

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo en la población mundial han aumentado durante las últimas décadas. El estilo de vida y el medio ambiente se encuentran en constante cambio, influyendo en la conducta humana.

Según la OMS, alrededor de 400 millones de personas sufren algún tipo de trastorno mental; evidenciándose sus repercusiones en los planos psicológico, social y económico. De cada 4 personas que buscan ayuda en los servicios de salud 1 al menos padece de algún trastorno mental. Se sabe que en la actualidad la depresión es la enfermedad mental por la que mas consultan las personas, las estadísticas demuestran que actualmente en el mundo 120 millones de personas la sufren, pero sólo el 20% recibe tratamiento adecuado¹

El riesgo para trastorno depresivo mayor en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres, y entre el 5 y el 12% para los varones.²

Según estadísticas del INEC, en el año 2000, dentro de las enfermedades mentales, la depresión ocupa el 2do puesto con el 16,2% de hospitalizados , luego de trastornos mentales del comportamiento derivados de el uso de alcohol (34,4%). Dentro de esto las mujeres son las mas afectadas, representando el 65,55% del total de pacientes deprimidos. En cuanto al grupo etareo, el comprendido entre los 25 a 34 años³.

Se han realizado varios estudios a nivel de Latinoamérica para establecer la prevalencia de depresión en estudiantes, uno de ellos realizado hace 2 años en Colombia, encontró una prevalencia de riesgo de depresión del 30,3%, explicada según los resultados no sólo por los problemas de tipo académico sino también por los cambios en torno a la realidad familiar, económica y social que involucran al estudiante de medicina¹.

A nivel universitario la depresión es una de las principales causas de bajo rendimiento académico, deserción universitaria,

consumo de alcohol y sustancias e intento de suicidio. Por éste motivo es importante conocer la situación real en éste medio, en torno a éste tema, con la finalidad de poder establecer pautas de prevención y promoción de salud mental⁴.

El estudiante de medicina, de modo particular, está sometido a ciertos factores que le hacen mas propenso a un trastorno del estado de ánimo como la depresión. Uno de ellos, y posiblemente el mas importante, es el estrés físico y psicológico al que está sometido constantemente, así como la convivencia con el dolor y la impotencia ante ciertas situaciones que están fuera del alcance médico. Otro factor que podría estar incidiendo, es la dependencia económica familiar prolongada, debido al poco tiempo disponible como para mantener un trabajo permanente.

Finalmente, es importante señalar, que durante la formación médica las relaciones interpersonales representan un hito importante. Siendo el trabajo en equipo básico para la consecución de los objetivos trazados en ésta carrera, el estudiante debe aprender a convivir armónicamente con sus compañeros y demás, puesto que de lo contrario se podrían generar conflictos que desestabilicen su normal funcionamiento.

En vista de la escasez de estudios existentes sobre este tema, a la variedad de resultados reportados, y a la innegable importancia que se le ha dado actualmente a la salud mental , se decidió realizar esta investigación cuyo objetivo principal es determinar la prevalencia del trastorno depresivo así como su asociación con ciertas variables psicosociales, logrando con esto una aproximación de la realidad en la que se desenvuelve el estudiante de medicina de la PUCE.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Qué asociación existe entre el trastorno depresivo y variables psicosociales en estudiantes regulares de la facultad de medicina de la PUCE?

OBJETIVOS:

GENERAL:

- *Determinar la prevalencia de depresión y analizar la asociación existente con variables psicosociales relacionadas.*

ESPECÍFICOS:

- *Identificar la asociación entre los diferentes niveles de la carrera y depresión.*
- *Establecer de que manera el estilo de vida propio del estudiante de medicina se asocia con depresión.*
- *Investigar la relación con los conflictos interpersonales.*

- *Analizar si los problemas en el financiamiento representan un factor de riesgo.*
- *Determinar cuales son las variables protectoras asociadas con depresión en el estudiante de medicina.*
- *Establecer la relación existente con intento de suicidio.*

HIPÓTESIS:

- *Los estudiantes de niveles superiores tienen una mayor predisposición a deprimirse que los de niveles inferiores.*
- *La exigencia impuesta por la carrera predispone a mayores índices de depresión.*
- *Los conflictos interpersonales predisponen a un mayor riesgo de depresión.*
- *La dificultad en el financiamiento de la matrícula representa un factor de riesgo para el trastorno depresivo.*
- *Un alto nivel de satisfacción por la carrera está relacionado con un menor riesgo de depresión.*
- *Adecuadas redes de apoyo social y familiar disminuyen el riesgo de depresión.*
- *La depresión es una de las causas principales de intentos auto líticos*

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

RESEÑA HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

La depresión es uno de los trastornos médicos más frecuentes; ya los antiguos egipcios la reconocían como una entidad patológica definida. Se sabe que en la antigüedad las enfermedades mentales eran vistas como posesiones de fuerzas sobrenaturales.

Las grandes culturas como la egipcia y mesopotámica, creían que las enfermedades eran de origen natural y sobrenatural, mientras que en la griega, los fenómenos tanto físicos como psicológicos, se explicaban de una forma más científica. Empédocles (490-430 a.C.) desarrolló la teoría humoral, basada en los cuatro elementos básicos:

<i>Elemento</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Humor (localización)</i>
Fuego -----	caliente	----- sangre (en el corazón)
Tierra -----	sequedad	----- flema (en el cerebro)
Agua -----	humedad	----- bilis amarilla (hígado)
Aire -----	frío	----- bilis negra (baso)

La enfermedad era el resultado de un desequilibrio entre estos humores, y se administraba una droga contraria al humor en exceso. Hipócrates (460-377 a.C.), aplicó la teoría de Empédocles en las enfermedades mentales, e insistió que podrían ser causadas por eventos naturales. Los malos sueños y la ansiedad eran causados al subir la bilis al cerebro, y la melancolía por un exceso de "bilis negra". Platón (427-347 a.C.) reintrodujo el elemento místico como causa de enfermedades, él pensaba que habían dos clases de enfermedades mentales, una divina y otra natural, y estaba convencido que habían dos tipos de almas, la racional (inmortal) y la irracional (mortal). Cuando la parte irracional se conectaba con la racional resultaba en un exceso de felicidad, tristeza y sufrimiento.

Aristóteles (384-322 a. C.), creía en los dos tipos de alma, y daba por hecho que, como la razón es inmortal y por lo tanto inmune a la enfermedad, todas las enfermedades se originaban en el propio cuerpo físico de la persona. Cicerón (106-43 a. C.), filósofo, rechazó la teoría humoral de Empédocles e Hipócrates, anunciando que las enfermedades físicas podían ser causadas por factores emocionales. Arateus (30- 90 DC.), fue el primero en sugerir que los problemas mentales no se encontraban en un

lugar determinado. Observó que la manía y la depresión podían coexistir en el mismo individuo.

Galeno (30- 90 DC.), dividió al alma en dos áreas : la racional (cerebro) y la irracional (corazón e hígado). Él pensaba que el alimento pasaba del estómago al hígado, donde permanecía con espíritus naturales; luego de lo cual se combinaba con el aire, subían al cerebro y ahí se convertían en espíritus animales, causando las alteraciones mentales.

Luego la cristiandad creció sometiendo a todos a la religión, las personas nuevamente creyeron en las explicaciones sobrenaturales de los fenómenos que no se explicaban racionalmente. La iglesia no negaba la existencia de lo sobrenatural, pero veía la magia como una comunicación con el diablo, aunque éste no siempre era el culpable de la locura.

En la Europa occidental las alteraciones mentales estaban bajo la responsabilidad del clero. Se usaban figuras santas, para sacar al diablo del cuerpo y las ejecuciones se expandieron a brujas y hechiceros. Apareció la denominada cacería de brujas, que coincide con la época del renacimiento, donde fueron ejecutadas

miles de personas incluyendo mujeres y niños muchos de ellos confundidos al tener algún trastorno mental.

Juan Luis Vives (1492-1540), filósofo y humanista, construyó hospitales para los enfermos mentales. Él describió algunos procesos, eventos que se registraban en nuestras mentes, fuera de lo consiente e introdujo la idea del inconsciente.

Durante los siglos XVII y XVIII, el estar afecto de melancolía era considerado casi un símbolo de nivel social. Robert Burton, un clérigo afecto personalmente de una depresión mórbida, escribió el primer tratado clásico sobre la depresión, "*The Anatomy of Melancholy*", en el año 1621⁵.

El filósofo Spinoza (1632-1677), señaló que los procesos físicos se convierten en experiencias psicológicas reflejadas como emociones, pensamientos y deseos.

Muchos hospitales psiquiátricos fueron rehabilitados durante el siglo XVIII, los enfermos mentales dejaron de ser exhibidos y encerrados en calabozos. Pinel, desarrolló varias teorías, sobre las causas de las enfermedades mentales, entre estas:

hereditarias, factores perjudiciales del ambiente social, irregular forma de vida, pasiones enervantes o contradictorias (dolor, odio, temor), pasiones homosexuales, personalidad melancólica, factores físicos (alcoholismo, fiebre, heridas en cabeza).Franz Gall pensaba que algunas partes del cerebro controlaban el carácter, conforme crecía el interés por las patologías cerebrales, se iba pensando que algunas lesiones del cerebro estaban asociadas a trastornos mentales. Esquirol, estudiante de Pinel, adoptando las teorías de Gall, reconoció la importancia de los factores emocionales y morales en la vida del individuo, e identificó causas predisponentes y precipitantes de algunas patologías mentales.

A principios del siglo XIX, Johan Christian Heinroth, desarrolló la teoría, sobre la existencia de factores estresantes que afectaban los procesos psicológicos en tres niveles: inferior (instinto), segundo (ego) y superior (conciencia). Moreau de Tours, postuló que el hombre existía en dos mundos, en el primero mantenía una comunicación con el mundo exterior, mientras que en el segundo, con su interior. Los sueños eran puentes que conectaban los dos mundos. El concluyó que la persona enferma debía tener una excesiva preocupación en el mundo interior lo

que causaba una enajenación de los hechos externos. Posteriormente a mediados del siglo XIX, los teóricos se basaron en las causas orgánicas como base de las enfermedades mentales.

Karl Ludwig Kahlbaum (1843-1899), escribió sobre la "enfermedad cíclica", caracterizada por una alteración del humor que va de la depresión leve a la euforia denominada "ciclotimia". Emil Kraepelin (1855-1926) enunciaba a los factores hereditarios como causa de las enfermedades mentales, introdujo el término depresión en lugar de melancolía. Sigmund Freud (1856-1939) fundó el psicoanálisis, el cual predominó hasta los años setenta.

Con la aparición de la terapia farmacococonvulsiva a mediados de la década de los treinta, el neuropsiquiatra y epileptólogo Ugo Cerletti y su colega, Lucio Bini desarrollaron la terapia "electroconvulsiva" (ECT), convirtiéndose rápidamente en el tratamiento somático dominante tanto en la esquizofrenia como en los trastornos afectivos⁶.

Para el año 1939 Adolf Hitler ordenó a los médicos acabar con los enfermos mentales, por considerar que eran un obstáculo en su

deseo de preservar la “pureza racial” (aproximadamente 270000 enfermos mentales fueron asesinados)⁷.

Alrededor de la década de los 40 Bertelsen y cols. realizaron un estudio para investigar la diferencia en la concordancia entre gemelos monocigóticos y dicigóticos, pensando en el posible carácter hereditario de los trastornos del humor⁵.

En 1949 el psiquiatra John Cade (1912-1980) describió los efectos del litio para el tratamiento de los enfermos maníacos⁷. Posteriormente a principio de la década de los 60 los dos principales fármacos antidepresivos, los IMAO y los antidepresivos tricíclicos fueron utilizados por primera vez en psiquiatría⁵. En el año de 1987 se introdujo la fluoxetina, siendo el primer inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, para el tratamiento de la depresión⁷.

Desde finales del siglo XX las investigaciones se han centrado en las implicaciones genéticas, bioquímicas y neuropatológicas de las enfermedades mentales, pasando a partir de este momento a la era de la biosiquiatría.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO

En la actualidad ninguna persona esta exenta de presentar una patología psiquiátrica, posiblemente esto se deba a los continuos cambios que a diario se presentan en torno a la vida familiar, estudiantil y laboral, así como al estrés que éstos representan.

La prevalencia para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida es del 9 al 20%, del 10-25% para las mujeres y entre el 5-12% para los varones ^{2,8}. No se conoce con exactitud la razón por la cual la mujer tiene un mayor riesgo de presentar la enfermedad depresiva, pero se cree que ésta pueda ser debida a factores hormonales, genéticos, sociales y dentro de éste último, el aumento en la frecuencia de abuso sexual^{9,10}.

El trastorno puede empezar a cualquier edad, siendo la edad promedio de aparición la mitad de la tercera década, con una tendencia a aumentar entre los adolescentes^{2,8,11}. Por otro lado es importante señalar que los adolescentes al estar expuestos a múltiples cambios tanto físicos como emocionales, tienen una mayor predisposición a deprimirse y con esto las repercusiones que ésta acarrea como son conflictos personales, bajo rendimiento académico, deserciones y principalmente suicidio⁴.

Es importante señalar que los índices de suicidio en adolescentes han aumentado en un 200%; siendo ésta la primera causa de muerte a nivel mundial en el grupo de 15 a 19 años. Además se sabe que el 20% de los adolescentes sufren de alguna enfermedad mental y la tercera parte sufren de depresión. La razón de ésta tendencia se debe posiblemente a los cambios fisiológicos y emocionales que los adolescentes experimentan en ésta edad⁴.

Se han realizado numerosos estudios de depresión en trabajadores de la salud a nivel mundial. Uno de ellos fue el realizado en 1998 en Australia a 300 médicos generales, encontrándose que el 13% presentaban un trastorno psiquiátrico severo y el 30% algún grado de trastorno mental (ansiedad y depresión). Además existen reportes que señalan que el índice de suicidio en médicos varones es 2 veces mayor a la población general, mientras que en las mujeres médicos se describe que existe de 2,2-5,5 mayor riesgo de depresión que en la población general femenina. Las tendencias depresivas existentes a nivel de profesionales de la salud se pueden explicar por dos principales causas: 1. factores estresores específicos del trabajo, como el estar sometidos a largas y extenuantes jornadas, convivir con el

sufrimiento humano y la muerte, y el enfrentarse de forma cotidiana a conflictos éticos. 2. rasgos propios de la personalidad¹².

Hay que destacar que los estudiantes, principalmente universitarios, debido al estilo de vida que llevan y a los problemas envueltos en los planos social, familiar y económico; están sometidos a un mayor riesgo de depresión. Según la Asociación Americana de psicología 1,6 millones de nuevos estudiantes sufrieron un episodio depresivo durante el 2001 en los Estados Unidos¹³.

Los estudiantes de medicina de modo particular tienen una mayor predisposición a enfermar, encontrándose una prevalencia de riesgo de depresión del 30,3%, en un estudio hecho a estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud-CES de Colombia¹, encontrándose valores semejantes en un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad San Carlos de Guatemala¹⁴. Esto se debe no sólo a los problemas inmersos en el entorno académico (ej. largas jornadas de estudio , elevada exigencia académica, altas cargas de estrés) sino también a los cambios y adaptaciones en el ámbito familiar, económico (ej.

dependencia económica prolongada) y social (ej. tiempo libre insuficiente para actividades de tipo social), propios del estudiar una carrera como medicina.

En nuestro medio no se dispone de mucha información sobre depresión en estudiantes de medicina, pero cabe destacar algunos estudios realizados en la población universitaria. Uno de ellos hecho en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Central del Ecuador (UCE) a 1055 estudiantes, donde el 47,9% presentó algún problema de salud mental, correspondiendo el 21,6% a problemas de ansiedad y depresión¹⁵. Otro estudio realizado en el 97 en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) a las 14 facultades, en cuanto al consumo de alcohol, encontró que el 61% consume alcohol por distracción, el 23% por problemas personales y un 8,7% por estados depresivos¹⁶.

BASES CONCEPTUALES DEL TRASTORNO DEPRESIVO

San Agustín decía del tiempo que, aunque todo el mundo sabe lo que es nadie sabe definirlo. Durante mucho tiempo se ha tratado de llegar a un consenso para determinar el verdadero significado semántico del término “depresión”. La confusión deriva del

hecho de que ésta palabra tiene significaciones muy diversas dependiendo del contexto en el que se la use, es así que la depresión puede ser usada para referirse a un *síntoma* (como el afecto disfórico específico) o bien a un *síndrome*, constituido por ejemplo , por el estado de ánimo disfórico, anhedonia , retardo psicomotor, insomnio, falta de energía, etc; o bien a una entidad nosológica como por ejemplo el trastorno depresivo mayor⁵.

Como hemos visto es innegable la controversia existente en torno a la definición y a la clasificación de los trastornos mentales, debida posiblemente a los continuos cambios que a través de los años se dan a nivel cultural. Es decir que los elementos clasificados cambian con el tiempo, en gran medida debido a diferencias en los puntos de vista teóricos y no tanto como consecuencia de cambios en el origen natural de los mismos¹⁷.

Los trastornos afectivos, se caracterizan por una alteración de la regulación del estado de ánimo, del comportamiento y de la afectividad. El término “estado de ánimo”, indica un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo. El diagnóstico es apropiado cuando la alteración del estado de ánimo es “ primaria “ y central con respecto a la

enfermedad, y no secundaria a algún otro estado físico o psicológico⁸. Según el DSM IV-TR los trastornos afectivos o del humor están divididos en: 1) *trastorno depresivo* (“depresión unipolar”), 2) *trastorno bipolar*, 3) *trastorno debido a una condición médica* y, 4) *trastorno debido al uso de sustancias*¹¹.

En el caso del **trastorno depresivo** (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distingue del trastorno bipolar por la ausencia de un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto.

El **trastorno depresivo mayor (TDM)** caracterizado por 1 o mas episodios de depresión mayor.

El **trastorno distímico (TD)** caracterizado por un promedio de 2 años de ánimo deprimido casi todos los días, acompañado por síntomas depresivos adicionales que no reúne los criterios para un TDM.

El **trastorno depresivo no especificado (TDNE)**, que no concuerda con los criterios para los demás tipos de trastornos depresivos.

El **trastorno bipolar** (bipolar I, bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) envuelve la presencia o historia de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos, usualmente acompañados con la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar I** , caracterizado por uno o mas episodios maníacos o mixtos, usualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II**, caracterizado por 1 o mas episodios depresivos mayores, acompañado por lo menos de un episodio hipomaniaco.

El **trastorno ciclotímico**, caracterizado por un mínimo de 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos, que no cumplen los criterios de episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para episodio depresivo mayor.

El **trastorno bipolar no especificado**, que no concuerda con el resto de criterios o existe contradicción en cuanto a la existencia de síntomas bipolares.

El trastorno depresivo, es una enfermedad sistémica, que afecta tanto el cuerpo (síntomas somáticos) como la mente (síntomas psicológicos). Dentro de los síntomas somáticos podemos destacar alteraciones del patrón de sueño, fatigabilidad, disminución del peso corporal, agitación o retraso motor, presencia de dolores (cefaleas, dolores musculares o de espalda, típicamente paravertebrales o lumbares) trastornos del aparato digestivo como náuseas, vómitos, constipación, diarrea, sequedad de boca y trastornos alimentarios (hiporexia o hiperexia para alimentos ricos en glúcidos como chocolate), diaforesis, taquicardia y palpitaciones. Los síntomas psicológicos más frecuentes son: indiferencia, apatía o irritabilidad , pérdida de la capacidad de concentración, de decisión, sensación de culpa o vergüenza y pensamientos de muerte o suicidio. Los pacientes con trastornos depresivos tienen una pérdida profunda del placer en todas las actividades¹⁸.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES Y ESCALAS DE VALORACIÓN PARA DEPRESIÓN

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para el diagnóstico de trastorno depresivo se han desarrollado, luego de múltiples estudios y reuniones de expertos, algunas escalas y criterios operativos para el diagnóstico de los trastornos depresivos, entre los más usados, por su utilidad y credibilidad con fines clínicos, investigativos y educativos, son el DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Text Revision) de la Asociación Americana de Psiquiatría, hecha en el año 2000 y el ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, publicada en el año de 1992^{5,11}.

Al ser la clasificación del DSM la mas actualizada con la que se cuenta, se considerarán los criterios planteados por la misma para esta revisión.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para depresión mayor por lo menos debe haber cinco de los síntomas enunciados en el literal A durante un mínimo de dos semanas, y representan un cambio a partir del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida de interés o placer.

A. Nota: No incluyen síntomas que de manera clara se deben a una alteración médica general, o delirios incongruentes del estado de ánimo o alucinaciones. **1)** Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, como se indica por el informe subjetivo (por ejemplo, sentimientos de tristeza o vacío), o por la observación hecha por otros (por ejemplo, apariencia de haber llorado). **Nota:** En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable. **2)** Interés y placer marcadamente disminuidos en todo, o casi en todo, actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se indica por la cuenta subjetiva o por la observación hecha por otros); **3)** pérdida de

peso significativa cuando no se esta a dieta, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio mayor de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi en todos los días.

Nota: En niños, falla considerable para lograr que aumenten de peso; 4) insomnio o hipersomnio casi todos los días; 5) agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no únicamente sentimientos subjetivos de intranquilidad o estar calmado); 6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días; 7) sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada o excesiva (que puede ser delirante casi todos los días (no sólo autorreproche o culpa acerca de estar enfermo); 8) capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por cuenta subjetiva, o mediante la observación de otros); 9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

B. Los síntomas no reúnen el criterio para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan aflicción o alteración clínicamente significativa en el funcionamiento social, ocupacional y otras áreas importantes del mismo.

D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un fármaco) o a un trastorno médico general (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor mediante duelo, es decir, la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de dos meses, o se caracterizan por un deterioro funcional marcado, preocupación mórbida con indecisión, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Presencia de uno (episodio único) o mas episodios depresivos mayores (recurrente).

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor, ni se encuentra sobrepuesto por un trastorno esquizoafectivo (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno ilusorio o trastorno psicótico no especificado).

C. Nunca ha habido un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si estos episodios son debidos al efecto de sustancias o de un tratamiento en especial,

así como a los efectos psicológicos directos de una condición médica general.

Estos trastorno pueden ser calificados de acuerdo a su severidad, en:

Leve.- Se cumple los criterios de depresión mayor, sin embargo puede no presentar todos los síntomas, o su presencia es irregular, o el episodio no le impide seguir con sus actividades normales. Debe por lo menos presentar dos de los síntoma 1, 2 o 7 y tres síntomas adicionales de la lista, para llegar a cinco.

Moderado.- El paciente presentará dificultades para continuar con sus actividades habituales y la mayoría de síntomas adicionales de la lista hasta por lo menos un total de seis.

Severo (con o sin rasgos psicóticos).- Se presentará importantes alteraciones en su funcionamiento, destacándose la inhibición o agitación marcada, importantes sentimientos de inutilidad y/o culpa y alto riesgo de suicidio. Se encuentran alteraciones neurovegetativas. Presentándose los síntomas 1, 2 y 7 y síntomas adicionales de la lista hasta completar por lo menos ocho en total¹⁹.

Además el TDM puede ser: crónico, con rasgos catatónicos, melancólicos, atípicos y de aparición postparto.

TRASTORNO DISTÍMICO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

A. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi todos los días, como se indica por el informe subjetivo, o por la observación hecha por otros, por lo menos durante 2 años. Nota: En niños o adolescentes puede haber irritabilidad y durar por lo menos 1 año.

B. Durante el período depresivo, presencia de 2 o mas de los siguientes síntomas: 1) disminución o aumento del apetito, 2) insomnio o hipersomnio, 3) disminución de la energía o fatiga, 4) baja autoestima, 5) dificultad para concentrarse o tomar decisiones, 6) sentimiento de desesperanza.

C. Durante los dos años del disturbio (1 año en niños y adolescentes), la persona nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B por mas de 2 meses.

D. No se ha presentado un EDM durante los dos años del disturbio, el disturbio no es explicado mejor por un trastorno

depresivo mayor crónico o un TDM en remisión parcial. Nota: Puede haber habido un EDM previo (sin síntomas o signos significantes por 2 meses) al desarrollo del TD. Además después de los dos años iniciales del TD, podría estar sobrepuesto episodios de TDM, en cuyo caso ambos diagnósticos podrían ser dados, cuando reúne los criterios para un EDM.

E. Nunca se ha presentado un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto y no existen criterios para un trastorno ciclotímico.

F. El disturbio no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico (esquizofrenia o trastorno ilusorio, etc).

G. Los síntomas no son el resultado de los efectos directos de una sustancia (abuso de drogas o medicación) ni de una condición médica general.

H. Los síntomas causan distrés clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional y otras áreas importantes del mismo.

ESCALAS DE VALORACIÓN

Existen otras formas para poder evaluar con objetividad y medir la gravedad del cuadro depresivo, mediante escalas internacionales de valoración psicopatológica especialmente

diseñadas, con fines científicos o en ambientes comunitarios, como: Zung, Hamilton y Beck, las mismas que han sido validadas previamente en otros estudios a nivel mundial⁵.

El test de Zung es una escala autoadministrada cuyo uso ha sido difundido a nivel mundial en poblaciones en las que se hace difícil que el encuestador valore personalmente a las personas estudiadas. Ha sido sometido a múltiples evaluaciones para garantizar su confiabilidad, obteniéndose valores de sensibilidad y especificidad que oscilan entre el 95% al 97% y el 63% al 74% respectivamente^{20,21}.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La depresión puede coexistir con diferentes patologías como : carcinoma pancreático y broncogénico, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, etc. No hay que diagnosticar depresión mayor si éste ocurre por un trastorno médico. En ancianos se puede confundir depresión y demencia, aunque los que sufren demencia pueden presentar depresión. Otros experimentan depresión con el cambio de estación. La esquizofrenia se presenta a menudo con síntomas depresivos, ya sea en la fase aguda o en el período de resolución. En los trastornos distímicos y ciclotímicos, pueden

observarse aspectos de síndrome depresivo, igualmente puede coexistir en otras entidades como entidad sobrepuesta¹⁸. Los pacientes con trastornos bipolar mixto manifiestan rasgos de depresión grave, pero también síntomas maníacos. Teniendo en cuenta lo anterior es necesario resumir las patologías asociadas a depresión:

COLÁGENO-VASCULARES

- Lupus eritematoso diseminado

ENDOCRINOLÓGICAS

- Hiper e hipotiroidismo
- Enfermedad de Addison
- Enfermedad de Cushing
- Diabetes mellitus
- Hiperparatiroidismo
- Hipofunción hipofisiaria

FARMACOLÓGICAS

- Supresión de anfetaminas
- Esteroides
- Insecticidas anticolinesterásicos
- Barbitúricos, benzodiazepinas
- Beta bloqueadores, clonidina, hidralacina

- Anfotericina B
- Indometacina, cimetidina
- Metoclopramida
- Fenotiazinas

INFECCIOSAS

- SIDA
- Sífilis terciaria
- Influenza
- Mononucleosis infecciosa
- Tuberculosis
- Hepatitis vírica
- Neumonía vírica

MÉDICA GENERAL

- Coronariopatía
- Fibromialgia
- Insuficiencia renal o hepática

NEOPLASIA

- Cáncer de cabeza del páncreas
- Carcinomatosis diseminada

NEUROLÓGICAS

- Convulsiones (lóbulo temporal)
- Traumatismos craneales

- Esclerosis múltiple
- ACV
- Tumores cerebrales
- Enfermedad de Parkinson
- Apnea del sueño

NUTRICIONAL

- Pelagra
- Anemia (deficiencia de Vit B12, ácido fólico y hierro)
- Alteraciones hidro-electrolíticas: hipercalcemia, hiponatremia, hipopotasemia.

PSIQUIÁTRICA

- Alcoholismo y otros trastornos por consumo de sustancias
- Personalidad antisocial
- Demencia en fase precoz
- Esquizofrenia

EVOLUCIÓN DE LAS CLASIFICACIONES

A los psiquiatras les ha tomado mucho tiempo desarrollar un sistema de clasificación razonable que permita establecer pautas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Es así

como, apenas a fines del siglo pasado e inicio del presente, el alemán Emil Kreapelin (1856-1926), aporta con la primera clasificación de las enfermedades mentales, específicamente las debidas a los trastornos del humor¹⁹.

A partir de dicho momento se propusieron diferentes modelos de clasificación, pretendiendo encasillar a los pacientes que compartían características clínicas similares. Se empezaron a utilizar los términos depresión endógena y reactiva, psicóticas y neuróticas, primarias y secundarias, unipolares y bipolares. Si bien estas formas de clasificación todavía son usadas con fines prácticos y didácticos, en la actualidad empiezan a ser desechadas, ya que sus categorías no sólo no son excluyentes sino que en muchos casos se superponen, como se indicará mas adelante^{19,22}.

Depresión endógena y reactiva

Se decía que una depresión era endógena cuando era producida por factores propios de la persona, difícilmente influenciados por el medio externo. Se caracterizaban por su severidad, presencia de síntomas psicóticos (alteraciones del pensamiento y alucinaciones) y su causa estar ligada, posiblemente, a factores

biológicos. Además eran sensibles a tratamientos clínicos y al electroshock.

Contrario a lo anterior, la depresión reactiva se debía a factores psicosociales estresantes, eran menos severas y no respondían al tratamiento clínico sino únicamente a la psicoterapia.

Actualmente se acepta que no tiene ningún sentido el tratar de asignar un tipo de depresión a la presencia o no de un factor estresante, ya que las personas responden de modo individual a los mismos, dependiendo de su situación y características personales. Por otro lado estudios recientes demuestran que la depresión reactiva puede ser muy grave, puede responder a tratamiento clínico y además se puede encontrar alteraciones biológicas y evolucionar como una endógena¹⁹.

Depresión psicótica y neurótica

Al igual que la depresión endógena la depresión psicótica era caracterizada por cuadros severos, acompañados por alteraciones del pensamiento y alucinaciones, así como por una buena respuesta al tratamiento clínico y un alto riesgo de conductas

suicidas. Es por ello que se usaban estos dos términos, para identificar a un mismo grupo de pacientes^{5,19}.

Las depresiones neuróticas, en cambio, son descritas por cuadros de leve a moderados, sin características de endogenicidad y que se presentan como consecuencia de la coexistencia con factores psicosociales y personales. Contraria a la psicótica ésta no tiene una buena respuesta al tratamiento y el riesgo suicida era menor.

Al momento los conceptos han cambiado, ya que según estudios recientes pacientes diagnosticados de depresión neurótica han respondido adecuadamente al tratamiento con antidepresivos, así como han presentado un alto riesgo de suicidio¹⁹.

Depresión primaria y secundaria

Se define como depresión primaria a las que no son debidas a patologías psiquiátricas o médico-quirúrgicas, mientras que las secundarias se presentan en coexistencia con trastornos mentales o clínicos²².

Estos términos, si bien tienen cierta validez clínica, al parecer no existen diferencias en cuanto al pronóstico así como a la

respuesta al tratamiento; motivo por el cual ésta clasificación poco a poco, también esta siendo relegada¹⁹.

Depresión unipolar y bipolar

Esta es la clasificación con mayor acogida en la actualidad, por las diferencias clínicas comprobadas entre sus categorías.

Las depresiones unipolares son cuadros clínicos que se dan en pacientes que no han presentado previamente antecedentes de episodios maniaco, hipomaníacos o mixtos. Por otro lado las depresiones bipolares (anteriormente llamada psicosis maniaco-depresiva) se presentan en individuos que presentan historias personales de episodios maníacos, mixtos (Bipolares I) o hipomaníacos (Bipolares II)^{11,19,22}.

CRITERIOS ACTUALES DE CLASIFICACIÓN. CRÍTICAS Y LIMITACIONES

A pesar del enfoque biológico de los trastornos mentales, en la práctica, las clasificaciones como el DSM y el CIE están sujetas a cambios constantes debido a diferencias en los puntos de vista teóricos.

Según algunos autores, como por ejemplo Stein creen conveniente tomar en cuenta los aspectos clínico-antropológicos teniendo presente la necesidad de combinar el conocimiento científico para la definición de las categorías nosológicas, con valores o construcciones culturales; reconociendo además que los modelos vigentes sólo toman en cuenta los valores de la cultura occidental.

Persons critica la clasificación basada en categorías diagnósticas por ser en si misma heterogénea y fuente de importantes sesgos. Por el contrario las ventajas al estudiarlas como síntomas específicos serían: a) evitar clasificaciones erróneas, b) profundizar en fenómenos importantes ignorados en un diseño por categorías, c) aislar los elementos básicos y diferenciales de cada patología y, d) contribuir a la redefinición de nuestros sistemas de clasificación diagnóstica.

Por otra parte, en opinión de Blashfield (1986), las clasificaciones psiquiátricas no se ajustan a los principios en que se apoyan las clasificaciones biológicas: el que las categorías sean *mutuamente excluyentes* y en la *exhaustividad*. El ser mutuamente excluyentes significa que si un sujeto es miembro de una categoría, ya no puede serlo de otra, y el ser exhaustiva significa que las

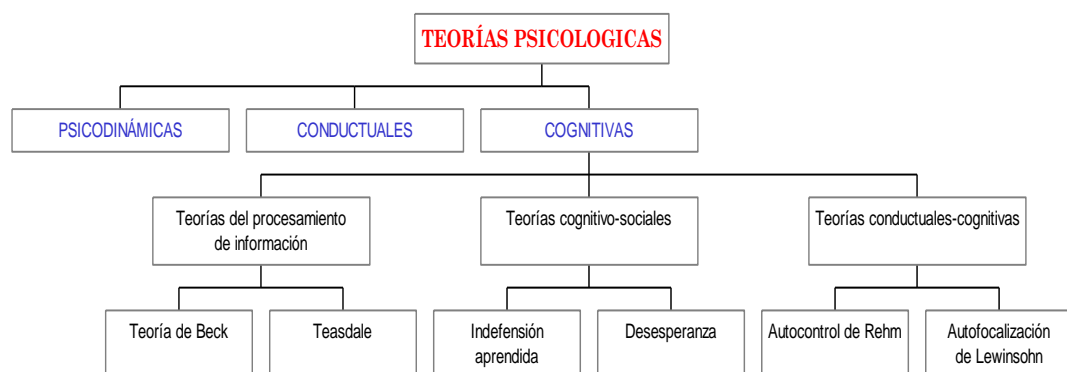
categorías deberían contener todas las posibilidades clasificatorias, de modo que ninguna entidad pudiese quedar sin clasificar¹⁷.

AGENTES ETIOLÓGICOS. FACTORES PREDISPONENTES Y PROTECTORES

Existen múltiples factores que, sobre una personalidad predispuesta, podrían desencadenar la enfermedad depresiva. Durante el presente siglo, la psiquiatría se ha planteado diversas hipótesis para explicar la causa de los trastornos afectivos.

CORRIENTES DE PENSAMIENTO

Son tres las líneas de pensamiento que han generado hipótesis, que buscan explicar el origen de los trastornos afectivos.



PSICODINÁMICA

Estas teorías afirman que las personas depresivas serían aquellas que desde pequeñas y debido a la pérdida de un “objeto” amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensible a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria²³.

La demostración de las teorías psicodinámicas se enfrentan no sólo a dificultades metodológicas sino también a problemas mucho mas serios de irrefutabilidad y, por tanto, de imposibilidad de la propia comprobación empírica²³.

CONDUCTUAL

Según los autores de esta teoría es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta^{23,24}.

COGNITIVA

- **Teorías del procesamiento de información.** Adscritas a la metáfora del hombre como sistema de procesamiento de la información: en un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación

almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio²³.

- **Teoría de Beck,** Afirma que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la *tríada cognitiva negativa*: una visión negativa del yo del mundo y del futuro.
- **Teoría de Teasdale.** Asume que el tipo de acontecimientos que a la postre provoca una depresión clínica, en algunos individuos es capaz de producir al menos un estado de ánimo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas.

□ **Teorías cognitivo-sociales**

- **Teoría reformulada de la indefensión aprendida.** Seleigman y Abramson, señalan que al experimentar una situación incontrolable las personas intentan

darse una explicación sobre la causa de la incontrolabilidad. Si en esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos se produce un descenso de la autoestima, mientras que esto no ocurre si la atribución se hace a factores externos.

- **Teoría de la desesperanza.** En esta se atribuye como causa suficiente: la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante unida a sentimientos de indefensión.

□ **Teorías conductuales-cognitivas**

- **Teoría del autocontrol de Rehm.** Es concebida como: un déficit de autocontrol (factor de vulnerabilidad) que interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo.
- **Teoría de la autofocalización de Lewinsohn.** Postula que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habrían factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En

particular, la principal variable mediadora sería un aumento de la *autoconciencia* (autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente).

En la actualidad las teorías conductuales-cognitivas parecen ser las más útiles para entender los efectos psicosociales del estado depresivo, así como para planear la psicoterapia a seguir^{8,23}.

FACTORES SOMÁTICOS

El estudio sobre la influencia del balance de los sistemas de neurotransmisores en la génesis de la depresión, se ha venido haciendo desde hace muchos años atrás. Las principales hipótesis que se han planteado al respecto son:

- **Catecolamínica**, según la cual la depresión es causada por una disminución de las catecolaminas, en particular de la norepinefrina posiblemente por disregulación hipotalámica.. Sin embargo en la actualidad hay por lo menos dos fuertes evidencias en contra de esta hipótesis: 1) La administración de L-dopa, precursor de Dopamina y Norepinefrina no mejora los

estados depresivos, y 2) no se ha demostrado, midiendo los niveles de metabolitos (substancias inactivas en que se transforman los neurotransmisores) en líquido cefalorraquídeo, sangre u orina, que haya un bajo nivel de norepinefrina en pacientes deprimidos²⁴.

- **Serotoninérgica**, que explicaría éste fenómeno por un déficit en los mecanismos serotoninérgicos centrales²⁴. Investigaciones realizadas por los doctores Nestler y Blier señalan que la disminución de este neurotransmisor (por un déficit funcional del receptor 5-HT-1A) así como del factor neurotrófico derivado del encéfalo (BDNF) podrían estar produciendo una disminución en el crecimiento, diferenciación y supervivencia de las neuronas hipocámpicas, que como consecuencia produciría la afectación del estado de ánimo²⁵. Otros estudios señalan que bajos niveles de serotonina (5-HT) estarían relacionados con un incremento de la agresividad e impulsividad y como consecuencia del riesgo de suicidio. Por otro lado es importante considerar que la depleción de serotonina podría además producir una elevación en los niveles de ACTH (normalmente la serotonina inhibe la liberación de ACTH) con el consecuente aumento en los niveles de cortisol⁸.

- **Balance adrenérgico-colinérgico**, esta hipótesis supone un balance entre los dos neurotransmisores, su desequilibrio provocaría depresión si predomina la acetilcolina y manía si predominara la norepinefrina²⁴.
- **Hipótesis de los opioides**, esta postula que la depresión es causada por la disminución cerebral de sustancias semejantes al opio, producidas de manera natural por el propio sistema nervioso. El uso de agonistas o antagonistas no ha podido corroborar ésta hipótesis²⁴.

Además de las alteraciones en el balance de algunos neurotransmisores muchos autores han formulado hipótesis sobre la alteración en la función de los mismos, debida a su vez a cambios en la sensibilidad de sus receptores y de los sistemas de segundos mensajeros⁸.

Actualmente, los estudios se han centrado en las alteraciones a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarenales, expresados en: un aumento de la secreción de cortisol por parte de la corteza suprarrenal y disminución en la respuesta a la hormona liberadora de tiotropina por parte de la hormona estimulante del tiroides²⁶.

Una de las hipótesis al respecto es la formulada por el Dr. Charney, quien señala que el estrés en los primeros días de vida puede ejercer efectos de larga duración sobre el sistema de neuropéptidos (especialmente sobre la CRH), produciendo una elevación en los niveles plasmáticos de cortisol²⁵, que según otros estudios podría deberse también a una respuesta atenuada del ACTH a la estimulación de la CRH²⁷.

Un estudio realizado en la Argentina a 9 pacientes depresivos, encontró una alteración del ritmo circadiano glucocorticoideo, la misma que puede deberse a una disminución cerebral de noradrenalina y serotonina, que normalmente inhiben la secreción de ACTH o a que exista una hipersecreción hipotalámica de CRH^{27,28}.

Además estudios neuroimagenológicos encontraron que los desordenes relacionados con estrés, están asociados con una reducción en el volumen hipocámpico, lo cual puede estar relacionado a una elevación en los niveles plasmáticos de cortisol y a la duración o severidad del estrés o episodio depresivo. Como al parecer, la principal alteración se encuentra a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarenales, actualmente se esta experimentando con drogas antagonistas de la CRH para el tratamiento de la depresión y otras alteraciones asociadas con el estrés²⁵.

Aparentemente se producen ciertas alteraciones estructurales a nivel encefálico, entre ellas la pérdida de neuronas y células gliales. Tres patrones de cambios celulares han sido encontrados en los trastornos depresivos: pérdida celular en el cortex prefrontal subgenual, atrofia y pérdida celular en la región prefrontal dorsolateral y orbitofrontal del cortex y un aumento en el número de células del hipotálamo y de los núcleos del rafe dorsal²⁶. Lo último, como lo mencionan los Dres. Charney, Blier y Nestler, debido a la estimulación disminuida de la serotonina sobre los receptores 5-HT-1A, así como al decremento en los niveles del factor neurotrófico de liberación encefálica²⁵.

Otro hallazgo importante que debe ser mencionado, es el encontrado gracias a la observación de cerebros postmortem de víctimas suicidas, que sugiere una actividad noradrenérgica alterada por el aumento en el número de receptores alfa1, alfa2 y beta adrenérgicos en el cortex cerebral, así como la disminución del número total y densidad de las neuronas noradrenérgicas en el locus ceruleus²⁶.

Los estudios inmunológicos han identificado una variedad de alteraciones sutiles en la depresión, como: cambios a nivel linfocitario, en la respuesta al mitógeno y en la actividad fagocítica normal⁸.

Estas investigaciones han abierto las puertas para que nuevos estudios sean hechos, previéndose que para las próximas décadas emerjan nuevas generaciones de antidepressivos.

FACTORES GENÉTICOS

Es preciso señalar que el riesgo de los familiares en primer grado de un paciente con depresión mayor (unipolar) es dos a tres veces mayor al de la población general; siendo esto la mitad del índice reportado para sujetos con un trastorno bipolar. . En el trastorno bipolar las cifras de concordancia superan el 70% en los gemelos monocigóticos y oscilan entre el 10 y el 20% en los dicigóticos. Estos datos permiten deducir valores de heredabilidad de mas del 80% en el trastorno bipolar^{29,30}.

La existencia de un gen concreto no parece ser condición necesaria y suficiente para explicar la enfermedad (podría tratarse de varios genes aunque uno mas influyente en cada caso), y otros aspectos relacionados con el fondo genético, o como los ya mencionados de carácter ambiental, están actuando sin duda sobre el efecto de ese gen mayor modificando su

expresión (variable) o su penetración (incompleta). Es decir, estaríamos ante situaciones complejas de carácter multifactorial (no-mendeliana).

La estrategia del análisis de ligamiento ha permitido localizar dos genes de susceptibilidad en maniaco-depresivos y, por tanto, definir dos formas genéticas diferentes de la enfermedad. Uno de los genes de susceptibilidad ha sido localizado en el extremo distal del brazo corto del cromosoma 11 (11p15), después de un exhaustivo análisis de una familia Amish de Pensilvania, utilizando marcadores de DNA polimórficos que incluyen los extremos 3' o 5' de los genes INS (insulina) y HRAS1 (Harvey-ras-1) . En esta zona ha sido localizado el gen de la tirosina hidroxilasa (TH), enzima que tiene la llave para la síntesis de las catecolaminas (neurotransmisores) y, por consiguiente, un buen candidato. El otro gen de susceptibilidad ha sido ubicado en el brazo largo del cromosoma X (Xq27). Cerca de este lugar se encuentra también un buen gen candidato: el correspondiente al receptor GABRA3 del neurotransmisor GABA (gamma-amino butírico), que está presente casi exclusivamente en el sistema nervioso y relacionado con acciones inhibitorias.

Sin embargo los datos disponibles no están exentos de controversia, puesto que las estimaciones de ligamiento entre el trastorno bipolar y los mencionados genes de susceptibilidad no han podido confirmarse con claridad en todas las familias analizadas hasta la fecha. Este hecho no supone necesariamente que no existan genes de susceptibilidad en las regiones cromosómicas indicadas, sino que redundan en la complejidad y heterogeneidad de la base genética de los trastornos psiquiátricos y obligan a extremar las precauciones que se deben tomar en el diagnóstico preciso de las enfermedades como en la selección de las familias y en el planteamiento del desarrollo experimental²⁹.

FACTORES PSICOSOCIALES Y DEMOGRÁFICOS

A pesar de que el estrés psicosocial podría desencadenar crisis de depresión mayor, es importante aclarar que éste únicamente gatillaría su aparición mas no la causaría, sino fuera por la intervención de los factores antes analizados.

Es por ello, que al hablar de factores psicosociales es preferible referirse a los mismos como factores de riesgo para depresión.

EDAD. El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, siendo la edad promedio de inicio, la mitad de la tercera década de la

vida, aunque según últimos estudios epidemiológicos la edad de inicio está disminuyendo, siendo los adolescentes uno de los grupos mas afectados^{2,4,8}.

SEXO. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 26% para las mujeres, y entre el 5 y el 12% para los varones²⁸. Como se había señalado anteriormente, es posible que exista un gen ligado al cromosoma X que esté asociado a la depresión, lo que haría a la mujer mas propensa a éste trastorno; asociado además a su presunta naturaleza mas sociable, a sus rasgos de dependencia y a la indefensión para controlar el propio destino en una sociedad fundamentalmente machista^{9,18}.

En la actualidad la discusión se ha centrado en torno a la triple carga de trabajo realizada por las mujeres, considerando la inequidad existente en: a) el trabajo remunerado o insertado que realizan, b) las labores domésticas, y c) las tareas vinculadas a la reproducción biológica y a las funciones de sostén de la misma^{31,32}.

NIVEL SOCIOCULTURAL Y RAZA. No han sido ligadas claramente con la depresión, aunque existen estudios controversiales, especialmente en

lo que respecta al nivel socioeconómico; que al parecer dependería más que de los ingresos percibidos, del acceso a redes sanitarias y del aislamiento social^{2,33}. Otros autores afirman que, a pesar de que los síntomas depresivos son más frecuentes en el nivel socioeconómico bajo, no se puede afirmar que exista una pauta de distribución entre el trastorno depresivo y el nivel socioeconómico⁵.

FACTORES DE ESTRÉS. Los trastornos depresivos en muchos casos pueden ir precedidos de situaciones vitales traumáticas, como la pérdida de un ser querido o separaciones, así como de conflictos interpersonales^{2,18,33}.

En el caso del estudiante de medicina, es importante considerar que sumado al estrés generado por sus responsabilidades académicas, se incluyen también los factores que envuelven su realidad familiar, económica y social.

CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS. Los trastornos afectivos pueden ocurrir en asociación con intoxicación o por abstinencia de algunas sustancias como: alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, hipnóticos, sedantes, ansiolíticos¹¹.

EL DOLOR Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS vs. DEPRESIÓN. UNA RELACIÓN BIDIRECCIONAL.

En personas con cuadros dolorosos crónicos es frecuente encontrar síndromes depresivos en un porcentaje muy variable que oscila entre el 7 y el 100%. A su vez, el dolor es un hallazgo frecuente en las depresiones, y algunos autores señalan que es posible encontrarlo en un amplio grupo de pacientes, que se sitúa entre el 33 y el 64%. Por otra parte, algunos cuadros dolorosos no tienen una causa lesional clara y pueden derivarse de factores psicológicos, entre los que se cuenta la depresión. Esta asociación es de difícil comprensión, ya que muchas veces no se logra establecer cual de los dos fenómenos precedió al otro^{34,35}.

Se han formulado algunas hipótesis para explicar esta relación, siendo las más importantes las siguientes³⁴:

- **Hipótesis de la mediación cognitiva-conductual.** Sostiene que la depresión surge como consecuencia de mediadores o percepciones psicológicas desencadenadas por el dolor. Entre ellos se cita la pérdida de actividad instrumental, la menor recompensa social o la pérdida de autocontrol e independencia personal que experimenta el sujeto que sufre cuadros dolorosos. A pesar de ser la hipótesis más defendida, en ocasiones las distorsiones cognitivas a las que se

atribuye un poder mediador puede ser consecuencia de la propia depresión.

- **Hipótesis de la asociación neuroquímica.** La depresión y el dolor podrían ser las dos caras de un mismo proceso neuroquímico. Es conocido el papel de la noradrenalina y la serotonina en la depresión involucrados en el sistema descendente de control del dolor, por lo que una disfunción noradrenérgica o serotoninérgica podría explicarse bien en forma de depresión o como un síndrome doloroso. En ciertos cuadros dolorosos se produce un aumento del gasto de serotonina, que podría dar lugar depresiones por consumo del neurotransmisor.

Los pacientes con enfermedades médicas presentan una mayor prevalencia de trastorno depresivo que la población general. Los trastornos depresivos en sus diferentes variedades ofrecen una serie de síntomas afectivos, cognitivos o cognoscitivos y somáticos que en la práctica clínica no siempre resultan fáciles de diferenciar³⁶. A pesar de esto existen algunas enfermedades médicas que frecuentemente están asociadas al trastorno depresivo (ver diagnóstico diferencial)

FACTORES PROTECTORES

Los principales factores que han sido estudiados y que han sido relacionados con depresión son:

LA PRÁCTICA RELIGIOSA. Al parecer el apego a una institución religiosa, así como su práctica, están involucrados con un menor riesgo de depresión e intento de suicidio³⁷.

LA PRÁCTICA DE UN DEPORTE. En los estudios que se han realizado se ha visto que, el practicar deporte 2 o mas veces por semana, al parecer disminuiría el riesgo de sufrir un trastorno depresivo³⁸, efecto conseguido gracias a la liberación de endorfinas durante el ejercicio físico, a nivel de la amígdala, hipocampo, locus ceruleus y corteza cerebral, que tienen la capacidad de modular la conducta afectiva^{39,40}. Aunque otros autores afirman que el efecto benéfico radica mas bien en los cambios positivos de tipo psicológico sobre el estado de ánimo (Weinberg & Gould, 1996)⁴¹. Esto se respalda con un

estudio publicado en el “British Journal of Sports Medicine”, en donde al parecer la práctica habitual de ejercicio está relacionada con una mayor liberación de feniletilamina, la misma que en pacientes con un trastorno depresivo o bipolar se encuentra disminuida⁴².

LAS REDES DE APOYO. Todos los estudios coinciden en la importancia de redes de apoyo social y familiar efectivas para proteger a los individuos de un trastorno afectivo, así como la intervención de las mismas en el manejo integral del paciente^{5,8,35}.

DEPRESIÓN Y SUICIDIO. UN BINOMIO EMPARENTADO

El suicidio es una de las causas de defunción mas frecuentes a nivel mundial y como tal un problema de salud a conocer y resolver⁴³.

Según datos estadísticos de la OMS se estima que 1000 personas se suicidan cada día. En los países desarrollados de Europa y América del Norte el suicido figura entre las 5 y 10 principales causas de muerte⁴³.

Representa la cuarta causa de muerte en la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tercera en la adolescencia tardía y en los adultos jóvenes. Encontrándose una incidencia real en la población general, entre el 3 y el 4%^{44,45}.

Si bien el suicidio no es causado por ningún factor individual, sino más bien, por una combinación de factores, este podría ser el resultado de la depresión, la falta de autoestima o la incapacidad para visualizar un futuro mejor, combinados con otros factores que podrían incrementar este riesgo. Entre ellos uno de los mas importantes es la hipofunción serotoninérgica correlacionada con la conducta agresiva en múltiples estudios en humanos y animales, la misma que tiene una predisposición genética⁴⁵.

Sobre todo en los depresivos endógenos el suicidio encabeza las causas de mortalidad. Según algunos autores el suicidio constituye el 60% de las causas de muerte durante los primeros 7 años de enfermedad⁴⁴.

Entre los principales factores de riesgo para suicidio figuran los siguientes^{43,44}:

- Edad mayor a 50 años.
- Sexo femenino (en actos no consumados) y sexo masculino (en casos de suicidio consumado).
- Antecedentes familiares de suicidio y/o intento de suicidio.
- El vivir solo, separado o divorciado, o en aislamiento social.
- Antecedentes de intentos previos.
- Consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas.
- Plan de suicidio elaborado detalladamente.
- La muerte reciente de un ser querido.
- Personas con enfermedades crónicas invalidantes.

EL PSEUDOSUICIDA

El pseudosuicidio o parasuicidio según la mayoría de autores es un "acto deliberado de autolesión independientemente de la letalidad del método empleado y de la gravedad de las circunstancias"^{43,46}. Entendiéndose además que no existe la intención de quitarse la vida.

Es importante indicar que el pseudosuicida no tiene una verdadera intención de cometer el acto, sino que más bien con su accionar pretende manipular con la finalidad de obtener algún tipo de concesión o simplemente atención⁴⁷.

Según Freedman-Kaplan-Sadock⁵, "en aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno período de estado, hay anuncios e intentos suicidas (pseudosuicidio). El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio; por lo general no es serio, es decir, el recurso no es idóneo para lograr la muerte. El objeto es llamar la atención, con alto contenido histriónico, y consecutivo a situaciones conflictivas explosivas. En cambio los intentos suicidas del deprimido severo, son, como un autor decía "serios, de verdad". Suele planearse, generalmente

en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte”.

Para ejemplificar y entender mejor este concepto citaremos un fragmento de un comentario hecho de la novela “Rebelión y Resistencia en el Apando” escrita por el mexicano José Revueltas: *“El Carajo es un personaje que ejerce cierto control sobre su propio cuerpo y las circunstancias que lo rodean. La única escapatoria que tiene en el reclusorio es la droga y para obtenerla ha ingeniado un sofisticado ritual de pseudosuicidio. Se corta las venas junto a la puerta de su celda para que la sangre fluya y salga al patio; en el momento apropiado, aúlla para llamar la atención de los guardianes, sabiendo que lo llevarán a la enfermería donde le será más fácil conseguir la deseada droga...⁴⁸”*

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio que se realizó, fue de tipo mixto, descriptivo transversal de prevalencia, analítico de casos y controles (o de corte transversal) el mismo que se llevó acabo en los estudiantes regulares, inscritos en el primer semestre del año electivo 2001 - 2002 de la Facultad de Medicina de la P.U.C.E.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo del estudio incluyeron a estudiantes de todos los niveles (incluido preparatorio), y de todas las edades; excluyéndose a personas con antecedentes de algún trastorno psiquiátrico, no incluido depresión.

La muestra se calculó, mediante el programa Statcalc del epiinfo 6.04, tomándose como universo de 586 (aproximado 600) alumnos correspondientes a todos los niveles de la Facultad de Medicina. Se utilizó el 95% de nivel de confianza, con un error o

precisión del 5% y una prevalencia del 16% (dato obtenido del INEC para la prevalencia de depresión en el Ecuador).

Se obtuvo una muestra de 154 individuos (25,6% del universo), posteriormente dividida proporcionalmente por niveles de la siguiente forma (EJEMPLO):

<i>(universo)</i>	600----- 100%
<i>(# total del nivel)</i>	93----- X= 15,5%

X = (% del nivel que corresponde al universo)

<i>(muestra requerida)</i>	154----- 100%
<i>(% del nivel que corresponde a la muestra)</i>	X ----- 15,5%

X=23

X = (# de individuos requeridos para la muestra en ese nivel)

La proporción utilizada en la muestra, para hombres y mujeres fue del 50% en ambos grupos, ya que esta es la proporción aproximada existente en la Facultad (universo).

La recolección de la muestra se realizó de forma aleatoria simple, en los corredores de las instalaciones de la facultad, ya que era prácticamente imposible poder reunirlos en un solo lugar.

Tabla del universo y muestra del estudio

NIVELES	# TOTAL DE ESTUDIANTES	MUESTRA
Primero	93	24
Segundo	55	14
Tercero	71	19
Cuarto	35	9
Quinto	50	13
Sexto	21	6
Séptimo	45	12
Octavo	32	9
Noveno	46	12
Décimo	30	8
Undécimo	81	21
Duodécimo	27	7
TOTAL	586	154

Tabla 1

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El material para la recolección de la información usado consistió en dos cuestionarios, el primero, el Test de Zung (ver Anexos 1 y 2) que evaluó depresión (variable dependiente) el mismo que consiste en 20 preguntas, cada una con cuatro categorías. Un puntaje menor a 50 se considera normal, mientras que de 50 en adelante se considera depresión (ver Tabla 2)

<i>SDS INDEX</i>	<i>EQUIVALENTE CLÍNICO</i>
<i>Menos de 50</i>	<i>Normal</i>
<i>50-59</i>	<i>depresión leve</i>
<i>60-69</i>	<i>depresión moderada</i>
<i>Mas de 70</i>	<i>depresión severa</i>

Tabla 2. Escala de clasificación de la depresión (Test de Zung)

El segundo fue un cuestionario (ver anexo 3) para la evaluación de treinta variables psicosociales (variables independientes) que están relacionadas con depresión.

El tiempo total que se necesitó para recolectar la información fue de aproximadamente 1 semana.

Control de sesgos. Para evitar la inclusión de sesgos por incomprensión las dudas expuestas por los encuestados fueron debidamente aclaradas por personas capacitadas en el tema . Además los estudiantes fueron informados adecuadamente sobre los objetivos del estudio y el carácter anónimo del mismo, con la finalidad de recabar información veras y confiable.

ANÁLISIS DE DATOS

Se usó como medida de asociación el Odds Ratio (OR) y la DE, y de significancia el Chi cuadrado (X^2) tomándose un valor p menor a 0.05.

Cuatro encuestas fueron anuladas por responder positivo a la pregunta de exclusión de trastornos psiquiátricos.

El análisis univariial como el bivariial se realizó en el epiinfo 6.04 y 2000, mientras que el multivariial (regresión logística) en el programa SPSS 10.0. Además se utilizó una hoja de cálculo (Microsoft-Excel 2000) para el desarrollo de tablas y gráficos, así como la conversión de las variables analizadas en la regresión logística a variables dumys (valores 0 y1)

Algunas variables categóricas (excepto nivel, estado civil, con quien vive, deporte y alcohol) fueron transformadas en dicotómicas, con la finalidad de facilitar el análisis bivariado y asignar valores numéricos (0 y 1) necesarios para el análisis por regresión logística. De modo particular la variable edad fue agrupada por estratos con el objeto de expresar de una mejor manera los resultados obtenidos.

En primer lugar se realizó el análisis univariado para establecer la prevalencia de depresión así como la frecuencia de ciertas variables independientes. Posteriormente se realizó el análisis bivariado entre las variables independientes y la dependiente con la finalidad de identificar las que tenían una asociación estadísticamente significativa.

El análisis multivariado (regresión logística) se lo realizó con la intención de aislar las variables independientes, que se vieron asociadas significativamente en el análisis bivariado, de posibles interacciones con agentes perturbadores o confusores. Las variables incluidas fueron las que poseían un valor p menor a 0,25 y las que según el respaldo bibliográfico se reportaban con

asociación. Se tomaron como significativos en este proceso, los resultados que estuvieran por debajo de 0,10.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

DEPRESIÓN: Se usó como instrumento diagnóstico de depresión la Escala de Zung , donde se consideran valores inferiores de 50 puntos como normal y superiores o igual a 50 se considera depresión :

menos de 50	normal
50 - 59	depresión leve
60 - 69	depresión moderada
70 - mas	depresión severa

SEXO: Se clasificó el genero sexual como masculino o femenino.

NIVEL: Los niveles fueron numerados desde el primero (preparatorio) hasta el decimosegundo (internado rotativo II).

EDAD: Se consideró la edad en años cumplidos. Para realizar el análisis se la estratificó en tres grupos:

17 - 20 años

21 - 24 años

25 - mas años

ESTADO CIVIL: Se clasificó el estado civil de acuerdo a las formas vigentes en nuestro país, como : soltero, casado, divorciado, unión libre y viudo.

CON QUIEN VIVE: Dentro de esta variable se consideró cinco alternativas:

Familia= cualquier familiar (incluidos padres, hermanos, tíos, primos)

Pareja= si el encuestado vive con una persona con la cual mantiene relaciones sentimentales, ya sea casado o en unión libre.

Amigos= cuando los encuestados comparten su vivienda con otras personas que no son

familiares pero mantiene una relación de amistad.

Solo= cuando el encuestado vive sin compañía.

Otros = en esta opción encajan las personas que viven en lugares como residencias universitarias o pensionados de cualquier clase.

RELIGIÓN: Referida a la práctica de algún tipo de culto religioso (católico, evangélico, judaísmo, islamismo, etc.).

TRABAJO: Se considera positivo si la persona aparte del estudio o de las obligaciones propias de la carrera, tiene algún tipo de trabajo en otro lugar.

SATISFACCIÓN CON LA CARRERA: Entendido como el agrado a estudiar la carrera escogida.

EXIGENCIA ACADÉMICA: Esta variable se refiere a, que tan intensa es la percepción del estudiante respecto al nivel de

estudios, trabajos y complejidad de la materia (presión psicológica).

CARGA HORARIA: Esta variable indica si el número de horas de clases (incluido APS y turnos en los hospitales) es excesiva o no.

TIEMPO LIBRE: Se refiere a, si el estudiante tiene tiempo para realizar otras actividades no relacionadas con el pemsun universitario.

SATISFACCIÓN VIDA SOCIAL: Indica si el estudiante se siente satisfecho con las relaciones sociales que mantiene.

APOYO SOCIAL: Evalúa el respaldo emocional de parte de su círculo social (amistades y otros) ante cualquier problema o situación adversa en la que se encuentre.

APOYO FAMILIAR: Evalúa el respaldo emocional proveniente de su familia.

SITUACIONES ESTRESANTES: Por situación estresante se entiende alguna situación en particular que al estudiante le

mantenga permanentemente preocupado y que de forma cotidiana influya en sus actividades normales.

CONFLICTO CON COMPAÑEROS: Se refiere a una situación problemática o inquietante que mantiene con algún compañero que al individuo le preocupe de modo particular.

CONFLICTO CON DOCENTE: De igual manera se refiere a alguna situación problemática o inquietante que se mantiene con algún docente de la facultad, que le preocupe de modo particular.

PROBLEMA EN MATERIAS: Esta variable se refiere si el estudiante presenta problemas académicos en alguna materia o riesgo de perder el semestre.

FINANCIAMIENTO: Si recibe ayuda económica de alguna persona o institución para poder cancelar la matrícula semestral; o si debe autofinanciarse el pago de ésta.

DIFICULTAD PARA FINANCIAR LA MATRÍCULA: Si tiene problemas en conseguir el dinero para la matrícula

independientemente de si recibe ayuda económica o es autofinanciada.

DEPORTE: Con que frecuencia el estudiante realiza ejercicio:

1 vez por semana, esporádicamente (1 vez cada quince días a 1 vez cada mes o cada tres meses), nunca

ALCOHOL: Con que frecuencia se ingiere alcohol : 1 vez por semana, ocasionalmente (1 vez cada quince días o más), nunca.

EMBRIAGUEZ: Cuando la persona cada vez que ingiere alcohol llega a la embriaguez.

DROGAS: Uso frecuente de sustancias ilegales como marihuana, cocaína, estimulantes.

INTENTO DE SUICIDIO: Si ha intentado alguna vez acciones auto líticas.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Si ha sido diagnosticado de alguna enfermedad crónica como: diabetes, epilepsia, trastornos cardiacos, renales, etc.

DOLOR CRÓNICO: Si sufre de algún dolor frecuente como migrañas, dolores musculares, dolores de espalda, abdominales, etc.

DUELO: Si ha fallecido alguna persona cercana (como familiares, amigo, etc.) en el último año.

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO: Si le han diagnosticado algún trastorno como esquizofrenia, trastorno bipolar, ciclotimia, etc. (no incluido depresión).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

UNIVARIAL

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y GRADOS

La prevalencia encontrada de depresión, en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la PUCE, fue del 28,7% (ver tabla 3 y gráfico 1).

<i>VARIABLE DEPENDIENTE</i>	<i>FRECUENCIA (#)</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>DEPRESIÓN</i>		
<i>SI</i>	43	28,7%
<i>NO</i>	107	71,3%
<i>TOTAL</i>	150	100%

Tabla 3. Prevalencia de depresión

Del total de deprimidos, el 58% representan los casos leves, el 30% los moderados y el 12% los casos de depresión severa (ver tabla 4 y gráfico 2).

<i>DEPRESIÓN</i>	<i>FRECUENCIA</i> (#)	<i>PORCENTAJE</i> (%)
<i>LEVE</i>	25	58%
<i>MODERADA</i>	13	30%
<i>SEVERA</i>	5	12%

Tabla 4. Grados de depresión

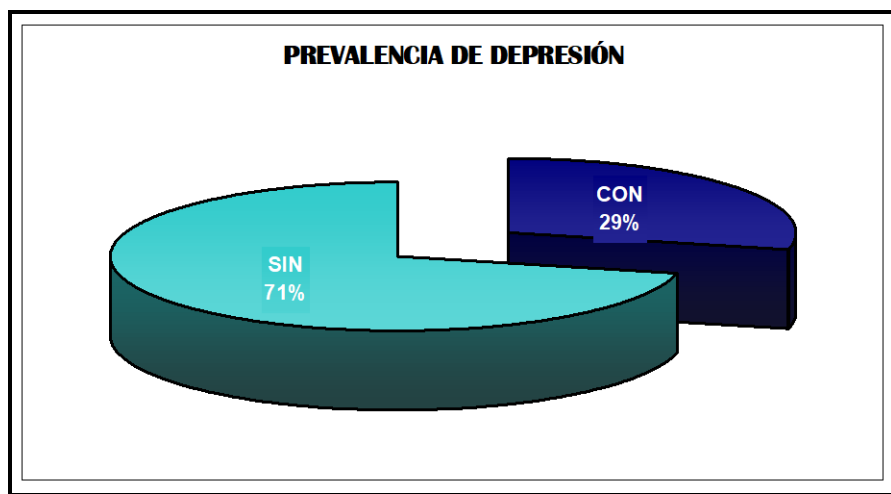


GRAFICO 1

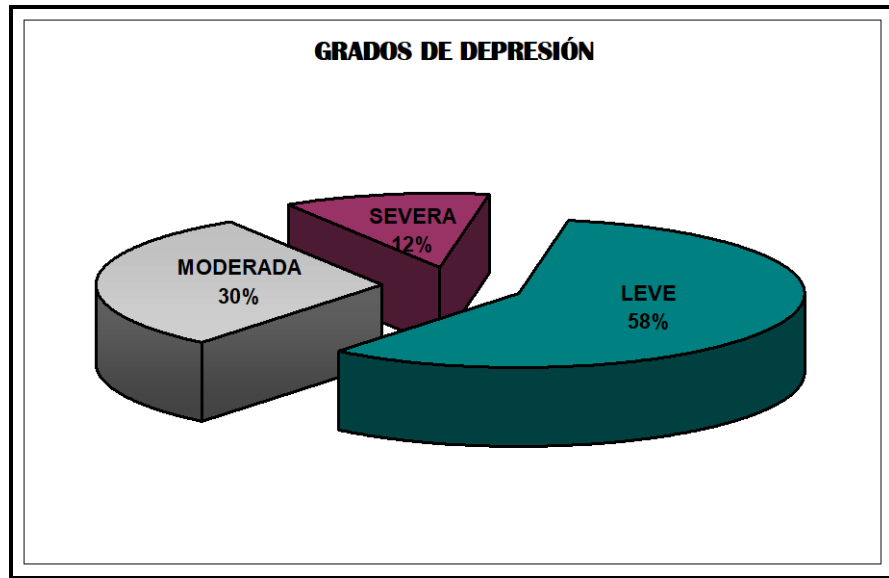


GRAFICO 2

VARIABLES DEMOGRÁFICAS (ver anexo 4)

La proporción de hombres y mujeres fue semejante a la encontrada en el universo en estudio, esto quiere decir 50% y 50% para cada sexo.

El grupo mayoritario de edad fue el comprendido entre los 21 y 24 años, con un 52,7% del total de la muestra estudiada.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los encuestados (92%) fueron solteros.

El 78% de los estudiantes viven con familiares, mientras que apenas el 11,3% habitan solos.

VARIABLES DE RELACIÓN ACADÉMICA

Uno de los resultados mas llamativos encontrados, es el que corresponde a la satisfacción con la carrera, ya que el 97,3% del total de estudiantes investigados están satisfechos con lo que hacen *(ver gráfico 3)*

Un 64% cree que la exigencia académica no es intensa, contrario a lo que se esperaría *(ver gráfico 4)*

Del total de alumnos el 84% indica que no dispone de tiempo libre suficiente como para realizar otro tipo de actividades extracurriculares.



GRÁFICO 3

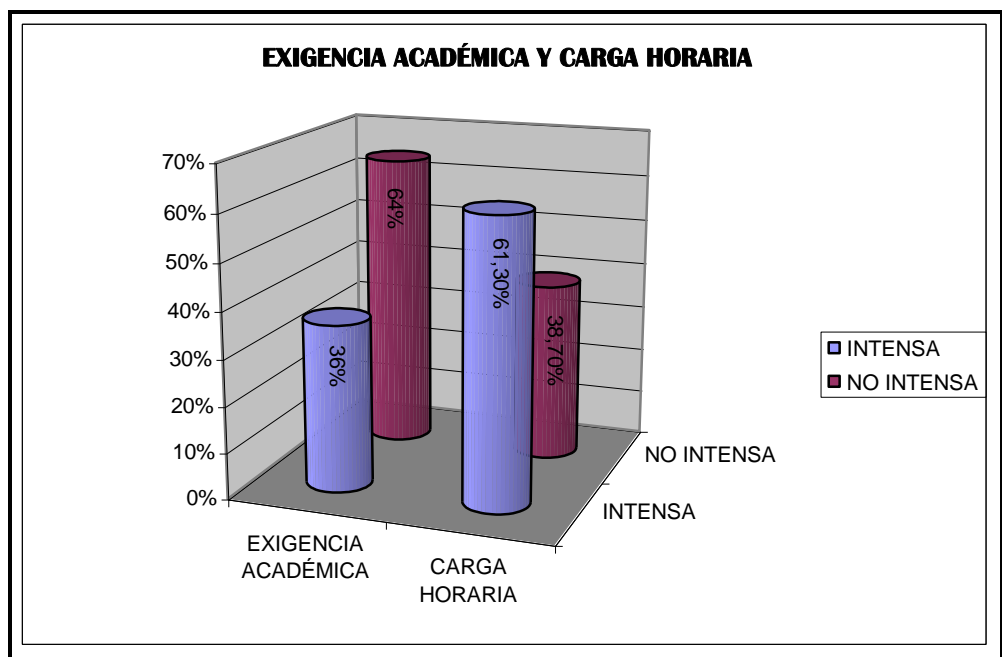


GRÁFICO 4

SATISFACCIÓN CON LA VIDA SOCIAL Y REDES DE APOYO

El 85.3% cuentan con redes de apoyo social y el 94% con redes de apoyo familiar. (ver gráfico 5)

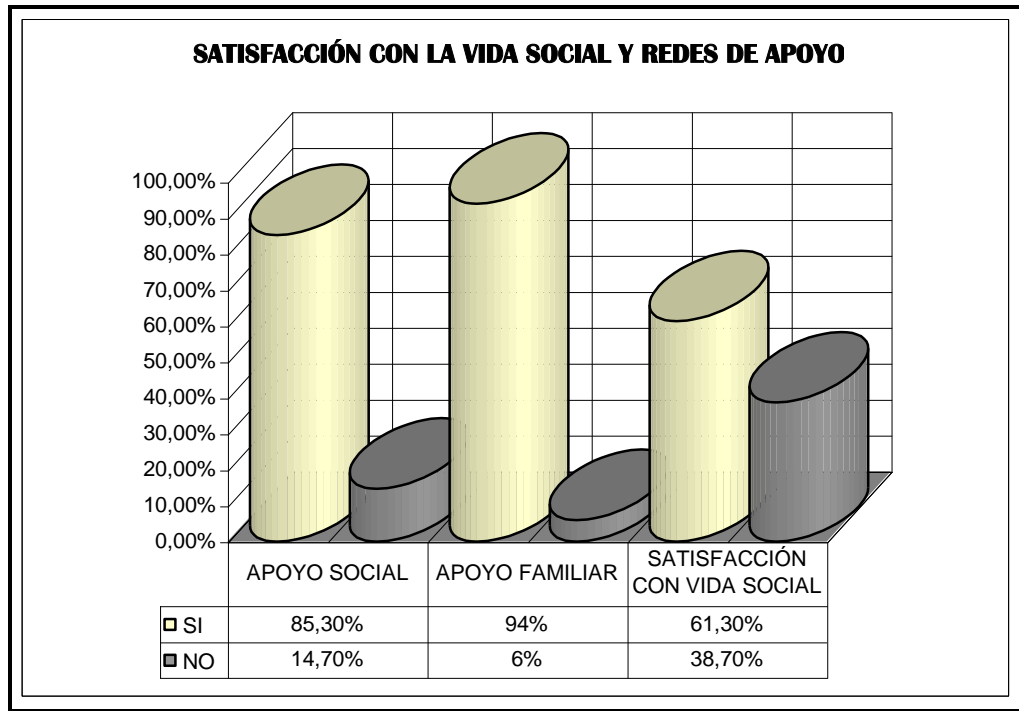


GRÁFICO 5

SITUACIONES ESTRESANTES Y CONFLICTOS

El 75,3% presentan situaciones estresantes que afectan de modo particular. Los conflictos con compañeros y con docentes de la Facultad representan el 20,7% y el 21,3% respectivamente (*ver gráfico 6*).

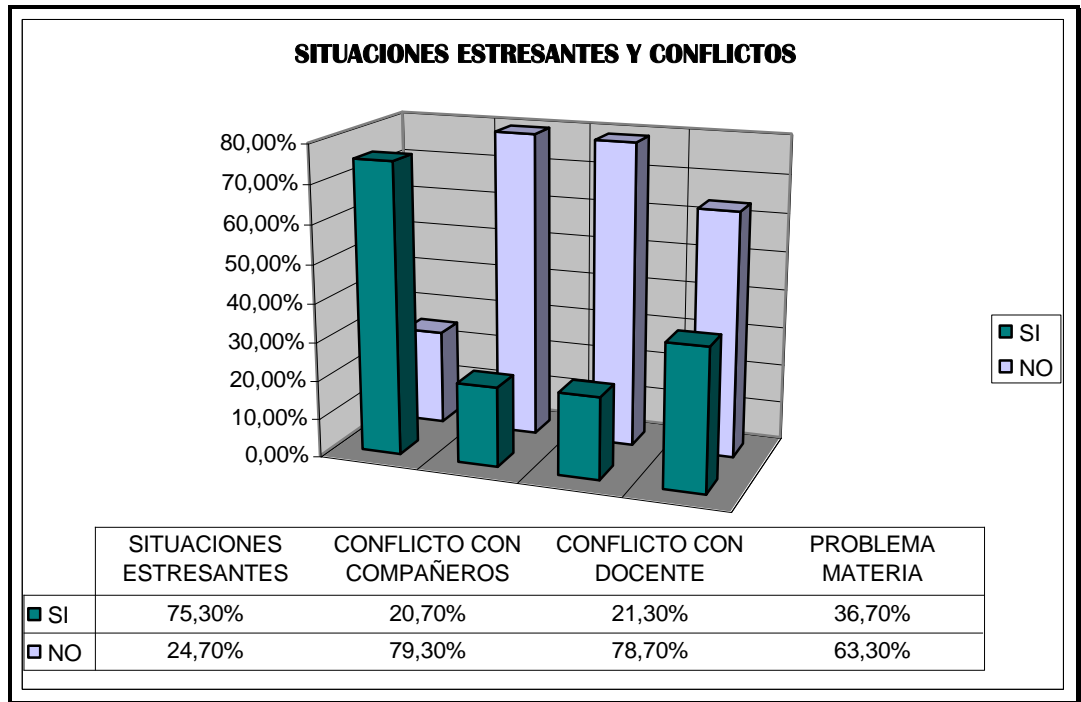


GRAFICO 6

FINANCIAMIENTO

Apenas el 2,7% de los encuestados se autofinancia la carrera, mientras que el resto cuenta con ayuda económica para el pago de la matrícula.

Debido a las limitaciones que tiene el estudiante de medicina para trabajar, sólo el 10,7% labora. (ver gráfico 7)

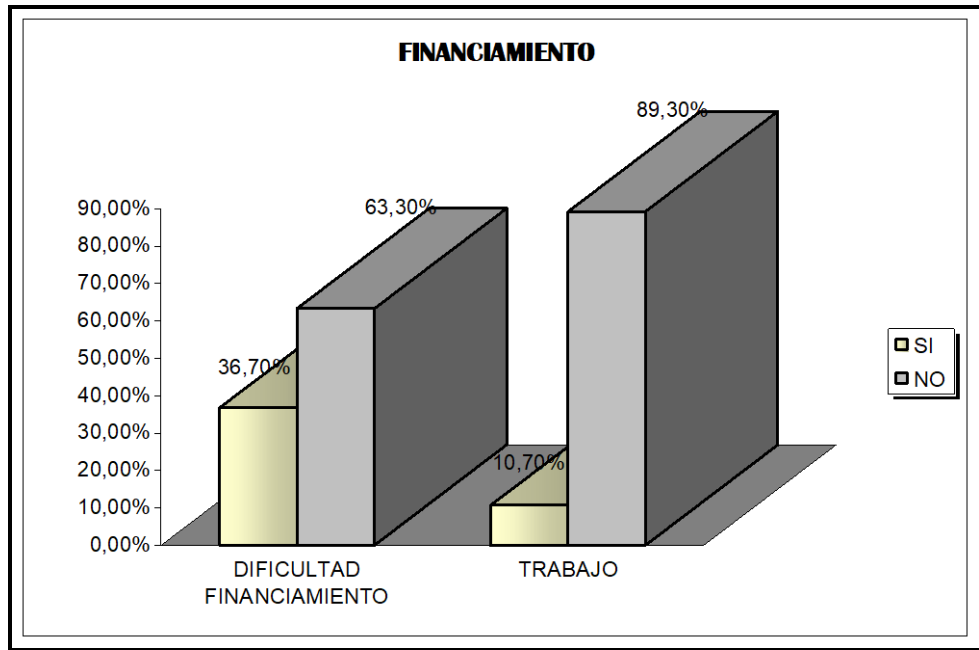


GRAFICO 7

CONSUMO DE SUSTANCIAS (ver tabla 5)

El 10,6% refiere ingerir alcohol 1 o mas veces por semana, mientras que el 32,7% son abstemios (ver gráfico 9).

La prevalencia encontrada de consumo de sustancias psicotrópicas es del 12% (ver gráfico 10).

VARIABLE INDEPENDIENTE	FRECUENCIA (#)	PORCENTAJE (%)
FUMA		
SI	54	36%
NO	96	64%
ALCOHOL		
1 vez o+sema	16	10.6%
Ocasional	85	56.7%
Nunca	49	32.7%
EMBRIAGUEZ		
SI	28	18.7%
NO	122	81.3%
DROGAS		
SI	18	12%
NO	132	88%

Tabla 5. CONSUMO DE SUSTANCIAS

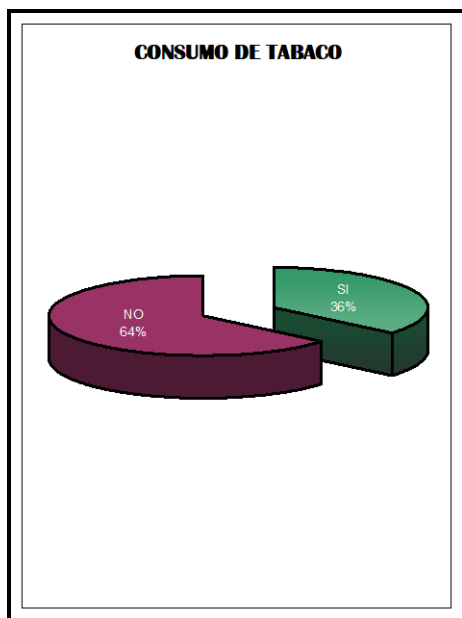


GRAFICO 8

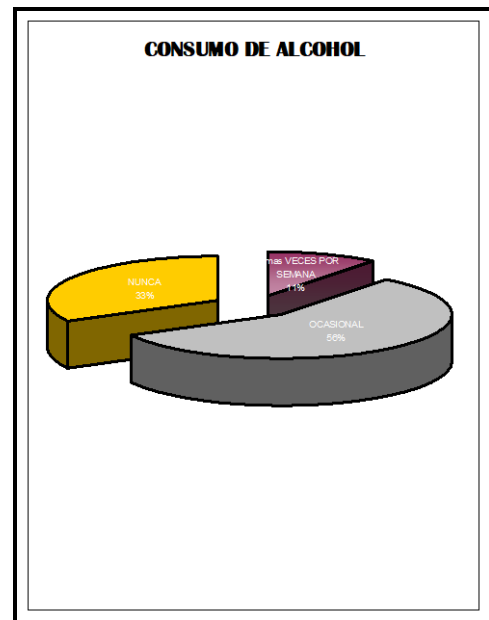


GRAFICO 9

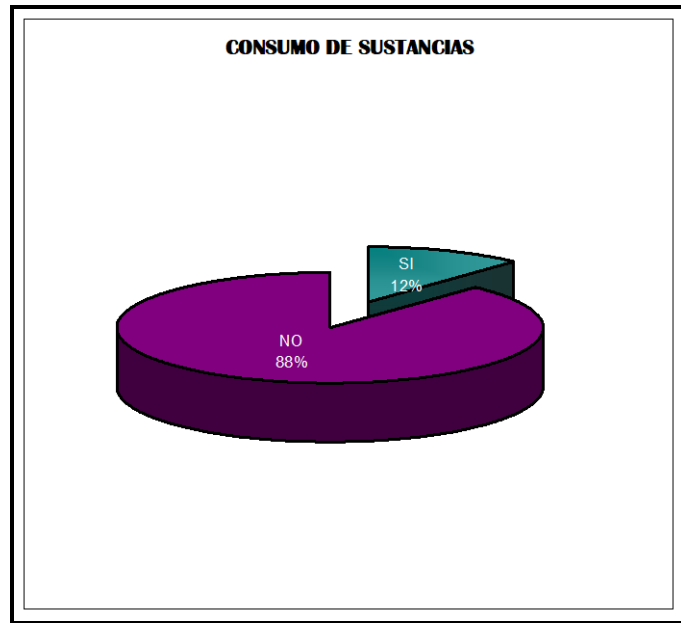


GRAFICO 10

RELIGIÓN Y DEPORTE

El 50% de los estudiantes de medicina practican activamente algún tipo de religión.

Sólo un 23,3% practican algún tipo de deporte una o mas veces por semana, mientras que el 28% nunca lo hacen.

ENFERMEDAD Y DOLOR CRÓNICO

Aproximadamente la cuarta parte de los encuestados (25,3%) presentan algún tipo de dolor crónico (ver gráfico 11)

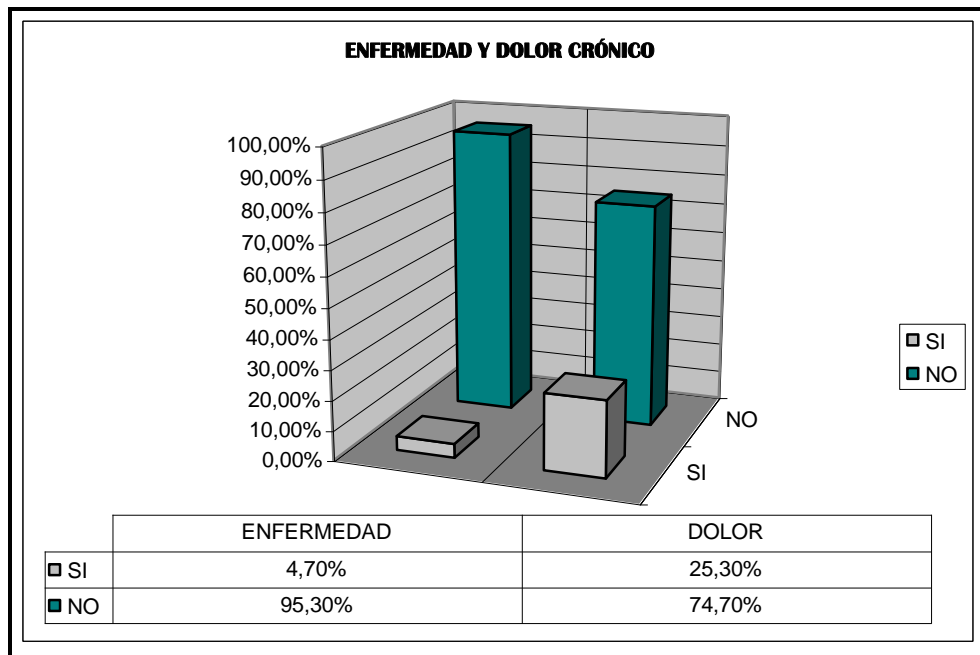


GRÁFICO 11

INTENTO DE SUICIDIO Y DUELO

La prevalencia encontrada de intentos auto líticos dentro de la Facultad es del 8,7%.

Un total de 25 encuestados (16,7%) han cursado por un período de duelo durante el último año (ver gráfico 12).

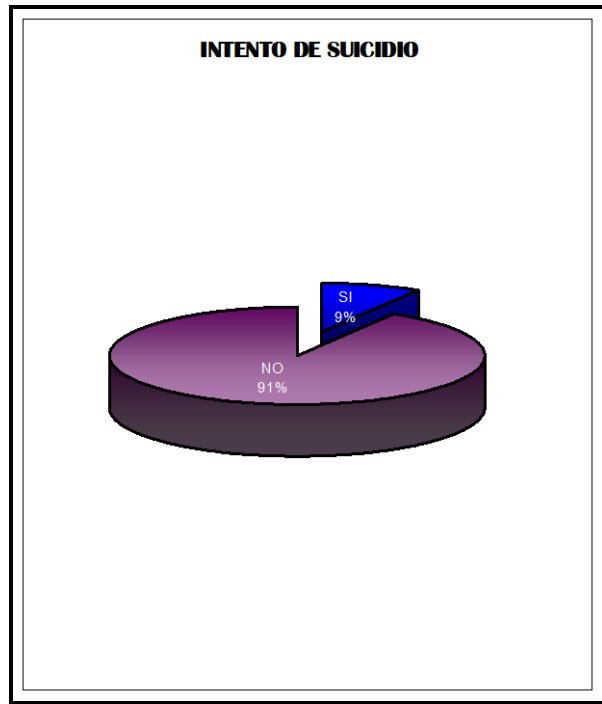


GRAFICO 12

BIVARIAL

VARIABLES DEMOGRÁFICAS vs. DEPRESIÓN(ver tabla 6

Según el análisis se encontró que el 32% de las mujeres eran deprimidas, mientras que el 25,3% de los hombres lo fueron. Sin que exista diferencias estadísticamente significativas (ver gráfico

13)

La edad mas afectada es el grupo comprendido entre los 21 y 24 años (32,9%), sin encontrarse asociación con esta variable (*ver gráfico 14*)

En los niveles inferiores se encontró una mayor incidencia (1ro y 2do). Además en 7mo nivel se registra un descenso en el número de casos (12,5%), contra los 40,1% encontrado en el 1er nivel (*ver gráfico 15*).

En cuanto al estado civil, los solteros representan el 92% del total de encuestados por lo que los resultados obtenidos no permiten reconocer diferencias con el resto de estados, por ser estos muy pequeños.

A pesar de que el 35,3% de los que vivían solos eran deprimidos, el hecho de que la mayoría de encuestados vivieran con familiares, limitó el número de estudiantes analizados en los otros grupos, por lo que fue difícil establecer una relación real.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR <i>p</i>
	+	-				
SEXO						
F	32%	68%	0.64-3.03	1.39	0.52	0.47014901
M	25.3%	74.7%				
EDAD						
17-20	26.3%	73.7%			2.27	0.32206069
21-24	32.9%	67.1%				
25-mas	14.3%	85.7%				
NIVEL						
1.-	25%	75%			3.41	0.98415883
2.-	41.7%	58.3%				
3.-	35.3%	64.7%				
4.-	20%	80%				
5.-	28.6%	71.4%				
6.-	33.3%	66.7%				
7.-	33.3%	66.7%				
8.-	12.5%	87.5%				
9.-	33.3%	66.7%				
10.-	28.6%	71.4%				
11.-	25%	75%				
12.-	25%	75%				
ESTADO CIVIL						
Soltero	30.2%	69.8%			4.23	0.23816340
Casado	0%	100%				
Divorciado.	50%	50%				
Unión libre	0%	100%				
Viudo	0%	0%				
CONQUIÉN VIVE?						
Familia	29.9%	70.1%			6.17	0.18702482
Pareja	0%	100%				
Amigos	50%	50%				
Solo	35.3%	64.7%				
Otros	0%	100%				

Tabla 6. VARIABLES DEMOGRÁFICAS vs. DEPRESIÓN

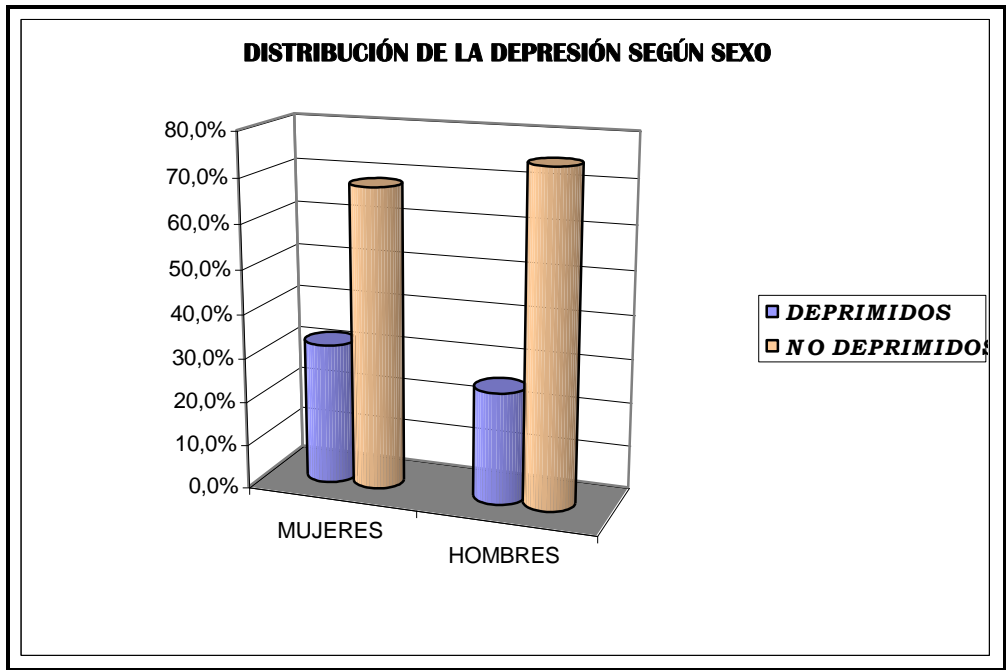


GRAFICO 13

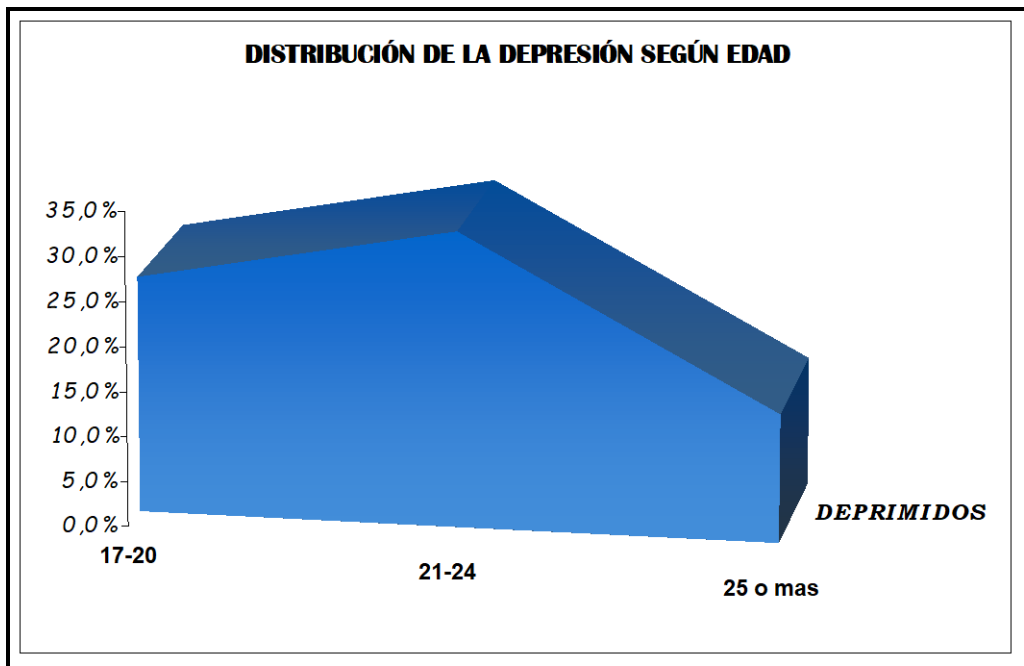


GRAFICO 14

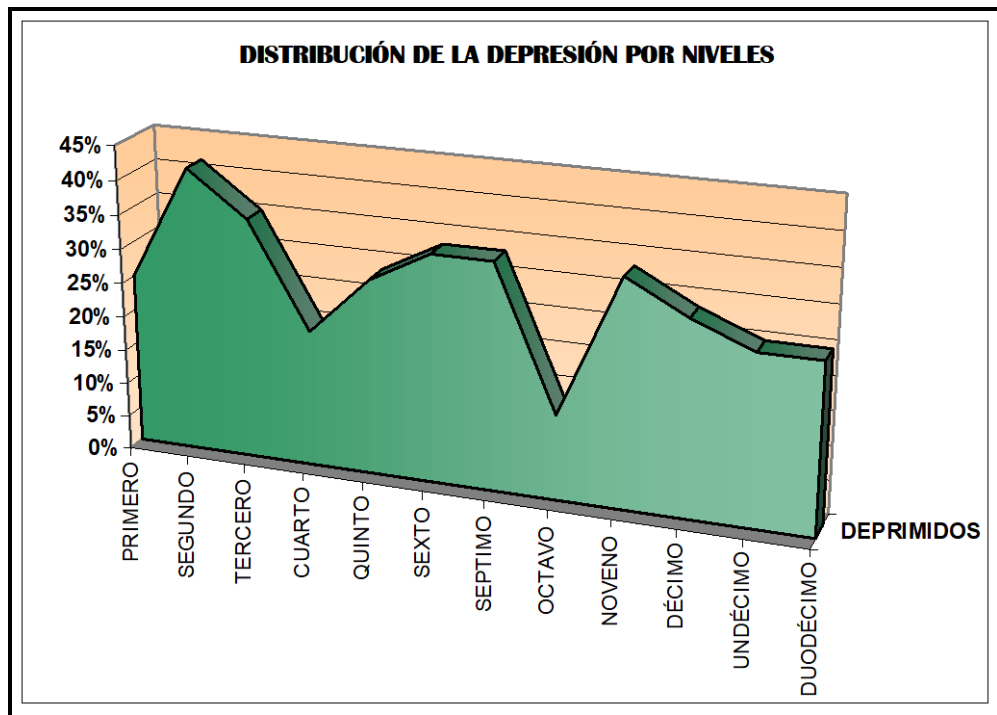


GRAFICO 15

VARIABLES DE RELACIÓN ACADÉMICA vs. DEPRESIÓN (ver tabla 7)

El 28,8% de los encuestados satisfechos con su carrera eran deprimidos, mientras que de los no satisfechos el 25%. No se encontró significación estadística.

A pesar de que el 37% de los que señalaban que tenían una exigencia académica intensa eran deprimidos, no se encontró una relación estadística, al igual que con carga horaria.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR <i>p</i>
	+	-				
SATISFACCIÓN CARRERA						
SI	28.8%	71.2%	0.0-9.45	0.83	0.16	0.69210922
NO	25%	75%				
EXIGENCIA ACADÉMICA						
Intensa	37%	63%	0.84-4.13	1.87	2.29	0.13048733
No Int.	24%	76%				
CARGA HORARIA						
Intensa	32.6%	7.4%	0.26-1.36	0.60	1.34	0.24634531
No Intensa	22.4%	77.6%				
TIEMPO LIBRE						
Suficiente	25%	75%	0.26-2.39	0.80	0.04	0.85153842
Insuficiente	29.4%	70.6%				

Tabla 7. VARIABLES DE RELACIÓN ACADÉMICA vs. DEPRESIÓN

SATISFACCIÓN VIDA SOCIAL Y REDES DE APOYO vs. DEPRESIÓN (ver tabla 8)

No existe asociación estadística significativa entre satisfacción con la vida social (23,9% de los que estaban satisfechos eran deprimidos) y depresión así como con apoyo social (27,3% de los que contaban con apoyo eran deprimidos).

El 26,2% de los estudiantes que cuentan con redes de apoyo familiar cursan con depresión, mientras que el 66,7% de los que no lo poseen presentan esta alteración (ver gráfico16).

Encontrándose asociación estadísticamente significativa con una χ^2 de 4.93 y un valor p de 0.02641535.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR p
	+	-				
SATISFACCIÓN VIDA SOCIAL						
SI	23.9%	76.1%	0.25-1.22	0.55	2.06	0.15097102
NO	36.2%	63.8%				
APOYO SOCIAL						
SI	27.3%	72.7%	0.23-1.91	0.66	0.37	0.54248826
NO	36.4%	63.6%				
APOYO FAMILIAR						
SI	26.2%	73.8%	0.03-0.87	0.18	4.93	0.02641535
NO	66.7%	33.3%				

Tabla 8. SATISFACCIÓN VIDA SOCIAL Y REDES DE APOYO vs. DEPRESIÓN

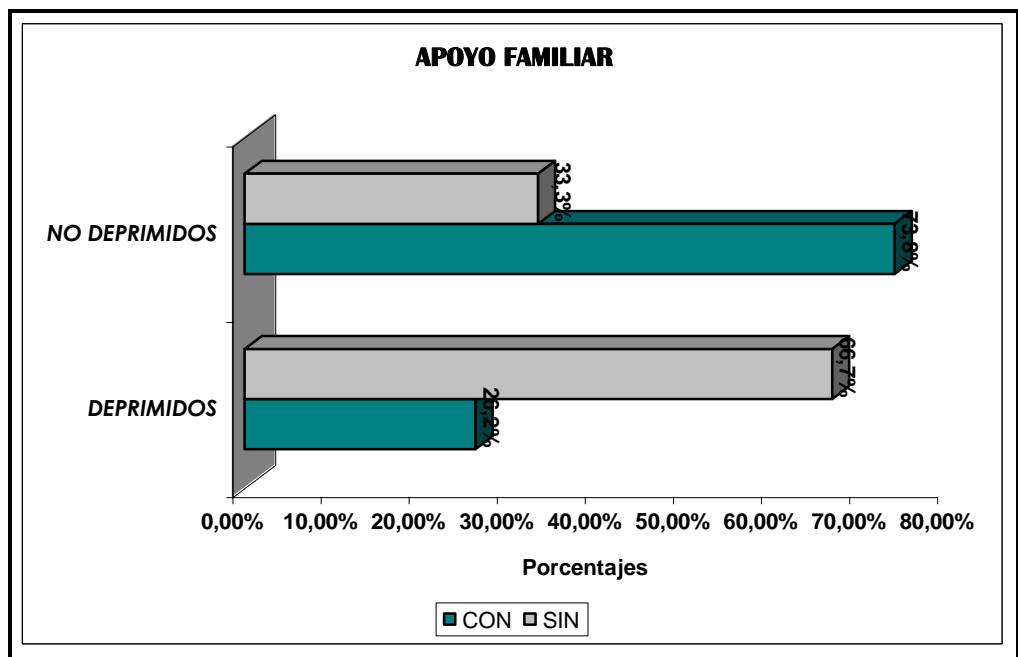


GRAFICO 16

SITUACIONES ESTRESANTES Y CONFLICTOS vs. DEPRESIÓN *(ver tabla 9)*

Como se puede ver el 33,6% de los que presentan situaciones estresantes son deprimidos, mientras que el 13,5% de los que no tienen situaciones estresantes sufren de este trastorno, encontrándose asociación y significancia *(ver gráfico 17)*.

Según los resultados obtenidos no existe una diferencia significativa entre los estudiantes que tienen conflictos con compañeros y los que no los tienen.

Los estudiantes que tienen problemas con sus facilitadores tienen un mayor índice de depresión (43,8%), que los que no los tienen (24,6%) *(ver gráfico 18)*. Relación que posee asociación y significancia.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR p
	+	-				
SITUACIONES ESTRESANTE						
SI	33.6%	66.4%	1.08-	3.24	4.58	0.03243670
NO	13.5%	86.5%	10.45			
CONFLICTO COMPAÑERO						
SI	32.3%	67.7%	0.48-3.17	1.24	0.07	0.78447098
NO	27.7%	72.3%				
CONFLICTO DOCENTE						
SI	43.8%	56.2%	0.97-5.87	2.39	4.50	0.03398393
NO	24.6%	75.4%				
PROBLEMA MATERIA						
SI	34.5%	65.5%	0.71-3.45	1.56	1.05	0.30576816
NO	25.3%	74.7%				

Tabla 9. SITUACIONES ESTRESANTES Y CONFLICTOS vs. DEPRESIÓN

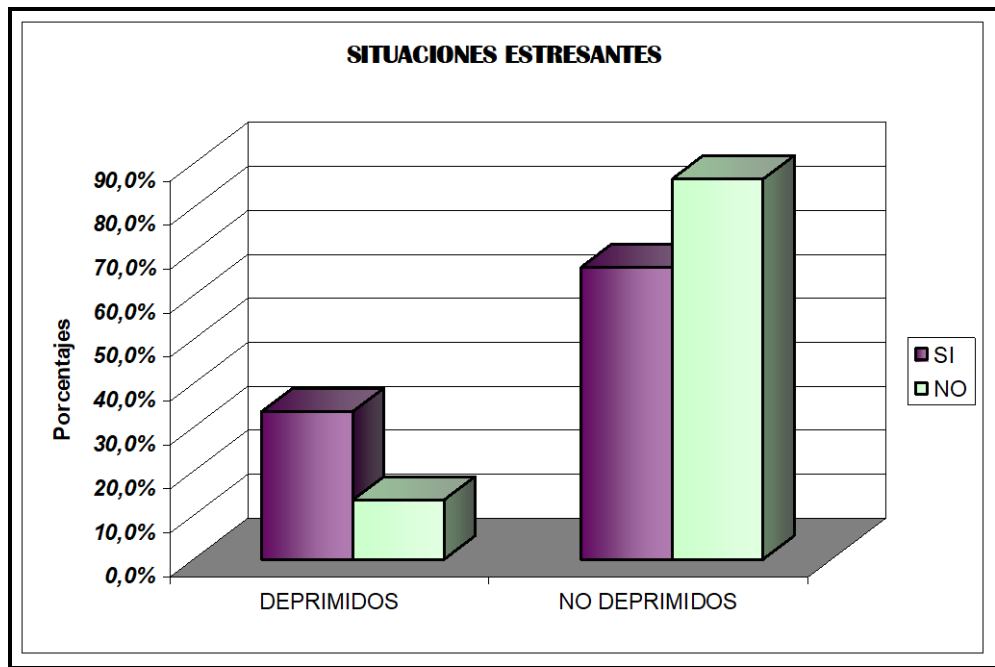


GRAFICO 17

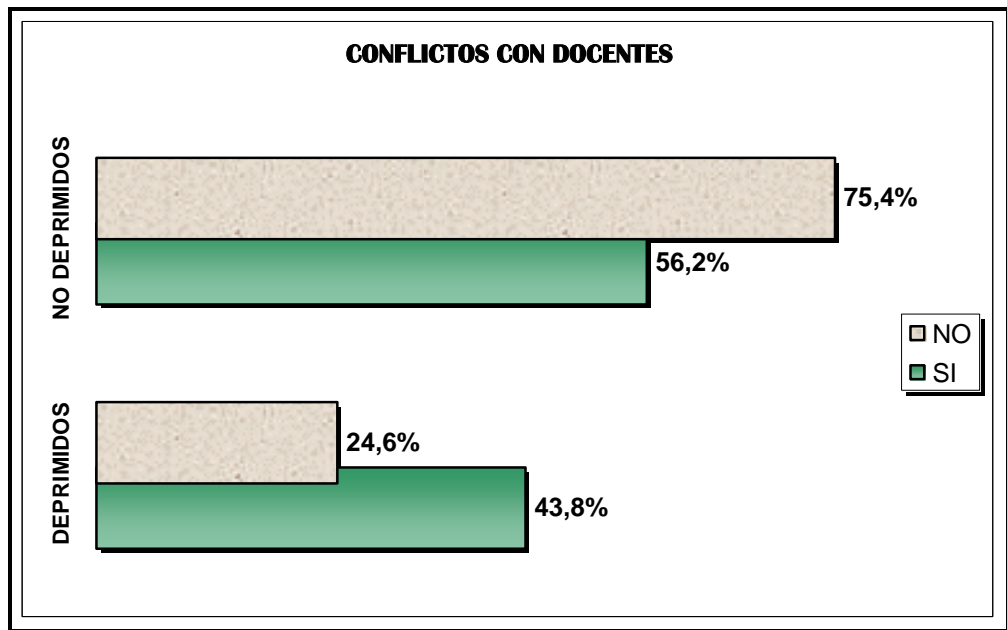


GRAFICO 18

FINANCIAMIENTO vs. DEPRESIÓN(ver tabla 10)

En las variables relacionadas con el financiamiento no se encontró ninguna relación estadística, como se puede observar.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR <i>p</i>
	+	-				
FINANCIAMIENTO <i>Autofinanciado</i> <i>Ayuda económica</i>	25% 28.8%	75% 71.2%	0.00-9.45	0.83	0.16	0.69210922
DIFICULTAD FINANCIAMIENTO <i>SI</i> <i>NO</i>	30.9% 27.4%	69.1% 72.6%	0.53-2.63	1.19	0.08	0.78349308
TRABAJO <i>SI</i> <i>NO</i>	37.5% 27.6%	62.5% 72.4%	0.46-5.21	1.57	0.29	0.59318291

Tabla 10. FINANCIAMIENTO vs. DEPRESIÓN

CONSUMO DE SUSTANCIAS vs. DEPRESIÓN (ver tabla 11)

La asociación entre fumar y depresión no es significativa, al igual que con el consumo de sustancias psicotrópicas.

En cuanto al alcohol, los estudiantes que no lo consumen tienen un mayor índice de depresión (38,8%), contra un 31,2% y 22,4% de los que lo hacen 1 o más veces por semana y ocasionalmente, respectivamente. Sin embargo la relación no es significativa.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR p
	+	-				
FUMA						
SI	33.3%	66.7%	0.64-3.15	1.42	0.58	0.44734239
NO	27.4%	72.6%				
ALCOHOL						
1 vez o mas x semana	31.2%	68.8%			4.16	0.12506306
ocasional	22.4%	77.6%				
nunca	38.8%	61.2%				
EMBRIAGUEZ						
SI	21.4%	78.6%	0.21-1.83	0.63	0.50	0.47928656
NO	30.3%	69.7%				
DROGAS						
SI	33.3%	66.7%	0.39-4.09	1.28	0.22	0.64180769
NO	28%	72%				

Tabla 11. CONSUMO DE SUSTANCIAS vs. DEPRESIÓN

RELIGIÓN Y DEPORTE vs. DEPRESIÓN (ver tabla 12)

Aunque existe asociación con la práctica religiosa, esta no es significativa.

A pesar de que la práctica de un deporte disminuye el riesgo de depresión, no existe una diferencia significativa; es así que el 17,1% de los que practican 1 o mas veces por semana son deprimidos, mientras que un 28,8% de los que lo hacen esporádicamente y un 38,1% de los que nunca lo practican.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR <i>p</i>
	+	-				
RELIGIÓN						
SI	28%	62%	0.43	2.03	0.94	0.03
NO	29.3%	70.7%				0.85718689
DEPORTE						
1 vez o mas x semana	17.1%	82.9%			4.10	0.12878707
esporádica	28.8%	71.2%				
nunca	38.1%	61.9%				

Tabla 12. RELIGIÓN Y DEPORTE vs. DEPRESIÓN

ENFERMEDAD Y DOLOR CRÓNICO vs. DEPRESIÓN(ver tabla 13)

La presencia de dolor crónico mas que la de una enfermedad crónica representaría un factor de riesgo para depresión, ya que el 47,4% de los que lo padecían eran deprimidos, mientras que sólo el 22% de los que no, tenían depresión (ver gráfico 19).

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN		IC OR	OR	X ²	VALOR <i>p</i>
	+	-				
ENFERMEDAD CRÓNICA						
SI	42.9%	57.1%	0.32-10.98	1.93	0.18	0.67279675
NO	28%	72%				
DOLOR CRÓNICO						
SI	47.4%	52.6%	1.33-7.39	3.13	7.52	0.00609199
NO	22.3%	77.7%				

Tabla 13. ENFERMEDAD Y DOLOR CRÓNICO vs. DEPRESIÓN

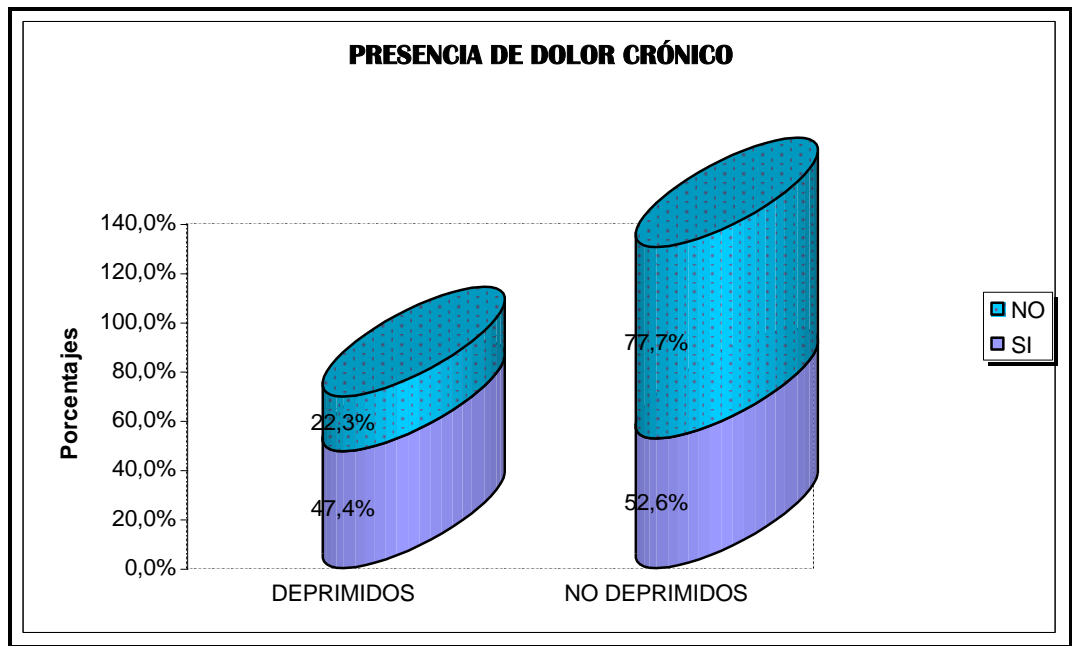


GRAFICO 19

INTENTO DE SUICIDIO Y DUELO vs. DEPRESIÓN (ver tabla 14)

Aparentemente los estudiantes que han intentado suicidarse tienen un mayor riesgo de deprimirse y viceversa, comparado con los que no lo han hecho, aunque sin existir una diferencia significativa.

Tomando en cuenta que el 16,7% (ver tabla 13) de los encuestados cursaban por un período de duelo (siendo un grupo significativo), se decidió no excluir esta variable del estudio como en un principio se tenía pensado. Así los que atravesaban por este período tenían un mayor riesgo de depresión (40%) como

se esperaría, aunque la diferencia (26%) con el resto de estudiantes no era marcada.

<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	<i>VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN</i>		<i>IC OR</i>	<i>OR</i>	<i>X²</i>	<i>VALOR p</i>
	<i>+</i>	<i>-</i>				
<i>INTENTO SUICIDIO</i>						
<i>SI</i>	38.5%	61.5%	0.43-6.03	1.63	0.25	0.61968174
<i>NO</i>	27.7%	72.3%				
<i>DUELO</i>						
<i>SI</i>	40%	60%	0.69-4.99	1.86	1.28	0.25827439
<i>NO</i>	26.4%	73.6%				

Tabla 14. INTENTO DE SUICIDIO Y DUELO vs. DEPRESIÓN

MULTIVARIAL (REGRESIÓN LOGÍSTICA)

Las variables que fueron sometidas a regresión logística, por tener un valor p menor a 0,25 y por reportarse en la bibliografía su asociación con el trastorno depresivo, fueron las siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SEXO | <input type="checkbox"/> CONFLICTO CON |
| <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL | DOCENTES |
| <input type="checkbox"/> CON QUIEN VIVE | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON |
| <input type="checkbox"/> PRACTICA DE | MATERIAS |
| RELIGIÓN | <input type="checkbox"/> CONSUMO DE |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO LIBRE | DROGAS |
| <input type="checkbox"/> SATISFACCIÓN | <input type="checkbox"/> INTENTOS DE |
| VIDA SOCIAL | SUICIDIO |
| <input type="checkbox"/> APOYO SOCIAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD |
| <input type="checkbox"/> APOYO FAMILIAR | CRÓNICA |
| <input type="checkbox"/> SITUACIONES | <input type="checkbox"/> DOLOR CRÓNICO |
| ESTRESANTES | <input type="checkbox"/> DUELO |
| <input type="checkbox"/> CONFLICTOS CON | <input type="checkbox"/> DEPORTE |
| COMPAÑEROS | |

De las variables señaladas, en el análisis multivarial se encontraron que las siguientes tienen una asociación estadísticamente significativa, confirmando los hallazgos del análisis bivariado.

<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	<i>IC OR 95%</i>	<i>OR</i>	<i>VALOR p*</i>
<i>APOYO FAMILIAR</i>	0.040 – 0.820	0.181	0.027
<i>SITUACIONES ESTRESANTES</i>	0.949 – 8.022	2.759	0.062
<i>CONFLICTO DOCENTE</i>	0.980 – 5.718	2.367	0.056
<i>DOLOR CRÓNICO</i>	1.344 – 6.976	3.062	0.008

* menor a 0.10

Tabla15. VARIABLES CON ASOCIACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA SEGÚN REGRESIÓN LOGÍSTICA

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Existen algunas razones por las cuales los resultados conseguidos no fueron los que en un principio se esperaron. En primer lugar es importante tomar en cuenta que el medio en el que un estudiante de medicina se desarrolla difiere mucho de la población general, ya que éste durante su vida universitaria así como profesional está sometido a un sin número de situaciones estresantes, tanto en el plano emocional (especialmente el convivir con el dolor humano y la muerte) como en el familiar y económico (1. carrera larga y costoso, sin posibilidad laboral hasta la conclusión de la carrera, 2. necesidad posterior de continuar los estudios); que lo hacen mas propenso a alteraciones del estado de ánimo. Por otro lado y de algún modo contraponiéndose a lo anteriormente anotado, alguien que decide estudiar ésta carrera no lo hace simplemente por que sea la mejor alternativa, sino, y sobre todo por convicción, vocación y carácter necesarias para superar exitosamente los obstáculos que se presenten en el camino. Lo último, podría ser considerado como un factor protector, que hace al médico reaccionar de un modo diferente ante los problemas o estresores.

Es importante señalar que el 97,3% de los estudiantes que fueron evaluados estaban satisfechos con la carrera que habían decidido seguir. Esto lleva a pensar que la mayoría de ellos están conformes con lo que están haciendo, a pesar de que esto implique fuertes cargas horarias y de estudio, así como muchas veces, incluso el alejarse un poco de su familia y amigos. Es por ello que se puede decir que la satisfacción por la carrera podría constituir un factor protector que evita que muchas de las variables analizadas no actúen directamente en un aumento del riesgo de depresión.

Una de las variables que han sido relacionadas frecuentemente con depresión es el sexo, siendo el femenino el más afectado según la mayoría de estudios realizados, aunque en el presente no se encontró una relación significativa, lo que nos lleva a pensar que en nuestro medio el rol que empieza a desempeñar la mujer es cada vez más similar al cumplido por el hombre, siendo esto más evidente en nuestra Facultad y probablemente en la Universidad por el hecho de que tanto hombres como mujeres están sometidos a iguales exigencias y obligaciones, por lo que no necesariamente se debe esperar que exista un mayor riesgo de

depresión dentro del sexo femenino. Sin embargo se debe considerar que esta realidad sólo es aplicable en el medio universitario en el que nos desenvolvemos, ya que la triple carga de trabajo realizada por la mujer y la inequidad que esta representa se evidencia con una menor claridad en el marco de un nivel socioeconómico medio o alto.

Según los resultados de nuestro estudio, para el estudiante de medicina las redes de apoyo con las que cuente, especialmente la familiar, son de trascendental importancia para un adecuado desenvolvimiento en éste medio. Esto se deba posiblemente a que en el Ecuador, todavía la familia representa el pilar fundamental de nuestra sociedad.

Otra causa importante de depresión son las situaciones estresantes y sobre todo los conflictos con docentes de la facultad, ya sean éstos de carácter académico o personal; algo esperado debido a la intensa presión a la que son sometidos los estudiantes, así como las expectativas que tienen los alumnos para con sus docentes, al crearse durante los años de carrera un estrecho vínculo entre ellos, gracias al sistema de estudio vigente en la Facultad (ABP). Si bien es cierto que lo citado podría

explicar de algún modo esta asociación, es necesario que la misma sea investigada mas detalladamente con la intención de identificar los factores que estarían interviniendo en esta relación.

La permanencia de un dolor en particular parece que hace al estudiante mas vulnerable a una alteración del estado de ánimo, seguramente por el discomfort que esto significa; a pesar de que es difícil determinar con exactitud si el dolor se presenta como causa o consecuencia de la depresión (relación bidireccional), ya que esto dependerá de muchos factores como, la tolerancia al dolor, la concepción cultural que se tenga del mismo así como la capacidad del individuo para somatizar determinados trastornos psíquicos.

Si bien la dificultad que tienen algunos estudiantes para financiarse la carrera podría representar un factor de riesgo que desencadene un trastorno afectivo, en el caso del estudiante de medicina de la PUCE la influencia es contradictoria, ya que a pesar de que esta carrera es una de las mas costosas a nivel universitario, al parecer en la mayoría de casos no existen impedimentos de tipo económico y cuando los hay estos son

superados mediante formas alternativas de financiamiento, como créditos estudiantiles y becas.

Otro aspecto que debe ser tomado en cuenta, en lo que respecta al análisis de variables psicosociales, es su interacción para desempeñarse como factores de riesgo. Esto quiere decir que no podemos discriminar si el trastorno del humor, en éste caso, es debido a un aspecto psicosocial en particular, ya que en dicho problema se verán involucradas dos, tres o mas variables que con mayor o menor intensidad incidirán en un aumento del riesgo de depresión. Para calcular y mostrar de modo veras los resultados se utilizó regresión logística, cuya finalidad es señalar la magnitud de intervención de cada variable, así como el aislarlas de posibles variables confusoras o perturbadoras.

Ahora, cómo se puede explicar la falta de asociación entre intentos de suicidio y depresión, cuando en la mayoría de reportes científicos es indiscutible su relación?. Para contestar esto es necesario basarnos en el concepto planteado anteriormente en el marco teórico sobre pseudosuicidio, en donde el móvil de este tipo de comportamiento no es, necesariamente, el quitarse la vida, sino el de llamar la atención

con el fin de lograr algún tipo de beneficio para si mismo o intentar modificar una realidad que resulta penosa o conflictiva. En estos casos la depresión no siempre esta involucrada, ya que mas bien se pueden tratar de actos impulsivos de origen histriónico o debidos a problemas de personalidad. Por ello es necesario que a futuro se investiguen las verdaderas causas de este hallazgo.

A pesar de los cuidados que se tuvo al momento del cálculo y selección de la muestra así como en la recolección de los datos, nuestro trabajo podría presentar algunos sesgos. Uno de ellos y posiblemente el mas importante, fue el debido a la imposibilidad de concentrar en un mismo sitio a todos los estudiantes que iban a ser evaluados con la finalidad de brindar el ambiente idóneo para responder de forma veras a las preguntas planteadas en el test y el cuestionario, en especial las concernientes a antecedentes de intentos de suicidio, ya que este es un tema bastante delicado que las personas tienden a ocultar. Por la diferencia de horarios de clases de los alumnos así como por la inestabilidad en cuanto a lo que a espacio físico se refiere (tienen que dirigirse de un edificio a otro entre las horas de clases), los

estudiantes no contaban con el tiempo suficiente para responder detenidamente a las preguntas.

CONCLUSIONES

A pesar que las mujeres tuvieron una mayor prevalencia de depresión , la diferencia en relación a los hombres no es significativa.

El grupo de edad que presentó la mayor cantidad de casos fue el de 21 a 24 años.

Contrario a lo planteado en una de nuestras hipótesis, se encontró una mayor prevalencia en los niveles inferiores (1ro y 2do); mientras que en los niveles intermedios (7mo principalmente) se registró un descenso en el número de casos.

La exigencia académica, la carga horaria y la disponibilidad de tiempo libre no están relacionadas con un mayor riesgo de depresión.

Para los estudiantes de la Facultad el contar con una adecuada red de apoyo familiar, resulta mas importante que el poseer apoyo social. Siendo éste el único factor protector encontrado.

Al igual que en otros estudios, las situaciones estresantes y en especial los conflictos con docentes, están involucrados con una mayor tasa de depresión. Presentándose estos como los principales factores de riesgo para éste trastorno.

Los problemas económicos, no representan para los estudiantes un factor desencadenante de la depresión.

Para los estudiantes de medicina, la práctica de un deporte así como religiosa no representan factores protectores claros.

La presencia de dolor crónico, mas que la de una enfermedad crónica representa un factor de riesgo para depresión.

El consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicotrópicas no aumentan el riesgo de depresión.

Aunque la prevalencia de intento de suicidio, dentro de la Facultad, es alta, no se encontró una asociación clara con depresión, aunque si con edad y duelo.

RECOMENDACIONES

Como sabemos la depresión es una de las causas principales de bajo rendimiento académico y deserción estudiantil y considerando que la prevalencia de la misma (28,3%) es bastante alta en nuestra facultad, sería importante que sea considerada para futuras evaluaciones y posteriores intervenciones.

Creemos que los estudiantes, previo su ingreso a la Facultad de Medicina, deberían ser sometidos a una evaluación psicológica, con la finalidad de identificar a los individuos que cursen con un trastorno depresivo, o bien sean propensos a sufrirlo posteriormente. Con esto se lograría de algún modo mejorar el rendimiento académico así como el desempeño en el entorno social.

Sería conveniente que los estudiante que hayan sido identificados como portadores de un trastorno del humor, sean seguidos continuamente por médicos psiquiatras para evaluar el curso de su enfermedad y programar estrategias terapéuticas clásicas o alternativas, si fuera necesario.

Considerando que el apoyo familiar es uno de los ejes fundamentales en el desarrollo psíquico y emocional de todo ser humano, debería ser tomado en cuenta para futuras campañas de prevención de los trastornos emocionales, así como en el manejo integral del paciente deprimido.

Según las proyecciones hechas por la OMS para el año 2020, se prevee que los trastornos mentales serán la segunda causa de morbilidad en la población general. Y en vista de la innegable intervención de éstos trastornos para un inadecuado desarrollo mental-intelectual así como social, creemos conveniente promocionar de una mejor manera el Departamento de Salud Mental existente, a través de informativos, conferencias, talleres y mesas redondas, con la finalidad de lograr una adecuada cobertura del problema y concienciar a los estudiantes sobre la importancia de este tipo de alteraciones.

Por ser un tema bastante complejo y multifactorial, son muchas las incógnitas que nuestro estudio deja planteadas, por lo que dejamos abiertas las puertas para que futuras investigaciones sean hechas. Principalmente en lo que respecta a los factores que

estarían incidiendo para que los conflictos con docentes se encuentren tan relacionados con trastorno depresivos dentro del cuerpo estudiantil. Así también, debido al elevado número de intentos autolíticos, es importante elaborar nuevos estudios dirigidos a investigar las verdaderas motivaciones que llevan a los estudiantes a cometer este tipo de actos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Gaviria Arbeláez Silvia. Boletín Salud Mental.(editorial), junio 2001*
 Disponible: www.ces.edu.com/saludmental/anterior/junio2001.htm

2. *Eutimia.com: Trastornos depresivos, 2001}*
 Disponible: www.eutimia.com/trmentales/depresión.htm

3. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: Registro de Egresos Hospitalarios, 2000*

4. *Blackman M. Adolescent Depression. The Canadian Journal of CME. Mayo 1995*
 Disponible: www.mentalhealth.com

5. *Kaplan H., Sadock B. Tratado de Psiquiatría, 2ª ed. Masson-Salvat Medicina. Madrid-España, 1992*

6. *Weiner R., Krystal A. Electroconvulsive Therapy. En: Treatment of Psychiatric Disorders, 3ª ed.(CD ROM) Gabbard and Atkinson. American Psychiatric Press, 2001*

7. *Psiquiatría24x7.com: Historia de la Psiquiatría, 19 de junio 2002*
 Disponible: www.psiquiatría24x7.com

8. *Reus V., Rona J. Neurotransmitters. En: Review of General Psychiatry, 5ª ed. (CD ROM) McGraw Hill Companies, 2000*

9. *López Adduard S. Depresión y mujer. Interpsiquis. Santiago de Chile, 2000*
 Disponible:
www.psiquiatría.com/congreso/mesas/mesa5/conferencias/5_ci_b.htm

10. *Desai H., Jann M. Major Depression in Women: A Review of the Literature. J Am Pharm Assoc 40(4):525-537,2000*

11. *Mood Disorders. En: Diagnostic and Statistical Manual-Text Revisión (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, 2000*

12. *Parsons J. Are Doctors Immune to Depression? Australian Family Physician. 30(3), march 2001*

13. *College can get you down: depression in students is increasing. Daily Californian, September 2001*

14. Perera Molina J. *Prevalencia de la depresión durante la práctica hospitalaria en los estudiantes de 4to y 5to año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Tesis)*. FM-USAC, mayo 1992

Disponible: www.metabase.net/fm-usac

15. Jácome Salazar P. *Principales problemas de salud mental en estudiantes de la Facultad de Filosofía de la UCE (Tesis)* FM-PUCE Quito, abril 2000

16. Caceres F., Leon L., Wagner S. *Consumo de alcohol y drogas ilícitas en estudiantes de la PUCE-Q y su relación con algunas variables socio-demográficas en septiembre del 2000 (Tesis)* FM-PUCE. Quito, 2001

17. Lemos S. *Críticas a las Clasificaciones Psiquiátricas*. En: Belloch A., Sandin B., Ramos F. *Manual de psicopatología*. McGrawGill-Interamericana de España SA. Vol I. 1995; pgs:150-155

18. *Trastornos del Estado de Animo*. Manual Merck, 2000

Disponible: www.msd.es/publicaciones/mmerck/trastornos

19. Lista Varela A., Boussard M., Labarthe A., et al. *La depresión en el escenario del médico general e internista*. Grupo de Estudio sobre la Depresión y la Ansiedad (GEDA), 1996

20. Zung WWK, Magroder-Habib K., Velez R. Et al. *The Comorbidity of anxiety and depresión in general medical patients: a longitudinal study*. J Clin Psychiatry 1990; 51 (6 supp1): 77-80

21. Aragonés Benaiges E., Masdú Montalá R. Cando Guasch G. et al. *Validez diagnóstica de la Escala de depresión de Zung en pacientes de atención primaria*. Actas Esp. Psiquiatr. Septiembre 2001; 29(5)

22. Ballús C. *Trastornos del Humor (afectivos)*. En: Farreras, Rosman. *Medicina Interna*. 13ª ed. (CD-ROM) Harcourt Brace, 1997; pgs: 1597-1599

23. Sanz J., Vázquez C. *Trastornos del estado de ánimo: Teorías Psicológicas*. En: Belloch, Op. Cit. Vol II, pgs: 343-362

24. Thomas E. *Teorías bioquímicas de la depresión*.

Disponible: www.ourworld.compuserve.com/homepage/Ethomas37-bioqui.htm

25. Rosenbaum J. *Antidepressant Treatment and Biology of depression*. Medscape: 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 2001
Disponible: www.medscape.com/viewprogram/
26. Reus Op. Cit. *Psychiatric Disorders: Depressive Disorders*. En: Harrison T. et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14th ed. (CD-ROM) McGraw Gill, 1998
27. Uve J., Volmer M., et al. *Modificación de los niveles plasmáticos de cortisol*. ALCMEON 14, 2002
Disponible: www.alcmeon.com.ar/indiceportemas.htm#depresión
28. Price P. *Biological Causes of Depression*, Julio 2001
Disponible: www.allaboutdepression.com/cau_02.html#top
29. Fernández J., Poveda de Agustín J. *Genética Psiquiátrica*. Universidad Autónoma de Madrid, 2001
Disponible: www.seg.umh.es/docencia/lecciones/genpsi.html
30. Price. Op. Cit. *Genetic Causes of Depression*, Julio 2001
31. Beilh J. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Centro de Estudios y Acesoaría en Salud (CEAS), Quito-Ecuador, 1996
32. *Triple carga de trabajo*, 2000
Disponible: www.siscom.or.cr/cdp/proyec/cuadernos/
33. *What are the risk factors for depression?*, 2001
Disponible: www.pinelodgeclinic.com.au/riskfactorsdepression.html
34. Medrano J., Uriarte J., Malo P. *Depresión y dolor*. *Psiquiatría.com*, 2000; 4(4)
Disponible: www.psiquiatria.com
35. Hospital John Hopkins. *Departamento de Psiquiatría y Ciencia de la Conducta. Intento de suicidio en pacientes con dolor crónico*. Baltimore, USA. 2001
Disponible: www.saludpública.com
36. Lafau O., Roca M., Moreno P. *Trastornos depresivos en patologías médicas*. *Revista electrónica de psiquiatría*. 1 (3) Septiembre, 1997
Disponible: www.psiquitría.com/psiquiatría/vol1num3/resumen7.htm

37. *What are the risk factors for depression?* Depression Information Center.

Disponible: www.infoaging.org/d-depress.home.html

38. Kritz D., Barrett E. et al. *Estudio Cuadrulado y Anticipado de Ejercicio y Humor Deprimido en el Anciano*. *American Journal of Epidemiology*. 2001; 153(6):596-603

39. *Opioides*. *Ciencia hoy.org*. 2001

Disponible: www.cienciahoy.org/hoy68/losopioides.htm

40. Goodman & Gilman. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 9ª ed. McGraw Gill. Vol.I. México, 1996; pgs 558,559.

41. Weinberg & Gould. *Ejercicio físico y bienestar psicológico*, 1996; año 7, num 43

Disponible: www.efdeportes.com

42. *La mayor liberación de feniletilamina podría explicar los efectos antidepresivos del ejercicio físico*. *British Journal of Sport Medicine*, 2002

Disponible: www.bjism.bmjjournal.com/cgi/content/

43. Diaz A. *Literatura Docente Complementaria*. ISCM-H Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", La Habana Cuba, junio 2000

44. Velasco L. Sabanés F., Payés F. *Trastorno depresivo en la práctica diaria*. Monografías de la serie Newsletter Psiquiatría. Barcelona, 1983

45. Masse P., Cuicov. *Psicopatología de la vida instintiva: sueño, nutrición, sexualidad y agresividad*.

Disponible: www.sepsiquiatría.org/sepsiquiatría/manual

46. Fernández J. *Parasuicidio*. Agosto, 2000

Disponible: www.saludalia.com

47. Mark Pownal. *El Suicidio sin intención de morir*. *Revista Orgyn*. Países bajos, 1991; pg. 47

48. Revueltas J. *Rebelión y Resistencia en El apando*.

Disponible:

www.jornada.unam.mx/2000/abr01/010401/sem.marentes.html

BIBLIOGRAFÍA

Aragonés Benaiges E., Masdén Montalá R. Cando Guasch G. et al. Validez diagnóstica de la Escala de depresión de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp. Psiquiatr.* Septiembre 2001; 29(5)

Beilh J. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Centro de Estudios y Acesoía en Salud (CEAS). Quito-Ecuador, 1996

Belloch A., Sandin B., Ramos F. *Manual de psicopatología*. McGraw Gill-Interamericana de España SA. Vol I y II. 1995

Blackman M. *Adolescent Depression*. *The Canadian Journal of CME*. Mayo 1995

Disponible: www.mentalhealth.com

Bovasso G., *Cannabis Abuse as a Risk Factor for Depressive Symptoms*. *American Psychiatric Association*. December 2001

Disponible: <http://ajp.psychiatryonline.org/misc/terms.shtml>

Caceres F., Leon L., Wagner S. *Consumo de alcohol y drogas ilícitas en estudiantes de la PUCE-Q y su relación con algunas variables socio-demográficas en septiembre del 2000 (Tesis) FM-PUCE*. Quito, 2001

Canales F., Alvarado E. *Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud*. 2da ed. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex 1994.

College can get you down: depression in students is increasing. *Daily Californian*, September 2001

Desai H. Jann M. *Major Depression in Women: A Review of the Literature*. *J Am Pharm Assoc* 40(4), 2000

Diagnostic and Statistical Manual-Text Revisión (DSM-IV-TR). *American Psychiatric Association*, 2000

Díaz A. *Literatura Docente Complementaria*. ISCM-H Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", La Habana Cuba, junio 2000

Disfunción neuropsicológica: depresión e intento de suicidio. *American Journal of Psychiatric*. 158. Mayo 2001

Escobar L. *Investigación Científica para Médicos: Cuadernos Académicos de la Facultad de Medicina de la PUCE.* Quito, diciembre 1997.

Eutimia.com: *Trastornos depresivos*, 2001

Disponible: www.eutimia.com/trmentales/depresión.htm

Farreras, Rosman. *Medicina Interna*. 13ª ed. (CD-ROM) Harcourt Brace. España, 1997

Fernández J. *Parasuicidio*. Agosto, 2000

Disponible: www.saludalia.com

Fernández J., Poveda de Agustín J. *Genética Psiquiátrica*. Universidad Autónoma de Madrid, 2001

Disponible: www.seg.umh.es/docencia/lecciones/genpsi.html

Gabbard G. et al. *Treatment of Psychiatric Disorders*, 3ª ed. (CD ROM) Gabbard and Atkinson. American Psychiatric Press, USA, 2001

Gaviria Arbeláez Silvia. *Boletín Salud Mental*. (editorial), junio 2001

Disponible: www.ces.edu.com/saludmental/anterior/junio2001.htm

Goodman & Gilman. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 9ª ed. McGraw Gill. Vol.I. México, 1996

Guyton-Hall. *Tratado de Fisiología Médica*. 9ª ed. McGraw Gill. México, 1997

Harrison T. et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14th ed. (CD-ROM) McGraw Gill, 1998

Hospital John Hopkins. *Departamento de Psiquiatría y Ciencia de la Conducta. Intento de suicidio en pacientes con dolor crónico*. Baltimore, USA. 2001

Disponible: www.saludpública.com

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Registro de Egresos Hospitalarios*, 2000

Jácome Salazar P. *Principales problemas de salud mental en estudiantes de la Facultad de Filosofía de la UCE (Tesis) FM-PUCE* Quito, abril 2000

Kaplan H., Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*, 2ª ed. Masson-Salvat Medicina. Madrid-España, 1992

Kritz D., Barrett E. et al. Estudio Cuadrulado y Anticipado de Ejercicio y Humor Deprimido en el Anciano. *American Journal of Epidemiology*; 153(6), 2001

La depression afecta a 25 millones de latinoamericanos. Publicación en salud publica.com:marzo 2000

Disponible: www.saludpublica.com

La mayor liberación de feniletilamina podría explicar los efectos antidepressivos del ejercicio físico. British Journal of Sport Medicine, 2002

Disponible: www.bjism.bmjjournal.com/cgi/content/

Lafau O., Roca M., Moreno P. Trastornos depresivos en patologías médicas. *Revista electrónica de psiquiatría*. 1 (3) Septiembre, 1997

Disponible: www.psiquitria.com/psiquiatria/vol1num3/resumen7.htm

Lista Varela A., Boussard M., Labarthe A., et al. La depresión en el escenario del médico general e internista. Grupo de Estudio sobre la Depresión y la Ansiedad (GEDA), 1996

López Adduard S. Depresión y mujer. *Interpsiquis*. Santiago de Chile, 2000

Disponible:

www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa5/conferencias/5_ci_b.htm

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV Masson S.A. Barcelona.España. 1996

Mark Pownal. El Suicidio sin intención de morir. *Revista Orgyn*. Países bajos, 1991; pg. 47

Masse P., Cuicov. *Psicopatología de la vida instintiva: sueño, nutrición, sexualidad y agresividad*.

Disponible: www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual

Medrano J., Uriarte J., Malo P. Depresión y dolor. *Psiquiatría.com*, 2000; 4(4)

Disponible: www.psiquiatria.com

Opioides. Publicación de *CienciaHoy.org*. 2001

Disponible: www.cienciahoy.org/hoy68/losopioides.htm

Parsons J. *Are Doctors Immune to Depression?* *Australian Family Physician*. 30(3), march 2001

Perera Molina J. *Prevalencia de la depresión durante la práctica hospitalaria en los estudiantes de 4to y 5to año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Tesis)*. FM-USAC, mayo 1992
 Disponible: www.metabase.net/fm-usac

Price P. *Biological Causes of Depression*, Julio 2001
 Disponible: www.allaboutdepression.com/cau_02.html#top

Price. P. *Genetic Causes of Depression*, Julio 2001

Psiquiatría24x7.com: *Historia de la Psiquiatría*, 19 de junio 2002
 Disponible: www.psiquiatría24x7.com

Review of General Psychiatry, 5^a ed. (CD ROM) McGraw Hill Companies, 2000

Reueltas J. *Rebelión y Resistencia en El apando (crítica libro)*. México, 2000
 Disponible:
www.jornada.unam.mx/2000/abr01/010401/sem.marentes.html

Rosenbaum J. *Antidepressant Treatment and Biology of depression*. Medscape: 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 2001
 Disponible: www.medscape.com/viewprogram/

Thomas E. *Teorías bioquímicas de la depresión*.
 Disponible: www.ourworld.compuserve.com/homepage/Ethomas37-bioqui.htm

Trastornos del Estado de Animo. Manual Merck, 2000
 Disponible: www.msd.es/publicaciones/mmerck/trastornos

Triple carga de trabajo, 2000
 Disponible: www.siscom.or.cr/cdp/proyecucadernos/

Uve J., Volmer M., et al. *Modificación de los niveles plasmáticos de cortisol*. ALCMEON 14, 2002
 Disponible: www.alcmeon.com.ar/indiceportemas.htm#depresión

Vasquez E. *Depression in Medical Practice. Virginia Medical Monthly. University of Virginia School of Medicine Vol.102, 1989*

Velasco L. Sabanés F., Payés F. *Trastorno depresivo en la práctica diaria. Monografías de la serie Newsletter Psiquiatría. Barcelona, 1983*

Weinberg & Gould. *Ejercicio físico y bienestar psicológico ; año 7, num 43, 1996*

Disponible: www.efdeportes.com

What are the risk factors for depression?, 2001

Disponible: www.pinelodgeclinic.com.au/riskfactorsdepression.html

What are the risk factors for depression? Depression Information Center.

Disponible: www.infoaging.org/d-depress.home.html

Zung WWK, Magroder-Habib K., Velez R. *Et al. The Comorbidity of anxiety and depresión in general medical patients: a longitudinal study. J Clin Psychiatry; 51, 1990*

ANEXOS

ANEXO 1

Test de autoevaluación de rasgos depresivos de Zung *

Conteste marcando solo una de las respuestas, para cada ítem, correspondientes a la columnas A, B, C o D, según el siguiente criterio:

- A(1) = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente.
- B(2) = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando.
- C(3) = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.
- D(4) = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo.

Preguntas	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahora tengo menos apetito que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que estoy adelgazando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy estreñado/a (constipado/a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo palpitaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me canso por cualquier cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi cabeza no esta tan despejada como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tengo esperanza y confianza en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Me siento mas irritable que habitualmente.
- Encuentro difícil la toma de decisiones.
- No me creo útil y necesario para la gente.
- No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.
- Creo que seria mejor para los demás que me muriera.
- No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.

Conversion of Raw Score to the SDS Index*

Raw score	SDS Index	Raw score	SDS Index	Raw score	SDS Index	Raw score	SDS Index	Raw score	SDS Index
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

ANEXO 3

* Disponible: www.findingstone.com/services/test/depressiontest.htm

- 18.- Tiene problemas en alguna materia?SINO
- 19.- Como se financia la matrícula?
 a)....autofinanciada b)....padres c)....otros
- 20.- Tiene dificultad para financiar la matrícula?SINO
- 21.- Hace deporte:
 a)...1 vez o más por semana b)...esporádicamente
 c)...nunca
- 22.- Fuma: SI NO
- 23.- Ingiere alcohol:
 a)...1 vez o más por semana b)...ocasionalmente
 c)...nunca
- 24.- Generalmente cuando consume alcohol llega a la embriaguez? SI NO
- 25.- Consume actualmente algún tipo de sustancia (marihuana , cocaína, estimulantes, otras)....SI NO
- 26.- Ha atentado alguna vez contra su vida? SI NO
- 27.- Sufre alguna enfermedad crónica? (diabetes, epilepsia, Enf. Reumáticas, otras) SI NO
- 28.- Sufre de algún dolor crónico? (dolor de cabeza, piernas, abdominal, otros) SI NO
- 29.- Ha fallecido alguna persona cercana a ud. en el último año? SI NO
- 30.- Le han diagnosticado de algún trastorno psiquiátrico (no incluir depresión) ? SI NO
 Si su respuesta es afirmativa Cual?.....

ANEXO 4

FRECUENCIA DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLE INDEPENDIENTE	FRECUENCIA (#)	PORCENTAJE (%)
SEXO		
<i>F</i>	75	50%
<i>M</i>	75	50%
EDAD		
<i>17-20</i>	57	38%
<i>21-24</i>	79	52.7%
<i>25-mas</i>	14	9.3%
NIVEL		
<i>1.</i>	24	16%
<i>2.</i>	12	8%
<i>3.-</i>	17	11.3%
<i>4.-</i>	10	6.7%
<i>5.-</i>	14	9.3%
<i>6.-</i>	06	4%
<i>7.-</i>	12	8%
<i>8.-</i>	08	5.3%
<i>9.-</i>	12	8%
<i>10.-</i>	07	4.7%
<i>11.-</i>	20	13.3%
<i>12.-</i>	08	5.3%
ESTADO CIVIL		
<i>Soltero</i>	139	92%
<i>Casado</i>	08	5.3%
<i>Divorciado.</i>	02	1.3%
<i>Unión libre</i>	01	0.7%
<i>Viudo</i>	00	0%
CON QUIEN VIVE?		
<i>Familia</i>	117	78%
<i>Pareja</i>	10	6.7%
<i>Amigos</i>	04	2.7%
<i>Solo</i>	17	11.3%
<i>Otros</i>	02	1.3%

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS **ii**

RESUMEN **iv**

ÍNDICE	v
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	5
HIPÓTESIS	6
MARCO TEÓRICO	7
RESEÑA HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS	7
EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO ..	14
BASES CONCEPTUALES DEL TRASTORNO DEPRESIVO	17
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES Y ESCALAS DE VALORACIÓN PARA DEPRESIÓN	22
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	22
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	23
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	25
TRASTORNO DISTÍMICO	27
ESCALAS DE VALORACIÓN	28
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	29
EVOLUCIÓN DE LAS CLASIFICACIONES	32
Depresión endógena y reactiva	33
Depresión psicótica y neurótica	34
Depresión primaria y secundaria	35
Depresión unipolar y bipolar	36
CRITERIOS ACTUALES DE CLASIFICACIÓN. CRÍTICAS Y LIMITACIONES	36
AGENTES ETIOLÓGICOS. FACTORES PREDISPONENTE Y PROTECTORES	38
CORRIENTES DE PENSAMIENTO	38
PSICODINÁMICA	39
CONDUCTUAL	39
COGNITIVA	39
FACTORES SOMÁTICOS	42
FACTORES GENÉTICOS	47
FACTORES PSICOSOCIALES Y DEMOGRÁFICOS	49

EL DOLOR Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS VS DEPRESIÓN. UNA RELACIÓN BIDIRECCIONAL.	52
FACTORES PROTECTORES	54
DEPRESIÓN Y SUICIDIO. UN BINOMIO	
EMPARENTADO	55
EL PSEUDOSUICIDA.....	58
MATERIALES Y MÉTODOS	60
DISEÑO DEL ESTUDIO	60
UNIVERSO Y MUESTRA	60
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	63
ANÁLISIS DE DATOS	64
DEFINICIÓN DE VARIABLES	66
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	73
UNIVARIAL	73
BIVARIAL	84
MULTIVARIAL (REGRESIÓN LOGÍSTICA)	99
DISCUSIÓN	101
CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	122
ANEXO 1	122
ANEXO 2	123
ANEXO 3	124
ANEXO 4	126



4
5
6
7
5
7
5
7
2,8
9,10
2,8,11
4
4
12
13
1
14
15
16
5
17
8
11
18
5,11
19
5
20,21
18
19
19,22
19
5,19
19
22
19
11,19,22
17
23
23

23,24
23
8
24
24
25
8
24
24
8
26
25
27
27
25
26
25
26
8
29,30
29
2,4,8
2,8
9,18
31,32
2,33
2,18,33
34
34
36
37
38
39,40
41
5,8,35
44
45
44
43,44
43,45
47
5
47