



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

DEPRESIÓN EN MÉDICOS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Nayla Mariana Barrera Mora

DIRECTOR DE TESIS:

Mtro. Sotero Moreno Camacho

REVISOR DE TESIS:

Mtro. Jorge Valenzuela Vallejo



México, D.F.

Agosto, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola

Presidenta

Lic. Lidia Díaz San Juan

Vocal

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Secretario

Lic. Jorge Valenzuela Vallejo

Suplente

Mtra. Laura Somarriba Rocha

Suplente

DEDICATORIA

A mi madre, **Paty Mora**, por ser el motor que impulsó este trabajo de tesis y muchos otros proyectos que he emprendido en la vida, por su ejemplo, su apoyo, noches de desvelo, por leerme y brindarme siempre una crítica constructiva, pero sobre todo, por su amor incondicional.

A mi padre y a mi hermano, **Héctor y Omar Barrera**, por sus enseñanzas, porque siempre han estado ahí cuando los necesito y porque sin su amor no hubiera podido ser la persona que soy hoy en día.

A **Salvador Trejo**, por haber sido un apoyo importante durante el proceso de elaboración de esta tesis, impulsándome a terminarla.

A mis **amigos**, que han enriquecido enormemente mi vida; especialmente a **Melissa Navarro** quien ha sabido ser una hermana para mí, y a **Mariana Casas** por hospedarme, alimentarme, cuidarme y consentirme, facilitando la elaboración de este trabajo.

A mi **familia**, con la que siempre he podido contar.

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, especialmente a la **Facultad de Psicología**, y a todos los profesores que me han brindado una excelente formación permitiéndome la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

A mi director de tesis, el **maestro Sotero Moreno**, por aceptar dirigir este trabajo de investigación, por su apoyo, por creer en mí y permitirme culminar este proyecto.

A mi asesor de tesis, el **licenciado Jorge Valenzuela**, por su valiosa contribución a este trabajo.

A mi sinodales, la **Lic. Araceli Mendoza**, la **Lic. Lidia Díaz**, y la **Mtra. Laura Somarriba** por todo su apoyo, haciendo que la culminación de este proyecto fuera posible.

A los **Servicios de Salud de Morelos** por facilitarme la información necesaria para este estudio.

A la **Doctora Rosa Moreno** y su equipo de trabajo que me brindaron su apoyo, asesoría y colaboraron en la aplicación de los instrumentos utilizados en esta tesis.

A los **Médicos Pasantes en Servicio Social**, por su confianza y participación, haciendo posible este trabajo de investigación.

A **Vania** y a **Jose**, por su tiempo, paciencia, dedicación y asesoría.

RESUMEN

En nuestro país, el Servicio Social (SS) constituye un requisito para la obtención de un título universitario y contribuye al enriquecimiento de la práctica profesional. Sin embargo, para la carrera de medicina, la duración de éste es de un año y en la Jurisdicción Sanitaria no. III (JSIII) de los Servicios de Salud de Morelos (SSM), los médicos pasantes en Servicio Social (MPSS) deben pernoctar y permanecer todo el día en sus Centros de Salud (CS), muchas veces atravesando por situaciones poco favorables que podrían repercutir en su salud mental. Es por ello que en este trabajo de investigación se buscó conocer la prevalencia de depresión en los MPSS de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 de la JSIII de los SSM, así como los factores relacionados a este padecimiento. Para ello se aplicó a 87 MPSS la Escala de Depresión de Hamilton, así como un cuestionario que pretende conocer algunos factores sociodemográficos y condiciones de vida de los médicos pasantes. Los resultados se analizaron a través de las pruebas estadísticas chi-cuadrada, *t* de Student y U de Mann-Whitney, dependiendo de las características de cada variable, encontrando una alta prevalencia de trastornos depresivos en los MPSS, mayor que la reportada en la bibliografía para la población mexicana en general. Por otro lado, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo, el hábito de la lectura, el consumo de medicamentos (específicamente el consumo de analgésicos), la ausencia de otros médicos en la Unidad Médica donde se encuentra el MPSS; la percepción de falta de personal en el CS; falta de apoyo por parte del personal del CS; hostilidad por parte del personal y/o la comunidad; problemas de estrés, soledad y encierro; y la satisfacción del MPSS con el SS. Se considera importante realizar reformas en el SS, así como establecer estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento de la depresión dirigidas a los MPSS.

Palabras clave: Depresión, médicos pasantes, Escala de Depresión de Hamilton

ÍNDICE

1. Capítulo 1- Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Justificación	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	4
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	4
2. Capítulo 2- Servicio Social en los Sistemas de Salud de Morelos	5
2.1 Antecedentes del SS para la carrera de medicina en Morelos	5
2.1.1 <i>Antecedentes del SS Universitario en México</i>	5
2.1.2 <i>Bases legales del SS de las carreras de la salud</i>	9
2.1.3 <i>Campos clínicos de la JSIII de los SSM</i>	12
2.2 Características de la prestación del SS en medicina	13
2.2.1 <i>Derechos y obligaciones de los estudiantes en SS</i>	13
2.2.2 <i>Objetivos del Servicio Social en medicina</i>	16
2.2.3 <i>Actividades de los MPSS</i>	17
2.3 Condiciones de las residencias médicas	18
3. Capítulo 3- Antecedentes de la depresión en médicos pasantes en Servicio Social	20
3.1 Depresión	20
3.1.1 <i>Antecedentes de la depresión</i>	20
3.1.2 <i>Definición y criterios diagnósticos de la depresión</i>	22
3.1.3 <i>Etiología de la depresión</i>	32
3.1.4 <i>Evolución, pronóstico y tratamiento de la depresión</i>	38
3.1.5 <i>Prevalencia y costos de la depresión</i>	41
3.2 Depresión y médicos en formación	44

4. Capítulo 4- Escala de Depresión de Hamilton	50
4.1 Antecedentes y aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton	50
4.2 Confiabilidad y validez de la Escala de Depresión de Hamilton	54
4.4 Justificación de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton	56
5. Capítulo 5- Metodología; Aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton a MPSS de la JSIII de los SSM	57
5.1 Diseño	57
5.2 Población de estudio	57
5.3 Tamaño de la muestra	57
5.4 Área de estudio	58
5.5 Método	59
5.6 Criterios de inclusión	60
5.7 Criterios de exclusión	60
5.8 Aspectos éticos	60
5.9 Variables	61
5.9.1 <i>Variable dependiente</i>	61
5.9.2 <i>Variables independientes</i>	62
5.10 Instrumentos de recolección de la información	69
5.11 Hipótesis	70
5.12 Preguntas de investigación	70
6. Capítulo 6- Resultados	72
6.1 Análisis de Resultados	72
6.2 Discusión	95
6.3 Conclusiones	103
8. Anexos	110
9. Referencias	119

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el Servicio Social (SS) constituye un requisito para la obtención de un título universitario, además de contribuir a la formación de habilidades y adquisición de experiencias en los ámbitos interpersonales y técnicos que enriquecen la práctica de las profesiones, especialmente la médica. Por otra parte permite la vinculación del estudiante con su entorno y devuelve en forma de acción social, los beneficios que recibió durante su preparación.

En el caso de los Servicios de Salud de Morelos (SSM) en cada promoción escolar se reciben semestralmente un promedio de 50 estudiantes de medicina, 80 estudiantes de enfermería, 20 odontólogos y otros estudiantes de administración, informática, técnico laboratorista, farmacia, etc.

Es importante señalar que las autoridades Jurisdiccionales afirman que han identificado un incremento de los trastornos depresivos en los médicos pasantes en Servicio Social (MPSS), que además de las repercusiones a su salud integral, generan ausentismo, bajo rendimiento laboral y problemas interpersonales con el resto del equipo de salud y con los usuarios que atienden.

La atención a la salud es un derecho Constitucional y la labor de los pasantes de las carreras del área de la salud es fundamental para hacerlo efectivo. Los estudiantes de medicina, junto con los de enfermería, constituyen el pilar para la atención a la salud de la población en las áreas rurales y dispersas. Siendo, enfermería y medicina, las profesiones que a diferencia de otras carreras, contemplan un SS de doce meses, los cuales, en las plazas tipo C de tiempo completo, implican la residencia durante seis días de la semana en unidades de salud que no siempre cuentan con las mejores, más cómodas y decorosas instalaciones ubicadas en comunidades marginadas y casi siempre alejadas del

lugar de procedencia de los pasantes, lo que para ellos significa estar lejos de sus familias y amigos, cubriendo, además, largas jornadas de trabajo.

Lo anterior sumado a la creciente ola de inseguridad y violencia, así como a poblaciones cada vez más demandantes y servicios de salud más complejos, someten a los pasantes en SS, principalmente a los médicos (por la responsabilidad que implica la profesión así como el cargo que les es conferido de representar al Centro de Salud) a una dinámica cotidiana que pudiera ser un factor desencadenante para problemas de salud mental como la depresión; objeto de estudio de esta tesis.

El diseño de esta investigación es cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, utilizando la Escala de Depresión de Hamilton y pretende identificar la prevalencia de este trastorno en médicos pasantes en Servicio Social de la Jurisdicción Sanitaria No. III de los Servicios de Salud de Morelos; así como describir algunas características sociodemográficas y condiciones de vida durante la prestación del Servicio Social para establecer una asociación estadísticamente significativa con los diferentes grados de depresión de acuerdo a la Escala de Hamilton, a fin de que los resultados puedan ser utilizados por los Servicios de Salud para elaborar propuestas de prevención y solución para este padecimiento dentro de esta población.

1.1 Planteamiento del Problema

De acuerdo a información obtenida de la Jurisdicción Sanitaria no. III (JSIII) de los Servicios de Salud de Morelos, cada semestre ingresan al Servicio Social, en promedio, 50 estudiantes de medicina a fin de ubicarse en cada uno de los campos clínicos que esta institución ofrece. La atención a los problemas de salud mental de dichos médicos pasantes, según el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) de Cuautla, Morelos, se ha incrementado; encontrando dentro de las patologías más frecuentes la depresión, la cual influye en el desempeño laboral,

académico e interpersonal de los mismos, situación que concuerda con lo encontrado en diversas fuentes bibliográficas.¹

Si bien las exigencias propias de la carrera de medicina, las circunstancias de estrés del desempeño de la profesión, la responsabilidad del cargo administrativo y el desgaste emocional de la atención a enfermos, así como lo que implica tener poco tiempo de esparcimiento, aislado de su círculo social y viviendo en condiciones poco favorables, probablemente repercuten en la salud mental de los MPSS; pudieran además estar interviniendo algunos otros factores como los antecedentes personales, heredo-familiares, económicos, sociales y escolares, así como la violencia y los actos delictivos, como posibles generadores del aparente incremento de este padecimiento.

Existen varios estudios² que confirman la alta prevalencia de depresión en la comunidad médica, pero no se encontró ninguno enfocado en el periodo del Servicio Social, por lo que es importante estudiar dicha prevalencia así como su asociación con las condiciones de vida y características sociodemográficas de los MPSS con la finalidad de facilitar la creación de propuestas prevención y solución para este problema de salud mental.

1.2 Justificación

Toda vez que casi todos los Centros de Salud en el Estado de Morelos cuentan con MPSS y que en 46 de ellos los becarios asumen el rol de directores, es necesario realizar estudios que nos permitan conocer la magnitud de los trastornos mentales en los médicos pasantes, ya que la presencia de esta enfermedad interfiere no sólo con su bienestar y salud, también con la capacidad de concentración y de aprendizaje, así como en el desarrollo de habilidades clínicas, lo cual puede conllevar a su vez un riesgo en la calidad de atención hacia los pacientes (Tyssen, 2002), además de mermar la calidad de las relaciones

¹ Presentado a detalle en el Capítulo 3.

² Presentado a detalle en el Capítulo 3.

interpersonales entre el sujeto y sus compañeros de trabajo, pacientes y comunidad en general.

Llevar a cabo estudios de tamizaje de la depresión e indagar cuáles factores podrían estar asociados a la presencia de este padecimiento puede favorecer la implementación de medidas preventivas y de tratamiento, contribuyendo a mejorar el desempeño laboral, la eficiencia y eficacia de las acciones que los MPSS desarrollan en las comunidades, y a su vez, dichos estudios impulsarían a mejorar las instalaciones y funcionamiento de los centros de salud, así como pueden representar un apoyo para aumentar la calidad de vida de los MPSS durante la prestación de su Servicio Social.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Identificar la prevalencia de depresión de acuerdo a la Escala de Depresión de Hamilton en médicos pasantes en Servicio Social de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 de la JSIII de los Servicios de Salud de Morelos, asimismo conocer las variables asociadas a ésta.

1.3.2 Específicos

- Estimar el porcentaje de MPSS de la JSIII de los SSM que presentan ponderaciones que indican algún grado de depresión en la Escala de Depresión de Hamilton y cómo se distribuye este porcentaje entre los diferentes grados de patología.
- Describir algunas características sociodemográficas y condiciones de vida de los MPSS de la JSIII de los SSM durante la prestación de su SS.
- Establecer si existe una asociación entre las variables exploradas y el grado de depresión de acuerdo a la Escala de Depresión de Hamilton en los MPSS de la JSIII de los SSM.

CAPÍTULO 2

SERVICIO SOCIAL EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MORELOS

2.1 Antecedentes del Servicio Social para la carrera de medicina en Morelos

2.1.1 Antecedentes del Servicio Social Universitario en México

El Servicio Social surge con dos propósitos fundamentales: vincular al estudiante con su entorno y devolver en forma de acción social los beneficios que recibió durante su preparación. Del mismo modo marca el final de la formación académica y el inicio de la vida profesional.

Desde el México prehispánico, trabajar comunalmente en pro de la sociedad era muy importante; pero es durante la época colonial, a partir de las Leyes de Indias, que se enfatiza en esta necesidad, destacando las labores de Don Vasco de Quiroga y los Jesuitas humanistas, quienes crean hospitales y escuelas, consideradas por Quiroga como una sola institución, mostrando así lo esencial de ligar a la educación superior con las necesidades sociales de la comunidad (Rodríguez, 2006).

En 1910, con el restablecimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México, buscando contribuir al desarrollo nacional y vincular directamente a la educación superior con los problemas reales de la sociedad, Justo Sierra promovió la Reforma Integral de la Educación Mexicana y creó importantes instituciones educativas como el Consejo Nacional de Educación.

Para 1917, partiendo de las ideas sociales de la Revolución Mexicana, quedan plasmados los principios del Servicio Social universitario en los artículos 4° y 5° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que no sólo

determina jurídicamente la prestación del Servicio Social; sino que le concede mayor importancia como agente útil para la sociedad. A partir de este año y hasta 1926, el Estado funda escuelas, proporciona campos clínicos y participa de manera importante en el crecimiento del proyecto educativo en salud del país.

Gracias a estudiantes que luchaban por la autonomía universitaria en 1929 y por maestros como Antonio Caso y el Licenciado Enrique Gómez Morín, se aprueba en ese año la Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México promoviendo la educación superior general, la investigación científica y la difusión de la cultura por medio de la extensión universitaria. Así, la universidad adquiere una nueva función para con la sociedad.

En 1935 se presentan en el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural los resultados preliminares de uno de los programas de salud rural de mayor relevancia, permitiendo reconocer los problemas de salud que prevalecían en zonas rurales y generando la propuesta de implementar como requisito ejercer la medicina durante dos años en comunidades rurales para poder ejercer en zonas urbanas y así propiciar una mejor distribución de médicos.

Durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas, en 1936, se establece el Servicio Social en México a través del convenio firmado por el Doctor Gustavo Baz Prada, entonces Director de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM; el Rector de la Universidad Nacional, Licenciado Luis Chico Goerne y el Departamento de Salubridad a cargo del Doctor José Siurob; donde se establece como requisito previo a la titulación para los egresados del último año de medicina, el cumplimiento de 5 meses de práctica médica en las comunidades más apartadas y necesitadas del país. Posteriormente la obligatoriedad del servicio sería de seis meses, y en 1957 se extiende a 12 meses para las carreras del área de la salud, como son medicina y enfermería.

En el aspecto jurídico, durante la década de los setenta, se formularon importantes disposiciones sobre esta materia, destacando entre ellas la Ley Federal de Educación (1973), en donde se contempla la obligatoriedad del Servicio Social por los beneficiarios de la educación (ANUIES, 1995).

A partir de múltiples intentos de organizar el Servicio Social y de la necesidad de esta organización a nivel nacional, el 20 de Septiembre de 1978 se crea, por acuerdo presidencial, la Comisión Coordinadora del Servicio Social de Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior (COSSIES), con la principal tarea de elaborar programas de Servicio Social que se relacionaran con los problemas más importantes del país; misma que desaparecería en 1985, creándose en su lugar la Dirección de Apoyo al Servicio Social de Estudiantes y Análisis del Empleo (DASSEAE), la cual, a partir de 1989 se convierte en la Dirección de Apoyo al Servicio Social, con atención especial a las comunidades rurales, indígenas y urbano-marginadas.

El 30 de marzo de 1981, bajo la coordinación de la COSSIES, se publica el Reglamento para la prestación del Servicio Social de los estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana donde se establece que las dependencias del Ejecutivo Federal dictarán las medidas necesarias para instrumentar esta actividad en sus áreas de competencia contribuyendo al desarrollo económico y social de la Nación.

El siguiente año se publican las Bases para la instrumentación del Servicio Social de las profesiones de la salud, y aunque la aplicación de estas bases correspondía a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, las instituciones educativas adquieren mayor participación tanto en la planeación, como en la asesoría, supervisión, control y evaluación del Servicio Social.

Posteriormente, el Comité de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, como parte de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, creada en 1983, elabora una propuesta de reglamento de Servicio Social para las carreras de la salud en el marco de la Ley General de Salud, publicada en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984, donde se sustituye a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por la Secretaría de Salud.

Bajo este contexto, en 1994, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior definió al Servicio Social como:

El conjunto de actividades teórico-prácticas de carácter temporal y obligatorio que contribuyen a la formación integral del estudiante y que le permiten, al aplicar sus conocimientos, destrezas y aptitudes, comprender la función social de su perfil académico, realizando actividades educativas, de investigación, de asistencia, de difusión, productivas, de desarrollo tecnológico, económico y social en beneficio de la sociedad (ANUIES, 1995).

La Constitución Mexicana declara a la atención a la salud como un derecho para toda la población; los pasantes de las carreras del área de la salud y las labores que éstos realizan son un pilar fundamental para hacer efectivo este derecho; de este modo, el objetivo estratégico del SS en las carreras de la salud publicado por el Programa de Servicio Social Comunitario en el Diario Oficial de la Federación el 15 de febrero del 2000, señala:

La importancia de contribuir a fortalecer la vocación del Servicio Social comprometido con la sociedad, impulsando proyectos productivos y de beneficio social en comunidades rurales, sub-urbanas y urbano-marginadas, que atienden a grupos prioritarios a través de prestadores de Servicio Social, lo cual conlleva a estimular el arraigo de los jóvenes estudiantes a sus comunidades de origen, así como la capacitación para el empleo (Morán, 2000).

A pesar de su importancia, el Servicio Social se percibe como un trámite burocrático más para poder egresar de la carrera y obtener el título y cédula profesional; si a esto se le agrega que en algunos escenarios clínicos los alumnos son vistos como mano de obra barata, es comprensible que este concepto se encuentre actualmente devaluado, por lo que es necesario reposicionarlo como una oportunidad de aterrizar los conocimientos adquiridos en la Institución Educativa y de desarrollar actividades y proyectos que beneficien a su sociedad.

2.1.2 Bases legales del Servicio Social de las carreras de la salud

El Servicio Social Universitario es importante tanto para la formación del futuro profesionalista, como para la sociedad; por lo mismo, participan en esta actividad varias instituciones gubernamentales, educativas y de salud, razón por la cual tiene diversas bases legales para su regulación; como son (Secretaría de Salud de México, S/Fd):

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos-** En su artículo 5º. Establece la obligatoriedad para la realización del Servicio Social.
- **Ley reglamentaria del artículo 5º Constitucional-** Capítulo VII, artículos 52-60. Trata, entre otras cosas, la obligatoriedad para todos los estudiantes de las distintas profesiones de prestar el Servicio Social, así como establece que la remuneración debe ser suficiente para satisfacer decorosamente las necesidades del estudiante o profesionalista en caso de que el Servicio Social absorba totalmente sus actividades.
- **Reglamento de la ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional-** Capítulo VIII, artículos 85-93. Considera varios aspectos del Servicio Social.
- **Ley General de Salud-** (Publicada en 1984 y actualizada el 19 de junio de 2003) Capítulo II, artículo 24 y Capítulo III, artículos 84-88. Entre otras cosas dictamina que el Servicio Social de las carreras de la salud debe realizarse en unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social, y en beneficio de la colectividad; también se establecen mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud y las educativas.
- **Ley General de Educación-** Capítulo II, artículo 24. Dictamina que los beneficiados directamente por los servicios educativos deberán prestar Servicio Social en los casos y términos que señalen las disposiciones reglamentarias correspondientes, en éstas se preverá la prestación del

Servicio Social como requisito previo para obtener el título grado académico.

- **Reglamento para Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana-** (Publicado en el diario oficial de la federación el 30 de marzo de 1981) Capítulo I.
 - Art. 3º: El Servicio Social de estudiantes tendrá por objeto desarrollar en el prestador una conciencia de solidaridad y compromiso con la sociedad a la que pertenece, convertir esta prestación en un verdadero acto de reciprocidad para con la misma a través de los planes y programas del sector público para contribuir a la formación académica y capacitación del prestador del Servicio Social.
 - Art. 5º: Las dependencias del Ejecutivo Federal dictarán las medidas necesarias para la instrumentación del Servicio Social en sus áreas de competencia.
 - Art. 10º: La duración del Servicio Social estará determinado por las características específicas del programa al que esté adscrito el alumno.
 - Art. 11º: El Servicio Social deberá cubrirse preferentemente en aquellos planes y programas que establezca el Ejecutivo Federal y que contribuyan al desarrollo económico, social y cultural de la Nación.
- **Bases para la instrumentación del Servicio Social de las profesiones de la salud-** (Publicado en el diario oficial de la federación el 2 de marzo de 1982). Constituidas por 57 bases en 5 capítulos dentro de los que se mencionan como objetivos del Servicio Social para las carreras de la salud, contribuir a la conservación de la salud de la población del país y colaborar al desarrollo de la comunidad, especialmente en aquellas comunidades con mayores carencias de servicios para la salud, propiciando la formación y el fortalecimiento de

una conciencia de solidaridad y compromiso sociales para que los estudiantes y profesionistas actúen razonadamente como factor de cambio socioeconómico. En estas bases también se hacen responsables de la práctica de esta actividad a la Secretaría de Salud (SSA), a las instituciones de servicio y a las de Educación Superior.

- **Normas operativas del Servicio Social de las carreras de la salud-** (Aprobadas en la VIII reunión de trabajo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, efectuada el 28 de mayo de 1986). Constituidas por 10 normas que regulan: la elaboración del catálogo de plazas, programación de plazas, adscripción de pasantes, otorgamiento de vacantes, atención a incidencias, control del programa (asesoría, supervisión y evaluación), derechos y obligaciones de los pasantes, medidas disciplinarias, expedición de cartas de finalización y las técnicas de coordinación entre instituciones de salud y educativas.
- **Ley de la Coordinación de la Educación superior.**
- **Reglamentos, Convenios, Normas y procedimientos para el Servicio Social de las instituciones educativas que imparten la Carrera de Médico Cirujano.**
- **Compilación de documentos técnico–normativos para el desarrollo académico y operativo del Servicio Social de Medicina 1999.**

Además de estas bases legales, entran dentro del marco jurídico del Servicio Social en el Estado de Morelos las siguientes leyes:

- **Ley General de Salud del Estado de Morelos referente al Servicio Social de pasantes y profesionales-** Capítulo II, Artículos 94 a 97.
- **Ley General de Educación Federal y del Estado de Morelos.**
- **Programa Operativo de Servicio Social de Medicina en Servicios de Salud de Morelos 2011.**

2.1.3 Campos clínicos de la Jurisdicción Sanitaria no. III de los Servicios de Salud de Morelos

Los estudiantes de la carrera de medicina pueden realizar el Servicio Social en uno de los siguientes programas:

- *Área rural*- La constituyen comunidades de población rural dispersa o población concentrada pero de muy alta marginalidad y difícil acceso, por lo que son la prioridad del Servicio Social. Se otorga una beca de tipo “C” que es la de mayor monto, ya que las actividades requieren que el médico pasante esté disponible las 24 horas para la atención de urgencias.

Los tipos de unidades donde desarrollan sus actividades los pasantes son:

- *Unidad móvil*: Con la finalidad de extender la cobertura periódica en comunidades que no cuentan con unidades fijas, las unidades móviles están asignadas a una jurisdicción o centro de salud y realizan actividades programadas por el nivel jurisdiccional, participando en contingencias específicas de acuerdo a las necesidades locales.
 - *Unidad auxiliar de salud*: Se encuentran en localidades de entre 500 y 1,000 habitantes; en los Servicios de Salud de Morelos no hay este tipo de unidades, siendo representadas por las *casas de salud*, las cuales son atendidas por personal contratado ya sea por la Institución, y/o por los Ayuntamientos.
 - *Centro de salud rural disperso*: Ubicado en localidades con población menor de 2,500 habitantes, donde el pasante es el responsable de la unidad y cuenta con consultorio, área de inmunizaciones y curaciones, sala de expulsión, sala de espera, sanitario para el público y habitación con baño para el pasante.
- *Zonas urbanas marginadas*- Está enfocado a los pasantes que tienen problemas de salud que los imposibiliten para trabajar en un medio rural o que son trabajadores al servicio de la Federación. Deberán seleccionar plaza de acuerdo al catálogo de zonas urbanas marginadas ya sea del

Distrito Federal o de las capitales de los Estados, autorizado por la Dirección General de Enseñanza en Salud. Estas unidades médicas son únicamente del Sector Público que dan atención a población abierta en estas zonas (SSA, DIF). Dichas plazas son tipo “A” y desarrollan sus actividades de lunes a viernes durante 8 horas diarias en las unidades del DIF con beca o 4 horas diarias sin beca en la SSA.

- *Investigación.*
- *Programas específicos.*

En la Jurisdicción Sanitaria no. III únicamente existen plazas tipo C, por lo que de no haber situaciones especiales de salud, inseguridad o problemas de infraestructura, todos los pasantes en Servicio Social, pernoctan y permanecen de lunes a sábado en la tarde las 24 horas del día en sus centros de salud.

2.2 Características de la prestación del Servicio Social en medicina

2.2.1 Derechos y obligaciones de los estudiantes en Servicio Social

Los estudiantes, durante la prestación del Servicio Social en el Estado de Morelos, tendrán los siguientes **derechos** (Servicios de Salud de Morelos, 2011):

1. Recibir la beca económica correspondiente.
2. Dos períodos vacacionales de diez días hábiles cada uno.
3. Licencia por gravidez por un término de 90 días naturales.
4. Un máximo de 57 días hábiles de licencia por enfermedad.
5. Recibir asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y medicamentos durante la prestación del SS.
6. Cuando sufra algún accidente en el cumplimiento de sus actividades, recibir una cantidad equivalente a la prescrita para la responsabilidad civil por causa contractual.

7. En caso de defunción, los familiares recibirán la cantidad correspondiente al seguro de vida.
8. Ser tratado en forma atenta y respetuosa por sus superiores, iguales y subalternos, así como a ser escuchado por las autoridades respectivas.
9. Liberación del SS en un plazo de 15 días naturales después de que el mismo concluya oficialmente.
10. Contar con una unidad de salud donde tenga lo necesario para el desempeño de sus actividades, así como instalaciones seguras.
11. Ser tratado de manera digna y respetuosa.

Son **obligaciones** de los pasantes en Servicio Social en el Estado de Morelos (Servicios de Salud de Morelos, 2011):

1. Cumplir en todos los términos con el Programa de Servicio Social y asistir a las reuniones que convoquen sus jefes inmediatos.
2. Comunicar por escrito a sus superiores cualquier irregularidad que observe en el servicio.
3. Tratar y dirigirse con respeto a sus superiores, iguales o subalternos, así como a los pacientes.
4. Ser responsables del manejo de documentos, valores y efectos que tengan bajo su custodia con motivo de sus actividades.
5. Permanecer en el servicio hasta hacer entrega de los fondos, valores o bienes de los que sea responsable en un plazo máximo de 15 días naturales posteriores a la conclusión del Servicio Social.
6. Cumplir con el tiempo exclusivo en las plazas tipo "C".

Las **faltas imputables** a los estudiantes en Servicio Social en el Estado de Morelos son (Servicios de Salud de Morelos, 2011):

1. Distraer su atención durante el horario de servicio para realizar otras actividades.
2. Aprovechar los servicios o personal en asuntos ajenos a los de la institución.
3. Incurrir en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratos.

4. Ausentarse de sus actividades sin autorización escrita de su jefe inmediato.
5. Sustraer del establecimiento materiales o medicamentos pertenecientes a la unidad médica.
6. Propiciar y celebrar, en el establecimiento donde esté adscrito, cualquier reunión ajena a los intereses de la institución.
7. Presentarse bajo los efectos de bebidas embriagantes, estupefacientes o psicotrópicos al SS.
8. Abandonar el servicio para iniciar el disfrute de vacaciones, licencias por gravedad e incapacidad médica sin haber obtenido autorización por escrito.
9. Realizar actos inmorales en la Unidad de Salud o en la comunidad a la cual estén adscritos.
10. Comprometer la seguridad del lugar donde realiza su Servicio Social o la de las personas que ahí se encuentran, así como causar daños o destruir intencionalmente instalaciones y objetos que estén al servicio de la institución de adscripción.
11. Cobrar y no otorgar el recibo correspondiente por cualquier servicio que esté incluido en sus actividades, así como vender medicamentos para beneficio personal dentro de los establecimientos donde preste sus servicios.
12. Incurrir en cualquier violación a la ética profesional a juicio de la Instituciones de Salud y Educativa.
13. Responder de los daños que les fueron imputables, cuando éstos sean causados a los bienes que estén al servicio de la institución en la cual presten su servicio.

Para aquellos MPSS que incurran en alguna o varias de estas faltas, las medidas disciplinarias consisten en:

- Amonestación verbal: Máximo dos generadas por diferentes causas, cuando infrinjan las obligaciones 1, 3 y 4, y las faltas imputables 1, 2, 4, 6 y 8.

- Extrañamiento (severa llamada de atención por escrito) cuando reincidan en alguna falta acreedora de amonestación verbal o cometan las faltas imputables 3, 5, 8, 9, 10, 11 y 12.
- Cancelación del Servicio Social cuando el pasante:
 - Acumule más de tres faltas injustificadas de asistencia en un período de 30 días.
 - No permanezca en el lugar de la práctica hasta hacer entrega de los bienes, fondos y valores que estén bajo su custodia, durante los 15 días inmediatos una vez que haya concluido el Servicio Social.
 - Proponga y realice estudios y tratamiento a usuarios fuera de la institución a la que esté adscrito.
 - Cometa algún delito de orden común.
 - Reincida en alguna falta acreedora a un extrañamiento previo.
 - Se presente bajo los efectos de bebidas embriagantes, estupefacientes o psicotrópicos durante el horario en que preste su servicio.

2.2.2 Objetivos del Servicio Social de Medicina

Los Servicios de Salud de Morelos (2011), establecen como objetivos del Servicio Social:

- Participar en la prestación de servicios de salud a la población, para contribuir en la mejora de la calidad atendiendo los problemas prioritarios, identificando los factores que causan y condicionan los daños a la salud.
- Contribuir en la disminución de las incidencias de enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles, así como los accidentes.
- Participar en las actividades de promoción de la salud en la población, para lograr incidir en los estilos de vida, fomentando el autocuidado de la salud.

- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente proporcionando niveles satisfactorios de salud para la población en general.
- Contribuir al bienestar social de la población al proporcionar asistencia social principalmente a grupos desprotegidos de la población, con el propósito de incorporarlos a una vida equilibrada en lo económico y social y apoyar al desarrollo de la familia y comunidad fomentando la educación para la integración social.

2.2.3 Actividades de los Médicos Pasantes en Servicio Social

Actividades Preventivas y de Promoción a la Salud (Servicios de Salud de Morelos, 2011):

- Lectura y actualización del Diagnóstico de Salud.
- Vacunación (Coordinación con el área de Enfermería)
- Participación en las Semanas Nacionales de Salud (Día Nacional, semana previa, y semana oficial).
- Realizar las actividades para lograr la Certificación de Escuelas en coordinación con el equipo de salud.
- Participación activa en las pláticas educativas en los talleres comunitarios.
- Diseño de proyectos de mejora enfocados a actividades de educación para la salud.
- Organización y participación en Ferias de la Salud.
- Conformar y dar seguimiento a grupos de ayuda mutua en coordinación con el equipo de salud.

Actividades Asistenciales (Servicios de Salud de Morelos, 2011):

- Uso de la agenda para organizar las citas a pacientes (Seguro Popular, Oportunidades, Población Abierta). No está permitido entregar fichas.

- Uso de agenda para organizar citas a grupos blanco (pacientes diabéticos, hipertensos, mujeres embarazadas y niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición) del programa Oportunidades. Al resto de la población se le atenderá mediante turnos.
- Programas prioritarios: atención prenatal y en el puerperio, atención a menores de cinco años, atención a adultos y adultos mayores, programa TAES.
- Atención de urgencias.
- En el caso de las Unidades Médicas en donde no haya residencia para que pernocte el becario los MPSS realizarán guardias vespertinas, en la Unidades Médicas que se les notifique, con un horario de 16:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes, según el rol establecido por la Coordinación de Enseñanza y Calidad de la Jurisdicción Sanitaria No. I.

Actividades Administrativas (Servicios de Salud de Morelos, 2011):

- Contribuir en la solicitud, organización y seguimiento de los medicamentos y RPBI.
- Participar en el proceso de acreditación/re acreditación de la unidad.
- Solicitud y seguimiento de Órdenes de Trabajo.
- Reportes semanales (los martes), mensuales y semestrales.
- Monitoreo de Indicadores de Calidad y Aval Ciudadano.

2.3 Condiciones de las residencias médicas

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es la que establece los campos clínicos para la realización del Servicio Social, para lo que contempla que deben ser:

Unidades médicas de primer nivel de atención, clasificadas en el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) como rurales, las cuales cuenten con la infraestructura necesaria para que se puedan quedar

a pernoctar y, con ello, garantizar la atención a los habitantes de la localidad (Servicios de Salud de Morelos, 2011).

Las residencias médicas y de enfermería, son los espacios donde los pasantes becarios viven durante el tiempo que dura su Servicio Social en el Centro de Salud. En la JSIII la mayor parte de los centros de salud cuentan con habitaciones destinadas para tal fin, contando en algunas unidades con un cuarto, y en otras con dos; con baños específicos y en algunos de ellos con antecomedor y cocineta para la preparación y disfrute de sus alimentos.

El mantenimiento de las residencias está a cargo de la Jurisdicción Sanitaria, aun cuando en ocasiones participan las personas de la localidad y las autoridades locales y municipales para la dignificación y ampliación de las mismas. El aseo de las habitaciones, cocinas y baños corresponden a los mismos becarios quienes de manera personal o bajo convenio remunerado o no, celebrado con otras personas, limpian y ordenan las residencias.

“En Morelos, existen 203 Unidades de salud, de las cuales, 150 son rurales; de éstas en 95 Centros de Salud existe personal adscrito y hay asignado un responsable de unidad, en el resto los médicos pasantes llegan como Responsables del Centro de Salud” (Servicios de Salud de Morelos, 2011). La Jurisdicción Sanitaria no. III cuenta con 82 unidades; de las cuales, 34 cuentan con dos residencias médicas, 40 con una única residencia y sólo 8 unidades no cuentan con residencia médica. Casi todas las residencias cuentan con por lo menos un baño y algunas de ellas cuentan con dos; únicamente la residencia médica de Atotonilco no cuenta con baño. Por otro lado casi todas ellas cuentan con cocineta, refrigerador y estufa para la conservación, preparación y consumo de alimentos, exceptuando las residencias de Atotonilco, Achichipico y Amacuitlapico, mismas residencias que carecen de comedor, así como también carecen de este último las residencias de las comunidades López Mateos, Nacatongo y Tepalcingo.

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN EN MÉDICOS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL

3.1 Depresión

3.1.1 *Antecedentes de la depresión*

Los trastornos mentales o de la conducta representan un grave problema a nivel mundial ya que no sólo son muy comunes dentro de la población en general (aproximadamente 450 millones de personas están afectadas por algún padecimiento de este tipo actualmente), también tienen costos importantes a nivel económico y en la calidad de vida, de modo que de acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, los trastornos neuropsiquiátricos son los responsables del 33% de los años vividos con discapacidad, amén de un 2,1% debido a lesiones autoinfligidas (OMS, 2004).

La depresión es un padecimiento mental muy antiguo, puede considerarse que la historia conceptual de ésta comienza con Hipócrates (460-370 a.C.) y su teoría de los humores melancólicos, según la cual, un exceso de bilis negra actuaba sobre el cuerpo y alma de los pacientes provocando un estado de abatimiento y tristeza (Lovestone & Howard, 1997). Hipócrates diferencia tres tipos de locura: la melancolía (enfermedad mental de carácter depresivo), la frenitis (estado delirante agudo acompañado de fiebre) y la manía (estado en el que la persona está fuera de su mente, se mantiene callada y no hace el menor disturbio). La depresión correspondería a la melancolía, que se caracterizaba por la aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia (Sigerist, 1961, citado en Polaino, 1985).

En el periodo medieval la melancolía se conceptualizaba como *acedia*, (pereza y flojedad ligadas a la tristeza y la angustia), con dos diferentes

significados dependiendo de la etapa: hasta el siglo II, bajo influencia del pensamiento la Alta Edad Media, la acedia era considerada un vicio capital más; después del siglo XII, la acedia fue considerada un desorden emocional que se tematizó dentro del marco teórico de las pasiones, introducido por Santo Tomás, quien a partir de la escolástica lo psicologiza y a partir de él se medicaliza (Polaino, 1985).

Así, la pena, el desaliento y la desesperanza, que tradicionalmente caracterizaban a la acedia, se convirtieron en síntomas de la melancolía, destacando como diferencia entre melancolía y acedia, la aparición o no de ideas delirantes. Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia, tomando como principales signos la pena y el desaliento, de este modo comienzan las referencias a la melancolía en términos documentales con las publicaciones de *Bright A. Treatise of Melancholy (1586)*, y el manual del psiquiatra británico Robert Burton *The Anatomy of Melancholy*, publicado en 1621. De este modo, Burton calificaba a la melancolía como enfermedad universal y consideraba que la dieta, el alcohol, los ritmos biológicos y las perturbaciones de las pasiones (como el amor intenso) la ocasionaban, influida principalmente por los temperamentos melancólicos (Loo & Gallarda, 2001).

Para finales del siglo XIX, las causas de la depresión comienzan a estudiarse desde el punto de vista genético y biológico. Por otro lado, a inicios del Siglo XX, comienzan los análisis psicológicos, particularmente desde el psicoanálisis, con Karl Abraham y Sigmund Freud (Breton, 1999).

En 1930 se introduce el término *trastornos afectivos* por Manfred Bleuler, sustituido a partir de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), por el término *trastornos de estado de ánimo*, y en 1957, el alemán Karl Leonhard distingue entre dos tipos de depresión: Las unipolares con cuadros depresivos sin episodios maníaco intercurrentes, y las bipolares como parte de las psicosis maníaco-depresivas (Montaño, 2011).

Actualmente, la clasificación y definición de los estados depresivos se ha ido perfeccionando a través del consenso psiquiátrico internacional, lo que se ha

reflejado en los dos principales manuales de diagnóstico: la CIE-10 y el DSM-IV-TR (Vallejo, 2006).

De este modo, los trastornos depresivos se han considerado como afecciones comunes, persistentes y recurrentes que causan un sufrimiento considerable a los pacientes y a sus seres queridos; se asocian a la pérdida de la productividad y a un marcado incremento en el riesgo de suicidio, además de poner a las personas afectadas con condiciones comórbidas (conurrencia de dos o más trastornos de salud en un mismo paciente) en un riesgo mayor de enfermedad y de muerte ya que está comprobado que las funciones mentales están interconectadas con el funcionamiento físico, social y con el estado de salud. Un ejemplo de esto es la depresión como factor de riesgo para el cáncer y los trastornos cardiovasculares (Rosales *et al.*, 2005).

La tristeza es una reacción normal a una pérdida dolorosa (física o emocional); pero puede llegar a clasificarse como trastorno psiquiátrico cuando ésta es excesiva, perturbadora y repetida (Pinel, 2001): tiende a ser episódica, es decir, puede reaparecer en pacientes en remisión (en los que la enfermedad está inactiva). A pesar de ser un fenómeno muy estudiado, se desconoce la causa específica, aunque parece ser resultado de una combinación de factores médicos, psicológicos y de predisposición genética (Mendels, 1989).

3.1.2 Definición y criterios diagnósticos de la Depresión

Debido a su diversidad etiológica y de síntomas, la depresión podría considerarse más como un grupo de enfermedades con el estado de ánimo abatido como común denominador, que como una entidad homogénea. Esto ha ocasionado que sea definida de manera ambigua. Por ello, se pueden encontrar múltiples definiciones en la bibliografía, como las siguientes:

- De acuerdo al psicólogo conductista Skinner (1953), la depresión es “un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social”.

- Beck, psicólogo cognitivo, en 1976, la define como un “desorden del pensamiento, donde los signos y síntomas son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos”.
- Según Galimberti (2002), “La depresión o melancolía es una alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo”.
- La guía de referencia rápida para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo del Gobierno Federal establece que es una “alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica” (Servicios de Salud de México, S/Fa).
- De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (2012) la depresión es una seria enfermedad médica que afecta negativamente cómo sienten, piensan y actúan las personas. Tiene una variedad de síntomas, pero los más comunes son un profundo sentimiento de tristeza o una marcada pérdida de interés o placer en las actividades.

Cabe señalar que para fines de esta investigación esta última definición será utilizada.

Por otro lado, según Vallejo (2007), la manera más útil y clara de clasificar la depresión es de acuerdo a su causa, por lo que define tres tipos de depresión:

- a) Orgánica: debida a una causa médica detectable o al consumo de medicamentos; se manifiesta frecuentemente con fatiga, somnolencia y anorexia, por lo que se debe tratar la causa orgánica que provoca el cuadro clínico (Kramlinger, 2001).
- b) Endógena o melancólica: ocasionada por factores neurobiológicos, probablemente de naturaleza hereditaria. Constituyen el 20-25% de todas las depresiones y suelen ser recurrentes.

c) Psicógena o neurótica: provocada por conflictos psicológicos personales o como respuesta emocional patológica a conflictos externos (también llamadas depresiones reactivas o trastornos adaptativos depresivos) (Vallejo, 2006).

Del mismo modo, Cassem (1998) identifica los principales síntomas afectivos, cognoscitivos, conductuales y psicofisiológicos de la depresión (ver Tabla 1).

Tabla 1. Principales síntomas de la depresión según Cassem (1998).

Síntomas afectivos	Síntomas cognoscitivos	Síntomas conductuales	Síntomas psicofisiológicos
-Tristeza	-Concentración disminuida	-Aspecto de abatimiento	-Trastorno en el sueño
-Anhedonia	-Bajo rendimiento intelectual	-Faltas al trabajo	-Cambios en el apetito
-Ánimo decaído	-Incapacidad para afrontar problemas cotidianos	-Disminución del rendimiento escolar	-Cambios en el peso corporal
-Abulia	-Pesimismo	-Alcoholismo y/o farmacodependencia	-Disminución de la energía en general
-Desesperanza	-Ideas de minusvalía	-Intentos de suicidio	-Disminución del deseo sexual
-Melancolía	-Autorreproches	-Retardo psicomotor, inhibición en actividades físicas y en el habla	-Constipación
-Ansiedad	-Indecisión		-Cefalea
-Culpa	-Juicio no realista sobre sí mismo		-Mareos
-Vergüenza y autodesprecio	-Pensamiento obsesivo		-Halitosis
-Irritabilidad	-Ideas de culpa, vergüenza, pecado, etc.		-Molestias somáticas
-Intranquilidad			
-Disforia			

Es así como la depresión ha transcurrido por un proceso que le ha permitido tipificar subtipos; la APA (American Psychiatric Association), mediante una descripción y diferenciación fenomenológica, logró definir los trastornos del estado de ánimo, que son diversas entidades clínicas con la alteración del humor como principal característica (Weissman, 2006).

De esta manera, a partir de los principales manuales de diagnóstico (la CIE-10 y el DSM-IV-TR) se crean criterios diagnósticos, para los trastornos del estado de ánimo, con ciertas similitudes. A continuación se presentan ambas clasificaciones:

Clasificación del DSM-IV TR

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante dos semanas, incluyendo necesariamente alguno (o ambos) de los primeros dos síntomas y siempre que los síntomas no se deban a enfermedad médica.
 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades que solían ser placenteras, la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen (más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi todos los días. En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, observable por otras personas.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte o ideación suicida recurrentes (con o sin un plan específico para suicidarse o con tentativas de suicidio).
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o la hipomanía son inducidos por sustancias o tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

El episodio depresivo puede ser clasificado como ligero, moderado, grave con y sin síntomas psicóticos, en remisión parcial o total o como no especificado.

Por otro lado puede ser crónico, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos y de inicio en el posparto.

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Nota: para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de por lo menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- D. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o la hipomanía son inducidos por sustancias o tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Además de las especificaciones para el episodio depresivo mayor único debe especificarse el curso (con y sin recuperación interepisódica) y el patrón estacional.

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (3000.4)

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos dos años. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.
- B. Presencia de dos o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Pérdida o aumento del apetito.
 - 2. Insomnio o hipersomnias.
 - 3. Falta de energía o fatiga.
 - 4. Baja autoestima.

5. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Permanecer sin síntomas de los criterios A y B durante menos de dos meses seguidos durante el periodo de la alteración.
 - D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración; es decir, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Nota: antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante dos meses). Pasados los primeros dos años de trastorno distímico puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
 - F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
 - G. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.
 - H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es necesario especificar si es de inicio temprano (antes de los 21 años de edad) o tardío: y para los últimos dos años del trastorno distímico, especificar también la presencia o no de síntomas atípicos.

Clasificación de la CIE-10

Episodio depresivo

La tristeza o melancolía debe durar por lo menos dos semanas y no deberse a causas orgánicas o por abuso de sustancias psicoactivas.

Los síntomas somáticos son considerados por su significado clínico; para que un síndrome somático sea considerado como tal debe presentar cuatro o más de los siguientes síntomas:

- 1) Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que eran placenteras.
- 2) Falta de reacciones emocionales a acontecimientos y circunstancias ambientales que solían producir respuestas emocionales.
- 3) Despertar dos o más horas antes de la hora habitual.
- 4) Empeoramiento matutino del humor.
- 5) Inhibición psicomotriz evidente.
- 6) Disminución marcada del apetito.
- 7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
- 8) Disminución de la libido.

Episodio depresivo leve

Estado de tristeza presente durante por lo menos dos semanas y presencia de dos de los siguientes síntomas:

- 1) Humor depresivo la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas.
- 2) Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que eran placenteras.
- 3) Falta de vitalidad o fatiga.

Adicionalmente, deben estar presentes por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

- 4) Baja autoestima y confianza en sí mismo.
- 5) Sentimientos de culpa excesivos o inadecuados, así como autorreproches desproporcionados.
- 6) Pensamientos de muerte recurrentes o comportamientos y pensamientos suicidas.
- 7) Disminución de la capacidad para concentrarse y falta de decisión.
- 8) Agitación o inhibición de la actividad psicomotriz.

- 9) Alteraciones del sueño.
- 10) Disminución o aumento del apetito.

Episodio depresivo moderado.

Similar al episodio depresivo leve, pero debe presentar por lo menos seis síntomas del segundo grupo.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Se observan por lo menos nueve síntomas del episodio depresivo leve o moderado sin presentarse alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Se observan por lo menos nueve síntomas del episodio depresivo leve o moderado con alucinaciones, ideas delirantes y/o estupor depresivo.

Distimia

En este caso, el estado de ánimo depresivo dura por lo menos dos años, es continuo o constantemente recurrente, ya que los periodos de estado de ánimo normal raramente duran más de unas pocas semanas. Se presentan por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- 1) Disminución de la vitalidad o de la actividad.
- 2) Insomnio.
- 3) Falta de confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
- 4) Dificultad para concentrarse.
- 5) Llanto fácil.
- 6) Pérdida de interés o satisfacción por actividades anteriormente placenteras.
- 7) Sentimientos de desesperanza o desesperación.
- 8) Incapacidad para enfrentar las responsabilidades habituales de la vida diaria.
- 9) Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
- 10) Aislamiento social.
- 11) Disminución del habla.

Puede observarse que, mientras el CIE-10 distingue entre diferentes niveles de depresión para los que aumentan los síntomas a medida que aumenta el grado de la enfermedad, el DSM IV-TR sólo reconoce a la depresión mayor (con episodios único y recidivante) y a la distimia: sin embargo, ambas clasificaciones comparten casi todos los síntomas.

De la Gándara y colaboradores (2006), menciona la existencia del desorden depresivo no especificado, el cual incluye aquellos desordenes con características depresivas que no cumplen los criterios para desorden depresivo mayor, trastorno distímico o desorden mixto (ansiedad y depresión), dentro de los que se encuentran:

- 1) Desorden disfórico premenstrual: presente en la mayoría de los ciclos menstruales durante un año, comúnmente ocurre en la última semana de la fase lútea y debe remitir al menos una semana después de haber iniciado la menstruación.
- 2) Desorden depresivo menor: episodios de por lo menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems requeridos para realizar el diagnóstico de episodio depresivo mayor.
- 3) Desorden depresivo recurrente: son episodios depresivos que pueden durar de dos días a dos semanas y ocurren por lo menos una vez al mes durante un año, no asociados con el ciclo menstrual.
- 4) Desorden depresivo post psicótico de la esquizofrenia: episodio depresivo mayor durante la fase residual de la esquizofrenia.
- 5) Episodio depresivo mayor sobreimpuesto a un desorden delirante: se presenta durante una fase activa de la esquizofrenia.
- 6) Situaciones en las cuales el clínico concluye que existe un desorden depresivo, pero no puede determinar si es primario, debido a una condición médica general o inducido por sustancias.

Es imprescindible mencionar la importancia que los síntomas físicos tienen para los trastornos depresivos, ya que investigaciones recientes revelan que hasta 76% de los pacientes con depresión reportan síntomas físicos dolorosos como

cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolor sin localización precisa (Corruble *et al.*, 1985 & Kirmayer *et al.*, 1994).

Además de que el aumento en el número de estos síntomas incrementan las probabilidades de un trastorno psiquiátrico (Kroenke *et al.*, 1994), algunos síntomas *inexplicables* que se consideraban únicamente dentro de los trastornos somatomorfos (cuyos síntomas son dolores que no tienen origen físico), han comenzado a considerarse para el diagnóstico de depresión atípica como problemas menstruales y desmayos (Greco *et al.*, 2004), síntomas de dolor en articulaciones o de tipo lumbar, sensación de ligereza en alguna parte del cuerpo, disfunción gastrointestinal, acortamiento de la respiración, mareo y cefalea (Tamayo *et al.*, 2007).

Hasta hace menos de una década, cuando predominaban los síntomas físicos sobre los psicológicos se hablaba de una *depresión enmascarada* (Chinchilla, 2008), incluso algunos pacientes que acuden a consulta de medicina general desestiman los síntomas psicosociales y resaltan el dolor como su molestia primaria o incluso única (Greden, 2003), lo que dificulta el diagnóstico de trastorno de un estado de ánimo, por lo que es importante que el médico piense en un trastorno de este tipo cuando el paciente acude con frecuencia a consulta (más de 5 veces en un año) externando múltiples y cambiantes quejas somáticas que no ceden al tratamiento prescrito.

3.1.3 Etiología de la depresión

La etiología de este padecimiento es multifactorial, predominando algunos factores predisponentes sobre otros según el cuadro (Calderón, 1984), y aunque no existen agentes etiológicos específicos para ningún tipo de depresión, Vallejo (2006), aborda los mecanismos causales de la depresión a través de tres modelos:

- a) El modelo médico-biológico: el cual estudia los factores neurobiológicos alterados.

- b) El modelo psicológico: dando un papel prioritario a la alteración del aprendizaje, las cogniciones y los mecanismos inconscientes como causantes de los trastornos depresivos.
- c) El modelo social: evidencia una influencia social, justificando la aparición de trastornos mentales a partir de los cambios sociopolíticos condicionados por las guerras durante el Siglo XX.

De este modo, se establecen dos tipos de depresiones; la endógenas, relacionada con factores causales biológicos (genética, neuroquímica, neuroendocrinología, etc.), y las psicógenas, siendo estas últimas de índole psicosocial (ocasionadas por trastornos de la personalidad, acontecimientos negativos, escaso soporte social, etc.) (Vallejo, 2007).

Las diferentes causas de la depresión estudiadas pueden catalogarse dentro de alguno de los modelos sugeridos por Vallejo.

Modelo Biológico

Existen varias alteraciones a nivel orgánico que se relacionan con una predisposición a los trastornos del estado de ánimo:

- *Factores genéticos*: a través de diversos estudios en familias, adopciones y gemelos se ha documentado el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo; recientemente los métodos de genética molecular han podido identificar los genes específicos de susceptibilidad (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010). En la literatura podemos encontrar diversos estudios que reportan una probabilidad mayor de padecer trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos del estado de ánimo, si uno o ambos padres los padecen (Rutter, 1966, Welter *et al.*, 1977 & Gelder *et al.*, 1993).

Por otro lado, las investigaciones con gemelos sugieren que los genes explican exclusivamente el 50-70% de la etiología de los trastornos depresivos. Finalmente, los trabajos de genética molecular encuentran

evidencias sólidas que apuntan a la influencia de CREB 1 en el cromosoma 2 (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010).

- *Factores bioquímicos:* la hipótesis monoaminérgica de la depresión, desarrollada por Schildkraust y Kety en 1967, relaciona a la depresión con una disminución en la actividad sináptica de las conexiones que utilizan noradrenalina y serotonina, actividad característica de los circuitos hipotalámicos y del sistema límbico, que es el área encargada de integrar las conexiones de experiencias y respuestas emocionales (Rosenzweig, 1992). Además de los sistemas monoaminérgicos (noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina), se ha encontrado que la acetilcolina (Ach), que mantiene relaciones recíprocas o interactivas con los sistemas monoaminérgicos; el ácido (γ)-aminobutírico (GABA) con su efecto inhibitor en las vías monoaminérgicas ascendentes y los aminoácidos glutamato y glicina, principales neurotransmisores excitadores e inhibidores en el Sistema Nervioso Central, también están relacionados con los trastornos depresivos (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010).
- *Factores Hormonales:* Las hormonas asociadas a estos padecimientos son la del crecimiento, la prolactina y la actividad del eje tiroideo (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010).
- *Trastornos Inmunitarios:* Algunas anomalías inmunitarias como la disminución de la proliferación de linfocitos en respuesta a factores que actúan en el ciclo celular estimulando la división celular y otras formas de alteración de la inmunidad celular están asociados a la depresión (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010).
- *Alteraciones estructurales y funcionales del cerebro:* Por ejemplo, mayor frecuencia de hiperintensidades anormales en las regiones subcorticales (como los ganglios basales, las regiones periventriculares y el tálamo), la disminución metabólica en el prosencéfalo, incremento relativo de la actividad en el hemisferio no dominante y aumento del metabolismo de la glucosa en varias regiones límbicas, en particular entre los pacientes con

depresión recidivante grave (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010).

Por otro lado se ha encontrado un aumento en la proporción ventrículos/cerebro y otros signos de atrofia cerebral localizada o generalizada en la corteza prefrontal, la cicrunvolución cingular, el núcleo caudado, el cerebelo y el hipocampo (Beyer *et al.*, 2002).

Modelo Psicológico

Para este modelo, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, ya que al presentarse desde los primeros años de vida, determinan rasgos de personalidad tan profundamente enraizados que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales (Calderón, 1984). De este modo, se ha sugerido una relación importante entre la presencia de ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento de ciertos síntomas mentales o la ausencia de estos, independientemente de las situaciones externas experimentadas por el sujeto. El rasgo que presenta una mayor asociación con la presencia de sintomatología patológica es el neuroticismo (personalidad atormentada por emociones negativas como la preocupación o la inseguridad) (Heinze *et al.*, 2008).

Existen diferentes enfoques para explicar las causas psicológicas:

- *Enfoque psicoanalítico*: desarrollado por Sigmund Freud y ampliado por Karl Abraham, donde describen cuatro elementos clave para el desarrollo de los padecimientos depresivos: Trastornos en la relación madre-hijo durante la fase oral; la pérdida de objeto: “[...] la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente o amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante, o un poder sexual declinante” (Calderón, 1984); la introyección de objetos perdidos como mecanismo de defensa; y la mezcla de amor hacia el objeto perdido que provocan que los sentimientos de enfado se dirijan hacia el Yo. Freud pensaba a la *melancolía* como un estado anímico profundamente dolido,

capaz de cancelar todo interés por el mundo exterior, donde la persona que la padece tiende a una baja autoestima y pierde la capacidad de amar (Freud, 1976).

- *Enfoque cognitivo*: considera a la depresión como el resultado de distorsiones cognitivas específicas a partir de datos recibidos tanto del interior como del exterior. Esta teoría está representada por Aaron Beck, quien habla de tres conceptos específicos que pueden inducir al paciente a la depresión (Beck *et al.*, 1983):
 1. La triada cognitiva: la percepción de sí mismo, la percepción de sus experiencias y la percepción del futuro, todas ellas negativas.
 2. Esquemas cognitivos: pensamientos, ideas e imágenes que se forman ante algunas situaciones y se vuelven estables, predisponiendo ciertas actitudes ante dichos eventos.
 3. Errores cognitivos: creencias erróneas acerca de los propios pensamientos ante cierta situación (por ejemplo, los pensamientos extremistas que llevan al sujeto a tomar una postura absolutista).
- *Enfoque interpersonal*: considera que la depresión se basa en el estilo de interacción social, caracterizado por lamentaciones y autodesprecio, conductas reforzadas por un falso sentimiento de apoyo de otras personas, lo que aumenta la probabilidad de que dichas conductas se repitan en el futuro (Jiménez, 1995). En 1987 Gotlib y Colby concluyeron que el episodio depresivo se inicia con la idea de un acontecimiento aversivo, provocada interpersonal, intrapsíquica o bioquímicamente; ésta interactúa con factores de vulnerabilidad intrapersonales (cogniciones poco adaptativas, habilidades deficientes para el manejo de estrés, etc.) o interpersonales (como calidad y cantidad de apoyo social), y de este modo la depresión se mantiene o agrava por factores interpersonales (relacionados con la naturaleza y la calidad de la respuesta de los otros y su influencia en el sujeto).

Modelo Social

Liberman y Raskin (1971) teorizaron acerca del reforzamiento social de las conductas depresivas, a este reforzamiento del medio lo llamaron *ganancia secundaria* (Jiménez, 1995). Posteriormente, Costello declaró que la depresión está determinada principalmente por habilidades sociales inadecuadas al no encontrar formas de reforzamiento alternativas para pérdidas insignificantes (Matson, 1989).

En 1973, Frester, se enfocó en otra forma de reforzamiento para la depresión, creía que era la baja frecuencia de conductas reforzadas positivamente lo que ocasionaba este padecimiento (Jiménez, 1995).

Un año después, Lewinson elaboró un modelo donde menciona que la característica primordial de los padecimientos depresivos es un déficit conductual asociado al paradigma “baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente” (Jiménez, 1995), ocasionado por una falla en las habilidades sociales que involucra poco reforzamiento del ambiente, lo que da lugar a la persistencia de las conductas depresivas para llamar la atención de los demás de manera verbal y no verbal.

Los estudios etiológicos apuntan a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie como causa de los estados afectivos de depresión, como sería el duelo que se presenta cuando alguno de estos lazos se destruye (Calderón, 1984). Esto se ve demostrado por Pulido y colaboradores (2009), quienes encontraron que las mujeres en prisión que no reciben visitas son las más deprimidas, lo que concuerda con otras investigaciones que señalan que el inadecuado apoyo social en personas aisladas, en ambientes confinados o con enfermedades incapacitantes acelera su deterioro emocional y físico, y que por otro lado, el apoyo de su red social contribuye a su mejoramiento físico, emocional y mental; el apoyo social mantiene los índices de depresión y ansiedad bajos, aún en condiciones de estrés psicosocial.

Por otro lado, la modificación del hábitat por parte del hombre ha logrado un mayor bienestar para éste, pero a la vez ha traído consecuencias negativas como son: un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias y desechos contaminantes lo que ha ocasionado un desequilibrio ecológico, esto provoca daños psicológicos como insomnio o sueño no reparador, fatiga física e intelectual, irritabilidad en todas sus formas, trastornos del carácter, trastornos cardiocirculatorios (aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial) y sordera (Calderón, 1984).

A continuación se mencionan los factores de riesgo para la depresión, de acuerdo a tres fuentes de análisis, en la Tabla 2.

Tabla 2. Factores de riesgo para la depresión.

FACTORES	AUTORES		
	Rosales <i>et al.</i> , 2005	Bobes <i>et al.</i> , 2006; citado en Montaña (2011)	Guía de la Secretaría de Salud
Sexo	X	X	
Edad		X	
Estado civil		X	
Factores socioeconómicos		X	
Nivel educativo		X	
Religión		X	
Orientación sexual		X	
Carácter obsesivo y pasivo	X		
Episodio depresivo previo	X		
Estrés	X		X
Antecedentes familiares depresivos	X		X
Pérdida significativa reciente			X
Enfermedades crónicas			X
Violencia doméstica			X
Cambios significativos en estilo de vida			X
Embarazo con antecedentes de depresión y adicciones			X

3.1.4 Evolución, Pronóstico y Tratamiento de la Depresión

De acuerdo a los estudios sobre la evolución y pronóstico de los trastornos del estado de ánimo, éstos tienden a ser de curso crónico con periodos de remisión-exacerbación (Sánchez, 2010).

La depresión tiene como edad media de inicio los 40 años; en el 50% de los casos aparece entre los 20 y 50 años: es importante identificar y tratar los primeros síntomas lo antes posible para mejorar el pronóstico de la enfermedad; un episodio depresivo no tratado dura entre 6 y 13 meses, a diferencia de los tratados que duran 3 meses, y a medida que evoluciona el trastorno, los sujetos tienden a tener episodios más frecuentes y prolongados; del mismo modo, los pacientes que continúan con el tratamiento farmacológico profiláctico tienen menos probabilidades de recaer. Por otro lado, entre más episodios depresivos se acumulen, el tiempo entre éstos disminuye y su intensidad aumenta (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010).

De acuerdo con Weissman (2006), un bajo nivel intelectual, los rasgos neuróticos, la hipocondría, la paranoia y la presencia de enfermedades físicas son indicadores de un mal pronóstico para estos padecimientos; otros indicadores de un pronóstico desfavorable reportados en la literatura son: abuso de alcohol y de otras sustancias, síntomas de un trastorno de ansiedad y antecedentes de más de un episodio depresivo previo, así como el sexo, ya que los hombres tienen más probabilidades de padecer una evolución crónica deteriorante. Por el contrario, dentro de los indicadores para un buen pronóstico se encuentran: los episodios leves, ausencia de síntomas psicóticos u otros trastornos psiquiátricos o de personalidad asociados y no más de una estancia hospitalaria breve debido a un episodio depresivo, así como una edad avanzada en el inicio de la enfermedad, amistades sólidas durante la adolescencia, funcionamiento familiar estable y funcionamiento social homogéneo en los 5 años anteriores a la enfermedad (Kaplan *et al.*, 2009, citado en Sánchez, 2010).

Respecto a los tratamientos para estos padecimientos, Weissman (2006) hace énfasis en la importancia de ofrecer al paciente diversos abordajes terapéuticos, como son: la farmacoterapia, la psicoterapia, la terapia electroconvulsiva (TEC), estimulación del nervio vago y estimulación magnética transcraneal. Éstas tienen utilidades y mecanismos de acción diferentes:

- *Farmacoterapia*: los antidepresivos mejoran el estado de ánimo y reducen los síntomas depresivos. Desde su aparición, el abordaje de las depresiones ha mejorado progresivamente por lo que ahora existen nuevas familias de antidepresivos que han ampliado las posibilidades de acción de los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO), que fueron los primeros fármacos utilizados (Chávez *et al.*, 2008).
- *Psicoterapia*: ayuda a resolver conflictos y mejora las relaciones interpersonales. Dentro de las múltiples psicoterapias existentes, las que buscan conseguir beneficios a corto plazo parecen ser las más eficaces; este tipo de tratamiento se recomienda para depresiones leves a moderadas que puedan manejarse ambulatoriamente o como complemento para la intervención farmacológica en el caso de los pacientes severamente depresivos, debido a que por la gravedad de las manifestaciones y los riesgos que éstas implican en estos últimos casos, la psicoterapia no es suficiente para utilizarla como monoterapia (Greenberg, 2001).
- *Terapia electroconvulsiva (TEC)*: Es un procedimiento médico-psiquiátrico seguro y efectivo para cientos de trastornos psiquiátricos. Consiste en aplicar una pequeña cantidad de electricidad en el cuero cabelludo, produciendo una crisis convulsiva en el cerebro (APA, 2002). Se ha demostrado que la TEC da resultados más rápido que cualquier fármaco, sin embargo, son pocas las investigaciones de seguimiento a largo plazo (Rojtenberg, 2006).
- *Estimulación del nervio vago*: Aprobada para el manejo del trastorno depresivo mayor que no responde a otros tratamientos, aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) en junio del 2004 y posteriormente rechazada (Weissman, 2006). Los estudios funcionales con tomografía por emisión de positrones (TEP), han comprobado que la estimulación de este nervio modula la actividad de ciertas regiones del cerebro aparentemente involucradas en la regulación del estado de ánimo; zonas

límbicas y áreas corticales específicas como la corteza orbito-frontal (APA, 2006).

- *Estimulación magnética transcraneal*: Utiliza un electromagneto colocado en el cuero cabelludo del paciente que induce una corriente electromagnética en las neuronas corticales para modificar su actividad. Parece una alternativa prometedora para la depresión mayor resistente a los antidepresivos, pero hasta ahora su actividad es muy selectiva (Blomstedt *et al.*, 2011).

En conclusión, los trastornos depresivos son una condición de la cual el paciente no se recupera sólo con la fuerza de voluntad, sino que precisa ayuda médica especializada y un tratamiento indicado, donde tanto el paciente como la familia, deben recibir información sobre su padecimiento y un soporte adecuado para superarla (Vallejo, 2006).

3.1.5 Prevalencia y costos de la depresión.

Los trastornos depresivos tienen una prevalencia tan alta que incluso Leal (2000) considera que todas las personas padecerán en algún momento de su vida por lo menos un episodio depresivo.

Las cifras encontradas en la literatura también arrojan cifras alarmantemente altas:

- La OMS estima que el TDM se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020 (APA, 1994; Murray *et al.*, 1996 & Greden, 2003).
- La depresión mayor unipolar se encuentra dentro de las 10 enfermedades con mayor prevalencia en el mundo, junto con las alteraciones perinatales, infecciones de vías respiratorias bajas, cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares, VIH/SIDA, enfermedades diarreicas, depresión mayor unipolar, malaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tuberculosis (López *et al.*, 2006).

- Entre el 12 y el 20% de las personas que sufren una crisis aguda desarrollan un síndrome depresivo crónico y hasta 15% de los pacientes que padecen depresión durante más de un mes se suicidan (Rosales *et al.*, 2005).
- Ciurana (2002) estimó que aproximadamente 50% de los pacientes deprimidos no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de estos trastornos va en aumento.

La Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED), refiere que en México, 2,5% de los hombres, contra 5,8% de las mujeres, refirieron padecer síntomas compatibles con algún trastorno afectivo en el periodo del 2002 al 2003 (Bello *et al.*, 2005). En estudios posteriores la prevalencia de algún trastorno depresivo en la Ciudad de México aumentó a un 9,8% en mujeres y 3% de los hombres (Berenzon *et al.*, 2009). Otras investigaciones (Breslau *et al.*, 1995; Williams *et al.*, 1995; Piccinelli *et al.*, 2000, & Kessler, 2003) reportan una prevalencia de 10-25% para las mujeres, mientras que para los hombres ésta llega únicamente al 5-12%; por otro lado, Ciurana (2002), calcula que los trastornos depresivos se presentan en el 8-12% de los varones y el 20-26% de las mujeres.

Puede observarse que la prevalencia de los trastornos no sólo es alta, también se encuentra como constante en casi todos los estudios la proporción de aproximadamente dos mujeres por un hombre, y aunque se desconoce la causa de este fenómeno, se han elaborado diversas hipótesis que apuntan a la combinación de diferencias relacionadas con el estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a la alta incidencia de estrés psicosocial que vive la mujer (Camacho, 2012).

En otro sentido, se ha comprobado que la prevalencia de trastornos mentales en poblaciones con factores sociales, médicos y ambientales particulares, es mayor; dentro de estas poblaciones en riesgo se encuentran los estudiantes universitarios, particularmente estudiantes de medicina de pre y postgrado debido a las exigencias psicológicas, sociales y académicas particulares que su profesión les exige (Bohórquez, 2007).

Las enfermedades mentales, incluidos los trastornos depresivos, representan un problema importante no sólo por su alta prevalencia, también por las diversas problemáticas que éstos ocasionan, como ausentismo laboral con sus respectivas pérdidas económicas y disfunción en las relaciones sociales, sobretodo en la dinámica de la pareja y la familia; estos padecimientos también se asocian a altos costos por disminución de la productividad y calidad de vida (Greenberg *et al.*, 1993).

De acuerdo a la OMS, tan sólo el trastorno de depresión unipolar causa el 12,15% de los años vividos con discapacidad, por lo que la depresión se encuentra dentro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad junto con los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (OMS, 2004).

Por otro lado, en el “Programa de acción en salud mental”, se reconoce que el impacto económico de las enfermedades mentales en México es poco conocido. Mientras que por un lado el Banco Mundial estima que los padecimientos psiquiátricos y neurológicos contribuyen con el 12% del costo total de las enfermedades médicas, la OMS calcula que alcanzan el 20%. Los mismos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan el 11,5% de la carga total de enfermedades y en cuanto a la pérdida de vida saludable (AVISA), representan un 18% del total, lo que los coloca en el 14° lugar de las causas de pérdida de vida saludable. Entre todas las enfermedades psiquiátricas destaca la depresión, que por sí misma representa el 36,5% del AVAD de los trastornos mentales, y el 1,6% del AVISA de los mismos.

En los últimos diez años se incrementaron los estados depresivos y suicidios consumados en México (Alvarado, 2011), lo que refleja la importancia de clasificar y diagnosticar la depresión, educar acerca de la importancia de tratar la depresión como una enfermedad mental (Pae *et al.*, 2010) y la necesidad de invertir en prevención y tratamiento para los trastornos depresivos.

3.2 Depresión y médicos en formación

La carrera de medicina, en cualquier parte del mundo, se caracteriza por una alta y constante exigencia académica; tanto en las aulas, como en el internado; y en el caso México, sobretodo en el Estado de Morelos, también se exige mucho del pasante en el Servicio Social. Para cumplir satisfactoriamente con esta etapa, el estudiante necesita una buena capacidad de adaptación, además de procurar una óptima preparación académica y desarrollar experiencia y habilidades clínicas para aspirar a un futuro profesional prometedor dentro de un mercado laboral cada vez más competitivo (Perales *et al.*, 2003).

Probablemente debido a esta alta exigencia, investigaciones recientes han encontrado un incremento en la sintomatología psiquiátrica, tanto en médicos como en estudiantes de medicina. Varios estudios señalan que la prevalencia de síntomas psiquiátricos dentro de esta profesión superan la prevalencia encontrada en la población en general (Galli, 2002 & Heinze, 2008).

Una revisión sistemática de investigaciones acerca de depresión y ansiedad publicados entre 1980 y 2005 realizados en distintas universidades de Estados Unidos de América y de Canadá, reportan que los médicos en formación tienen una alta prevalencia de estos padecimientos con niveles de malestar psicológico consistentemente más altos que sus pares en la población general (Dyrbye, 2006).

De acuerdo con Galli (2002), la prevalencia de trastornos mentales es de 45,5%, sobresaliendo la depresión con un 31,6%, padecimiento que afecta más a las mujeres médicos convirtiéndose, por mucho, en el trastorno psiquiátrico más común entre ellas (Galli, 2002). Por otro lado, también se ha observado un incremento en el número de intentos de suicidio en los médicos en formación (Heinze, 2008), aunque incluso antes de este incremento la tasa de suicidio dentro de esta población ya era alarmantemente alta (North *et al.*, 1997).

Otros estudios aseguran que la salud mental empeora después del inicio de la escuela de medicina y que este deterioro se incrementa a lo largo del tiempo (Baykan *et al.*, 2012; Isra *et al.*, 2009 & Levine *et al.*, 2006), presentando tasas de

depresión y ansiedad más altas en los últimos años de entrenamiento (Dyrbye, 2006).

Algunas cifras de prevalencia de trastornos depresivos dentro de la población médica encontradas en artículos recientes son las siguientes:

- Miranda *et al.*, 2000: En una investigación que comprendió a 260 estudiantes de los tres primeros años de medicina de una universidad colombiana, reportaron una prevalencia de depresión de 34%; de este porcentaje, 21,9% pertenece a depresión leve, 10,6% a moderada y 3,5% a severa.
- Benítez *et al.*, 2001: Identificaron que de 305 estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile, 40,68% estaban en riesgo de sufrir depresión.
- Aketin *et al.*, 2001: Investigaron depresión, ansiedad y estrés comparando a los estudiantes de primer y segundo año de las carreras de medicina, economía y educación física; descubrieron que el puntaje promedio es mayor en los estudiantes de medicina en todas las escalas comparados con los demás grupos, y además, estos puntajes aumentaron en el 2° año.
- Weiss *et al.*, 2001: Su muestra fue de 1027 estudiantes de 9 escuelas de medicina en Estados Unidos, realizaron una encuesta por correo sobre aspectos de salud física y mental, encontrando un porcentaje de estudiantes que padecen depresión de 18%.
- Gaviria *et al.*, 2002: Su investigación fue realizada en 287 estudiantes del primer año de medicina en Medellín, Colombia; la prevalencia de depresión reportada fue de 20,9% para depresión leve, 7% para moderada y 2,4% para severa, dando un total de 30,3% de alumnos deprimidos.
- Inam *et al.*, 2003: Estudiaron a 252 estudiantes de la “Ziauddin Medical University” que llevaban más de 6 meses de estudio, excluyendo a los de 5° año, y las prevalencias de depresión y ansiedad fueron las siguientes: 49% en el 4° año, 47% en el 3° año, 73% en el 2° año y 63% en el 1° año.

- Nogueira *et al.*, 2004: se atendió a 146 estudiantes de la Universidad Federal de Sao Paulo entre Septiembre de 1996 y Septiembre del 2003 y se encontró que 19,9% de los estudiantes presentaron trastornos adaptativos de tipo depresivo, 10,9% episodios depresivos leves, 9,2% episodios depresivos moderados, 2,7% episodios depresivos severos y 2,7% trastornos mixtos de ansiedad y depresión.
- Dahlin *et al.*, 2005: Habiendo estudiado a 342 estudiantes de 1°, 3° y 6° año del “Karolinska Institute Medical University”, reportaron una prevalencia de depresión de 12,9%, mientras que la misma prevalencia en el grupo control que pertenecía a la población en general fue de 7,8%.
- Rosales *et al.*, 2005: Estudiaron a los médicos residentes del Hospital Juárez de México y encontraron una prevalencia de depresión de 16%; 14% de los sujetos padecía depresión leve y 1,8% depresión moderada; siendo más vulnerables aquellos con antecedentes familiares de depresión, así como los ateos y los casados, aunque otros estudios han encontrado mayor vulnerabilidad por parte de los solteros. Adicionalmente encontraron manifestación de insatisfacción y culpa (88,4%), indecisión (80,7%), insomnio y fatigabilidad (73%) y retardo laboral (79,2%).
- Bohórquez, 2007: Dentro de los estudiantes de medicina de una universidad colombiana se encontró que la prevalencia de depresión fue de 46,95%; 38,6% de los estudiantes contaba con un diagnóstico de episodio depresivo único o recurrente.

Es evidente el alto porcentaje general de médicos en formación que sufren de trastornos depresivos. Se ha postulado que el estrés que soportan durante su adiestramiento es obligadamente alto, lo que significa un riesgo para su salud mental (Perales *et al.*, 2003). Al respecto Murphy y colaboradores (1984) aseguraban que por lo menos en las Universidades norteamericanas de Tufts y Harvard, dos tercios del total de estresores que los estudiantes de medicina tienen que soportar, derivan específicamente de la vida académica, así como de los factores sociales asociados a ella. Por otro lado, la desigualdad entre los altos niveles de estrés y la pobre descarga de tensiones que los estudiantes pueden

ejercer por la falta de actividades recreativas que les es posible realizar debido a la exigencia de la carrera, incrementa el riesgo que por sí mismo representa el estrés (Folse *et al.*, 1985).

En una tesis realizada por Camacho (2012) se mencionan como factores crónicos desencadenantes de los trastornos depresivos y relacionados con el trabajo del médico residente:

La falta de información o incapacidad de desarrollar de manera satisfactoria el trabajo encomendado, carencia de apoyo de los supervisores encargados del área, ausencia de retroalimentación positiva y reconocimiento en el trabajo, percepción de inequidad, incompatibilidad de los valores éticos personales con los de la institución y falta de autonomía y autodeterminación en la resolución de problemas que puedan ser por último resueltos de manera satisfactoria por el médico residente.

Al respecto de este tema, Camacho también menciona que este síndrome se presenta con más frecuencia en gente joven (entre 30 y 40 o menos) probablemente por impericia laboral (Camacho, 2012).

Otro problema relacionado con la alta exigencia de esta profesión es la privación de sueño; más de 24 horas sin descanso son equivalentes a tener concentraciones de alcohol en la sangre del 0,1%, lo que conduce a problemas de pensamiento y afectos inapropiados, irritabilidad, déficits de memoria, despersonalización y depresión (Friedman *et al.*, 1971), mismos que incrementan las probabilidades de cometer errores médicos (Camacho, 2012).

La depresión también se ha relacionado con un aumento en la tasa de ausentismo laboral, así como con una disminución en el nivel de competencia; pero lo más preocupante es que de acuerdo al estudio de Lindeman y colaboradores (1997), la depresión es la causa contribuyente más frecuente de muerte por suicidio en médicos, a pesar de la minoría los sujetos con depresión admitidos en los hospitales, lo que hace pensar que la depresión en los médicos, especialmente en los varones, es infratratada en los hospitales psiquiátricos. En un estudio que se hizo en Estados Unidos de 1980-1985 se determinó que la

causa del 26% de los fallecimientos de médicos jóvenes es el suicidio (Samkoff *et al.*, 1995).

Este padecimiento se manifiesta en actitudes negativas hacia sí mismos y en un deterioro en el rendimiento (Rosales *et al.*, 2005), pero para muchos estudiantes de medicina, la petición de ayuda ante la presencia de sintomatología psiquiátrica representa una debilidad, lo que dificulta el diagnóstico, y por lo tanto, el tratamiento (Chew, *et al.*, 2003). Esto evidencia la necesidad de desarrollar programas masivos de educación con el propósito de identificar tempranamente los síntomas y así lograr una atención oportuna (Christensen *et al.*, 2004).

A pesar de que existen múltiples investigaciones que estudian los trastornos depresivos presentes en los médicos y en los estudiantes de medicina, no se encontró ninguno que explore la prevalencia de este padecimiento y los factores relacionados a éste en médicos pasantes en Servicio Social; por otro lado tampoco se encontró algún trabajo que describa las condiciones de vida de esta población desde el punto de vista de los MPSS, ni alguno que explore sus características sociodemográficas.

Se considera de vital importancia explorar la salud mental de los médicos en formación durante el periodo del Servicio Social ya que éste representa, para muchos de los pasantes, un año completo donde además de continuar su formación, de tener la oportunidad de aprender cosas nuevas y de poner en práctica conocimientos previos, debe cumplir con responsabilidades importantes y atravesar por situaciones que podrían poner en riesgo su salud mental.

Como parte del proceso de este trabajo de investigación, se realizaron entrevistas a algunos de los médicos pasantes de la JSIII, a partir de las cuales pudo deducirse que el Servicio Social, en la JSIII, es una etapa difícil para muchos de los MPSS.

Los médicos pasantes deben pernoctar en sus Centros de Salud cinco noches a la semana y deben prestar atención médica de lunes a sábado en la tarde, durante dos turnos; matutino y vespertino. A pesar de que cuentan con un horario para comer, muchas veces éste no se cumple debido a la alta demanda de

consulta por parte de la población; comunidades muchas veces exigentes y difíciles de tratar. Adicionalmente, el pasante está obligado a atender urgencias fuera del horario de consulta, sin importar que éstas se presenten en la madrugada, situación potencialmente peligrosa debido a la creciente ola de violencia que se ha desatado en el Estado de Morelos, sobre todo para las pasantes de género femenino; habiéndose presentado un caso de violación poco tiempo después del levantamiento de datos de este estudio.

Debido a que las leyes dictaminan que el Servicio Social de la carrera de medicina debe prestarse en comunidades marginadas, éstas, muchas veces se encuentran lejos de la red social de apoyo del estudiante, lo que aumenta el aislamiento y la sensación de soledad, mismas que pueden desencadenar un episodio depresivo. Por otro lado, las condiciones de estas comunidades no siempre favorecen que los lugares donde residen los MPSS durante este periodo sean agradables y cómodos, llegando incluso a carecer de los servicios básicos, por cortos periodos de tiempo.

Se pudo observar a partir de las entrevistas, que en algunos casos el personal de los Servicios de Salud ofrece poco apoyo al estudiante y a veces no toman en cuenta sus opiniones por considerarlo como carente de experiencia.

Por último, muchos de los pasantes se quejaron de una carga de trabajo excesiva al tener que atender consultas a veces durante dos turnos seguidos sin espacio para comer, realizar trabajos comunitarios fuera de su Centro de Salud y tareas administrativas que consumen mucho de su tiempo y que, a su parecer, muchas de éstas son innecesarias. Todo esto aunado a la gran responsabilidad, en cuanto a atención médica se refiere, que tiene el MPSS dentro de la comunidad, donde algunos de ellos llegan a ocupar el puesto de directores de sus Centros de Salud, puede llegar a representar un riesgo a su salud mental.

CAPÍTULO 4

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

4.1 Antecedentes y aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton

Ante la necesidad que imperaba en la psiquiatría moderna de comunicar sucesos científicos de manera confiable, surgen las escalas de evaluación que sirven para asignar valores numéricos a diferentes síntomas psiquiátricos; por lo que fue necesario establecer criterios diagnósticos operativos para poder crear entrevistas clínicas estructuradas e instrumentos de evaluación de síntomas y/o cambios en la sintomatología, como lo es la escala utilizada por este trabajo de investigación (Camacho, 2012).

Las escalas psiquiátricas de medición numérica, específicamente las desarrolladas para medir depresión, se crearon en la primera mitad del siglo XX con Joy Paul Guilford, quien en 1936, publicó una monografía titulada *Psicología cuantitativa*, donde proponía la construcción de escalas clínicas de medición (Ojeda *et al.*, 2003).

Para la realización de dichas escalas es necesario que cumplan con tres criterios: tener una muestra representativa de factores donde cada ítem correlacione con el resto (validez interna); que los resultados obtenidos por el instrumento desarrollado correlacionen con los de otros instrumentos o con la evaluación clínica (validez externa o concurrente); y realizar un análisis factorial de todos los ítems para conocer si la escala mide más de una dimensión (validez de constructo).

Además de validez, las escalas clínicas deben tener confiabilidad, es decir, precisión o capacidad de reproducir las mediciones (Trajković *et al.*, 2011).

En el caso de la depresión, no existe un consenso acerca de cómo debe ser clasificada (Kendell, 1976), por lo que se han diseñado diversas escalas o inventarios clinimétricos para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos, así como para evaluar cambios en los mismos que permiten medir la respuesta a los tratamientos (Soriano *et al.*, 2002).

Como parte de este amplio repertorio de instrumentos, se crea la Escala de Depresión de Hamilton, diseñada por Hamilton en 1960 (Hamilton, 1960) y que en la actualidad es, probablemente, el instrumento de medición para medir severidad de la depresión, más utilizado (Williams, 2001). Sus aplicaciones se extienden desde la investigación, siendo incluso uno de los instrumentos más utilizados también en este ámbito (Leentjens *et al.*, 2000), hasta la práctica clínica como una forma de medir la gravedad de los trastornos depresivos en un paciente, cambios en la gravedad de la sintomatología y eficacia de un tratamiento (Zimmerman *et al.*, 2004 & Santen *et al.*, 2008).

Existen diferentes versiones para la Escala de Depresión de Hamilton dependiendo del número de reactivos; para este trabajo de investigación se utilizó la versión de la Escala de Depresión de Hamilton de 17 preguntas que incluyen diversos síntomas como son: estado de ánimo depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, anhedonia, diferentes tipos de insomnio, actividad, aletargamiento, agitación psicomotora, ansiedad, hipocondría y varios síntomas de tipo somático. De estos 17 reactivos; 9 se califican en una escala Likert que va del 0 al 4 (siendo el cero la ausencia de síntomas y aumentando gradualmente conforme a la intensidad y frecuencia de los mismos); mientras que los otros 8 se califican del 0 al 2; el puntaje máximo que es posible obtener en esta prueba es de 52 puntos (Pulido *et al.*, 2009) y aunque la escala presenta definiciones de algunos reactivos, por ejemplo, el estado de ánimo depresivo se encuentra definido como “actitud melancólica, pesimismo acerca del futuro, sentimientos de tristeza, tendencia a llorar”, ésta debe ser aplicada por un psiquiatra o psicólogo mediante una entrevista clínica donde el evaluador debe dar igual importancia tanto a la intensidad como a la frecuencia de los síntomas (Mendels, 1989).

Este instrumento fue escrito en inglés originalmente, pero se encuentra adaptado al español y validado por Ramos y colaboradores en 1986. El autor del mismo proporcionó una guía general para establecer la calificación de cada ítem, pero debido a que la creación de esta escala, así como el refinamiento de los ítems, se realizó a través de la experiencia clínica y utilizando la lógica, no por medio de la experimentación empírica y la reevaluación, ha sido difícil establecer puntos de corte estandarizados para establecer la remisión (definida por McIntyre y colaboradores (2006), Moller (2008), Rush y colaboradores (2006) y Zimmerman (2012) como un puntaje, por debajo de cierto punto de corte determinado, en una escala de severidad de sintomatología, que indica casi una ausencia, o la ausencia por completo, de síntomas) y diferenciar entre los distintos grados de depresión (Zimmerman *et al.*, 2004).

Es muy importante que exista un consenso, no sólo en la definición de remisión, también en los estándares para la interpretación de los puntajes de la Escala de Hamilton para todo el espectro de la severidad de la enfermedad (Kriston *et al.*, 2011); para ello Levente Kriston recopiló cinco publicaciones que aportan recomendaciones sobre la interpretación de los resultados de la Escala de Depresión de Hamilton en cuanto al diagnóstico y clasificación de esta enfermedad. Los autores citados por Kriston (2011) fueron: Bech, 1996; la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), 2000; Furukawa y colaboradores, 2007; El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE por sus siglas en inglés), 2009; y Baer & Blais, 2010. Las sugerencias reportadas por estos autores se encuentran resumidas en la Tabla 3.

Tabla 3. Niveles de depresión de acuerdo a los puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton.

		<i>Puntajes de la Escala de Hamilton para estimación de la de Depresión</i>																															
<i>Autor</i>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	≥ 31
Bech (1996)		Sin depresión					Menor					Moderado					Mayor					Severa											
APA (2000)		Sin depresión					Leve					Moderado					Severa	Muy severa															
Furukawa (2007)		Sin depresión	Asintomática					Leve					Moderada					Severa															
NICE (2009)		Sin depresión					Subclínica					Leve					Moderada	Severa															
Baer (2010)		Sin depresión					Leve					Moderada					Severa																

Nota: Fuente: Adaptado de Levente Kriston *et al.*, (2011).

Para establecer sus rangos, la APA (APA, 2000, citado en Kriston, 2011) utilizó un estudio realizado por Kearns y colaboradores en 1982, en el que se valieron de una escala global para medir severidad de la depresión en cinco grados (recuperado, leve, moderada, severa y muy severa) como índice de validez en una muestra de pacientes hospitalizados; aunque Kearns y colaboradores consideraban a la depresión como muy severa a partir de un puntaje de 29 y no de 23 como se reporta en la guía de la APA. A pesar de esta diferencia puede observarse que la categorización de la APA coincide con la de la NICE en cuanto a rangos de puntajes, aunque difiere en la clasificación de la depresión.

Debido a la discrepancia encontrada entre los diferentes rangos de puntajes sugeridos por los diversos investigadores, así como las diferencias en la clasificación de la depresión tanto en el campo de la investigación como en el de la atención de la depresión, se decidió utilizar la clasificación de la APA para el análisis de resultados de este trabajo de investigación debido a la importancia internacional de esta asociación, pero también, a que su clasificación parte de investigaciones previas validadas con otro instrumento y a que los rangos de severidad de la depresión de esta clasificación coinciden con la de un instituto nacional importante, así como con la clasificación que utilizan en el CISAME de los Servicios de Salud de la JSIII para determinar la gravedad del padecimiento de sus pacientes.

Originalmente, la Escala de Depresión de Hamilton fue diseñada como una medida para cuantificar la severidad de un grupo representativo de síntomas depresivos en pacientes diagnosticados como deprimidos (Ballesteros *et al.*, 2007), pero investigaciones posteriores sugieren que la Escala de Hamilton también puede utilizarse como prueba de tamizaje (Leentjens *et al.*, 2000). La validez concurrente de esta escala comparada con el diagnóstico de *desorden depresivo* del DSM-IV fue medida por Leentjens y colaboradores en el 2000; estos investigadores encontraron que la máxima discriminación entre pacientes deprimidos y no deprimidos se alcanzó en el punto de corte 13/14, es decir, según Leentjens y colaboradores, a partir de un puntaje de 14 o más en la Escala de

Depresión de Hamilton, una persona puede considerarse como deprimida; por lo que se justifica el uso de esta escala para medir síntomas depresivos en pacientes deprimidos y no deprimidos, para diagnosticar trastornos depresivos y para dicotomizar muestras en grupos deprimidos y no deprimidos, incluso teniendo un mejor desempeño que la Escala para estimación de la depresión de Montgomery-Asberg, MADRS por sus siglas en inglés (Leentjens *et al.*, 2000).

Para poder analizar los resultados de este trabajo de tesis, en algunos análisis se utilizaron los puntajes en bruto de la Escala de Depresión de Hamilton, en otros se utilizó la clasificación propuesta por Leentjens y colaboradores, y en algunos otros, a partir del estudio de Leentjens, se agruparon las clasificaciones de la APA *depresión moderada*, *depresión severa* y *depresión muy severa* en una misma categoría (depresión moderada a muy severa), separándolas de la categoría *depresión leve*, la cual Leentjens y colaboradores considerarían como parte de la muestra no deprimida; y a su vez, separando a ambas clasificaciones de la de los sujetos en remisión, ya que ésta última coincide en casi todos los estudios revisados por Kriston y colaboradores.³

4.2 Confiabilidad y validez de la Escala de Depresión de Hamilton

Se han realizado estudios de validez y confiabilidad de la Escala de Depresión de Hamilton, tanto para la versión original como para la adaptada al español, mostrando una alta correlación (entre 0,84 y 0,90) con las evaluaciones clínicas realizadas en pacientes psiquiátricos con y sin depresión. (Pulido *et al.*, 2009).

Ramos y colaboradores, en 1988, investigaron la confiabilidad y validez de la versión adaptada al español de la Escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems; concluyendo que ésta es una medida aceptable para la estimación de la intensidad de síntomas depresivos. Por otro lado, tanto la validez como la

³ En el Capítulo *Análisis de resultados* se explica en qué casos tuvo que aplicarse cierta clasificación.

confiabilidad son comparables con las de las versiones de esta prueba en otros idiomas (Ramos *et al.*, 1988).

A pesar de que a esta escala se le ha criticado su validez de constructo, ya que se ha demostrado que representa una medición multidimensional que refleja más que sólo los síntomas principales de la depresión (Maier *et al.*, 1985 & Bagby *et al.*, 2004), siendo considerada por Bech y colaboradores (1975, 1981, 1984) como una medición poco objetiva de la severidad de la depresión, otros estudios han demostrado que la Escala de Depresión de Hamilton es confiable en escenarios clínicos, tanto en pacientes con depresión como desorden primario como en pacientes con depresión como trastorno comórbido (Trajković *et al.*, 2011).

En relación con esta crítica que se le ha hecho a la Escala de Depresión de Hamilton, los mismos Bech y colaboradores (1975) identificaron seis reactivos de dicha escala como síntomas esenciales con correlaciones adecuadas en relación con el puntaje total (Trajković *et al.*, 2011).

Trajković y colaboradores (2011) recopilaron 5548 artículos de investigación publicados en un periodo de 49 años (de 1960 a 2008), de los cuales 409 reportan uno o más coeficientes de confiabilidad de la Escala de Depresión de Hamilton; a partir de una meta-regresión concluyeron que ésta es una medición confiable de depresión con buenos niveles de consistencia interna, confiabilidad entre evaluadores y confiabilidad test-retest, aunque algunos reactivos como *perspicacia* parecen carecer de una confiabilidad satisfactoria, siendo el ítem menos confiable de la escala y evidenciando la necesidad de mejorar su redacción, comprensión y/o interpretación. Por otro lado, estudios previos que miden la sensibilidad de los síntomas depresivos individualmente y su contribución relativa al diagnóstico del trastorno depresivo mayor, muestran que dos reactivos (*síntomas somáticos gastrointestinales* e *insomnio precoz*) poseen propiedades discriminativas relativamente altas (Leentjens *et al.*, 2003, citado en Reijnders *et al.*, 2010).

Los análisis de Trajković (2011) también muestran una asociación positiva entre la confiabilidad entre evaluadores y el año de publicación; es decir que la

confiabilidad ha aumentado a través del tiempo sugiriendo que el uso de la prueba durante todos estos años ha contribuido a la adquisición de niveles más altos de confiabilidad entre evaluadores.

4.3 Justificación de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton

Se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton para este trabajo de investigación porque es la utilizada por el CISAME de la JSIII para evaluar a los MPSS como parte de una batería de pruebas psicométricas y proyectivas aplicada al inicio de su Servicio Social.

Sin embargo, esta escala se considera adecuada para este estudio por sus buenas características psicométricas, su amplia utilización tanto en investigación como en el ámbito clínico y los estudios que justifican el uso de esta prueba para separar muestras en *deprimidos* y *no deprimidos*. Además, otras investigaciones comparan favorablemente los resultados de estudios de confiabilidad comparando la Escala de Hamilton con el Inventario de Depresión de Beck, BDI por sus siglas en inglés (Beck *et al.*, 1961), con la Escala de Depresión Geriátrica, GDS por sus siglas en inglés (Yesavage *et al.*, 1983) y con la Escala de Carroll para Evaluación de la Depresión (Nicolini, 2000, citado en Pulido, 2009).

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

5.1 Diseño

La investigación se realizó a partir de un estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal porque realiza sólo una medición de datos retrospectivos y presentes en el tiempo de cada sujeto de estudio. La finalidad principal de esta investigación es describir la presencia de puntajes que indiquen algún grado de patología según la Escala de Depresión de Hamilton en MPSS de la JSIII de los SSM, buscando asociación a diversas variables, así como describir algunas de sus características sociodemográficas y condiciones de vida. El diseño de este estudio puede ser útil para la planeación de estrategias de intervención psicosocial dirigidas a esta población.

5.2 Población de estudio

Médicos pasantes en Servicio Social de la Jurisdicción Sanitaria No. III de los Servicios de Salud de Morelos de las promociones de Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013.

5.3 Tamaño de la muestra

La muestra total de sujetos para este estudio fue de 87 MPSS adscritos a la JSIII de los SSM.

De los 42 MPSS de la promoción Febrero 2012-Enero 2013 adscritos a la JSIII, dos ya se habían dado de baja para el momento del estudio, cuatro no se presentaron a la cita para la aplicación de los instrumentos y un caso tuvo que descartarse debido a que el pasante se negó a contestar algunas de las preguntas

del cuestionario; por lo que la muestra de MPSS de la promoción Febrero 2012-Enero 2013 consistió en 35 sujetos.

De los 57 MPSS de la promoción Agosto 2012-Julio 2013 adscritos a la JSIII, cinco no se presentaron a la cita para la aplicación de instrumentos; por lo que la muestra de MPSS de la promoción Agosto 2012-Julio 2013 consistió en 52 sujetos.

5.4 Área de estudio

Jurisdicción Sanitaria No. III de los Servicios de Salud de Morelos, que comprende 16 municipios de la región Oriente:

1. Ayala
2. Atlatlahucan
3. Axochiapan
4. Cuautla
5. Jantetelco
6. Jonacatepec
7. Ocuituco
8. Temoac
9. Tepalcingo
10. Tetela del Volcán
11. Totolapan
12. Tlalnepantla
13. Tlayacapan
14. Yautepec
15. Yecapixtla
16. Zacualpan

Con 76 Centros de Salud que son campos clínicos para la prestación del Servicio Social de Medicina.

5.5 Método

Antes de comenzar con el estudio se presentó el proyecto al departamento de enseñanza de las autoridades Estatales de salud, así como a las autoridades de salud Jurisdiccionales, en Agosto del 2012. Una vez que fue aprobado se procedió con la investigación.

En primer lugar se diseñó un cuestionario para explorar algunas condiciones de vida, de salud y factores sociodemográficos de los MPSS al que se llamó *Cuestionario de Factores Asociados*; a éste se le aplicó una prueba piloto con seis MPSS de la Jurisdicción Sanitaria no. I, lo que permitió identificar cuáles preguntas causaban confusión en los pasantes, se cambió la redacción de las mismas y se comprobó que todas las preguntas fueran comprendidas por ellos.

A todos los pasantes, tanto a los sujetos piloto como a los sujetos de estudio, se les invitó a participar voluntariamente en el estudio; se les entregó la carta de consentimiento informado anexa en este trabajo (Anexo 1) y se les pidió que la firmaran.

Una vez realizada la prueba piloto y ajustado el cuestionario, se procedió al levantamiento de datos de Factores Asociados y a la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton a los MPSS de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 adscritos a la JSIII, para lo que se les citó por grupos de 10 personas aproximadamente en las instalaciones del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) alrededor de las 8 de la mañana durante los meses de Septiembre y Octubre del 2012. Primero se citó a los de la promoción más nueva y luego a los más antiguos, se les entregaron los Cuestionarios de Factores Asociados, pidiéndoles que respondieran sinceramente, de manera personal y que en caso de tener alguna duda, la externaran. Posteriormente se les aplicó individualmente la Escala de Hamilton por el personal del CISAME; psicólogas calificadas que aplican esta escala como parte de sus labores diarias.

Posteriormente se sistematizaron los datos y se vaciaron a una base de datos en el programa estadístico SPSS para su análisis.

5.6 Criterios de inclusión

- Ser estudiante de medicina.
- Estar realizando su Servicio Social dentro de la Jurisdicción Sanitaria no. III.
- Aceptar participar en la investigación.
- Presentarse a la cita programada para la aplicación de los instrumentos.

5.7 Criterios de exclusión

- No desear participar en el estudio.
- No desear contestar todas las preguntas solicitadas.
- No acudir a la cita programada para la aplicación de los instrumentos.
- Tener algún impedimento laboral o de salud que no permitan la participación en el estudio.

5.8 Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se ajusta a los lineamientos de la Ley general de salud de México promulgada en 1986, al código Helsinki de 1975, modificado en 1989 y al código ético del psicólogo, respecto a la confidencialidad de los participantes en el estudio, por lo que se solicitó su consentimiento informado.

Para llevar a cabo esta investigación se realizaron reuniones con el personal del equipo jurisdiccional, donde se dieron a conocer los objetivos y las actividades a efectuarse; siempre en apego al principio de investigación en seres humanos de proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad.

De acuerdo al Reglamento de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, fue necesario realizar una Carta de consentimiento informado con el Visto Bueno de la Jefa Jurisdiccional, del Comité Jurisdiccional de Calidad y Seguridad del Paciente y de la Comisión Auxiliar Mixta de

Enseñanza, Capacitación e Investigación (Anexo 1); señalando el respeto a la decisión del médico pasante en cuanto a su participación, por lo que los instrumentos se aplicaron únicamente en aquellos pasantes que aceptaron participar en la investigación.

El presente estudio no representó riesgo alguno para los informantes y garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos. Los resultados permanecieron siempre bajo responsabilidad del personal investigador y la Jefatura Jurisdiccional, quienes garantizan un adecuado manejo del proyecto en el aspecto ético, siendo personas con solvencia moral.

5.9 Variables

5.9.1 Variable dependiente

- Depresión:
 - *Conceptualización:* Es una seria enfermedad médica que afecta negativamente cómo sienten, piensan y actúan las personas. Tiene una variedad de síntomas, pero los más comunes son un profundo sentimiento de tristeza o una marcada pérdida de interés o placer en las actividades (APA, 2012).
 - *Operacionalización:* De acuerdo a la clasificación de la APA (2000); los rangos utilizados para este trabajo de investigación fueron los siguientes:
 - 0-7: Sin depresión
 - 8-13: Depresión leve
 - 14-18: Depresión moderada
 - 19-22: Depresión severa
 - 23-52: Depresión muy severa

Por el tamaño de la muestra, con la finalidad de poder analizar los resultados y por conveniencia al describirlos, se utilizaron tres categorías en lugar de cinco; para esto se integraron la *depresión*

moderada, depresión severa y depresión muy severa dentro una misma categoría: *depresión moderada a muy severa*, ya que de acuerdo a Leentjens y colaboradores (2000), a partir de un puntaje de 13/14 en la Escala de Hamilton, una muestra puede dicotomizarse en grupos *deprimidos y no deprimidos*; misma clasificación que también se utilizó para el análisis de ciertos resultados cuando fue necesario⁴.

5.9.2 Variables independientes

Tabla 4. Variables independientes

Variables	Conceptualización	Operacionalización
<i>De identidad</i>		
Edad	Años que transcurren a partir de la fecha de nacimiento.	Variable cuantitativa, continua. Años cumplidos al momento de la entrevista.
Sexo	Se refiere a los rasgos fisiológicos y biológicos de ser hombre o mujer.	Variable cualitativa, categórica, nominal, dicotómica. Sexo del estudiante: hombre/mujer.
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Variable cualitativa, categórica, nominal, policotómica. Estado civil del estudiante. <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Divorciado • Separado • Viudo
Lugar de procedencia	Residencia habitual del estudiante, previa al ingreso al Servicio Social.	Variable cualitativa, categórica, nominal, policotómica. Residencia de procedencia: <ul style="list-style-type: none"> • Misma localidad

⁴ Los casos en los que fue necesario utilizar ciertas categorías, así como las razones de esta decisión, se explican detalladamente en el Capítulo *Análisis de resultados*.

		<ul style="list-style-type: none"> • Mismo municipio • Misma Jurisdicción • Mismo Estado • Otro Estado • Otro País
<i>Individuales no patológicos</i>		
Religión o creencia	Parte de la actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual.	<p>Variable cualitativa, categórica, nominal, policotómica.</p> <p>Religión o creencia del estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Católica • Protestante/ Pentecostal/ Cristiana/ Evangélica • Adventistas del Séptimo Día/ Mormones/ Testigos de Jehová • Oriental/Judaica/Islámica • Otras creencias • Sin religión
Hábitos alimenticios	Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación.	<p>Variable cualitativa, ordinal y policotómica.</p> <p>Hábitos alimenticios en el último mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buenos en calidad, cantidad y oportunidad • Regulares en calidad, cantidad u oportunidad • Malos en calidad, cantidad u oportunidad
Hábitos de higiene personal	Concepto básico de mantener el aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.	<p>Variable cualitativa, nominal, categórica, dicotómica. Se analizó con respuesta múltiple para definir conjuntos de variables.</p> <p>Hábitos de higiene cotidianos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baño diario SI/NO • Cepillado de dientes después de comer SI/NO

		<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos cotidiano SI/NO • Ejercicio diario SI/NO • Ocho horas diarias de sueño SI/NO
Familia actual	Convivencia cotidiana fuera del horario de actividades del Centro de Salud en el último año.	<p>Variable cualitativa, nominal, policotómica.</p> <p>En el último año, con quién vive/convive cotidianamente fuera del Centro de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vive solo • Con uno o ambos padres • Con su pareja • Con su o sus hijo (s) • Con otro familiar • Con amigos • Otro <p>Puede marcar más de uno.</p>
Uso del tiempo libre	Tiempo dedicado a actividades que no son ni trabajo, ni tareas domésticas esenciales.	<p>Variable cualitativa, nominal, policotómica.</p> <p>El becario de forma cotidiana en el último mes pasa su tiempo libre en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convivencia con familiares y/o amigos • Lectura • Actividad física • Redes sociales electrónicas • Televisión • Otro
<i>Individuales patológicos</i>		
Adicciones a sustancias	Se trata de la dependencia a una sustancia que el individuo no es capaz de controlar, que lo lleva a conductas compulsivas y perjudica su calidad de vida.	<p>Variable cualitativa, nominal, policotómica.</p> <p>Considera que no tiene/ha tenido/tiene problemas con su manera de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir bebidas alcohólicas • Fumar • Uso de drogas ilícitas

Antecedentes de enfermedad médica y/o psiquiátrica	Problemas de salud previos al Servicio Social graves o importantes que han ocasionado incapacidad temporal o permanente y/o que afectan la prestación del Servicio Social.	Variable cualitativa, nominal, abierta; las respuestas se codificaron con base en las respuestas de los informantes. Enumere los padecimientos físicos o mentales importantes que padece o ha padecido.
Antecedentes de violencia o agresión personales	Agresión sufrida por el becario como consecuencia de la delincuencia.	Variable cualitativa, nominal, dicotómica. ¿Ha sufrido usted una agresión por delincuencia? SI/NO. ¿Cuándo?
Antecedentes de consumo de medicamentos	Uso de medicamentos de forma cotidiana.	Variable cualitativa, nominal, abierta; las respuestas se codificaron con base en las respuestas de los informantes. Enumere los medicamentos que ha consumido de forma habitual en el último semestre.
<i>Antecedentes heredo-familiares</i>		
Nivel socioeconómico de la familia de origen	El nivel socioeconómico es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.	Variable cualitativa ordinal. Calculado con Metodología AMAI (2008) indagando sobre la familia de origen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Escolaridad del jefe del hogar 2. Número de habitaciones 3. Número de baños 4. Tipo de piso 5. Número de focos 6. TV a color 7. Automóvil 8. DVD 9. Microondas 10. Computadora 11. Regadera 12. Estufa 13. Servicio doméstico <p>Con el puntaje obtenido, de acuerdo al algoritmo de cálculo se agrupó en cinco niveles, del E al A/B.</p>

Tipo de familia de origen	Tipo de hogar de origen de acuerdo a la clasificación del INEGI.	Variable cualitativa, nominal, policotómica. La familia de origen del médico pasante es: <ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Monoparental • De padres separados • Ampliada • Compuesta • Corresidente • Otro
Antecedentes de salud mental de la familia de origen	Problemas de salud mental en la familia de origen.	Variable cualitativa, nominal, dicotómica, categórica. ¿Su familia de origen tiene o ha tenido problemas de salud mental? SI/NO.
Antecedentes de adicciones de la familia de origen	Problemas de algún miembro de la familia de origen con la dependencia a una sustancia que el individuo no es capaz de controlar, que lo lleva a conductas compulsivas y perjudica su calidad de vida.	Variable cualitativa, nominal, dicotómica, categórica. ¿Su familia de origen tiene o ha tenido problemas de adicciones? SI/NO.
Antecedentes de violencia intrafamiliar de la familia de origen	Agresión sufrida en la familia como consecuencia de maltrato entre sus miembros.	Variable cualitativa, nominal, dicotómica, categórica. ¿Su familia de origen tiene o ha tenido problemas de violencia intrafamiliar? SI/NO.
Antecedentes de violencia sufrida por la familia	Agresión sufrida por la familia como consecuencia de la delincuencia.	Variable cualitativa, nominal dicotómica, categórica. ¿Ha sufrido su familia directa una agresión por delincuencia? SI/NO. ¿Cuándo?
<i>Antecedentes escolares</i>		
Universidad de origen	Universidad de procedencia donde concluyó la educación superior.	Variable cualitativa, nominal, policotómica; posteriormente convertida a dicotómica (Universidad pública o

		privada). La Universidad de procedencia es: <ul style="list-style-type: none"> • UNAM • UAEM • CICS • ULA • Otra pública • Otra privada
Año de ingreso a la Universidad	Año en que el alumno ingresó para estudiar Medicina a la Universidad de origen.	Variable cuantitativa, discreta. Año en el que ingreso a la Universidad.
Promedio de calificaciones	Calificaciones promedio que el becario obtuvo desde su ingreso a la Universidad hasta el momento de la entrevista.	Variable cuantitativa, continua con valores de 6 a 10; posteriormente redondeados.
<i>Antecedentes laborales</i>		
Tiempo en el Servicio Social (Promoción)	Lapso de tiempo transcurrido desde el inicio del Servicio Social, hasta el momento de la entrevista.	Variable cualitativa, ordinal, dicotómica. El MPSS pertenece a la promoción Agosto 2012-Julio 2013 o a la promoción Febrero 2012-Enero 2013.
Tipo de unidad médica de adscripción	Tipo de centro de salud de acuerdo al SINERHIAS.	Variable cualitativa, nominal, policotómica. Tipo de centro de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural • Rural disperso • Unidad Móvil
Médicos de la Unidad Médica	Número de médicos que prestan servicios de consulta externa de medicina general de acuerdo al SINERHIAS.	Variable cuantitativa, discreta.
Sanciones recibidas	Medida disciplinaria impuesta al becario por la realización de alguna prohibición o el incumplimiento de sus obligaciones.	Variable cualitativa, ordinal, policotómica. Ha sido sancionado con: <ul style="list-style-type: none"> • No ha sido sancionado • Amonestación verbal • Extrañamiento

		<ul style="list-style-type: none"> • Cancelación del Servicio Social
Infraestructura de la residencia médica	Categorización de las condiciones de calidad y suficiencia de recursos con los que cuenta el espacio donde pernocta el pasante de acuerdo a información proporcionada por el área de patrimonio de la Jurisdicción Sanitaria.	<p>Variable cualitativa, ordinal, policotómica, categórica.</p> <p>La infraestructura de la residencia médica es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala • No tiene residencia
<i>Antecedentes económicos</i>		
Monto de asignación mensual por la Beca de Pasante	Cantidad de percepciones económicas expresadas en pesos que recibe el pasante, asignadas como beca por prestar Servicio Social en las unidades de salud.	<p>Variable cuantitativa, continua.</p> <p>¿A cuánto asciende la beca que percibe mensualmente?</p>
Otras percepciones económicas	Cantidad económica expresada en pesos, la cual percibe el becario de otras fuentes diferentes a la de la beca.	<p>Variable cuantitativa, continua.</p> <p>Además de la beca que recibe mensualmente, ¿A cuánto ascienden los ingresos que obtiene por otros medios?</p>
Dependientes económicos	Son aquellas personas que dependen económicamente del becario.	<p>Variable cuantitativa, discreta, con valores que van desde el 0 hasta N.</p> <p>Número de personas que dependen económicamente del becario.</p>
<i>Antecedentes sociales</i>		
Apoyo por parte de la red familiar presente	Apoyo por parte de la estructura social compuesta de personas que están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como parentesco o amistad, que comparten creencias, conocimiento, prestigio o apoyo económico, material o emocional, percibido por el MPSS.	<p>Variable cualitativa, nominal, dicotómica.</p> <p>¿En su percepción cuenta usted con una red familiar de apoyo? SI/NO.</p>

Apoyo por parte de la red social presente	Apoyo por parte de la estructura social dentro del Centro de Salud, compuesta de personas que están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, intereses comunes o intercambios sociales que comparten creencias, conocimiento, prestigio o apoyo económico, material o emocional, percibido por el MPSS.	Variable cualitativa, nominal dicotómica. ¿En su percepción cuenta usted con una red social de apoyo en el centro de salud? SI/NO.
<i>Satisfacción</i>		
Grado de Satisfacción con el SS	Grado de satisfacción general que reporta el MPSS respecto a todo lo que involucra la prestación del Servicio Social dentro de los Servicios de Salud de Morelos	Variable cualitativa, ordinal, policotómica. ¿Cómo se siente usted con el SS? <ul style="list-style-type: none"> • Muy insatisfecho • Insatisfecho • Satisfecho • Muy Satisfecho
Sugerencias para mejorar el SS	Características del SS que deben mejorar según el criterio del MPSS.	Variable cualitativa, nominal, abierta; las respuestas se codificaron con base a las respuestas de los informantes. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué recomendaría al siguiente pasante que lo sucediera? • ¿Qué recomendaría a las autoridades para mejorar la prestación del SS? • ¿Qué recomendaría a su Universidad para mejorar la prestación del SS?

5.10 Instrumentos de recolección de la información

- Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 2).
- Cuestionario de Factores Asociados, el cual contempla todas las variables independientes (Anexo 3).

5.11 Hipótesis

Hipótesis de trabajo

Los MPSS de la JSIII de los SSM que se encuentran menos satisfechos con su Servicio Social presentan una prevalencia mayor de depresión según la Escala de Depresión de Hamilton que los MPSS más satisfechos.

Hipótesis estadísticas

- Ho: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton arrojados por los MPSS de la JSIII de los SSM satisfechos con su SS en comparación con los insatisfechos con su SS.
- H1: Los puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton arrojados por los MPSS de la JSIII de los SSM satisfechos con su SS presentan una diferencia estadísticamente significativa en relación con los insatisfechos con su SS.

5.12 Preguntas de Investigación

- ¿Qué porcentaje de MPSS de la JSIII de los SSM no presentan depresión de acuerdo a la clasificación de la APA (2000)?
- ¿Qué porcentaje de MPSS de la JSIII de los SSM presentan *depresión leve* de acuerdo a la clasificación de la APA (2000)?
- ¿Qué porcentaje de MPSS de la JSIII de los SSM presentan *depresión moderada* de acuerdo a la clasificación de la APA (2000)?
- ¿Qué porcentaje de MPSS de la JSIII de los SSM presentan *depresión severa* de acuerdo a la clasificación de la APA (2000)?
- ¿Qué porcentaje de MPSS de la JSIII de los SSM presentan *depresión muy severa* de acuerdo a la clasificación de la APA (2000)?
- ¿Cuáles son las condiciones de vida de los MPSS de la JSIII de los SSM durante la prestación de su Servicio Social?

- ¿Qué características sociodemográficas presentan los MPSS?
- ¿Cuáles son las variables asociadas a depresión según la Escala de Depresión de Hamilton en los MPSS de la JSIII de los SSM de acuerdo a las pruebas estadísticas chi-cuadrada, *t* de Student y U de Mann-Whitney?
- ¿Los factores asociados a depresión en MPSS de la JSIII están relacionados con el Servicio Social o son independientes a éste?

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

6.1 Análisis de Resultados

A pesar de que existen múltiples investigaciones que estudian la salud mental de los médicos y los estudiantes de medicina, no se encontró ninguno que describa el periodo del Servicio Social; etapa muy importante en la formación del médico ya que consiste en un año donde el MPSS será en gran parte responsable de la atención a la salud de la población en las áreas rurales y dispersas del país, y que por otro lado puede representar un riesgo a su salud mental debido a las situaciones adversas por las que tiene que atravesar como parte de las condiciones inherentes del SS.

Por esta razón, en este trabajo se buscó estimar la prevalencia de depresión de los MPSS de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 de la JSIII de los SSM, así como describir algunas condiciones sociodemográficas de esta población, incluyendo ciertas condiciones de vida de los pasantes durante la prestación del SS buscando una asociación entre las variables exploradas y los puntajes de depresión obtenidos por los sujetos de estudio en la Escala de Depresión de Hamilton.

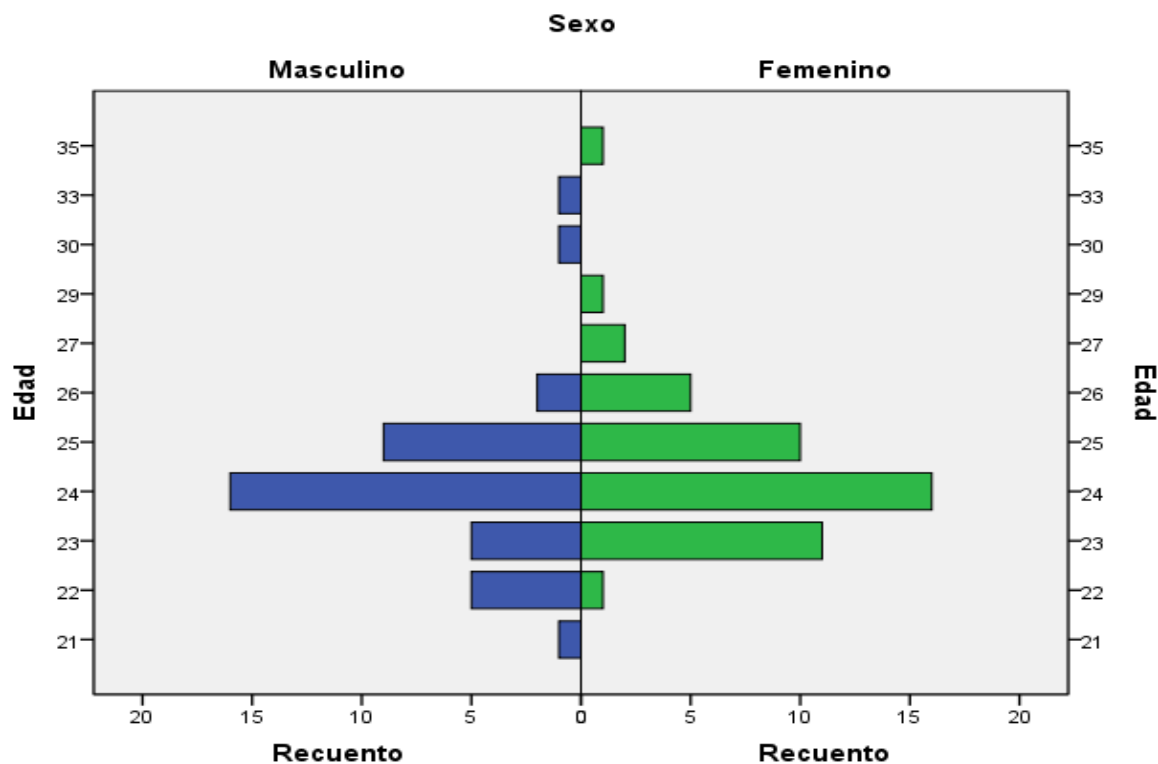
Los resultados se analizaron con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS, obteniendo frecuencias, promedios y tablas de contingencia con valores de chi-cuadrada que muestran cómo se relacionan algunas condiciones de vida y características sociodemográficas con la prevalencia de depresión en esta muestra de estudio. Por último, se buscó comparar las medias de los puntajes de la Escala de Depresión de Hamilton entre los grupos de las variables que mostraron alguna relación estadísticamente significativa con este padecimiento de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada; esto mediante la prueba estadística *t* de Student para muestras independientes, misma que se utiliza cuando se trabaja

con grupos pequeños y que compara la media de dos grupos independientes con distribución normal con la finalidad de conocer si estos grupos difieren entre sí y de este modo conocer si las variables exploradas tienen algún efecto sobre la depresión. Es importante señalar que la prueba estadística t de Student requiere grupos de por lo menos 30 sujetos, por lo que en los casos para los que no se cumple esta condición se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, la cual está recomendada cuando se viola de manera grave alguno de los supuestos para la prueba t de Student. Se comprobó la distribución normal de la muestra utilizada para este estudio por medio de la prueba Kolmogorov Smirnov (Z de Kolmogorov-Smirnov = 1,064 > 0,05).

A continuación se presenta el análisis descriptivo de los resultados obtenidos por este trabajo de investigación en una muestra de 87 MPSS de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 que realizaban su SS en la JSIII de los SSM durante los meses de Septiembre y Octubre del 2012.

De los 87 MPSS, 40 son hombres y 47 mujeres; 46% y 54% respectivamente. El rango de edad va de 21 a 35 años, con una media de 24,45 y una desviación estándar de 2,045. En la Figura 1 podemos observar la distribución de edades respecto al sexo.

Figura 1. Edades según sexo.



En cuanto al momento de ingreso al Servicio Social; 35 de los pasantes pertenecen a la promoción Febrero 2012-Enero 2013 y 52 a los de la promoción Agosto 2012-Julio 2013, es decir, 40,2% y 59,8% respectivamente. En la Tabla 5 se observa la cantidad de pasantes masculinos y femeninos que pertenecen a cada promoción.

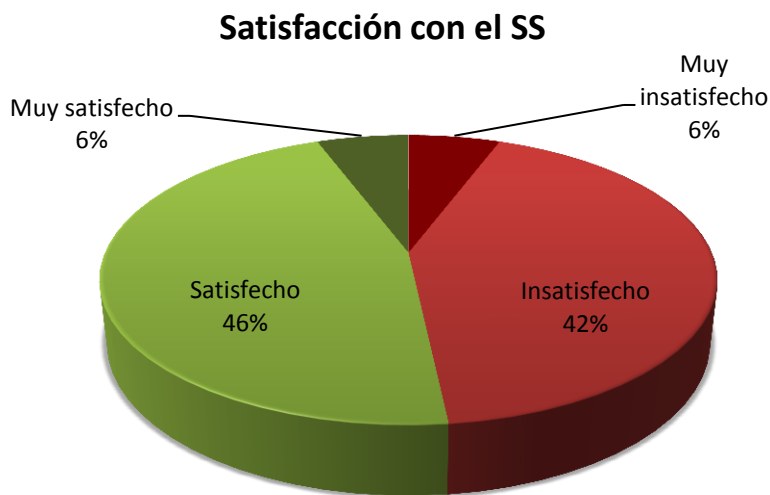
Tabla 5. Pasantes por promoción según sexo.

	Tiempo en el SS		Total
	Promoción Febrero 2012-Enero 2013	Promoción Agosto 2012-Julio 2013	
Masculinos	16	24	40
Femeninos	19	28	47
Total	35	52	87

Considerando que el objeto de estudio de esta tesis es la depresión, es importante resaltar algunas estadísticas que podrían representar factores de riesgo como que 11,5% de los pasantes reportan haber padecido algún trastorno depresivo en algún momento de su vida aunque sólo un sujeto declara tomar antidepresivos (mismo que de acuerdo a la Escala de Depresión de Hamilton se encuentra en remisión); además, según sus respuestas en el Cuestionario de Factores Asociados, 16,1% tienen antecedentes familiares de problemas de salud mental, 24,1% tienen antecedentes familiares de adicciones y 21,8% mencionan haber sufrido violencia intrafamiliar. En otro sentido, 27,6% de la muestra de estudio menciona haber sufrido alguna agresión por delincuencia, aunque 54% de ellos declaran que algún miembro de su familia directa ha sido víctima de delito.

También se exploró el nivel de satisfacción de los MPSS en cuanto a su Servicio Social; encontrando que 5,7% de los pasantes se encuentran muy insatisfechos con su Servicio Social y 42,5% insatisfechos; mientras que 46% de ellos están satisfechos y 5,7% muy satisfechos.

Figura 2. Grado de Satisfacción con el Servicio Social

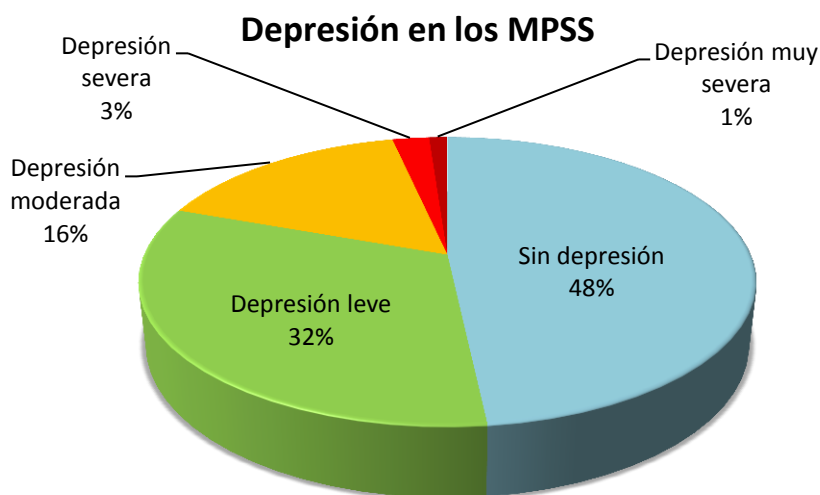


Después de este breve análisis de las características de la muestra, se buscó estimar la prevalencia de depresión de los MPSS y a analizar cómo este

padecimiento se relaciona con algunas condiciones de vida y características sociodemográficas reportadas por los pasantes.

En cuanto a la prevalencia de depresión, 51,7% de los MPSS presentan algún grado de depresión; 32,2% depresión leve; 16,1% depresión moderada, 2,3% depresión severa y 1,1% depresión muy severa, mientras que 48,3% no están deprimidos, según la interpretación de sus puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton. Esta distribución puede observarse mejor en la Figura 3.

Figura 3. Grados de depresión de los MPSS.

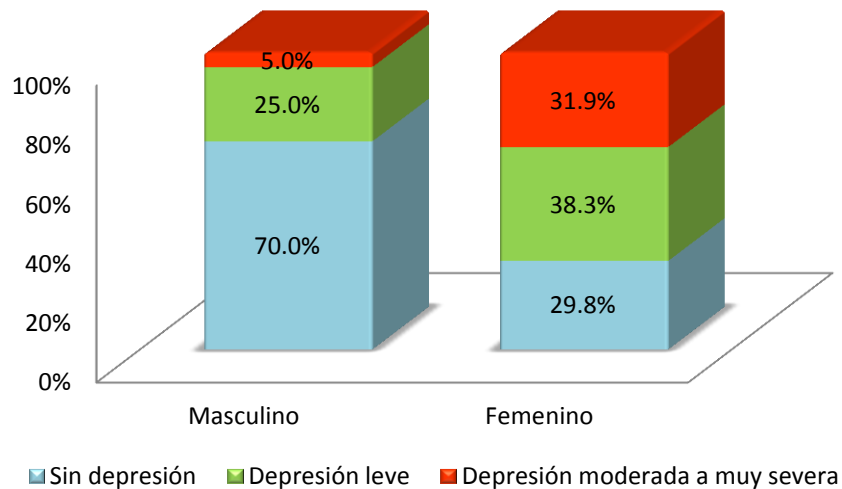


Al establecer las prevalencias de depresión en MPSS de la JSIII de los SSM, se procedió a analizar la relación estadística que mantienen las diferentes variables exploradas con este padecimiento.

En primer lugar, se estudió la diferencia, en cuanto a depresión, entre hombres y mujeres. Se encontró que de los 42 pasantes sin depresión, 28 (66,7%) son hombres, es decir 2 de cada 3; mientras que las mujeres representan el 64,3% de las personas con depresión leve y el 88,2% de las personas con depresión moderada a muy severa. En este caso, la variable *depresión* puede utilizarse de manera dicotómica (*deprimidos* y *no deprimidos*, de acuerdo a Leentjens *et al.*, 2000) o dividida en tres categorías (*sin depresión*, *depresión leve* y *depresión moderada a muy grave*) para la prueba de chi-cuadrada; en ambos

casos la depresión parece tener relación estadísticamente significativa con el sexo. Para dos categorías: $\chi^2(1, N = 87) = 9,957, p = 0,002$; y para tres categorías: $\chi^2(2, N = 87) = 16,437, p = 0,000$. En la Figura 4 se observa la diferencia encontrada entre hombres y mujeres en relación con los distintos grados de depresión.

Figura 4. Depresión según sexo de los MPSS.



Al analizar el estado civil se encontró que 89,65% de los MPSS se encontraban solteros en el momento del estudio, mientras que 5,7% se encontraban casados y 4,6% viviendo en unión libre en el momento del estudio. Para poder aplicar la prueba de chi-cuadrada, los MPSS se reagruparon en *solteros* y *casados o en unión libre* y la variable *depresión* se utilizó de forma dicotómica ya que al utilizar tres categorías para la depresión, más del 20% de las casillas muestran una frecuencia esperada menor a cinco y al no ser una contingencia 2x2 no se puede aplicar la corrección por continuidad. En el análisis realizado, 25% de las casillas muestran una frecuencia esperada menor a cinco, por lo que se aplicó la corrección por continuidad y se encontró que estas variables son independientes: $\chi^2(1, N = 87) = 0,53, p = 0,818$.

Lo mismo sucede con el análisis de las creencias religiosas, donde 80,5% de los MPSS se declararon católicos, 9,2% tienen otras creencias y 10,3% dicen

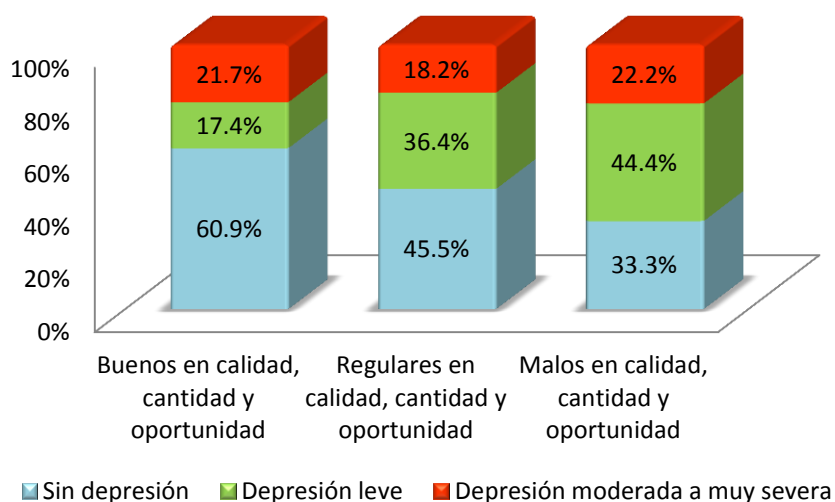
no tener ninguna creencia religiosa, por lo que separó la muestra en *creyentes* y *no creyentes* encontrando que la depresión (dicotomizada) es independiente de las creencias religiosas de acuerdo con la prueba chi-cuadrada con corrección por continuidad: $\chi^2(1, N = 87) = 0,000, p = 1,000$.

Se indagó también acerca de sus hábitos de higiene, de sueño, alimenticios y de uso del tiempo libre. En cuanto a los hábitos de higiene, 100% de los pasantes aseguran bañarse todos los días y lavarse las manos de manera cotidiana, mientras que 96,6% de ellos se cepillan los dientes después de comer.

Para los hábitos de sueño, se les preguntó si dormían aproximadamente 8 horas diarias a lo que 32,2% contestaron que sí, mientras que 67,8% reportan no dormir 8 horas diarias; se buscó la relación entre los hábitos de sueño y la depresión, encontrando que estas variables son independientes tanto si se utilizan tres categorías de depresión: $\chi^2(2, N = 87) = 1,423 p = 0,491$, como si se utilizan dos: $\chi^2(1, N = 87) = 0,725, p = 0,394$.

En cuanto a los hábitos alimenticios, 26,4% de los pasantes declara que sus hábitos alimenticios son buenos en calidad y oportunidad, 63,2% reporta hábitos alimenticios regulares y 10,3% malos hábitos alimenticios. Para el análisis de los hábitos alimenticios no se pudo tomar en cuenta el valor de chi-cuadrada debido a que más del 20% de las casillas tenían frecuencias esperadas menores a 5, pero en la Figura 5 se observa que sin importar si los hábitos alimenticios son buenos, malos o regulares, el nivel de depresión severa es similar, mientras que la prevalencia de depresión leve en relación con la calidad de los hábitos alimenticios muestra algunas diferencias.

Figura 5. Depresión según los hábitos alimenticios.

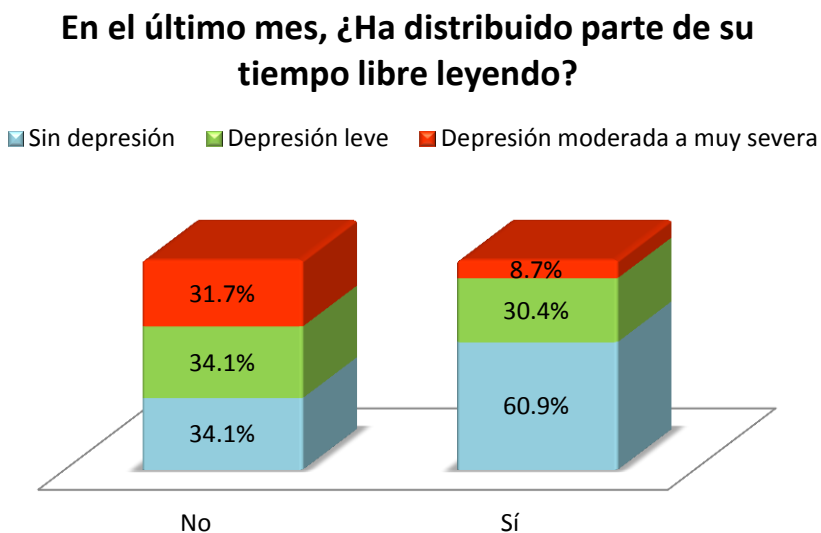


También se les preguntó a los médicos pasantes si realizaban ejercicio diariamente a lo que 81,61% contestó que no, pero aquellos que aseguraron hacer ejercicio todos los días muestran menor prevalencia de depresión moderada a muy severa; 6,2% en contraste con 21,5% de los que no hacen ejercicio. Sin embargo, el análisis con chi-cuadrada mostró independencia entre estas variables: $\chi^2(2, N = 87) = 3,789, p = 0,150$ para la depresión en tres categorías y $\chi^2(1, N = 87) = 1,289, p = 0,256$ para la depresión en dos categorías con corrección por continuidad.

Por otro lado, se buscó conocer las actividades en las que los médicos pasantes ocuparon su tiempo libre durante el último mes, reactivo del Cuestionario de Factores Asociados para el que podían seleccionar más de una actividad realizada de manera cotidiana. Se encontró que 80,5% convivieron con familiares y/o amigos, 63,2% pasaron tiempo en internet, 52,9% leyeron, 40,2% vieron televisión, 31% realizaron alguna actividad física y 19,5% realizaron alguna otra actividad. De todas estas actividades, la depresión únicamente muestra una relación estadísticamente significativa con la lectura: $\chi^2(2, N = 87) = 9,174, p = 0,010$ si se utilizan tres categorías para medir la depresión y $\chi^2(1, N = 87) = 7,301, p = 0,007$ si se utilizan dos. Se observa en la Figura 6 la diferencia en los

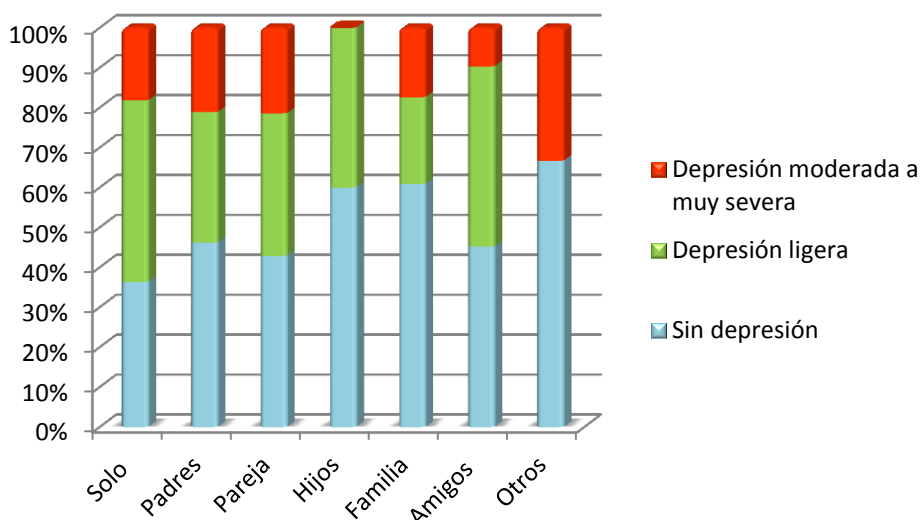
grados de depresión de acuerdo a si los pasantes tienen o no el hábito de la lectura.

Figura 6. Depresión según el hábito de lectura.



En otro sentido, se indagó con quiénes vivieron o convivieron cotidianamente los MPSS fuera del Centro de Salud durante el último año. Los pasantes podían elegir más de una respuesta y reportaron lo siguiente: 12,6% mencionaron haber vivido solos, 59,8% con sus padres, 32,2% con su pareja, 5,7% con sus hijos(as), 26,4% con otro familiar, 35,6% con algún amigo y 3,4% con otro tipo de persona. Para todas estas variables la depresión mostró independencia estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada, pero se observan algunas diferencias estadísticamente no significativas en cuanto a la prevalencia de depresión para todos los grupos; esto se muestra en la Figura 7.

Figura 7. Depresión según las personas con las que el MPSS vive/convive cotidianamente.



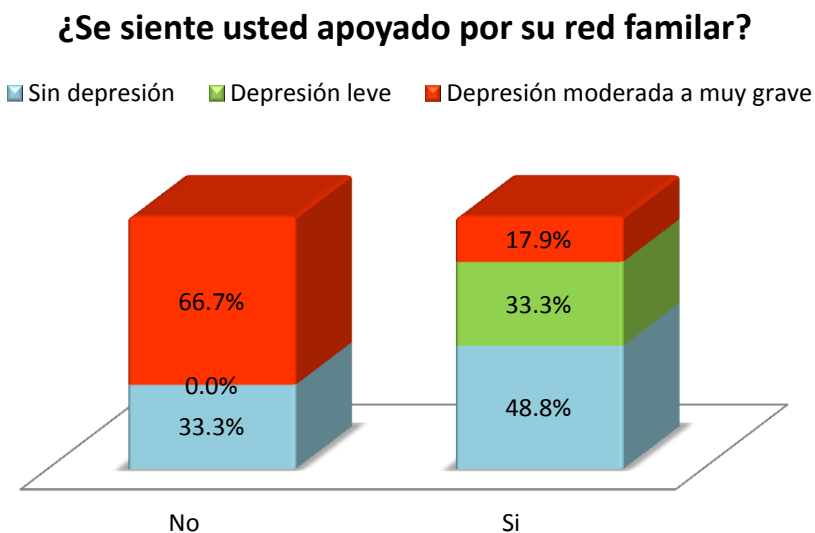
Además de indagar con quiénes viven los pasantes, se buscó conocer los tipos de familia de origen de los MPSS y se encontró que 72,4% provienen de una familia nuclear, 20,7% de padres separados, 5,7% de una familia compuesta y 1,1% de una familia de tipo monoparental.

Por otro lado se determinó la relación entre el tipo de familia de origen y la prevalencia de depresión según la prueba de chi-cuadrada. Para esto, la variable *tipo de familia de origen* se dicotomizó en *familia nuclear* y *otro tipo de familia*, encontrando independencia entre las variables tanto para la depresión dividida en tres categorías: $\chi^2(2, N = 87) = 2,761, p = 0,251$, como para la depresión dividida en dos categorías con corrección por continuidad: $\chi^2(1, N = 87) = 0,518, p = 0,472$.

Independientemente de los tipos de relaciones interpersonales de los MPSS, se les preguntó si perciben apoyo por parte de su red familiar (familiares y amigos) y se indagó acerca de la relación que mantiene esta percepción con el grado de depresión presentado por los mismos; 96,6% de ellos se sienten apoyados por su red familiar y no se encontró relación estadísticamente significativa entre la percepción de este apoyo y la depresión (dicotomizada):

$\chi^2(1, N = 87) = 1,834, p = 0,175$ con corrección por continuidad. Sin embargo, se observa una gran diferencia entre los grupos, mostrada en la Figura 8.

Figura 8. Depresión según la percepción de apoyo por parte de la red familiar.

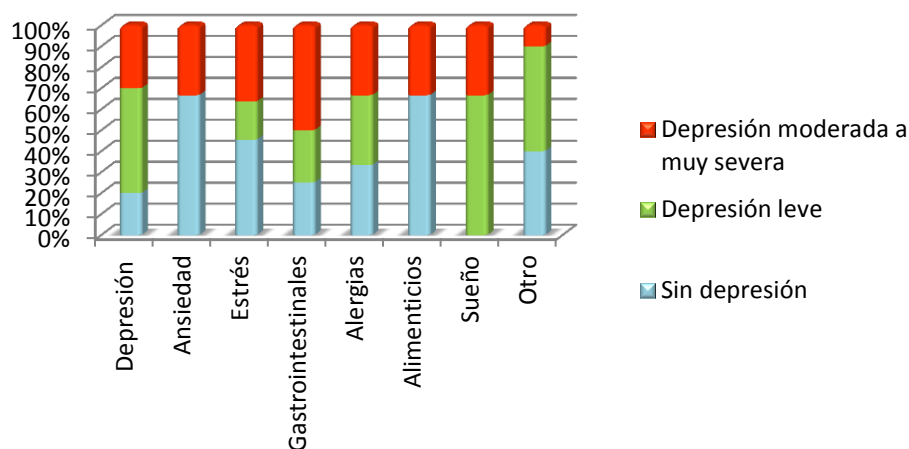


Por otro lado, se buscó la relación entre el nivel socioeconómico y este padecimiento; se encontró que 14,9% de los pasantes pertenecen a la clase D+ (media baja), 27,6% a la C (clase media), 32,2% a la C+ (clase media alta) y 25,3% a la A/B (clase alta), por lo que para el análisis con chi-cuadrada se tuvo que agrupar a los niveles D+ y C en una misma categoría y C+ y A/B en otra, pero sin importar si la depresión se divide en dos o tres categorías, estas variables son independientes: $\chi^2(1, N = 87) = 0,016, p = 0,900$ y $\chi^2(2, N = 87) = 0,990, p = 0,610$ respectivamente.

Posteriormente se analizaron las variables individuales patológicas, comenzando con el consumo de sustancias; donde sólo 5,7% de los MPSS mencionaron haber tenido problemas con su manera de beber alcohol, 2,3% con su consumo de drogas ilícitas y 5,7% refirieron problemas con su manera de fumar tabaco; la depresión (dicotomizada) parece ser independiente a todas estas variables: $\chi^2(1, N = 87) = 0,000, p = 1,000$, $\chi^2(1, N = 87) = 1,834, p = 0,176$ y $\chi^2(1, N = 87) = 0,000, p = 1,000$ respectivamente (todos estos valores cuentan con corrección por continuidad).

Después se identificaron los padecimientos físicos o mentales con mayor prevalencia en los MPSS, catalogándolos en: *estrés* presente en 12,6% de los pasantes, *trastornos depresivos previos* en 11,5% de ellos, *enfermedades gastrointestinales* en 9,2%, *ansiedad* en 3,4%, *trastornos del sueño* en 3,4%, *trastornos alimenticios* en 3,4%, *alergias* en 3,4% y *otras enfermedades* presentes en 11,5% de los MPSS. A pesar de que la depresión parece ser independiente a todos los padecimientos, se considera importante observar la Figura 9, donde se muestra la proporción de los diferentes grados de depresión que sufren los pasantes por cada padecimiento reportado.

Figura 9. Depresión según padecimientos de los MPSS.



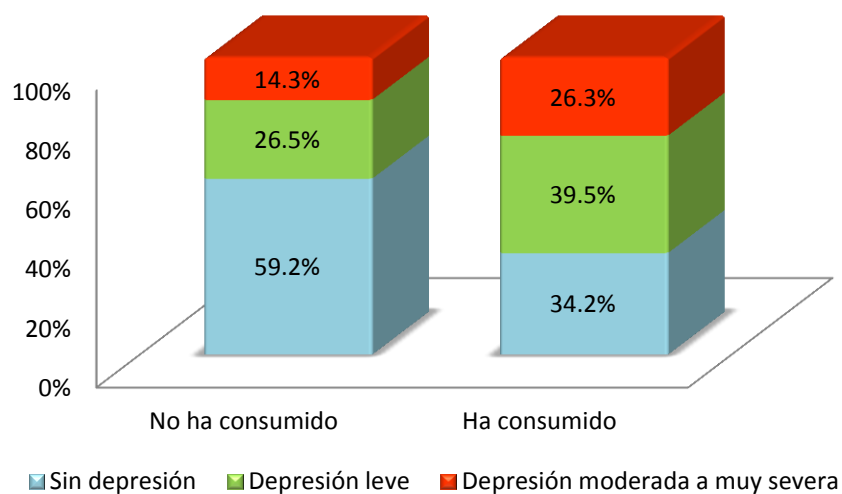
Posteriormente se averiguó si la depresión se relaciona con la presencia o ausencia de enfermedades en general, ya que 41,4% de los MPSS refieren padecer o haber padecido por lo menos una enfermedad considerada como importante en algún momento de su vida; sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa ni realizando el análisis con la depresión como variable dicotómica: $\chi^2(1, N = 87) = 1,164, p = 0,281$, ni realizándolo con la depresión dividida en tres categorías: $\chi^2(2, N = 87) = 3,677, p = 0,159$.

Al analizar todos los medicamentos consumidos por los MPSS de forma habitual durante el último mes, se encontró que 25,3% consumían analgésicos, 10,3% medicamentos para problemas gastrointestinales, 8% antibióticos, 8%

vitaminas, 5,7% antihistamínicos, 4,6% medicamentos que afectan al sistema nervioso central, 2,3% medicamentos para el control de peso, 1,1% antidepresivos y 6,9% otro tipo de medicamentos. La depresión es independiente al consumo de cualquier medicamento excepto al consumo de analgésicos, ya que de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada, este padecimiento podría estar relacionado con el consumo de éstos en los MPSS habiendo analizado a la depresión como variable dicotómica: $\chi^2(1, N = 87) = 3,965, p = 0,046$ con corrección por continuidad, e incluso si se le analiza dividida en tres categorías: $\chi^2(2, N = 87) = 7,116, p = 0,029$.

También se buscó la relación entre el consumo de medicamentos en general, catalogado como *ha consumido* (43,7% de los pasantes) y *no ha consumido* (56,3% de los pasantes) de manera habitual, con la depresión; cuando ésta se dividió en *deprimidos* y *no deprimidos*, el análisis con chi-cuadrada mostró independencia entre las variables: $\chi^2(1, N = 87) = 1,970, p = 0,16$, del mismo modo, cuando la depresión se dividió en tres categorías, las variables resultaron independientes $\chi^2(2, N = 87) = 5,464, p = 0,065$. Se considera importante observar esta interacción en la Figura 10.

Figura 10. Depresión según consumo de medicamentos de manera habitual durante el último mes.



En otro sentido, se analizó la relación entre las agresiones sufridas por delincuencia y el grado de depresión. Se encontró, de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada, que éstas son variables independientes; tanto para la agresión sufrida por el pasante, como la sufrida por sus familiares. Los valores de chi-cuadrada para agresiones por delincuencia hacia el pasante son: $\chi^2(1, N = 87) = 0,000, p = 1,000$ con corrección por continuidad si el análisis se realiza con dos clasificaciones de la depresión y $\chi^2(2, N = 87) = 0,619, p = 0,734$ si se realiza con tres. En el caso de las agresiones hacia la familia, los valores son $\chi^2(1, N = 87) = 0,971, p = 0,324$ y $\chi^2(2, N = 87) = 4,077, p = 0,130$ para dos y tres clasificaciones respectivamente.

Después, se analizaron los antecedentes familiares; tanto los antecedentes de problemas de salud mental, como los de problemas de adicciones y violencia intrafamiliar; la depresión (dicotomizada) parece no estar relacionada con ninguna de estas variables de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada: $\chi^2(1, N = 87) = 0,316, p = 0,574$ para los problemas de salud mental; $\chi^2(1, N = 87) = 0,145, p = 0,703$ para los problemas de adicciones y $\chi^2(1, N = 87) = 0,000, p = 1,000$ para los problemas de violencia intrafamiliar. Sin embargo, se sugiere observar la Tabla 6 para una mejor comprensión del comportamiento de éstas variables en la muestra estudiada.

Tabla 6. Depresión según antecedentes familiares.

		Antecedentes familiares			Total
		Salud Mental	Adicciones	Violencia intrafamiliar	
<i>Sin depresión</i>	Recuento	6	10	6	22
	%	42,9%	47,6%	31,6%	
<i>Depresión leve</i>	Recuento	4	8	9	21
	%	28,6%	38,1%	47,4%	
<i>Depresión moderada a muy severa</i>	Recuento	4	3	4	11
	%	28,6%	14,3%	21,1%	
Total	Recuento	14	21	19	54

En cuanto a la situación económica actual, ya que la beca que reciben del SS es la misma para casi todos, se procedió a analizar dos variables; si los MPSS tienen o no ingresos adicionales a la beca, y si tienen o no dependientes económicos. El 44,8% de ellos reciben otros ingresos y 19,5% tienen dependientes económicos. La depresión es independiente de ambas variables según la prueba de chi-cuadrada con valores $\chi^2(1, N = 87) = 0,776, p = 0,378$ y $\chi^2(1, N = 87) = 0,000, p = 1,00$ (con corrección por continuidad) respectivamente, si la depresión se divide en dos clasificaciones, y $\chi^2(2, N = 87) = 1,941, p = 0,379$ y $\chi^2(2, N = 87) = 0,184, p = 0,912$ respectivamente, si la depresión se divide en tres clasificaciones.

Antes de estudiar las variables relacionadas con el Servicio Social, se consideró adecuado analizar los antecedentes académicos de los MPSS; dentro de los que se encuentran la universidad de procedencia, el año de ingreso a la universidad y el promedio que obtuvieron en la carrera de medicina.

Para el análisis de la universidad de procedencia con la prueba chi-cuadrada, ésta se dicotomizó en *universidad pública* y *universidad privada* y se utilizó la depresión como variable dicotómica; 85,1% de los pasantes provienen de una universidad pública, mientras que 14,9% de una privada. De acuerdo a este análisis, las variables son independientes: $\chi^2(1, N = 87) = 0,001, p = 0,976$ con corrección por continuidad.

El año de ingreso a la universidad se dividió en los que entraron en el 2006 o antes (considerando que este grupo lleva un cierto retraso de acuerdo a los tiempos reglamentarios de duración de la carrera de medicina) y en los que entraron después; los MPSS de la JSIII de los SSM que se encontraban realizando su SS en el momento del estudio de campo ingresaron a la universidad entre el 2003 y el 2007, 56,3% ingresaron antes del 2007 y 43,7% ingresaron en ese año. La depresión también se considera independiente de esta variable de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada: $\chi^2(1, N = 87) = 0,737, p = 0,391$ para la depresión como variable dicotómica y de $\chi^2(2, N = 87) = 1,211, p = 0,546$ para la depresión dividida en tres categorías.

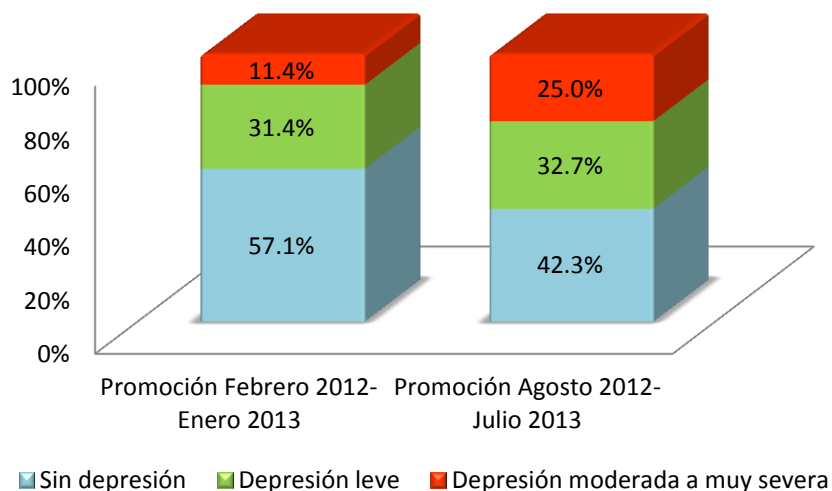
Finalmente, el promedio de calificaciones de los médicos pasantes va de 7,8 a 9,6 con una media de 8,59 y una desviación estándar de 0,41. Para su análisis con chi-cuadrada se redondeó a calificaciones cerradas (8 y 9). La depresión demostró ser una variable independiente del promedio de calificaciones: $\chi^2(1, N = 87) = 0,037, p = 0,848$ para la depresión dividida en dos categorías y $\chi^2(2, N = 87) = 0,208, p = 0,901$ para la depresión dividida en tres.

Posteriormente se analizaron diversas variables relacionadas con el Servicio Social como son: Lugar de procedencia (considerando que se compara con el lugar al que tuvieron que trasladarse para realizar su Servicio Social), momento de ingreso al SS (promoción), tipo de Centro de Salud, si existen otros médicos dando consulta en la Unidad Médica donde se encuentra el pasante, sanciones recibidas en el SS, infraestructura de la residencia médica, apoyo percibido por el MPSS de sus compañeros dentro del Centro de Salud y nivel de satisfacción con el SS.

Comenzando con el lugar de procedencia, 1,1% provienen de la misma localidad donde realizan su SS, 10,3% del mismo municipio, 4,6% de la misma jurisdicción, 54% del mismo Estado, 28,7% de otro Estado y 1,1% de otro país. Esta variable se recodificó para su análisis en *misma localidad o municipio, misma Jurisdicción o Estado y otro Estado o país*; encontrando independencia entre las variables *depresión* (dicotomizada) y *lugar de procedencia*: $\chi^2(2, N = 87) = 1,576, p = 0,455$.

La depresión parece tampoco estar relacionada con el tiempo que llevan realizando su SS, ni dividiéndola en dos categorías, ni dividiéndola en tres: $\chi^2(2, N = 87) = 2,451, p = 0,117$ y $\chi^2(2, N = 87) = 2,936, p = 0,230$ respectivamente. A pesar de esto, se encontraron ligeras diferencias entre la prevalencia de depresión de ambos grupos, presentadas en la Figura 11.

Figura 11. Depresión según promoción de SS.

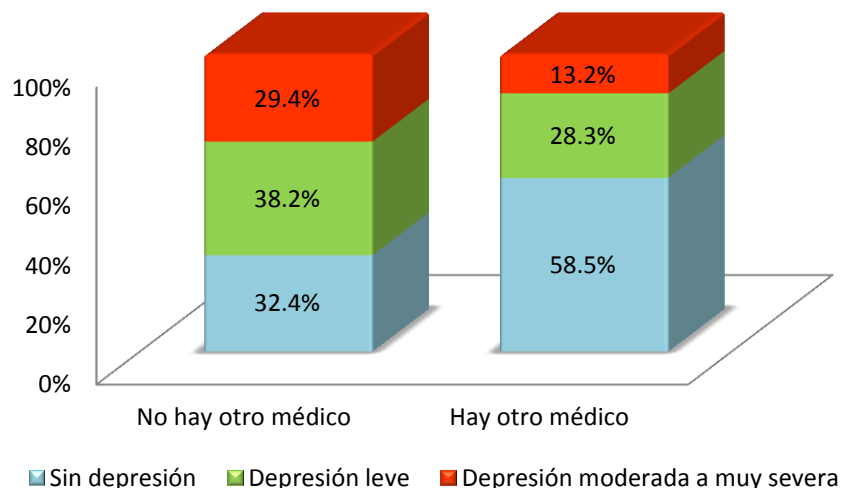


En cuanto al tipo de Centro de Salud, 2,3% realizan su SS en un Centro de Salud urbano, 72,4% en uno rural, 24,1% en uno rural disperso y 1,1% en una unidad móvil, por lo que esta variable también se recodificó para poder analizarla con la prueba de chi-cuadrada; los Centros de Salud rurales y urbanos pertenecen a la primera categoría y los rurales dispersos y unidades móviles a la segunda; se encontró que la depresión, dividida en dos o tres categorías, es independiente del tipo de Centro de Salud: $\chi^2(1, N = 87) = 0,016, p = 0,900$ con corrección por continuidad para dos categorías, y $\chi^2(2, N = 87) = 1,715, p = 0,424$ para tres.

El número de médicos que dan consulta en la Unidad Médica donde se encuentra el pasante se averiguó con la finalidad de tener una idea del apoyo, en el sentido laboral, que podía tener el MPSS, por lo que para su análisis se recodificó en dos categorías; la presencia de otro médico en la Unidad Médica o la ausencia de éste. El 39,1% de los pasantes carecen de otros médicos en sus centros de salud, mientras que 60,9% cuentan con otro médico o médicos en sus centros de salud. Cuando se buscó la relación entre la depresión, catalogada como *deprimidos* o *no deprimidos*, y esta variable, se encontró independencia entre las mismas: $\chi^2(1, N = 87) = 3,349, p = 0,063$; pero cuando la depresión se catalogó como *no deprimidos*, *depresión leve* y *depresión de moderada a muy*

severa, se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables: $\chi^2(2, N = 87) = 6,349, p = 0,042$. Por esta razón se presentan los resultados en la Figura 13 para su mejor apreciación.

Figura 13. Depresión según la presencia o ausencia de otro médico en la Unidad Médica donde se encuentra el MPSS.



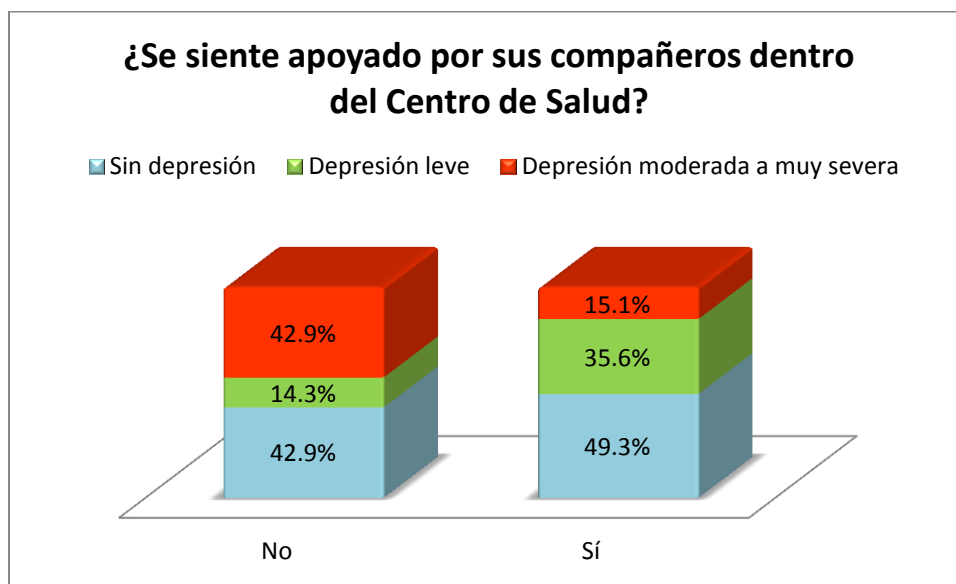
En cuanto a las sanciones recibidas en el SS, 82,8% de los pasantes no ha sido sancionado durante la prestación de su Servicio Social, 10,3% ha recibido alguna sanción verbal y 6,9% algún extrañamiento. Para su análisis con chi-cuadrada, esta variable se recodificó en *ninguna* y *cualquier tipo de sanción*, encontrando independencia entre la depresión (dicotomizada) y las sanciones: $\chi^2(1, N = 87) = 0,095, p = 0.758$ con corrección por continuidad.

Otro factor que se consideró importante explorar es la infraestructura de la residencia médica donde pernoctan los MPSS durante la prestación de su Servicio Social; 32,2% de los pasantes califican la infraestructura de su residencia médica como buena, 47,1% como regular, 17,2% como mala y 3,4% no tienen residencia médica. Para poder analizar esta variable la infraestructura se dividió en *buena* o *regular* y *mala* o *no tiene*; de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada, se encontró independencia entre la depresión y la infraestructura de la residencia, sin importar

si la depresión se clasifica en dos o tres categorías: $\chi^2(1, N = 87) = 0,726, p = 0,696$ y $\chi^2(4, N = 87) = 0,843, p = 0,933$ respectivamente.

Por otro lado, se midió la percepción de apoyo por parte del personal del Centro de Salud de acuerdo a la opinión del MPSS, siendo ésta una variable dicotómica de *sí* o *no*, la cual pudo ser analizada únicamente con la depresión medida de forma dicotómica. El 16,1% de los MPSS no se sienten apoyados por sus compañeros del Centro de Salud, contra un 83,9% que sí se sienten apoyados. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la percepción de apoyo por parte de sus compañeros del Centro de Salud, de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada, en los MPSS estudiados: $\chi^2(1, N = 87) = 4,138, p = 0,042$. En la Figura 14 se muestra el gráfico de este análisis.

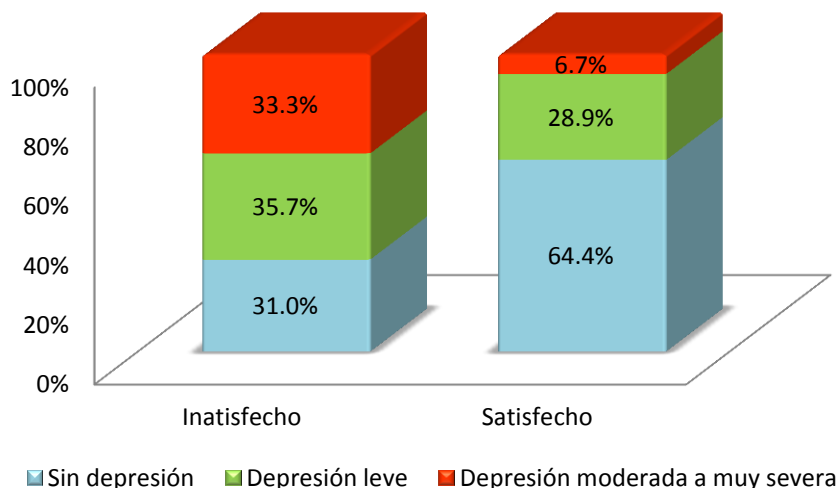
Figura 14. Depresión según el apoyo por parte del personal del Centro de Salud percibido por los MPSS.



Posteriormente se midió la satisfacción del MPSS respecto a su Servicio Social a partir de las clasificaciones: *muy satisfecho*, *satisfecho*, *insatisfecho* y *muy insatisfecho*, pero para poder realizar el análisis con chi-cuadrada, la variable se dicotomizó en *satisfecho* e *insatisfecho*. Sin importar si la depresión se cataloga en dos clasificaciones o en tres, la depresión parece estar relacionada con la variable *satisfacción con el SS* de manera estadísticamente significativa de

acuerdo a la prueba de chi-cuadrada: $\chi^2(1, N = 87) = 9,826, p = 0,002$ para la depresión dividida en dos categorías y $\chi^2(2, N = 87) = 13,268, p = 0,001$ cuando se divide en tres. La relación que mantienen estas variables se observa en la Figura 15.

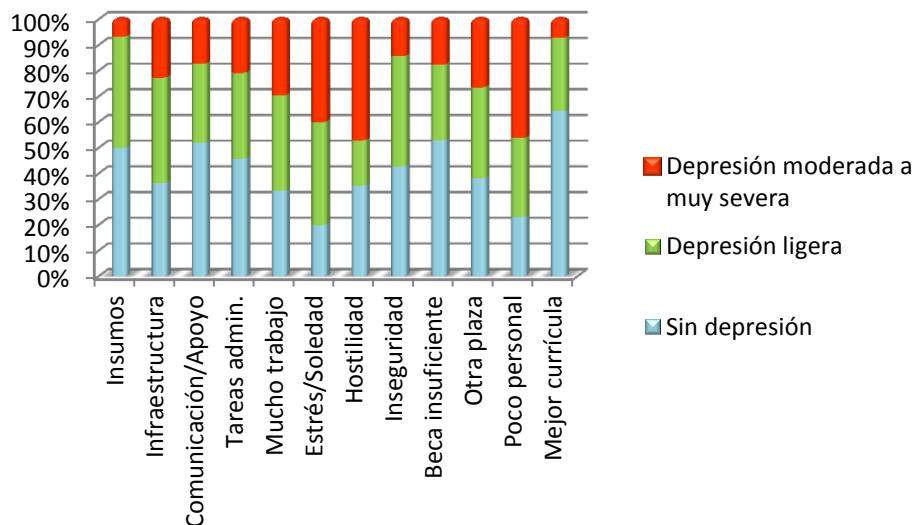
Figura 15. Depresión según la satisfacción con el SS.



Finalmente, y debido a este último hallazgo, a partir de las respuestas de los MPSS a las preguntas abiertas del Cuestionario de Factores Asociados, se creó una lista de quejas y sugerencias, mismas que se clasificaron dentro de diversas categorías a continuación detalladas. De este modo, 59,8% de los pasantes refirieron problemas de comunicación, organización y apoyo; 39,1% solicitaron otro tipo de plaza; 34,5% reportaron falta de insumos; 31% se quejaron de una carga de trabajo excesiva; 27,6% consideran que las tareas administrativas que tienen que realizar son demasiadas; 25,3% de ellos reportan que la infraestructura de su Centro de Salud y/o residencia médica es mala; 23% padecen problemas de estrés, soledad y/o encierro; 19,5% refieren hostilidad por parte del personal del Centro de Salud y/o la comunidad en la que realizan su SS; 19,5% consideran que la remuneración que reciben es insuficiente; 16,1% sugieren mejorar la currícula de la carrera de medicina y/o solicitan más y mejores capacitaciones; 14,9% cree que el personal de los Servicios de Salud es

insuficiente; por último, 8% reportan problemas de inseguridad. Al analizar la interacción de la depresión con todas estas quejas y sugerencias, se encontró una relación entre el padecimiento y: la falta de insumos; los problemas de estrés, soledad y/o encierro; la hostilidad por parte del personal y/o la comunidad; y el personal insuficiente. De acuerdo a la prueba de chi-cuadrada, la depresión mostró relación estadísticamente significativa con estas variable, ya sea cuando se le divide en dos categorías o cuando se le divide en tres, a excepción de cuando se le relaciona con el *personal insuficiente* dividida en tres categorías, ya que 33.3% de las casillas presentan frecuencias esperadas menores a cinco, por lo que los valores de chi-cuadrada no pueden tomarse en cuenta. Para observar la prevalencia de depresión de acuerdo a cada queja/sugerencia por parte de los pasantes, se creó la Figura 16.

Figura 16. Depresión según las dificultades percibidas durante el SS.



Por último se hicieron los análisis correspondientes con las pruebas estadísticas *t* de Student para muestras independientes, para el que se tomaron en cuenta los puntajes en bruto obtenidos por los pasantes en la Escala de Depresión de Hamilton con el objetivo que este análisis fuera más exacto, y la prueba U de Mann-Whitney.

Los resultados de estos análisis fueron los siguientes:

- **Sexo-** Las mujeres presentan un grado de depresión significativamente mayor ($M = 10,11$, $DE = 6,012$, $n = 47$) que los hombres ($M = 5,83$, $DE = 5,126$, $n = 40$), $t(85) = -3,586$, $p = 0,001$, 95% IC [-6,655, -1,908].
- **Lectura-** Los MPSS que no leen presentan un grado de depresión significativamente mayor ($M = 10,10$, $DE = 6,22$, $n = 41$) que los que leen ($M = 6,29$, $DE = 5,097$, $n = 46$), $t(85) = 3,052$, $p = 0,003$, 95% IC [1,292, 6,12].
- **Consumo de analgésicos-** Esta variable no se analizó por medio de la prueba t de Student debido a que el grupo de pasantes que no consumen analgésicos es de 22 sujetos; sin embargo, se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, misma que indica que el grado de depresión es diferente (mayor) en pasantes que consumen analgésicos de forma habitual que en pasantes que no los consumen, con un nivel de significancia de 0,05.
- **Consumo de medicamentos-** Los MPSS que consumen medicamentos presentan un grado de depresión significativamente mayor ($M = 9,84$, $DE = 6,081$, $n = 32$) que los que no los consumen ($M = 6,82$, $DE = 5,703$, $n = 49$), $t(79) = -2,275$, $p = 0,026$, 95% IC [-5,676, -0,379].
- **Presencia o ausencia de otros médicos en la Unidad Médica-** Los MPSS que no comparten el Centro de Salud con otros médicos presentan un grado de depresión significativamente mayor ($M = 9,74$, $DE = 6,501$, $n = 34$) que los que comparten el Centro de Salud con otros médicos ($M = 7,11$, $DE = 5,33$, $n = 53$), $t(85) = 2,053$, $p = 0,043$, 95% IC [0,083, 5,162].
- **Apoyo por parte del personal del Centro de Salud percibido por el MPSS-** Esta variable no se analizó por medio de la prueba t de Student debido a que el grupo de pasantes que no sienten apoyo por parte de sus compañeros es de 14 sujetos; sin embargo, se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, misma que indica que el grado de depresión es el mismo sin importar el grupo, con un nivel de significancia de 0,05.
- **Nivel de satisfacción con el Servicio Social-** Los MPSS que están insatisfechos con su SS presentan un grado de depresión significativamente mayor ($M = 10,45$, $DE = 6,436$, $n = 42$) que los que se

encuentran satisfechos ($M = 5,98$, $DE = 4,475$, $n = 45$), $t(72,573) = 3,740$, $p = 0,000$, 95% IC [2,090, 6,859].

- **Falta de insumos en el Centro de Salud del pasante-** De acuerdo a la prueba estadística t de Student para muestras independientes, no existe diferencia estadísticamente significativa entre la media de depresión de los MPSS que perciben una falta de insumos en su Centro de Salud ($M = 7,10$, $DE = 4,737$, $n = 30$) comparada con la media de los que no perciben esta insuficiencia ($M = 8,68$, $DE = 6,429$, $n = 57$), $t(85) = 1,189$, $p = 0,238$, 95% IC [-1,065, 4,233].
- **Problemas de estrés, soledad y/o encierro-** Esta variable no se analizó por medio de la prueba t de Student debido a que el grupo de pasantes que reportan problemas de estrés, soledad y encierro es de 20 sujetos; sin embargo, se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, misma que indica que el grado de depresión es diferente (mayor) en pasantes que reportan problemas de estrés, soledad y encierro que en pasantes que no los mencionan, con un nivel de significancia de 0,05.
- **Hostilidad por parte del personal de los Servicios de Salud y/o la comunidad-** Esta variable no se analizó por medio de la prueba t de Student debido a que el grupo de pasantes que perciben hostilidad por parte de sus compañeros y/o de la comunidad es de 17 sujetos; sin embargo, se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, misma que indica que el grado de depresión es diferente (mayor) en pasantes que perciben hostilidad por parte de sus compañeros y/o la comunidad que en pasantes que no reportan esta hostilidad, con un nivel de significancia de 0,05.
- **Falta de personal en el Centro de Salud del pasante-** Esta variable no se analizó por medio de la prueba t de Student debido a que el grupo de pasantes que consideran que hace falta personal en su Centro de Salud es de 13 sujetos; sin embargo, se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, misma que indica que el grado de depresión es diferente (mayor) en pasantes que consideran que hace falta personal en su Centro de Salud

que en pasantes que no reportaron este problema, con un nivel de significancia de 0,05.

6.2 Discusión

El objetivo de este trabajo de investigación fue identificar la prevalencia de depresión de acuerdo a la Escala de Depresión de Hamilton en médicos pasantes en Servicio Social de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 de la Jurisdicción Sanitaria no. III de los Servicios de Salud de Morelos, así como conocer las variables asociadas a ésta.

En este sentido puede afirmarse que la prevalencia de depresión en esta población es muy alta. Utilizando la clasificación propuesta por Leentjens y colaboradores (2000) para diferenciar entre grupos *deprimidos* y *no deprimidos*, se concluye que el 19,4% de los MPSS estudiados se encuentran deprimidos; de este modo, la prevalencia de depresión para los hombres es de 5% mientras que para las mujeres alcanza el 31,9%. Estos resultados contrastan notablemente con los valores reportados en la bibliografía para la población mexicana en general que van del 2,5-3% en hombres y del 5,8-9,8% (Bello *et al.*, 2005 & Berenzon *et al.*, 2009); lo cual sugiere que la incidencia de los trastornos depresivos es más alta en este grupo de estudio que la reportada para el universo poblacional, lo que concuerda con los hallazgos de Galli y colaboradores (2002), Dyrbye y colaboradores (2006) y Heinze y colaboradores (2008), quienes identifican que la prevalencia de trastornos psiquiátricos dentro de la profesión médica supera a la encontrada en la población en general.

Por otro lado, los resultados de este estudio en cuanto a la relación de la depresión con el sexo de los MPSS, indican que la media de los puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton de las mujeres es de casi el doble que la media encontrada en los puntajes de los hombres; este hallazgo coincide con lo encontrado por diversos autores (Breslau *et al.*, 1995; Williams *et al.*, 1995; Piccinelli *et al.*, 2000; Kessler, 2003; Bello *et al.*, 2005 & Berenzon *et al.*, 2009)

quienes reportan mayor incidencia de depresión en mujeres que en hombres; incluso Galli (2002) menciona que la depresión es, por mucho, el trastorno psiquiátrico más común entre las mujeres médicos. Aun cuando los resultados coinciden con lo encontrado en la bibliografía, llama la atención que la mayoría de los estudios reportan, aproximadamente, un hombre deprimido por cada dos mujeres; mientras que en esta investigación se encontró, aproximadamente, un hombre por cada seis mujeres deprimidas, por lo que se considera importante investigar este fenómeno con mayor profundidad.

A pesar de que se debe tener cuidado al comparar los resultados de este estudio con otros que midan prevalencia de trastornos depresivos debido a la diversidad de metodologías, instrumentos de medición de la depresión utilizados y formas de catalogar a este padecimiento; puede decirse que la incidencia de depresión es parecida o ligeramente mayor en este estudio, que la reportada para estudiantes de medicina de acuerdo a algunos autores (Weiss *et al.*, 2001; Dahlin *et al.*, 2005; Rosales *et al.*, 2005), quienes encuentran prevalencias que van del 12,9 al 18%.

Existen otros autores (Miranda *et al.*, 2000, Gaviria *et al.*, 2002 & Bohórquez *et al.*, 2007) que consideran a su población como deprimida a partir de puntajes que indican un grado de depresión leve. En este sentido, la prevalencia de depresión de este trabajo de tesis es de 51,7%; ligeramente mayor que las reportadas por estos autores, que van del 30,3% al 46,95%. Si se comparan los grados de depresión, uno por uno, encontrados en los MPSS de la JSIII de los SSM y los encontrados en los sujetos reportados por estos estudios, se perciben algunas diferencias: la prevalencia de depresión leve en los MPSS es de 32,2% a diferencia de la encontrada por estos autores que va del 20,9-27,46%; la prevalencia de depresión moderada en los MPSS es de 16,1% mientras que los porcentajes reportados por estos estudios que van del 7-14,25%, finalmente la prevalencia de depresión grave en los MPSS es igual o inferior a la encontrada en estos estudios, siendo de 3,3% en esta investigación mientras que en las otras va de 2,4-5,25%.

Por otro lado, si se comparan los factores asociados a la depresión reportados en la bibliografía con los encontrados en este estudio (Tabla 7) se puede deducir lo siguiente:

Tabla 7. Comparación de factores asociados a la depresión.

Factor relacionado con la depresión	Autores que lo reportan	Conclusión de este trabajo de investigación
Sexo	Rosales <i>et al.</i> , 2005 & Bobes <i>et al.</i> , 2006	Concordante: Se encontró un grado de depresión mayor entre las mujeres en comparación con los hombres al 0,001 de significancia estadística de acuerdo a la prueba <i>t</i> de Student para muestras independientes.
Edad	Bobes <i>et al.</i> , 2006	No concordante: No se pudo establecer una relación entre la depresión y la edad, posiblemente debido a que las características de este estudio obligan a que la mayor parte la población investigada se encuentre dentro de un rango de edad determinado (M = 24,45, DE = 2,045).
Estado civil	Rosales <i>et al.</i> , 2005 & Bobes <i>et al.</i> , 2006	No concordante: No se encontró relación entre la depresión y el estado civil, posiblemente debido a que la mayoría (89,65%) de los MPSS se encontraban solteros en el momento del levantamiento de la información, por lo que se sugiere aumentar la muestra para poder obtener resultados concluyentes.
Factores socioeconómicos	Bobes <i>et al.</i> , 2006	No concordante: No se encontró relación entre la depresión y el nivel socioeconómico; a partir de la información obtenida a través de este estudio no es posible inferir las causas de este fenómeno, por lo que hace falta ampliar la información en investigaciones futuras.
Religión	Rosales <i>et al.</i> , 2005 & Bobes <i>et al.</i> , 2006	No concordante: El 80,5% de los MPSS se consideran católicos y el 9,2% poseen otras creencias; al dividir la muestra en <i>creyentes</i> y <i>no creyentes</i> es difícil establecer si la aparente independencia entre las variables <i>religión</i> y <i>depresión</i> , se debe a que éstas no están relacionadas o a que un gran porcentaje de la población son creyentes, por lo que se sugiere aumentar la

		muestra para poder obtener resultados concluyentes.
Episodio depresivo previo	Rosales <i>et al.</i> , 2005	No concordante: Del 100% de los MPSS que afirmaron haber padecido un episodio depresivo previo, el 50% padecen depresión leve y el 30% depresión moderada a muy severa; sin embargo, sólo 10 pasantes afirmaron haber presentado dicho episodio, por lo que habría que realizar investigaciones con muestras más grandes para establecer si la independencia entre las variables <i>depresión</i> y <i>episodio depresivo previo</i> se debe a una falta de relación o al tamaño del grupo que ha padecido un trastorno depresivo previo.
Estrés	Rosales <i>et al.</i> , 2005 & Guía de la Secretaría de Salud	<p>Concordante: 12,6% de los MPSS aseguraron padecer estrés, de los cuales 40% presentan depresión leve y 40% depresión moderada a muy severa. Por otro lado, 23% de los MPSS, en los espacios del Cuestionario de Factores Asociados donde podían escribir sugerencias para mejorar la prestación del SS, refirieron problemas de estrés, soledad y/o encierro; la depresión se encontró asociada a esta variable tanto por medio de la prueba chi-cuadrada, como a través de la prueba estadística U de Mann-Whitney, por lo que se considera importante resaltar que este factor puede estar aumentando la prevalencia de los trastornos depresivos en los MPSS.</p> <p>En el Estado de Morelos el SS se lleva a cabo únicamente en comunidades marginadas, y ya que en México el médico pasante debe permanecer día y noche en su Centro de Salud de lunes a sábado por la tarde, atendiendo consulta en dos horarios, a veces sin tiempo para comer y siendo, además, responsable de las urgencias que lleguen a su Centro de Salud sin importar la hora en la que ocurran; las condiciones de estrés, soledad y encierro a las que se le somete pueden resultar nocivas para su salud mental.</p> <p>Ya se había postulado en la literatura que el estrés que soportan los médicos durante su adiestramiento es alto, y que éste significa un riesgo para su salud mental (Perales <i>et al.</i>, 2003). Al respecto Murphy y colaboradores (1984) aseguran que dos tercios del total de estresores que los estudiantes de medicina</p>

		<p>tienen que soportar, derivan específicamente de la vida académica, así como de los factores sociales asociados a ella. Por otro lado, la desigualdad entre los altos niveles de estrés y la pobre descarga de tensiones que los estudiantes pueden ejercer debido a la falta de actividades recreativas que les es posible realizar como consecuencia de la exigencia de la carrera, incrementa el riesgo que por sí mismo representa el estrés (Folse <i>et al.</i>, 1985).</p> <p>Por otro lado, es necesario profundizar en este sentido en investigaciones futuras ya que para este estudio, debido al tamaño de su muestra, los problemas de estrés, soledad y encierro se consideraron dentro de la misma categoría ya que son parte de un malestar sentido por el pasante que no necesariamente tiene que ver con las relaciones interpersonales con su equipo de trabajo. Dentro de la literatura existen estudios que relacionan a la depresión con la soledad: Izgar (2009) indica que la soledad predice el 15,3% de la depresión, mientras que Swami y colaboradores (2007) correlacionan positiva y significativamente a la depresión con la soledad y concluyen que los efectos de la soledad sobre la depresión están mediados por la salud, es decir que la soledad está asociada a una salud pobre y ésta incide sobre la depresión.</p> <p>Vale la pena indagar más en estos aspectos para conocer si la depresión se asocia al factor <i>problemas de estrés, soledad y/o encierro</i> a causa del estrés, de la soledad o de ambos, así como para saber cómo se relacionan dichos factores y si existe alguna otra variable que esté mediando su interacción como es el caso de la salud en el estudio de Swami y colaboradores (2007).</p>
Antecedentes familiares depresivos	Rosales <i>et al.</i> , 2005 & Guía de la Secretaría de Salud	No concordante: Aunque no se exploraron los antecedentes depresivos como tal, se encontró que 16,1% de los pasantes cuentan con antecedentes familiares de problemas de salud mental, de los cuales 28,6% padecen depresión moderada a muy severa, sin embargo los análisis estadísticos indican independencia entre las variables. Ya que únicamente 14 MPSS tienen antecedentes familiares de problemas de salud mental se considera necesario ampliar la muestra para comprobar si es que

		<p>realmente no existe relación entre estas variables o los resultados se deben al tamaño de la muestra.</p>
Enfermedades crónicas	Guía de la Secretaría de Salud	<p>No concordante: 41,4% de los pasantes reportaron algún padecimiento importante actual o previo, sin embargo, no se encontró relación entre la depresión y la presencia o ausencia de enfermedad, ni se encontró relacionada con ninguno de los padecimientos por separado. A pesar de esta independencia entre las variables, el 25% de los MPSS que reportaron algún tipo de enfermedad actual o previa padecen depresión moderada a muy severa por lo que se recomienda ampliar la muestra e investigar esta misma variable en estudios posteriores, sobre todo porque los puntajes de la Escala de Depresión de Hamilton y el consumo habitual de medicamentos sí se encuentran asociados, tanto a través de la prueba de chi-cuadrada, como de la <i>t</i> de Student con un nivel de significancia para esta última de 0,026, lo que sugiere que no todos los sujetos que reportan enfermedad consumen medicamentos y viceversa; sería interesante indagar más acerca de esta relación entre la percepción de enfermedad y el consumo de medicamentos.</p> <p>De acuerdo al modelo multifactorial de la etiología de la depresión de Rothman, son múltiples las causas de la mayoría de los estados patológicos, la unión de estos factores contribuyen a formar una causa suficiente para el desarrollo de una patología (Rothman, 1976). De este modo, Durán y colaboradores (2007), deducen que algunas poblaciones se caracterizan por la presencia o ausencia de varios factores que, juntos, contribuyen al desarrollo de trastornos depresivos, y que la causa suficiente para la aparición de estos trastornos se forma a partir de la exposición a ciertos fármacos unida a estos factores de vulnerabilidad.</p> <p>De acuerdo a Durán y colaboradores, los fármacos sólo causan depresión en pacientes vulnerables, con la información recabada en la presente tesis no es posible atribuir como causa de la depresión el consumo de fármacos, ya que incluso hace falta precisar si la ingesta de éstos obedece a la causa o la manifestación de los trastornos depresivos. Por lo anterior se</p>

		<p>requiere ampliar la investigación en este sentido para obtener resultados concluyentes.</p> <p>Analizando cada tipo de medicamento consumido por separado se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el consumo de analgésicos, lo que concuerda con lo reportado por Ruíz y colaboradores (2007), que encuentran una alta prevalencia de síntomas físicos dolorosos en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.</p>
Violencia intrafamiliar	Guía de la Secretaría de Salud	No concordante: De acuerdo a la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar que realizó el INEGI en 1999, una de cada tres familias del área metropolitana de la Ciudad de México viven algún tipo de violencia (Álvarez, 2002). En este sentido, el 21,8% de los médicos pasantes reportan haber sufrido de violencia intrafamiliar; porcentaje menor al encontrado por el INEGI. La depresión resultó independiente de la violencia intrafamiliar de acuerdo a la prueba de chi-cuadrada.
Cambios significativos en el estilo de vida	Guía de la Secretaría de Salud	A pesar de que no se cuenta con una cifra que mida el impacto que representa el cambio significativo en el estilo de vida por el que tiene que atravesar el pasante cuando está realizando su Servicio Social en la JSIII de los SSM, se piensa que en general éste repercute en la salud mental de los MPSS debido a que se encontró una mayor prevalencia de trastornos depresivos entre la muestra de estudio en comparación con la población mexicana en general. Por otro lado, varios de los factores asociados a la depresión reportados por este estudio tienen que ver, directa o indirectamente, con las condiciones en las que se lleva a cabo el SS.
Carencia de apoyo por parte del personal	Camacho, 2012	Concordante: Los factores que podrían traducirse en una falta de apoyo hacia el MPSS por parte del personal del Centro de Salud investigados en este estudio son: falta de apoyo percibida por el pasante, hostilidad por parte del personal, falta de personal de acuerdo a la opinión del MPSS y ausencia de otro médico en la Unidad Médica que brinde consultas a la población además del médico pasante. La depresión mostró una asociación estadísticamente significativa en relación con todas estas

		variables, lo que resalta la importancia de las relaciones interpersonales en el ambiente de trabajo, particularmente en los SSM y especialmente para los médicos pasantes, ya que los resultados de esta tesis sugieren que para los MPSS las relaciones con sus compañeros de trabajo parecen ser muy importantes.
Abuso de sustancias	Rosales <i>et al.</i> , 2005 & Martínez <i>et al.</i> , 2005	No concordante: La medición de esta variable tuvo dos inconvenientes. El primero es que a los médicos pasantes se les preguntó si habían tenido problemas con su manera de consumir alcohol, drogas ilícitas y tabaco, no por su consumo de sustancias. El segundo es que se les evaluó dentro de la institución donde realizaban su Servicio Social, con apoyo del personal del mismo, por lo que a pesar de que se les aseguró que la información proporcionada sería tratada de manera confidencial eliminando cualquier dato que pudiera identificarlos, es probable que hayan temido que sus respuestas a estas preguntas en particular pudieran tener alguna repercusión en su Servicio Social; a excepción del consumo de tabaco, que es probable que simplemente no lo hayan considerado como un problema. Únicamente el 5,7% de los MPSS mencionaron haber tenido problemas con su manera de beber alcohol, el 2,3% con su consumo de drogas ilícitas y el 5,7% con su manera de fumar tabaco; incidencias menores a las reportadas en la bibliografía (Bohórquez, 2007). A partir de esta información, no se estableció relación entre los puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton y el consumo de sustancias.

Finalmente, se encontró que la depresión mantiene una asociación estadísticamente significativa con otras dos variables.

La primera de ellas es el hábito de lectura; en este caso la prueba *t* de Student para muestras independientes muestra que los MPSS que no leen presentan una media de los puntajes de la Escala de Depresión de Hamilton significativamente mayor que los que leen, es decir, presentan mayor grado de depresión. En este sentido Cooke y colaboradores (2010) reportan que leer

incrementa la autoestima, el sentido de pertenencia y reduce los síntomas depresivos en pacientes con demencia; además, Hong y colaboradores (2011) aseguran que pertenecer a un grupo de lectura promueve el pensamiento positivo. Son necesarias más investigaciones acerca de este tema para conocer si en el caso de los MPSS la lectura representa un factor protector para la depresión o es resultado de la buena salud mental de algunos de los participantes de este estudio. Por otro lado, el hábito de lectura también podría estar asociado a otro factor que sea el que realmente está incidiendo en la depresión. Se encontraron muy pocos estudios que relacionen a la depresión con la lectura, por lo que se recomienda realizar investigaciones en este sentido.

La segunda variable es la satisfacción con el Servicio Social. De acuerdo a la prueba *t* de Student para muestras independientes, los MPSS que están insatisfechos con su SS presentan un grado de depresión mayor, estadísticamente significativo, que los que se encuentran satisfechos. Los MPSS reportan como parte de las dificultades encontradas al realizar su Servicio Social: problemas de comunicación, organización y apoyo; necesidad de otro tipo de plaza; falta de insumos; una carga de trabajo excesiva; demasiadas tareas administrativas; mala infraestructura del Centro de Salud y/o residencia médica; problemas de estrés, soledad y encierro; hostilidad por parte del personal del Centro de Salud y/o la comunidad donde se realiza el SS; remuneración insuficiente; necesidad de mejorar la currícula de la carrera de medicina y/o necesidad de más y mejores capacitaciones; personal insuficiente en los Centros de Salud y problemas de inseguridad. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Swami y colaboradores (2007) quienes correlacionan la depresión con la satisfacción, asociando a la insatisfacción con un estado de salud pobre.

6.3 Conclusiones

A pesar de que existen estudios que aseguran que la salud mental de los médicos en formación empeora después del inicio de la escuela de medicina y que este deterioro se incrementa a lo largo del tiempo (Baykan *et al.*, 2012; Isra *et al.*,

2009 & Levine *et al.*, 2006), presentando tasas de depresión más altas en los últimos años de entrenamiento (Dyrbye, 2006), no se encontró ningún estudio que se enfoque en el periodo del Servicio Social, por lo que se considera necesario realizar más investigaciones sobre la salud mental de los médicos pasantes en Servicio Social, sobre todo en México y particularmente en el Estado de Morelos, ya que se identificaron diversos factores que podrían representar un riesgo para la salud mental de los pasantes.

En este sentido, se encontró que los MPSS de la JSIII de los SSM de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 presentan una alta prevalencia de depresión de acuerdo a los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton. Utilizando la clasificación propuesta por Leentjens y colaboradores (2000) para diferenciar entre grupos *deprimidos* y *no deprimidos*, se concluye que 19,4% de los MPSS estudiados se encuentran deprimidos; por otro lado, de acuerdo a la clasificación propuesta por la APA, 32.2% de ellos presentan depresión leve, 16.1% depresión moderada, 2.3% depresión severa y 1.1% depresión muy severa. La prevalencia de trastornos depresivos en MPSS de la JSIII de los SSM de las promociones Febrero 2012-Enero 2013 y Agosto 2012-Julio 2013 es mayor que la reportada para la población mexicana en general.

En los MPSS, este padecimiento muestra una asociación estadísticamente significativa, de acuerdo a la prueba *t* de Student o U de Mann-Whitney, con los siguientes factores:

- **Sexo-** Las mujeres presentan mayor grado de depresión que los hombres. De acuerdo a la clasificación propuesta por Leentjens y colaboradores (2000), se encontraron aproximadamente 6 mujeres deprimidas por cada hombre, mientras que la relación reportada en la bibliografía es de 2:1 por lo que es necesario investigar a fondo este fenómeno y desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento especialmente dirigidas a las mujeres.

- *Hábito de lectura-* Aun cuando hace falta establecer si el hábito de la lectura es un factor protector o es resultado de mentes más sanas, se podrían implementar programas de fomento a la lectura.
- *Consumo de medicamentos, específicamente de analgésicos-* Aun cuando hace falta indagar más acerca de la relación que mantienen estas variables, se recomienda a las autoridades en Salud Pública observar el consumo de analgésicos de los MPSS como posible indicio de un trastorno depresivo.
- *Ausencia de otros médicos en la Unidad Médica y falta de personal en el Centro de Salud del pasante-* Puede suponerse que la falta de apoyo, en el sentido laboral, puede estar repercutiendo negativamente en la salud mental de los MPSS, por lo que se sugiere a las autoridades en Salud Pública que en la medida de lo posible asignen a por lo menos un médico a cada Centro de Salud que pueda servir de guía y apoyo al pasante, así como se les pide a las universidades que proporcionen tutores que sigan asesorando a los médicos pasantes durante la prestación de su Servicio Social.
- *Apoyo por parte del personal del Centro de Salud y hostilidad por parte del mismo y/o la comunidad-* La falta de soporte emocional que perciben los MPSS también parece estar repercutiendo negativamente en su salud mental, por lo que valdría la pena desarrollar estrategias que fortalezcan las relaciones interpersonales entre el personal de los Servicios de Salud, incluidos los médicos pasantes.
- *Problemas de estrés, soledad y encierro-* Aunque hace falta precisar si son los problemas de estrés, los de soledad y encierro, o ambos, los que influyen principalmente en la asociación estadísticamente significativa que mantiene la depresión con este factor, es evidente que las condiciones en las que se lleva a cabo el Servicio Social son poco favorables para la mayoría de los MPSS de los SSM, lo que resalta la necesidad de hacer algunas reformas en el mismo. Por otro lado, Folse y colaboradores (1985) hacen énfasis en la desigualdad entre los altos niveles de estrés y la pobre

descarga de tensiones que los estudiantes pueden ejercer debido a la falta de actividades recreativas que les es posible realizar como consecuencia de la exigencia de la carrera, esta desigualdad incrementa el riesgo que por sí mismo representa el estrés, por lo que propiciar la práctica de actividades recreativas podría minimizar los efectos negativos que el estrés y el aislamiento tienen sobre los MPSS.

- *Nivel de satisfacción con el Servicio Social-* Independientemente de las razones por las que los médicos pasantes se encuentren insatisfechos con el Servicio Social que llevan a cabo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con el Servicio Social y los puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton; siendo los MPSS insatisfechos los más deprimidos. Este hallazgo refuerza la necesidad de realizar reformas en el Servicio Social para minimizar el efecto negativo que éste puede tener en la salud mental de los MPSS ya que el 48,2% de los pasantes encuestados se encuentran insatisfechos con su SS.

En otro sentido, se encontraron datos sin asociación estadísticamente significativa con la depresión pero que vale la pena mencionar porque pueden representar un riesgo a la salud general de los MPSS.

En primer lugar, las respuestas de los pasantes revelan que el 67,8% de ellos no duermen ocho horas diarias, lo cual puede conducir a alteraciones en las áreas cognitiva, perceptual, motora y psicológica, así como a irritabilidad, déficits de memoria, despersonalización y depresión, lo que aumenta las probabilidades de cometer errores médicos (Friedman *et al.*, 1971), a pesar de que la edad influye en la adaptación a soportar las consecuencias de la falta de sueño, siendo los jóvenes entre los 20 y los 35 años quienes toleran mejor la privación de sueño (Barrera, 2010), a la larga esta privación puede repercutir en la salud de los pasantes, por ejemplo, produciendo alteraciones metabólicas y endócrinas (Benetó, 2003).

En cuanto a los hábitos alimenticios, únicamente el 26,4% de los pasantes refiere buenos hábitos alimenticios en cuanto a calidad y oportunidad, por lo que

sería conveniente fomentar el respeto a sus horas de comida y procurar que en las inmediaciones de sus Centros de Salud existan opciones de alimentos saludables.

Por otro lado, se encontró que el 81,6% de los pasantes no realizan ejercicio diariamente; además de que los que realizan ejercicio presentan menor prevalencia de depresión moderada a muy severa (6,2% vs. 21,5%, esto sin significancia estadística), el ejercicio es una práctica beneficiosa para la salud que reduce el riesgo de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, obesidad, diabetes mellitus, osteoporosis, entre otros (Varo, 2003); por lo que es necesario fomentar la práctica de actividades físicas en los MPSS.

Finalmente, 27,6% de los MPSS mencionan haber sufrido alguna agresión por delincuencia, mientras que 54% declaran que algún miembro de su familia directa ha sido víctima de delito; cifras que hacen un llamado a las autoridades gubernamentales para invertir en la seguridad pública de la ciudadanía.

Para concluir este trabajo de investigación se busca hacer un llamado a las autoridades correspondientes para que se realicen cambios en cómo se lleva a cabo la prestación del Servicio Social para la carrera de medicina, sobretodo en el Estado de Morelos, ya que se encontró una alta incidencia de depresión en los MPSS evaluados y muchas de las variables asociadas a este padecimiento están directamente relacionadas con las condiciones del Servicio Social.

Los trastornos depresivos no sólo disminuyen la productividad y provocan ausentismo laboral con sus respectivas pérdidas económicas, también contribuyen a una disfunción en las relaciones sociales y disminuyen la calidad de vida (Greenberg *et al.*, 1993). Por otro lado, la población médica se ha caracterizado por tener una tasa de suicidio alarmantemente alta (North *et al.*, 1997) y últimamente se ha observado un incremento en el número de intentos de suicidio en los médicos en formación (Heinze, 2008); ya que la depresión es la causa contribuyente más frecuente de muerte por suicidio en médicos (Lindeman *et al.*, 1997) y que se ha reportado que hasta 15% de los pacientes que padecen depresión durante más de un mes se suicidan (Rosales *et al.*, 2005), resulta

necesario mejorar algunos aspectos del Servicio Social en la JSIII, antes de que este problema de salud mental cause la muerte de algún médico pasante en el Estado de Morelos.

Para muchos estudiantes de medicina, la petición de ayuda ante la presencia de sintomatología psiquiátrica representa una debilidad (Chew, *et al.*, 2003), por lo que es imperante la necesidad de desarrollar programas masivos de educación con el propósito de identificar tempranamente los síntomas y así lograr una atención oportuna (Christensen *et al.*, 2004).

A partir de los resultados de este estudio, se sugiere a las autoridades correspondientes implementar medidas preventivas, de diagnóstico y atención a la depresión para los MPSS, enfocadas especialmente a la población femenina, tomando en cuenta las necesidades externadas por los médicos pasantes.

Finalmente, se recomienda al CISAME de la JSIII de los SSM aplicar, además de la Escala de Depresión de Hamilton, el Inventario de Depresión de Beck; ya que la primera mide principalmente los componentes ansiosos y somáticos de la enfermedad, mientras que el inventario de Beck mide los componentes subjetivos del padecimiento y el deterioro de la actividad práctica (Schneibel *et al.*, 2012). Por otro lado, la diferencia entre ambas escalas en cuanto al modo de aplicación, siendo la primera hetero-aplicada y la segunda auto-aplicada podría resultar en algunas diferencias en cuanto a sus resultados. Existen trabajos de investigación que sugieren que los informantes más introvertidos tienden a exagerar sus síntomas depresivos, especialmente los psicológicos, mientras que su probable inhibición social provoque que no provean suficiente información al evaluador. Por estas razones se recomienda utilizar ambas escalas de manera complementaria para un mejor diagnóstico de los trastornos depresivos, sobre todo para aquellos sujetos muy introvertidos o con una mayor severidad del padecimiento (Schneibel *et al.*, 2012).

Limitaciones

- *Tamaño de la muestra-* A pesar de que el objeto de estudio de esta tesis son los MPSS de la JSIII de los SSM que se encontraban realizando su Servicio Social en el momento del levantamiento de datos, y que en este sentido la muestra es muy grande; para poder obtener resultados concluyentes, sobre todo con ciertas variables, es una muestra pequeña. Se sugiere aumentar la población estudiada efectuando trabajos de investigación con MPSS de otras jurisdicciones o Estados e incluso la realización de estudios comparativos entre los mismos.
- *Instrumento de medición-* Para tener mayor certeza en la prevalencia de depresión en investigaciones futuras, se recomienda complementar los resultados de la Escala de Depresión de Hamilton con la aplicación de otras escalas, por ejemplo, el Inventario de Depresión de Beck, ya que la Escala de Hamilton mide principalmente los componentes ansiosos y somáticos de la enfermedad.
- *Número de variables exploradas-* Este trabajo de investigación sirvió como acercamiento a los posibles factores asociados a la depresión, sin embargo, debido a que se pretendió explorar muchas variables, hizo falta profundizar en las mismas. Se sugiere realizar estudios más específicos además de investigar también la prevalencia de otros padecimientos mentales.
- *Modo de evaluación-* Aplicar los instrumentos para la investigación de manera independiente a las valoraciones que hacen los Servicios de Salud puede dar como resultado respuestas más sinceras por parte de los pasantes ya que de ningún modo sentirían comprometido su Servicio Social.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION CON MÉDICOS PASANTES DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. III, SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE SU SALUD Y SU RELACIÓN CON COMPONENTES PERSONALES, SOCIOECONÓMICOS, FAMILIARES Y DE SU SERVICIO SOCIAL.

Buenos días/tardes

Introducción

Mi nombre es Nayla Mariana Barrera Mora y me encuentro realizando una tesis para conocer algunas variables relacionadas con la salud de los médicos pasantes, particularmente con su salud mental, ya que soy estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y sustentaré mi examen de grado de licenciatura.

Objetivo

Este estudio tiene como propósito identificar algunas variables personales y del Servicio Social, que pudieran tener relación con la salud de los médicos becarios de la Jurisdicción Sanitaria No. III, de los Servicios de Salud de Morelos, particularmente con su salud mental; revisando variables como edad, sexo, características sociodemográficas, antecedentes familiares, antecedentes personales y de salud, entre otras. También se aplicará un test que mide algunos aspectos de salud mental, mismo que es utilizado por la Unidad de Especialidades CISAME, de los Servicios de Salud de Morelos.

Pretendiendo que al identificar su relación, pudieran hacerse sugerencias a las autoridades educativas y de salud, para la mejora de la prestación del Servicio Social, de ser necesario; contribuyendo así a la prevención y control de la posible patología encontrada.

Participación

El cuestionario y el test que se usarán, serán contestados por usted de manera libre. Solicitando que si está de acuerdo en participar, lleve a cabo lo siguiente:

- 1- Le pedimos que conteste un cuestionario que contiene las principales variables de interés de este estudio con una duración aproximada de 15 minutos
- 2- Permitir que el personal del CISAME le aplique una escala de medición psicométrica con una duración aproximada de 20 min.

Riesgos

Su participación en el estudio tiene un riesgo mínimo. A algunas personas las preguntas pueden causarles cierta incomodidad, por lo que puede negarse a responderlas. Usted decide cuáles preguntas contesta y cuáles no. En caso de detectar algún daño a su salud, podrá dirigirse a la Institución que le brinda servicio médico o a la Jurisdicción Sanitaria No. III., para su atención.

Compensación, participación voluntaria y retiro

Su participación en este estudio no tiene costo alguno y es totalmente voluntaria. Es decir no tiene que participar si no lo desea y puede suspender su participación en el momento que usted decida, sin que haya ninguna consecuencia.

Confidencialidad

La información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial y utilizada únicamente para fines del estudio.

La información se reportará de manera general, es decir, se eliminará cualquier dato que le pudiera identificar. Todos los datos serán registrados directamente en una computadora y sólo yo, Nayla Mariana Barrera Mora, podré tener acceso a los mismos mediante claves de seguridad.

Beneficios

No recibirá ningún beneficio directo por participar en el estudio. Sin embargo, si decide participar, estará colaborando de forma muy importante con esta tesis, la Universidad Nacional Autónoma de México y los Servicios de Salud de Morelos para contribuir a mejorar las políticas relacionadas con el bienestar de los médicos pasantes, particularmente aquellas relacionadas con su salud integral y mental.

Recuerde que:

Su participación es muy importante para conocer las condiciones de salud y bienestar de los médicos pasantes.

Usted tiene derecho a consultar sus dudas conmigo, por lo que puede externarlas en cualquier momento o bien, estaré disponible a través del correo electrónico nayla.barrera.mora@gmail.com

Aclaraciones

Si tiene alguna duda respecto al estudio, puede comunicarse con la Dra. Ángela Patricia Mora González, Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. III, de los Servicios de Salud de Morelos, en los teléfonos 735 3520061 y 735 3520466, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs. Y por internet en el correo electrónico patymora49@gmail.com

Si tiene dudas en torno a las implicaciones con su Servicio Social, puede solicitar información con la Dra. Karina León López, Coordinadora de Enseñanza y Calidad de la Jurisdicción Sanitaria ya mencionada de los Servicios de Salud de Morelos.

Si usted está de acuerdo en participar, le pediré que firme este documento del cual podré darle una copia si la requiere.

Habiendo leído esta carta, por favor señale su decisión:

Participaré en todo el estudio

No deseo participar en:

Nombre y firma de conformidad del médico pasante a ser entrevistado

Nombre y firma de entrevistador

Cuautla, Morelos a _____ de _____ del 2012.

Anexo 2. Escala de Depresión de Hamilton

Cortesía de:

Sertex[®]
Sertralina

Remicital
Citalopram



1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
0 Ausente.
1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente.
2 Estas sensaciones las relata espontáneamente.
3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).
4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
2. Sentimiento de culpa:
0 Ausente.
1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
3 Siente que la enfermedad actual es un castigo.
4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio:
0 Ausente.
1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.
2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
3 Ideas de suicidio o amenazas.
4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio).
4. Insomnio precoz:
0 No tiene dificultad.
1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño.
2 Dificultad para dormir cada noche.
5. Insomnio intermedio:
0 No hay dificultad.
1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.
2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
6. Insomnio tardío:
0 No hay dificultad.
1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades:
0 No hay dificultad.
1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).
2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).
3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.
4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):
0 Palabra y pensamiento normales.
1 Ligero retraso en el habla.
2 Evidente retraso en el habla.
3 Dificultad para expresarse.
4 Incapacidad para expresarse.

9. Agitación psicomotora:
0 Ninguna.
1 Juega con sus dedos.
2 Juega con sus manos, cabello, etc.
3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.
4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, semuerde los labios.
10. Ansiedad psíquica:
0 No hay dificultad.
1 Tensión subjetiva e irritabilidad.
2 Preocupación por pequeñas cosas.
3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.
4 Expresa sus temores sin que le pregunten.
11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):
0 Ausente.
1 Ligera.
2 Moderada.
3 Severa.
4 Incapacitante.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales:
0 Ninguno.
1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
2 Dificultad en comer si no se le incita. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales:
0 Ninguno.
1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):
0 Ausente.
1 Débil.
2 Grave.
15. Hipocondría:
0 Ausente.
1 Preocupado de sí mismo (corporalmente).
2 Preocupado por su salud.
3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda.
16. Pérdida de peso:
0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana.
1 Pérdida de más de 500 g en una semana.
2 Pérdida de más de 1 kg en una semana.
17. Perspicacia:
0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo.
1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3 No se da cuenta que está enfermo.





 **psicofarma**[®]
Al servicio de la salud mental

TOTAL PUNTUACIÓN:

Anexo 3. Cuestionario de Factores Asociados

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS (HISTORIA CLÍNICA DE PRE-CONSULTA)		 Facultad de Psicología
¿Acepta usted?		CODIGO
1.- Si		
2.- No, ¿Por qué? (Razones por las que el médico pasante no desea participar)		S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Folio		<input type="text"/>
Fecha		
Año: _____ Mes: _____ Día: _____		<input type="text"/>
IDENTIFICACIÓN DEL MPSS		
I. Sexo:		H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
II.- Edad:		II. <input type="text"/>
III.- Estado Civil: (circule)		III. <input type="checkbox"/>
1. Soltero (a)		
2. Casado (a)		
3. Unión Libre		
4. Divorciado (a)		
5. Separado (a)		
6. Viudo (a)		
IV.- Lugar de procedencia (residencia antes de comenzar el Servicio Social): (circule)		IV. <input type="checkbox"/>
1. Misma localidad		
2. Mismo municipio		
3. Misma Jurisdicción		
4. Mismo Estado		
5. Otro Estado		
6. Otro País		
PERSONALES NO PATOLÓGICOS		
V.- Religión o Creencia: (circule)		V. <input type="checkbox"/>
1. Católica		
2. Protestante/ Pentecostal/ Cristiana/ Evangélica		
3. Adventista del Séptimo Día/ Mormona/ Testigos de Jehová		
4. Oriental/ Judaica/ Islámica		
5. Otras Creencias		
6. Sin Religión		
VI. Hábitos alimenticios: (circule)		VI. <input type="checkbox"/>
1. Buenos en calidad, cantidad y oportunidad		
2. Regulares en calidad, cantidad y oportunidad		
3. Malos en calidad, cantidad y oportunidad		
VII. Hábitos de higiene personal: (tache sí (S) o no (N) en los diferentes hábitos de higiene)		VII.
1. Baño diario		1. <input type="checkbox"/>
2. Cepillado de dientes después de comer		2. <input type="checkbox"/>
3. Lavado de manos cotidiano		3. <input type="checkbox"/>
3. Ejercicio diario		4. <input type="checkbox"/>
5. 8 horas aprox. Diarias de sueño		5. <input type="checkbox"/>
VIII. ¿Cómo distribuyó su tiempo libre en el último mes? (Puede seleccionar más de uno)		IX. <input type="checkbox"/>
1. Convivencia con familiares/amigos		
2. Lectura		
3. Actividad física		
5. Internet		
6. Televisión		
7. Otro		

IX. En el último año, ¿Con quién vive/convive cotidianamente fuera del Centro de Salud? (Tache uno o más)		VIII.	<input type="checkbox"/>
1. Vive solo	<input type="checkbox"/>	5. Con otro familiar	<input type="checkbox"/>
2. Con uno o ambos padres	<input type="checkbox"/>	6. Con amigo (s)	<input type="checkbox"/>
3. Con su pareja	<input type="checkbox"/>	7. Otro	<input type="checkbox"/>
4. Con su (s) hijo (s)	<input type="checkbox"/>		
PERSONALES PATOLÓGICOS			
X. ¿Tiene o ha tenido problemas con su manera de consumir...? (Tache una opción para cada caso)		X.	
1. Bebidas alcohólicas	Tiene (T) <input type="checkbox"/> Ha tenido (H) <input type="checkbox"/> No tiene ni ha tenido <input type="checkbox"/>	1. T	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
2. Cigarros	Tiene (T) <input type="checkbox"/> Ha tenido (H) <input type="checkbox"/> No tiene ni ha tenido <input type="checkbox"/>	2. T	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
3. Drogas ilícitas	Tiene (T) <input type="checkbox"/> Ha tenido (H) <input type="checkbox"/> No tiene ni ha tenido <input type="checkbox"/>	3. T	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
XI. Enumere los padecimientos físicos o mentales importantes que padece o ha padecido (en caso de no haber padecido nada, méncionelo por favor): _____			
XII. ¿Ha sufrido una agresión por delincuencia? Sí o no: _____ ¿Cuándo? _____		XII.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
XIII. Enumere los medicamentos que ha consumido de forma habitual en el último semestre (en caso de no haber consumido medicamentos méncionelo por favor): _____			
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES			
XIV. Nivel socioeconómico de la familia de origen:		XIV.	<input type="checkbox"/>
1. Escolaridad del jefe del hogar	<input type="text"/>		
2. # de hab. en casa sin contar cocina ni baños	<input type="text"/>		
3. Número de baños	<input type="text"/>		
4. Tipo de piso	<input type="text"/> 1) Tierra 2) Cemento 3) Recubrimiento		
5. Número de focos	<input type="text"/>		
6. TV a color	<input type="text"/> 1) sí 2) no ¿Cuántas?		
7. Automóvil	<input type="text"/> 1) sí 2) no ¿Cuántas?		
8. DVD	<input type="text"/> 1) sí 2) no ¿Cuántas?		
9. Microondas	<input type="text"/> 1) sí 2) no		
10. Computadora	<input type="text"/> 1) sí 2) no ¿Cuántas?		
11. Regadera	<input type="text"/> 1) sí 2) no		
12. Estufa	<input type="text"/> 1) sí 2) no		
13. Servicio doméstico	<input type="text"/> 1) sí 2) no		
XV. Tipo de familia de origen: (circule)		XV.	<input type="checkbox"/>
1. Nuclear	5. Compuesta		
2. Monoparental	6. Corresidente		
3. Padres separados	7. Otro		
4. Ampliada			
XVI. ¿Alguien en su familia de origen tiene o ha tenido problemas de salud mental?		XVI.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
XVII. ¿Alguien en su familia de origen tiene o ha tenido problemas de adicciones?		XVII.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
XVIII. ¿Alguien en su familia de origen tiene o ha tenido problemas de violencia intrafamiliar?		XVIII.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
XIX. ¿Alguien en su familia directa ha sufrido una agresión por delincuencia?		XIX.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES ESCOLARES			
XX. Universidad de procedencia: (circule)		XX.	<input type="checkbox"/>
1. UNAM	5. ULA		
2. UAEM	6. Otra pública		
3. CICS	7. Otra privada		
XXI. Año de ingreso a la universidad: _____		XXI.	<input type="text"/>
XXII. Promedio de calificaciones: _____		XXII.	<input type="text"/>

ANTECEDENTES LABORALES			
XXIII. Tiempo en el servicio social: _____			
1. Promoción Febrero 2012-Enero 2013	2. Promoción Agosto 2012-Julio 2013	XXIII. <input type="checkbox"/>	
XXIV. Tipo de centro de salud: (circule)			
1. Urbano	3. Rural disperso	XXIV. <input type="checkbox"/>	
2. Rural	4. Unidad móvil		
XXV. ¿Cuántos médicos dan consulta en la Unidad Médica donde se encuentra, contándose Ud.?:		XXV. <input type="text"/>	
XXVI. Sanciones recibidas (en el presente Servicio Social o durante su último año de estudios):			
1. No ha sido sancionado <input type="checkbox"/>	3. Extrañamiento <input type="checkbox"/>	XXVI. <input type="checkbox"/>	
2. Amonestación verbal <input type="checkbox"/>	4. Cancelación del SS <input type="checkbox"/>		
XXVII. Infraestructura de la residencia médica: (circule)			
1. Buena	3. Mala	XXVII. <input type="checkbox"/>	
2. Regular	4. No tiene residencia		
ANTECEDENTES ECONÓMICOS			
XXVIII. ¿A cuánto asciende la beca que percibe mensualmente?		XXVIII. <input type="text"/>	
XXIX. ¿A cuánto ascienden los ingresos que obtiene por otros medios?		XXIX. <input type="text"/>	
XXX. Número de personas que dependen económicamente del becario:		XXX. <input type="text"/>	
ANTECEDENTES SOCIALES			
XXXI. ¿Se siente usted apoyado por su red familiar (familiares y amigos)?		XXXI. S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
XXXII. ¿Se siente usted apoyado dentro del Centro de Salud por sus compañeros (médicos, enfermeras, personal, etc...)?		XXXII. S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
SATISFACCIÓN			
XXXIII. Cómo se siente Ud. con su Servicio Social		XXXIII. <input type="checkbox"/>	
   			
1. muy satisfecho	2. satisfecho	3. insatisfecho	4. muy insatisfecho
XXXIV. Describa con sus propias palabras qué ha significado para Ud. el Servicio Social:			
XXXV. ¿Qué recomendaría al próximo pasante que lo sucediera?			
XXXVI. ¿Qué recomendaría a las autoridades para mejorar la prestación de servicio social?			
XXXVII. ¿Qué recomendaría a su Universidad para mejorar la prestación de servicio social?			

Por favor a todos no omitir este campo													
¿Cómo se sintió con la encuesta?													
¿Hay algo que desee agregar?													
Muchas gracias por su apoyo													

REFERENCIAS

1. Addington, D., Addington, J. & Atkinson, M. (1996). A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophrenia Research*, 19(2-3), 205-212.
2. Aketin, M., Karaman, T., Senol, Y., Erdem, S., Erengin, H. & Akaydin, M. (2001). Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education*, 35(1), 12-17.
3. Alvarado, I. (2011, 27 de Marzo). Se triplican en el país los suicidios. *El Universal*. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/754665.html>
4. Álvarez, R. (2002). La violencia intrafamiliar en México. Panorama Legislativo. Recuperado el 13 de Mayo del 2013, de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1590/5.pdf>
5. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4° Ed). Washington: Author.
6. American Psychiatric Association. (2002). *La práctica de la terapia electroconvulsiva: recomendaciones para el tratamiento, formación y capacitación*. España: Ars Médica.
7. American Psychiatric Association. (2006). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica.
8. American Psychiatric Association. (2006). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. España: Masson.
9. American Psychiatric Association. (2012). *Depression*. Recuperado el 14 de Mayo del 2013, de <http://www.psychiatry.org/depression>
10. ANUIES. (1995). *Programa Nacional de Extensión de la Cultura y los Servicios*. México: Author.

11. Bagby, R., Ryder, A., Schuller, D. & Marshall, M. (2004). The Hamilton depression rating scale: has the gold standard become a lead weight?. *Am J Psychiatr*, 161(12), 2163–2177.
12. Balderas, F. (2010). Depresión: Afrontamiento, Síntomas y Enfermedades. Tesis de licenciatura, UNAM, Distrito Federal, México.
13. Ballesteros, J., Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ibarra, N. & Güemes, I. (2007). Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define remission for embedded short scales of the Hamilton depression rating scale (HAMD). *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 93-99.
14. Barrera, N. (2010). Alteraciones en el desempeño cognitivo y clínico asociadas a la privación de sueño en residentes de especialidades médicas. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
15. Baykan, Z., Naçar, M. & Cetinkaya, F. (2012). Depression, anxiety and stress among last-year students at Erciyes University Medical School. *Acad Psychiatry*, 36(1), 64-65.
16. Bech, P., Gram, L., Dein, E., Jacobsen, O., Vitger, J., & Golwig, T. (1975). Quantitative rating of depressive states: correlation between clinical assessment, Beck's self-rating scale and Hamilton's objective rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 5(3), 161-170.
17. Bech, P., Allerup, P., Gram, L., Reisby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O. & Nagy, A. (1981). The Hamilton Depression Scale: evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(3), 290-299.
18. Bech, P., Allerup, P., Reisby, N. & Gram, L. (1984). Assessment of symptom change from improvement curves on the Hamilton depression scale in trials with antidepressants. *Psychopharmacology*, 84(2), 276-281.
19. Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.

20. Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J., (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
21. Beck, A., Ruch, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (5° Ed). España: Desclee de Brouwer S.A.
22. Bello, M., Puentes, E., Medina, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx*, 47(1), 4-11.
23. Benetó, A. (2003). El sueño: Una cuestión de salud pública. *Vigilia-Sueño*, 15(2), 114-134.
24. Benítez, C., Quintero, J. & Torres Barrenechea, R. (2001). Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la escuela de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. Méd. Chile*, 129(2), 173-178.
25. Beyer, J. & Krishnan, K. (2002). Volumetric brain imaging findings in mood disorder. *Bipolar Disord*, 4(2), 89-104.
26. Blomstedt, P., Hasson, M. & Hariz, M. (2011). Deep brain stimulation in the treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 4-11.
27. Bohórquez, A. (2007). *Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
28. Breslau, N., Schultz, L. & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatr Res*, 58(1), 1-12.
29. Breton, S. (1999). *La depresión*. México: Martínez-Roca.
30. Camacho, J. (2012). *Correlación depresión en médicos residentes de medicina familiar en la unidad de medicina familiar número 28 Gabriel Mancera con su desempeño académico*. Tesis de posgrado, UNAM, Distrito Federal, México.

31. Calderón, G. (1984). *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
32. Cassem, N. (1998). *Manual de psiquiatría en hospitales generales* (4° ed.). España: Harcourt Brace.
33. Chávez, E., Ontiveros, M. & Serrano, C. (2008). Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5HT). *Salud Mental*, 31(4), 307-312.
34. Chew, C., Rogers, A. & Yassin, N. (2003). "I wouldn't want it on my CV or their records": medical student's experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, 37(10), 873-880.
35. Christensen, H., Griffiths, K. & Jorm, A. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trial. *BMJ*, 328-265.
36. Ciurana, M. (2002). Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Atención Primaria*, 29(6), 329-337.
37. Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S. & Murfield, J. (2010). Quality of life and depression in older people with dementia. *J Health Psychol*, 15(5), 765-766.
38. Corona, C. (2012). *El intento de suicidio y la depresión en el adulto*. Tesina de licenciatura, Universidad Americana de Acapulco, Guerrero, México.
39. Corruble, E. & Guelfi, J. (2000). Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology*, 33(6), 307-309.
40. Dahlin, M., Joneborg, N. & Runeson, B., (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med. Educ*, 39(6), 594-604.
41. De la Gándara, J., Micó, J., Olivares, J. & Szerman, N. (2006). *Depresión en pacientes de riesgo*. Barcelona: Ars Médica.
42. Domken, M., Scott, J. & Kelly, P. (1994). What factors predict discrepancies between self and observer ratings of depression?. *Journal of Affective Disorders*, 31(4), 253–259.

43. Durán, S., Pérez, R., Puigdemont, D. & Pérez, V. (2007). Depresión yatrógena. *Psiquiatría y atención primaria*. Recuperado el 13 de Mayo del 2013, de http://www.jc-edicionesmedicas.com/ca/system/files/documentos/p1-6_Depresion_yatrogena.pdf
44. Dyrbye, L., Thomas, M. & Shanafelt, T. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*, 81(4), 354-373.
45. Enns, M., Larsen, D. & Cox, B. (2000). Discrepancies between self and observer ratings of depression. The relationship to demographic, clinical and personality variables. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 33-41.
46. Folse, M., Darosa, D. & Folser, R. (1985). The relationship between stress and attitudes toward leisure among first-year medical students. *J Medical Educ*, 60(8), 610-617.
47. Freud, S. (1976). *Duelo y Melancolía, Obras completas* (2° Ed, 7° reimpresión, 1996). Buenos Aires: Amorrortou.
48. Friedman, R., Bigger, T. & Kornfeld, D. (1971). The intern and sleep loss. *N Engl J Med*, 285(4), 201-203.
49. Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.
50. Galli, E., Feijóo, L., Roig, I. & Romero, S. (2002). Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered*, 13(1), 19-25.
51. Gaviria, S., Rodríguez, M. & Álvarez, T., (2002). Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia. *Rev chil, neuro-psiquiatr*, 40(1), 41-46.
52. Gelder M., Dennis G. & Mayou, R. (1993). *Psiquiatría* (2° Ed). México: Interamericana McGraw Hill.
53. Gibbons, R., Clark, D., & Kupfer, D. (1993). Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure?. *J. psychiat. Res*, 27(3), 259-273.

54. Greco, T., Eckert, G., & Kroenke, K. (2004). The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *J Gen Intern Med*, 19(8), 813-818.
55. Greden, J. (2003). Physical symptoms of depression: unmet needs. *J Clin Psychiatry*, 64(7), 5-11.
56. Greenberg, P., Stiglin, L., Finkelstein, S. & Berndt, E. (1993). Depression: a neglected major illness. *J Clin Psychiatry*, 54(11), 419-424.
57. Greenberg, G. (2001). La sorprendente serotonina. *Discovery en Español*, 5(8), 62-67.
58. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neuro Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
59. Hamilton, M. (1967). Development of rating scales for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 6(4), 278-296.
60. Heinze, G., Vargas, B. & Cortés, J. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 31(5), 343-350.
61. Hong, Z. & Lin, H. (2012). Impacts of a reading club intervention on enhancing parents' positive thinking. *J Health Psychol*, 17(2), 273-284.
62. Inam, S., Saquib, A. & Alam E., (2003). Prevalence of anxiety and depression among medical students of private university. *J Pak Med Assoc*, 53(2), 44-47.
63. Isra, A., Haseena, B., Reem, A. & Reem, A. (2009). Cognition and emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care*, 24(3), 1-18.
64. Izgar, H. (2009). An investigation of depression and loneliness among school principals. *Educational sciences: Theory & Practice*, 9(1), 247-258.
65. Jiménez, M. (1995). *Psicopatología infantil*. España: Alijibe.
66. Kearns, N., Cruickshank, C., Mcguigan, K., Riley, S., Shaw, S. & Snaith, R. (1982). A comparison of depression rating scales. *Br J Psychiatry*, 141, 45-49.
67. Kendell, R. (1976). The classification of depression: a review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry*, 129, 15-28.

68. Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*, 74(1), 5-13.
69. Kirmayer, L., Robbins, J., Dworkind, M. & Yaffe, M. (1994). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American J Psychiatry*, 150(5), 734-741.
70. Kramlinger, K. (2001). *Guía de la Clínica Mayo sobre depresión*. México: Lundbeck.
71. Kriston, L. & Von Wolff, A. (2011). Not as golden as standards should be: Interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 175-177.
72. Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Linzer, M., Hahn, S., de Gruy, F. & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Ach Fam Med*, 3(9), 774-779.
73. Lambert, M., Hatch, D., Kingston, M. & Edwards, B. (1986). Zung, Beck, and Hamilton Rating Scales as measures of treatment outcome: a meta-analytic comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 54-59.
74. Leal, C. (2000). *Trastornos depresivos en la mujer*. Barcelona: Masson.
75. Leentjens, A., Verhey, F., Lousberg, R., Spitsbergen, H. & Wilkink, F. (2000). The validity of the Hamilton and Montgomery-Asberg depression rating scales as screening and diagnostic tools for depression in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(7), 644-649.
76. Levine, R., Litwins, S. & Frye, A. (2006). An evaluation of depressed mood in two classes of medical students. *Acad Psychiatry*, 30(3), 235-237.
77. Lindeman, S., Läärä, E., Vuori, E. & Lönnqvist, J. (1997). Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatr Scand*, 96(1), 68-71.
78. Loo, H. & Gallarda, T. (2001). *La enfermedad depresiva*. México: Siglo XXI.
79. López, A. & Murray, C. (1998). The Global Burden of Disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241-1243.

80. López, A., Mathers C., Ezzati M., Jamison D. & Murray C. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367(9524), 1747-1757.
81. Lovestone, S. & Howard, R. (1997). *La depresión en el anciano*. España: Lundbeck.
82. Martínez, P., Medina, M. & Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*, 48(5), 191-197.
83. Matson, J. (1989). *Treating depression in children and adolescents*. EUA: Pergamon press.
84. McIntyre, R., Fallu, A. & Konarski, J., (2006). Measurable outcomes in psychiatric disorders: remission as a marker of wellness. *Clinical Therapeutics*, 28(11), 1882-1891.
85. Mendels, J. (1989). *La Depresión*. Barcelona: Ed. Herder.
86. Miranda, C., Gutiérrez, J., Bernal, F., & Escobar, C. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Rev Col Psiquiatría*, 29(3), 251-260.
87. Moller, H. (2008). Outcomes in major depressive disorder: the evolving concept of remission and its implications for treatment. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(2), 102-114.
88. Montaña, J. (2011). *Psicobiología de la depresión*. Tesis de maestría, Distrito Federal, México.
89. Murphy, J., Nadelson, C. & Notman, M. (1984). Factors influencing first-year medical students' perceptions of stress. *J Humana Stress*, 10(4), 165-173.
90. Nieto, M. (2012). *Correlación entre los Síntomas de Ansiedad y Depresión con el Síndrome de Burnout en Residentes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"*. Tesis de posgrado, UNAM, Distrito Federal, México.
91. Nogueira, L., Fagnani, R., Macedo, P., Citero, V. & Mari, J. (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res*, 37(10), 1519-1524.

92. North, C. & Ryall, J. (1997). Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard?. *Postgrad Med*, 101, 233-242.
93. Ojeda, C., Silva, H., Cabrera, J., Tchimino, C., De la Carrera, C. & Molina, A. (2003). Concurrent and internal validity of a seven-item self-report rating scale for depression tested against the Beck and Hamilton depression inventories. A preliminary study. *Rev chil Neuro-psiquiatr*, 41(1), 31-38.
94. OMS. (1992). *CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Ginebra: Author.
95. OMS. (2004). *Invertir en salud mental*. Suiza: Author.
96. Pae, C., Seo, H., Serreti, A., & Patkar, A. (2010). Quetiapine XR: Current status for the treatment of major depressive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 34(7), 1165-1173.
97. Perales, A., Sogi, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *An Fac Med*, 64(4), 239-246.
98. Piccinelli, M. & Wilkinson, G., (2000). Gender differences in depression: critical review. *Br J Psychiatr*, 177, 486-492.
99. Pinel, J. (2001). *Biopsicología*. España: Pearson Educación.
100. Polaino, A. (1985). *La Depresión*. España: Ed. Martínez Roca.
101. Pulido, F., Rodríguez, J. & Colorado, M. (2009). Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones de México. *Rev Panam Salud Publica*, 26(3), 209-215.
102. Ramos, J. & Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat*, 14, 278-296.
103. Ramos, J. & Cordero, A. (1988). *A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression*. *J psychiat Res*, 22(1), 21-28.

104. Reijnders, J., Lousberg, R. & Leentjens, A. (2010). Assessment of depression in Parkinson's disease: The contribution of somatic symptoms to the clinimetric performance of the Hamilton and Montgomery-Åsberg rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 561-565.
105. Rodas, P., Santa Cruz, G. & Vargas, H. (2006). Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima (MINI). *Rev Med Hered*, 20(2), 158-164.
106. Rodríguez, Y. (2006). *Reconceptualización del Servicio Social en la nueva estructura curricular del sistema UIA- ITESO*. Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana, Distrito Federal, México.
107. Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos.
108. Romero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 25-31.
109. Rosales, J., Gallardo, R. & Conde, J. (2005). Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(1), 25-36.
110. Rosenzweig, M. & Leiman, A. (1992). *Psicología Fisiológica* (2° Ed). España: Mc Graw Hill.
111. Rothman, K. J. (1976). Causes. *Am J Epidemiology*, 104, 587-592.
112. Ruíz, L., Colín, R., Corlay, I., Lara, M. & Dueñas, H. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(2), 25-32.
113. Rush, A., Kraemer, H., Sackeim, H., Fava, M., Trivedi, M., Frank, E., Ninan, P., Thase, M., Gelenber, A., Kupfer, D., Regier, D., Rosenbaum, J., Ray, O. & Schatzberg, A. (2006). Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 31(19), 1841-1853.

114. Samkoff, J., Hockenberry, S., Simon, L. & Jones, R. (1995). Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. *Acad Med*, 70(3), 242-244.
115. Sánchez, M. (2010). *Grado de ansiedad y depresión en pacientes con trastorno límite de la personalidad con y sin autolesiones*. Tesis de posgrado, UNAM, Distrito Federal, México.
116. Santen, G., Gomeni, R., Danhof, M. & Pasqua, O. (2008). Sensitivity of the individual items of the Hamilton depression rating scale to response and its consequences for the assessment of efficacy. *Journal of Psychiatric Research*, 42(12), 1000–1009.
117. Schneibel, R., Brakemeier, E., Wilbertz, G, Dykierек, P., Zobel, I. & Schramm, E. (2012). Sensitivity to detect change and the correlation of clinical factors with the Hamilton Depression Rating Scale and the Beck Depression Inventory in depressed inpatients. *Psychiatry Research*, 198(1), 62–67.
118. Secretaría de Salud de México. (1945). *Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal*. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/dges/documentos.php?type=file&id=13>
119. Secretaría de Salud de México (2002). *Programa de acción en Salud Mental*. México: Author.
120. Secretaría de Salud de México. (2003). *Ley General de Salud*. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/dges/documentos.php?type=file&id=16>
121. Secretaría de Salud de México. (S/Fa). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. Guía de referencia rápida*. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GP_C_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161RR.pdf

122. Secretaría de Salud de México (S/Fb). *Ley General de Educación*. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/dges/documentos.php?type=file&id=12>
123. Secretaría de Salud de México (S/Fc). *Ley Reglamentaria Del Artículo 5o. Constitucional. Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal*. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/dges/documentos.php?type=file&id=24>
124. Secretaría de Salud de México. (S/Fd). *Normas Operativas*. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/dges/documentos.php?type=file&id=9>
125. Secretaría de Salud de Morelos. (2011). Programa Operativo de Servicio Social de Medicina en Servicios de Salud de Morelos 2011. México: Author
126. Skinner, B. (1953). *Science and human Behavior*. Nueva York: Free Press.
127. Sólloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos del niño. Etiología, Características, Diagnóstico y Tratamiento*. México: Trillas.
128. Soriano, A., Valencia, F. & Ocha, M. (2002). Correlación de la distribución de los síntomas depresivos (subescalas del inventario de Beck) en relación con el contexto de los grupos estudiados. *Psiquis*, 12(4), 107-112.
129. Sozzani, C. (2007, 27 de abril). El Servicio Social Universitario como vector de transformaciones. Recuperado el 27 de Abril del 2013, de <http://debatesuniversitarios.blogspot.mx/2007/04/antecedentes-del-servicio-social.html>
130. Swami, V., Chamorro, T., Sinniah, D., Maniam, T., Kannan, K., Stanistreet, D. & Furnham, A. (2007). General health mediates the relationship between loneliness, life satisfactions and depression. A study with Malaysian medical students. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 42, 161-166.
131. Tamayo, J., Rovner, J. & Muñoz, R. (2007). La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Rev Bras Psiquiatr*, 29(2), 182-187.
132. Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z. & Marinković, J. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for

- Depression: A meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry Research*, 189(1), 1-9.
133. Tyssen, R. & Vaglum, P. (2002). Health mental problems among young doctors: An updated review of prospective studies. *Hav Rev Psychiatry*, 10(3), 154–165.
134. Vallejo, J. (2006). *Psiquiatría para no expertos: conozca los problemas más frecuentes*. Barcelona: Ars Médica.
135. Vallejo, J. (2007). *Consenso: Tratamiento de las depresiones*. México: Ars Médica.
136. Varo, J., Martínez, J. & Martínez, M.. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Med Clin (Barc)*, 121(17), 665-672.
137. Weiss R., Warner, T., Lyketsos C., Frank, E., Ganzini, I. & Carter, D., (2001). Collaborative Research Group on Medical Student Health. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. *Compr Psychiatry*, 42(1), 1-15.
138. Weissman, M. (2006). *Tratamiento de la depresión: una puerta al Siglo XXI*. México: Ars Médica.
139. WHO. (2001). *The World Health Report. Mental Health New Understanding*. Ginebra: New Hope.
140. Williams, J., Spitzer, R., Linzer, M., Kroenke, K., Hahn, S., de Gruy, F. & Lazev, A. (1995). Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecol*, 173(2), 654-659.
141. Williams, J. (2001). Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 251(2), 6-12.
142. Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
143. Zimmerman, M., Chelminski, I. & Posternak, M. (2004). A review of studies of the Hamilton depression rating scale in healthy controls: Implications for

the definition of remission in treatment studies of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(9), 595-601.

144. Zimmerman, M., Posternak, M. & Marshall, M. (2005). Is it time to replace the Hamilton Depression Rating Scale as the primary outcome measure in treatment studies of depression?. *J Clin Psychopharmacol*, 25(2), 105-110.

145. Zimmerman, M., Martinez, J., Attiullah, N., Friedman, M., Toba, C. & Boerescu, D. (2012). Symptom differences between depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale who do and do not consider themselves to be in remission. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 77-81.