el médico residente.

El síndrome se presenta con más frecuencia en gente joven (entre los 30 y 40 años o menores) probablemente debido a impericia laboral. Los rasgos de personalidad vinculados más a menudo son: baja autoestima, actitudes pasivas y rígidas con dificultad de adaptación al entorno e individuos con altas expectativas de desarrollo.

El interno y el residente son elementos jóvenes que aún no han adquirido las destrezas necesarias para enfrentar los problemas de salud que, de manera cotidiana, se le presentan. Dependiendo del entorno en que se encuentran, pueden enfrentarse a estos problemas complejos con grados variables de responsabilidad y con una autonomía restringida a las distintas escalas de decisión. Con frecuencia ha idealizado el ejercicio de la medicina, y las expectativas de desarrollo profesional de los médicos jóvenes y estudiantes son, en la mayoría de los casos, muy altas. En este ambiente, súbitamente se enfrentan a cargas laborales, van más allá de los límites personales de capacidad para superarlas y que exigen demasiada concentración y dedicación.

Dos factores agregados que actúan como desencadenante han sido ampliamente reconocidos: el estrés y la privación del sueño.

El estrés se deriva de una responsabilidad que va, con frecuencia, más allá de sus capacidades para enfrentarla; a ella se suman factores de incertidumbre en el futuro; dificultades económicas, relaciones familiares con poca tolerancia a los horarios de la residencia y el internado; la incertidumbre de haber escogido la carrera correcta y la competitividad profesional. A este estado de estrés, con sobrecargas laborales e importantes responsabilidades se suma la frecuente privación del sueño por las horas de guardia a las que se ven sujetos.

La privación del sueño en medicina, es esta etapa formativa de los residentes, es una de las características inherentes a la medicina y, probablemente, sea la más notable entre las diferentes profesiones, pues excede, con mucho a lo autorizado para otros trabajadores como los de aviación, transporte y trabajadores de la industria. (10).

El efecto de la privación del sueño en el desempeño laboral y académico y en la seguridad de la atención médica ha sido ampliamente estudiado y recientemente sujeto a regulaciones normativas, pues está demostrado que la privación crónica altera la concentración y capacidad de decisión, pudiendo incrementar la frecuencia de errores médicos con consecuencias letales. (9). Esta privación del sueño y sus consecuencias en la atención y capacidad de desarrollar destrezas, después de 24 horas de permanecer alerta, sin descanso, es equivalente a tener concentraciones de alcohol en sangre del 0.10%, lo que conduce a errores médicos y a alteraciones del estilo de vida y en las relaciones sociales y familiares.

El trabajo en urgencias supone la interacción con un elevado número de paciente con gran diversidad y complejidad de afecciones con aspectos intrínsecos y difícilmente modificables, así como aspectos extrínsecos o circunstanciales, potencialmente modificables. A estas condiciones de trabajo se unen componentes emocionales de la situación de urgencias que afectan tanto a pacientes y familiares.

En párrafos anteriores se ha mencionado el factor stress para la aparición de depresión en médicos residentes, motivo por el cual se describe a continuación.

Se divide al síndrome en tres etapas:

- 1) Reacción de alarma: reacción del organismo a estímulos a los que no está adaptado. Contiene las fases: a) fase de choque: taquicardia, pérdida del tono muscular, disminución temperatura, hipotensión b) fase de contra choque movilización de una fase defensiva, incremento corticoides.
- 2) Etapa resistencia: adaptación del organismo al estresor junto con la consecuente mejora y desaparición de los síntomas. La mayoría de los cambios morfológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma desaparecen durante este período y otros se revierten.
- 3) Etapa de agotamiento: se presenta si el estresor es suficientemente severo y prolongado.

Implica un conjunto complejo de variables que funcionan a diferentes niveles y que interactúan entre sí diacrónicamente. El estrés implica ciertos elementos esenciales como la presencia de agentes externos o internos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento y un complejo de respuestas psicológicas y fisiológicas que suelen definirse como reacción al estrés.

Sandin (11) señala que el modelo se estructura sobre la base de 7 etapas:

1-Demanda psicosociales: agentes externos causales primarios del estrés (ambientales). El estatus socioeconómico suele asociarse a más estresores psicosociales.

2-Evaluación cognitiva: suele ser consciente.

3-Respuesta de estrés: 3-Respuesta de estrés: incluye el complejo de respuestas fisiológicas, como las neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo; incluyendo las respuestas psicológicas. Implican sobre todo al sistema neuroendocrino: liberación de catecolaminas y cortisol (activación del simpático e inhibición del parasimpático (10). Las respuestas psicológicas relacionadas con el estrés son fundamentalmente de tipo emocional, y particularmente suelen tratarse de respuestas de ansiedad y/depresión.

4-Afrontamiento: se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes, así como también para suprimir el estado emocional del estrés. Estas cuatro fases, interaccionan constantemente en un proceso dinámico. Una descripción de las diferentes formas de afrontamiento que suele utilizar la gente para afrontar el estrés se encuentra en el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés de Sandín y Chorot(11).

5-Características personales: incluye un conjunto de variables que pueden influir sobre las cuatro etapas anteriores, incluye: tipos de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza, etc. Las características personales pueden influir en las estrategias de afrontamiento; se han señalado en la literatura científica diferentes formas de recursos individuales de afrontamiento: locus de control, el sentido del optimismo, la resiliencia, etc.

6-Características sociales: incluyen el apoyo social, el nivel socioeconómico y las redes sociales. Incluye el apoyo social percibido tanto como el recibido, los efectos más significativos son el apoyo percibido.

7-Estatus de salud: más que una fase del proceso de estrés se trata de un resultado del mismo. Este estado de salud, tanto psicológico como fisiológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores.

Los agentes externos psicosociales estresantes incluyen: demandas psicosociales o estrés psicosocial, uno centrado en los denominados sucesos vitales o sucesos vitales mayores y otros conocidos como estrés diario o sucesos menores. (11).

Se ha investigado el efecto de sucesos vitales sobre la salud. Generalmente se selecciona un caso o un grupo de casos que han sufrido un acontecimiento vital altamente traumático. En estos tipos de investigación se hace un estudio psicopatológico intensivo sobre el caso o grupo de sujetos. (10).

El Inventario de Experiencias Reciente: SER es el primer instrumento psicométrico desarrollado por Holmes; incluye una lista de sucesos vitales en la que el sujeto debe señalar los que le han ocurrido en un periodo de tiempo reciente. (Holmes, 1989). Actualmente los cuestionarios sobre sucesos vitales se fundamentan de forma explícita con la SER.

Otros síntomas producto del estrés laboral que pueden presentarse durante la residencia y que no necesariamente están relacionados con el síndrome: pérdida del apetito, pérdida del sentido del humor y alteraciones durante el sueño. No es de extrañar que en el grupo de residentes exista entonces una mayor tendencia a la depresión clínica y al abuso de alcohol. (4)

### **1.1.7 FISIOPATOLOGIA**

La genética epidemiológica indica que en adición a los eventos estresantes, los factores genéticos juegan un rol importante en la etiología de la depresión. El gen con mayor número de investigaciones acerca de la etiología de la depresión es: SLC6A4, el cual codifica la proteína transportadora de serotonina. La serotonina transportadora es una proteína transmembrana localizada en la membrana pre sináptica de las neuronas serotoninérgicas. Este lugar es el objetivo principal en el tratamiento de la depresión con los medicamentos antidepressivos, como los antidepressivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptura de serotonina.(3)

Caspi y colaboradores han reportado una interacción entre un promotor polimórfico que altera este locus (5-HTTLPR) y los eventos estresantes en el desarrollo de la depresión. Ellos encontraron que personas que no experimentaban eventos estresantes, el gen 5-HTTLR no fue asociado con síntomas depresivos. (3)

El concepto de mecanismos de defensa ha sido de utilidad en las psicoterapias de inspiración analítica, y es necesario conocerlo para comprender las modificaciones de enfoque terapéutico desde los escritos iniciales de Sigmund Freud hasta nuestros días.

El uso del término defensa en psicoanálisis viene de los trabajos iniciales de Freud, cuando éste desarrollaba sus teorías acerca del tratamiento psicológico de las neurosis, a fines del siglo XIX; ya en 1894, en su escrito *Las neuropsicosis de defensa*, preludió Freud su idea de que para evitar ideas o sentimientos que disparaban afectos disfóricos, la persona recurría a mecanismos inconscientes que se oponían a esas ideas o sentimientos, logrando así hacerlas menos molestas. Estos procesos mentales, fuera de la conciencia (o como lo precisó después, del Yo), fueron desde entonces denominadas defensas. Más adelante Freud precisó variedades particulares utilizadas en diversas patologías.

Una defensa específica, la “represión”, usada primero como sinónimo de defensa, después fue estudiada como el proceso defensivo central, al formular Freud su teoría económica, en la cual se planteó que existía una energía específica que ayudaba a mantener las pulsiones prohibidas fuera del consciente.

Más adelante, al formular su teoría estructural, en *Inhibición síntoma y angustia* (1923), Freud ligó las defensas con los cuadros ansiosos, y planteó que la represión no era una consecuencia, sino la causa de la angustia, y que era sólo uno de diversos procesos mentales inconscientes que pretendían evitar que el Yo fuera abrumado por pulsiones, a cuales podían ser, o bien positivas (libidinales), o negativas (agresivas). La activación de las defensas no era sólo hecha desde la realidad externa, sino desde el interior, donde Freud postuló una agencia especializada, el Super Yo.

En 1936 Anna Freud, hija de Freud en su obra *El Yo y los mecanismos de defensa*. Postuló la necesidad, no sólo de mostrarle al paciente cuáles eran los mecanismos empleados, sino que también especificó la técnica analítica para modificarlos, construyendo una lista detallada de ellos, y ejemplificándolos con el desarrollo adolescente. Mostró que las defensas no eran necesariamente patológicas, sino que formaban parte del desarrollo normal.

Principales defensas según Anna Freud: represión, regresión, formación reactiva, desplazamiento, proyección, aislamiento, deshacer lo hecho, retroflexión hacia el Yo, transformación en lo contrario, identificación con el agresor, rendición altruista. Según Melanie Klein: escisión entre objeto y pulsiones, escisión del yo, idealización, negación de la realidad interna y externa, proyección, omnipotencia, identificación proyectiva.

Una descripción actualizada de las principales defensas es la que proporciona Willick en el diccionario de psicoanálisis de Burness y Moore. Señala que la mayoría de las operaciones defensivas no actúan aisladas, sino en asociación con otras defensas, y las define como “procesos mentales inconscientes, componentes del conflicto psíquico y de la formación de compromiso, con aspectos evolutivos y dinámicos”. Son procesos normales del funcionamiento psíquico, que se tornan patológicos si se utilizan en forma tan rígida y persistente que se transforman en un aspecto prominente de la estructura psíquica o en rasgos centrales de una

patología del carácter o de la organización de la personalidad. Entre las defensas descritas se encuentran:

**Negación:** no acepta, reconoce o cree en un aspecto de la realidad. Se aplica en forma amplia en toda situación en la cual la persona no reconoce afectos dolorosos, ejemplo: el paciente maníaco que no reconoce hechos que le deberían entristecer.

**Desplazamiento:** una idea o emoción que se alberga hacia una persona se reprime y luego es vivenciada hacia otro objeto que la representa. Ejemplo: un niño puede estar encolerizado con uno de sus padres, y puede no experimentar ninguna emoción negativa hacia ellos, pero estar furioso con un profesor o maestra del colegio. Ejemplo: fobias y estar enojado con una persona.

**Identificación:** sentir, pensar o actuar como otro significativo en el entorno del paciente; por lo regular uno de los padres. En una variedad de esta defensa, la identificación con el agresor, el paciente se comporta como un padre castigador, tratando como lo hicieron con él de niño.

**Intelectualización:** la energía pulsional se transforma en actividades intelectual. Es una defensa en la cual la persona da una explicación lógica para convencerse a sí mismo o a su entorno, de conductas que están pulsionalmente motivadas. Así evita la culpa o un daño a su autoimagen, al tener buenas razones para proceder como lo hizo.

**Aislamiento:** típica de los obsesivos, consiste en separar el afecto de las ideas ligadas con él. Con frecuencia se ve en personas que hablan con frialdad de la enfermedad grave de un pariente cercano, de las infidelidades de su pareja sin expresar mayor emocionalidad. Se constituye así en otra resistencia al cambio terapéutico

**Proyección:** se ponen de manifiesto otros pensamientos, emociones o impulsos propios, sin conciencia de que proceden de uno mismo. En un inicio normal, en sus formas patológicas se encuentran típicamente asociado a fallas en la prueba o juicio de la realidad.

**Formación reactiva:** maniobra propia de los obsesivos, consiste en reemplazar una actitud inconsciente por la opuesta: la persona que tiene sentimientos agresivos sólo muestra actitudes generosas o positivas hacia el ser odiado.

**Regresión:** maniobra fundamental en la vida psíquica, aparece en el desarrollo normal y patológico, y consiste en el retroceso a conductas propias de etapas más tempranas, tales como el niño que vuelve a chuparse el dedo cuando nace su hermanito.

**Sublimación:** mecanismo normal del desarrollo, produciéndose en caso de personas que parten con un derivado pulsional abierto, el cual es transformado en una conducta socialmente aceptada y creativa.

**Retroflexión en sí mismo:** desplazamiento de la agresión hacia otro en el propio paciente. Se presentan no sólo en las depresiones, sino en los caracteres masoquistas, donde el Súper Yo es muy crítico del propio sujeto.

**Deshacer lo hecho:** propia de los obsesivos consiste en repetir en sentido contrario un acto que en un inicio expresó una pulsión, sea agresiva (como los que revisan cuidadosamente que todo esté apagado antes de acostarse), sea sexual (como la mujer que se viste de modo recatado después de contemplarse desnuda al espejo).

NIVEL DEFENSA	EJEMPLO DE REPRESENTACIÓN CONSCIENTE	POSIBLE DIAGNOSTICO DSM
Sin defensa	Odio a mi padre	Psicosis reactiva breve
Defensas psicóticas: negación	Nací sin tener un padre	Psicosis reactiva breve
Defensas inmaduras		
Proyección	Mi padre me odia	Trastorno de personalidad paranoide
Pasivo-agresivo	Me odio a mi mismo	Trastorno dístimico
Actuación	Sin pensarlo le pegué a un policía	Trastorno de personalidad antisocial
Fantasía	Sueño con matar gigantes	Trastorno de personalidad esquizoide
Defensas intermedias: neuróticas		
Disociación	Bromeo con mi padre	Trastorno disociativo atípico
Desplazamiento	Odio al perro de mi padre	Fobia simple
Aislamiento o intelectualización	No me gusta la conducta de mi padre	Trastorno obsesivo-compulsivo
Represión	No se porque me altero así	Trastorno generalizado de ansiedad
Formación reactiva	Amo a mi padre y odio a sus enemigos	Trastorno generalizado de ansiedad
Defensas maduras		
Supresión	Me disgusta mi padre pero no se lo cuento	
Sublimación	Le gano a mi padre en el ajedrez	
altruismo	Apoyo a personas con problemas con sus padres.	

**MODELO BIOLÓGICO:** La depresión es un sufrimiento individualizado cuyas derivaciones van más allá del sujeto mismo, ya que este sólo puede interpretar su amargura a través del filtro de significados que le proporciona su propia cultura.

En algún momento de su vida una persona comienza a percibir sensaciones desconocidas y desagradable: tristeza, apatía, falta de interés por las cosas, etcétera. A continuación se disparan las alarmas en busca de una explicación razonable a lo que le está pasando. Si el malestar continúa un especialista determinará el cuadro.

**MODELO PSICOSOCIAL:** entendemos aquellas elaboraciones teóricas que sitúan las causas de la depresión en un proceso de interacción continua entre el sujeto y un ambiente al que trata de adaptarse con más o menos éxito. Todos ellos comparten una visión proactiva del ser humano en el desarrollo y modificación de sus actitudes, creencias, alteraciones y estados anímicos, lo que les contraponen al fatalismo del médico del modelo anterior, donde el sujeto debía sufrir estoicamente los efectos de un desequilibrio biológico ante el que nada podía hacer.

Sin embargo, este no es un proceso individual, sino intersubjetivo. El ambiente en el que nos movemos, actitudes, preferencias y valores, los criterios mediante los cuales juzgamos el éxito y el fracaso de nuestras acciones y de la de los otros, en suma, todo aquello que nos individualiza pero al mismo tiempo nos convierte en elementos de una cultura común, lo adquirimos en un medio social y socializador.

**MODELOS COMPARTAMENTALES:** Estas teorías atribuyen las causas de la aparición y el mantenimiento del trastorno depresivo a una disminución en la tasa de refuerzos positivos que el sujeto obtiene cuando lleva a cabo ciertas conductas. Los primeros modelos explicativos de carácter comportamental fueron formulados por Feaster (1956) y Lewinsohn (1974). Este último precisa que el elemento clave en el desarrollo de la depresión, no es el hecho de que se produzca una pérdida de reforzadores positivos, sino que el sujeto no los recibe contingentemente a sus respuestas.

**MODELOS COGNITIVOS:** Destacan el modo en que el deprimido construye la realidad subjetiva que padece a través de sus pensamientos y esquemas mentales. Aunque estos modelos no son un todo homogéneo, actualmente pueden distinguirse unos 20 enfoques distintos, los que les hace pertenecer a un paradigma común es el énfasis que conceden a las estructuras de significados y a los procesos de elaboración de la información por parte del sujeto citado por Semerari (10). Todos ellos destacan la estrecha vinculación existente entre nuestros estados emocionales y comportamientos, por un lado, y el discurso interno utilizado para construir y organizar nuestra realidad experiencial.

Beck conceptualiza la depresión, no como un trastorno afectivo, sino como una consecuencia directa de la deformación en el modo de pensar y razonar del sujeto. La falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo, el afecto negativo o la pasividad son simples manifestaciones secundarias, consecuencias de este modo erróneo de interpretar la realidad y de actuar sobre ella.

Pero no son solamente los contenidos de pensamiento el elemento decisivo al momento de determinar cómo nos sentimos. Las reglas de inferencia utilizadas para extraer conclusiones y las estructuras estables de significados que dirigen nuestros pensamientos y conductas, son igualmente importantes.

Beck designa con el término de esquema cognitivo a aquellas estructuras que nos permiten codificar información y dar un significado coherente a los datos percibidos, aquellos que nos sirven para construir nuestra realidad subjetiva. Cuando estos esquemas mentales están basados en reglas de inferencia lógicas e ideas verificables. En estos casos, nuestras hipótesis, pensamientos, conjeturas y conclusiones reciben el respaldo de unos hechos que son la medida de nuestra racionalidad, y en última instancia, de nuestro equilibrio emocional.

Sin embargo como señala Beck, cuando la persona padece algún tipo de desorden psicológico o afectivo, estos esquemas interpretativos distorsionan la manera en la que percibimos los hechos, condicionando negativamente nuestros estados de ánimo y las estrategias con las que afrontamos las dificultades.

El deprimido tiende a verse a sí mismo como un sujeto incompetente, carente de valor e incapaz de afrontar las dificultades más insignificantes de su mísera existencia. Percibe el mundo como un lugar hostil e inhóspito del que tiene que protegerse, mientras que el futuro es para él un

territorio de desesperanza donde los quebrádoos y amarguras actuales se repetirán con inusitada virulencia.

### 1.1.8 CUADRO CLINICO

La depresión es una enfermedad orgánicas con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo, dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social), también involucrado un componente bioquímico cerebral.

La tristeza patológica constituye el síntoma nuclear de la depresión, aunque también pueden expresarse otros afectos como: la indiferencia, la disforia, anhedonia, síndrome depresivo, irritabilidad. El síndrome depresivo en un principio puede cursar con cualquier alteración sintomática de la afectividad incluida en la psicopatología de la afectividad. (2) Algunos síntomas que definen el síndrome depresivo:

- a) Tristeza patológica: o humor depresivo, se caracteriza por cualidad negativa, fácilmente comprensible. La expresión verbal es falta de ilusión, pena, vacío interno.
- b) Disforia: sensación difusa de malestar general. Se origina al confluir diferentes emociones: ansiedad, malhumor, sufrimiento angustioso, irritabilidad. Puede constituir un síndrome disfórico.
- c) Anhedonia: disminución de la capacidad de obtener placer en circunstancias que con anterioridad si lo procuraban.
- d) Ansiedad y angustia: ansiedad está presente en los pacientes deprimidos, pero por sí sola constituye un síndrome patológico.
- e) Irritabilidad: reacciones desproporcionadas e injustificadas ante los estímulos.
- f) Apatía en el contexto depresivo: indiferencia que invade por completo al paciente.

Se distingue entre alteraciones del pensamiento (o propiamente cognitivas), alteraciones de la sensorpercepción y alteraciones cognoscitivas.

**ALTERACIONES PENSAMIENTO:** las cogniciones del paciente siguen un curso lento (bradpsiquia). Se manifiesta con dificultad para generar ideas, dudas, escrúpulos morales, monotonía en las ideas.

El contenido del pensamiento en los enfermos depresivos se caracteriza por su totalidad negativa, pesimista, desagradable y que puede abarcar un amplio campo de preocupaciones y penalidades que incrementan su sufrimiento. En este contexto aparecen ideas recidivantes de muerte y suicidio, así como idea sobrevaloradas y/o delirantes. Las ideas pueden adquirir características delirantes de diversas temáticas como; hipocondríacas, incapacidad de culpa, de ruina e incluso ampliarse a un delirio nihilista (negación de la propia existencia).

**ALTERACIONES SENSORPERCEPCION:** las alucinaciones verdaderas, como manifestaciones clínicas de la depresión son muy poco frecuentes. Algunos autores señalan porcentajes significativamente altos: Popescu y colaboradores describen alucinaciones auditivas en un 15% y Lykouras las encuentra en un 29-50% de los pacientes psicóticos. Las alucinaciones predominantemente auditivas no suelen ser elaboradas y se concretan en voces que riñen o

increpan sobre errores o conductas realizadas por el paciente. Las alucinaciones táctiles y olfatorias e incluso visuales, atribuibles con más frecuencia a procesos somáticos, pueden aparecer en las depresiones, en la mayoría de los casos combinados con otro tipo de alucinaciones.

**ALTERACIONES COGNOSCITIVAS:** la mayoría de los pacientes deprimidos están orientados en cuanto así mismos, al lugar y al tiempo, aunque algunos de ellos no responden a las preguntas que el examinador les formula sobre estos aspectos durante la entrevista.

No hay una teoría completa que explique estas alteraciones. Las funciones implicadas entre otras han sido: la atención, la memoria, la capacidad de aprendizaje, la fluidez verbal y el tiempo de reacción.

**SINTOMAS SOMATICOS:** La frecuencia y la gravedad de los síntomas somáticos se incrementan, en líneas generales, con la gravedad de la depresión.

Trastornos vegetativos: destaca la astenia, fatigabilidad en el contexto global de vitalidad, más marcada durante las primeras horas del día: cefaleas atípicas, algias diversas, trastornos digestivos, sequedad boca, dispepsias, pérdida de interés en el sexo.

Trastornos ritmos vitales: alteración *ritmo circadiano actividad-descanso* esta alterado. Durante la mañana los pacientes se encuentran adinámicos, asténicos y con falta de vitalidad e iniciativa. *Ritmo del sueño:* el enfermo suele conciliar el sueño al acostarse sin embargo se despierta antes de lo habitual (insomnio de segunda, tercera fase). *Ritmo estacional:* reapariciones sintomáticas en primavera y otoño.

**SINTOMAS CONDUCTUALES.** El llanto inmotivado, las alteraciones en la actividad psicomotora, la disminución del rendimiento en diferentes aspectos de la vida diaria y la tendencia al aislamiento. Probablemente los intentos de suicidio y el suicidio son las conductas más graves que pueden manifestar la existencia de clínica depresiva intensa.

### **1.1.9 DIAGNÓSTICO**

La detección de los signos y síntomas de la depresión han de realizarse en el marco de una exploración general del estado mental del paciente. La exploración de las funciones cognoscitivas, del humor, afectividad y sentimientos, la exploración del pensamiento y de la sensopercepción, la recogida de los síntomas somáticos y el análisis conductual facilitarán la delimitación del síndrome depresivo que estamos evaluando.

Las escalas de evaluación son instrumentos diseñados con la finalidad de asignar valores numéricos a la sintomatología clínica. La depresión es una enfermedad en la que no hay síntomas patognomónicos, pero hay una serie de síntomas bien establecidos.

El uso de los distintos instrumentos de evaluación nace de la necesidad de la psiquiatría moderna de comunicar experiencias científicas con una alta fiabilidad. Esto se ha conseguido gracias a los criterios diagnósticos operativos (17), las entrevistas clínicas estructuradas y las escalas de evaluación de síntomas y/o cambios, como la publicada hace más de 40 años por Hamilton (Hamilton, 1960) de uso generalizado.

## ESCALAS AUTOADMINISTRADAS

En 1967, Holmes y Rahe construyeron una escala con 43 reactivos, estos investigadores eligieron los 43 acontecimientos que consideraron más estresantes (en el sentido de exigencia adaptativa) en la vida de la personas y a cada acontecimiento le otorgaron un puntaje entre 0 y 100. Llamaron a esta escala de Acontecimientos Vitales (Life Events Scale). Se presenta una lista de situaciones estresantes tomando como referencia el valor 50, dado de manera arbitraria al matrimonio, por los cambios adaptativos que éste implica. Una persona puede encontrarse en dos o más situaciones estresantes al mismo tiempo. Estos acontecimientos pueden variar según las personas y las culturas, según la valoración personal y social de los acontecimientos. En 1988, Hobson y otros investigadores hicieron una revisión y actualización de la escala de Holmes y Rahe, en donde se ampliaron los reactivos a 51, ésta se validó en EUA con una amplia muestra nacional. Con el paso del tiempo, se presentan situaciones que se han ido tornando más frecuentes y que fueron poco a nada contempladas en su momento, tales como los ataques terroristas, los secuestros, los despidos masivos, las persecuciones políticas o desastres naturales, las intolerancias religiosas.

En algunos pacientes, los acontecimientos vitales estresantes se concentrarían, en especial en las tres o cuatro semanas previas a la descompensación, sin que exista consenso acerca de si dichos acontecimientos son causa, consecuencia, o sólo epifenómeno de la enfermedad. Algunos pacientes contribuirían a la precipitación de los episodios patológicos al generar cambios estresantes en sus vidas, tales como mudanzas o migraciones. En cuanto al medio ambiente familiar, las actitudes hostiles, críticas y de excesiva implicancia emocional de los familiares hacia el paciente, se relacionarían, en ciertos casos, con las recaídas.

Según Kendler, existen acontecimientos que pueden considerarse personales (asaltos, divorcio, problemas financieros, problemas domésticos, pérdida de trabajo, problemas laborales), y otros que dependen de la red social del individuo (constituido por esposa, hijo, padres, hermanos), consistentes en: a) dificultades de envergadura para vincularse con un individuo de la red b) crisis personal severa, muerte o enfermedad grave de un miembro de la red. Los individuos siempre tienen una tendencia estable para involucrarse en situaciones con alta probabilidad de producir un acontecimiento vital estresante. Asimismo los factores de riesgo genético para los acontecimientos vitales estresantes se correlacionan de manera positiva con los de riesgo genético para la depresión mayor y, por tanto incrementan la vulnerabilidad para dicha depresión.

De acuerdo con Suzanne C. Kobasa, las personas que experimentan altos niveles de estrés sin enfermar tienen una estructura de personalidad diferente de la de personas que enferman debido al estrés. A esta característica diferencial se le denomina fortaleza. Estas personas tienen tres rasgos en común: a) la creencia de controlar o influir sobre los acontecimientos de su experiencia b) la capacidad de sentirse comprometidos en forma profunda con lo que hacen c) la vivencia del cambio como un desafío enriquecedor para el desarrollo personal. Se presume que el mecanismo por el cual los acontecimientos vitales estresantes producen alteraciones psicoafectivas es fisiológico, sin embargo, la fortaleza como característica de la personalidad, influye sobre el mismo. A partir de este tipo de contribuciones se va produciendo un cambio de perspectiva que pone el énfasis en aquellos que hace que una persona pueda adaptarse a los cambios, resistir las adversidades de la vida y aprender y crecer con las experiencias tanto positivas como negativas.

Las investigaciones que han seguido esta línea de pensamiento se han centrado en las estrategias de afrontamiento de las situaciones adversas y/o conflictivas de la vida como valor adaptativo, y se emparentan con los modelos del psiquismo, que inauguran un paradigma centrado en la salud como contrapuesto al centrado en la enfermedad.

En esta misma línea conceptual e investigativa, en 1990, Charles J. Holahan y Rudolf H. Moss, observaron que algunas personas mejoran su adaptación psicológica después de experiencias negativas. Encontraron que los individuos que poseen más recursos personales y sociales son proclives a estrategias de afrontamiento más bien activas y emplean en menor medida estrategias de evitación. Estos autores exploraron de qué modo los estresores de la vida brindan una oportunidad para el crecimiento psicológico al fortalecer los recursos personales y sociales. Los autores encontraron que cuando, un sujeto es resistente a la enfermedad, sus recursos se relacionan de manera directa con su funcionamiento psicológico propio, tanto en forma interactiva en su relación con los demás. Estos desarrollos se relacionan con el modo en que actualmente se entiende el concepto de RESILIENCIA, según el cual el sujeto puede afrontar de manera adecuada el estrés gracias, no sólo a su fuerza propia, sino, y muy en especial a su capacidad de poder beneficiarse de la presencia de un sujeto mayor capaz de auxiliarlo, comprenderlo y acompañarlo en la superación del acontecimiento en cuestión.

En cuanto a la relación entre acontecimientos vitales estresantes y depresión, aunque muchas investigaciones hallaron cierta correlación entre la ocurrencia de estos eventos y el inicio posterior de un cuadro de depresión mayor, no existe certeza en cuanto a la naturaleza de esa relación. Los acontecimientos que pueden precipitar un episodio depresivo son de un tipo peculiar, como aquellos que se refieren a pérdida, sean éstas de tipo interpersonal u objetivas, pero también pérdidas de partes del propio cuerpo (visibles o no)

Desde el punto de vista psiconeurológico, la depresión se acompaña de un aumento del cortisol circulante, el cual incide de manera negativa sobre algunas estructuras cerebrales relacionadas con la cognición como el hipocampo. La depresión y la ansiedad son, con frecuencia una manifestación de la respuesta al estrés, y se asocian con el exceso de ACTH que se encuentra en estos estados. La hormona liberadora de ACTH se encuentra en el hipotálamo y se relaciona con la amígdala, la corteza cerebral y sobre todo con la corteza prefrontal, mediante cuyas estructuras determina efectos conductuales y corporales. Muchos de los síntomas biológicos de la depresión se asemejan a una respuesta crónica al estrés que no encuentra contrarregulación. Los ciclos evolutivos normales y las vivencias emocionales traumáticas de la vida emocional inciden en la disfuncionalidad de este eje.

Sin embargo, la relación evento adverso vital y depresión no es lineal, y existen evidencias de que los individuos que tienen una historia de trastorno afectivo suele involucrarse en forma selectiva en situaciones o ambientes de alto riesgo, probablemente por una propensión genética a la enfermedad, lo que mostraría una correlación genotipo-medio ambiente.

Asimismo, la literatura psicoanalítica ha destacado no sólo las pérdidas preceden a la depresión. No es raro que acontecimiento exitosos, como promociones, premios o rápidas mejoras económicas se encuentren antecediendo un episodio depresivo.

Los acontecimientos no médicos considerados por Waddington que pueden predisponer tanto a la depresión como a reacciones del tipo del TEPT, son estado de estrés prolongado a los que se les denomina TRAUMA SIN TRAUMA, y a cuyos efectos patógenos Scott y Stradling denominaron Prolonged Duress Stress Disorder: PDSO: los afectados experimentan síntomas de

reviviscencia (imágenes intrusivas, rumiaciones), presentan comportamientos evitativos o hiperreactividad. En estos casos no se trata de un único evento traumático, sino del cúmulo de situaciones de estrés de las que la persona no puede salir. Sin un acontecimiento único, identificable y sobresaliente, será alguno de una larga serie, por lo general no el más traumático, el que romperá el ya precario equilibrio emocional.

#### PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LAS ESCALAS DE EVALUACION (1)

Para que estas escalas clínicas puedan cumplir su finalidad hay una serie de conceptos psicométricos que cualquier profesional que pretenda utilizarlas debe conocer. Éstos son la validez de contenido, la validez teórica, concurrente, la fiabilidad ínter evaluadores y validación o adaptación para su utilización en nuestro medio.

**VALIDEZ DE CONTENIDO** La mayor parte de las escalas utilizadas actualmente en la evaluación y diagnóstico de la depresión basan su validez de contenido en los criterios propuestos por Thompson (Thompson, 1989; 8: 127) y que con algunas modificaciones, incluyen el humor depresivo, la ansiedad, los síntomas motores, los síntomas cognitivos, la alteración en el funcionamiento social y los síntomas vegetativos.

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO** Evalúa hasta qué punto los ítems contenidos en una escala son estadísticamente apropiados para evaluar la información que se pretende transmitir. La técnica estadística más utilizada para evaluar este concepto es el análisis de componentes principales. El método más fiable para evaluar si la puntuación total de una escala corresponde al concepto que pretende evaluarse es el análisis de ecuaciones estructuradas. Este método permite demostrar si la estructura jerárquica del instrumento es la óptima en relación con la información obtenida de cada uno de los ítems. Los dos métodos más apropiados para medir estas características son el análisis de Rasch y el coeficiente de Loevinger. Un coeficiente de Loevinger entre 0.40 y 0.49 muestra una elevada tendencia a una estructura jerárquica, un coeficiente superior a 0.50 demuestra una clara estructura jerárquica. (Conde, 1976, 469-467)

**VALIDEZ CONCURRENTE** Evalúa hasta qué punto una escala en concreto se correlaciona con una escala patrón. Cuando entre dos escalas se da un coeficiente de correlación de 0.7 o superior se considera que ambas miden la misma dimensión (validez convergente). Si el coeficiente es inferior a 0.7 indica una validez discriminante.

CARACTERIS TICAS  PSICOMETRIC AS	INVENTARIO DEPRESION  BECK	ESCALA DE ZUNG	ESCALA HAMILTON	MONTGOMERY Y ASBERG
<b>VALIDEZ CONTENIDO</b>				
Humor	10%	15%	18%	30%
Ansiedad	5%	10%	16%	10%
Motor	0%	5%	12%	0%
Cognitiva	47%	35%	28%	30%
Social	10%	0%	8%	0%
Vegetativa	29%	35%	28%	30%
<b>VALIDEZ DE CONSTRUCTO</b>				
Análisis factorial	3-7 factores	2-7 factores	2-6 factores	Factor general
Coefficiente alfa	0.86	0.92	0.89	0.88

VALIDEZ CONCURRENTE				
Correlación interevaluadores	0.73	0.56	0.73	0.82
OTRAS CARACTERISTICAS				
Administración	Auto administrada	auto administrada	heteroadministrada	Heteroadministrada
Objetivo	Intensidad síntomas	Diagnóstico diferencial	Intensidad de los síntomas	Sensibilidad al cambio
Población	Pacientes depresivos	Trastornos mentales	Población depresiva	Población depresiva
Adaptación castellano	SI	SI	SI	SI

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17, 21.

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítem 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

	No depresión	Ligera/Menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA: American Psychiatric Association	0-7	8-13	14-18	19-22	Más de 23

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN (validada por Ramos-Brieva y cols)

Items	Criterios operativos de valoración
<p><b>1.ESTADO DE ANIMO</b>                      ¿Cómo ha sido su estado de ánimo en la última semana?                      ¿Se ha sentido triste, sin esperanzas, deprimido?                      ¿Esto ha sido la mayor parte del tiempo y la mayoría de los días?                      ¿Ha estado llorando constantemente?</p> <p>Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)</p>	<p>0. Ausente                      1. Se indica sólo al preguntarle                      2. Se reporta el estado de ánimo espontáneamente.                      3. Comunicación no verbal de afecto deprimido: expresión facial, posturas, voces, sollozos.                      4. La conducta depresiva se manifiesta verbal y no verbalmente.</p>
<p><b>2.SENTIMIENTOS DE CULPA</b>                      ¿Ha estado en la última semana con un exceso de crítica hacia usted mismo?                      ¿Ha sentido que ha dejado de hacer cosas importantes o que las ha hecho de manera equivocada?                      ¿Siente que ha decepcionado a los demás con sus acciones?                      ¿Ha llegado a pensar que su enfermedad actual es una forma de castigo?</p>	<p>0. Ausente                      1. Autorreproche, siente que ha decepcionado a otros.                      2. Ideas de culpa o rumiación de eventos pasados desagradables.                      3. Siente que la enfermedad actual es una forma de castigo. Pueden existir delirios de culpa.                      4. Escucha voces que lo acusan o que lo denuncian. Experimenta alucinaciones que le producen miedo.</p>
<p><b>1.SUICIDIO. En la última semana:</b>                      ¿Ha tenido pensamientos de que la vida no vale la pena de vivirla, o que sería mejor que usted estuviera muerto?                      ¿Ha pensado o fantaseado en herirse, hacerse daño o aún en matarse?                      Si la respuesta es sí:                      ¿Qué opina de esas ideas hoy?</p>	<p>0. Ausente                      1. Siente que la vida no vale la pena vivirla                      2. Deseo estar muerto o fantasía sobre una posible muerte no provocada por el paciente mismo “amanecer muerto”, “que me suceda un accidente”                      3. Ideas o planes suicidas bien establecidos.                      4. Cualquier intento suicida en el cuadro actual.</p>
<p><b>4.INSOMNIO INICIAL</b>                      ¿Cómo ha sido su sueño en la última semana?                      ¿Ha tenido problemas para iniciar sueño?                      ¿Cuándo va a la cama cuánto tiempo le lleva en quedarse dormido?</p>	<p>0.Sin dificultad                      1. Quejas poco frecuentes para inicio del sueño (menos de tres veces por semana)                      2. Dificultad diaria o más de 4 veces a la semana para iniciar el sueño (más de 30 minutos). Si el paciente toma medicamentos califique dos.</p>
<p><b>5.INSOMNIO INTERMEDIO</b>                      ¿Durante la semana previa, se despertó muchas veces en la noche? ¿Más de lo que acostumbra?                      ¿Se levantó de su cama? ¿Qué fue lo que hizo?                      Cuando regresa a su cama: ¿Es capaz de volverse a dormir con facilidad?                      ¿Ha sentido que la mayoría de los días su sueño es poco reparador?</p>	<p>0. Sin dificultad                      1. El paciente se queja de sueño poco tranquilo y restaurador.                      2. Levantarse de la cama y no poder reiniciar el sueño en 20 minutos.</p>

<p>1. <b>INSOMNIO TERMINAL</b>  ¿A qué hora estuvo despertándose en la mañana por última vez la semana pasada?  ¿Se despertó con reloj despertador o de manera espontánea?  Antes de la depresión:  ¿A qué hora acostumbraba despertar?</p>	<p>0. Sin dificultad  1. Despierta después de las 3:00 am y no puede volverse a dormir en un lapso mayor a una hora..  2. Despertarse una hora antes del tiempo acostumbrado más de 4 días a la semana.</p>
<p>1. <b>TRABAJO Y ACTIVIDADES.</b>  La semana previa, fuera de su trabajo ¿Cómo pasó el resto de su tiempo?  ¿Ha sentido interés por realizar las actividades que antes le atraían?  ¿Ha tenido que esforzarse para realizar las actividades que antes realizaba?  Si la respuesta es sí: ¿Hay algo que desee hacer en el futuro?</p>	<p>0. No tiene dificultades  1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o irritabilidad. Esto último relacionado con su trabajo y pasatiempos.  2. Pérdida de interés por actividades, pasatiempos, esto informado por el paciente o terceros. Indecisión por pequeñas actividades.  3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o baja en su productividad.  4. Dejar de trabajar del todo por su enfermedad actual.</p>
<p>8.<b>RETARDO</b>  Se explora durante la entrevista. Valorar: movimientos y lenguaje lentos, problemas en su capacidad para concentrarse; disminución en la actividad psicomotriz.</p>	<p>0. Lenguaje y actividad normal  1. Retardo ligero  2. Retardo obvio  3. Interrogatorio difícil  4. Dejar de trabajar del todo por su enfermedad actual.</p>
<p>9. <b>AGITACIÓN.</b> Se explora durante la entrevista. Valorar: movimientos y lenguaje acelerados, movimientos excesivos; aumento de la actividad psicomotriz.</p>	<p>0. No agitación  1. Jugar con el cabello, ropa.  2. Restregarse las manos, morderse las uñas.</p>
<p>10. <b>ANSIEDAD PSIQUICA</b>  ¿Se ha sentido especialmente tenso o irritable la semana pasada?  ¿Se ha estado preocupando demasiado por pequeñas cosas que ordinariamente no le preocuparían?</p>	<p>0. No hay dificultad  1. Tensión subjetiva e irritable.  2. Preocupación por pequeñas cosas</p>
<p>11.<b>ANSIEDAD SOMÁTICA</b>  La última semana ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas: boca seca, indigestión, cólicos.  Palpitaciones, hinchazón de piernas o car, dificultad de respirar.  Suspiros, tos.  Aumento de la frecuencia en ir a orinar  Dolor de cabeza, algún otro tipo de dolor, sudoración.</p>	<p>0. Ausente  1. Ligera.  2. Moderada.  3. Severa  4. Incapacitante</p>

¿Qué tanto le han molestado los síntomas la semana pasada?	
12. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES ¿Cómo ha estado su apetito la última semana? ¿Cómo la compara en función de su apetito habitual? ¿Ha tenido que esforzarse para comer?	0. No hay cambios 1. Ha perdido el apetito 2. Dificultad para comer, tienen que forzarlo a comer.
13.SÍNTOMAS SOMÁTICOS ¿Cómo estuvo su nivel de energía la semana pasada? ¿Se ha sentido cansado la mayor parte del tiempo? ¿La semana pasada sintió dolores de espalda o malestar muscular en alguna región del cuerpo?	0.Ninguno. 1. Sensación de pesadez. Pérdida de energía o fatiga la mayor parte del tiempo. 2. Gran dificultad de movimiento, incluso para el aseo personal y comer.
14.SÍNTOMAS GENITALES ¿Cómo estuvo su interés por las actividades sexuales durante la semana previa? (no implica haber tenido relaciones sexuales, sólo el deseo) ¿Ha habido un cambio en su interés en relación al deseo sexual que tiene cuando no está deprimido?	0.Deseo sexual presente 1. Pérdida de un 25% del deseo sexual 2. Pérdida del 50% o más del deseo sexual.
15.HIPOCONDRIASIS ¿En la última semana se ha estado preocupando mucho en su salud física o si tiene alguna enfermedad? ¿Se ha encontrado últimamente pidiendo ayuda por cosas que solía hacer usted solo?. Si la respuesta es sí, de ejemplos de esta conducta:	0.No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0.Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo.

(18)

Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, como respuesta parcial, una disminución entre el 25 y 49% y no respuesta, una reducción de menos del 25%. En los ensayos clínicos, el criterio de inclusión más utilizado fue una puntuación mayor de 18 y considerando remisión, una puntuación menor de 7.

ESCALA HAMILTON Es la escala de depresión más utilizada; se diseñó con el objetivo de obtener una medida de la intensidad o gravedad de la depresión en pacientes en quienes se ha diagnosticado un trastorno depresivo. No es, por tanto, un instrumento de detección o diagnóstico, pero ha demostrado una gran utilidad para detectar los cambios a lo largo del proceso terapéutico, en especial en ensayos clínicos y estudios de farmacovigilancia.

Se puntúa tras la realización de la entrevista y exploración psicopatológica. Consta de 21 ítems. Los primeros 17 son los que se utilizan para determinar la intensidad depresiva y para indicar su evolución, evaluando el estado de ánimo, los sentimientos de culpa, la inhibición, la presencia de ideas suicidas, los cambios de conducta, la ansiedad y el insomnio. Se valora la presencia e intensidad de los síntomas en el momento de la entrevista, aunque algunos de los ítems requieren un juicio retrospectivo que abarque un período de unos 3 días (ej.: trastornos del sueño).

La suma de puntuaciones de los primeros 17 ítems es la que da lugar a la puntuación total y tiene un rango de 0 a 52. Se aceptan los siguientes puntos de corte (47): una puntuación igual o superior a 25 se considera depresión grave, una puntuación entre 24 y 18 depresión moderada, entre 17 y 7 depresión leve y una puntuación igual o inferior a 6 ausencia del trastorno. La mayor parte de los estudios de seguimiento definen la remisión del episodio depresivo como la disminución de la puntuación total inicial en un 50%.

#### ESCALA PARA LA DEPRESION DE MONTGOMERY-ASBERG

(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) está diseñada con el objetivo de aumentar la sensibilidad al cambio de las escalas previas. Por este motivo es junto a la HDRS, la escala más utilizada en los protocolos clínicos para evaluar la respuesta terapéutica. Consta de 10 ítems, cuya puntuación oscila entre 0 y 6 para cada ítem y se proporcionan unos criterios operativos para la puntuación.

Su principal ventaja sobre la HDRS es que está menos contaminada por ítems de ansiedad o sintomatología somática, lo que facilita su administración en pacientes con patología somáticas. La puntuación global puede oscilar entre 0 y 60 y los puntos de corte recomendados son de: 0 a 6 ausencia de depresión, de 7 a 19 depresión menor, de 20 a 34 depresión moderada y de 35 a 60 depresión grave.

Es decir respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él. Implica una activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo. Si tal activación persiste produce un síndrome de estrés característico consistente en: hiperdesarrollo de la corteza suprarrenal, involución de la glándula timo, desarrollo de úlcera péptica.

#### **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El periodo de residencia médica es conocido como un periodo de alto stress. Los médicos residentes, médicos en formación se enfrentan con largas horas de trabajo, privación de horas de sueño, pérdida de la autonomía y situaciones emocionales extremas. (3)

De las posibles explicaciones ofrecidas por los distintos autores es el hecho que aunque un grado moderado de estrés puede promover la creatividad y logros en los residentes de medicina, la presión intensa y la demanda implacable en la educación médica puede provocar en el residente de medicina alteración en la conducta, disminución del aprendizaje, destrucción de las relaciones interpersonales y en última instancia deterioro en la calidad de atención al paciente. Durante los años de entrenamiento, los residentes de medicina tienen marcados cambios en su estilo de vida, como disminución de la actividad recreativa y pasatiempos, decremento de la actividad física y privación del sueño que pueden resultar en decremento de la salud física y deterioro emocional. (6).

A menudo culminan en alteración de las relaciones con los amigos o familiares y en abandono del trabajo. Por lo tanto puede sobrevenir depresión crónica y rasgos de personalidad depresiva como precursores psicológicos y sociales, aspectos concomitantes y secuelas de los estados depresivos biológicos recurrentes. Sin embargo probablemente la vulnerabilidad biológica sea un prerequisite esencial para las expresiones del trastorno depresivo mayor. Otra teoría postula que la causa principal de la depresión es la reducción de la magnitud del refuerzo positivo.(6)

**¿Cuál es la correlación entre el grado de depresión en los residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS y su desempeño académico?**

#### **1.5 JUSTIFICACIÓN.**

El objetivo del presente estudio es reconocer el grado de depresión en los médicos residentes de Medicina Familiar así como correlacionarlo con su rendimiento académico; debido a la alta prevalencia de la Depresión inherente a los médicos es importante detectarla de manera oportuna antes de tener repercusiones en el desempeño académico durante la residencia médica.

Dentro de los estudios en población mexicana, no se han realizado estudios que describan estos factores. La utilidad de conocer la asociación entre estos factores permitirá plantear estrategias y/o programas preventivos para esta población, lo que repercutirá en una mejora del estado de salud mental y lograr un mejor desempeño clínico en el futuro.

## **1.6 OBJETIVOS.**

### **1.6.1 Objetivo general:**

Evaluar la correlación entre el grado de depresión y el desempeño académico en los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera IMSS.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

1. Determinar la frecuencia de depresión en el médico residente de Medicina Familiar en

- la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera IMSS.
2. Determinar la incidencia de médicos residentes con depresión en relación a sexo y edad.
  3. Recolectar el historial académico de los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS.
  4. Determinar la correlación entre el grado de depresión y el desempeño académico de los médicos residentes de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera IMSS.

### **1.7 HIPÓTESIS ALTERNA**

La depresión se correlaciona con el desempeño académico de los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS

### **1.8 HIPOTESIS NULA**

La depresión no se correlaciona con el desempeño académico de los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS.

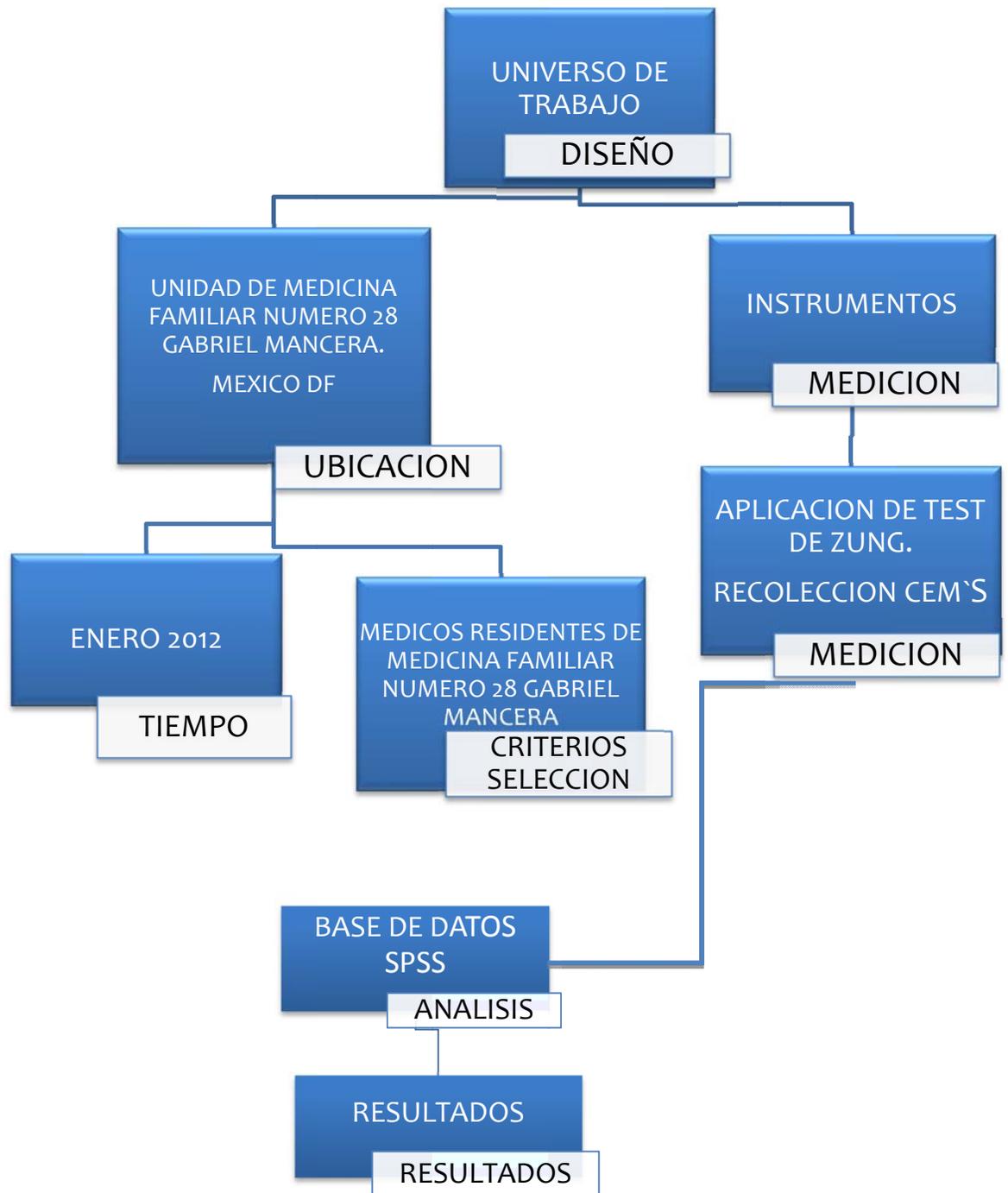
## **2. MATERIALES Y METODOS**

### **2.1 Tipo de investigación:**

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**

- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:  
**TRANSVERSAL**
- c) Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados:  
**DESCRIPTIVO**
- d) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza  
**OBSERVACIONAL**: Solo se medirá el fenómeno, no se modificará ninguna variable.

## **2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION**



ELABORÓ: JESSICA CAMACHO RUIZ. JULIO 2012

## **2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

Médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera, ubicado en el Distrito Federal, que se realizará en Febrero 2012.

## **2.4 MUESTRA**

El muestreo no fue aleatorio fue cautiva de los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar correspondiente a la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera IMSS México, Distrito Federal.

### **2.4.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Muestra cautiva a conveniencia de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS México Distrito Federal.

## **2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **2.5.1 Criterios de inclusión**

1. Médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS México Distrito Federal.
2. Firma de consentimiento informado.

### **2.5.2 Criterios de exclusión**

1. No llenar adecuada o completamente los instrumentos utilizados durante el estudio.

### **2.5.3 Criterios de eliminación**

1. Por el tipo de estudio no existe

## 2.6 VARIABLES

**Depresión: Tipo Ordinal.**

**Desempeño académico: Tipo ordinal**

**Variable dependiente:** DESEMPEÑO ACADEMICO.

**Variable independiente:** DEPRESION.

### 2.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

**Depresión:** Para la OMS es una alteración común del estado mental, caracterizado por tristeza, pérdida de interés en el placer, sentimientos de culpabilidad, alteración del sueño, pérdida de apetito, pérdida de energía y pobre concentración.

**Desempeño académico:** el profesor titular del curso de especialización médica considerará las tres áreas del aprendizaje: cognoscitiva, psicomotora y afectiva para que la evaluación sea integral y para otorgar la calificación final global del ciclo lectivo. De acuerdo al documento de procedimiento para la evaluación del aprendizaje de los médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad.

### 2.6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

**Depresión:** para fines de este estudio se medirá con el cuestionario de depresión Zung, el cual es un instrumento que consta de 20 componentes Explora síntomas relacionados con la presencia de un episodio depresivo mayor y presenta un patrón de respuesta ordinal de cuatro opciones.

La escala Zung consta de 20 componentes que indagan la presencia de síntomas durante las dos semanas previas. Es una escala en la que cada componente se le da una puntuación de uno a cuatro, 50% en sentido inverso. La puntuación total puede oscilar entre 20 y 80 con un punto de corte de 40 para los síntomas depresivos de importancia clínica.

**CEM: (Procedimiento para la evaluación del aprendizaje de los médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad)** para fines de este estudio se entiende CEM como: cedula evaluación mensual, es parte del proceso de evaluación mensual para los médicos residentes en el IMSS adscritos a la División de Programas Educativos. El profesor titular del curso de especialización médica es el responsable de llevar a cabo la evaluación del rendimiento académico de los médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad. El profesor titular podrá auxiliarse de profesores adjuntos, profesores auxiliares, instructores de práctica clínica para el diseño y aplicación de instrumentos de evaluación.

La calificación final del curso de especialización médica considera tres áreas del aprendizaje: cognoscitiva, psicomotora y afectiva para que la evaluación sea integral y para otorgar la calificación final global del ciclo electivo, se ponderará de acuerdo a los siguientes valores señalados por Norma de Programas Educativos de Postgrado IMSS:

	ÁREA	ÁREA	ÁREA
GRADO	COGNOSCITIVA	PSICOMOTORA	AFECTIVA
1	60	20	20
2	50	30	20
3	50	30	20

**ÁREA COGNOSCITIVA:** las pruebas para evaluar los conocimientos se aplicarán al finalizar cada módulo de acuerdo al programa académico respectivo. Evaluación cognoscitiva anual CEM-1.

**ÁREA PSICOMOTORA:** la evaluación de las destrezas deberá efectuarse mensualmente durante las rotaciones por los servicios que señale el programa operativo correspondiente, mediante las listas de cotejo, escalas evaluativas y bitácoras de desempeño que señalen su programa e invariablemente serán registradas en el formato: Evaluación psicomotora mensual CEM 2.

**ÁREA AFECTIVA:** Se evaluará cada mes mediante el formato “Evaluación mensual del área afectiva CEM 3”.

Los profesores titular, adjuntos, ayudantes e instructores de práctica clínica del curso de especialización médica acatarán que la calificación mínima aprobatoria, tanto en exámenes ordinarios como extraordinarios, es de 70 puntos en una escala de 0 a 100, en congruencia con el criterio aplicado en la mayoría de las instituciones de educación superior que reconocen los diferentes cursos de especialización. Este criterio se aplicará a cada uno de los exámenes o evaluaciones que se efectúen, ya sea en unidades didácticas, módulos, escalas estimativas, listas de cotejo u observación directa. Es decir, obtener una calificación menor de 70 puntos en alguna de las evaluaciones previamente mencionadas, se considerará reprobatoria y el médico residente tendrá que presentar un examen extraordinario excepto en la evaluación del área afectiva.

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>Escala</b>	<b>Rango</b>	<b>Calificación</b>
<b>CUESTIONARIO ZUNG</b>			
Autoadministrada	Son 10 preguntas elaboradas de forma positiva, y otras 10 en forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala del 1 al 4: poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte	Rango calificación es de 20-80.	25-49: rango normal. 50-59: ligeramente deprimido. 60-69: moderadamente deprimido.

	del tiempo, la mayor parte del tiempo.		70 o más: severamente deprimido.
<b>DESEMPEÑO ACADÉMICO</b>			
Año académico 1°, 2°, 3°.	CEM 1: Área cognoscitiva: el profesor titular empleará pruebas escritas de tipo selección múltiple, con base a contenidos temáticos.	CEM 2: Área psicomotora: observación directa del profesor durante el desarrollo de la actividad clínica, clínica complementaria y académica, aplicando listas de cotejo o escalas evaluativas, lo que implica la apreciación directa que hace el profesor acerca de la eficiencia con que se realiza un procedimiento.	CEM 3: Área afectiva: se explora su desempeño en cuanto a: responsabilidad, atención, interés, dedicación, cuidado, iniciativa, organización del trabajo, relaciones humanas y disciplina.

#### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	Tipo variable	Categoría	Instrumento medición variable	Valor de la variable
Depresion	Independiente	Nominal, cuantitativa	Zung	1.Sin depresión: menos de 50. 2. Depresión leve: 50 a 59 puntos. 3. Depresión de moderado a severo: 60 a 69 puntos. 4. Depresión grave: 70 puntos o más.
Desempeño académico	Dependiente	Cuantitativa	Cem's	1 100%

			(Cedula de Evaluación Mensual)	Excelente 2 80-90.9% Bueno 3 Menor de 70% reprobatorio
--	--	--	--------------------------------	--

## 2.7 DISEÑO ESTADISTICO

El objetivo principal de este trabajo es detectar la existencia de depresión y evaluar su correlación con el grado de desempeño académico en los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS México Distrito Federal a través del cuestionario Zung y el registro de calificaciones de la cedula de evaluación CEM 1, 2, 3 en el periodo de Enero 2012. Se realizará el análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, media moda, mediana y la correlación se medirá mediante Pearson con SPSS.

## **2.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se diseñó una hoja de recolección de datos (ver anexo), con identificación personalizada con los siguientes indicadores: sexo, edad, año de residencia, estado civil, toxicomanías. Mediante éste se analizará las características del residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 México Distrito Federal, se valorará el grado de depresión que presenta mediante el Cuestionario de Depresión Zung en la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS y su relación con el desempeño académico mediante la recolección de las CEM's.

El inventario de la Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión (Zung Self-Assessment Depression Scale, SDS) son 3 de los cuestionarios más usados, tradicionalmente desarrollados específicamente para identificar depresión. Incluyen un número similar de preguntas y usan formatos de respuesta que permiten establecer la severidad de los síntomas o clasificar la frecuencia de los mismos. El tiempo que evalúan las preguntas es “hoy” para el DBI, “durante la semana pasada” para el CES-D y “recientemente” para el SDS. No sólo determinan la existencia de depresión sino también su severidad y respuesta al tratamiento.

**ESCALA DE ZUNG** Esta escala constituye junto al BDI, la escala auto administrado más utilizado para evaluar la sintomatología depresiva. Consta de 20 frases a las que el paciente debe responder sobre una escala de 1 a 4 puntos y que hacen referencia a otros tantos niveles de frecuencia para la presentación de cada síntoma.

La escala de síntomas depresivos de Zung es una escala de auto reporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung (1965), en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las característica de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. Los puntos son: de 1 a 4 para ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50%. (Lezama Meneses, Psychometric Properties of the Zung Self-Rating Scale for Depressive Symptoms in Colombian teenager population, Psychol. Av Discip. Colombia. Vol 6 No. 1 pag. 91-101, Enero-Junio 2012)

## **1.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. Previa autorización del Comité de Investigación de investigación se aplicará la Cuestionario de Zung a los residentes de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera IMSS México Distrito Federal de los 3 grados de la residencia.

2. Se solicita la firma del consentimiento informado a los médicos residentes de Medicina Familiar de 1er, 2do y 3er año de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera del IMSS.
3. Se aplica el Escala de Depresión de Zung. Hoja de datos personales: edad, sexo, estado civil, grado de residencia, origen de procedencia, número de hijos a los médicos residentes de Medicina Familiar de 1er, 2do y 3er año de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera IMSS México Distrito Federal.
4. Se solicitarán recolección de CEMS a la coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 28
5. Se recolectan los cuestionarios y se analizará en el programa SPSS V.16 a través del cruce de variables para obtener la información requerida.
6. Se procederá a realizar el análisis y discusión de los resultados.

#### **2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS.**

1. El examinador no deberá emitir juicios en ninguna pregunta de acuerdo al reactivo a evaluar considerando.
2. Se medirán y evaluarán los resultados a través del software SPSSV16



## 1.10 CRONOGRAMA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

### **TÍTULO DEL PROYECTO:**

**“CORRELACIÓN DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 GABRIEL MANCERA CON SU DESEMPEÑO ACADÉMICO”**

## **2.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACION.**

Para la realización de esta investigación se contará con:

1. Una computadora Acer
2. Una impresora
3. Sistema operativo Windows XP profesional y Office 2007
4. Software SPSS V16
5. Unidad de almacenamiento (USB) para guardar toda la investigación.
6. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación Lápices, borradores, hojas y papelería en general.
7. Los gastos en general se absorberán por el investigador

## **2.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Siguiendo los lineamientos y principios generales del reglamento de la ley de salud en materia de investigación, publicado en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984, el presente protocolo de investigación se considera como una INVESTIGACION SIN RIESGO.

La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, terapéuticos, profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad. En atención al progreso de la ciencia y para el bienestar de la humanidad doliente, se ha hecho indispensable aplicar al hombre los resultados de las experiencias de laboratorio, la Asociación médica mundial ha formulado las recomendaciones que sirven de norma a todos los médicos que realicen trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos y les prohíbe debilitar la resistencia física o mental de un ser humano esto de acuerdo a los reglamentos éticos en la declaración de Helsinki. (11)

El presente protocolo de investigación no desobedece:

### **2. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975.

- \_ 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia Octubre 1983
- \_ 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989
- \_ 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
- \_ 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia Octubre 2000

Donde la Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que

realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. Así como el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. **La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial** Vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente"
4. **El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.**

## **TITULO SEGUNDO**

### **De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos**

#### **CAPITULO I**

**ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

## ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28



COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

TÍTULO DEL PROYECTO:

**“CORRELACIÓN DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 GABRIEL MANCERA CON SU DESEMPEÑO ACADÉMICO”**

Responda las siguientes preguntas: La intención de solicitar su nombre es para entregarle personalmente su resultado al final de la tesis.

No. Folio:	(00)
NOMBRE	
Edad	
Sexo	
Grado de residencia	

**INSTRUCCIONES:** Para llenar este cuestionario se recomienda que las personas encuestadas sigan las instrucciones siguientes:

1. Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
2. Marcar con una X una opción de respuesta a cada pregunta, ya que si se contestan 2 opciones se invalida la respuesta.
3. Seguir fielmente el orden de las preguntas.
4. Todo lo recabado es estrictamente de uso confidencial.

---

1. ¿Padece alguna enfermedad crónica por la cual este bajo tratamiento médico y cuál es ésta?

2. ¿Se siente agotado físicamente por el trabajo que realiza?
- a) No. Me siento estupendamente bien.

- b) No, no me siento agotado, aunque al final del turno sí noto que no rindo lo mismo.
  - c) Sí, a veces sí me agoto físicamente hasta el punto de tener que sentarme un rato a descansar.
  - d) Sin respuesta.
3. ¿Siente alguna dolencia física como dolor de cuello, espalda, etc, por el trabajo que realiza?
- a) No, yo no tengo ningún malestar físico de ningún tipo. Me siento siempre muy bien.
  - b) No, yo no tengo aparentemente ningún malestar porque me cuido.
  - c) Sí, yo con frecuencia tengo resfriados, me duele la espalda y el cuello.
  - d) Sí, yo siempre tengo alguna molestia física como dolor de piernas, espalda y cuello. Creo que es por el trabajo.
4. ¿Cuál es su lugar de origen (ciudad y Estado)?
5. ¿Cuál es su estado civil?
- a) Soltero (a)
  - b) Casado (a)
  - c) Divorciado (a)
  - d) Unión libre
  - e) Separado (a)
6. ¿Cuántos hijos tiene?
- a) 1-2 hijos
  - b) 3-5 hijos
  - c) 6-8 hijos
7. ¿Fuma?
- A) Si
  - B) No.
8. En caso que su respuesta sea a la pregunta 7 afirmativa, conteste: ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- a) 1-5 cigarrillos
  - b) 6-10 cigarrillos
  - c) 11-15 cigarrillos
  - d) Más de 15 al día

9: Conteste las siguientes preguntas, MARQUE EL NÚMERO QUE CONSIDERE SU RESPUESTA: Hacen referencia a la cantidad alcohol consumido en el último año.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o</p> <p>(3) 7, 8, ó 9</p> <p>(3.) 10 o más.</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas</p>	<p>9. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no</p>

<p>en un solo día?</p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de una vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi diario</p> <p>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3=0</p>	<p>ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de una vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de una vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi diario</p>	<p>10. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No  (2.) Sí, pero no en el curso del último año  (4.) Sí, el último año.</p>
<p>5.¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de una vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi diario</p>	<p>11 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No  (2.) Sí, pero no en l curso del último año  (4.) Sí, el último año</p>

### **CEDULA DE EVALUACION MENSUAL(CEM's)**

#### **PROMEDIO CALIFICACIONES**

<b>100</b>	Excelente
<b>90.0-99.9</b>	Excelente
<b>80-90.0</b>	Bueno
<b>70-80%</b>	Bajo
<b>Menor a 70%</b>	Reprobatorio

### **CUESTIONARIO ZUNG**

La Escala de Depresión de Zung proporciona una idea de la gravedad de la depresión sobre la base de sus signos y síntomas. A pesar de auto-administrado, la Escala de Depresión de Zung es ampliamente utilizado como un punto de referencia valioso y sirve como una herramienta de evaluación importante para aquellos que sufren de depresión. Es útil para mantener un seguimiento de los cambios en la frecuencia y la severidad de sus síntomas de depresión.

Esta escala es un instrumento que consta de veinte puntos que cuantifica síntomas depresivos durante las dos últimas semanas. Esta escala presenta un patrón de respuesta ordinal que contesta: nunca, a veces, casi siempre y siempre. A cada pregunta se da una puntuación de uno a cuatro, 50% en sentido positivo y 50% en sentido inverso. En consecuencia, el puntaje total puede oscilar entre 20 y 80 puntos.

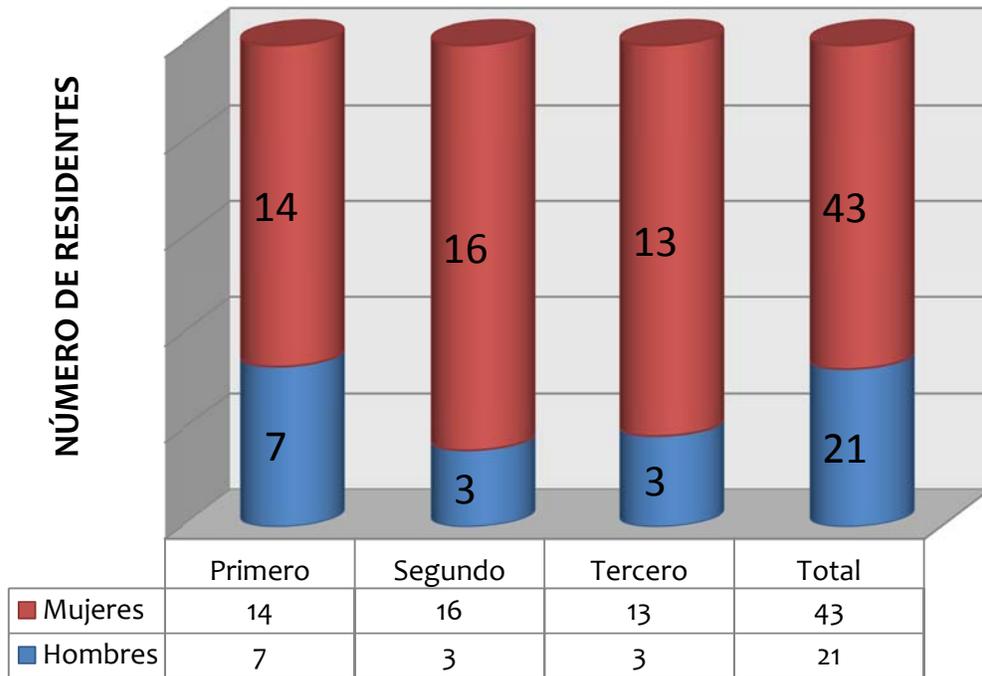
## CUESTIONARIO ZUNG

Marque con una (x) la opción que le parezca.	Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1-Me siento decaído y triste				
2-Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3-Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4-Tengo problemas para dormir por la noche.				
5-Como la misma cantidad de siempre.				
6-Todavía disfruto el sexo.				
7-He notado que estoy perdiendo peso.				
8-Tengo problemas de estreñimiento.				
9-Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10-Me canso sin razón alguna.				
11-Mi mente está tan clara como siempre.				
12-Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13-Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

### RESULTADOS:

El presente estudio tuvo como finalidad encontrar la correlación entre el grado de depresión con el desempeño académico en los médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera, Distrito Federal.

## MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF

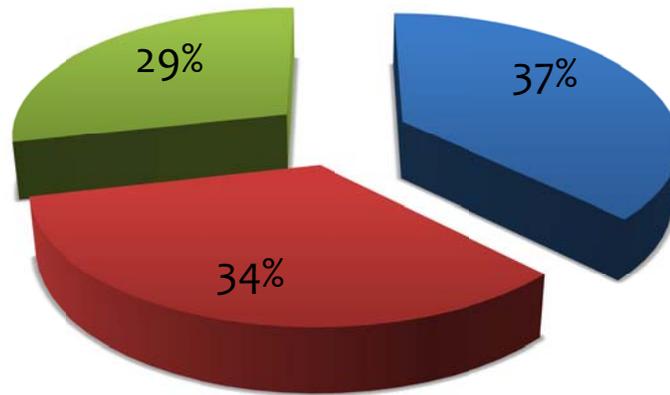


GRAFICA 1

En la residencia médica de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera predominan las mujeres. De un total de 64 residentes de Medicina Familiar 43 médicos residentes son mujeres y 21 son hombres.

## RESIDENTES MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF

■ Primero ■ Segundo ■ Tercero

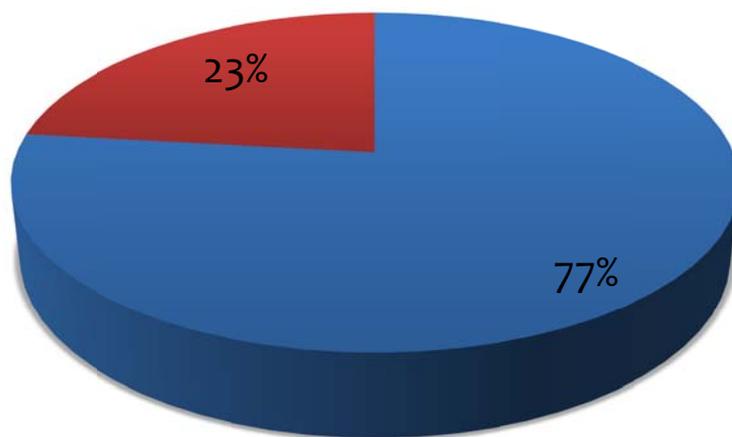


**GRÁFICA 2**

Se puede apreciar que predominan los médicos de primer año con 37% seguidos a su vez de los de segundo año con un 34%. Estos porcentajes demuestran que la deserción en la residencia médica se da conforme el grado de residencia.

### MÉDICOS RESIDENTES UMF 28 DF

■ MUJERES ■ HOMBRES

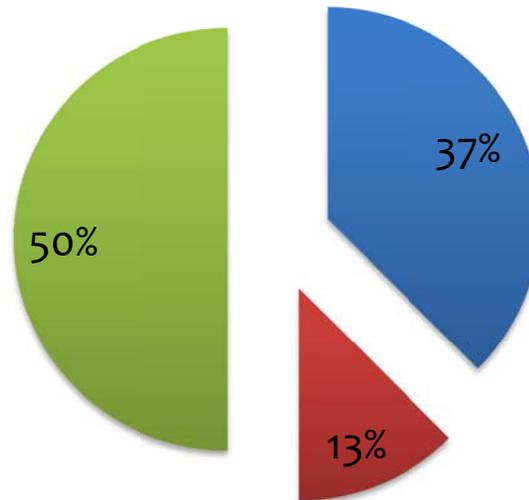


**GRAFICA 3**

Del total de médicos residentes el 77% comprende al sexo femenino y sólo el 23% al sexo masculino. El resultado representa parte de la elección de la especialidad de Medicina Familiar.

### MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF CON ENFERMEDAD CRONICA POR GRADO ACADEMICO

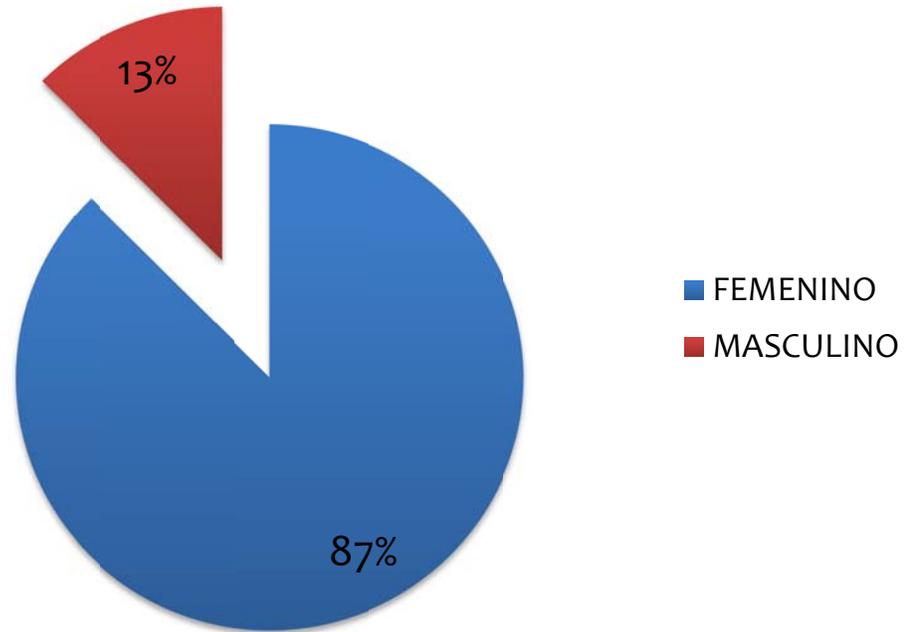
■ PRIMERO ■ SEGUNDO ■ TERCERO



GRAFICA 4

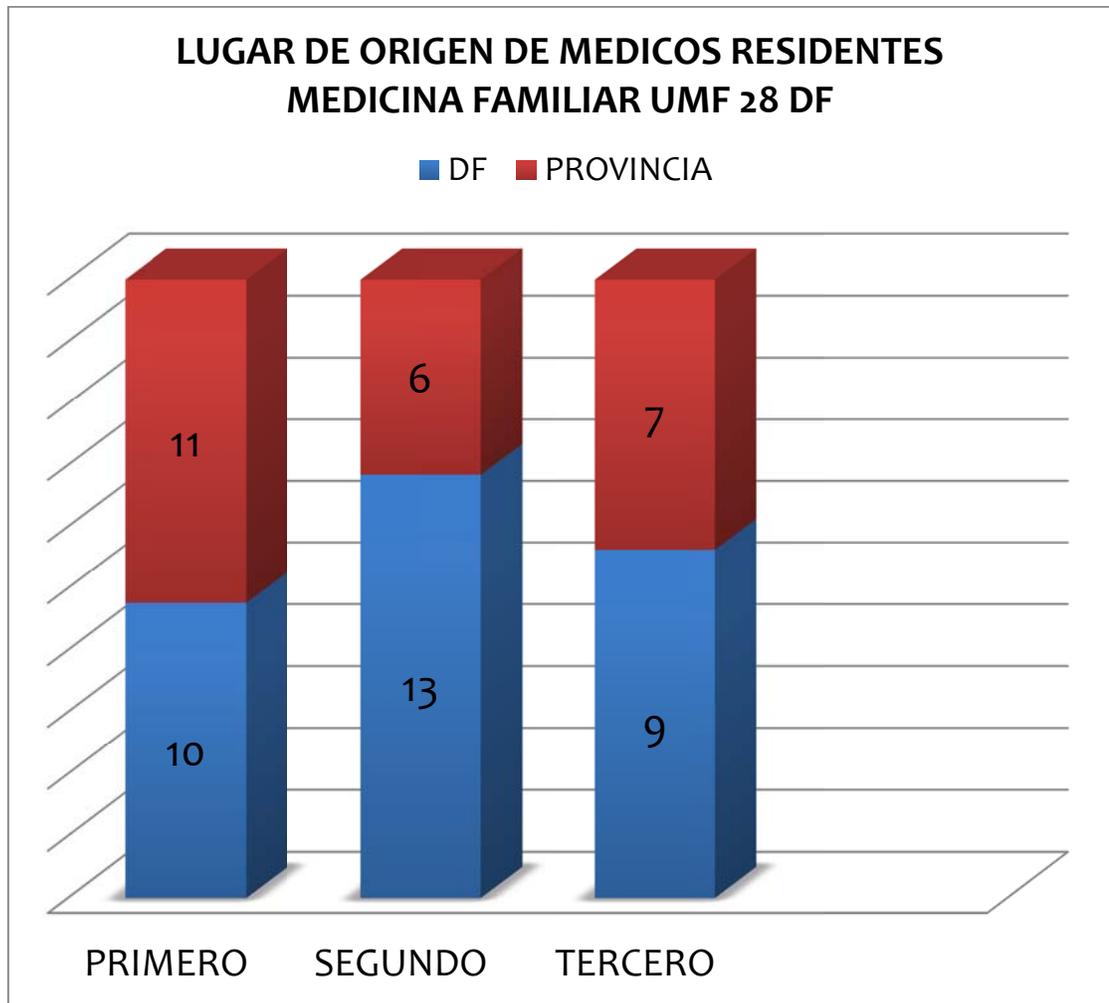
Los resultados señalan que el 50% corresponde a los médicos residentes de tercer grado quienes manifestaron padecer alguna enfermedad crónica. El mayor porcentaje podría ser resultado de la suma de factores estresantes, uno de ellos es considerado el exceso de horas intra y extra hospitalaria.

**MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR  
UMF 28 DF CON ENFERMEDAD CRONICA**



**GRAFICA 5**

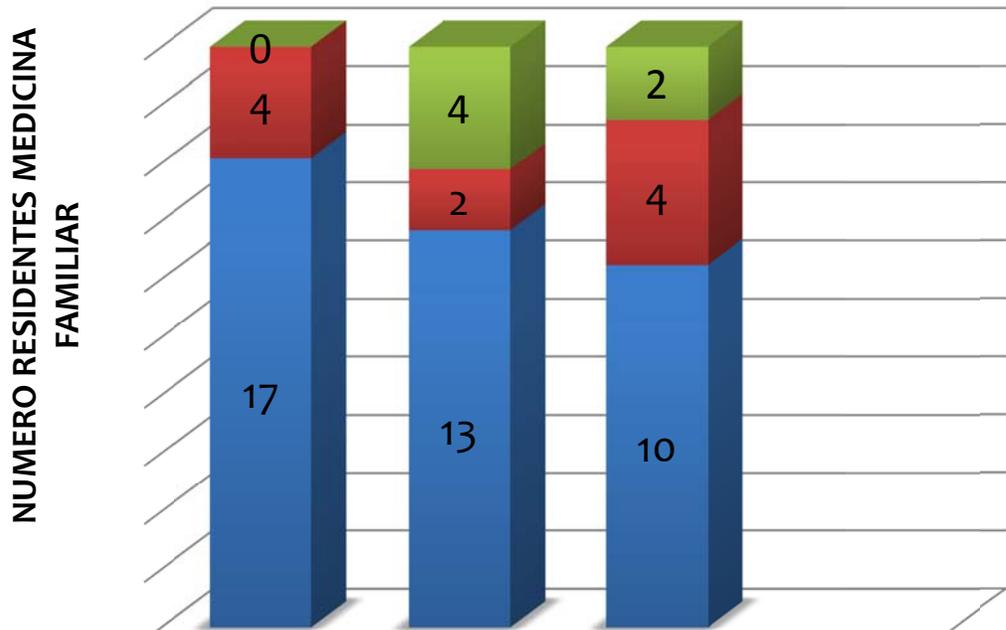
Los resultados obtenidos señalan que el 87% con enfermedad crónica pertenecen al sexo femenino. Las estadísticas demuestran que la residencia médica de medicina familiar a nivel nacional la prevalencia es de las mujeres.



GRAFICA 6

La muestra señala que los médicos residentes provienen en su mayoría del Distrito Federal y un bajo porcentaje de provincia principalmente del sureste de la república mexicana.

### ESTADO CIVIL MEDICOS RESIDENTES MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF

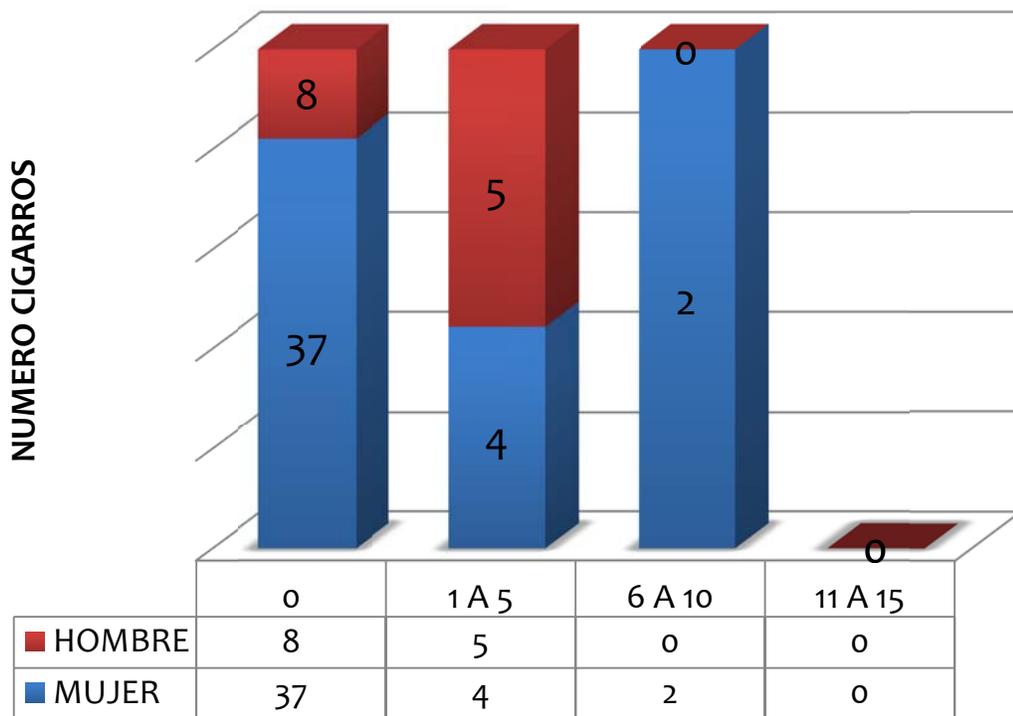


	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	
UNION LIBRE	0	4	2	
CASADO	4	2	4	
SOLTERO	17	13	10	

GRAFICA 7

El estado civil de los médicos residentes predomina la soltería, únicamente 20 de los 56 encuestados son casados y 6 viven en unión libre al momento del estudio.

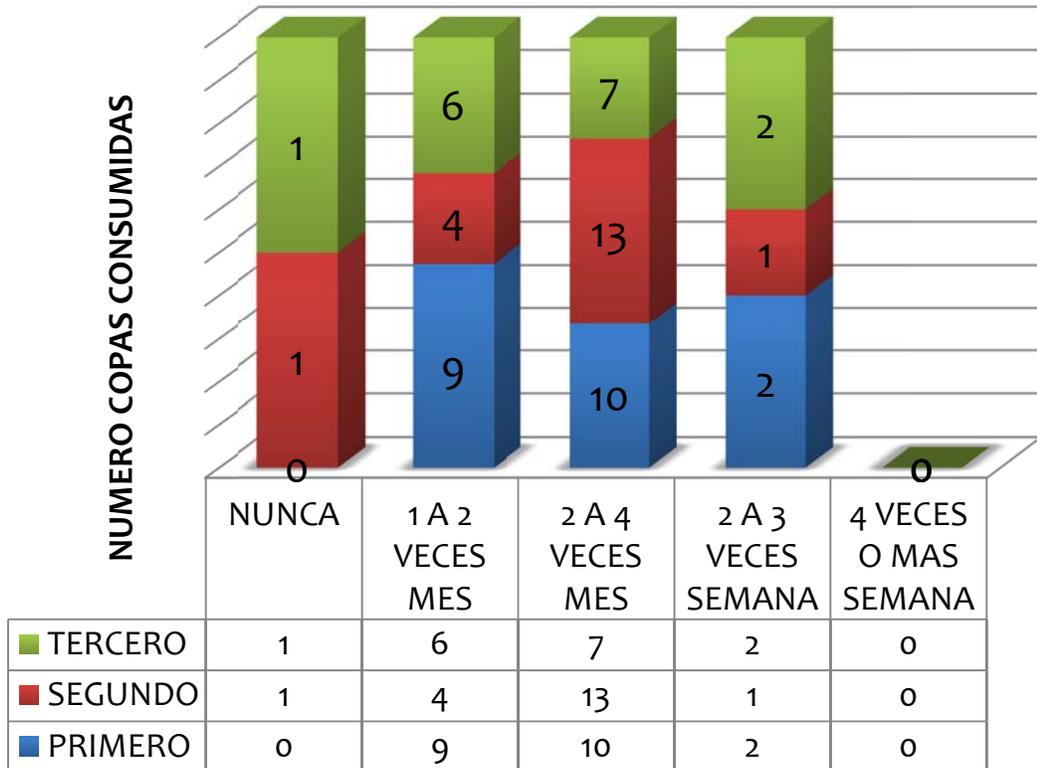
### CIGARRILLOS FUMADOS AL DIA POR MEDICOS RESIDENTES MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF



GRAFICA 8

Los resultados obtenidos indican que 11 médicos cuentan con alguna toxicomanía fuman o toman, 37 resultaron ser mujeres quienes no presentan estos hábitos.

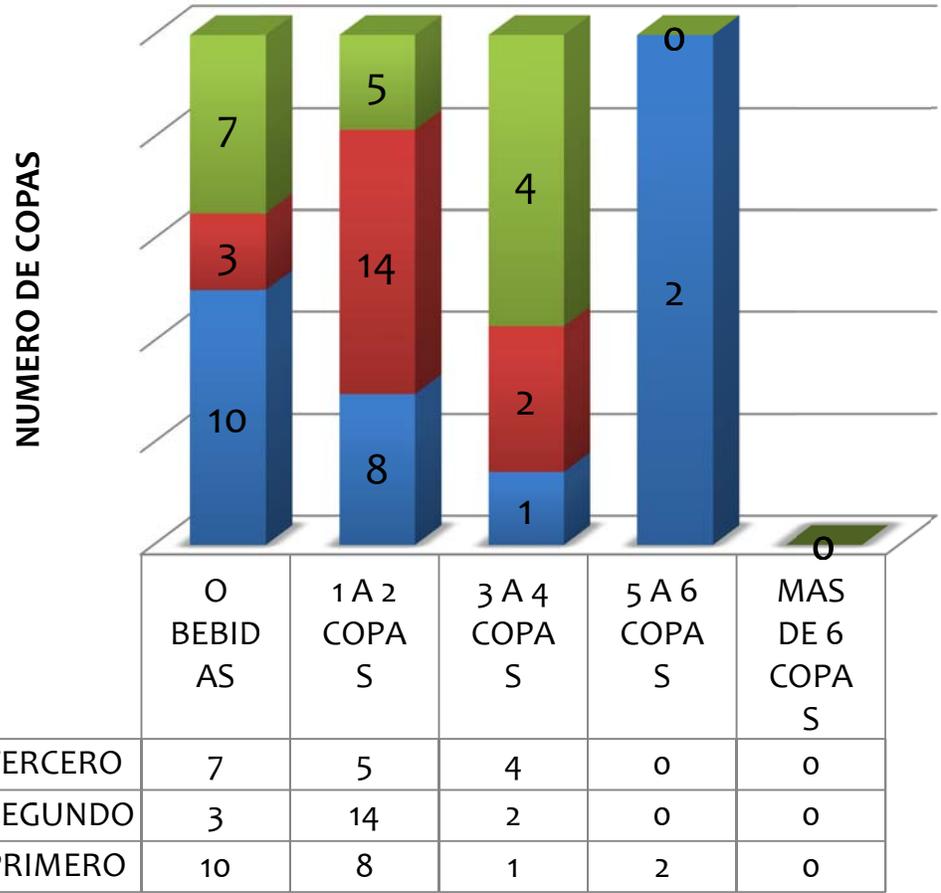
### CONSUMO ALCOHOL MEDICOS RESIDENTES MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF



GRAFICA 9

El mayor consumo de bebidas alcohólicas ingerido se presenta entre los médicos de segundo año, quiénes presentan un promedio de 2 a 4 veces al mes y un menor consumo de bebidas alcohólicas a la semana.

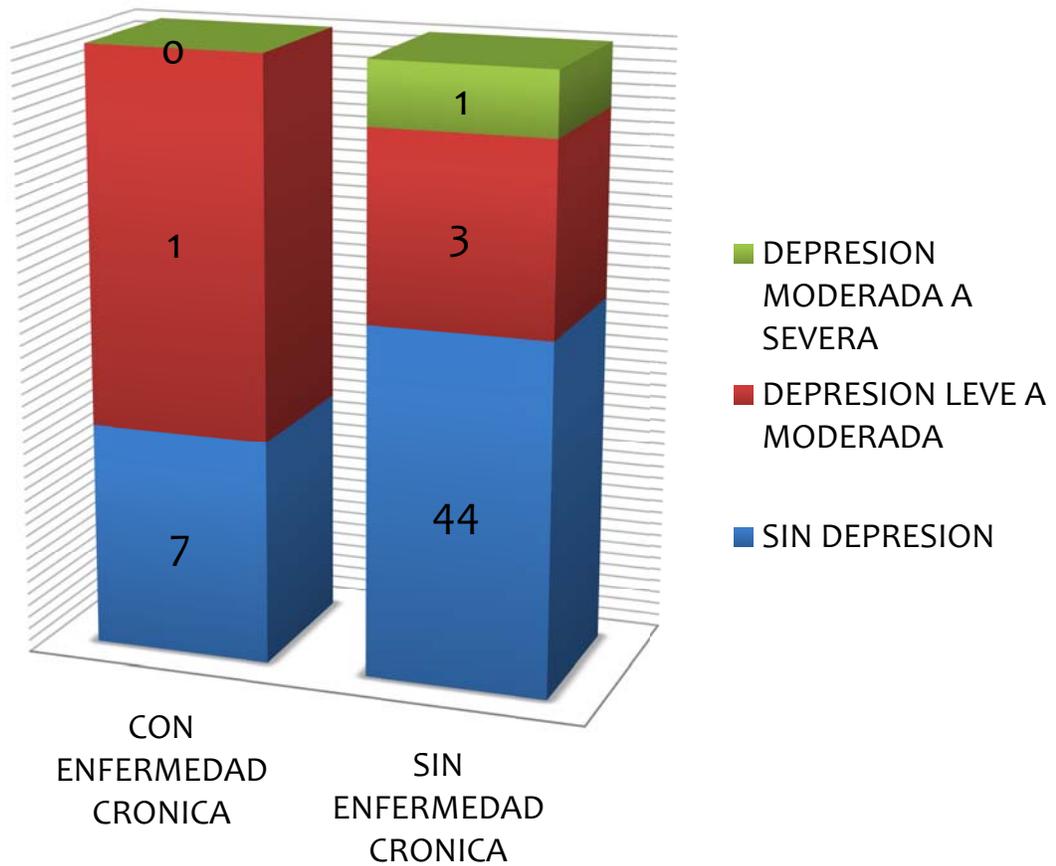
**CONSUMO DIARIO BEBIDAS ALCOHOLICAS POR  
MEDICOS RESIDENTES  
MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF**



**GRAFICA 10**

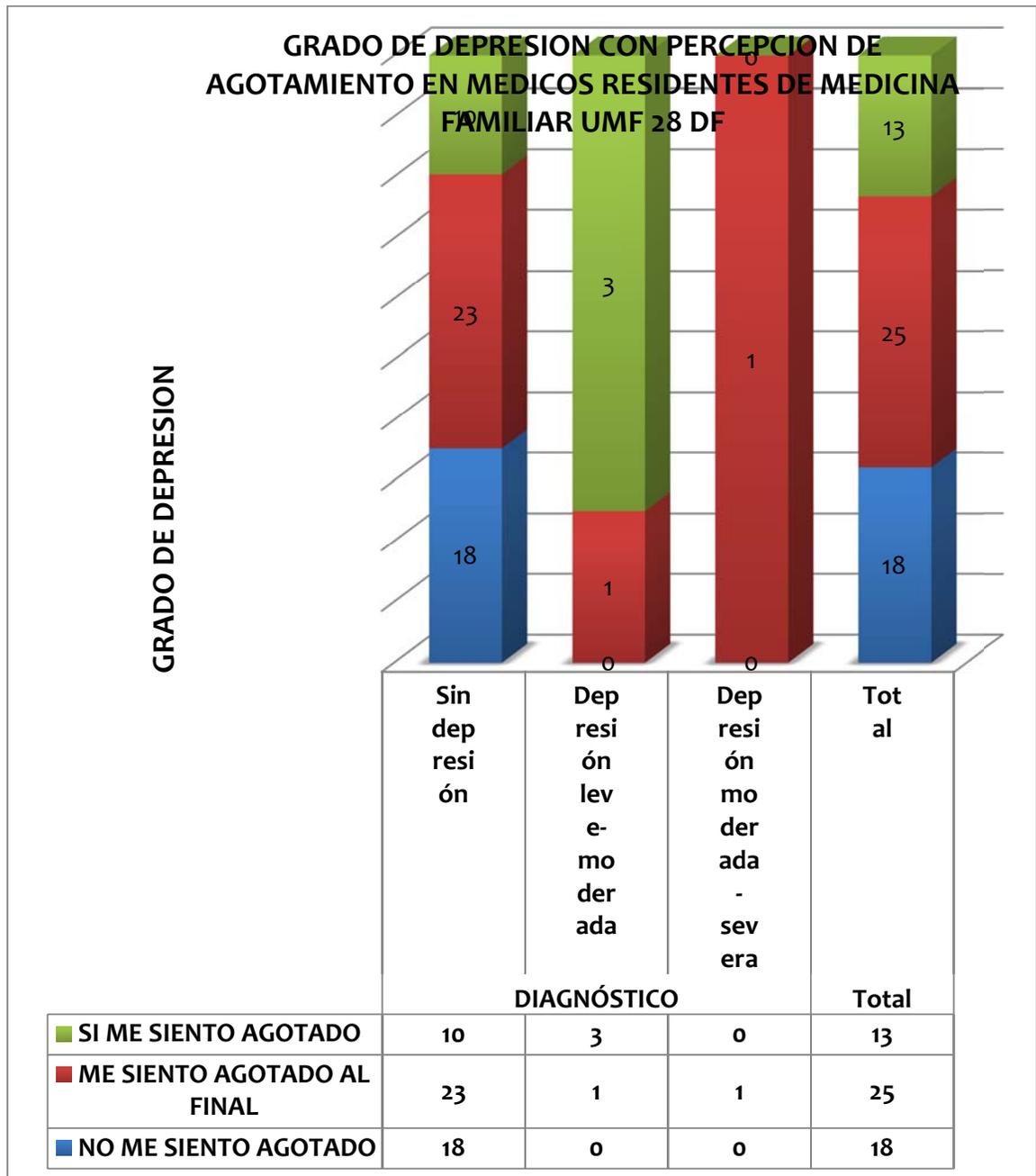
Los resultados indican que los médicos residentes de segundo año son quienes presentan mayor consumo de bebidas alcohólicas al día y al mes.

**RELACION ENFERMEDAD CRONICA CON GRADO DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES UMF 28 DF**



**GRAFICA 11**

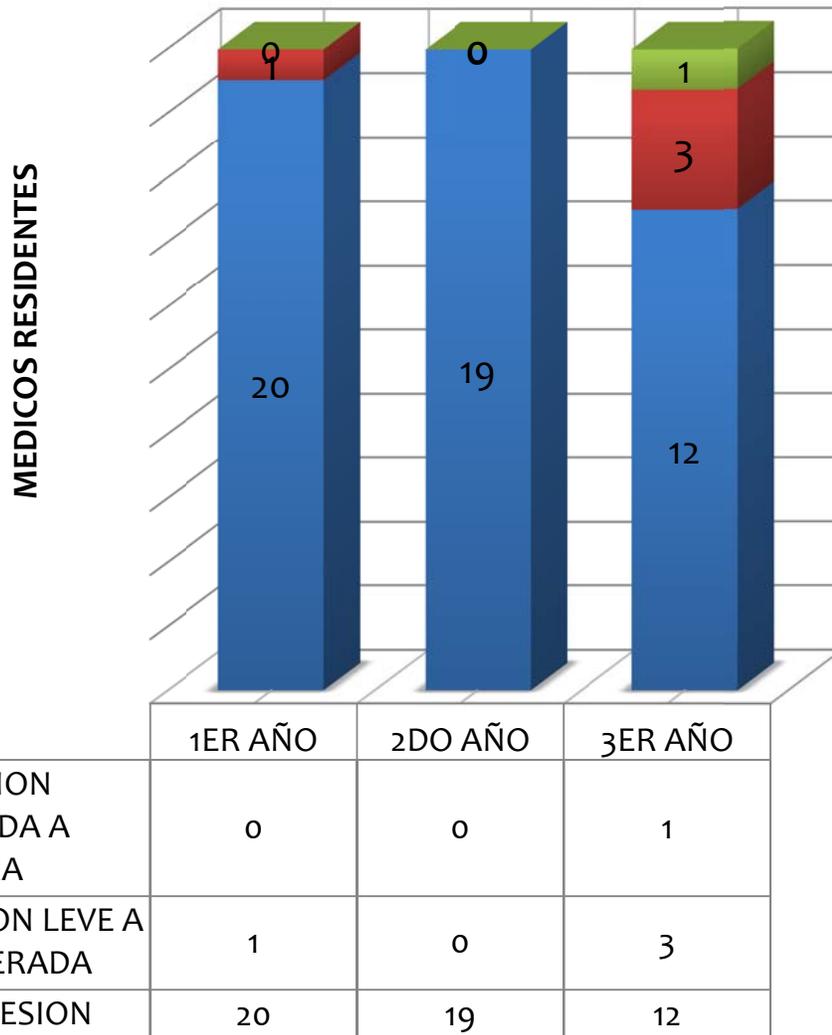
Los resultados obtenidos expresa que 44 médicos residentes no presentan ningún grado de depresión, al igual que no muestran enfermedad crónica.



**GRAFICA 12**

Los resultados de la percepción de agotamiento físico, así como el grado de depresión 18 no lo presentan, solamente 10 lo manifestaron, un médico residente resulto con depresión moderada a severa y su percepción era que se sentía agotado al final de la jornada de trabajo.

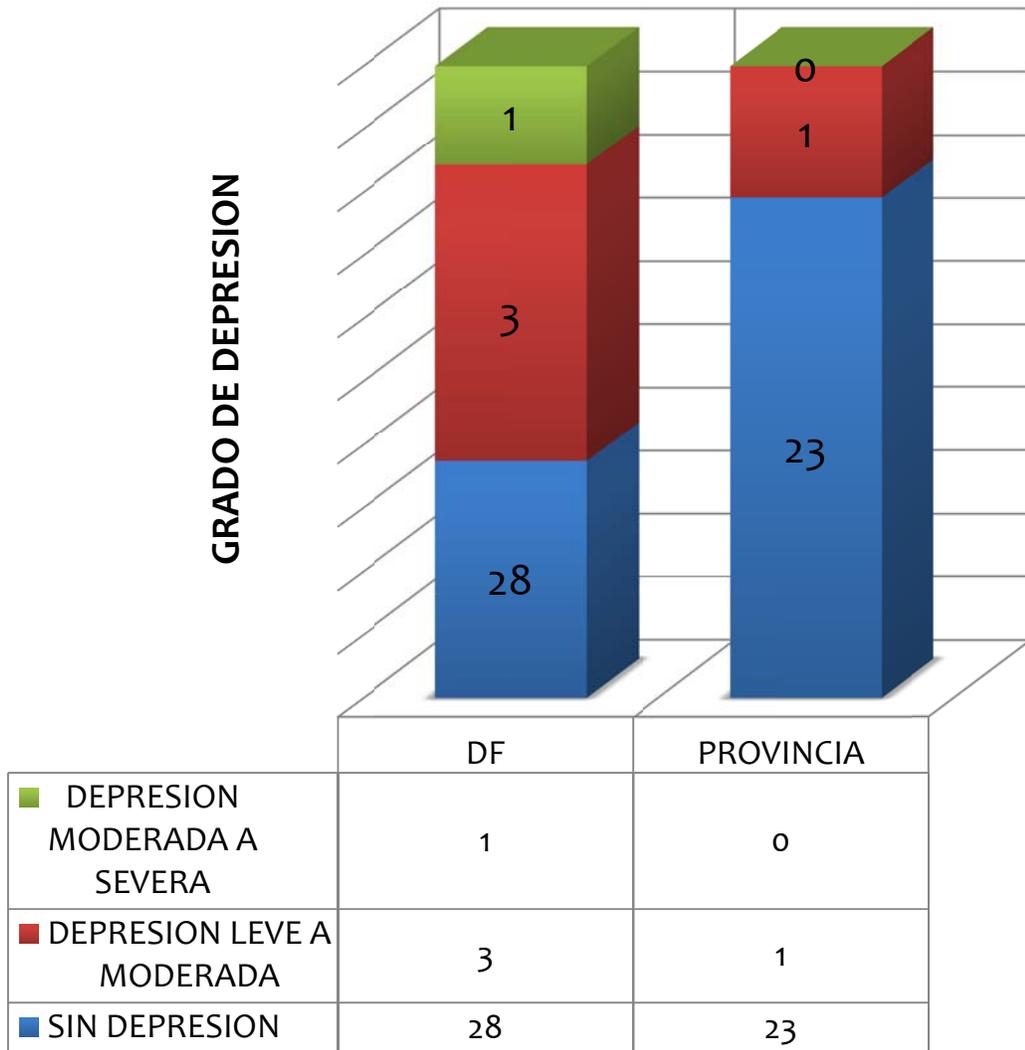
**GRADO DE DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF**



**GRAFICA 13**

De los médicos residentes de primer año de la especialidad 20 resultaron sin depresión, uno manifestó depresión leve a moderada y de tercer año, 3 presentaron depresión de leve a moderada y uno mostró depresión de moderada a severa.

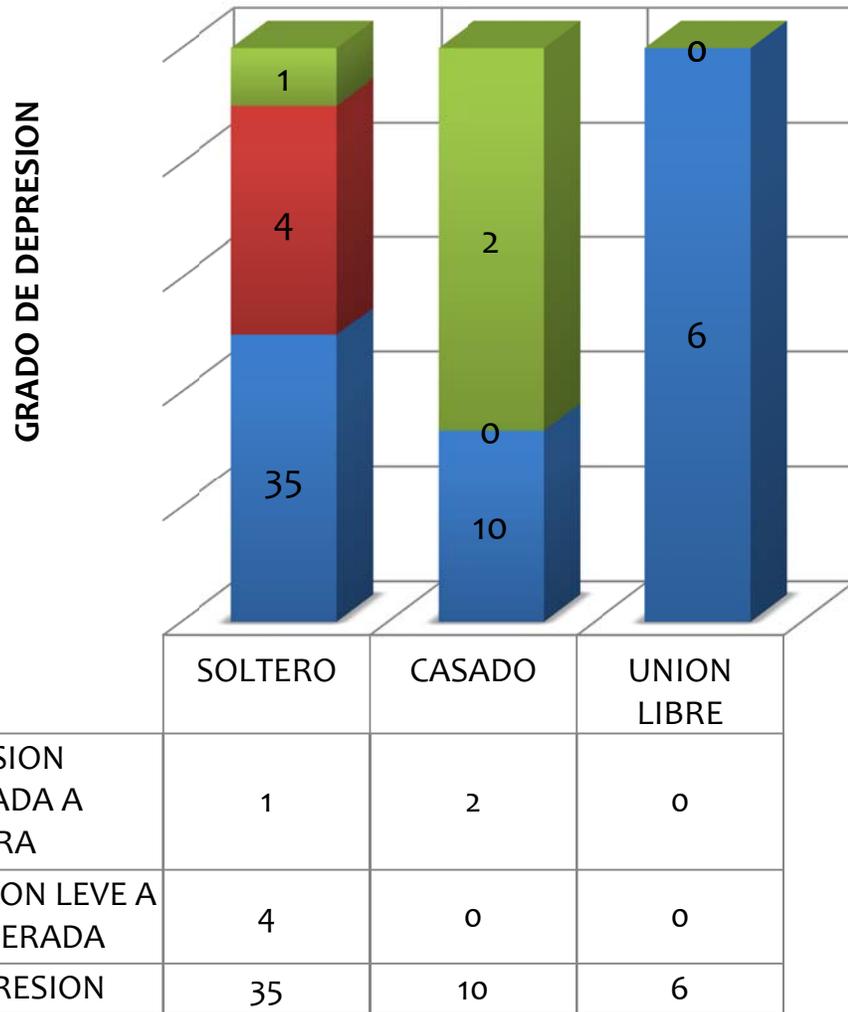
**LUGAR DE ORIGEN Y GRADO DE DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF**



**GRAFICA 14**

Los resultados demuestran que 28 no presentan depresión, 3 de leve a moderada, uno con moderada a severa y todos corresponden al Distrito Federal. Lo anterior señala que residentes provenientes de provincia no es alta la incidencia.

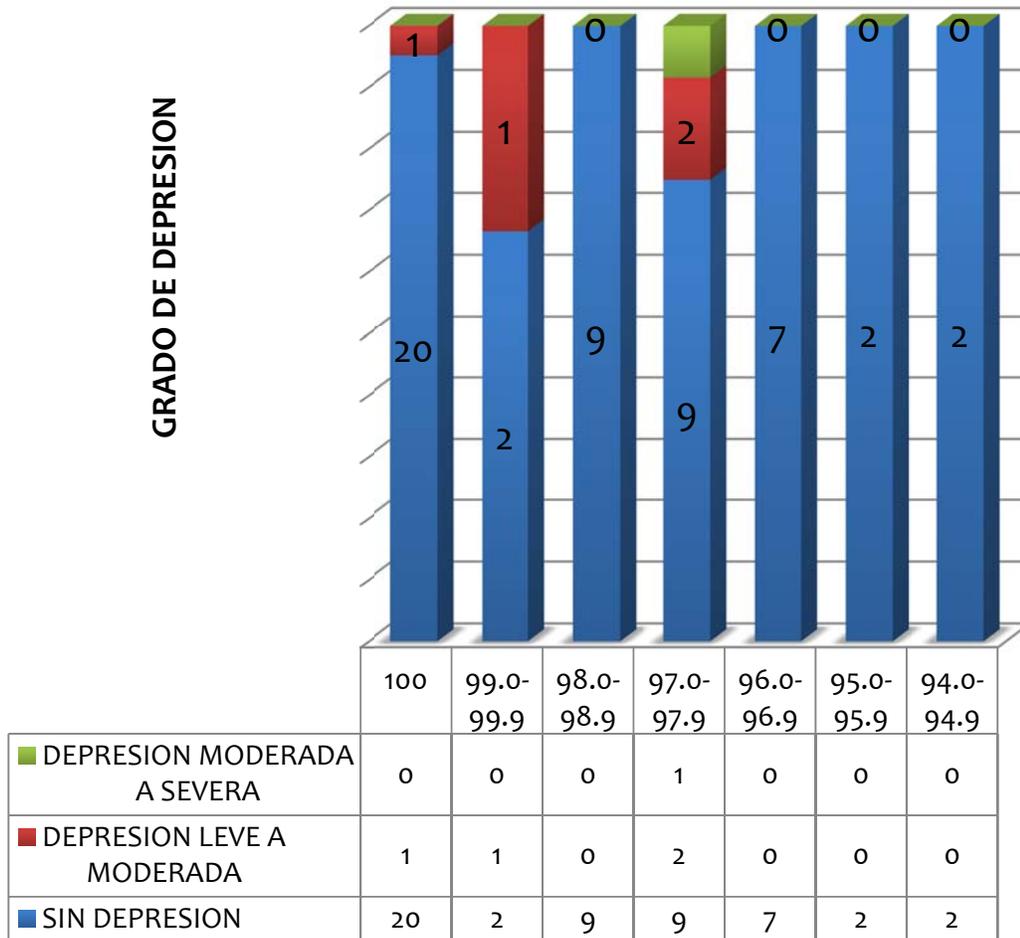
**GRADO DE DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES  
MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF Y ESTADO CIVIL**



**GRAFICA 15**

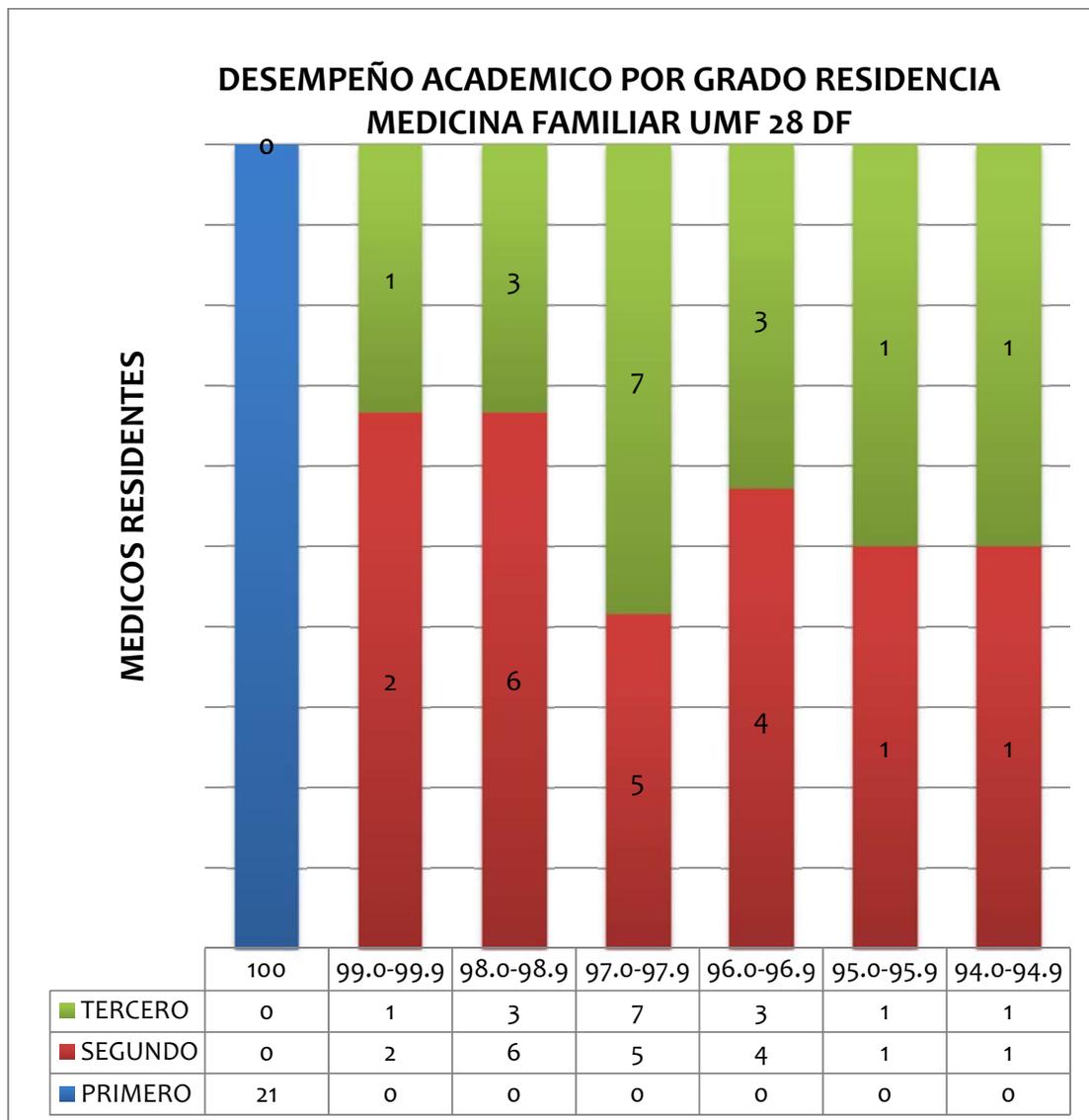
De los 40 médicos residentes que se encuentran solteros, 4 de ellos presentan depresión de leve a moderada y uno de moderada a severa, los que se encuentran casados, 2 presentan depresión de moderada a severa, finalmente en una menor proporción se encuentran en unión libre y no manifiestan depresión.

**DESEMPEÑO ACADÉMICO CON EL GRADO DE DEPRESION  
EN MEDICOS RESIDENTES  
MEDICINA FAMILIAR UMF 28 DF**



**GRAFICA 16**

Los resultados obtenidos en lo que respecta al desempeño académico y el grado de depresión de los 56 médicos residentes, lo 51 no presentaron, 4 manifestaron depresión de leve a moderada y uno depresión de moderada a severa.



**GRAFICA 17**

La gráfica 17 muestra el desempeño académico por grado de residencia médica. ESTA grafica señala que 21 residentes médicos de primer año obtuvieron un 100 de desempeño académico de acuerdo a la cédula de evaluación mensual, se puede inferir que este alto porcentaje se debe a que recién ingreso a la residencia.

## DISCUSION

La educación médica de posgrado ha tenido un gran incremento durante el último siglo, dentro de las cuales las especialidades médicas han tenido grandes cambios conforme a las necesidades de la población.

Las especialidades médicas son programas de posgrado universitario, y que operan en las sedes hospitalarias del sector salud, una de ellas es la especialidad de Medicina Familiar.

Para la obtención de esta especialidad, es necesario aprobar 3 años de estudio, que consiste en preparar a los médicos residentes en este lapso de tiempo, donde a través de la experiencia, desarrollo de competencias que pone en práctica para adquirir la experiencia para el cuidado del paciente, lo cual implica largas horas de trabajo, reducción de horas de sueño, variabilidad de horario. La suma de éstos factores conlleva al desarrollo de depresión en los médicos residentes.

La depresión se considera una alteración del estado mental, caracterizado por tristeza, pérdida de interés en el placer, sentimientos de culpabilidad, alteración del sueño, pérdida de apetito, pérdida de energía y pobre concentración.

Los estudios disponibles señalan que uno de los principales factores que desencadena la depresión es la carga excesiva de trabajo, la presión del tiempo para realizar un determinada trabajo y generalmente se presenta en gente joven entre los 30 y 40 años; donde predomina el sexo femenino.

Para la detección de la depresión se han utilizado a lo largo del tiempo diferentes escalas, tales como: Hamilton, Beck, Zung, Zung modificado.

En la presente investigación pretendió reconocer el grado de depresión en los médicos residentes y su correlación con su desempeño académico, empleado el Cuestionario de Depresión Zung, que explora síntomas relacionados con la presencia de un episodio depresivo. Este instrumento fue aplicado a una muestra de 64 médicos residentes de Medicina Familiar, de los cuales 43 son mujeres y 21 son hombres, todos ellos de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera, Distrito Federal.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: se observa que durante el avance de ciclo académico se presenta deserción de médicos por diversos factores, debido a: exceso de trabajo, lugar de residencia. Con lo que respecta a enfermedad crónica por grado académico se presenta en el tercer año con un 50%, seguida del segundo año por un 37%; éstos porcentajes pueden ser resultado de factores estresantes y se observa que predomina en el tercer año.

La mayor prevalencia de enfermedad crónica se presenta en un 87% en el sexo femenino.

Otro resultado correspondió al estado civil de los médicos residentes, donde se observa que predomina la soltería y generalmente en el primer año.

Con lo que respecta a las toxicomanías de los médicos residentes los resultados obtenidos señalan que 11 médicos fuman o toman y un 37% no presenta éstos hábitos y generalmente son mujeres. Este consumo de alguna toxicomanía se manifiesta en los alumnos de primer año y generalmente de 2 a 4 veces por mes, continúan los alumnos de segundo y finalmente los de tercer año.

El consumo diario de bebidas alcohólicas por los médicos residentes se observa que se da con mayor incidencia en los alumnos de segundo. La relación enfermedad crónica con grado de depresión en médicos residentes 44 médicos no presentan depresión ni enfermedad crónica.

El grado de depresión con agotamiento en médicos residentes: 18 no la presentan y 1 sólo residente resultó con depresión moderada a severa.

1. Curiel-García JA, Rodríguez-Islas Morán M, Guerrero-Romero F. Síndrome de agitación profesional de atención a la salud. RevMed IMSS. 2005; 44:221-6.
2. Ron de Kloe E, Jols M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. Nature Rev Neurosci 2005; 6(6):463-475.
3. Mudgal J, Guimaraes BL, Díaz-Montiel JC, Flores Y, Salmeron J. Depression among healthworkers: The role of social characteristics, work stress, and achronic diseases. SaludMental 2006; 29(5), 1-8.
4. Medina-Mora ME, Borges G Muñoz CL, Benjet C, Jaimez JB. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología. Psiquiátrica en México. Salud Mental 2005; 26(4):1-20.
5. Chasquel, R. Depresión en niños y adolescentes. Acta Neurol. Colomb, 2006; 22 (2), 195-200.
6. Osornio-Castillo Leticia psicologa, Palomino-Garibay L psicólogo. Depresión en estudiantes universitarios (Depression in UniversityStudents) en Archivos en Medicina Familiar, 2009; volumen 11 (1)1-2.

## **BIBLIOGRAFÍA**

-Navarro Edel Rubén, Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 2003, Vol. 1, 2.

- Cascón, I. (2000). Análisis de las calificaciones escolares como criterio de rendimiento académico. En red. Recuperado en: <http://www3.usal.es./inicio/investigación/jornadas/jornada2/comnc/c17.html>.

-- Ciurana MR. Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. Atención Primaria 2002; 29(6): 329-337.

Lezama Meneses, Psychometric Properties of the Zung Self-Rating Scale for Depressive Symptoms in Colombian teenager population, Psycholol. Av Discip. Colombia. Vol 6 No. 1 pag. 91-101, Enero-Junio 2012)

1. Julio Vallejo Ruiloba, Carmen Leal Cercós, Tratado de Psiquiatría, Vol. 2, Editorial: Ars Medica, capítulo 73, páginas: 1134-1155.. Barcelona. (2005).
2. Resident Duty Hours. Enhancing sleep supervision and safety. Intitute of Medicine of The National Academies. Advising the Nation. Improving Health 2008.
3. Enrique Graue Wiechers, Melchor Sánchez Mendiola, Irene Durante Montiel y Octavio Rivero Serrano, Educación en las Residencias Médicas, Editorial: Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V, México, D.F., UNAM). (2010).
4. Moreno. La educación basada en normas de competencia como un nuevo modelo de formación profesional en México. Pensamiento universitario, tercera época Centro de Estudios sobre la Universidad 2000.
5. Zabar S, Hanley K, Stevens DL. Measuring the competence of residents as teachers. J Gen. Intern Med 2000; 19: 530-533
6. La Depresión dos enfoques complementarios. Giovanni Jervis. Editorial Fundamentos. (2010).
7. Educación en las residencias Médicas. Enrique GraueWiechers, Melchor Sánchez Mendiola, Irene Durante Montiel, Octavio Rivero Serrano. Editorial ETM. 2010.
8. La Depresión y sus Máscaras. Aspectos terapéuticos. Editorial Panamericana. Chinchilla Moreno. 2008
9. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform. Ann Intern Med Coller VU, McCue J, Marjus A, Smith L., 136:384-390, (2005)
10. Tratado de Psiquiatría, Julio Vallejo Ruiloba, Carmen Leal Cercós. Editorial Ars Medica. Volumen II. 2006
11. El Médico General como primer contacto en usuarios con Depresión e Ideación Suicida. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México. ConstanzaMiralrio Medina. Norma Coffin Cabrera. MónicaÁlvarezZuñiga.
12. Burnout and self-reported patient care in a internal medicine residency program. Shanafelt TD. Bradley KA, Wipf JE, Back AE.; 136:358-367. (2002).
13. Sanz, J. y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología. Vol. 2*, 2ª ed. revisada (pp. 271-298). Madrid: McGraw Hill.
14. Modelos Teóricos y Clínicos para la conceptualización y tratamiento de la Depresión. Subjetividad y Procesos Cognitivos, Vol. 15, páginas: 119-15. No. 1 2011.
15. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform. Ann Intern Med Coller VU, McCue J, Marjus A, Smith L., 136:384-390, (2005)
16. Sánchez Pérez T. L., Tomasis García J.N., Saenz Martínez L.P.: Guía metodológica para la elaboración de un protocolo de Investigación en el Área de la Salud. Ed. Prado, 1ª. Ed. Capítulos del I-V y XIII. pp. 3-50 y pp. 135-138.
17. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10; DSM-IV.
18. Ramos-Brieva J, Cordero Villafafila A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiat Cien 1986; 14:324-34.