

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**TRABAJO DE GRADO**

**IDENTIFICACION DEL RIESGO DE DESARROLLO DE DEPRESION EN  
ESTUDIANTES DE SEPTIMO AÑO DE DOCTORADO EN MEDICINA DE LA  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE QUE CURSAN EL INTERNADO  
ROTATORIO EN EL PERIODO DE MARZO A OCTUBRE DE 2019**

**PARA OPTAR AL GRADO DE  
DOCTOR (A) EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR**

**GABRIELA MARGARITA MARÍN BARRERA  
JOSÉ RICARDO MENA GÓMEZ  
LUIS FERNANDO PÉREZ SÁNCHEZ**

**DOCENTE ASESOR**

**DOCTOR JOSE MANUEL ESCOBAR CASTANEDA**

**NOVIEMBRE, 2019**

**SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA**

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ  
VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL  
SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE  
DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN  
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS  
DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA  
VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA  
SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

## ÍNDICE

Resumen ejecutivo.....	vi
Introducción.....	vii
Justificación.....	viii
Antecedentes.....	10
Planteamiento del problema.....	15
Objetivos.....	17
<i>General</i> .....	17
<i>Específicos</i> .....	17
Marco teórico.....	18
Diseño metodológico.....	41
<i>Tipo de investigación:</i> .....	41
<i>Enfoque de la investigación:</i> .....	41
<i>Universo y muestra:</i> .....	41
<i>Definición de variables:</i> .....	41
<i>Instrumentos:</i> .....	42
<i>Plan de recolección de datos:</i> .....	42
<i>Procesamiento y análisis de datos:</i> .....	43
<i>Procedimientos:</i> .....	43
Presentación y análisis de resultados.....	45
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	57
Bibliografía.....	59
Anexos.....	61

<i>Anexo 1 – Especificadores para trastornos depresivos DSM-5</i> .....	62
<i>Anexo 2 – Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12)</i> .....	72
<i>Anexo 3 – Lista de chequeo sobre factores que influyen en el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de medicina</i> .....	73
<i>Anexo 4 – Cronograma de actividades</i> .....	74

## **Resumen ejecutivo**

El presente informe de investigación tiene por objetivo identificar el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de Doctorado en Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente que cursan el internado rotatorio en el periodo de marzo a octubre de 2019, y los factores que más influyen en esto. El estudio comprende un modelo descriptivo con enfoque cuantitativo, un universo conformado por 55 estudiantes y una muestra que corresponde al total de la población estudiada, con las variables de edad y sexo de dicha población. Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta, como instrumentos para cumplir con los objetivos mencionados se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12), y también una lista de chequeo autoadministrada para identificar los factores que influyen en el riesgo de desarrollo de depresión. Para presentar los datos previamente obtenidos y procesados se hizo uso de tablas resumen, tablas de frecuencia, así como también de gráficos estadísticos. El estudio concluyó que: 1) Epidemiológicamente la población en estudio se caracteriza por: tener un mayor porcentaje de estudiantes del sexo femenino. 2) El porcentaje en riesgo de desarrollo de depresión en la población estudiada según el GHQ-12 fue del 40%, con un mayor riesgo de patología emocional (no psicótica ni orgánico cerebral) en el sexo femenino. 3) Desde la perspectiva de las características propias del contexto laboral y las perspectivas interrelacionadas como la relación sujeto-entorno, el principal factor de riesgo predisponente para la depresión en dicha población es el estrés.

## **Introducción**

El presente estudio aporta información sobre el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de la carrera Doctorado en Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente quienes cursaron el internado rotatorio en el periodo de marzo a octubre de 2019. Por medio de este se buscaba conocer los factores que más afectan a esta población para predisponerla a padecer de trastornos depresivos, y de esa forma sentar un precedente sobre el cual se puedan guiar acciones a futuro que busquen erradicar o disminuir estos factores para prevenir la depresión en estudiantes de medicina, e incluso en médicos graduados. Se exponen los resultados de estudios a nivel mundial sobre dicha temática y algunos estudios elaborados en nuestro país al respecto, que contribuyen a la mejor comprensión de la problemática en estudio.

Se emplea el Cuestionario de Salud General de Goldberg para exponer el riesgo de presentar dicho problema en la población estudiada. De igual forma se aplica un cuestionario autoadministrado para indagar sobre los factores que más afectan a los estudiantes para presentar riesgo de depresión.

## **Justificación**

La profesión médica alrededor del mundo está caracterizada por su alto nivel de estrés y exigencias, no solo por la gran carga académica y de conocimientos, sino también por sus jornadas de trabajo extenuantes de día y de noche en las que se lidia con vidas humanas.

A raíz de lo anterior, los médicos son personas que constantemente se ven envueltas en situaciones agobiantes que pueden afectar su integridad física y mental, al grado de llevarlos a padecer de agotamiento extremo y estados depresivos.

En diversos estudios a nivel mundial, incluido el “National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019” publicado en la plataforma Medscape a inicios del presente año, se puede corroborar la incidencia y/o prevalencia de la depresión en médicos, lo cual muestra que este problema está presente no solo en la población general sino también en el gremio médico.

Remitiéndose a estas estadísticas, es importante estudiar y analizar la presencia de la depresión no solo en profesionales graduados sino también en médicos en formación, sobretodo en estudiantes de medicina de séptimo año que cursan su internado rotatorio, pues es el año más exigente de la carrera debido a que se combinan jornadas diurnas de al menos 10 horas, más turnos nocturnos cada 3 días, más asignaciones académicas para cada estudiante que deben cumplir durante su jornada laboral o posterior a ella, condiciones que convierten este año en el más pesado y estresante.

En nuestro país solamente hay 1 estudio que se ha realizado sobre la depresión en población similar hace más de 10 años en el área metropolitana, por lo que es oportuno conocer la situación actual de este problema, y preferentemente en la población correspondiente a la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador.

Con este estudio se pretende obtener información sobre el estado del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de Medicina durante su año más desafiante, pero también se busca conocer los factores que más afectan a esta población para predisponerla a padecer de trastornos depresivos, y de esa forma sentar un precedente sobre el cual se puedan guiar acciones a futuro que busquen erradicar o disminuir estos factores para prevenir la depresión en estudiantes de Medicina, e incluso en médicos graduados.

## **Antecedentes**

La depresión es una entidad clínica que ocupa uno de los primeros lugares como motivo de consulta en los servicios de psiquiatría. El trastorno puede presentarse a cualquier edad, inclusive en la infancia y adolescencia temprana. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ahora en su quinta edición texto revisado (DSM-5) establece una serie de criterios diagnósticos descriptivos para su aplicación en el trabajo clínico y en el de investigación y señala una prevalencia de este trastorno en adultos del 5-9% para el sexo femenino y de 2-3% para el masculino. El inicio temprano de este trastorno se asocia con un mayor índice de intentos suicidas y de suicidios consumados, representando esto último la tercera causa de muerte en adolescentes.

Se han llevado a cabo estudios de tamizaje en individuos no sintomáticos para depresión procedentes de diversas muestras incluyendo las escolares, pero sobre todo en alumnos que cursan sus estudios universitarios. En el caso específico de estos últimos un reporte reciente concluyó que hasta en el 50% de la muestra estudiada sobresalía la presencia de manifestaciones depresivas subsindromáticas. Muchos de los estudios de investigación en universitarios se han realizado en escuelas de medicina, al considerar que esta carrera profesional tiene características altamente generadoras de estrés durante el proceso de formación.

Desde hace más de 20 años se han postulado nuevos conceptos de la depresión como enfermedad dimensional. La depresión, es una enfermedad común durante el entrenamiento de los estudiantes de medicina. La tasa de la depresión clínica entre los internos ha sido reportada entre el 27% y el 30% y un 25% de ellos han referido ideación suicida.

La mayoría de los estudios citan que la tasa de suicidio entre médicos se sitúa del 28 al 40 por 100,000 mientras que en la población general, esta es del 12.3 por 100,000. En 1975, Everson y Fraument, determinaron que una de las principales causas de muerte en estudiantes de medicina y médicos jóvenes era el suicidio, estudios más recientes llevados a cabo por Samkoff y colaboradores, determinaron que el 26% de los fallecimientos de médicos jóvenes fue causado por suicidio.

En el año 2005, un trabajo encuentra esta factibilidad al estudiar el estrés al que están sometidos los universitarios y como se relaciona esto con la depresión. El hecho de que algunos jóvenes tienen que dejar sus hogares y trasladarse a otras ciudades de su propio país para poder realizar sus estudios universitarios, puede favorecer la aparición de manifestaciones depresivas severas al igual que la migración a otros países con los mismos fines académicos. En Estados Unidos la salud mental de los universitarios es motivo de preocupación e investigación, y toma en cuenta inclusive aspectos de tipo étnico y racial que en ese país adquieren singular relevancia. Pero en países tan lejanos al nuestro como Turquía y Malasia también se han hecho investigaciones para determinar las características de las manifestaciones depresivas en los estudiantes de sus universidades. Son varios los trabajos reportados en donde se aplican diversos instrumentos con la finalidad de detectar oportunamente manifestaciones depresivas en poblaciones universitarias. En Perú por ejemplo trabajos en universidades estatales han utilizado la Encuesta de Salud Mental Abreviada y en otros centros universitarios en el mismo país se le ha dado preferencia a la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional que es una entrevista breve y altamente estructurada, por ejemplo un estudio titulado: Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico, publicado en la Rev Med

Hered v.13 n.1 Lima ene. 2012, se aplicó el MINI a 250 estudiantes de medicina de 4º, 5º y 6º años, los resultados: se encontró una prevalencia alta de trastornos mentales (45.60%) sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%) siendo estos valores mayores que en la población general. El Inventario de Depresión de Beck (IDB), ha sido uno de los instrumentos clinimétricos que más se han utilizado para la detección de manifestaciones depresivas en estudiantes universitarios el cual ha sido traducido y validado en varios países e idiomas. Su aplicación se destaca en trabajos como los de Clark y Zeldow y los de Givens y Tjia . En China también se ha utilizado este instrumento con la finalidad de evaluar cambios del estado de ánimo en alumnos que cursan la carrera de medicina.

En un estudio más reciente (2011) publicado por la Rev. Clínica chilena de neuropsiquiatria titulado: 'Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile', señala la prevalencia de dicha problemática utilizando como instrumento una encuesta anónima y voluntaria a los alumnos de pregrado de 1º a 7º año de medicina, se aplicó el Test de Goldberg (GHQ) y el inventario de Beck de depresión (BDI), los resultados: respondió un 74% de alumnos de los cuales un 39% presento GHQ positivo y 25% tuvo BDI positivo.

En nuestro país, en el año 2012, se realiza una investigación por la Universidad de El Salvador en los hospitales públicos del tercer nivel titulada: 'Prevalencia del síndrome depresivo en los médicos que realizan el internado rotatorio de la Facultad de Medicina' de dicha universidad, el cual concluyo que: el síndrome depresivo estaba presente en un 37.8% de la población estudiada.

En otro estudio llevado a cabo por la misma entidad en el periodo de septiembre de 2011 a abril del 2012 titulado 'Factores asociados a ansiedad y depresión en personal de unidades de salud Ilopango, San Marcos y Zacamil', entre sus conclusiones más relevantes destaca:

- El personal de salud mayormente afectado por trastornos de ansiedad es aquel que tiene mayor contacto directo con los usuarios de salud y no aquel que permanece más tiempo en áreas de apoyo.
- En cuanto al tiempo de laborar en la institución se vio con mayor afectación aquellos con menor tiempo, probablemente porque no han desarrollado a plenitud ciertas habilidades laborales ni los mecanismos de defensa emocionales necesarios, entre otros.
- Las dos primeras causas reveladas en trastornos de ansiedad y/o depresión por el personal de salud fueron los problemas económicos y el exceso de trabajo; es conocida ya la gran demanda sobre el sistema nacional de salud al prestar sus servicios, así como la limitación de sus recursos para solventar dicha demanda.

En dicho estudio también se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg encontrando que: el 34.2% sufría de trastorno de ansiedad, el 7.89% padecían tanto ansiedad como depresión y el 1.97% padecían de trastorno depresivo.

Un estudio aún más reciente llevado a cabo en 2017 siempre por la Universidad de El Salvador en el personal de salud del Hospital Nacional Rosales, en el cual se pretende dar a conocer la incidencia del Síndrome de Burnout, el cual fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial para la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida, entre sus principales conclusiones

señala que: en médicos, la dimensión de agotamiento emocional fue la más afectada en un 55% y en quienes tenían menos de un año laboral.

En resumen, la mayor parte de los estudios en estudiantes de medicina han concluido que un importante porcentaje de estudiantes presentan manifestaciones depresivas.

## **Planteamiento del problema**

En la actualidad, la depresión es un problema que está teniendo un papel más protagónico en la sociedad ya que la tasa de suicidios se ha visto aumentada en los últimos años. A inicios del año 2019 se publicó un estudio a gran escala en la plataforma Medscape denominado “National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019”, el cual evaluaba el síndrome de Burnout y la depresión en médicos de varios países (entre ellos España, Inglaterra, EEUU y otros).

Los resultados de dicho estudio fueron que, de más 1500 médicos encuestados, 36% refirieron sufrir del síndrome de burnout, 5% refirió padecer depresión, y un 12% dijo presentar ambos problemas. De los que manifestaron padecer de depresión, el 74% la definió como leve, y un 20% como depresión severa. Estos resultados ponen en evidencia que la depresión también afecta en gran manera al gremio médico y no solo a la población en general.

Debido a esto, se considera importante analizar el impacto de la depresión no solo en médicos ya graduados sino también en médicos en formación, pues durante la etapa académica se ven sometidos a diferentes situaciones, entre ellas jornadas extensas de trabajo, maltratos y obligaciones académicas que deben cumplir mientras llevan de la mano la parte laboral impuesta, que como resultado del alto nivel de estrés pueden llevarlos a padecer de problemas físicos e incluso emocionales, incluida en estos últimos la depresión.

En El Salvador, en el año 2012 se estudió la depresión en estudiantes de séptimo año de Doctorado en Medicina que cursaban su internado rotatorio en hospitales de tercer nivel del área metropolitana, encontrando un índice de depresión de 37.8% en la población estudiada.

En vista de lo anterior, la población en la que se hará el estudio son los estudiantes de séptimo año de Doctorado en Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente que cursan su internado rotatorio.

Por todo lo previamente expuesto, el problema planteado para este estudio es: ¿Qué porcentaje de los estudiantes de séptimo año de medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente que cursan su internado rotatorio están de riesgo de desarrollar depresión?, y aunado a esto, ¿qué factores son los que más influyen en esta población para provocar riesgo de desarrollar estados depresivos como resultado?

## **Objetivos**

### *General*

Estudiar el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de Doctorado en Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente que cursan el internado rotatorio en el periodo de marzo a octubre de 2019.

### *Específicos*

- Caracterizar epidemiológicamente a la población estudiada.
- Identificar el porcentaje de riesgo de desarrollo de depresión en la población estudiada utilizando el Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).
- Determinar los factores que más influyen en el riesgo de desarrollo de este trastorno en los estudiantes.

## **Marco teórico**

La depresión es un estado interno de tristeza y desánimo en diferentes niveles, tanto cognitivos como conductuales, que influyen significativamente en su quehacer total. Existen seis paradigmas que explican la depresión: bioquímico (neuroendocrino), psicoanalítico, conductual, cognitivo-conductual, sociológico y sistémico. La depresión en jóvenes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos, el desempeño escolar y la familia; se clasifica como primaria o secundaria según el trastorno principal o como consecuencia de un problema médico. Será depresión mayor si cumple con los criterios del DSM-V; se denominará endógena o exógena según la causa desencadenante. (A.C., 2009)

La depresión es un trastorno importante entre los estudiantes de medicina. Según algunos estudios la prevalencia de depresión es más alta entre los estudiantes de medicina que en la población general y aumenta durante el curso del entrenamiento médico. La depresión podría repercutir en el desarrollo profesional y académico. Se asocia a deshonestidad académica, abuso de sustancias, elevado cinismo, disminución de actitudes humanitarias, falta de empatía con el paciente y deterioro en la calidad de su atención. A nivel personal podría afectar de forma importante, contribuyendo a la ruptura de relaciones interpersonales, a la disminución de la salud física, al deterioro del cuidado personal, e incluso al suicidio. Por lo anterior, se considera importante investigar la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina y los factores asociados a ella. (Marco J. Castillo Vilca, 2010)

En el contexto universitario, las dificultades en las relaciones con los docentes (manejo de autoridad, dificultad en la comunicación, inequidad en la evaluación, sobrecarga de asignaturas, horarios, metodología del docente y deficiencia en los métodos de estudio del alumno) pueden conducir a la depresión. En un estudio sobre depresión en estudiantes de medicina, la

prevalencia global de depresión fue de 21.6 %, siendo casi de dos mujeres por un hombre. El nivel curricular de mayor afectación fue el de ciencias básicas. Miranda y Gutiérrez han reportado depresión en el 36.4 % de los estudiantes que cursan ciencias básicas en el primer semestre de la carrera de medicina. La depresión, ansiedad y hostilidad son respuestas emocionales al estrés; los síntomas de depresión en estudiantes de medicina pueden ser difíciles de distinguir de los efectos del estrés inherentes a la vida del estudiante. En el terreno de las correlaciones biopsicosociales, Gloger, demostró en Chile que existe una disminución en la capacidad mitogénica de linfocitos T y un aumento del cortisol plasmático en sujetos sanos de la carrera de medicina cuando son expuestos a un estrés académico de carácter intenso, luego de haber estado bajo condiciones de estrés académico habitual. (Jaime Santander, 2011)

El desempeño académico está indiscutiblemente ligado al estado emocional de los estudiantes, un alumno que pasa por estados de depresión, no se encuentra en condiciones óptimas para la adquisición de nuevo aprendizaje; el detectar oportunamente signos de alerta que pudieran conducir a la depresión en los alumnos, contribuiría al incremento de su rendimiento académico.

La satisfacción por la carrera elegida parece ser un factor de importancia que se relaciona con la de prevención de la depresión; el estudiante que cumple con sus expectativas académicas y personales fortalece su autoestima y estará en condiciones de alcanzar un estado bienestar psicológico, biológico y social. (A.C., 2009)

La necesidad de llevar a cabo estudios de tamizaje como un primer acercamiento para establecer la posible presencia de manifestaciones psicopatológicas que puedan ser constitutivas de entidades mórbidas más específicas, ha sido una práctica que se ha incrementado en los últimos años. La relevancia de esta estrategia sobre todo en poblaciones susceptibles para determinados trastornos, está en función de la cada vez mayor evidencia de la presencia de estados mórbidos

subsindromáticos. Este tipo de estrategias son accesibles y permiten que los probables casos sean clínicamente evaluados en una forma más amplia, con la finalidad última de establecer diagnósticos específicos y tratamientos multimodales más oportunos. Como ha sido señalado, la población de estudiantes universitarios, específicamente los que cursan la carrera de medicina, son altamente susceptibles de desarrollar trastornos afectivos de tipo depresivo si las circunstancias biológicas y psicosociales lo favorecen. Al no haber antecedentes de este tipo de estudios en la población estudiantil de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, se consideró relevante efectuar este primer acercamiento para conocer las realidades afectivas propias de los estudiantes, e implementar en consecuencia mecanismos de atención e investigación en el área de la salud mental. Los datos aportados por trabajos epidemiológicos tan relevantes efectuados, como los que se exponen en el acápite de antecedentes de esta tesis dan a conocer la necesidad de efectuar detecciones oportunas de casos sobre todo en poblaciones con altos factores de riesgo tanto individuales como sociales. Sin lugar a dudas, la población estudiantil es uno de los grupos etéreos donde es fundamental aplicar estrategias que permitan evitar deserciones escolares, malos resultados académicos, comportamientos disfuncionales, o lo que es peor, la aparición de complicaciones como el uso y abuso de sustancias e incluso suicidio. (Alcmeon, 2007)

Se consideró importante seleccionar a los alumnos de internado rotatorio por ser donde inician un proceso de formación profesional que es parte de un plan de vida, parte indispensable de la formación profesional de todo futuro médico.

## **Instrumento**

La encuesta aplicada se compuso de una serie de características sociodemográficas, el Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12), El GHQ-12 está diseñado para detectar riesgo de enfermedad mental no psicótica ni orgánico-cerebral y es aplicable al trabajo clínico, encuestas de población o estudios longitudinales. Consta de 12 preguntas, con 4 alternativas cada una, 2 de las cuales tienen puntaje igual a cero, y las dos restantes un punto cada una. De esta manera, puntaje mínimo y máximo son 0 y 12 respectivamente. Se acepta un puntaje mayor o igual a cinco como de riesgo de patología emocional, condición que denominaremos "GHQ-12 positivo". Se eligió este instrumento por su utilidad como herramienta de tamizaje y por estar validado en nuestro país por el MINSAL.

## **Factores de riesgo para depresión**

Por definición la depresión se trata de un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo decaído, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida, pueden a menudo manifestar ansiedad y síntomas somáticos variados; el paciente con depresión no tiene historia previa de manía o hipomanía. (Salvador U. N., 2012)

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con promedio de inicio entre los 25 y 30 años, sin embargo los cambios de la estructura familiar y la creciente urbanización también aumentan la vulnerabilidad de la depresión.

Otros factores que contribuyen a este aumento son, según la Organización Mundial de la Salud, la longevidad, los cambios psicosociales rápidos, enfermedades crónicas, el consumo exagerado

de drogas como tranquilizantes, antihipertensivos y los anticonceptivos que con frecuencia producen depresiones secundarias.

La depresión es más frecuente en el sexo femenino, debido a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel de las mujeres en nuestra sociedad y si bien la depresión puede ocurrir en todas etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo, así el máximo de frecuencia en las mujeres esta entre los 30 y 60 años y en los hombres entre los 40 y 70 años.

La alta frecuencia de la edad madura y la vejez se atribuye principalmente a los factores psicosociales propios de estas etapas, por lo que este trastorno menos frecuente en los solteros y casados que en los divorciados, separados o viudos, y desde el punto de vista psicosocial, aparentemente los cambios vitales tanto positivos como negativos son precipitantes importantes.

Se ha señalado que entre el 80 y 90% de las personas con trastorno depresivo mayor responden al tratamiento, pero que solo uno de cada tres afectados recurre al sistema de salud a buscar ayuda.

Según Robins, la depresión se divide en dos grandes grupos (Ruiloba, 2006):

1. Primarias: en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo.
2. Secundarias: en las que el paciente sufre otra enfermedad de base, ya sea esta un trastorno mental (como la esquizofrenia) u orgánico (como el hipotiroidismo) que explica la depresión.

Por factores de riesgo se entienden aquellas variables que predicen la presentación de la depresión y pueden ayudar a comprender mejor su origen. Las formas de identificarlas pueden ser muy variadas y permiten entender que las variables a analizar se han enfocado desde varias

perspectivas: factores relacionados con aspectos personales del individuo, con características propias del contexto laboral o con aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo o incluso, desde perspectivas interrelacionadas: interacciones sujeto-entorno:

- **Genéticos:** con respecto a las de causa primaria, se dice que el trastorno depresivo mayor es de 1.5 a 3 veces más común en los familiares en primer grado de consanguinidad que sufren de este que en la población en general, en algunos subgrupos se ha demostrado que es frecuente que los hombres manifiesten alcoholismo y las mujeres depresiones recurrentes.
- **Estado civil:** este trastorno es menos frecuente en los solteros y casados que en los divorciados, separados o viudos, estos últimos casi siempre están ligados a sintomatología depresiva.
- **Religión:** aunque la religión no parece ser un factor de riesgo específico, se ha demostrado que entre los católicos y judíos el índice de suicidios es más bajo.
- **Laboral:** la relación trabajo-depresión es curvilínea, ya que la mayor incidencia se da en los puestos más altos y los más bajos de la escala.
- **Fármacos:** se han descrito más de 200 medicamentos que pueden causar depresión, entre ellos: indometacina, sulfas, propanolol, anticonceptivos, etc., aunque la mayoría de ellos solo la causan ocasionalmente, muchos de estos lo hacen muy frecuentemente y se ha demostrado que la supresión de dichos medicamentos puede producir cuadros depresivos.
- **Enfermedades orgánicas:** cualquier enfermedad, especialmente las graves, pueden causar cuadros depresivos como reacción psicológica, pero existen ciertos cuadros que se acompañan de un trastorno depresivo que posiblemente afectan los mecanismos

íntimos responsables de esta enfermedad, como por ejemplo el VIH-SIDA y las enfermedades cardiovasculares. Entre las causas orgánicas tenemos los trastornos neurológicos como el Alzheimer, Eventos cerebrovasculares, etc., Trastornos endocrinológicos, Premenstrual, Postparto, Hipotiroidismo, Trastornos metabólicos como Anemia perniciosa, Porfiria intermitente aguda, etc.

### **Estrés**

El estrés es una reacción de ajuste. Origina tensión física y psicológica al estimular al equipo neurobiológico que posee el hombre para enfrentar los estímulos externos que ponen en peligro la vida.

Es la respuesta universal, la reacción al estrés se convierte en la oportunidad para lograr la adaptación.

### **Estrés y enfermedad:**

El estrés crónico o continuado implica para el individuo una respuesta crónica, un permanecer en forma indefinida.

El estrés prolongado enferma. Un estudio del centro de investigación del Estrés de Madrid mostro que los profesionales más estresados son los trabajadores de la salud, los profesores, los transportistas.

Los médicos son los profesionales con mayor índice de suicidio y de adicciones. El estrés continuado hace más vulnerable al hombre a sufrir accidentes laborales y automovilísticos, el estrés crónico provoca una excitación permanente del sistema simpático que prolonga la llamada fase de resistencia del estrés, que lentamente mina la capacidad de adaptación y altera la función de los diferentes sistemas del organismo humano. Las alteraciones se producen mediante un

doble mecanismo: la tensión ejercida sobre el órgano y las consecuencias del comportamiento inadecuado como el tabaquismo, el abuso del alcohol y las alteraciones de los hábitos alimenticios, que contribuyen a empeorar los síntomas que la tensión biológica ha provocado. Reacciones que en un principio son transitorias como la hipertensión arterial, el aumento de la glucosa en sangre, la elevación del colesterol y los triglicéridos sanguíneos, la irritabilidad, la tensión muscular y el insomnio se convierten en síntomas permanentes que hacen al individuo proclive a presentar enfermedades cardiovasculares, sufrir accidentes y disminuyen su calidad de vida, lo cual a su vez, mantiene activo el sistema del estrés y limita su capacidad de homeostasis.

Este fenómeno se conoce como carga alostática, que representa el fracaso del organismo y la incapacidad para recuperar su equilibrio neurobiológico. La carga alostática está muy relacionada con la aparición de las llamadas enfermedades psicosomáticas, como la hipertensión arterial, el asma, la enfermedad de Graves.

El estrés continuado provoca cambios en los circuitos cerebrales que regulan las emociones y alteraciones en el procesamiento de la información que hacen más vulnerables a los pacientes con trastorno bipolar a los estresantes ambientales, a presentar nuevos episodios clínicos y al abuso de sustancias psicoactivas.

La respuesta de adaptación psicofisiológica pierde su eficacia con el paso del tiempo. La fase de resistencia da paso a la etapa de agotamiento, que se experimenta tanto en la parte biológica, como en el funcionamiento de la personalidad y en las relaciones con el medio. La energía utilizada por el organismo en el manejo de la tensión psicológica impide que el rendimiento intelectual sea óptimo. La irritabilidad impide la concentración en las tareas y origina alteraciones en la memoria de trabajo y en la capacidad de juicio.

El estrés prolongado disminuye las defensas psicológicas y biológicas, aumenta la vulnerabilidad a un nuevo estresante y predispone al infarto de miocardio, cuya frecuencia aumenta en forma importante en los dos primeros años que siguen a la jubilación.

El estrés altera al hipotálamo, responsable de la respuesta de saciedad en la alimentación, originando crisis de anorexia o bulimia, con las consabidas alteraciones en el peso corporal que, como en el caso de la obesidad, multiplican las posibilidades de sufrir enfermedades coronarias o hemorragias cerebrales.

La obesidad es un síntoma pero también una fuente de estrés, que disminuye la autoestima, aumenta la ansiedad y limita las relaciones interpersonales.

La hipercolesterolemia por ejemplo, produce alteraciones en la arborización de las dendritas y más tarde, atrofia de las neuronas en el núcleo central de la amígdala, en el núcleo de la estría terminalis y en la capa CA1 del hipocampo. El compromiso de la amígdala altera la respuesta al miedo y ansiedad, en tanto que las lesiones del hipocampo interfieren con la memoria a corto plazo y el aprendizaje, funciones indispensables en el proceso de respuesta y adaptación al medio. (Salvador U. N., 2012).

## **Diagnostico**

### **Trastornos depresivos (Psiquiatría, 2013)**

#### **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo**

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
- E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
- F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

### **Trastorno depresivo mayor**

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en la culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que

en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en la culpabilidad probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas de culpa. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor de la culpabilidad puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En la culpabilidad, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en la culpabilidad existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

### **Trastorno depresivo persistente (Distimia)**

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas.

Más de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con inicio en el periparto

Especificar si:

En remisión parcial

En remisión total

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años. Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve

Moderada

Grave

### **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento**

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
  - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
  - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existe trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento en otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

**Nota de codificación:** Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter en 4<sup>a</sup> posición es “1,” y el clínico registrará “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes de trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por una sustancia, el carácter en 4<sup>a</sup> posición es “2,” y el clínico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de esa sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4<sup>a</sup> posición es “9,” y el clínico sólo hará constar el trastorno depresivo inducido por sustancias.

Inhalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opiáceo	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (u otro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

---

**Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

**Con inicio durante la abstinencia:** Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

### **Trastorno depresivo debido a otra afección médica**

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

b. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

c. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

Otro trastorno depresivo especificado

d. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

e. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es **293.83**, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

*Especificar si:*

**(F06.31) Con características depresivas:** No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

**(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor:** Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

**(F06.34) Con características mixtas:** También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).

### **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial de la depresión comprende tres áreas fundamentales: otros trastornos médicos, otros psiquiátricos, y cuadros de origen farmacológico.

Tan importante como el hecho que muchos pacientes con depresión acuden a sus médicos generales con molestias físicas es la circunstancia de que otros acuden al profesional de la salud mental con síntomas depresivos, pueden tener una enfermedad orgánica subyacente causante de la sintomatología, de estas, las más frecuentes son las endocrinas, como el hipotiroidismo, las alteraciones suprarrenales o los cambios relacionados con el embarazo y el ciclo menstrual.

Sobre todo en los pacientes de mayor edad, los procesos neurológicos como la demencia, el accidente cerebrovascular o la enfermedad de Parkinson deben formar parte fundamental del diagnóstico diferencial. Otras enfermedades que pueden causar síntomas depresivos son la mononucleosis, el SIDA, el síndrome de fatiga crónica, algunos tipos de cáncer y enfermedades de las articulaciones.

Desde el punto de vista psiquiátrico los trastornos que comparten rasgos comunes con la depresión son los trastornos por ansiedad (incluyendo la ansiedad generalizada, el trastorno por angustia y trastorno por estrés postraumático), la esquizofrenia y el abuso de alcohol y drogas.

La lista de medicamentos que pueden inducir cuadros de depresión comprende algunos antibióticos, muchos antihipertensivos, algunos para el corazón, así como esteroides y agentes hormonales.

### **Diferencias entre síndrome de Burnout y depresión**

El síndrome de burnout consiste en una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal, el cansancio físico y emocional que lleva a una desmotivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.

El síndrome de burnout es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la Organización Mundial de la Salud lo ha catalogado como un riesgo laboral. Esta afección implica casi siempre a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y que tienen una filosofía humanística del trabajo; pero por desgracia no solo afecta al personal que lo padece; sino que secundariamente afecta también a los usuarios que son atendidos por los que sufren dicha afección. Fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida.

Es probable que haya un solapamiento entre los términos depresión y burnout. Leiters (leiter MP, 1996) demuestra a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología son distintos, aunque estos fenómenos puedan compartir alguna sintomatología. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Síndrome de Burnout (baja realización personal y

despersonalización). Otra característica que la diferencia de estos constructos es que el Síndrome de Burnout se le asocia al trabajo y situaciones específicas, al menos al inicio, y que sus síntomas pueden ser temporales. La depresión por el contrario, puede surgir en otros contextos (personal, social y/o familiar) con síntomas profundos y generales. Es decir, que la depresión se la entiende como un fenómeno más amplio. (Salvador, 2017).

## **Diseño metodológico**

### **Tipo de investigación:**

En este estudio se utilizó el modelo descriptivo.

La razón por la cual se utilizó este tipo de modelo es porque se pretendía saber el porcentaje de la población estudiada en riesgo de desarrollar depresión, además de determinar los factores que más influyen en el riesgo de desarrollo de este trastorno en los estudiantes estudiados.

### **Enfoque de la investigación:**

El enfoque utilizado en el presente estudio fue de tipo cuantitativo, pues se trabajó en base a datos estadísticos recolectados de la población estudiada para realizar un análisis posterior de los mismos.

### **Universo y muestra:**

El universo fueron 55 estudiantes de séptimo año de Doctorado en Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente que cursaron su internado rotatorio entre los meses de marzo a octubre de 2019. La muestra elegida para el estudio fue el total de estudiantes de la población estudiada.

### **Definición de variables:**

- Edad
- Sexo

### **Instrumentos:**

- Cuestionario de salud general de Goldberg (anexo 2): Es un instrumento utilizado por el Ministerio de Salud de El Salvador destinado a detectar trastornos mentales en ambientes comunitarios, no psiquiátricos. Se centra en el deterioro del funcionamiento normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida (no detecta trastornos crónicos). Evalúa dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Consta de 12 preguntas, con 4 alternativas cada una, 2 de las cuales tienen puntaje igual a cero (las primeras 2), y las 2 restantes un punto cada una. De esta manera, el puntaje mínimo y el máximo son cero y doce respectivamente. Se acepta un puntaje mayor o igual a cinco como de riesgo de patología emocional, condición denominada "GHQ-12 positivo".

- Lista de chequeo sobre factores que influyen en el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de medicina (anexo 3): Se administró junto al test antes mencionado. Este instrumento ayudó a recolectar información sobre los factores que más afectan a los estudiantes para presentar riesgo de desarrollo de depresión.

Consistió en una lista de factores que pueden producir estrés y/o depresión de acuerdo a lo expuesto en el marco teórico de la presente investigación, los cuales podían ser seleccionados por los médicos internos según su percepción de cuáles les afectaban en mayor grado, permitiéndoles seleccionar más de uno a la vez.

### **Plan de recolección de datos:**

La recolección de datos se hizo de fuentes primarias, en este caso, estudiantes de séptimo año de Doctorado en Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente que cursaban su internado rotatorio en el periodo ya establecido. La técnica para obtención de los datos fue la

encuesta escrita, a través de la administración de los instrumentos ya descritos (cuestionario y lista de chequeo), citando a los médicos internos en sus tiempos libres para no interferir en sus actividades académicas ni laborales durante su jornada.

### **Procesamiento y análisis de datos:**

Para el Cuestionario de Salud General de Goldberg se realizó conteo manual directo de cada instrumento, clasificando cada uno como “GHQ-12 positivo” o “GHQ-12 negativo” de acuerdo al puntaje de cada test. Posteriormente se introdujeron los datos a una base de datos en Microsoft Office Excel 2010 para su tabulación y elaboración de gráficos, lo que permitió realizar comparaciones entre los resultados obtenidos en base a distintos criterios, y así analizar la información de forma más ordenada.

En el caso de la Lista de chequeo sobre factores que influyen en el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de medicina, también se hizo conteo manual directo de cada instrumento verificando los factores marcados por cada estudiante, para luego ingresar dicha información a una base de datos en Microsoft Office Excel 2010 para elaboración de tablas de frecuencia y gráficos de barras, de forma que se pudiera comparar resultados y analizar la información de forma más ordenada.

### **Procedimientos:**

1. Elaboración de cuestionario autoadministrado para recolectar información sobre los factores que más afectan a los estudiantes para presentar riesgo de desarrollo de depresión.
2. Validación por asesor de tesis de los instrumentos utilizados en la investigación.
3. Selección de fecha para la aplicación de los instrumentos.

4. Administración de los instrumentos a la población elegida.
5. Organización y procesamiento de datos obtenidos.
6. Elaboración de tablas y gráficos con resultados.
7. Análisis de resultados.
8. Conclusiones de la investigación.
9. Recomendaciones pertinentes en base al análisis de resultados.
10. Presentación de informe final.

## Presentación y análisis de resultados

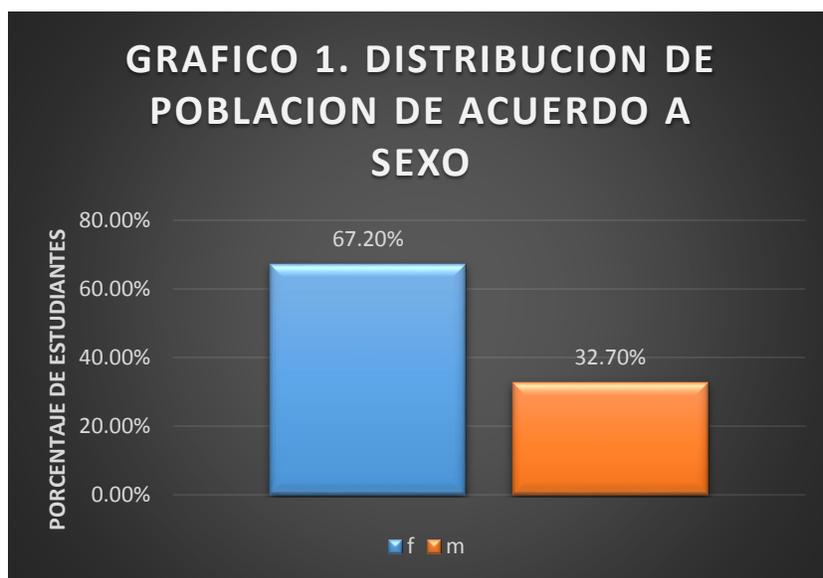
### Objetivos específicos

#### 1. Caracterizar epidemiológicamente a la población estudiada

**Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo a sexo**

Sexo	Frecuencia
Femenino	37
Masculino	18
<b>Total</b>	<b>55 estudiantes</b>

Fuente: Instrumentos de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.



Fuente: Instrumentos de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.

En el gráfico 1 se puede observar que del total de la población estudiada correspondiente a 55 estudiantes, 37 de ellos son del sexo femenino, es decir 67.2%, mientras que 18 son del sexo masculino, es decir 32.7%.

**Tabla 2. Rango de edades de la población en estudio: sexo masculino**

Rango de edades sexo masculino	Frecuencia
Menor de 24 años	0
De 24 a 25 años	7
De 26 a 27 años	4
De 28 a 29 años	3
De 30 a 31 años	2
Mayor de 31 años	2
<b>Total</b>	<b>18 estudiantes</b>

Fuente: Instrumentos de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.



Fuente: Instrumentos de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.

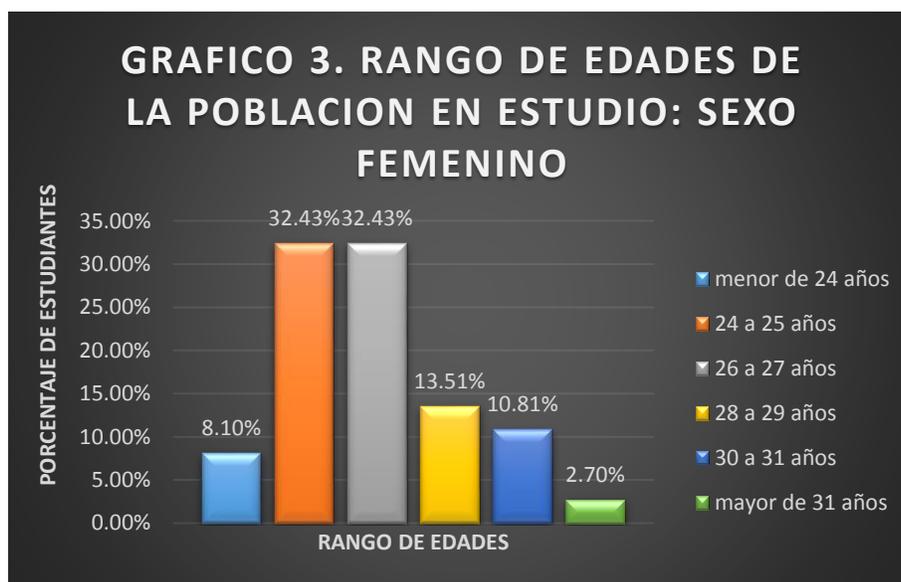
Se presenta en la tabla 2 y el gráfico 2 que de un total de 18 personas del sexo masculino en estudio, el rango de edad más frecuente es 24 a 25 años. Otro hallazgo es que no se encontró

ningún hombre de edad inferior a los 24 años, en tanto que se encontraron dos con edades superiores a los 31 años (uno de 32 años y otro de 41 años) que representan un 11.11 %.

**Tabla 3. Rango de edades de la población en estudio: sexo femenino**

Rango de edades sexo femenino	Frecuencia
Menor de 24 años	3
De 24 a 25 años	12
De 26 a 27 años	12
De 28 a 29 años	5
De 30 a 31 años	4
Mayor de 31 años	1
<b>Total</b>	<b>37 estudiantes</b>

Fuente: Instrumentos de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.



Fuente: Instrumentos de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.

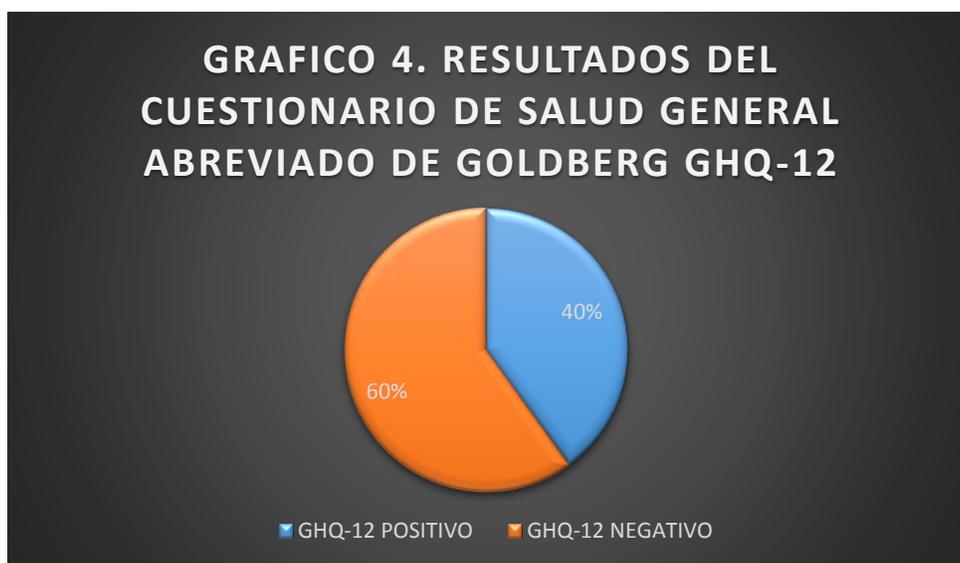
En la tabla y el gráfico 3 se presenta que de un total de 37 personas del sexo femenino en estudio, los rangos de edad más frecuentes son 24 a 25 años y 26 a 27 años. Otro hallazgo es que, a diferencia del sexo masculino, hay 3 personas menores de 24 años, lo cual corresponde a un 8.10%, en tanto que mayores de 31 años solo hay una persona, correspondiente al 2.70% de la población femenina.

- **Identificar el porcentaje de riesgo de desarrollo de depresión en la población estudiada utilizando el Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12)**

**Tabla 4. Resultados del Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12)**

<b>GHQ-12</b>	<b>Frecuencia</b>
GHQ-12 Positivo	22
GHQ-12 negativo	33
<b>Total</b>	<b>55 estudiantes</b>

Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).



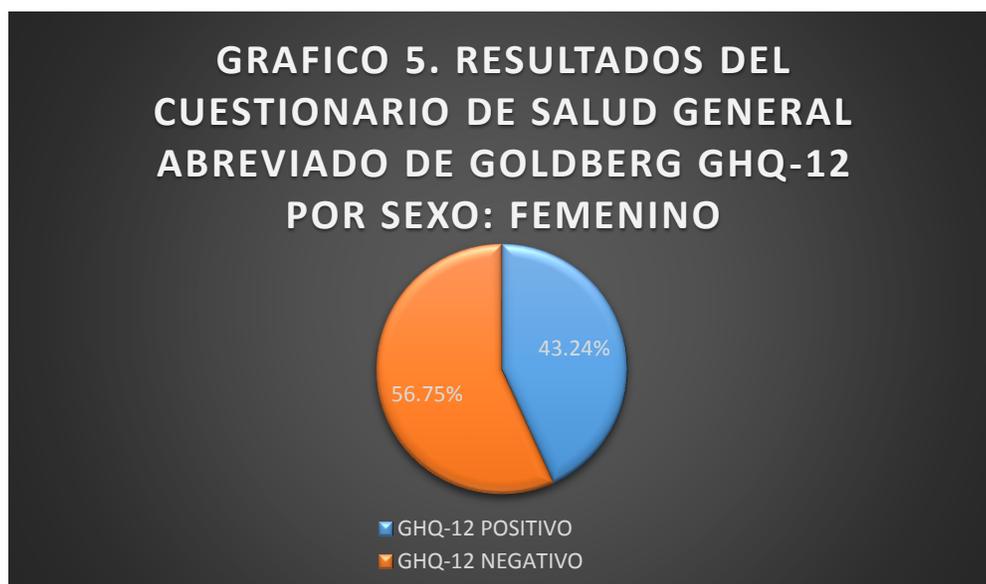
Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).

En la tabla y el gráfico 4 se presenta que de un total de 55 estudiantes, 22 de ellos (40%) presentan un GHQ-12 positivo, mientras que el resto es negativo.

**Tabla 5. Resultados del Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12) por sexo: femenino**

<b>GHQ-12</b>	<b>Frecuencia</b>
GHQ-12 Positivo	16
GHQ-12 negativo	21
<b>Total</b>	<b>37 estudiantes del sexo femenino</b>

Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).



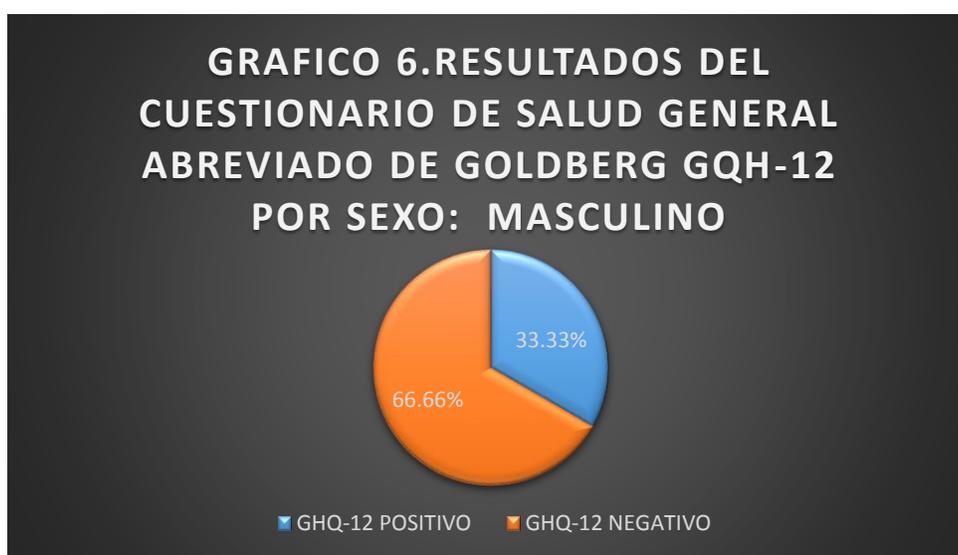
Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).

En la tabla y el gráfico 5 se presenta que de un total de 37 personas del sexo femenino en estudio, 16 (43.24%) presentaron GHQ-12 positivo, mientras que 21 (56.75%) de ellas un GHQ-12 negativo

**Tabla 6. Resultados del Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12) por sexo: masculino**

<b>GHQ-12</b>	<b>Frecuencia</b>
GHQ-12 Positivo	6
GHQ-12 negativo	12
<b>Total</b>	<b>18 estudiantes del sexo masculino</b>

Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).



Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).

En la tabla y el gráfico 6 se puede apreciar que del total de la población masculina (18 estudiantes), 6 (33.33%) presentaron GHQ-12 positivo, mientras que 12 (66.67%) de ellos presentaron GHQ-12 negativo.

**Tabla 7. Estudiantes con GHQ-12 positivo divididos según rango de edad y sexo: femenino**

Rango de edades sexo femenino	Frecuencia
Menor de 24 años	2
De 24 a 25 años	7
De 26 a 27 años	4
De 28 a 29 años	2
De 30 a 31 años	1
Mayor de 31 años	0
<b>Total</b>	<b>16 estudiantes del sexo femenino con GHQ-12 positivo</b>

Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).



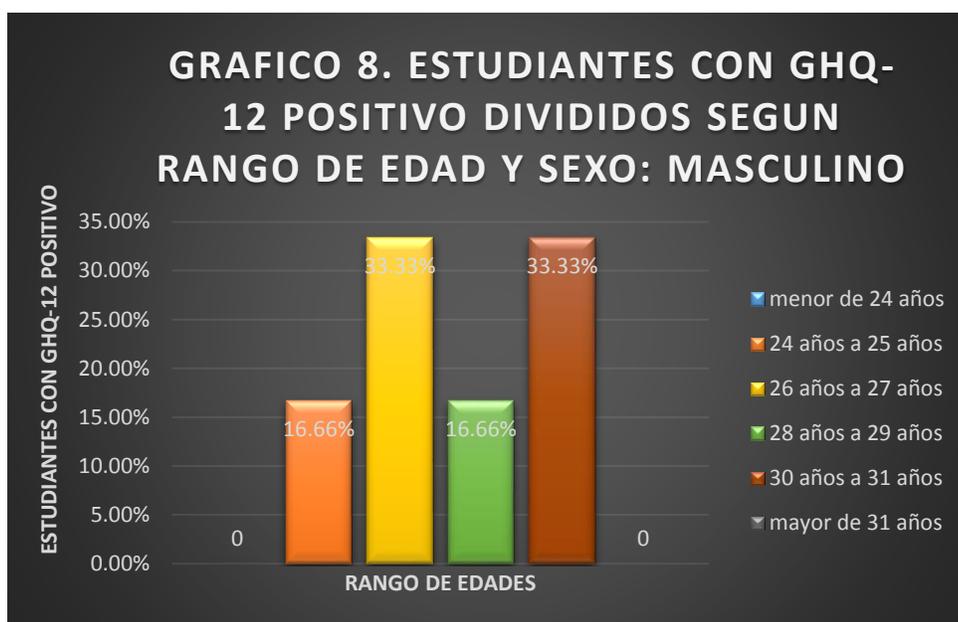
Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).

En la tabla y gráfico 7 se puede apreciar, que en el rango de edad de 24 a 25 años, hay un mayor número y porcentaje respectivamente de estudiantes con GHQ-12 positivo del sexo femenino.

**Tabla 8. Estudiantes con GHQ-12 positivo divididos según rango de edad y sexo: masculino**

<b>Rango de edades sexo masculino</b>	<b>Frecuencia</b>
Menor de 24 años	0
De 24 a 25 años	1
De 26 a 27 años	2
De 28 a 29 años	1
De 30 a 31 años	2
Mayor de 31 años	0
<b>Total</b>	<b>6 estudiantes del sexo masculino con GHQ-12 positivo</b>

Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).



Fuente: Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12).

En la tabla y grafico 8 se puede apreciar que en los rangos de edad de 26 a 27 años y de 30 a 31 años, hay un mayor número y porcentaje respectivamente de estudiantes con GHQ-12 positivo del sexo masculino.

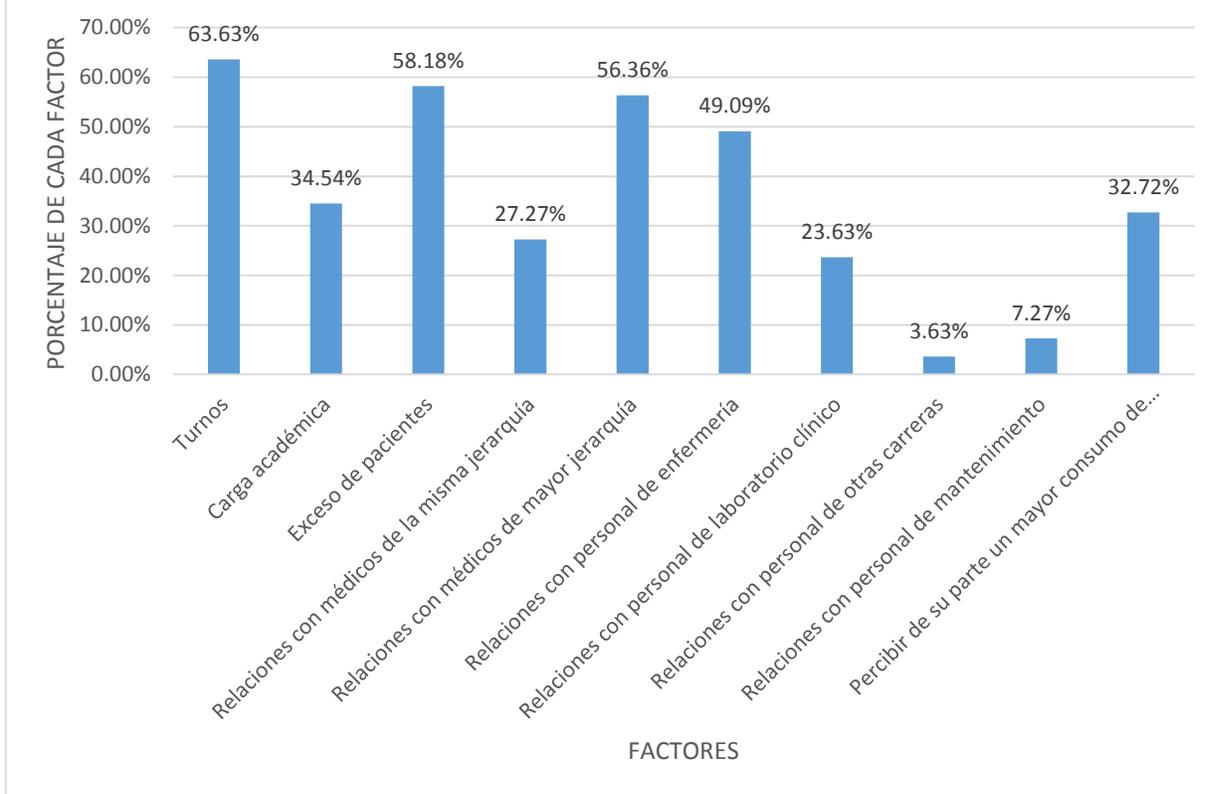
- **Determinar los factores que más influyen en el riesgo de desarrollo de este trastorno en los estudiantes**

**Tabla 9. Factores que influyen en el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de medicina**

<b>Factores</b>	<b>Frecuencia</b>
Turnos	35
Carga académica	19
Exceso de pacientes	32
Relaciones con médicos de la misma jerarquía	15
Relaciones con médicos de mayor jerarquía	31
Relaciones con personal de enfermería	27
Relaciones con personal de laboratorio clínico	13
Relaciones con personal de otras carreras	2
Relaciones con personal de mantenimiento	4
Percibir de su parte un mayor consumo de alcohol y/o drogas en los últimos meses	18

Fuente: Instrumento de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.

GRAFICO 9. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE DESARROLLO DE DEPRESION EN ESTUDIANTES DE MEDICINA



Fuente: Instrumento de Identificación del riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de séptimo año de doctorado en medicina de la facultad multidisciplinaria de occidente que cursan el internado rotatorio.

Se puede observar tanto en la tabla como en el grafico 9 que el principal factor que los estudiantes de medicina identificaron como mayor generador de estrés en el ambiente hospitalario fueron los turnos, seguido por el exceso de pacientes en segundo lugar, relaciones con médicos de mayor jerarquía y personal de enfermería en tercer y cuarto lugar y les siguen a estos últimos la carga académica y percibir un mayor consumo de alcohol y/o drogas en los últimos meses.

## Conclusiones

- Epidemiológicamente, la población en estudio se caracterizó por tener un mayor porcentaje de estudiantes internos del sexo femenino, con rangos de edad comprendidos más frecuentemente entre los 24 a 27 años; en el caso del sexo masculino, el rango de edad más común fue de 24 a 25 años.
- El porcentaje de riesgo de desarrollo de depresión identificado en la población estudiada, utilizando el Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12), fue del 40%.
- Del 100% de mujeres, 43.2% presentaron un GHQ-12 positivo, con un rango de edad más frecuente comprendido entre los 24 a 25 años, mientras que del total de hombres, 33.3% presentaron un GHQ-12 positivo, con rangos de edad más frecuentes entre los 26-27 y los 30-31 años, lo cual implica un mayor riesgo de patología emocional (no psicótica ni orgánico cerebral) en el sexo femenino de la población en estudio.
- Según la teoría expuesta en este estudio, en la cual las formas para identificar las variables que predicen la presentación de la depresión pueden ser analizadas desde varias perspectivas, la perspectiva utilizada ha sido aquella relacionada con las características propias del contexto laboral y las perspectivas interrelacionadas como la relación sujeto-entorno (y no las relacionadas con aspectos personales del individuo, para lo cual se necesitarían herramientas más complejas, por ejemplo: entrevistas psicológicas/psiquiátricas, valoración del contexto psicosocial individual, etc.), encontrándose que el principal factor de riesgo predisponente para la depresión es el estrés, ya que la carrera profesional tiene características altamente generadoras del mismo. Además, la depresión se entiende como una respuesta emocional a este (el

estrés), ya que al sufrirlo por un periodo prolongado disminuye las defensas psicológicas y biológicas. Dicho lo anterior, el principal factor que los estudiantes de medicina identificaron como mayor generador de estrés en el ambiente hospitalario/laboral fueron los turnos, seguido por el exceso de pacientes en segundo lugar, las relaciones con médicos de mayor jerarquía y personal de enfermería en tercer y cuarto lugar respectivamente, y les siguen a estos últimos la carga académica y el mayor consumo de alcohol y/o drogas en los últimos meses (este último identificado por la OMS como otro factor que aumenta la vulnerabilidad para adolecer depresión).

## **Recomendaciones**

A la Universidad de El Salvador:

- Realizar preventivamente programas de atención psicológica y salud mental, a todos los estudiantes próximos a iniciar el internado rotatorio, con el fin de detectar estudiantes con posible riesgo de desarrollar algún estado de depresión, para proporcionarles su respectivo seguimiento, así como fundamentarlos básicamente en su nueva carga académica y al ejercicio de la atención medica correspondiente a sus aprendizajes y conocimientos.

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

- Realizar planes y recomendaciones que vayan dirigidas principalmente a hospitales escuela donde exista el ejercicio del internado rotatorio, para verificar un mejor control de aquellas prácticas de exigencias autoritarias y jerárquicas, que impliquen daños a la moral del estudiante, así como regular el número de pacientes por cada uno de los practicantes internos, para disminuir la sobrecarga laboral y asimismo fomentar hacia ellos el respeto correspondiente de todo el personal de salud para evitar de esa forma el riesgo que puedan desencadenar estados de depresión que afecten al estudiante.

A los familiares y comunidad en general:

- Mostrar una actitud solidaria y de comprensión a los estudiantes que ejercen el internado rotario, para contribuir a disminuir una posible carga de estrés emocional que puede acelerar el riesgo de desarrollo de un estado depresivo.

A los médicos internos:

- Valorizar en el ejercicio de sus funciones todas las responsabilidades y exigencias a la que estarán sometidos en este nuevo año de estudio para estar conscientes de sus obligaciones correspondientes de carácter individual, y que sean capaces de detectar algún cambio físico o mental que pueda significar un estado de depresión
- Buscar la ayuda necesaria y oportuna si presentan alguna alteración del estado emocional, ya sea en ellos mismos o sus compañeros, antes que dicho problema progrese a una situación más compleja.

## Bibliografía

- A.C., A. I. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. Archivos de medicina familiar vol. 11, 1-2.
- Alcmeon. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica, 86-93.
- [idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc](https://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc). (agosto de 2016). Obtenido de [idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc](https://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc): <https://www.google.com/sv>
- [idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc](https://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc). (2018). Obtenido de [idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc](https://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/smental/instamizaje.doc): <https://www.google.com/sv>
- Jaime Santander, M. I. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista chilena de neuropsiquiatría vol. 49, 47-55.
- Leiter MP, S. W. (1996). Consistency of the burnout construct across ocupations. Anxiety stress coping, 5.
- Marco J. Castillo Vilca, C. J.-D. (2010). Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. Revista de neuropsiquiatría, vol. 73, 9-14.
- Psiquiatría, A. A. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM 5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM 5. Arlington, VA, Inglaterra: American psychiatric publishing.

- Ruiloba, V. (2006). Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: 6ta edición.
- Salvador, U. D. (abril de 2012). Factores Asociados a ansiedad y depresión en personal de unidades de salud Ilopango, San Marcos y Zacamil. Factores asociados a ansiedad y depresión en personal de unidades de salud Ilopango, San Marcos y Zacamil. San Salvador, El Salvador.

Salvador, U. D. (octubre a diciembre de 2017). Síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Nacional Rosales. Síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Nacional Rosales. San Salvador, El Salvador.

# **Anexos**

*Anexo 1 – Especificadores para trastornos depresivos DSM-5*

Especificar si:

Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al

tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Con características mixtas:

A. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor:

1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
6. Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; contrastar con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.

C. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II.

D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador.

Con características melancólicas:

A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador “con características melancólicas” se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. El estado de ánimo no aumenta en absoluto o sólo aumenta parcialmente (p. ej., hasta un 20%–40% de lo normal sólo durante unos minutos seguidos). La “cualidad bien definida” del estado de ánimo característico del especificador “con características melancólicas” se experimenta como cualitativamente diferente del que se produce durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más prolongado o presente sin ningún motivo no se considera de cualidad bien definida. Casi siempre existen cambios psicomotores y son observables por parte de otras personas.

Las características melancólicas sólo muestran una tendencia ligera a repetirse en los episodios del mismo individuo. Son más frecuentes en los pacientes hospitalizados, en contraposición a los ambulatorios; es menos probable que aparezcan en episodios más leves de depresión mayor que en episodios más graves; y es más probable que se produzcan en episodios con características psicóticas.

Con características atípicas: Este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente o trastorno depresivo persistente.

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).

B. Dos (o más) de las características siguientes:

1. Notable aumento de peso o del apetito.
2. Hipersomnia.
3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante.

C. No se cumplen los criterios para “con características melan-cólicas” o “con catatonía” durante el mismo episodio.

Nota: “Depresión atípica” tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición con las presentaciones más clásicas de depresión agitada, “endógena”, que eran la norma cuando la depresión se diagnosticaba raramente en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y actualmente no connota una presentación clínica inhabitual o inusual como el término podría implicar.

Reactividad del estado de ánimo es la capacidad de animarse cuando se presentan acontecimientos positivos (p. ej., una visita de los hijos, alabanzas por parte de otras personas). El estado de ánimo se puede volver eutímico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas se mantienen favorables. El aumento del apetito se puede manifestar por un aumento claro de la ingestión de alimentos o por un aumento de peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan un mínimo de 10 horas de sueño diarias (o al menos dos horas más que cuando el individuo no está deprimido). La parálisis plúmbea se define como una sensación de pesadez plúmbea o de lastre, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación está presente por lo general durante al

menos una hora diaria pero con frecuencia dura muchas horas seguidas. A diferencia de las demás características atípicas, la sensibilidad patológica de rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y que persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad de rechazo se produce tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque se puede exacerbar durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: Presencia de delirios y/o alucinaciones.

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: El contenido de todos los delirios y alucinaciones está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no implica los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía: El especificador de catatonía se puede aplicar a un episodio de depresión si existen características catatónicas durante la mayor parte del episodio. Véanse los criterios para catatonía asociada a un trastorno mental en el capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.”

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Nota: Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50% de los episodios de depresión mayor “posparto” comienzan realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial el trastorno bipolar I) y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares.

Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es del 30% al 50%. Los episodios posparto se han de diferenciar del síndrome confusional que sucede en el período posparto, que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante. El período posparto es excepcional en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.

Con patrón estacional: Este especificador se aplica al trastorno de depresión mayor recurrente.

A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un momento del año particular (p. ej., en otoño o invierno).

Nota: No incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las estaciones (p. ej., desempleo regularmente cada invierno).

B. Las remisiones totales (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía) también se producen en un momento del año característico (p. ej., la depresión desaparece en primavera).

C. En los últimos dos años, se han producido dos episodios de depresión mayor que demuestran la relación estacional definida más arriba y episodios de depresión mayor no estacional durante el mismo período.

D. El número de episodios de depresión mayor estacionales (como se han descrito más arriba) supera notablemente el de episodios de depresión mayor no estacionales que pueden haber sucedido a lo largo de la vida del individuo.

Nota: El especificador “con patrón estacional” se puede aplicar al patrón de episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor, recurrente. La característica esencial es la aparición y remisión de episodios de depresión mayor en momentos del año característicos. En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, pueden registrarse episodios depresivos recurrentes en verano. Este patrón de aparición y remisión de los episodios tiene que haber sucedido durante un período de al menos dos años, sin episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales han de superar notablemente a los episodios depresivos no estacionales a lo largo de toda la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia de energía, hipersomnias, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos. No está claro si el patrón estacional es más probable en el trastorno de depresión mayor recurrente o en los trastornos bipolares. Sin embargo, en el grupo de los trastornos bipolares, el patrón estacional parece más probable en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunos individuos, el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también se puede asociar a una estación en particular.

La prevalencia del patrón estacional de invierno varía aparentemente con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con la latitud. La edad también es un factor de predicción importante de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes tienen mayor riesgo de presentar episodios depresivos en invierno.

Especificar si:

En remisión parcial: Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.

En remisión total: Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

## Anexo 2 – Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12)

### Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a Usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante contestar **TODAS** las preguntas.

### Últimamente:

#### 1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

Mejor que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos que lo habitual  Mucho menos que lo habitual

#### 2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto  No más que lo habitual  Algo más que lo habitual  Mucho más que lo habitual

#### 3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más útil que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos que lo habitual  Mucho menos útil que lo habitual

#### 4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos que lo habitual  Mucho menos que lo habitual

#### 5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto  No más que lo habitual  Algo más que lo habitual  Mucho más que lo habitual

#### 6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto  No más que lo habitual  Algo más que lo habitual  Mucho más que lo habitual

#### 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos que lo habitual  Mucho menos capaz que lo habitual

#### 8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos capaz que lo habitual  Mucho menos capaz que lo habitual

#### 9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?

No, en absoluto  No más que lo habitual  Algo más que lo habitual  Mucho más que lo habitual

#### 10. ¿Ha pedido confianza en sí mismo?

No, en absoluto  No más que lo habitual  Algo más que lo habitual  Mucho más que lo habitual

#### 11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto  No más que lo habitual  Algo más que lo habitual  Mucho más que lo habitual

#### 12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos que lo habitual  Mucho menos que lo habitual

Anexo 3 – Lista de chequeo sobre factores que influyen en el riesgo de desarrollo de depresión en estudiantes de medicina

***Indicación general: Lea cada factor presentado y marque cuál o cuáles factores dentro del ambiente hospitalario considera que le generan más estrés a diario.***

- Turnos
- Carga académica
- Exceso de pacientes
- Relaciones con médicos de la misma jerarquía
- Relaciones con médicos de mayor jerarquía
- Relaciones con personal de enfermería
- Relaciones con personal de laboratorio clínico
- Relaciones con personal de otras carreras
- Relaciones con personal de mantenimiento
- Exceso de trabajo
- Percibir de su parte un mayor consumo de alcohol y/o drogas en los últimos meses

Anexo 4 – Cronograma de actividades

Actividades	Mar		Abr		May		Jun		Jul		Ago		Sept		Oct		Nov					
	Semanas		Semanas		Semanas		Semanas		Semanas		Semanas		Semanas		Semanas		Semanas					
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Plan de trabajo																						
Perfil de investigación																						
Introducción																						
Delimitación y definición del problema																						
Antecedentes																						
Justificación																						
Objetivos																						
Entrega de perfil de investigación a asesor de tesis para revisión y observaciones																						
Revisión de perfil de investigación por parte de asesor de tesis																						
Corrección de observaciones hechas por asesor de tesis en perfil de investigación																						
Entrega de perfil de investigación a coordinador de trabajos de grado																						
Marco teórico																						
Diseño metodológico																						
Cronograma																						
Presupuesto																						

