

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL



“DEPRESIÓN Y MORAL RELIGIOSA EN ALUMNOS DE LA LICENCIATURA DE
MÉDICO CIRUJANO, FACULTAD DE MEDICINA, UAEMéx., 2012”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTAN:
M.P.S.S. MARIO DAVID PEREZ GUERRA
M.P.S.S. JOSÉ RAYMUNDO DE JESÚS VERA GONZALEZ

DIRECTORES:
Ph. D. JAVIER JAIMES GARCÍA
M.A.M. RICARDO PAULINO GALLARDO DIAZ

REVISORES:
M.C.J. MARIOL PALACIOS LARA
M.C. DAVID CAMPUZANO LOZA
M. EN A.I.S. MARCO ANTONIO MENDIETA MAZÓN

TOLUCA, MEX. 2013.

“El que no vive para servir, no sirve para vivir”.

Agnes Gonxha Bojaxhiu
“Madre Teresa de Calcuta”

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por habernos permitido llegar hasta este punto, logrando nuestros objetivos.

A nuestras familias, que han forjado lo que somos hasta ahora, por apoyarnos de diversas maneras para lograr nuestros objetivos, por enseñarnos a enfrentar los obstáculos con alegría, perseverancia y esfuerzo, por comprender los momentos difíciles que conlleva nuestra preparación.

A nuestros directores Ph. D. Javier Jaimes García y M.A.M Ricardo Paulino Gallardo Díaz, quienes generosamente nos brindaron sus conocimientos y experiencia en un marco de confianza, afecto y solidaridad para el desarrollo del presente trabajo.

Al Lic. En Fi. Javier Jaimes Cienfuegos, por su orientación y aporte en relación a los temas revisados en este trabajo.

A nuestros revisores M.C. Esp. En Anest. J. Mariol Lara Palacios, M.C. Esp. en M.I. y Gastro. David Campuzano Loza, M. en A. I. S. Marco Antonio Mendieta Mazón, por su orientación y revisión del presente, para concretar nuestro objetivo.

A nuestra amada Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, y sus catedráticos, que durante nuestra formación albergaron e impulsaron nuestros sueños, siempre los recordaremos con afecto.

A nuestros amigos, que durante nuestra formación contribuyeron a facilitar el camino hacia nuestros objetivos.

A todos ellos, con afecto, gracias.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	
1.1. Introducción	1
1.2. Definición e historia	3
1.2.1. Depresión y trastornos afectivos	3
1.2.2. Definición y carácter histórico de la moral.	4
1.2.3. Creencias religiosas y proceso salud enfermedad.	5
1.3. Moral religiosa y disyuntiva en base a lo bueno y lo malo.	6
1.4. Etiología	7
1.5. Factores de riesgo para depresión	10
1.6. Cuadro clínico	11
1.7. Clasificación de trastornos depresivos y criterios diagnósticos	13
1.7.1. Criterios para el episodio depresivo mayor	13
1.7.2. Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único.	14
1.7.3. Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante	15
1.7.4. Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico	16
1.7.5. Criterios para el diagnóstico de Trastorno ciclotímico	18
1.7.6. Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual(o más reciente)	19
1.8. Métodos diagnósticos	20
1.9. Tratamiento	24
1.9.1. Tratamiento Farmacológico	24

1.9.2. Tratamiento Psicológico	26
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
3. JUSTIFICACIÓN	34
4. HIPÓTESIS	36
5. OBJETIVOS	
5.1. General	37
5.2. Específicos	37
6. METODOLOGÍA	
6.1. Diseño del estudio	38
6.2. Operacionalización de variables	38
6.3. Universo del trabajo	39
6.3.1. Criterios de inclusión	39
6.3.2. Criterios de exclusión	39
6.3.3. Criterios de eliminación	39
6.4. Instrumento de investigación	40
6.5. Desarrollo del proyecto	41
6.6. Límite de tiempo y espacio	41
6.7. Diseño de análisis	41
7. IMPLICACIONES ÉTICAS	42
8. RESULTADOS EN GRAFICOS Y CUADROS	43
9. RESULTADOS (DESCRIPCION)	49
10. DISCUSION	52
11. CONCLUSIONES	55
12. RECOMENDACIONES	57
13. BIBLIOGRAFÍA	58
14. ANEXOS	61
15. GLOSARIO	63

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Introducción

Los trastornos mentales son enfermedades que se caracterizan por producir alteraciones en el pensamiento, afecto, emociones y comportamiento, acompañados de sufrimiento y compromiso del funcionamiento del individuo afectado, además de entidades que se prolongan en el tiempo o tienen un carácter recurrente. En la actualidad los trastornos mentales de tipo afectivo han tomado gran relevancia en la sociedad, impactando de manera importante en todos los sistemas de salud a nivel mundial. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. La depresión es un trastorno psicológico que ha ido en aumento en los últimos tiempos, en el 2001, el *Informe Mundial sobre la Salud*, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente¹, en nuestro país se cuenta con el último reporte registrado por la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica. Se ha encontrado en diversos estudios que la edad de comienzo es cada vez más temprana, la mayor incidencia se da entre los quince y los diecinueve años, la cual se mantiene igualmente elevada hasta los cuarenta años en los hombres y los cincuenta en las mujeres con un marcado despunte para la mujer en edades posteriores.² El adolescente pasa gran parte de su tiempo en la escuela, y en base a sus éxitos y fracasos se forma una imagen de competencia o incompetencia que forma de sí mismo, hasta el momento de adentrarse al ámbito universitario, que por sus características complejas, exigen nuevas formas de comportamiento para enfrentar situaciones nuevas, existen una serie de factores estresantes que pueden generar depresión. La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, el sexo, el estado socio económico y el programa académico cursado, y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambian la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo.¹⁻²

Diversos investigadores han realizado estudios en busca de la prevalencia de depresión en estudiantes a nivel licenciatura, tal es el caso de Rosete en el año 2003, quien busco la relación entre salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios, en las carreras de medicina, psicología y odontología, encontrando que de 576 alumnos reportados como positivos, el 32.6%, correspondieron a la carrera de Enfermería, el segundo lugar fue ocupado por la carrera de Psicología, con un 21.8%, el tercer lugar ocupado por la carrera de Odontología, con un 12%, seguido por la carrera de Médico Cirujano, 9.4%,³lo anterior otorgando una pauta de lo subvalorado que se encuentra este problema en la actualidad.

Se han encontrado diversos estudios en busca de factores que contribuyen a la presentación de casos de depresión en estudiantes a nivel universitario, tal es el caso de Petra-Micu, analizó las características familiares de estudiantes de medicina (médicos internos de pregrado) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) los cuales acudían a los centros de salud como parte de su rotación; Petra-Micu encontró que el 80% de sus padres estaban casados y que la mayoría (78.8%) tenían relaciones positivas con la madre; que existía una mayor satisfacción cuando la madre contaba con una escolaridad identificada como media completa; sus resultados sugieren que el pertenecer a una familia integrada facilita la conclusión satisfactoria de estudios superiores. Leyva, evaluó depresión y funcionalidad familiar en adolescentes mexicanos encontrando 29.8% de depresión en su muestra; presentándose con mayor frecuencia en las mujeres. Así mismo en los adolescentes con depresión la familia que se identificó con mayor frecuencia fue la Rígidamente-Desvinculada (Rígida-No relacionada). Gaviria encontró que la calidad de la relación familiar influye como un factor protector importante en el riesgo de depresión, su estudio mostró un aumento de riesgo de depresión a medida que disminuía la calidad de la relación familiar.⁴

Sin embargo es poco documentado la relación que ejerce el fundamento de la moral, la espiritualidad y la depresión, es por eso que en esta tesis se pretende abordar desde mencionada perspectiva.

1.2. Definición e historia:

1.2.1. Depresión y trastornos afectivos

Las conductas homogéneas deben poder describirse con una palabra, común a todas las conductas ligadas al mismo concepto. La utilización de la palabra “depresión”, “trastornos depresivos”, “trastornos afectivos” o “alteraciones del humor”, ha complicado los aspectos nosográficos debido a sus múltiples usos en psiquiatría y psicología. Es por eso que el proceso aparentemente banal de definir una palabra (en este caso “depresión”). Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” al que se sumaba un ánimo triste característico. En diferentes textos hipocráticos, a esta tristeza se le añadió pronto otro síntoma fundamental: el miedo, de forma que el concepto clásico de melancolía estaba ligado al de una asociación entre estas dos pasiones (tristeza y miedo).⁵En el Renacimiento, la creencia en el determinismo astrológico dio lugar a una concepción del mundo como un macro-microcosmos armónico. En estos parámetros, la influencia de Saturno (elemento de tierra, del viento del norte, del invierno y la ancianidad), permitía describir un temperamento melancólico, caracterizado como seco, frío, taciturno y malhumorado, especialmente entre los ancianos.⁵El concepto de euthymia, de origen filosófico (Demócrito), se corresponde con un concepto abstracto, o un estado ideal, correspondiente al actual de salud. En la terminología médica, eutimia se oponía a la oxythymia (exaltación dolorosa del timo y de toda la zona del precordio), pero también a la dysthymia, estado emocional a lo que los latinos denominamos tristia (tristeza). Mientras que para los filósofos griegos la melancolía se podía deber a la pérdida de la eutimia (y por tanto, se emparentaba con la tristeza), los médicos hipocráticos tenían una concepción mucho más somática que la emparentada con su compañera la frenitis (el extremo confusional de la melancolía) y con la hipocondría (su extremo más somático).⁵

1.2.2. Definición y carácter histórico de la moral

La moral debe ser entendida como el conjunto de normas y reglas de acción destinada a regular las relaciones de los individuos en una comunidad social dada por lo que el significado, función y validez de ellas no pueden dejar de variar históricamente en las diferentes sociedades.⁶ En el entendido de lo citado anteriormente resulta menester comprender como la moral ha influido en el actuar social e individual de cada una de las culturas para lo cual resulta fundamental entender que la moral debe entenderse como una concepción ahistorica. Este ahistoricismo moral, en el campo de la reflexión ética sigue tres direcciones fundamentales:

1. La naturaleza como origen o fuente moral: la conducta humana moral sería un aspecto de la conducta natural, biológica. Por lo tanto las cualidades morales tendrían su origen en los instintos y podrían encontrarse en los animales, por lo tanto los animales conocerían casi todos los sentimientos morales del hombre: amor, felicidad, lealtad, etc. ⁶
2. Dios como origen o fuente de la moral: las normas morales derivarían de una potencia suprahumana, cuyos mandamientos constituyen los principios y normas morales. Las raíces de la moral no estarían entonces en el hombre, sino por fuera o encima de él.⁶
3. El hombre como origen y fuente de la moral: en este punto debemos conceptualizar al hombre como un ser dotado de una esencia e inmutable, inherente a todos los individuos cualquiera que sea la situación social.⁶

Las tres concepciones anteriores del origen de la moral coinciden en buscar fuera del hombre concreto y real el origen de la moral. A lo largo de la historia la religión por medio de la iglesia como instrumento designado por un ser supremo ha logrado cambiar la moral en cada época dependiendo de la estructura social en la que se encuentra, designando cierto privilegios o restricciones a cada uno de los individuos que la conforman. Por ejemplo la moral de la sociedad medieval respondía a sus características económico-sociales y espirituales. De acuerdo con el papel de la iglesia en la vida espiritual de la sociedad, la moral estaba impregnada de un contenido religioso, y puesto que el poder espiritual eclesiástico

era aceptado por todos los miembros de la comunidad. Un ejemplo de lo anterior es el código de los nobles o caballeros con su moral caballerescas y aristocrática caracterizada por su desprecio al trabajo físico, su exaltación del ocio y la guerra, la moral caballerescas partía de la premisa de que el noble, por el hecho de serlo, tenía ya una serie de cualidades morales que lo distinguían de los plebeyos y siervos.⁶La sociedad actual no queda exenta de la influencia de la religión en la conducta y moral, sin embargo hoy en día ya no se es aceptado el régimen religioso impuesto por todos debido a la nueva tendencia científico-cultural lo cual muchas veces lleva a un enfrentamiento entre ideologías lo cual provocara conflictos internos ya que representa una restructuración de la conducta del propio individuo resultando muchas veces en un trastorno afectivo.

1.2.3. Creencias religiosas y proceso salud enfermedad

El concepto de salud establece que debe existir un equilibrio y estado de bienestar en aspectos físicos, psíquicos y sociales, una vez que se comprende este concepto resulta fácil entender qué aspectos socioculturales son capaces de modificar el estado de salud llevando a un individuo a enfermar o mantener su estado de salud.

Las ideas religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés en cuanto a su relación con el mantenimiento y recuperación de la salud desde la mitad del siglo XX sobre todo en el último decenio existiendo amplios trabajos en los cuales se toman temas de interés como son; la relevancia que tiene la religión para la psicoterapia (Bering, 1991), el fomento del estado de ánimo más positivo (de Miguel, 1994), la menor probabilidad de implicarse en el alcoholismo.⁷

La forma en que la religión interviene con el proceso salud enfermedad se puede resumir de la siguiente forma:

1. Conductual : los individuos llevan a cabo acciones predeterminadas según cada religión que son consideradas como saludables ⁷
2. De coherencia: explicado por el sentido de coherencia que proveen las interpretaciones religiosas de las situaciones de la vida ⁷

3. De la teodicea: a través de la cual en igualdad de condiciones de enfermedad al aumentar el nivel de implicación religiosa, disminuye el nivel subjetivo de sufrimiento ⁷

En el entendido que la religión interfiere en el proceso de salud enfermedad por los mecanismos ya mencionados surge la interrogante ¿Cómo llevar a la práctica de la salud estos conocimientos?

King y Dein (1998) refirieron la necesidad de hacer considerar la relevancia de las creencias religiosas en profesionales de la salud para aprovechar al máximo la tendencia natural y espontánea de los creyentes a llevar a cabo conductas saludables según lo dicta su religión. Por lo tanto la actitud del profesional de salud debe distar de minimizar la creencia o valores impuestos por una religión, evitando eliminar o modificar los preceptos doctrinados que rigen al creyente ya que con esto solo se conseguirá romper el rapport y la empatía que todo trabajador de la salud debe establecer para lograr una buena práctica médica y con esto lograr el impacto deseado .⁷

1.3. Moral religiosa y disyuntiva en base a lo bueno y lo malo.

Nietzsche dentro de su texto titulado "*la genealogía de la moral*", podemos encontrar la sospecha de ¿Cuál es el origen de aquello que entendemos por bien y aquello que entendemos por mal?, donde menciona como pronto aprendió a separar el prejuicio teológico del prejuicio moral, y no buscarlo por detrás del mundo, otorgando un aleccionamiento histórico y filológico, y además una innata capacidad selectiva en lo que respecta a las cuestiones psicológicas en general, encontrando la siguiente cuestión ¿en qué condiciones se inventó el hombre esos juicios de valor que son las palabras bueno y malvado?.⁸ Analizar la situación concreta que origina nuestra moral no solo implica el estudio referido por Nietzsche, sino también otras cuestiones ¿el uso de la moral ha originado un progreso, un bienestar o a contribuido a un desarrollo en la humanidad, o por el contrario se ha convertido en una limitante hacia la voluntad de vivir?

Por lo anterior podemos dilucidar que el ser humano se encuentra en una constante búsqueda de respuestas, esto viene sucediendo desde el periodo

arcaico, donde todo ser humano se ha desarrollado junto a una búsqueda afectiva que despliega un orden de tipo sagrado, en ese instante se funda una emoción humana que extiende un sinfín de signos evidentes que hacen referencia al sentimiento por lo sagrado. Esto en consecuencia ha originado la búsqueda de lo superior que provoca el nacimiento de un principio religioso, llegando a ser un elemento concluyente de la naturaleza humana.⁹ Se ha sostenido que el momento arcaico percibe y conoce las normas por medio de una valoración comunitaria afectiva, dando acceso al bien social, por tal motivo las sociedades tradicionales se instruyen axiológicamente por medio de ritos, cultura, captando sus valores como ideas trascendentales a través de la educación secular de valores religiosos, entendiendo lo anterior es innegable que el factor religioso es participe de nuestra exigida y fundada moralidad, siendo esto aplicable a cualquiera de los ámbitos de la sociedad, como lo es el estudiantil, el cual a pesar de una situación específica de creer o no en Dios, siendo este el medio a través del cual la cultura se sostiene el ejercicio de actos que a simple vista no revelan una raíz religiosa.

En el contexto de globalización de las formas de comportamiento y de pluralismo ético, la reflexión sobre la relación entre las fuentes puede ayudar a la discusión actual sobre diversos temas de moral, particularmente en sociedades donde conviven los diversos niveles socioculturales de la modernidad, tal como ocurre en la mayoría de las grandes ciudades. Se observan tendencias donde se fundamenta la moral, inicialmente se considera a la razón como estructura cognoscitiva básica, sobre la cual la fe completa y plenifica el edificio de la moral, de manera secundaria se propone que la razón no se encuentra antes ni después de la fe, si no dentro del mismo acto en que esta existe.¹⁰ Por lo anterior resulta fundamental para los jóvenes médicos en formación el estudio de la moral religiosa, y que tanto influye en la presentación de los trastornos del estado de ánimo, como lo es la depresión.

1.4. Etiología

Múltiples estudios genéticos y sobre los efectos de los antidepresivos han arrojado como resultado cierta base biológica en la presentación de la depresión, siendo los factores psicológicos precipitantes en la aparición de la misma. La

hipótesis más importante que se ofrece para el estudio de los trastornos del estado de ánimo nos conducen a una alteración en la regulación de los sistemas neurotransmisores monoaminicos, en particular los de noradrenalina y serotonina. Siendo estos los encargados de funciones como la regulación tónica de las funciones vegetativas como excitación, movilidad, sueño, agresividad y otras, por lo cual se justifica su papel hipotético. ¹¹

Existe evidencia que niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.¹²

Serotonina: La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafé, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral. La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hematoencefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. Ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina.¹²

Noradrenalina: El Locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El Locus coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en

episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar.¹²

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis.¹²

El aminoácido tirosina es el precursor indispensable para la síntesis de la NA. La tirosina es primero convertida a dopa (dihidroxifenilalanina) por la tirosina-hidroxilasa. La dopa es convertida a noradrenalina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa.¹²

Dopamina: La dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la pars compacta del Locus níger; y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la substantia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico- cortical). Una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisaria), aunque esta última solamente participa en la síntesis de prolactina.¹²

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina.¹²

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón dichos neurotransmisores han sido el centro de estudios neurocientíficos durante muchos años.¹²

1.5. Factores de riesgo para depresión

Estudiar una carrera de ciencias de la salud se caracteriza por una exigencia académica elevada, como ya es mencionado anteriormente al inicio de este trabajo, El sentirse bajo presión por los exámenes, falta de apoyo familiar, experimentar presión por parte de sus profesores y tener dificultades económicas y relacionales, son características que se ha demostrado que están asociadas con una sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de ciencias de la salud.¹³Se ha encontrado que el estrato socioeconómico aparece como un factor fundamental desencadenante de dicha enfermedad, ya que a menor estrato socioeconómico al que pertenezcan los jóvenes, mayor nivel de depresión aparecerá.¹⁻¹³La conformidad con el rendimiento académico es un factor determinante para la presentación de episodios depresivos en estudiantes, pudiendo ser este “bueno” o “malo” según los estándares particulares de cada individuo, dependiendo este factor de la percepción o impresión del individuo en relación con su desempeño o rendimiento académico y no del resultado académico real.¹⁻¹³Otro factor que influye en la presentación de depresión en estudiantes de medicina, es el tipo de familia que interviene durante su formación, siendo las relaciones de hostilidad y rechazo, así como la expresión no controlada de la ira, la cólera y la agresividad entre los miembros de la familia factor determinante para el desarrollo de episodios depresivos. Por otra parte otro factor interviniente en la depresión es la importancia que los adolescentes y sus familias les dan a los acontecimientos negativos así como la interpretación que hacen de ellos.¹⁴Se ha encontrado que las mujeres son propensas a desarrollar esta patología por situaciones biológicas como los cambios hormonales, estrés, responsabilidades o exceso de trabajo como parte de un rol natural, en comparación con el papel social masculino, en donde sus procesos biológicos y

sociales son menos marcados, ya que al análisis de una mayor vulnerabilidad se encontró que mientras las mujeres suelen dirigirse hacia un manejo de emociones, los hombres se centran en la solución de los problemas. En lo que respecta a las variables de estado civil e hijos, éstas no representan un factor de interés para establecerlo como un determinante en la presencia de estados depresivos, datos que respaldan en su estudio al establecer que estas características no permiten crear una diferenciación para determinar las posibles causas de episodios depresivos. Sin embargo, algunos autores establecen que la presencia de depresión está íntimamente ligada a estructura y composición de un hogar, así como el estado civil. En las últimas décadas la presencia de episodios depresivos ha estado muy relacionada con el consumo de sustancias como el alcohol y tabaco, en donde a la revisión de las historias clínicas de los pacientes, las personas deprimidas tienden a consumirlas más.¹⁵ Otros factores poco estudiados y observados en el desempeño de los estudiantes de medicina, se encuentran sus fundamentos espirituales y religiosos (situación que se pretende abordar mediante nuestro instrumento de trabajo).

1.6. Cuadro clínico

Para poder entender la sintomatología y signología propia de la depresión debemos entender los conceptos de emoción y estado de ánimo ya que muchas veces son considerados como sinónimos lo que ocasiona confusiones al momento de intentar identificar un trastorno del estado de ánimo. Se debe considerar a la emoción como un estado puntual, reactivo y causado por un acontecimiento que normalmente precede inmediatamente en el tiempo. Es decir cada vez que experimentamos una interrupción en el flujo de la vida se producen emociones. Cada interrupción en el flujo de la vida produce un cambio en nuestro espacio de posibilidades, a este cambio ya sea que se le juzgue positiva o negativamente lo asociamos a una emoción. Por el contrario el estado de ánimo es una emocionalidad que no remite necesariamente a causas específicas y que, normalmente, no podemos relacionar con acontecimientos determinados. Estemos donde estemos y hagamos lo que hagamos siempre estamos en un determinado

estado de ánimo que si bien puede expresarse con una gran gamma de matices siempre será el mismo.

Una vez comprendida la diferencia entre estados de ánimo y emociones podemos describir un estado de ánimo característico de las personas deprimidas en el cual comúnmente las personas cercanas al individuo deprimido lo perciben como callado, distante, serio, aislado, irritable, etc.¹⁶ Lo citado anteriormente debe ser considerado como un dato significativo del cambio de carácter del individuo deprimido ya que de no existir un cambio no debe ser considerado como trastorno del estado de ánimo.

Otras de las características de la sintomatología del paciente deprimido es que por lo general se convierte en una persona poco tolerante, refiere que solo a él le suceden eventos perjudiciales para su estado de salud. Algo característico es que el paciente es consciente de que la sintomatología se exagera en cierto espacio temporal del día y disminuye al transcurrir el tiempo convirtiéndose en un ciclo que de continuar sin tratamiento se volverá una rutina de vida que el considerara como normal.¹⁶ Puede existir llanto que con frecuencia aparecerá de manera fácil al evocar experiencias negativas evidenciando la gran labilidad emocional que provoca la depresión.

Dentro de los principales síntomas asociados a la depresión encontramos:

- Pérdida del interés
- Sentimientos de culpa
- Ideas suicidas
- Insomnio y otros trastornos del sueño
- Anhedonia
- Fatiga
- Agitación Psicomotriz y Ansiedad Psíquica
- Sentimientos de culpa

1.7. Clasificación de trastornos depresivos y criterios diagnósticos.¹⁷

Para clasificar los trastornos psiquiátricos entre los cuales se encuentra la depresión se utiliza como estándar de oro los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales conocido como DSM IV TR (versión actual). Por lo tanto clasificaremos a los trastornos depresivos según lo propuesto en dicho manual.

1.7.1. Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

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 (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

1.7.2. Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único

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 a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

0 Leve. 1 Moderado. 2 Grave sin síntomas psicóticos. 3 Grave con síntomas psicóticos. 4 En remisión parcial/en remisión total. 9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico Con síntomas catatónicos

Crónico Con síntomas melancólicos

Crónico Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

1.7.3. Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 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.

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 a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

0 Leve. 1 Moderado. 2 Grave sin síntomas psicóticos. 3 Grave con síntomas psicóticos. 4 En remisión parcial/en remisión total. 9 No especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico Con síntomas catatónicos Con síntomas melancólicos Con síntomas atípeos De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica) Con patrón estacional

1.7.4. Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1.Pérdida o aumento de apetito, **2.**Insomnio o hipersomnia, **3.**Falta de energía o fatiga, **4.**Baja autoestima, **5.**Dificultades para concentrarse o

para tomar decisiones, **6.Sentimientos de desesperanza.**

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, 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 previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) 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 son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años **Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

1.7.5. Criterios para el diagnóstico de Trastorno ciclotímico

A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nota: En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

D. Los síntomas del Criterio A 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.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1.7.6. Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico,

sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

1.8. Métodos diagnósticos

Una vez que se ha sospechado algún trastorno de ansiedad este debe ser diagnosticado sin embargo uno de los grandes problemas a los que nos enfrentamos es ¿cómo evidenciar un problema que parte de una noción totalmente subjetiva? Para resolver el cuestionamiento anterior podemos hacer uso de entrevistas clínicas estructuradas en forma de cuestionarios con respuestas dicotómicas, cuyas respuestas serán valoradas cuantitativamente permitiendo según el resultado arrojado clasificar a la depresión en cuanto a su severidad. Los cuestionarios y escalas pueden usarse con finalidades investigadoras o de cribado de posibles casos de trastorno depresivo¹⁸.

Teniendo en cuenta que el médico de Atención Primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta, que la prevalencia de estos trastornos es alta (entre un 20

y 25%) y además, que existen presentaciones atípicas tanto de los trastornos de ansiedad como de los depresivos; se entiende que más del 50% de los casos queden sin diagnosticar y sin tratamiento correcto. Por tanto se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías¹⁹.

Las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión y ansiedad, de más fácil y frecuente utilización, en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes¹⁹.

1. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg¹⁻¹⁹: Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Características:

- Está dirigida a la población general.
 - Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas: Una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
 - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
 - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
 - La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
 - Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
 - Todos los ítems tienen la misma puntuación.
 - Siguen un orden de gravedad creciente.
 - Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.
2. Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) ¹⁻¹⁹. La HDRS es la de mayor

uso para evaluar la depresión, considerándose la escala patrón de todas las escalas de su tipo. No es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al diagnóstico de depresión. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento.

Características:

- Es una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista.
 - La prueba consta de 17 ítems.
 - Algunos de los ítems se valoran de 0 a 2 y otros de 0 a 4 puntos.
 - El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 52 puntos:
 - Una puntuación igual o superior a 25 corresponde a una depresión grave.
 - Una puntuación entre 7 y 17 corresponde a una depresión moderada.
 - Valores inferiores son indicativos de la ausencia o remisión del trastorno.
3. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) ¹⁻¹⁹: Es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión. Constituye un apoyo para confirmar la sospecha de diagnóstico. Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes. Características:
- Es una escala heteroadministrada, mediante entrevista.
 - La prueba consta de 10 ítems.
 - Cada ítem se puntúa de 0 (ausencia de síntomas) a 6 (máximo nivel de gravedad).
 - El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 60 puntos.
 - En los estudios se suele utilizar puntuación igual o superior a 18 puntos como confirmación de depresión, pero no hay un punto de corte establecido.
 - Una puntuación inferior a 10 indica ausencia del trastorno.
 - El orden de gravedad es creciente.
4. Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage¹⁻¹⁹: Escala adaptada específicamente a la población anciana. Es muy importante la valoración previa del posible deterioro cognitivo, ya que este puede

invalidarla. Exige muy poco tiempo para su administración, evitando y reduciendo así problemas relacionados con la fatiga y atención que pudiesen surgir en la evaluación de este grupo. Es de gran utilidad como herramienta de apoyo para realizar un diagnóstico precoz.

Características:

- Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años
- La prueba consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas SÍ/NO
- El rango de puntuación oscila de 0 a 15
- Respuestas afirmativas a los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 equivalen a 1 punto
- Respuestas negativas a los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 equivalen a 1 punto.

Valoración:

- Una puntuación mayor o igual a 10 corresponde a una depresión severa
- Una puntuación de 6 a 9 corresponde a una depresión leve
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

5. Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde²⁰: La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

6. Inventario de Depresión de Beck (BDI) ²¹: El Inventario de Depresión de

Beck- BDI; es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

1.9. Tratamiento.

Dentro de los objetivos en el tratamiento de un trastorno de tipo depresivo se pretende, acompañar al paciente en su proceso de identificación y elaborar las causas de su sufrimiento mental hasta donde sea posible, aumentando su capacidad de comprender, trabajar y afrontar nuevas situaciones, en segunda instancia alcanzar la remisión, es decir, la desaparición completa de la sintomatología depresiva y su recuperación funcional, en tercer lugar se habla de la prevención de las recaídas, recurrencias o recidivas.

Al igual que en el resto de la población, en los alumnos de medicina es fundamental cuidar su relación asistencial, esto lográndose por medio de alianzas terapéuticas, las cuales deben estar basadas en la confianza, evitar juicios de valor o simplificaciones, intentando comprender la personalidad del paciente y sus creencias y fantasías sobre la depresión y el posible soporte de miembros de la familia. Es por eso que dentro del tratamiento de la depresión existen tres tipos de terapias, farmacológicas, psicológicas y mixta.¹⁻²¹

1.9.1. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico viene a ser prioritario dentro del trastorno depresivo, siendo fundamental y de primera línea en la depresión moderada o grave, a diferencia del trastorno depresivo mayor leve, en el cual no

está recomendado administrar fármacos, excepto si ese paciente ha presentado depresión moderada o grave.¹⁻²¹ Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor, esto data su eficacia y amplia experiencia de uso, otros fármacos ampliamente usados son los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos. La selección de los fármacos debe hacerse en función de sus características, siendo estas las más relevantes, tolerancia, efectos secundarios, riesgo de letalidad en intentos de suicidio, y relación coste/eficacia¹⁻²¹, también debe considerarse la morbilidad psiquiátrica y las características de la persona a tratar. En la infancia y adolescencia el fármaco de elección y recomendado es la fluoxetina y la sertralina o citalopram como fármacos de segunda línea, sin embargo es recomendable que en estos pacientes se mantenga una vigilancia estrecha por el riesgo de aumento en la ideación suicida.

Para el tratamiento farmacológico se divide en tres fases:

Fase de inicio, que dura hasta que se obtiene la remisión del cuadro y la recuperación funcional. Se propone iniciar el tratamiento con fluoxetina, paroxetina, citalopram o sertralina en la dosis habitualmente efectiva, aunque por precaución, en personas mayores o con dificultades para tolerar la introducción de fármacos nuevos, se puede indicar la mitad de la dosis durante los primeros 2 o 3 días, para alcanzar la dosis mínima eficaz en menos de 1 semana. Si solo hay respuesta parcial a las 3-4 semanas de comenzar el tratamiento con la dosis mínima efectiva, se puede aumentar la dosis progresivamente hasta alcanzar las dosis máximas. Si no se obtiene respuesta a las 3-4 semanas, y antes de cambiar de fármaco, debe revisarse el diagnóstico de trastorno depresivo, verificar el cumplimiento del tratamiento y confirmar que se esté dando el antidepresivo en el tiempo y dosis adecuadas. No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si después de 3 semanas de tratamiento no se produce ninguna respuesta. En caso de que un ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro del mismo grupo. Se considera que una depresión es resistente cuando, administrando dos antidepresivos consecutivamente en dosis máximas y durante un mínimo de 8 semanas cada uno de ellos, no se aprecia una

mejoría significativa. Ese es un motivo para comentar el caso en interconsulta y valorar si es necesario remitirlo al especialista en psiquiatría.

Fase de continuación, que tiene como objetivos evitar recaídas y sostener la mejoría conseguida. El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión. En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión. La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión. Finalizada esta fase, y si el paciente permanece sin síntomas, hay que plantear la suspensión gradual del tratamiento, supervisada para detectar una eventual reaparición de los síntomas depresivos, lo que obligaría a reinstaurar el antidepresivo en dosis completas. Debe distinguirse entre la reaparición de los síntomas depresivos ante la retirada del antidepresivo y el síndrome de discontinuación de antidepresivos. Para evitar este síndrome, la retirada del tratamiento debe ser gradual, completarla en 4 a 8 semanas, disminuyendo un 25% de dosis a la semana.

Fase de mantenimiento, que se propone cuando ha habido recurrencias para evitar otras nuevas, y su duración debe ser de 1 año o más, valorando el riesgo de recurrencia, la gravedad de los episodios depresivos previos y las preferencias de la persona a tratar. La duración del tratamiento de mantenimiento debe ser individualizada y puede prolongarse de 1 a 5 años. La dosis del antidepresivo debería ser la misma que fue efectiva en las fases agudas y de continuación.²²

1.9.2. Tratamiento Psicológico

Los tratamientos psicológicos considerados aquí se reparten en tres grandes grupos: terapia de conducta, terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual y psicoterapia interpersonal.

Terapia conductual ²³

Dentro de la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de

conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, se han desarrollado tres formas de tratamiento: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el afrontamiento de la depresión. Los otros tres procedimientos son los siguientes, cuyo acento también está declarado por el título: 4) Terapia de Autocontrol, 5) Terapia de Solución de Problemas, y 6) Terapia Conductual de Pareja.

A continuación se detallan las tres principales formas de tratamiento:

1) El Programa de Actividades Agradables consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.

2) El Entrenamiento de Habilidades Sociales es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela).

3) El Curso para el Afrontamiento de la Depresión, CAD, es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo. El curso, inicialmente diseñado para adultos con depresión, se ha extendido a una variedad de poblaciones y condiciones tales como adolescentes, mayores, cuidadores de mayores, grupos minoritarios, y en la prevención de la recaída y la prevención primaria y secundaria. El programa se concibe como un tratamiento psico-educativo, donde el terapeuta hace más bien el papel-de-instructor o líder del grupo que el papel de terapeuta tradicional, mientras que, por su lado, los participantes son más participantes de un curso de aprendizaje que pacientes receptores de un tratamiento. Los

contenidos del programa son multimodales, pero su núcleo está en la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones y, finalmente, lo que constituye la última sesión y, por tanto, el sentido del curso, los «planes de la vida», donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes.²³

4) La Terapia de Autocontrol de Rehm, asume que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo. La terapia consiste en un programa estructurado de 6 a 12 sesiones, centrado en cada uno de dichos aspectos, disponible también para su aplicación en grupo.

5) La Terapia de Solución de Problemas relaciona la depresión, como ya declara el nombre, con la ineficiencia en la solución de problemas. La depresión ocurriría ante situaciones problemáticas, de modo que si no son resueltas traerían como consecuencia la «baja tasa de reforzamiento positivo» y de ahí la depresión. El procedimiento consiste en un programa estructurado, tanto para ser llevado en grupo como individualmente, de 8-12 sesiones, con una variedad de técnicas. La Terapia de Solución de Problemas para la depresión es homogénea con los planteamientos anteriores suscita, sin embargo, dos cuestiones particulares. Una es su dependencia de un modelo algorítmico de solución de problemas impersonales, cuando la depresión tiene más bien que ver con problemas interpersonales. La otra cuestión hace al caso de que las personas deprimidas, más que tener propiamente deficiencias en un supuesto proceso de solución de problemas, acaso tengan actitudes pasivas y de evitación y se centren «rumiativamente» en su propia conciencia emocional, a diferencia de los no-depresivos, de manera que su depresión no se debería necesaria ni probablemente a la carencia de dichas habilidades.

6) La Terapia Conductual de Pareja trata la depresión en el contexto de una relación inter-personal. Aunque el contexto social no era ajeno a los procedimientos anteriores y, en realidad, no lo es a ningún tratamiento psicológico, la terapia de pareja, y en su caso de familia, incorporan la relación como elemento esencial o, dicho de otra manera, sitúan la depresión en la relación de la persona

deprimida con las otras personas que forman parte de su ámbito familiar (y en particular su cónyuge).²³

7.2 Terapia cognitiva

La terapia cognitiva de la depresión tiene sus orígenes desde los años 50 siendo desarrollada por Aarón Beck, llegando a ser conocida incluso como “terapia de Beck”. El merito de esta terapia en comparación con otros tipos de terapia radica en que fue diseñada específicamente para evaluar a la depresión sin tomar en consideración su posible uso en otros trastornos del afecto¹⁻²³.

La Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debidos a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información²³.

La terapia conductual entonces debe ser concebida como un modelo flexible e interactivo aplicado a nivel individual, familiar y de grupo, con un conjunto de técnicas estructuradas que se ajustan a cada paciente en función de sus necesidades. La intervención está muy vinculada a la evaluación o análisis funcional de la conducta depresiva e incluye una combinación de técnicas en función de las áreas motoras, fisiológicas o cognitivas afectadas²⁴. La forma en la que la terapia cognitiva es capaz de evocar y desencadenar cambios en la conducta de los pacientes deprimidos es por medio de técnicas como lo son:

- Entrenamiento en anticipaciones positivas²⁴: En situación de relajación el paciente anticipa el disfrute de alguna de las actividades agradables programadas, lo más vívidamente posible y en imaginación.
- Proyección en el tiempo con refuerzo positivo²⁴: Situación similar a la anterior, en la que el paciente se proyecta en el tiempo gradualmente realizando actividades placenteras. Tras varias sesiones y con la nueva perspectiva creada, se pone en práctica lo proyectado gradualmente.

- Deprivación estimular²⁴: En algunas clínicas se somete al paciente depresivo a un período de ocho días de deprivación estimular, con la finalidad hipotética de hacerlo mas sensible a los estímulos de un programa de reforzamiento.
- Resensibilización sistemática²⁴: Desensibilización sistemática que asocia las actividades de un programa de refuerzos con consecuencias positivas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una entidad clínica que ocupa uno de los primeros lugares como motivo de consulta en los servicios de psiquiatría. El trastorno puede presentarse a cualquier edad inclusive en la infancia y adolescencia temprana. El Manual texto revisado (DSM-IV TR por sus siglas en inglés) establece una serie de criterios diagnósticos descriptivos para su aplicación en el trabajo clínico y en el de investigación y señala una prevalencia de este trastorno en adultos del 5-9% para el sexo femenino y de 2-3% para el masculino. Durante toda la vida se puede presentar algún trastorno afectivo, sin embargo existen ciertos acontecimientos que se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia o en el comienzo de la transición de adolescente a adulto como son el ingreso a una universidad, la elección de una carrera, inicio de actividades laborales, escoger una pareja y el distanciamiento de los vínculos parentales, todas las anteriores situaciones que pueden desencadenar un episodio de depresión en personas susceptibles. Dentro de la población susceptible se encuentra la población estudiantil la cual al ser sometida al estrés de tomar dichas decisiones cruciales para la vida caen en episodios de depresión tal y como lo han señalado estudios en los cuales se reportan síntomas depresión en estudiantes de nivel medio superior de México reportándose con una incidencia del 30 al 49.3%²⁵. El conocimiento de los trastornos depresivos es limitado a pesar de su alta incidencia a nivel mundial, por lo anterior se tiene la necesidad de conocer características propias de cada población y grupos específicos de una sociedad con el fin de lograr identificar los factores que pueden llegar a desencadenar un trastorno depresivo ²⁶. Un ejemplo claro de lo anterior es que una de las principales preocupaciones de las universidades es lograr una preparación óptima para lograr que sus estudiantes se conviertan en excelentes profesionales alcanzando altos estándares en cuanto a nivel educativo, para lograr ese objetivo es necesario someter a los estudiantes a largas jornadas de trabajo, ignorando su vida personal, sus relaciones familiares y sociales, ejecutando acciones en las que incluso en ocasiones se ve menospreciado el valor del trabajo que el estudiante ejerce creando con todo esto, una atmósfera estresante dado el alto nivel de exigencia solicitado por las

autoridades educativas, funcionando todos estos factores como el detonador de un episodio de depresión en el estudiante que muchas veces es ignorado. El estado de salud de cada uno de los integrantes de cada universidad debería de ser evaluado constantemente, siendo esta necesidad prioritaria en facultades en las cuales los niveles de exigencia son considerados factores de riesgo para quebrantar el estado de salud del estudiante. Tal es el caso de los estudiantes de facultades de medicina quienes son víctimas de la depresión y a pesar de conocer las necesidades afectivas de estos no son tomadas en cuenta, sin contar con programas de detección oportuna de estos problemas para dar un tratamiento precoz tal y como lo dictaminan los niveles de prevención de Leavell y Clark. En un estudio realizado en la Universidad Pontificia Javeriana en alumnos de medicina, se encontró que las situaciones generadoras de depresión más frecuentes fueron: responsabilidad clínica frente al paciente, sentimientos de impotencia e incapacidad en ciertas situaciones clínicas, limitaciones de la medicina para curar, presentación de exámenes y el tiempo o energía insuficientes para atender necesidades físicas, así como el tipo de familia y las creencias del alumno son posibles determinantes para la presencia del padecimiento. Estos resultados favorecen la hipótesis de que las situaciones vinculadas a sentimientos de incapacidad y minusvalía resultaban del enfrentamiento de la realidad con expectativas no realistas (deformadas por la idealización y por tanto imposibles de cumplir). Uno de los factores al que no se le da la importancia merecida a pesar de ser uno de los que mas influye en el estado de ánimo es la espiritualidad, factor íntimamente relacionado con la moral religiosa. A la espiritualidad se le relaciona con sentimientos y creencias profundas a menudo religiosas como por ejemplo la sensación de paz, el propósito de vida, la relación con otros y además creencias acerca del sentido de la vida, todas ellas ideologías que marcarán el comportamiento y estado de ánimo de cada individuo. Lo anterior se puede ver demostrado en el estudio realizado en el Hospital Mario Mendoza en el que se aplicó la escala de Zung además de una escala de creencias e involucramiento espiritual en la cual se reportó que el 72% presento depresión encontrando una fuerte relación con ideologías religiosas.²⁷ En relación a lo anterior planteamos la

siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la relación entre la moral religiosa y la presencia de depresión en alumnos de la Licenciatura Médico Cirujano?.

3. JUSTIFICACIÓN

Nuestra sociedad se ve inmersa en innumerables cambios de ideologías y modas que cada vez exigen más a cada uno de los individuos por lo que el ambiente en el que nos encontramos se torna más estresante llegando incluso al punto en que resulta imposible mantener un estado de salud óptimo cayendo en lo que según definiciones operacionales establecen como depresión. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a gran parte de la población y que en nuestro entorno esta subvaluado. Existen innumerables hipótesis que establecen relaciones de depresión con el ambiente estresante en el que nos encontramos inmersos sin embargo no se da la atención necesaria al problema. Para poder comprobar como el nuevo estilo de vida impuesto por nuevas ideologías y modas basta con observar y analizar nuestro propio comportamiento ya que la depresión no respeta edad, religión, sexo u otras variables pudiendo afectar a cualquiera. Sin importar lo anteriormente citado es lógico que existan ciertos grupos que se ven mayormente afectados. Estos grupos son los que viven bajo mayores exigencias como los son los estudiantes de la Licenciatura de Médico Cirujano, quienes se ven envueltos en una serie de exigencias académicas y sociales que deben ser cumplidas para lograr culminar una carrera y lograr el estatus esperado con este evento, sin embargo el rol del estudiante de medicina debe satisfacer expectativas educacionales y sociales que muchas veces son contradictorias. El fracaso en alcanzar estas expectativas lleva al estudiante a la depresión, sin embargo y a pesar de parecer obvio lo citado anteriormente no se da seguimiento a este tipo de patologías que afectan a nuestra comunidad estudiantil, por lo que con el presente trabajo y con la aplicación de nuestro instrumento evidenciaremos cuantitativa y cualitativamente cómo la depresión afecta a la comunidad estudiantil de la carrera de Médico cirujano de la Universidad Autónoma del Estado de México. La moral se ha convertido en un tema de controversia en todos los niveles de la sociedad, dada su relevancia y su actual estudio por parte de la Bioética, en la cual se estudian los diferentes factores que intervienen en la moral, y cómo es expresada en los diferentes ámbitos de la sociedad. En la Licenciatura de Médico Cirujano, se

menciona es básico tener una moral bien fundamentada, sin embargo ante las distintas problemáticas y tendencias mundiales, se presenta la incógnita de ¿En que se rige la moral?, no estando exentos los estudiantes de medicina, quienes a menudo enfrentan conflictos, con base en que fundamentar sus ideologías. En el estudio de la moral se tiene conocimiento de que diversas corrientes son participes en la misma, siendo la religión uno de los factores con mayor repercusión en este tema, a menudo es común encontrar un conflicto en la juventud sobre la existencia de un ser superior que rige el comportamiento de los seres humanos, y ante la presencia de múltiples corrientes religiosas y sus diferentes normas de conducta, observamos como la moral se ha vuelto tan controversial y plástica que es imposible definir un comportamiento moral 100% correcto. La carrera de MédicoCirujano se ha caracterizado por ser una de las licenciaturas mas complejas y con mayor exigencia, siendo esta una de las más nobles profesiones, puesto que su medio de trabajo es la vida y las patologías que en torno a ella giran, representadas en su mayoría de ocasiones por dolor y sufrimiento, para lo cual el Médico tiene que tener bien cimentados su valores morales y éticos, por lo que es de vital importancia que durante toda su formación su moral sea fortalecida para poder enfrentar los diferentes retos que en su ejercicio profesional se le presente. El propósito del presente trabajo es determinar la relación de la moral religiosa con la depresión en alumnos de medicina.

4. HIPÓTESIS

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, por lo que no se plantea hipótesis.

5. OBJETIVOS

5.1. General

- Determinar la relación que guarda la presencia de depresión con la moral religiosa en estudiantes de la Licenciatura de Médico Cirujano de la UAEMéx, 2012.

5.2. Específicos

- Reconocer la intervención de la moral religiosa en el desarrollo de la depresión en alumnos de medicina.
1. Clasificar a los alumnos según su edad y género.
 2. Clasificar a los alumnos, según si presentan o no depresión
 3. Clasificar a los alumnos, según el grado de depresión presentada.
 4. Determinar la relación de los alumnos con depresión y su moral religiosa.
 5. Determinar la relación de los alumnos eutímicos y su moral religiosa.
 6. Determinar la relación del individualismo y la moral de los alumnos

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño del estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

6.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Clasificación	Unidad de Medida	Escala
Edad	Lapso de tiempo que ocurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Cuantitativa Continua	Años	16-25
Género	Clasificación de las personas de acuerdo a las características anatómicas y cromosómicas	Cualitativa Dicotómica		Hombre Mujer
Dios	Referencia a una suprema deidad	Cualitativa		Si No
Moral	Conjunto de creencias y normas de una persona o grupo social que determinará el obrar	Cualitativa Nominal		Si No
Cristianismo	Religión monoteísta de orígenes	Cualitativa Nominal		Si No

	semíticos que se basa en el reconocimiento de Jesús de Nazaret como su fundador y figura central.			
Individualismo	Posición moral, filosofía política, ideología, o punto de vista social que enfatiza "la dignidad moral del individuo"	Cualitativa Nominal		

6.3. Universo de Trabajo

Los alumnos inscritos en el ciclo escolar actual son 829, por lo cual a través de programa estadístico STATS™, se obtuvo un tamaño de la muestra de 150 alumnos con un nivel de confianza de 95.

6.3.1. Criterios de inclusión

Alumnos inscritos en el ciclo escolar 2012, en la Licenciatura de Médico Cirujano, independientemente de su edad, género y grado escolar, que acepten participar en el protocolo de investigación.

6.3.2. Criterios de exclusión

Alumnos que no están inscritos en el ciclo escolar 2012 de la Licenciatura de Médico Cirujano.

Aquellos alumnos que no acepten participar en el trabajo.

6.3.3. Criterios de eliminación

Las encuestas de los alumnos que no estén contestadas completamente.

6.4. Instrumento de investigación

El instrumento de investigación es una encuesta, la cual en su primera parte, recolecta datos como edad, género, preguntas dicotómicas acerca de sus creencias morales y religiosas. En un segundo apartado contiene un cuestionario basado en la escala de Zung, acerca de su estado de ánimo en los últimos 30 días, teniendo como opciones de respuesta, 4 frecuencias (Nunca o muy pocas veces, pocas veces, frecuentemente, casi siempre).

6.5. Desarrollo del proyecto

Previo al desarrollo de este protocolo se desarrolló un pilotaje, en el cual se aplicó el instrumento de investigación demostrando que el alumnado participante fue capaz de responder adecuadamente los cuestionamientos, con lo cual se demuestra que el instrumento es adecuado para fines de la investigación.

Se abordará a los alumnos de la Licenciatura de Médico Cirujano en sus aulas durante su horario de clases, previo permiso del catedrático en turno, se explicará a los alumnos la finalidad de este proyecto y a los estudiantes que decidan participar se les entregará un cuestionario.

Se explicará la primera fase del cuestionario, solicitando respondan de manera concreta y en base a sus ideologías morales y religiosas, posterior se procederá a comentar la segunda parte del cuestionario, solicitando se responda de manera sincera, en base a los últimos 30 días, una vez terminada la aplicación, se procederá a la recolección de las encuestas.

Una vez terminada la aplicación de los cuestionarios al total de la muestra, se analizarán los resultados y se calificarán las escalas de Zung, clasificando según el resultado obtenido en: 25-49 rango normal, 50-59 Ligeramente deprimido, 60-69 Moderadamente deprimido, 70 o más, Severamente deprimido, posterior se tabularán y graficarán resultados, para su análisis estadístico.

6.6. Límite de tiempo y espacio

Límite de espacio

Lo constituyen las aulas de la Facultad de Medicina en donde se recabará la información y la biblioteca de la misma institución en donde se procesará la información obtenida.

Límite de tiempo

Doce semanas a partir de aprobación del protocolo de investigación, según el siguiente cronograma.

Gráfico de Gant

Actividad Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recopilación de información	X	X	X	X	X	X	X	X				
Análisis estadístico de información obtenida									X			
Tabulación de resultados										X	X	
Redacción del trabajo final												X

6.7. Diseño de análisis

El análisis estadístico comprenderá medidas de resumen para las variables cuantitativas, de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desviación estándar, rango y error estándar), así como incidencia de casos de depresión, presentando las variables cualitativas en números absolutos y porcentajes. Los resultados finales se presentarán en cuadros y gráficos.

7. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de tesis se he diseñado para:

- Ser contestado de manera anónima.
- No es necesario anotar datos personales.
- No existe modo o manera de identificar al estudiante que contestó el cuestionario.
- Los datos que arroje el estudio serán manejados de manera confidencial y serán publicados de manera global en cuadros y gráficos, no se identificará a nadie de manera personal o individual.
- El cuestionario será contestado de manera voluntaria, cuando el estudiante ACEPTE participar en el estudio, se diseñará una CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN.
- De contarse con la participación voluntaria de los estudiantes, no generará ningún tipo de compromiso con los tesistas en la que pueda llegar a conflictuarse con aspectos relacionados con la idiosincrasia de los involucrados.

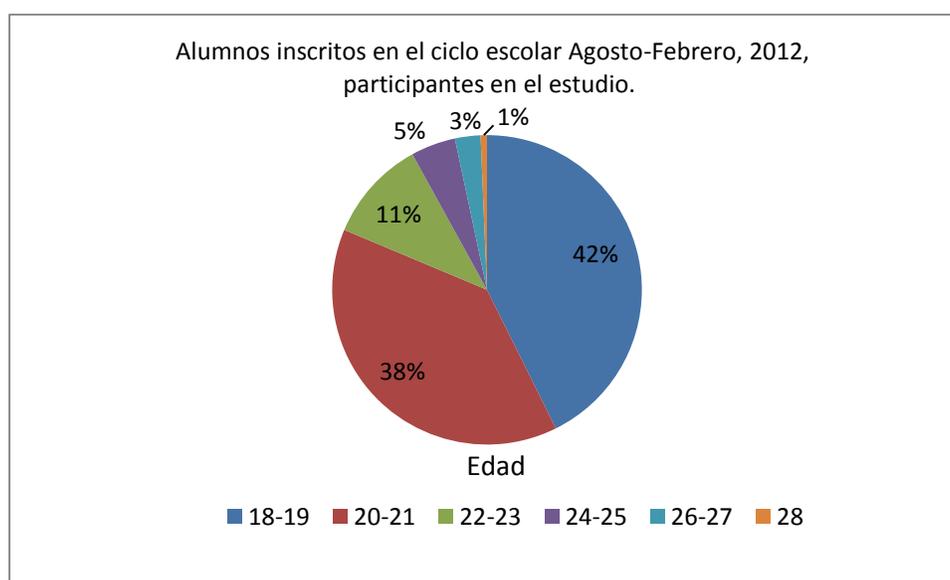
8. RESULTADOS EN GRAFICOS Y CUADROS

Cuadro No.1 Alumnos inscritos en el ciclo escolar Agosto-Febrero, 2012, participantes en el estudio.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-19	51	34.0	13	8.7	64	42.7
20-21	40	26.7	18	12.0	58	38.7
22-23	11	7.3	5	3.3	16	10.7
24-25	1	0.7	6	4.0	7	4.7
26-27	1	0.7	3	2.0	4	2.7
28	1	0.7	0	0.0	1	0.7
Total	105	70.0	45	30.0	150	100.0

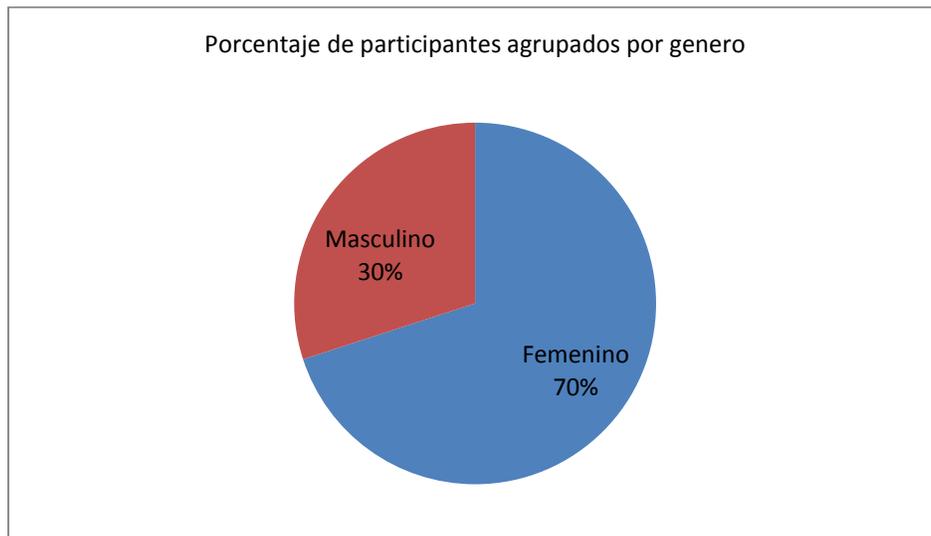
FUENTE: Encuestas

Grafico No. 1



FUENTE: Cuadro 1.

Grafico No. 2 Porcentaje de participantes agrupados por género.



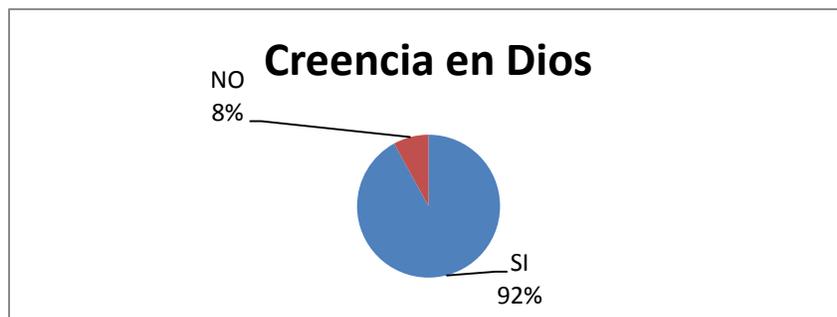
FUENTE: Cuadro 1.

Cuadro 2. Pregunta 1. ¿Usted cree en Dios?

Pregunta 1	Femenino				Masculino				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-19	51	34.0	0	0.0	10	6.7	3	2.0	61	40.7	3	2.0
20-21	40	26.7	0	0.0	16	10.7	2	1.3	56	37.3	2	1.3
22-23	9	6.0	2	1.3	4	2.7	1	0.7	13	8.7	3	2.0
24-25	1	0.7	0	0.0	5	3.3	1	0.7	6	4.0	1	0.7
26-27	1	0.7	0	0.0	0	0.0	3	2.0	1	0.7	3	2.0
28	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0
Total	103	68.7	2	1.3	35	23.3	10	6.7	138	92	12	8

FUENTE: Encuestas

Grafico No. 3 Porcentaje de participantes creyentes en Dios.



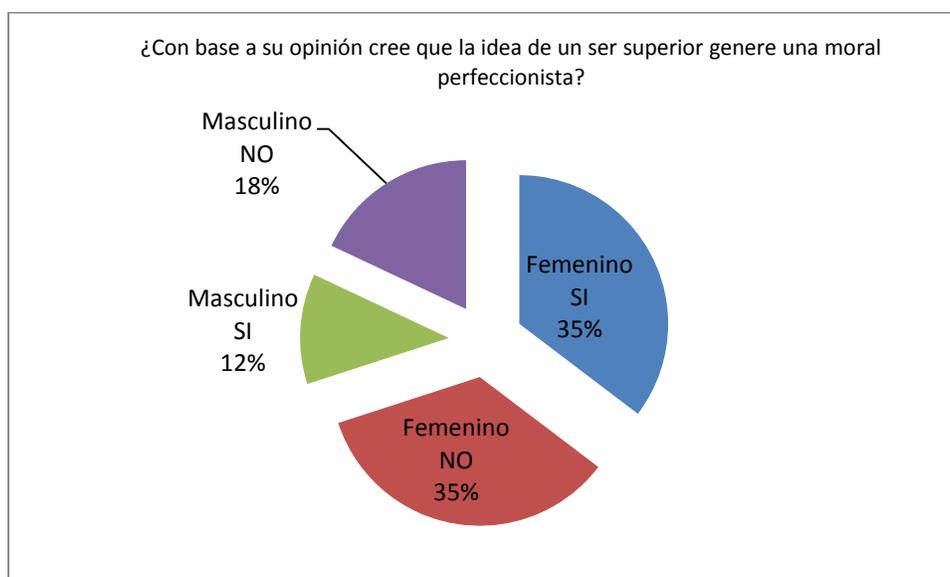
FUENTE: Cuadro 2.

Cuadro 3. Pregunta 3 ¿Con base a su opinión cree que la idea de un ser superior genere una moral perfeccionista?

Pregunta 2	Femenino				Masculino				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-19	24	16.0	27	18.0	5	3.3	8	5.3	29	19.3	35	23.3
20-21	21	14.0	19	12.7	6	4.0	12	8.0	27	18.0	31	20.7
22-23	7	4.7	4	2.7	3	2.0	2	1.3	10	6.7	6	4.0
24-25	1	0.7	0	0.0	2	1.3	4	2.7	3	2.0	4	2.7
26-27	0	0.0	1	0.7	2	1.3	1	0.7	2	1.3	2	1.3
28	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7
Total	53	35.3	52	34.7	18	12.0	27	18.0	71	47.3	79	52.7

FUENTE: Encuestas

Grafico 4. Porcentaje de participantes por género y creencia en la idea de que un ser superior genere una moral perfeccionista.



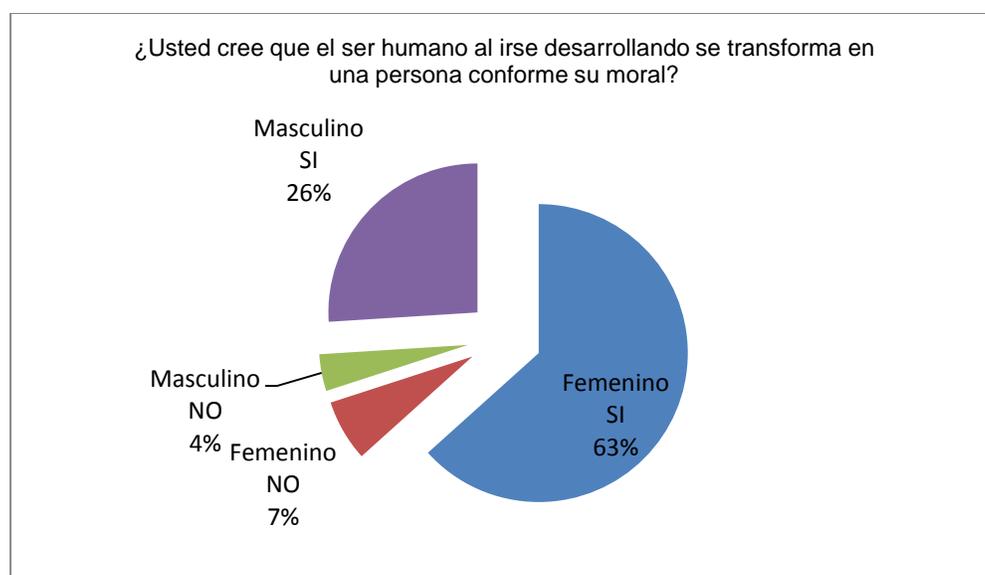
FUENTE: Cuadro 3

Cuadro 4. Pregunta 3 ¿Usted cree que el ser humano al irse desarrollando se transforma en una persona conforme su moral?

Pregunta 3	Femenino				Masculino				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-19	46	30.7	5	3.3	12	8.0	1	0.7	58	38.7	6	4.0
20-21	37	24.7	3	2.0	15	10.0	3	2.0	52	34.7	6	4.0
22-23	10	6.7	1	0.7	4	2.7	1	0.7	14	9.3	2	1.3
24-25	0	0.0	1	0.7	6	4.0	0	0.0	6	4.0	1	0.7
26-27	1	0.7	0	0.0	2	1.3	1	0.7	3	2.0	1	0.7
28	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0
Total	95	63.3	10	6.7	39	26.0	6	4.0	134	89.3	16	10.7

FUENTE: Encuestas

Grafico 5. Porcentaje de participantes por género y creencia de que el ser humano al irse desarrollando se transforma conforme a su moral.



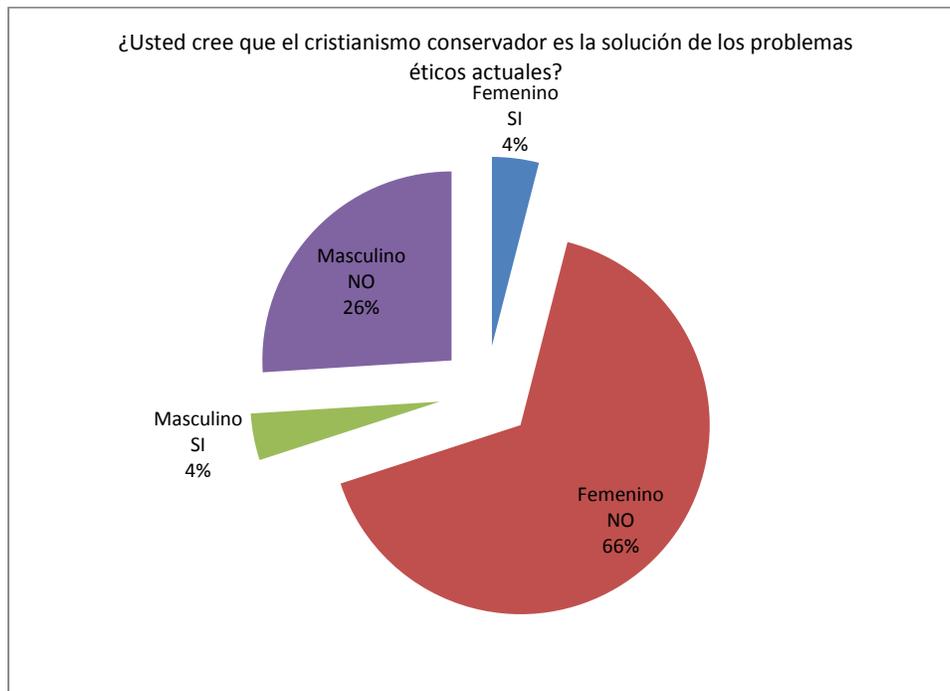
FUENTE: Cuadro 4

Cuadro 5. Pregunta 4 ¿Usted cree que el cristianismo conservador es la solución de los problemas éticos actuales?

Pregunta 4	Femenino				Masculino				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-19	2	1.3	49	32.7	1	0.7	12	8.0	3	2.0	61	40.7
20-21	2	1.3	38	25.3	2	1.3	16	10.7	4	2.7	54	36.0
22-23	2	1.3	9	6.0	3	2.0	2	1.3	5	3.3	11	7.3
24-25	0	0.0	1	0.7	0	0.0	6	4.0	0	0.0	7	4.7
26-27	0	0.0	1	0.7	0	0.0	3	2.0	0	0.0	4	2.7
28	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7
Total	6	4.0	99	66.0	6	4.0	39	26.0	12	8.0	138	92.0

FUENTE: Encuestas

Grafico 6. Porcentaje de participantes por género y creencia de que el cristianismo es la solución de los problemas éticos actuales.



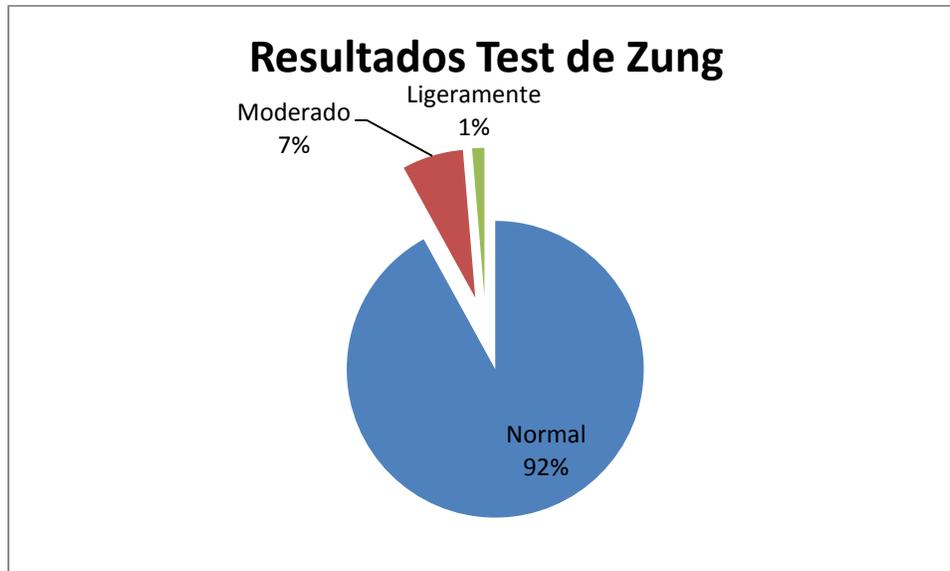
FUENTE: Cuadro 5.

Cuadro 6. Resultados del Test de Zung aplicado a alumnos de la Licenciatura de Médico Cirujano, UAEMéx, 2012.

Test de Zung	Normal		Ligeramente		Moderado	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
18	4	22	0	0	0	0
19	9	26	0	2	0	1
20	8	26	0	2	0	0
21	9	12	1	0	0	0
22	3	4	0	2	0	0
23	1	4	1	1	0	0
24	1	0	1	0	0	1
25	4	0	0	0	0	0
26	2	0	0	0	0	0
27	1	1	0	0	0	0
28	0	1	0	0	0	0
Total	138		10		2	

FUENTE: Encuestas

Grafico 7. Porcentaje de detecciones en pacientes con algún tipo de depresión



FUENTE: Cuadro 6.

9. RESULTADOS (DESCRIPCION)

Se estudiaron 150 alumnos inscritos en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, en el ciclo escolar Agosto-Enero, 2012, que decidieron participar voluntariamente, contestando el instrumento diseñado para el estudio. En relación a la edad de los alumnos estudiados se encontró una media de 23 ± 3.31 años, el valor mínimo fue de 18, el máximo de 28, y rango de 10 años, el grupo etario predominante fue de 18 a 19 años, con un porcentaje de 42.6% (Cuadro No. 1, Grafico 1). En cuanto a género 70% fueron mujeres y el 30% hombres, (Cuadro 1., Grafico 2), Se obtuvo como resultado predominante, que la mayoría de los encuestados tienen creencia en un Dios, reportándose 138 creyentes con un porcentaje de 92% del total, con predominio del sexo femenino con 103 mujeres como creyentes siendo el 98% del total del sexo femenino y un 68.7% del total de encuestados (Cuadro No. 2, Grafico 3), resultado esperado ya que en nuestro medio la mayoría de las personas aceptan la existencia de un Dios como ser supremo el cual es determinado por la religión predominante en nuestro país. Sin embargo a pesar de que la gran mayoría de los encuestados aceptan la existencia de un Dios, se obtuvo como resultado que 72 participantes (48% del total de encuestados) tienen la creencia de que la idea de un ser superior genera una moral perfeccionista, destacando que en el sexo femenino no se muestra una tendencia franca a aceptar o negar la existencia de un ser supremo como fuente generadora de una moral perfeccionista, reportándose que 53 participantes del sexo femenino (50.4% del total) aceptan esta idea y 52 participantes del sexo femenino (49.5% del total) niegan esta idea (Cuadro No. 3, Grafico 4), sucediendo lo contrario con el sexo masculino en quienes la tendencia es predominantemente a negar que la existencia de un ser supremo es fuente generadora de una moral perfeccionista según lo sustentan 27 de los encuestados (60% del total del sexo masculino), y aceptando que la existencia de un ser supremo es fuente generadora de una moral perfeccionista solo 18 de los encuestados (40% del total del sexo masculino), con predominio en los grupos de 18-19 años y el grupo de 24-25 años, con un porcentaje de 17.7% y 8.8% respectivamente (Cuadro No. 3, Grafico 4), quizás esto influya positivamente en la ausencia de depresión en este

grupo de edad ya que en hombres no se detectaron casos de depresión en estos grupos de edad, mientras que en mujeres de 19 años se encontraron 2 casos ligeramente deprimidas (1.9% del total de mujeres y 1.3% del total de encuestados) y 1 caso moderadamente deprimida (0.9% del total de mujeres y 0.6% del total de encuestados) (Cuadro No. 6, Grafico 7). Los resultados anteriormente citados permiten pensar que la creencia de un ser supremo como fuente generadora de una moral perfeccionista y en conjunto con alguno de los factores de riesgo para depresión pueden aumentar la incidencia de casos de depresión ya que si no se acepta la creencia de un ser supremo como fuente de una moral perfeccionista deben existir otras variables que intervengan e influyan con mayor magnitud en la estructura de la moral permitiendo así mayor capacidad de respuesta ante el estrés al que se somete al estudiante de medicina provocando mayores alternativas para enfrentarlas y así disminuir la incidencia de depresión.

La mayoría de los encuestados representados por 134 participantes (89.3% del total de encuestados) consideran que la moral independientemente de la influencia de un ser supremo determina a una persona (Cuadro No. 4, Grafico 5,) con lo anterior se deduce que independientemente de la estructura de la moral y de la influencia de la creencia de un ser supremo, la moral determina a una persona de tal forma que las variables que intervienen con mayor magnitud en la formación de la moral son las determinantes de la forma en que actuará y responderá un individuo a ambientes estresantes, como al que se enfrentan los estudiantes de medicina independientemente de la creencia o no de un ser superior, por lo cual se concluye que la combinación de ideologías con la creencia de un ser supremo no son determinantes en la incidencia de depresión aunque si pueden favorecer positivamente o negativamente en esta por medio de las creencias y costumbres religiosas de una persona (V.gr. cultos, rezos, plegarias, etc.).

Por otra parte a pesar de que la mayoría de los encuestados creen en un ser superior (Dios) solo el 8% (12 encuestados) consideran que la idea conservadora del cristianismo es la solución de los problemas éticos actuales (Cuadro No. 5,

Grafico 6), , esta tendencia es muy interesante ya que demuestra que si bien la mayoría de los encuestados están influenciados por la idea de un ser superior la cual está directamente vinculada con la religión, esta influencia no es determinante para impedir aceptar que existen otras variables que pueden formar parte de un problema ético actual, estos resultados se pueden aplicar en la incidencia de la depresión en estudiantes de medicina en los cuales si bien las creencias religiosas y la fe en un ser superior puede influir positivamente o negativamente en la incidencia de depresión, estas no son las únicas variables y además influyen con distinta magnitud en cada individuo por lo cual no se puede concluir si estas son positivas o negativas, pero, si se puede demostrar que influyen en la moral de la persona y de esta forma en su estructura psicosocial.

10. DISCUSION

La encuesta realizada a los alumnos de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma del Estado de México fue aplicada con la finalidad de entender si los estudiantes al desarrollarse en el conocimiento científico del cuerpo humano, pueden dar juicios éticos dejando a un lado la moral religiosa que muchas veces se ha visto limitando el conocimiento médico o científico. Como se observó en los resultados anteriormente descritos, los alumnos de la facultad de medicina tienen la creencia en un ser superior, pese a que se podría pensar que aquellos que conocen la correcta estructura del cuerpo humano, además de sus diversas funciones, no recurrirían a un ser superior para fundamentar su existencia, debido a que tienen la capacidad de explicar los procesos de vida. Observamos que la idea de Dios viene arraigada en la educación familiar y social en la que se desarrollan los estudiantes, además de la mencionada naturaleza de recurrir a la creencia de un ser supremo que rija el entorno de la vida.

En torno a la idea de que un ser superior genere una moral perfeccionista, se aprecia que pese al resultado obtenido en dicha cuestión, en la que la mayoría de los alumnos encuestados coinciden en que dicha creencia no genera una moral que perfeccione al hombre, se hace notar el antecedente de que anteriormente la moral se relacionaba estrechamente con la idea de Dios y sobre todo con las religiones, aquel sentido de moralidad se daba por sentado que eran una serie de normas en las cuales los hombres vivían para tener un buen comportamiento, con base a este antecedente, se debe recalcar, como en los últimos años la moral se ha estructurado como una parte de la ética, que en los alumnos de medicina debe ser reforzada constantemente debido a la labor que mantienen.

Una persona moral afirma Rawls es aquella que posee sentido de justicia, en este sentido la moral es la base de la igualdad humana, lo que nos permite darle un trato correcto a todos los hombres en este sentido no importando si se tiene la creencia en un ser superior o simplemente se tiene un concepto de moralidad mientras se sustente en la igualdad y de cómo resultado a médicos éticos los

cuales beneficien a la sociedad, aporten conocimiento que permita evitar el dolor y sufrimiento a las personas.

Respecto a la idea de que el hombre conforme se desarrolla se transforma conforme a su moral, si entendemos que la moral permite que los hombres tengan una idea de justicia, la propuesta de una persona moral será el principio de igualdad entendido en derechos y obligaciones los cuales permitan la convivencia entre los humanos. Para Aristóteles el hombre moral se desarrollara en cuatro nociones: el bien, la virtud, la felicidad y la justicia. En los alumnos de medicina aquella personalidad moral deberá ser muy similar ya que esto permitirá una perspectiva correcta de la ética en su ámbito laboral, independientemente de sus creencias religiosas los alumnos deberán tener criterios objetivos para que en el momento llegado en donde se realice un juicio ético se vaya más allá de los puntos de vista personales y tener en cuenta los intereses de todos los afectados.

En los resultados obtenidos se apreció una tendencia, en la cual los alumnos de medicina tienen una creencia en Dios pero al parecer no encierran su criterio en la religiosidad, coincidiendo a que dicha religión no es una solución a los problemas actuales, lo cual es algo positivo ya que sus juicios podrán ser amplios y objetivos. Con lo anterior no se afirma que la religión sea mala aunque es probable que las personas que enjuicien su moral en la religión cristiana se comporten de una manera intolerante ante otros juicios morales, disminuyendo de esta forma la capacidad de respuesta ante situaciones que desafíen dichas creencias, obteniendo como resultado situaciones estresantes las cuales provoquen labilidad emocional con la resultante depresión en el estudiante de medicina. Como es sabido el cristianismo parte de la renuncia de lo finito para alcanzar lo infinito en este sentido es negarse a sí mismo y sacrificarse al deber, renunciar a lo cierto por lo que es aún más incierto, por eso los estudiantes deberán de hacer a un lado aquellos juicios morales religiosos que no permitan el correcto desarrollo de su aprendizaje y su formación médica.

En la cuestión abierta en la que se cuestiona la creencia de un ser individualista en base a la moral, un dato particular es la respuesta de los participantes, en la

cual se define al ser individualista como alguien que cierra sus pensamientos a sí mismo y renuncia al bien común, Esto se entendería como una renuncia a los valores dados en la sociedad o por la religión, afirmándose así como un ser autónomo el cual se sitúa más allá del bien y del mal. Esta idea ha sido trabajada por diversos autores críticos de la moral cristiana que se establece en la sociedad como lo correcto, un ejemplo de este es el pensador alemán Nietzsche que realiza una crítica a los juicios morales los cuales se dan como una ilusión ya que no reposan en hechos si no en las interpretaciones que se les quiere dar por lo tanto los hechos morales no existen ya que formulan una realidad la cual no se presenta como tal y se presta a la interpretación.

Con base al análisis realizado de los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento de investigación encontramos que existe una relación no determinante entre la depresión y la moral religiosa según lo dicta el cristianismo como religión predominante en el país y por consecuencia en la mayoría de los encuestados. Esta relación puede verse afectada por múltiples factores de riesgo de los cuales ya se han descrito en estudios similares al presente, sin embargo si bien otros factores influyen con mayor impacto en la presentación de depresión en estudiantes de medicina la religión a pesar de ser un pilar estructural de gran importancia no se ha estudiado como causal directo de depresión, sin embargo encontramos una tendencia poco favorable para poder asegurar que la moral religiosa determina la presentación de depresión, sin embargo encontramos que sumada a otros factores de riesgo como lo son la edad y el sexo con la creencia de un ser superior la incidencia de depresión fue de 8% siendo mayor a la estimada en literatura internacional para la población general, por ejemplo en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría DSM-IVTR la incidencia de depresión en población general es de 1.9% para hombres y de 3.2% en mujeres, en el presente trabajo de investigación encontramos una incidencia de 6.6% en hombre y 8.5 en mujeres, se deberá tomar en cuenta que en la mayoría de factores de riesgo para depresión de la literatura descrita anteriormente no fue estudiada la influencia religiosa en la incidencia de la depresión.

11. CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los resultados se encontró que la incidencia de depresión utilizando la escala de Zung como instrumento de investigación fue de 8%.
2. Según la literatura internacional como el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría DSM-IVTR la incidencia de depresión en población general es de 1.9% para hombres y de 3.2% en mujeres, en el presente trabajo de investigación encontramos una incidencia de 6.6% en hombres y 8.5 en mujeres la cual es claramente más elevada posiblemente por el estrés al que se ve sometido al estudiante de medicina durante su formación, sin embargo no se logra identificar a la influencia religiosa como un factor desencadenante para depresión.
3. Se clasificaron a los encuestados según edad y género encontrando que la mayoría de los participantes son mujeres representando un 70% del total de la muestra. De acuerdo a los grupos etarios el rango de edad predominante fue el de 18 a 19 años con un 42.7%, sin embargo en este grupo de edad solo se detectaron 3 casos positivos a depresión en comparación a el grupo etario de 22 a 23 años (el cual representa tan solo el 10.6% del total de encuestados) en el que se encontraron 4 casos positivos a depresión. De lo anterior se puede concluir que la incidencia de depresión por grupos de edad entre 18 y 19 años en comparación con los grupos de edad entre 22 y 23 años de la facultad de medicina fue de 4.6% y 25% respectivamente, esta discrepancia tan notoria permite sugerir que la edad puede ser un factor directamente relacionado con la incidencia de depresión sumado a la influencia que ejerce la creencia en un ser superior.
4. De la aplicación de la escala de Zung se encuentra que el 92% no tienen depresión, mientras que el 6% tiene depresión leve y el 2% tiene depresión moderada.
5. Del total de los encuestados se encontró que la mayor incidencia de depresión se presentó en encuestados del sexo femenino representando un 6% del total en comparación con el sexo masculino con un 2%. Esta mayor incidencia valida

la mayor incidencia en el sexo femenino que se reporta en la literatura de otros estudios.

6. “¿Usted qué piensa de la idea de un ser individualista con base a su moral?” Las respuestas obtenidas dejan en evidencia, que el origen de nuestras valoraciones morales no se basan en un Dios, ni en sus mandatos sagrados, antes bien, el origen es sumamente humano, histórico, dentro de un contexto singular. En este sentido los alumnos independientemente de sus creencias consideran la moral como aquella configuradora de la vida humana en un sentido individual y social.

12.RECOMENDACIONES

1. Realizar periódicamente pesquisas en busca de depresión en estudiantes de medicina y tomar en cuenta como indicador de calidad la percepción cualitativa del estudiante de medicina en cuanto a la percepción de los servicios educativos prestados y la forma en la cual influyen en su estado de ánimo.
2. Creación de actividades destinadas a la prevención de trastornos del estado de ánimo en el estudiante de medicina.
3. Identificar que otras variables pueden estar involucradas en la presentación de depresión en estudiantes de medicina haciendo uso del departamento de psicología de la institución.
4. Diseñar un instrumento específico para estudiantes de medicina en el cual se pueda obtener un resultado cuantitativo de cómo el estudiante de medicina vive las exigencias a las cuales se ve sometido y la relación que existe entre estas y la presentación de cuadros depresivos
5. Como recomendación final se propone la creación de un instrumento destinado a detectar las principales variables que afectan negativamente el estado emocional de los estudiantes de medicina el cual deberá ser aplicado al ingreso a la facultad, al concluir el tronco básico y al finalizar la totalidad de las prácticas clínicas, al iniciar el internado y al finalizar el internado y durante el servicio social. De esta forma se involucran diferentes dependencias de nuestra facultad (enseñanza, psicología, vinculación y difusión cultural, etc.) en busca de mejorar los estándares de calidad en servicios de educación e identificación temprana de trastornos del estado de ánimo.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de Méx* 2005; 47(1): 4-11.
2. Ferrel Ortega R, Barros A, Hernández Cantero O, Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 2011; 27:40-60.
3. Coffin Cabrera N, Alvarez Zuñiga M, Marin Coria A, Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, UNAM, 2011, 14(4):341-353.
4. Osornio-Castillo L, Garcia-Monroy L, Mendez Cruz AR, Garces-Dorantes LR, Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina, *Archivos en Medicina Familiar*, 2009, 11(1):11-15.
5. Cobo Gómez JV, El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. Barcelona. *Psiquiatria.com*. 2005;9
6. Sánchez Vázquez A. *Ética*, México, decimo séptima edición, Editorial Tratados y manuales Grijalbo; 1977:27-87
7. González Valdés T, Las creencias religiosas y su relación en el proceso salud-enfermedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 2004; Vol. 7:19-29.
8. Nietzsche F, *La genealogía de la moral*, Alianza editorial, Madrid, 2002, 1ra edición, pp. 24.
9. Lagos Orstica C, Notas sobre Moral y Religión, *Theoria*, año/vol.16 num 002, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. 2007: 16(2):25-32.
10. Sánchez M, Discusión actual sobre la relación entre fe y razón como fuentes de la moral, *Revista Iberoamericana de Teología*, 2007, Vol. 4:109-111.
11. Goldman H. *Trastornos del Animo*, *Psiquiatría General* 5ta Ed., Manual Moderno 2001; pp. 345-346

12. Guadarrama L, Escobar A, Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión, Ejournal UNAM, No. 49, México.
13. Pereyra-Elías R, Ocampo-Mascaro Javier, Silva-Salazar V et. al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010, Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública, 2010, 27(4):520-26.
14. Galicia Moyeda I, Sanchez Velasco A, Robles Ojeda F, Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar, Anales de Psicología, 2009:25(2):227-240
15. Muñoz Torres T, Rocha Rodríguez R, Escalera Chavez M, et. al. Factores condicionantes en el desarrollo de episodios depresivos en universitarios: Una perspectiva desde Dorothea Orem, Revista Mexicana de Neurociencia, 2011, 12(4):195-199.
16. Riveros M, Hernández H, Rivera J, Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Revista IIPSI Facultad de psicología, 2007; 10:91-102
17. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 4ta edición, 2003.
18. León Sanromá M, Los trastornos del estado de ánimo, Revista los principales problemas de salud, Barcelona. AMF 2012; 8(2):64-79
19. Sánchez Pérez J, López Cárdenas A, Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad, Revista Salud Global, Año V, 2005;(3):2-8
20. Campo Arias A. Comparación de algunas propiedades psicométricas de la escala de Zung para depresión con puntuaciones dicotómicas, Revista Colombiana de Psiquiatría, Bogotá, Colombia, 2006; XXXV:511-518
21. Melipillan Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos, Ter Psicol, 2008; 26:86-93.
22. NICE. Depression: Treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline number, 2009; 17:44.

23. Pérez Álvarez M, García Montes J, Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión, *Psicothema*, 2001, 13(3): 493-510.
24. López-Villalobos JA, Sánchez-Azón MI, Sotelo- Martín E, Rodríguez-Martín MT. Terapia cognitivo conductual en la depresión: Un modelo de competencia. En Colegio Oficial de Médicos de Palencia. Actualización de los trastornos depresivos en Atención Primaria. Palencia, Editorial Lilly; 1ra edición, 1994: 3-14
25. Joffre-Velazquez VM, Martínez-Perales G, García-Madonado G., Sánchez-Gutiérrez de Lara L. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión 13 ítems. *Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 2007; 16(14) 86-93.
26. Laurenz M, Peiffer V, Sarrat S, Figueroa M, Depresión en ingresantes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, 2007, *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008; 178:1-4.
27. Miranda Bastidas C, Gutiérrez Segura J, Bernal Buitrago F. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista colombiana de psiquiatría*. Bogotá Colombiana XXIX; 1:251-260.

14. ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA UAEMéx

LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO

Edad: _____

Género: Femenino

Masculino

Conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Usted creé en Dios?
SI NO
2. ¿En base a su opinión creé que la idea de un ser superior genere una moral perfeccionista?
SI NO
3. ¿Usted creé que el ser humano al irse desarrollando se transforma en una persona conforme a su moral?
SI NO
4. ¿Usted creé que la idea conservadora del cristianismo es la solución de los problemas éticos actuales?
SI NO
5. ¿Usted qué piensa de la idea de un ser individualista en base a su moral?

Instrucciones: en el siguiente cuadro marque cada frase con una “X” la opción que mejor describa su estado de ánimo en los últimos 30 días.

Para mayor entendimiento puedes integrar la frase de forma siguiente:

En estos últimos 30 días...nunca o muy pocas veces...me siento abatido y melancólico.

En estos últimos 30 días...pocas veces...me siento abatido y melancólico.

En estos últimos 30 días... frecuentemente...me siento abatido y melancólico.

En estos últimos 30 días... casi siempre o siempre...me siento abatido y melancólico.

Posteriormente marca con una “X” la que corresponda a tu estado de ánimo.

“Favor de contestar con sinceridad para una obtención confiable de resultados”

Marque con una "X" la opción que corresponda a su estado de ánimo en los últimos 30 días.	Nunca o muy pocas veces	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre o siempre
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseo de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestia de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso aunque no haga nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba a hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				
Puntaje Total:				

15. GLOSARIO

Abulia: falta de voluntad.

Cristianismo: Religión monoteísta basada en las enseñanzas de Jesucristo según se recogen en los Evangelios, que ha marcado profundamente la cultura occidental y es actualmente la más extendida del mundo.

Dopamina: Neurotransmisor del grupo de las catecolaminas. Las neuronas dopaminérgicas se concentran en el mesencéfalo, sustancia negra y área tegmental ventral. En el cerebro humano hay tres grandes sistemas dopaminérgicos: el nigroestriado, el tuberoinfundibular y el mesolímbico-mesocortical.

Esquizofrenia: trastorno mental caracterizada por ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos (aplanamiento afectivo o abulia). Para considerar este diagnóstico se debe de tener duración de la sintomatología por lo menos de 6 meses.

Incidencia: La incidencia mide el número de casos nuevos que surgen en un área geográfica y periodo de tiempo determinado.

Individualismo: Doctrina ética, política, filosófica o social que considera al individuo fundamento y fin de todas las leyes y relaciones morales y políticas.

Moral: Conjunto de normas y reglas destinadas a regular relaciones en una comunidad social.

Neurotransmisor: Sustancia química segregada por las neuronas en las sinapsis. Los NT se liberan en la sinapsis con la llegada de un impulso nervioso, traspasan el espacio sináptico y estimulan la neurona receptora. Principales neurotransmisores: noradrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina, glutamato, GABA.

Prevalencia: La prevalencia mide en medicina la proporción de personas que en

una área geográfica y periodo de tiempo establecidos sufren una determinada enfermedad, la prevalencia se calcula dividiendo el número de individuos que padecen el trastorno (numerador) por el del número total de habitantes del área considerada incluyendo a los que lo padecen. La prevalencia puede referirse a espacios determinados de tiempo por ejemplo un mes, un año o toda la vida.

Religión: Creencias y practicas acerca de lo considerado como sagrado o divino.

Serotonina: Neurotransmisor que se sintetiza a partir del aminoácido triptófano. En el cerebro las vías serotoninérgicas ejercen principalmente un control inhibitor. La serotonina o 5HT está relacionada con los estados emocionales y el estado de ánimo.

Trastorno esquizoafectivo: trastorno mental con cuadro clínico similar al de la esquizofrenia con la característica de presentar por lo menos un episodio de cuadro depresivo mayor en algún momento.

Trastorno esquizofreniforme: trastorno mental con cuadro clínico similar al de la esquizofrenia pero con duración de al mínimo un mes pero no mayor a 6 meses con sintomatología continua.

Trastorno psicótico breve: trastorno mental caracterizado por al menos uno de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado con duración de al menos un día pero no mayor de un mes.