



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA

**“ÍNDICE DE DEPRESIÓN EN ALUMNOS DE ÚLTIMO SEMESTRE DE LA
LICENCIATURA DE MEDICINA PARA UNA PREVENCIÓN OPORTUNA DEL
SUICIDIO”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA
PRESENTA

MARTHA GEORGINA CHÁVEZ CELIS

DIRECTOR EXPERTO:

MC. JORGE CHÁVEZ LEYVA

DIRECTORA METODOLÓGICA:

MEC. MARISOL VELASCO VILLA

REVISORES:

D.ED. LIS ROSALES BÁEZ

DC. ROSA ELBA DOMINGUEZ BOLAÑOS

PUEBLA, PUEBLA

AGOSTO 2023

Agradecimientos

Agradezco a mis padres, la maestra Martha Isabel Celis Arellano y el maestro Jorge Chávez Leyva, por la oportunidad que me dieron de tener una formación académica que me hace ser la profesionalista que hoy soy; gracias por las enseñanzas de vida que me han brindado, por el camino que me trazaron hacia reconocer la salud mental propia y la de las personas que te rodean.

Agradezco a mi directora metodológica, la maestra Marisol Velasco Villa, por creer en este proyecto, por darle importancia a la salud mental de los alumnos de la Facultad de Medicina y querer ser parte del rescate de esta.

A mis revisoras de tesis la doctora Lis Rosales Báez y la doctora Rosa Elba Domínguez Bolaños, por darse el tiempo y el interés de hacer resurgir este tema dentro de nuestra amada Facultad de Medicina.

Al doctor Omar Gerardo Zurita Rivera, por apoyar en la aplicación del instrumento de esta investigación, sin su colaboración, los números no serían creíbles.

A los directivos de esta Facultad, por su interés en esta investigación, por apoyarla y ser pieza clave en el desarrollo de esta.

A los estudiantes de la Facultad de Medicina que aceptaron participar en esta investigación, por ustedes, ya que con su apoyo es posible comenzar un cambio.

Dedicatoria

A mi mamá...

La humana, mujer psicóloga, madre, hija, hermana, esposa y confidente, Martha Isabel Celis Arellano, quien es y siempre será una luz en mi camino, mi ángel de la guarda; quien fue una luz en la vida de muchos de los estudiantes que pasaron por sus aulas y por sus manos llenas de paz y sabiduría; con todo mi amor este trabajo es para ti, para que sea reconocido tu labor y sacrificio de más de 40 años en amor al ser humano.

A mi papá...

El humano, hombre, doctor, padre, hijo, hermano, esposo y cuidador, Jorge Chávez Leyva, quien me ha enseñado el amor y dedicación a la profesión médica; quien ha continuado e ido a la par de su compañera en la educación psicológica médica y ha sido un sostén para muchos estudiantes que se han cruzado con su indomable educación.

A mis hermanos...

A Adbeel, porque nuestras coincidencias nos han llevado a encontrarnos y nuestro cariño y amor nos han hecho crecer psicológica y emocionalmente.

A ellos dos, porque sin conocerlos, me enseñaron el valor de la salud mental.

A mis psicólogos y amigos, Ruth y David...

Porque gracias a ellos, estoy hoy aquí.

A mi asesora de tesis...

La MC. Marisol Velasco Villa, porque desde estudiante conoció la importancia de este tipo de investigaciones, porque fue mi maestra durante la carrera, enseñándome a entender una de las materias que más amo actualmente y por estar en todo este proceso de investigación.

Índice

Agradecimientos	2
Dedicatoria	3
Índice de tablas	5
Índice de figuras	6
Índice de gráficas	7
1. Resumen	8
2. Introducción.....	9
3. Antecedentes.....	10
3.1. Antecedentes generales.....	10
3.2. Antecedentes específicos	59
4. Planteamiento del problema	67
5. Objetivos.....	68
5.1. Objetivo General	68
5.2. Objetivos Específicos	68
6. Material y métodos.....	69
7. Resultados.....	73
8. Discusión	80
9. Conclusiones.....	83
10. Bibliografía.....	84
11. Anexos.....	88
11.1. Definiciones operacionales	88
11.2. Definiciones conceptuales	88
11.3. Formato de captura de datos	88
11.4. Instrumento de IDARE.....	88

Índice de tablas

Tabla 1. “Características agregadas al estado depresivo mayor”	36
Tabla 2. “Especificadores para trastornos depresivos”	43
Tabla 3. “Características en trastornos depresivos”	43
Tabla 4. “Sintomatología de la depresión”	46
Tabla 5. “Síntomas somáticos en pacientes con depresión”	46
Tabla 6. “Factores a corto, mediano y largo plazo predisponentes de depresión”	52
Tabla 7. “Resultados de población evaluada en investigación del Departamento de Orientación Educativa Universitaria en 2019”	62
Tabla 8. “Evaluación de Orientación Educativa”	64
Tabla 9. “Programas de Orientación Educativa Universitaria en la FMBUAP”	65
Tabla 10. “Interpretación diagnóstica IDARE”	71

Índice de figuras

Figura 1. “Tríada de Beck”	12
Figura 2. “Prevalencia de la ideación suicida en países desarrollados”	56
Figura 3. “Prevalencia de la ideación suicida en países en vías de desarrollo”	57
Figura 4. “Prevalencia de la ideación suicida en países de Latinoamérica (Incluyendo México)”	57
Figura 5. “Círculo de retroalimentación negativa”	60
Figura 6. “Fórmula IDARE”	70
Figura 7. “IDARE - Estado”	89
Figura 8. “IDARE – Rasgo”	90

Índice de gráficas

Gráfica 1. “Género”	73
Gráfica 2. “Alumnos por semestre”	74
Gráfica 3. “Estado – Totales”	75
Gráfica 4. “Rasgo – Totales”	76
Gráfica 5. “Comparativa entre Estado y Rasgo”	77
Gráfica 6. “Estado – Comparativo de Género”	78
Gráfica 7. “Rasgo – Comparativo de Género”	79

1. Resumen

Las cifras de depresión en el personal de salud son altas en comparación de las cifras en otras profesiones; es por ello por lo que la oportuna detección de depresión en alumnos próximos a la culminación de la etapa académica de la Licenciatura de Medicina puede hacer un cambio en las cifras de depresión y suicidio de esta profesión, dando una mejor calidad de servicio a la población.

Objetivo: Esta investigación tiene el objetivo de medir el índice de depresión en alumnos de último semestre de la licenciatura en Medicina de la BUAP en el periodo Primavera 2023 como prevención oportuna del suicidio.

Metodología: El diseño del estudio fue de tipo observacional. Se realizó una revisión bibliográfica de toda la información referente a los índices de depresión en la población estudiantil, y más directo en la población que estudia en el área de la salud; se determinó el método de medición de depresión en dicha población, el cual fue el IDARE. La población estudiada son alumnos que cursan el último semestre de la Licenciatura de Medicina de la BUAP. El diseño fue de tipo no probabilístico y el tipo de muestreo fue convencional o conveniente. Se utilizó una estadística de tipo descriptiva.

Resultados: Esta investigación se midió el índice de depresión en al menos el 15% de la población en estudio, se evaluó un total del 55.05% de la población y determinó el nivel de depresión en esa población, dando un nivel de Depresión crónica severa en la mayoría de los estudiantes.

Conclusiones: Actualmente se encuentra un grado de Depresión crónica severa, más alto de lo que se ha visto en poblaciones e investigaciones previas tanto locales como internacionales; y que, dentro de los resultados generales podemos observar que la tendencia es hacia una Depresión crónica aumentando el nivel de severidad, e incluso llegando a una tendencia suicida en un porcentaje alto de la población, lo cual debe ser considerado como una preocupación.

Palabras clave: Depresión, estudiantes de Medicina, IDARE, prevención suicidio, índice.

2. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el concepto de salud como “Aquel estado de completo bienestar físico, mental y social”, no sólo la ausencia de la enfermedad y poniendo como una facultad el “derecho a la salud”, sin discriminación de sexo, edad, cultura, etnia o creencia religiosa; es por ello que el trabajo de investigación presente, busca justificar y redargüir los niveles de depresión en el estudiante de medicina; un futuro profesionalista importante en el papel del desarrollo de las sociedades.

El término depresión fue descubierto desde la época de Hipócrates; y aunque hace años no se denotaba a la depresión como enfermedad, hoy en día se puede decir que, en individuo que sufre de depresión carece de salud, ya que este estado patológico se interpone en su bienestar físico, mental y social.

Centrándonos en la presente investigación; el estudiante de la licenciatura de Medicina siempre ha sido propenso a sufrir depresión a causa de la carga académica que demanda la licenciatura; misma que se ve aumentada por factores sociales dentro de las facultades de Medicina; aunado a esto la predisposición del estudiante, crea un ecosistema propicio para el desarrollo de esta patología que tan comúnmente ha sido sobreestimada; conllevando a varios estudiantes a intentos de suicidio, y otros a la consumación del acto; poniendo en entredicho si la calidad de egresados que se forman en las facultades de Medicina son psicológicamente estables para brindar un servicio adecuado a la sociedad ya como médicos. Por ello el fin de esta investigación es determinar el índice de depresión en estudiantes próximos al egreso de la licenciatura que serán sometidos al estrés y trabajo que presenta el Internado Rotatorio de Pregrado y la Pasantía de Servicio Social, para así promover propuestas de alcance al estudiantado antes de una agudización de la sintomatología depresiva que lo lleve a la deserción de la licenciatura o peor, al suicidio.

3. Antecedentes

3.1. Antecedentes generales

1.1.1. Antecedentes históricos de la depresión.

La depresión es una enfermedad reconocida desde hace más de 3000 años por la medicina egipcia. Hipócrates menciona en su *Corpus Hippocraticum* la palabra “melancolía” (refiriéndose a un estado depresivo), definida como una enfermedad mental causada por la bilis negra y describe los síntomas como “Un temor o distimia¹ que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores² determinantes del temperamento de la salud”. (1)

Muchos años después, y previo a la época de la Ilustración donde se hace un auge de conocimiento, filosofía e innovación, bajo el régimen del oscurantismo y la Santa Inquisición, se toma a las personas con depresión como poseídos por espíritus demoniacos y se les practican exorcismos a fin de mitigar esa sintomatología mal diagnosticada; es hasta el Renacimiento, con Paracelso, quien en su tratado “De las enfermedades que privan al hombre de la razón, como el baile de San Vito, la epilepsia, la melancolía y la insanía”, rechaza rotunamente que el origen de las enfermedades mentales sea provocado por demonios que poseen a las personas, si no que la depresión, es una afección del cuerpo, clara y precisa, sin un predominio espiritual en ella.

Hasta el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depressio”, en lengua inglesa, la cual deriva del latín “premere”, el cual significa apretar u oprimir, y “deprimere” que significa empujar hacia abajo. Fue en 1724 cuando Richard Blackmore, médico de la corte de Guillermo III de Inglaterra, propone el término de depresión como “Encontrarse en profunda tristeza y melancolía”; Robert Whytt, médico igualmente, con pocos años de

¹ Distimia: Del ingl. dysthymia, y este del gr. δυσθυμία dysthymía 'desánimo', 'depresión', 'mal carácter', de δυσ- dys- 'dis-2', θυμός thymós 'ánimo' e -ία -ía '-ia'. Trastorno de la afectividad caracterizado por fatiga, insomnio y frecuentes variaciones de humor.

² La teoría de los cuatro humores o humorismo fue una teoría hipocrática la cual expresa que el cuerpo humano se compone de cuatro sustancias básicas, conocidas como humores, los cuales deben mantenerse en perfecto equilibrio entre estos para evitar todo tipo de enfermedades, tanto de cuerpo como de espíritu. De esta forma, la aparición de enfermedades o discapacidades serían el resultado de un exceso o déficit de alguno de estos cuatro líquidos o humores. Los humores son: bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre.

diferencia con Blackmore relaciona la depresión mental como un espíritu bajo, de hipocondría y melancolía.

En 1854, Falret describe el suicidio, (ya denotando la existencia de este) como la conclusión de un trastorno mental y en 1882 Kahlbaum hace consideraciones de la ciclotimia³; Kraepelin en 1899 realiza descripciones de la psicosis maniaco-depresiva, definiéndola como una melancolía involutiva. (2)

Esto es lo último que se tiene del siglo XIX y no es hasta el siglo XX que surgen varias corrientes psicológicas; dando pie al primer método importante, el Psicoanálisis, cuyo padre Sigmund Freud lo cimenta sobre la estructura de la mente y la función de todos los procesos del inconsciente los cuales determinan la conducta.

Alrededor de ello propone ya formalmente una conceptualización de la depresión como un estado patológico muy similar al duelo, donde la única diferencia entre el duelo y la depresión, es que la depresión hace un rebajamiento en el sentimiento hacia sí mismo; como citaba en su escrito “Duelo y Melancolía”: “La depresión es una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y rebaja en el sentimiento de sí, se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo”. (3)

El segundo método fue el conductismo⁴, liderado por John Watson, Ivan Pavlov y B.F. Skinner quienes centran su atención en la influencia que tiene el aprendizaje y la adaptación en el proceso de la psicopatología, estudiando si esos mismos factores la aumentan, la modulan o la disminuyen.

Es importante mencionar que Aarón Beck en 1970, identifica la tríada cognitiva de depresión, en la cual, uno de los elementos respalda el psicoanálisis de Sigmund Freud, la visión negativa o sobajamiento del individuo.

³ Del gr. κύκλος kýklos 'círculo' y θυμός thymós 'ánimo'. Trastorno bipolar en el que alternan fases maníacas y depresivas.

⁴ Se denomina así a la teoría del aprendizaje animal y humano que se focaliza solo en conductas objetivas observables, descartando las actividades mentales que ocurren por estos procesos.

La tríada de Beck se compone de los siguientes elementos (Ver Figura 1):

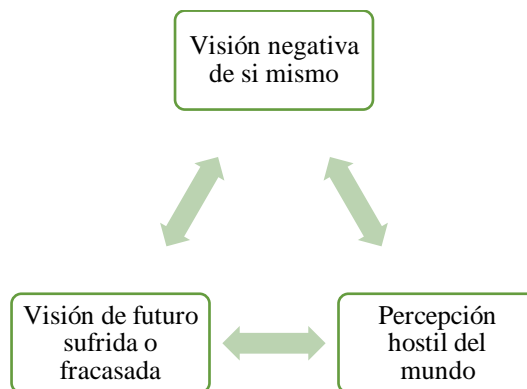


Figura 1. “Tríada de Beck”. Creación propia.

Años después, en 1979, Beck resalta que la depresión, es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que debe afrontar un individuo; y ello gira en tres conceptos básico del mismo:

- Su cognición.
- Su contenido cognitivo.
- Los esquemas.

En 1990, Calderón define a la depresión como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta, que se caracteriza por síntomas de tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria y concentración.

Wolman y Stricker en 1993 refieren que los Trastornos del Estado del Ánimo fluyen en un abanico de conductas autodestructivas sintomáticas, que tienen como característica principal una alteración del humor. Ellos lo dividen en cuatro trastornos:

- Trastornos depresivos.
- Trastornos bipolares.
- Trastornos del estado de ánimo, debido a enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

En 1998 Kawakami, Araki y Kawashima aseveran que un trabajo inadecuado, relaciones humanas pobres, altas demandas psicológicas, bajo control y bajo soporte social en el trabajo se asocian con niveles altos de sintomatología depresiva; debido a que mientras no exista un

control adecuado de los riesgos en el área laboral, más los factores predisponentes del individuo se desencadenará definitivamente el trastorno depresivo. Concluyendo con esta aseveración, en la actualidad, los trastornos del estado de ánimo son una causa común de absentismo y jubilación por incapacidad laboral.

Horwitz, Wakefield y Spitzer en 2007 opinan que este trastorno desata síntomas como bajo estado de ánimo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar de las cosas, pérdida de apetito, pérdida de sueño, conducta, enlentecida, fatiga y pérdida de energía, baja autoestima y concentración o atención.

La aseveración de Kawakami, Araki y Kawashima junto con la sintomatología dicha por Horwitz, Wakefield y Spitzer en 2007, remarcan considerablemente el panorama que auguraba en 2009 la OMS “Una de cada cuatro personas sufrirá de trastornos mentales a lo largo de su vida, y para el año 2020, la depresión será un trastorno de salud que ocupará el segundo lugar”. (2)

Todos estos términos atribuidos por médicos, psicólogos y otros profesionales de la educación y la salud de la historia nos llevan a encausar el término depresión como un cuadro que el cuerpo sintomatiza, ya que la psique se encuentra abatida, lo cual hace disfuncional al individuo que la padece.

1.1.2. Epidemiología actual mundial de la depresión mundial

La depresión es catalogada como una enfermedad crónica que afecta a nivel mundial a un porcentaje considerable de la población, siendo esta una enfermedad incapacitante raíz de muchas otras sintomatologías y/o patologías; el género con mayor afectación es el femenino. Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo. (3)

Además, aproximadamente del 10% al 15% de las personas con depresión grave intentan suicidarse en algún momento. En 2018 la Organización Mundial de la Salud atribuía una cifra de 800,000 suicidios al año a nivel mundial, siendo de los 15 a 29 años el grupo con mayor predominio de suicidios. (4)

Actualmente y a raíz de la pandemia, en China se reportó un incremento de los síntomas depresivos en la población juvenil, de un 17.2% hasta un 22.6%; ya que hubo una reducción de actividades al aire libre y una disminución del contacto social. (5)

El impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento en lo que fue la Fase 2 y 3 de la pandemia por COVID-19 fue medido por un estudio hecho por diferentes universidades mexicanas de diferentes estados, el cual dio como resultado altos indicadores de síntomas moderados y severos tales como: estrés en un 31.92%, problemas para dormir en un 36.3% y ansiedad en un 40.3% de la población evaluada. También se sacaron porcentajes de síntomas psicósomáticos, los cuales se presentaron en un 5.9% de la población, disfunción en la actividad diaria en un 9.5%, depresión en un 4.9%, especialmente en jóvenes universitarios de 18 a 25 años. (6)

Tomando esos parámetros epidemiológicos, es importante determinar que porcentajes existen en la población universitaria específica de la licenciatura de Medicina.

1.1.3. Clasificación y sintomatología en la depresión

A lo largo de los años y conforme se va actualizando, como cualquier otra enfermedad, la depresión ha sido clasificada de diferentes maneras; y en gran medida estas clasificaciones han sido hechas con base en la etiología, sintomatología y duración. Es más conveniente para clasificar el CIE-11 y para determinar sintomatología el DSM-V.

Revisaremos las diversas clasificaciones que se han hecho, quedándonos con la última actualización del DSM⁵ para clasificación y sintomatología.

1.1.3.1 Clasificación según DSM IV-TR.

Según el DSM IV-TR actualizado en el año 2005, dentro de los trastornos depresivos se encuentra:

- Trastorno Depresivo Mayor.
- Trastorno Distímico.

⁵ DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

- Trastorno Depresivo no Especificado.

Esta clasificación exceptúa y se distingue de los trastornos bipolares por el hecho de que, dicha patología se compone de episodios maniacos mixtos o hipomaníacos.

Criterios para el episodio Depresivo Mayor.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.⁶

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, el llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.⁷
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

⁶ No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

⁷ En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto⁸.

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

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo)⁹.

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

Criterios para el diagnóstico Trastorno Depresivo Mayor, episodio único

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.¹⁰

Se debe codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0 Leve.
- 1 Moderado.
- 2 Grave sin síntomas psicóticos.

⁸ Esto haciendo referencia los episodios maniacos mixtos o hipomaniacos, los cuales se encuentran dentro de los trastornos bipolares, los cuales son excluidos en el DSM-IV dentro de la clasificación de depresión.

⁹ Hay que recordar que se excluye todo episodio depresivo secundario a enfermedad médica clara.

¹⁰ Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

- 3 Grave con síntomas psicóticos.
- 4 En remisión parcial/en remisión total.
- 9 No especificado.

Y se debe especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico.
- Con síntomas catatónicos.
- Con síntomas melancólicos.
- Con síntomas atípicos.
- De inicio en el posparto.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor recidivante

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.¹¹

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.¹²

Se deberá codificar el estado del episodio actual o más reciente:

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

¹¹ Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

¹² Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica

Y se debe especificar (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico.
- Con síntomas catatónicos.
- Con síntomas melancólicos.
- Con síntomas atípicos.
- De inicio en el posparto.

Agregado a lo anterior se debe especificar lo siguiente:

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

Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.¹³

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

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

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

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

¹³ En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

Cabe resaltar en este criterio que antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.¹⁴

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (hipotiroidismo).

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

Se debe especificar si fue de inicio temprano (antes de los 21 años), o de inicio tardío (después de los 21 años) y si ha cursado o no con síntomas atípicos. (7)

1.1.3.2 Clasificación según CIE¹⁵-10.

La CIE 10 fue hecha en 1995, clasificando la depresión de la siguiente forma:

- Episodios Depresivos, el cual se divide en:
 1. Episodio depresivo leve.
 2. Episodio depresivo moderado, el cual se subdivide en:
 - Sin síntomas somáticos.
 - Con síntomas somáticos.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

¹⁴ El trastorno ciclotímico se caracteriza por períodos de hipomanía y minidepresión que duran unos días, siguen un curso irregular y no son tan graves como un trastorno bipolar; estos períodos con sintomatología deben ocurrir por más de la mitad de días durante un período ≥ 2 años.

¹⁵ CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Distimia.

Criterios diagnósticos para Episodios Depresivos

El individuo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. La disminución de la atención y concentración.
- b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d. Una perspectiva sombría de futuro.
- e. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresiones.
- f. Los trastornos del sueño.

Los Episodios Depresivos se subdividen:

- a) Episodio depresivo leve

Deben estar presentes al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo:

- Animo depresivo.
- Perdida de interés.
- Capacidad de disfrutar.
- Aumento de la fatigabilidad.

Además, deben estar presente al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presentes en un grado intenso, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- b) Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descrito para el episodio depresivo leve, así como la menos cuatro de los demás síntomas.

Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes, el episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas. Suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Recordando que el Episodio Depresivo Moderado se divide en dos, los cuales son:

- Sin síntomas somáticos: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.
- Con síntomas somáticos: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síntomas somáticos.¹⁶

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante el episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, el riesgo suicida es importante en estos casos, se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas más típicos del episodio depresivo leve y moderado y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben tener intensidad grave. En el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos no es posible que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social, o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Durante el episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, el riesgo suicida es importante en estos casos, se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

¹⁶ Como se estudiará en apartados posteriores la sintomatología somática, se refiere a la serie de síntomas que se desencadenan orgánicamente en la persona, atribuyendo en lugar de una causa psicológica de los síntomas, a una causa física.

Deben estar presentes los tres síntomas más típicos del episodio depresivo leve y moderado y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben tener intensidad grave. Al igual que en Episodio depresivo grave, el enfermo no puede llevar a cabo su vida laboral de manera normal, y en la doméstica se encuentra limitado.

A este tipo de episodios se le agregan los síntomas psicóticos los cuales son:

- Presencia de ideas delirantes (suelen incluir temas de pecado, ruina o catástrofes).
- Alucinaciones (auditivas u olfativas, forma de voces difamatorias o acusatorias, u olores a podrido, o a carne en descomposición).
- Estupor depresivo.¹⁷

Distimia

Depresión crónica del estado de ánimo que no corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual, leve o moderado.

Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface, están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

La distimia incluye:

- Depresión ansiosa persistente.
- Neurosis depresiva.
- Trastorno de personalidad depresiva.
- Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Más excluye:

- Depresión ansiosa leve o no persistente.
- Reacción de duelo de menos de dos años de duración.

¹⁷ Estado inconsciente o de déficit de consciencia en el paciente depresivo.

- Reacción depresiva prolongada. (8)

1.1.3.3 Clasificación según CIE-11.

La CIE 11 se presenta en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 para su adopción y para que sustituya todas las revisiones precedentes a partir del 1 de enero de 2022, la clasificación de la depresión actualmente acorde a ella es la siguiente:

A. Episodio depresivo único.

- Episodio depresivo único leve.
- Episodio depresivo único moderado sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo único moderado con síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo único severo, sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo único severo, con síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo único, sin especificación de la severidad.
- Episodio depresivo único, actualmente en remisión parcial.
- Episodio depresivo único, actualmente en remisión total.
- Episodio depresivo único especificado.
- Episodio depresivo único, no especificado.

B. Episodio depresivo recurrente.

- Episodio depresivo recurrente, con episodio actual leve.
- Episodio depresivo recurrente, con episodio actual moderado, sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo recurrente, con episodio actual moderado, con síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo recurrente, con episodio actual severo, sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo recurrente, con episodio actual severo, con síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo recurrente, episodio actual sin especificación de la severidad.
- Episodio depresivo recurrente, actualmente en remisión parcial.
- Episodio depresivo recurrente, actualmente en remisión total.

- Otro tipo de episodio depresivo recurrente.
 - Episodio depresivo recurrente, inespecífico.
- C. Desorden distímico.
- D. Episodio depresivo mixto con episodio de ansiedad.
- E. Otros episodios depresivos especificados.
- F. Episodios depresivos, no especificados.
- G. Sintomatología y presentación de curso para episodios de humor en desórdenes de humor.
- a) Episodios de humor con prominencia de síntomas de ansiedad.
 - b) Episodios de humor con ataques de pánico.
 - c) Episodio depresivo persistente actual.
 - d) Episodio depresivo actual con melancolía.
 - e) Episodios de humor con patrón de inicio estacional.
 - f) Ciclismo rápido.

Los desórdenes depresivos son caracterizados por un humor depresivo (tristeza, irritabilidad, vacío) o pérdida del placer acompañado por síntomas cognitivos, conductistas o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento individual. Es característico que un desorden depresivo sea diagnosticado de manera individual, ya que el estar aunado a un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco indica la presencia de un desorden bipolar y no un desorden depresivo. A continuación, se explicará la clasificación del CIE-11:

Episodio depresivo único. Este episodio es caracterizado por la presencia de un episodio depresivo, sin previa historia de algún otro. Este se caracteriza por un periodo de humor deprimido diario, o la disminución del interés en las actividades diarias; esto durante al menos 2 semanas y es acompañado por otros síntomas, como dificultad de concentración, sentimientos de minusvalía, culpa excesiva o no apropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambio en el apetito y cambios en el ciclo de sueño, astenia, adinamia, fatiga o agitación psicomotora.

Se debe hacer hincapié en que, incluir episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos en este tipo de episodios, lo excluyen completamente, ya que nos referiríamos a un trastorno bipolar.

Exclusiones:

- Episodios depresivos recurrentes.
- Episodios de ajustamiento.
- Trastorno bipolar (Hipomaníaco, maniaco o mixto).

Dentro del episodio depresivo único se subclasifica:

- a) Episodio depresivo único, leve:** Cumple con la definición anterior, no existen episodios depresivos previos y el grado de los síntomas que se presentan son de intensidad leve; no existe una dificultad para el individuo de continuar con su trabajo, vida social o actividades cotidianas; no existen ilusiones o alucinaciones. El individuo puede continuar con su trabajo, vida social o actividades cotidianas
- b) Episodio depresivo único, moderado sin síntomas psicóticos:** Cumple con la definición de episodio depresivo, sin ninguna historia de episodios depresivos; la severidad de los síntomas que se presenta es de intensidad moderada, o bien existen numerosos síntomas, y no existen ilusiones o alucinaciones durante el episodio. El individuo tiene dificultad considerable en continuar con su trabajo, vida social o actividades cotidianas, pero aún es capaz de funcionar en al menos una de esas áreas.
- c) Episodio depresivo único, moderado con síntomas psicóticos:** Cumple con la definición de episodio depresivo, no existen episodios depresivos previos; los síntomas son marcados de severidad moderada o existen numerosos síntomas; y si existen ilusiones y alucinaciones en este periodo. El individuo tiene dificultad considerable en continuar con su trabajo, vida social o actividades cotidianas, pero aún es capaz de funcionar en al menos una de esas áreas.
- d) Episodio depresivo único, severo sin síntomas psicóticos:** Cumple con la definición de episodio depresivo único; en este tipo de episodio existen muchos o más síntomas de depresión, además de un grado muy intenso en su expresión, no existen ilusiones o alucinaciones; el individuo es incapaz de continuar con su trabajo, vida social o actividades cotidianas u otro tipo de ámbitos importantes, exceptuando a un

grado muy limitado. En este se incluye el episodio de depresión agitada único sin psicosis.¹⁸

- e) **Episodio depresivo único, severo con síntomas psicóticos:** Cumple con definición de episodio depresivo único, existen muchos síntomas que se presentan de manera intensa, además de presentar ilusiones y alucinaciones durante el episodio. El individuo es incapaz de funcionar en el trabajo, vida social o actividades cotidianas, exceptuando a un grado muy limitado.
- f) **Episodio depresivo único, sin especificación de severidad:** Cumple con la definición de episodio depresivo único, no ha existido un episodio previo, pero hay información insuficiente para determinar la severidad del episodio actual; aunque los síntomas se asocian con al menos una dificultad para continuar en el área de trabajo, vida social o de actividades cotidianas.
- g) **Episodio depresivo único, actualmente en remisión parcial:** Cumple con la definición de episodio depresivo único, no hay episodios previos; en este tipo de episodio tras terminar algunos síntomas de humor permanecen por un tiempo.
- h) **Episodio depresivo único, actualmente en remisión total:** Cumple con la definición de episodio depresivo único, no hay antecedente de episodios; se tiene dicho episodio, pero no quedan síntomas de humor remanente.
- i) **Episodio depresivo único específico.**
- j) **Episodio depresivo único no específico.**

Episodio depresivo recurrente. Este tipo de desorden es caracterizado por una historia de al menos dos episodios depresivos separados por varios meses, sin cambios de humor significativos. Este tipo de episodios está caracterizado por un periodo de humor deprimido diario, o una disminución del interés en las actividades diarias que dura al menos 2 semanas, acompañándose de otros síntomas como dificultad para la concentración, sentimientos de minusvalía, sentimiento de culpa excesivo o inapropiado, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidios, cambios en el apetito o el sueño, agitación o disminución

¹⁸ Se conoce de esa forma a la depresión en la que la angustia y la inquietud son muy acentuadas. El individuo no puede permanecer sentado, deambula de un lado a otro; se encuentra en continuo movimiento. En este tipo de depresión no se incluyen ilusiones o alucinaciones.

psicomotora, fatiga, astenia y adinamia; nunca debe haber existido un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto.

Inclusiones:

- Desorden depresivo estacional.

Exclusiones:

- Desorden de ajustamiento.
- Trastorno bipolar.
- Episodio depresivo único.

El episodio depresivo recurrente se subclasifica de la siguiente manera:

- a) Episodio depresivo recurrente leve:** Este episodio se diagnostica si se ha tenido de manera previa un episodio depresivo leve. Este episodio está caracterizado con la misma sintomatología que el episodio depresivo recurrente, tomando en cuenta que la recurrencia del episodio es de manera leve; el individuo maneja poca, pero no considerable dificultad para continuar con el trabajo normal y el aspecto social, además de las actividades domésticas. Este episodio no tendrá alucinaciones o ilusiones.
- b) Episodio depresivo recurrente moderado, sin síntomas psicóticos:** Este episodio está caracterizado por la definición de episodio depresivo recurrente; sin embargo en este tipo de episodios se encuentran una cantidad considerada de síntomas depresivos, con una moderada severidad; el individuo tiene una dificultad considerable para su concentración en el trabajo, en su entorno social y sus actividades domésticas, aunque aún es capaz de funcionar en algunas áreas.
- c) Episodio depresivo recurrente moderado, con síntomas psicóticos:** En estos episodios, se encuentra la definición de episodio depresivo recurrente; la única diferencia es que en este episodio el individuo experimentará ilusiones y alucinaciones, además de que en dicho episodio se encuentran varios síntomas o una presencia marcada de los mismos; además de que tendrá dificultad considerable en su funcionamiento laboral, social y personal; podrá funcionar en al menos algunas áreas.

d) Episodio depresivo recurrente severo, sin síntomas psicótico: Cumple con las características señaladas del episodio depresivo recurrente, sin embargo, se caracteriza porque el episodio actual es severo, sin que el individuo experimente ilusiones o alucinaciones. En este tipo de episodio se experimenta mucho o más síntomas de un episodio depresivo, o están presentes un número pequeño de síntomas, pero se manifiesta en un grado intenso; el individuo es incapaz de funcionar de manera personal, familiar, social, educacional y ocupacional, exceptuando un grado muy limitado.

Inclusiones:

- Depresión endógena sin sintomatología psicótica.
 - Depresión importante sin síntomas psicóticos.
 - Psicosis maniaco-depresiva con tendencia a la depresión, sin síntomas psicóticos.
 - Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos.
- e) Episodio depresivo recurrente, con síntomas psicóticos:** Este tipo de episodio cumple con toda la definición de un episodio depresivo recurrente, agregando sintomatología psicótica como ilusiones o alucinaciones en el episodio. Se caracteriza por muchos síntomas de un episodio depresivo o un pequeño número de ellos manifiestos en un grado intenso lo cual lleva al individuo a incapacitarse en el aspecto personal, familiar, social, educativo y ocupaciones, exceptuando un grado muy limitado.

Inclusiones:

- Depresión endógena con sintomatología psicótica.
 - Psicosis maniaco-depresiva, con tendencia a la depresión, con síntomas psicóticos.
- f) Episodio depresivo recurrente, con un episodio actual, sin especificación de la severidad:** Este tipo de episodio cumple con la sintomatología característica de los episodios depresivos, encontramos en el individuo una historia de episodios depresivos previos, sin embargo, no se cuenta con la información suficiente para determinar el grado de severidad del actual episodio. Los síntomas están asociados

con al menos alguna dificultad para el desarrollo del individuo en el área laboral, social o personal.

- g) **Episodio depresivo recurrente, actualmente en remisión parcial:** Este se diagnostica cuando existió un episodio depresivo severo, ya no cumple con todos los parámetros de un episodio depresivo, sin embargo, pueden permanecer algunos síntomas significativos.
- h) **Episodio depresivo recurrente, actualmente en remisión total:** Por definición, este episodio se diagnostica cuando existieron episodios depresivos recurrentes, pero actualmente el individuo no presenta síntomas significativos.
- i) **Otros episodios depresivos recurrentes.**
- j) **Episodios depresivos recurrentes inespecíficos.**

Desorden distímico. Este desorden está caracterizado por episodios depresivos, los cuales duran 2 años o más, durante la mayoría del día o son más los días que se presenta, a los que no.

En niños y adolescentes, el humor deprimido se manifiesta por una irritabilidad dominante; además se acompaña de una marcada disminución del interés o del placer por actividades, inatención, desesperanza en el futuro, insomnio o hipersomnias, disminución o aumento del apetito, culpa, baja autoestima, desesperanza sobre el futuro, fatiga, astenia, adinamia. Durante los 2 años no se encuentran síntomas en número o duración que sean suficientes para cumplir con los requisitos para clasificar en un episodio depresivo a este desorden y tampoco se encuentra una historia de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. En este tipo de desorden se encuentra una incapacidad para el funcionamiento social, económico, familiar y laboral del paciente.

Inclusiones:

- Distimia.

Exclusiones:

- Depresión de ansiedad (suave o no persistente).
- Episodio depresivo mixto con episodio de ansiedad.

El episodio depresivo mixto y el desorden de ansiedad están caracterizados por presentar síntomas de ansiedad y depresión durante suficientes días durante un periodo de 2 semanas o más.

- Otros episodios depresivos especificados.
- Episodios depresivos, no especificados.
- Sintomatología y presentación de curso para episodios de humor en desórdenes de humor.

Esta categoría puede ser aplicada para describir presentación y características de episodios de humor en los episodios depresivos únicos, episodios depresivos recurrentes, desorden bipolar tipo 1 y tipo 2.

Estas categorías indican la presencia de características específicas que tienen relación con el inicio, curso y patrón de los episodios de humor.¹⁹

Estos episodios de humor se subclasifican:

- a) Episodios de humor con prominencia de síntomas de ansiedad:** Dentro del episodio depresivo, maniaco, hipomaniaco o mezclado se hace notoria la ansiedad y se hace clínicamente presente (experimentando nerviosismo, incapacidad para controlar pensamientos, miedo a que algo terrible pase, problemas de relajación, tensión y síntomas autonómicas), la cual es presente durante la mayoría del tiempo durante al menos 2 semanas.²⁰
- b) Episodios de humor con ataques de pánico:** En el episodio de humor (ya sea depresivo, maniaco, hipomaniaco o mixto) existen ataques de pánico recurrentes (al menos 2) durante el mes, los cuales ocurren específicamente en situaciones que provocan ansiedad, las cuales desarrollan dichos ataques.

Exclusiones:

- Desorden de pánico.

¹⁹Estas categorías no se utilizan en codificación primaria; se utilizan como códigos adicionales cuando se necesita identificar en concreto clínicamente características importantes de episodios de humor en desórdenes de humor.

²⁰ Si ha habido ataques de pánico durante los episodios depresivos o mixtos, estos deben ser tomados en cuenta por separado.

- c) **Episodio depresivo persistente actual:** Los requisitos de diagnóstico para un episodio depresivo persistente actual, es que actualmente sea conocido dicho episodio y que se haya presentado continuamente por al menos 2 años.
- d) **Episodio depresivo actual con melancolía:** Se encuentra un episodio depresivo aunando los siguientes síntomas, los cuales se han exacerbado durante un periodo mínimo de un mes: dominancia de anhedonia, carencia de reactividad emocional a lo que normalmente causaba estimulación, insomnio, que los síntomas depresivos sean peores durante el transcurso de la mañana, agitación o retraso psicomotor, pérdida de apetito o de peso.
- e) **Episodios de humor con patrón de inicio estacional:** En este tipo de episodio se estable un patrón estacional de inicio y remisión, los cuales se vuelven regulares, determinándose definitivamente por una estación. Se debe puntualizar que este debe ser diferenciado de un episodio que coincide con una estación en particular en la cual hay un estresor psicológico que ocurre específicamente en esa estación del año.
- f) **Ciclismo rápido:** Esto se encuentra en el contexto del tipo bipolar I y bipolar II, en el cual se cambia de episodios de humor (al menos 4) durante 12 meses; estos pueden ser diferenciados por la existencia de un periodo de remisión. Particularmente hablando de los periodos depresivos, estos pueden durar días. Aquí se debe hacer un diagnóstico diferencial con el tipo de bipolar mixto. (9)

1.1.3.4 Clasificación según DSM V-TR.

El DSM V-TR fue publicado en mayo de 2013. Este nuevo manual contiene cambios que buscaban alinearse a esta última educación con el CIE-11.

El DSM-V-TR incluye varios cambios respecto a los trastornos depresivos, los cuales en su clasificación incluye trastornos nuevos como el trastorno disruptivo por desregulación anímica, y algunos otros trastornos viejos, como el trastorno disfórico premenstrual. Además, se agrega un nuevo especificador para síntomas ansiosos específicos, además se elimina el criterio de exclusión del duelo. La distimia se presenta como trastorno depresivo persistente, además de que se incluye el trastorno depresivo mayor crónico.

La clasificación de los trastornos depresivos²¹ según el DSM-V-TR es la siguiente:

- Desregulación disruptiva del estado de ánimo.²²
- Trastorno depresivo mayor (el cual incluye el episodio depresivo mayor).
- Trastorno depresivo persistente (llamado distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo especificado.
- Trastorno depresivo no especificado.

El rasgo común de todos los trastornos dentro de la clasificación es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, lo cual se ve acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo.

Lo que diferencia a cada uno de estos trastornos es la duración, presentación temporal o la supuesta etiología.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Predominante en población infantil, por ello fue agregado al DSM-V-TR para la clasificación adecuada de los pediátricos sin diagnosticarlos con trastorno bipolar. El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente.

Debe cumplir con los siguientes criterios:

- A. Episodios de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (entre ellas las rabietas verbales) y/o con el comportamiento (por ejemplo, la agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los episodios de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Estos episodios se dan en promedio de 3 a 4 veces por semana

²¹ A diferencia del manual anterior (DSM-IV-TR), en este se separa de los trastornos depresivos al trastorno bipolar y trastornos relacionados.

²² Ya que los niños son diagnosticados de manera excesiva con el trastorno bipolar; se añade a esta clasificación este nuevo diagnóstico; el cual se refiere a la presentación de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 12 años.

- D. El estado de ánimo entre los episodios de cólera es persistentemente irritable durante la mayor parte del día, casi todos los días; y las personas alrededor del pediátrico observan dicho comportamiento (padres, maestros, etc).
- E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no presenta episodios que duren más de 3 meses sin todos los síntomas de los criterios A-D.
- F. Los Criterios A y D se presentan en al menos dos contextos (casa, escuela, con compañeros, en actividades extracurriculares), y es grave en al menos uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por los antecedentes o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.²³
- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental.^{24 25}
- K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Trastorno de depresión mayor. Debe cumplir con los siguientes criterios diagnósticos:

- A. 5 o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, además de que representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser el 1 o el 2.²⁶

²³ La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo (esto en caso de un acontecimiento muy positivo o a la espera de este), no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

²⁴ Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar; aunque puede coexistir con el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En dado caso de cumplir con los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

²⁵ Se debe hacer diagnóstico diferencial con trastornos del espectro autista, trastorno del estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente, llamado distimia.

²⁶ No se deben incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, (se siente triste, vacío, sin esperanza), además de que las personas cercanas a él pueden percibir este estado de ánimo.²⁷
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.²⁸
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).²⁹
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.^{30 31}

²⁷ En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

²⁸ En los niños se debe considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.

²⁹ En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia, denominado como “pseudodemencia”. Y en algunos adultos mayores la presentación de un trastorno de depresión mayor puede ser el inicio de una demencia irreversible.

³⁰ Los Criterios A al C constituyen un episodio de depresión mayor.

³¹ Cabe denotar que las respuestas a una pérdida significativa (entre ellas duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.³²

Para distinguir duelo de un episodio depresivo mayor, se debe tener en cuenta que, en el duelo, el sentimiento predominante es el de vacío y pérdida, mientras que, en el episodio depresivo mayor, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad para experimentar felicidad o placer. Cabe complementar que en el estado de duelo existen oleadas, las cuales son denominadas punzadas de duelo³³; mientras que en el episodio deprimido mayor el estado de ánimo no se asocia a pensamiento o preocupaciones específicos. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un estado depresivo mayor.

En el duelo, los sentimientos de poca valencia o desprecio hacia uno mismo tienen que ver con la percepción de haber fallado al difunto; en el caso del estado depresivo mayor, estos sentimientos son propios de la sensación de inutilidad y no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al estado de depresión.

Para codificar adecuadamente el trastorno de depresión mayor se debe basar en si es episodio único o recurrente, gravedad, características psicóticas y estado actual. Por ende:

- A) Episodio único / Episodio recurrente.³⁴
- B) Leve / Moderado / Grave.
- C) Con características psicóticas / Sin características psicóticas.
- D) En remisión parcial / En remisión total / No se especifica.

considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

³² Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

³³ Se determinan basadas en los recuerdos por la pérdida.

³⁴ Para que sea recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses entre los episodios.

Además, puede especificarse si se cuenta con alguna de las siguientes características (ver Tabla 1):

Tabla 1. “Características agregadas al estado depresivo mayor”.

Características agregadas al estado depresivo mayor
1) Con ansiedad
2) Con características mixtas.
3) Con características melancólicas.
4) Con características atípicas.
5) Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
6) Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
7) Con catatonía.
8) Con inicio en el parto.
9) Con patrón estacional. ³⁵

Fuente: Tabla constructa. Asociación Americana de Psiquiatría (10).

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deben aparecer casi día a día a excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Además, los pacientes que presenten una queja somática deberán determinarse causa orgánica o propia de síntomas depresivos; ya que algunos síntomas como fatiga, alteración del sueño o alteraciones psicomotoras³⁶ pueden ser indicativos de una gravedad global del trastorno o un descontrol en una enfermedad de base.

Trastorno depresivo persistente (Distimia). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. El cual debe cumplir con los siguientes criterios:

- A) Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un mínimo de 2 años.³⁷
- B) Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Poco apetito o sobrealimentación.
 - 2. Insomnio o hipersomnía.

³⁵ Esta sólo aplica en episodio recurrentes.

³⁶ Alteraciones psicomotoras como agitación, lentificación; estas deben ser lo suficientemente graves como para ser observables y que no pasen desapercibidas.

³⁷ Como se comentaba en el trastorno depresivo mayor, en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y debe estar presente como mínimo 1 año.

3. Poca energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C) Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D) Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante 2 años.
- E) Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F) La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G) Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento) o a otra afección médica (hipotiroidismo, etc).
- H) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Se debe especificar si el trastorno cursa con:

1. Ansiedad.
2. Características mixtas.
3. Características melancólicas.
4. Características atípicas.
5. Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
6. Características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
7. Inicio en el periparto.

También se debe especificar:

- A) Remisión parcial / Remisión total.
- B) Inicio temprano (inicio antes de los 21 años) / Inicio tardío (a partir de los 21 años).
- C) Cuadro es Leve / Moderado / Grave.

Además, se debe especificar si durante la mayor parte de los 2 años más recientes sea comportado como:

1. Con síndrome distímico puro: No se cumplen criterios para episodio de depresión mayor durante los 2 años anteriores.
2. Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los 2 años anteriores.
3. Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los 2 años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.
4. Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los 2 años anteriores.

Trastorno disfórico premenstrual. Debe cumplir con los siguientes criterios:

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.³⁸
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
 1. Labilidad afectiva intensa (cambios de humor).
 2. Irritabilidad intensa, enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
 4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada.
- C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también deben de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.
 1. Disminución del interés por las actividades habituales.
 2. Dificultad subjetiva de concentración.
 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

³⁸ Este criterio se ha de confirmar con al menos dos ciclos previos con sintomatología.

4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.³⁹

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en la vida cotidiana de la paciente e incluso interfiere con las relaciones interpersonales.

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno.^{40 41}

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (medicamento o droga).

Si los síntomas se han confirmado mediante evaluaciones diarias en al menos 2 ciclos sintomáticos de debe indicar "provisión en el diagnóstico".⁴²

El inicio del trastorno disfórico premenstrual puede aparecer en cualquier momento tras la menarquia. No debe confundirse con el trastorno premenstrual, la dismenorrea o el trastorno bipolar, uso de hormonales o medicamentos. Algunos consideran la fase premenstrual un período con riesgo de suicidio.

Además, muchas pacientes refieren que los síntomas empeoran al acercarse la menopausia; posterior a ella los síntomas cesan, aunque el tratamiento hormonal sustitutivo cíclico puede precipitar de nuevo la presentación de síntomas.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento. Este trastorno debe cumplir con los siguientes criterios:

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

³⁹ Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

⁴⁰ Este trastorno puede coexistir con otro trastorno.

⁴¹ Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, aunque son raros.

⁴² Se escribirá "Trastorno disfórico, premenstrual, provisional".

- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede ser tomado en cuenta si los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de sustancias o medicamentos, si persisten los síntomas durante aproximadamente un mes después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o en las relaciones interpersonales del sujeto.

Se puede especificar por qué sustancia se induce el trastorno: siendo las determinadas en el DSM-V:

- Alcohol.
- Fenciclidina.
- Otro alucinógeno.
- Inhalante.
- Opiáceo.
- Sedante, hipnótico o ansiolítico.
- Anfetamina (u otro estimulante).
- Cocaína.
- Otra sustancia (o sustancia desconocida).

También se debe especificar si dicho trastorno fue:

- Con inicio durante la intoxicación (Criterios y desarrollo de síntomas durante la intoxicación).
- Con inicio durante la abstinencia (Criterios y síntomas se desarrollan durante la abstinencia a la sustancia).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. En este trastorno se debe tomar en cuenta la posibilidad de que los síntomas afectivos sean causados por las consecuencias fisiológicas de la afección médica, más que por la medicación de esta.⁴³

Se debe cumplir con los siguientes criterios:

- A) Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B) Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
- D) El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E) El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Además, debe especificar si:

1. Cursa con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.
2. Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

⁴³ Si no se tiene suficiente criterio para hacer un diagnóstico de depresión primaria (por patología de fondo) o una depresión por sustancia, se deberá situar el trastorno depresivo en no especificado u otro trastorno depresivo.

3. Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía, pero no predominan en el cuadro clínico.

Se debe incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental, ya que esta afección es la etiología esencial de este trastorno.⁴⁴

Otro trastorno depresivo especificado. Esta categoría se aplica a pacientes en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las diferentes áreas en las que se desarrolla el paciente, pero, que no cumplen con los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

Se debe enfatizar, que, al nominar al paciente con esta categoría, se debe puntualizar el motivo por el cual no entra en ninguna otra categoría. Algunos ejemplos de presentaciones pueden ser:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes, el cual no se asocia a ciclo menstrual y que se encuentra presente por mínimo 12 meses.
2. Episodio depresivo de corta duración: Afecto deprimido el cual dura de 4 a 13 días, el cual presenta al menos 4 de los 8 síntomas de depresión mayor.
3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido que presenta al menos 4 de los otros 8 síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de 2 semanas.

Otro trastorno depresivo no especificado. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento por áreas del sujeto, más no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los

⁴⁴ La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica,

trastornos depresivos. Se utiliza cuando no existe suficiente información para hacer un diagnóstico específico (por ejemplo, en el área de urgencias).

Para terminar la clasificación según el DSM-V, se tienen especificadores para los trastornos depresivos, los cuales se deben tomar en cuenta para un diagnóstico asertivo y certero (ver Tabla 2).

Tabla 2. “Especificadores para trastornos depresivos”.

Especificadores para trastornos depresivos
<p>Se debe especificar si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe ansiedad 2. Se siente nervioso o tenso. 3. Se siente inhabitualmente inquieto. 4. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones. 5. Miedo a que pueda suceder algo terrible. 6. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo. <p>Especificar la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: 2 síntomas presentes. • Moderado: 3 síntomas. • Moderado-severo: 4 a 5 síntomas. • Grave: 4 a 5 síntomas y existe agitación motora.

Fuente: Tabla constructa. Asociación Americana de Psiquiatría (10).

Algunos de los trastornos depresivos pueden presentarse con diferentes tipos de características, he aquí como se engloban (ver Tabla 3):

Tabla 3. “Características en trastornos depresivos”.

Características en trastornos depresivos
<p><u>Con características mixtas:</u></p> <p>Al menos 3 de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor:</p> <p>A) Los síntomas mixtos son observables y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.</p> <p>B) 2 o más de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo elevado, expansivo. 2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza. 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

<p>4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.</p> <p>5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (en cualquier aspecto de su vida).</p> <p>6. Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.</p> <p>7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual).</p> <p>B. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o II.</p> <p>C. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.⁴⁵</p>
<p><u>Con características atípicas:</u></p> <p>Aplican estas cuando predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente o trastorno depresivo persistente:</p> <p>A. Reactividad del estado de ánimo.</p> <p>B. Dos o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Notable aumento de peso o del apetito. 2. Hipersomnia.⁴⁶ 3. Parálisis plúmbea (sensación de pesadez o lastre en extremidades). 4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal que causa deterioro social o laboral importante. <p>C. No se cumplen los criterios para "con características melancólicas" o "con catatonía" durante el mismo episodio.</p>
<p><u>Con características psicóticas:</u></p> <p>Presencia de delirios y/o alucinaciones.</p>
<p><u>Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo:</u></p> <p>El contenido de todos los delirios y alucinaciones está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.</p>
<p><u>Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo:</u></p> <p>El contenido de los delirios o alucinaciones no implica los temas depresivos típicos o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.</p>
<p><u>Con catatonía:</u></p> <p>Esta característica sólo aplica si las características catatónicas existen durante la mayor parte del episodio.</p>
<p><u>Con inicio en el periparto:</u></p>

⁴⁵ Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II.

⁴⁶ La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan un mínimo de 10 horas de sueño diarias (o al menos dos horas extras de los habitual).

Esta característica se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.⁴⁷

Con patrón estacional:

Esta característica se aplica al trastorno de depresión mayor recurrente.

A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un momento del año particular.

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

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

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

Especificar si:

- Hay remisión parcial o remisión total (En el primero los síntomas están presentes, más existe un periodo que dura menos de 2 meses sin ningún síntoma significa de un episodio de depresión mayor; en el segundo al menos durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno):

Gravedad actual: Leve (Pocos o ningún síntoma, más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, causan malestar los síntomas, pero son manejables) / Moderado (Síntomas e intensidad de los mismos están entre leves y graves) / Grave (El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer su diagnóstico o la intensidad de los mismos causan gran malestar y no es manejable). (10)

Fuente: Tabla constructa. Asociación Americana de Psiquiatría (10).

1.1.4. Sintomatología

Acorde a las clasificaciones y manuales de depresión actuales, los cuales determinan que la depresión puede clasificarse por episodios únicos, episodios recurrentes, con cambios de humor, sin cambios de humor, entre otras cosas, se explica mediante una tabla (ver Tabla 4), la sintomatología con la cual cursan los trastornos depresivos.

⁴⁷ El 50 % de los episodios de depresión mayor "posparto" comienza realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto

Tabla 4. “Sintomatología de la depresión”.

Sintomatología de la depresión
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia o hiperfagia. • Pérdida de peso. • Insomnio o hipersomnio. • Dolores o malestares corporales.⁴⁸ • Astenia. • Cansancio. • Debilidad. • Fatiga. • Disfunción sexual. • Alucinaciones auditivas o visuales.

Fuente: Tabla constructa. Fouilloux Morales C, Barragán Pérez V, Ortiz León S, Jaimes Medrano A, Urrutia Aguilar M, Guevara Guzmán R y Martínez Martínez M, Muñoz Zurita G, Rojas Valderrama K, Sánchez Hernández J. (11)(12)

Se debe tomar en cuenta que algunos de los sujetos que cursan con depresión pueden somatizar⁴⁹, por ende, la sintomatología puede ser de predominancia corporal (ver Tabla 5).

Tabla 5. “Síntomas somáticos en pacientes con depresión”.

Síntomas somáticos en pacientes con depresión
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de espalda. • Mareos. • Dolor en extremidades. • Flatulencias. • Dificultad para respirar. • Palpitaciones. • Dolor en articulaciones. • Dolor torácico. • Náuseas. • Amnesia. • Dolor abdominal. • Intolerancia a alimentos. • Diarrea.

⁴⁸ Pacientes con somatización.

⁴⁹ Somatizar: 1. tr. Transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria.

- Dificultad para tragar.
- Menstruación dolorosa.
- Visión borrosa.
- Parálisis o debilidad muscular.
- Menstruación excesiva.
- Períodos menstruales irregulares.
- Vómitos.
- Dolor al orinar.
- Afonía.
- Retención urinaria.

Fuente: Tabla constructa. Artiles Pérez R, López Chamón S. (13)

El hecho de que estos síntomas somáticos existan en la población en general debe dar pauta para la apertura de nuevas investigaciones basadas en ellos.

1.1.5. Antecedentes históricos y epidemiológicos de la depresión en estudiantes de Medicina

La OMS ha reportado la depresión como una de las primeras diez causas de muerte a nivel mundial, de los cuales el 30% está representado por los estudiantes de nivel universitario, de esta población se calcula que de la población que manifiesta sintomatología, el 15% de ellos se suicidará en alguna etapa de su evolución. (4) (14) (15) (16)

Ahondando en este porcentaje de población universitaria, es bien conocido que tanto a nivel nacional como internacional los estudiantes de Medicina son propensos a sufrir de depresión a lo largo del desarrollo de la carrera ya que está es caracterizada por desarrollarse en un ambiente estresante; dicho estrés causa reacciones emocionales que a menudo tienen un efecto negativo en el rendimiento académico, la salud física, el bienestar psicosocial y las decisiones terapéuticas de los estudiantes. (17)

Todo esto, ha ido alertando a las autoridades académicas y profesorado de las universidades, los cuales han fomentado la investigación de dicha patología dentro de la población, arrojando datos preocupantes que deben ser tomados en cuenta para un actuar a favor de la erradicación de la enfermedad.

La presencia de síntomas depresivos en esta población ha sido medida en diferentes partes del mundo, encontrando prevalencias considerablemente altas:

- Malasia: 35%
- Trinidad y Tobago: 40%
- Pakistán: 52%
- Reino Unido: 67%
- Estados Unidos: 25%
- México 8.76% (4)

Actualmente no se puede dar una descripción certera de la situación de salud en la que se encuentran los jóvenes universitarios debido a la pandemia por SARS-CoV2 que finalmente y hasta esta mitad de año 2022 ha permitido el reingreso presencial de la carrera de medicina al menos a nivel nacional, pero se puede dar un aproximado, tomando como antecedente investigaciones hechas por distintas universidades. (18)

En la Universidad Miguel Hernández, en España se realizó una investigación para estimar la salud auto percibida de los estudiantes, la prevalencia de ansiedad, depresión y estado de salud auto percibida de los estudiantes de Medicina cursando de primer a sexto semestre de la carrera durante el ciclo escolar 2019-2020, además de analizar su asociación con los factores sociodemográficos y el estilo de vida, incluyendo en este el consumo de tóxicos. Se encontraron las siguientes conclusiones:

1. El 68.1% de los estudiantes eran del sexo femenino. Y el porcentaje alto respecto a la edad era en menores de 20 años.
2. El mayor porcentaje de estudiantes no se adherían a una dieta buena y balanceada tanto en cantidad como en calidad.
3. En mayor cantidad se encontraban los alumnos que podían realizar una actividad física.
4. Respecto al consumo de tóxicos las cifras de alcohol predominan sobre las de consumo de tabaco; más las cifras del consumo de cannabis con mucho más altas que ambas.

5. Finalmente, las cifras de ansiedad se encontraban en un 54.9% de la población, las cifras de población en depresión eran de un 60-69%, y las de probable ansiedad o depresión subían hasta un 73.3% de la población encuestada; aunado a esto se presenta una salud auto percibida regular-mala-muy mala. (19)

En la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, en el Estado Falcón en Venezuela, se realizó un estudio en junio-julio del 2008, donde se consideraron los estudiantes cursantes del ciclo básico (este de 1er a 6to semestre) del pregrado de Medicina. En este estudio se concluyó que:

1. El fenómeno de la depresión puede afectar ambos sexos, con especial inclinación al sexo femenino.
2. Se ve aumentado de manera considerable el índice de depresión de los alumnos, en comparación de estudios previos de depresión en los estudiantes de Medicina, la cifra es de un 47%:
3. Entre los factores medidos, los que más predominan son: afección del estado de ánimo, falta de satisfacción y autorreproche/autocrítica, aislamiento social, distorsión de la imagen corporal debido a cambios drásticos en la dieta.⁵⁰
4. La preocupación ronda en torno a la baja detección de casos de universitarios con depresión, el poco seguimiento terapéutico de dichos casos, la deserción ocasional del paciente en tratamiento, la aparición de pensamiento, motivación e intentos suicidas que se presenta en la población y finalmente el resalte de las condiciones estresantes y el maltrato al que se ve sometido el estudiante de Medicina. (20)

Se realizó un estudio en 7 universidades⁵¹ de 7 diferentes departamentos del país de Perú ya que se habían encontrado prevalencias de depresión de alrededor del 4.6-8.9% en los estudiantes de ciencias de la salud a nivel nacional; sin embargos posterior a este descubrimiento en otro estudio, la prevalencia de síntomas depresivo fue de un 29.9%, cifra que presento alarma por las repercusiones en la salud física y mental y en la formación de

⁵⁰ Este último factor, tiene como predisponente a la afección del sistema inmunológico de los estudiantes, lo cual repercute en el sistema biológico del estudiante.

⁵¹ Universidad Ricardo Palma, Universidad Nacional de Ucayali, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Universidad Nacional de Cajamarca, Universidad San Antonio Abad de Cusco, Universidad Peruana Los Andes, Universidad Privada Antenor Orrego y Universidad César Vallejo.

este futuro profesional, lo cual podría acarrear consecuencias en el servicio brindado a la población peruana.

El estudio se concentró en determinar la influencia de los hábitos en la depresión a fin de prevenir los factores modificables; se incluyeron a los alumnos matriculado en el ciclo 2015-I, que cursaban en ese momento de 1ero a 6to año de la carrera antes del internado médico. Las conclusiones fueron las siguientes:

1. 13% de la población estudiada, globalizando escuelas tanto privadas como públicas tiene algún grado de depresión.
2. Algunos factores estresantes incrementan la frecuencia de depresión, tales como tener un trabajo y estudiar más horas al día.
3. La depresión no es tan frecuente como se esperaba, pero, se asocia positivamente a variables que se pueden considerar estresantes y negativamente a variables que reflejan cierto orden en la rutina del estudiante. (21)

Respecto a la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, en México se cotejan los siguientes datos en una población de 100 alumnos:

1. El índice de depresión y ansiedad en población femenina es mayor que en la masculina. Y la concomitancia entre ambas es del 66.67%.
2. Según la severidad, la depresión ligera y la ansiedad baja fueron las predominantes.
3. La depresión exclusivamente sintomática (sin ningún trastorno asociado a la misma) fue predominante. (22)

La UNAM⁵² realizó una investigación en 774 estudiantes de primer año de la licenciatura de Médico Cirujano del año 2009-2010, basada en la identificación de los síntomas depresivos, y si estos estaban asociados con un bajo rendimiento; dando las siguientes conclusiones:

- El porcentaje de estudiantes con síntomas depresivos fue de un 23%, de predominio en el género femenino.
- El 68% de los alumnos que cursaban con dichos síntomas había reprobado una materia, dicho índice suponía un mayor riesgo de reprobación de 2.4 veces,

⁵² Universidad Nacional Autónoma de México.

comparados con los que no tenían dicha sintomatología; en definitiva, la sintomatología depresiva es un factor de riesgo importante para reprobar alguna asignatura o tener un bajo rendimiento escolar.

- Se coincide con algunas investigaciones en que existen diferencias en la motivación entre hombres y mujeres por factores como:
 1. Los hombres dan prioridad a las cuestiones intelectuales, mientras que las mujeres dan prioridad a las sociales y humanas.
 2. Los hombres se desempeñan mejor en pruebas de rendimientos basadas puramente en conocimientos, mientras que las mujeres se desempeñan mejor en pruebas clínicas.
 3. Los logros de las mujeres tienen que ver más con los factores que toman en cuenta a las personas y los logros de los hombres tienen que ver más con los factores que toman en cuenta lo intelectual.
 4. El promedio de un estudiante con depresión es significativamente menor que el promedio de un estudiante sin sintomatología. (14)

Se realizó en 2021 un estudio conjunto por universidades del norte de México, en dicho estudio participaron 2 universidades del estado de Chihuahua (Universidad Autónoma de Chihuahua y Universidad Autónoma de Chihuahua Parral) y 1 del estado de Durango (Universidad Autónoma de Durango), tanto públicas como privadas, el cual tenía como objetivo analizar la presencia de depresión y/o ansiedad en estudiantes de ingreso y egreso de la licenciatura de medicina en el ciclo escolar 2020-2021, y como se había afectado el rendimiento académico en la modalidad virtual durante la pandemia por COVID-19. Para dicha investigación se utilizó una población de 404 alumnos.

Se sacaron las siguientes conclusiones de dicho estudio:

- Las enfermedades mentales se encontraban como antecedente en una pequeña población estudiantil, dichas enfermedades son tratadas en menor cantidad; por ello, es necesario identificar a alumnos que padezcan dichos diagnósticos para un mejor seguimiento y atención a su enfermedad.
- Según los resultados se encuentra mejor positivismo en los alumnos de próximo egreso, a los alumnos que se encuentran a principios de la carrera.

- Existe una independencia entre depresión y rendimiento académico.
- Hay un aumento de depresión en los alumnos del 80%; en los alumnos diagnosticados previamente con depresión sólo aparece un 10%; por ende, se concluye que la pandemia por Covid-19 pudo influir a exacerbar la depresión en los estudiantes. (15)

1.1.6. Factores predisponentes en la depresión en estudiantes de Medicina

Durante la investigación y las diferentes bibliografías y manuales consultados se puede sintetizar mediante una tabla, los factores que predisponen al estudiante de Medicina a la depresión y se manejan en un corto, mediano y largo plazo, describiendo dichos plazos de la siguiente manera:

- Corto plazo: Primeros semestres al inicio de la carrera de Medicina.
- Mediano plazo: En el intervalo comprendido entre el tronco básico y el tronco formativo de la carrera.
- Largo plazo: Los últimos 2 a 3 semestres de la carrera, previo al ingreso al Internado Rotatorio de Pregrado.

Se engloban dichos factores de los diferentes plazos en una sola tabla (ver Tabla 6), ya que algunos factores pueden presentarse en diferentes lapsos de tiempo. (23)

Tabla 6. “Factores a corto, mediano y largo plazo predisponentes de depresión”.

Factores a corto, mediano y largo plazo predisponentes de depresión
1. Cambio de grado académico.
2. Factores genéticos.
3. Mudanza.
4. Enfermedades de carácter médico.
5. Cambio en el tipo de alimentación.
6. Antecedente de depresión.
7. Nivel socioeconómico.
8. Desestructuración familiar.
9. Lejanía de círculo social habitual.
10. Aislamiento social.
11. Aumento de demanda académica.
12. Cambio a ambiente hospitalario.

13. Adicciones.

14. Presión social.

Fuente: Tabla constructa. MC Jerez Pacheco YZ. (23)

1. Cambio de grado académico: Este factor se da en los primeros semestres de la carrera de Medicina, ya que los alumnos se ven sometidos a un cambio de ambiente, de la escuela media superior a la superior, agregando a este factor la posibilidad de que el alumno sea transferido de una escuela de carácter privado a una pública, como en la mayoría de los casos puede suceder; llevando al mismo a un grado de estrés que puede concluir en la presencia de una depresión.
2. Factores genéticos: Después de muchos años de investigación se ha determinado que existen genes predisponentes a sufrir depresión, en casos como estos, la genética debe ser de línea directa.
3. Mudanza: Al haber menor cantidad de universidades que oferten la carrera de Medicina, muchos de los alumnos deben mudarse a otras ciudades o estados a fin de permanecer más cerca de las instalaciones estudiantiles y así ahorrar dinero y tiempo de traslado; este factor lleva al estudiante en muchos de los casos a vivir solo a compartir estancia con otros compañeros; mismo factor que se ha visto, puede desarrollar con mayor facilidad depresión.
4. Enfermedades de carácter médico: Como ya se explicaba en el DSM-V y en otras bibliografías, algunas enfermedades como el síndrome de Cushing, hipotiroidismo entre otras patologías puede desencadenar depresión.
5. Cambio en el tipo de alimentación: Este factor se ve aunado a muchos otros de los factores explicados en este apartado; el hecho de una distancia social a la cual estaba acostumbrado el alumno, puede marcar cambios significativos en el cómo actúe una vez entrando a la carrera; mismo factor puede modificarse por la presión propia de la universidad, la cual se ha visto, no deja tiempo necesario para una planeación y ejecución de comidas y colaciones, propias de una dieta balanceada y nutritiva.
6. Antecedente de depresión: Si el alumno ha curso previamente con este diagnóstico, la probabilidad de que vuelva a sufrir recaídas aumenta; manteniéndolo vulnerable y con la posibilidad de mal apego al tratamiento para la depresión o deserción de la carrera, y en los casos más drásticos, suicidio.

7. Nivel socioeconómico: El alumno recién ingresado a la facultad debe tomar en cuenta que la carrera de Medicina puede llegar a ser una de las carreras universitarias más cara que pueda ofertarse, misma que debe ser sustentada por el tutor o padres de familia, o en su defecto por el mismo estudiante, lo cual representa una preocupación extra. Este factor se aúna al de mudanza, lo cual aumenta el gasto familiar o personal.
8. Desestructuración familiar: Muchas de las familias a las cuales pertenecen los estudiantes pasan por diferentes problemas familiares, los cuales en la mayoría de los estudiantes no pueden pasar por alto; este hecho concierne y merma la salud mental del alumno.
9. Lejanía del círculo social habitual: Este factor tiene que ver igualmente con el de mudanza, pero aquí se refiere al hecho de que los horarios del estudiante de Medicina no van a permitir una procuración de las relaciones interpersonales que cree, dando pie al siguiente factor:
10. Aislamiento social: El alumno comienza a reducir su círculo social, comprendiendo en este: familia, amigos, conocidos, compañeros de la universidad; esto se da por falta de tiempo para el mismo y la absorción que hace la carrera en todos los aspectos de su vida.
11. Aumento de demanda académica: Conforme va pasando el tiempo dentro de la carrera de Medicina, el alumno debe estar preparado para las demandas académicas que se dan durante la misma, las cuales aumentan conforme escala de grado.
12. Cambio a ambiente hospitalario: Al final de la carrera, el estudiante afrontará el término de la vida académica y el inicio de Internado Rotatorio de Pregrado, dando pie al inicio de la vida en hospital, misma que también ha sido estudiada por un índice alto de depresión dentro del personal de salud.
13. Adicciones: Algunas de las sustancias adictivas, posterior a la ingesta y el efecto propio de cada una, puede deprimir el sistema nervioso central, esto hace que el alumno presente síntomas depresivos; otro factor respecto a adicciones es el hecho de que el alumno al padecer de esta patología busca un “refugio” en dichas sustancias, las cuales durante el efecto de la droga alivian la sintomatología depresiva, motivo por el cual se fomenta un círculo vicioso.

14. Presión social: La carrera de Medicina es una de las más competitivas a nivel mundial, el ambiente hospitalario, de investigación e incluso docente es de los más disputados; por ende, puede llevar al estudiante a un desajuste emocional, que, si no hay una intervención y apoyo oportuno, tiende a caer en depresión. (19)

1.1.7. Índices de suicidio en estudiantes de Medicina

Los estados depresivos pueden evolucionar en el tiempo y ser agravados por la permanencia de circunstancias desencadenantes; esto puede tener como resultado en el peor de los casos el suicidio del individuo.

El suicidio es la tercera causa de muerte de la población joven de entre los 15 y 25 años, esto puede deberse a un episodio depresivo previo no reconocido o inclusive la falta de tratamiento antidepresivo oportuno.

Dentro de la bibliografía encontramos autores quienes han aplicado diversos instrumentos para medir factores o síntomas que puedan conllevar a una ideación suicida o al suicidio, más no se encuentran datos específicos de los porcentajes tanto a nivel mundial como nacional del número de estudiantes que llegan a cometer suicidio realmente; la Revista Iberoamericana para la Investigación y Desarrollo Educativo en un volumen del año 2017, expone un artículo creado por colaboradores de la Universidad Veracruzana de México llamado “Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis”, en el cual expone todas las investigaciones que se habían hecho hasta la fecha a nivel mundial, dividiendo a los países en países desarrollados, en vías de desarrollo y Latinoamérica, en este último incluye a México (ver Figura 2).

Figura 2. “Prevalencia de la ideación suicida en países desarrollados”.

Autores	Año	País o ciudad del estudio	Número de estudiantes	Porcentaje de Ideación suicida	Otros valores estudiados
Coentre et al.	2016	Portugal	236	3.9 %	Depresión 6.1 %
Matheson et al.	2016	Canadá	381	15.6 %	Ansiedad 40 %
Gignon et al.	2015	Francia	255	10 %	Abuso de alcohol 25 %
Miletic et al.	2015	Bulgaria	1298	13.5 %	
Allrogen et al.	2014	Alemania	714	14.3 %	Intento suicida 1.3 %
Schwenk et al.	2010	Michigan EU	505	1.4-7.9 %	Depresión 14.3 %
Eskin et al.	2011	Austria	320	37.8 %	Intento suicida 2.2 %
Curran et al.	2009	Dublín, Irlanda	338	5.9 %	Depresión 13.9 %
Goebert et al	2009	Hawaii, EU	2000	6 %	Depresión 12 %
Dyrbie et al.	2008	Minnesota, EU	4287	11.2 %	
Martinac et al.	2003	Bosnia	200	9.16 %	Aumenta a 13.6 % en 6° año de Medicina
Tyssen et al.	2001	Noruega	527	43 %	Intento suicida 1.4 %

Tomada de Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. RIDE [Internet]. 14 de octubre de 2017 [citado 6 de septiembre de 2022];8(15):387-418.

En la Figura 2, se pueden tomar a 3 países desarrollados como indicadores yendo del menor porcentaje de intento suicida al mayor, Alemania en el 2014 manejaba una tasa del 14.3% de ideación suicida, pero la tasa de intento suicida se manejaba en un 1.3% de la población estudiada, Noruega en el 2001 mostraba un porcentaje de ideación suicida en su población de estudiantes del 43%, pero sólo el 1.4% de dicha población llegaba a tener un intento suicida, finalmente Austria en el 2011 aunque tuvo una tasa del 37.8% de población con ideación suicida, no tan alta como las de Alemania o Noruega, este país manejó el porcentaje más alto de intento suicida con un 2.2% de su población total, siendo la población estudiada la de menor número de estudiantes (ver Figura 3).

Figura 3. “Prevalencia de la ideación suicida en países en vías de desarrollo”.

Autores	Año	País o ciudad del estudio	Número de estudiantes	Porcentaje de Ideación suicida	Otros valores estudiados
Ahmed et al.	2016	Egipto	672	12.75 %	
Sobowale et al.	2014	China	348	7.5 %	Depresión 13.5 %
Osama et al.	2014	Pakistán	331	35.6 %	Intento suicida 4.8 %
Yang et al.	2014	China	10,297	16,52 %	Intento suicida 1.47 %
Amiri et al.	2013	Emiratos Arabes	115	17.5 %	Intento suicida 1.8 %
Fan et al.	2011	Singapur	345	12.4 %	
Van Niekerk et al.	2012	Sudáfrica	874	32.3 %	Intento suicida 6.9 %
Menezes et al.	2012	Nepal	206	10 %	
Eskin et al.	2011	Turquía	326	27.3 %	Intento suicida 6.4 %
Jeon et al.	2009	Corea del Sur	6986	34 %	
Liu et al.	2011	Beijing, China	1204	13.2 %	
Inam et al.	210	Arabia Saudita	340	11.4 %	Depresión 66.6 % mujeres, 44.4 % hombres

Tomado de Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. RIDE [Internet]. 14 de octubre de 2017 [citado 6 de septiembre de 2022];8(15):387-418.

En la Figura 3 se sitúan países en vías de desarrollo, de los cuales el porcentaje más alto de ideación suicida es en Pakistán con un 35.6%, no tan alto como en los países desarrollados; sin embargo, predomina un porcentaje alto respecto al intento de suicidio aumentando considerablemente, poniendo a Sudáfrica como uno de los países con mayor tasa de intentos suicidas, con un 6.9%, seguido de Turquía con 6.4% (ver Figura 4).

Figura 4. “Prevalencia de la ideación suicida en países de Latinoamérica (incluyendo México)”.

Autores	Año	País o ciudad del estudio	Número de estudiantes	Porcentaje de Ideación suicida	Otros valores estudiados
Barrios et al.	2015	Paraguay	91	7.8 %	Ansiedad 16.5 %, depresión 23 %
Cordero et al.	2009	Ecuador	89	23.6 %	
Pinzón et al.	2013	Colombia	963	15.7 %	Intento suicida 5 %
Sánchez et al.	2005	Colombia	197	17.75 %	Intento suicida 2.5 %
León et al.	2012	Perú	159	11.2 %	
Rodas et al.	2009	Perú	70	12.6 %	Ansiedad 27.8 %
Perales et al.	2003	Perú	1623	22.9 %	Intento suicida 4 %, depresión 29.6 %
Martínez et al.	2016	Puebla, México	63	12.69 %	Depresión 31.27 %
Reyes et al.	2017	Ciudad de México	479	5.6 %	Intento suicida 0.2 %, ansiedad 27.5 %
Vargas et al.	2015	Ciudad de México	981	8 %	

Tomado de Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. RIDE [Internet]. 14 de octubre de 2017 [citado 6 de septiembre de 2022];8(15):387-418.

En la Figura 4 donde se aborda la prevalencia en países de Latinoamérica en la cual se incluye nuestro país, se manejan solo 3 países en toda Latinoamérica que contabilizan, además de la ideación suicida, el intento suicida; el primero Colombia nos habla de una tasa media respecto a la ideación en 2 diferentes años, 2013 y 2015, con índices de intento suicida relativamente bajos; mientras, que Perú maneja un 22.9% en ideación y solo un 4% de la población llega a un intento; en lo que se atribuye a nuestro país, nos puesta una tasa baja de ideación suicida, un 5.6%, y una tasa aún más baja de intento suicida; del 0.2%, siendo esta, la más bajo de todas las tablas previamente explicadas. (4)

3.2. Antecedentes específicos

1.2.1. Investigaciones previas de depresión en alumnos de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Dentro de la bibliografía se encuentran algunos estudios realizados por estudiantes y académicos de la FMBUAP⁵³, los cuales sirven de antecedente para esta investigación.

“Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México”, 2016. En este estudio se toma en cuenta la prevalencia de síntomas depresivos en la población de la licenciatura que cursaban en ese año el octavo cuatrimestre, dando una población válida para el estudio de 63 estudiantes; obteniendo los siguientes resultados:

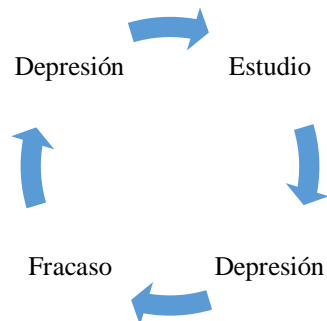
- El objetivo de la investigación fue identificar síntomas depresivos en la población universitaria.
- El 95.23% de la población refirió que por lo menos tuvo un síntoma depresivo en las últimas 2 semanas, ya descartando y aplicando el instrumento PHQ-9⁵⁴, se identifica que el 31.72% de dicha población podría tener un trastorno depresivo.
- Queda pendiente realizar una investigación en la cual se identifiquen los factores que detonan los síntomas depresivos, los cuales tienen una prevalencia alta en la población universitaria. Encontrando entre los más frecuentes: los sociales, familiares, afectivos, consumo de sustancia y violencia.
- Se identifica que el 44.44% de la población que sufre de dichos síntomas, no llega a la imposibilidad de realizar su vida diaria, sin embargo, les es muy difícil llevarla a cabo.
- Las dificultades para el cumplimiento de las responsabilidades académicas se dan con mayor frecuencia en estudiantes que presentan estadios más severos de depresión. Por lo tanto, la detección oportuna de dicha sintomatología ayudaría a un incremento del rendimiento escolar en los estudiantes.
- Se recaban porcentajes de síntomas en la población, los cuales son:
 - Sentirse cansado o tener poca energía: 22%.

⁵³ Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

⁵⁴ Patient Health Questionnaire, consta de 9 preguntas con las cuales se pueden identificar síntomas depresivos; dicha prueba es reconocida y aplicada a nivel mundial por su capacidad para identificar sintomatología grave en pacientes con Trastornos depresivos.

- Con problemas en dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado: 22%.
 - Tener poco apetito o comer en exceso: 16%.
 - Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico ver televisión: 10%.
 - Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de lo contrario, estar tan agitado o inquieto que se mueve mucho o más de lo acostumbrado: 8%.
 - Tener poco interés o placer en hacer las cosas: 8%.
 - Sentirse desanimado / deprimido / sin esperanza: 7%
 - Sentir falta de amor propio, que sea un fracaso o que decepcionará a su familia o a sí mismo: 4%.
 - Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que se haría daño de alguna manera: 3%.
- El hecho de que el 3% de la población estudiada refiera pensamiento de muerte o autodestrucción, es un indicativo de que se puede llevar a cabo labor de prevención y capacitación de personal para la prevención de este síntoma.
 - Se identifica perfectamente un círculo de retroalimentación negativa, que lleva a contribuir en el desarrollo y permanencia de la depresión (Figura 5):

Figura 5. “Círculo de retroalimentación negativa”.



Fuente: Figura constructa. Martínez Martínez M, Muñoz Zurita G, Rojas Valderrama K, Sánchez Hernández J. (12)

- Conservar la salud mental en el estudiante de medicina y futuro profesional en el área de la salud podría significar un gran avance que contribuya directamente en el bienestar social. (12)

“Prevalencia de depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en el periodo febrero-septiembre 2017”, 2017. En este estudio, el objetivo fue identificar la prevalencia de depresión a través del grado de severidad de los síntomas depresivos identificados por medio de la Escala K-10⁵⁵ en estudiantes de la FMBUAP durante el periodo de febrero a septiembre del 2017; se tomaron en cuenta alumnos con KARDEX vigente, inscritos en cualquier cuatrimestre de la carrera con edades entre 18 y 25 años; teniendo las siguientes conclusiones con una población de 500 alumnos:

- De la muestra total de 500 estudiantes, el 60.2% presentaron depresión.
- El 27.2% de la muestra.
- 191 estudiantes presentaron depresión de grado alto, esto equivale al 38.2%.
- Alumnos en primer cuatrimestre mostraron el porcentaje más alto de población en depresión con un 17.6%.
- En general, la prevalencia de depresión en estudiantes de la licenciatura de medicina de la BUAP es de 272 alumnos, equivaliendo a un 4.3%.
- La depresión es un padecimiento constante en la población estudiada, por ende, debe ser trabajado con médicos, profesores de la comunidad académica y padres de familia para una mejor comprensión, detección y tratamiento oportuno de los estudiantes con dicha patología. (24)

1.2.2. Índice de depresión en aspirantes a Servicio Social de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

En 2019, el Departamento de Orientación Educativa Universitaria comenzó una Investigación titulada “Depresión en estudiantes de Medicina para la prevención del suicidio” a cargo de la MC. Martha Isabel Celis Arellano y el MC. Jorge Chávez Leyva.

⁵⁵ Escala de Malestar Psicológico de Kessler 10, consiste en 10 preguntas sobre el malestar psicológico generado por síntomas de ansiedad y / o depresión.

Dentro de esta investigación se estudió la población de alumnos que habían culminado su Internado Rotatorio de Pregrado y que estaban por iniciar su Servicio Social, esto con el propósito de determinar el perfil de egreso.

Se utilizó una población de 458 alumnos de las generaciones 2004 a 2013, con un predominio de la generación 2011 con 342 alumnos. El instrumento utilizado fue el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger, el cual, aunque maneja como variable la ansiedad, se sabe que esta es un factor desencadenante para la depresión y a mayor grado de ansiedad, mayor probabilidad de depresión y a mayor depresión, mayor probabilidad de intento de suicidio.

Dicha muestra fue dividida en hombres y mujeres, por lo tanto, se tuvo una población de 255 mujeres y 198 hombres, excluyendo 5 con datos incompletos. De la muestra quedaron 448 personas, ya que se excluyeron 10 por falta de algún dato; dando como resultado los siguientes valores (Tabla 7):

Tabla 7. “Resultados de población evaluada en investigación del Departamento de Orientación Educativa Universitaria en 2019”.

Resultados de población evaluada en investigación del Departamento de Orientación Educativa Universitaria en 2019		
Sin variable de género	448 estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> • Normal – 32 estudiantes (7.14%). • Ansiedad aguda – 109 estudiantes (24.33%). • Depresión intermedia - 111 estudiantes (24.77%). • Depresión severa – 128 estudiantes (28.57%). • Depresión severa con tendencia suicida – 68 estudiantes (15.17%).
Con variable de género	Hombres (196 estudiantes) (44.19%)	<ul style="list-style-type: none"> • Normal – 15 estudiantes (7.65%). • Ansiedad aguda – 69 estudiantes (35.20%). • Depresión intermedia – 41 estudiantes (20.91%). • Depresión severa – 48 estudiantes (24.48%). • Depresión severa con tendencia suicida – 23 estudiantes (11.73%).

	<p style="text-align: center;">Mujeres (252 estudiantes) (56.91%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normal – 17 estudiantes (6.74%). • Ansiedad aguda – 40 estudiantes (15.87%). • Depresión intermedia – 70 estudiantes (27.7%). • Depresión severa – 80 estudiantes (31.74%). • Con tendencia suicida – 45 mujeres (17.85%).
--	---	--

Fuente: Tabla constructa. Celis Arellano MI, Chávez Leyva J. (25)

De dichos resultados, se concluye lo siguiente:

- El estado predominante en mujeres fue el de Depresión Severa con un total de 70 estudiantes, lo que equivale a un 31.4% de la población. Mientras que el rasgo predominante fue el Ansiedad Crónica con un total de 75 mujeres, equivalente a un 29.4% de la población.
 - El estado predominante en hombres fue el de Ansiedad Aguda, con un total de 68 estudiantes, lo equivalente a un 43.52% de la población. Y en el rasgo predominante se encuentra la Ansiedad Crónica con 59 estudiantes, equivalente a un 29.9% de la población.
 - Las cifras resultantes nos hablan de que los estudiantes de ambos géneros se encuentran más vulnerables de lo que se pensaba.
 - Respecto al porcentaje de Depresión Severa con tendencia suicida encontramos lo siguiente:
 - 25 estudiantes del género masculino la presentan, obteniendo un porcentaje del 11.7%.
 - 45 estudiantes del género femenino la presentan, obteniendo un porcentaje del 17.9%, siendo este género con mayor prevalencia.
 - Entre los estudiantes de ambos géneros se da una suma de 68 estudiantes (previamente dicho en la Tabla 7).
 - El resultado de 68 estudiantes da un porcentaje del 15.2% con tendencia suicida de la población en general, dicho porcentaje es el valor que atañe la importancia de cualquier propuesta de prevención de suicidio de la FMBUAP.
- (25)

1.2.3. Proyecto de Orientación Educativa Universitaria en la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

El proyecto de Orientación Educativa Universitaria surge en septiembre de 2006, bajo la dirección de la MC. Martha Isabel Celis Arellano; el objetivo general de este proyecto es en sí la esencia de la Orientación Educativa la cual se define como una práctica profesional que apoya a los estudiantes en su proceso de crecimiento y desarrollo mediante un conjunto de acciones que les permiten la estructuración de un proyecto de vida, aunado a sus 3 área: Biológica, Psicológica y Sociológica.

En dicho proyecto se planteó una estrategia de trabajo en la FMBUAP referida en programación, evaluación, seguimiento e investigación.

Respecto a la programación se desarrolla en 5 área de aplicación:

- Orientación Psicopedagógica.
- Orientación Psicosocial.
- Asesoría Psicológica.
- Asesoría Vocacional – Profesional.
- Detección y Canalización de Casos Específicos (Esta a nivel psicopedagógico y psicológico).

Se plantea el desarrollo de la siguiente manera (Tabla 8):

Tabla 8. “Evaluación de Orientación Educativa”.

Por generaciones	Se planifica para: 1. Investigación. 2. Manejo de expediente psicopedagógico del estudiante. 3. Hacer seguimiento por generación, grupal e individual.
Por grupos⁵⁶	Se planifica para: 1. Diagnosticar los problemas psicopedagógicos o psicosociales que existan. 2. Hacer una intervención programática de la Orientación Educativa Universitaria.
Individual	Se planifica para:

⁵⁶ Esta puede ser solicitada por los docentes, o el departamento puede ofertar servicios directamente a los estudiantes al interior de la Facultad.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico del estudiante.⁵⁷ 2. Asesoría psicológica de un estudiante por sugerencia del departamento y para su canalización al Departamento de Psiquiatría en caso de ser necesario.
--	---

Fuente: Tabla constructa. Celis Arellano MI. (26)

Referente al programa de la Orientación Psicopedagógica, se maneja de la siguiente manera:

- a) Aplicación de programas: Múltiples actividades para los estudiantes dentro de Orientación Educativa Universitaria.
- b) Contacto con Orientación Educativa Universitaria durante toda la carrera.
- c) Orientación Educativa Universitaria entra en el aula con los docentes que necesitan de un apoyo psicopedagógico para que los alumnos aprendan de la materia impartida de una mejor manera.
- d) Los docentes pueden solicitar apoyo del Orientación Educativa Universitaria cuando detectan alumnos con problemas, los cuales entorpecen el aprendizaje de la materia; además de apoyo en las áreas psicopedagógica, psicológica y psicosocial.

A continuación, se enumeran los diferentes programas de Orientación Educativa Universitaria de la FMBUAP para apoyo de los estudiantes de la Facultad (Tabla 9):

Tabla 9. “Programas de Orientación Educativa Universitaria en la FMBUAP”.

Orientación Psicopedagógica (Grupal e individual)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taller sobre Metodología del Estudio. 2. Taller sobre Preparación de Exámenes. 3. Taller sobre Lectura. 4. Taller sobre Mapas Mentales. 5. Taller sobre Metodología del Estudio y Preparación de Exámenes. 6. Taller sobre Aprendizaje Acelerado. 7. Taller sobre Habilidades del Pensamiento. 8. Taller sobre Habilidades y Destrezas Médicas.
Asesoría Psicológica (Individual)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones Destructivas en pareja, en familia y escolar (Cómo vivencia y/o adicción). 2. Autoestima (Baja autoestima y sobrestima). 3. Adaptación (Desadaptación escolar).

⁵⁷ Solicitado por el mismo.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Bienestar Psicológico (Inadecuado). 5. Motivación (Desmotivación escolar).
Orientación Psicosocial (Grupal e individual)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taller sobre Estrés. 2. Taller sobre Autoestima. 3. Taller sobre Toma de Decisiones. 4. Taller sobre Liderazgo.

Fuente: Tabla constructa. Celis Arellano MI. (26)

Respecto a los Proyectos de Investigación que maneja el Departamento de Orientación Educativa Universitaria de la FMBUAP, estos tienen como finalidades:

- Diagnóstico.
- Programación sobre las necesidades reales de los estudiantes en su experiencia educativa.
- Seguimiento y Evaluación permanente de procesos vigentes que necesiten retroalimentación.

Dichas investigaciones vigentes hasta antes de pandemia (2019) son:

1. Deserción Escolar.
2. Rendimiento Académico.
3. Permanencia Académica.
4. Adaptación Escolar.
5. Aprendizaje Escolar.

Estas investigaciones han sido vinculadas con otras Investigaciones Educativas Universitarias y otros Programas para un mejor desarrollo de dichas investigaciones, además de tener un mayor impacto dentro de la Facultad y la Universidad. (26)

4. Planteamiento del problema

Las cifras de depresión en el personal de salud son altas en comparación de las cifras en otras profesiones; es por ello por lo que la oportuna detección de depresión en alumnos próximos a la culminación de la etapa académica de la licenciatura de Medicina puede hacer un cambio en las cifras de depresión y suicidio de esta profesión, dando una mejor calidad de servicio a la población.

En la Facultad de Medicina de la BUAP, se ha demostrado una creciente inquietud por la población estudiantil; cada día se maneja con mayor visibilidad de síntomas depresivos; se aumenta el nivel de frustración de los alumnos inscritos haciendo más notoria la ansiedad en la cual viven, y esto se percibe directamente en el desempeño académico final y por consecuencia, en su desarrollo en un hospital donde realizarán su Internado Rotatorio de Pregrado.

Por lo anterior es importante saber:

¿Cuál es el índice de depresión en los alumnos de último semestre de la licenciatura en Medicina como medida preventiva y oportuna del suicidio?

5. Objetivos

5.1. Objetivo General

- Medir el índice de depresión en alumnos de último semestre de la licenciatura en Medicina de la BUAP en el periodo Primavera 2023 como prevención oportuna del suicidio.

5.2. Objetivos Específicos

- Identificar el número de estudiantes que se encuentra en último semestre de la licenciatura en Medicina.
- Determinar el número de estudiantes con depresión que se encuentra en último semestre de la licenciatura de Medicina.
- Medir el índice de depresión en al menos el 15% de la población en estudio.
- Determinar el nivel de depresión en dicha población.

6. Material y métodos

El diseño del estudio fue de tipo observacional; ya que no se intervino experimentalmente en la población si no que la información recaudada fue basada en lo que se observa de la población que se decidió estudiar.

Se realizó una revisión bibliográfica referente a los índices de depresión en poblaciones estudiantiles, y más en específico en la población que estudia en el área de la salud; posterior a un barrido de información se determinó el método de medición de depresión en dicha población, el cual fue el IDARE, es decir Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado creado en 1975 por Spielberger, el cual aunque utiliza los parámetros de ansiedad baja, media y alta para la clasificación del estado de los individuos; dichos parámetros, pueden ser nombrados de igual manera como ansiedad aguda, depresión intermedia y depresión severa respectivamente, ya que estos pueden hacer un recorrido ascendente y llegar a depresión severa con tendencia suicida.

La población estudiada son alumnos que cursan el último semestre de la licenciatura de medicina de la BUAP, actualmente inscritos en el periodo primavera 2023 de la materia de cirugía por será la población próxima a la culminación de la formación académica de dicho programa académico.

Dicha población fue de 355 alumnos, de los cuales se recibieron un total de 213 encuestas; tras la aplicación de los criterios de inclusión: alumnos que se encontraron cursando el periodo primavera 2023, inscritos en la materia de Cirugía de la licenciatura de medicina de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Se eliminaron a los estudiantes que no contestaron adecuadamente el cuestionario y cuya no sea concluyente los cuales fueron 17.

El diseño fue de tipo no probabilístico y el tipo de muestreo fue convencional o conveniente.

El tamaño de la muestra fue de 196 estudiantes que cursan actualmente la materia de Cirugía, cuya ubicación es en los últimos 2 semestres de la carrera y al menos el 15% de la población de alumnos de la licenciatura en Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla que cursan actualmente el último semestre de la carrera.

Se recolectaron los datos con base en el instrumento IDARE.

Para calificar se conoció el puntaje alcanzado en cada ítem. Se utilizó la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad y otras de manera inversa. Se utilizó posteriormente una fórmula en el formato Excel, cuyo resultado final permitió ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta. Este proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 puntos.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizó la siguiente fórmula (Figura 6):

Figura 6. "Fórmula IDARE".

Ansiedad-estado:

$$\sum RP - \sum RN + 50 = AE$$

$$\sum RP - \sum RN + 35 = AR$$

RP-Reactivos positivos

RN-Ractivos negativos

Tomado de: Spielberger, 1975.

Las constantes que se suman en ambas fórmulas (50 y 35) se obtienen al multiplicar el número total de reactivos inversos en cada escala por cinco. A través de esta constante se revierte automáticamente el peso de las respuestas para cada reactivo. Una vez obtenida la puntuación requerida se lleva a la siguiente escala de nivel de ansiedad:

- Baja (menos de 30 puntos).
- Media (30-44 puntos).
- Alta (más de 44 puntos). (27)

Cabe mencionar que estos niveles obtenidos de nivel de ansiedad baja, media o alta dan un determinante importante para que la población estudiada, entre mayor sea el puntaje, mayor es la predisposición para padecer depresión.

Posterior para la interpretación diagnóstica se tomarán los siguientes parámetros (Tabla 11):

Tabla 10: “Interpretación diagnóstica IDARE”.

Interpretación Diagnóstica IDARE		
Estado		
Depresión	Muy alto	Depresión severa con tendencia suicida
	Alto	Depresión
Ansiedad / Depresión	Promedio	Ansiedad y depresión leve
Ansiedad	Bajo	Ansiedad aguda con tendencia depresiva
	Muy bajo	Normal
Rasgo		
Depresión	Muy alto	Depresión crónica con tendencia suicida
	Alto	Depresión crónica
Ansiedad	Promedio	Ansiedad crónica con tendencia depresiva
	Bajo	Ansiedad y depresión aguda
	Muy bajo	Normal

Tabla 10. Tabla constructa. Celis Arellano MI, Chávez Leyva J. y Spielberger. (25)(27)

Para el procedimiento, se solicitó al Dr. Gerardo Omar Zurita Rivera, coordinador de la Academia de Cirugía permiso para la aplicación virtual del instrumento, creando el cuestionario IDARE en una plataforma virtual para su respuesta sin necesidad de intervención física con los estudiantes.

Cabe destacar que dicha plataforma virtual cumplió con todos los lineamientos del Aviso Integral de Privacidad para Encuestas en Línea de la FACMED de la BUAP, publicado el 29 de marzo de 2022.

El coordinador hizo llegar la prueba por medios virtuales a todos los profesores de la Academia, los cuales dieron a conocer el enlace de la prueba a sus estudiantes para su respuesta, cabe aclarar que ninguno estudiante fue forzado a contestar la encuesta, la participación fue voluntaria en todo momento.

En un total de 72hrs se dejó abierto el link de la prueba para que los estudiantes dieran respuesta, posterior a ello, se procesó la información, sacando resultados y determinando conclusiones.

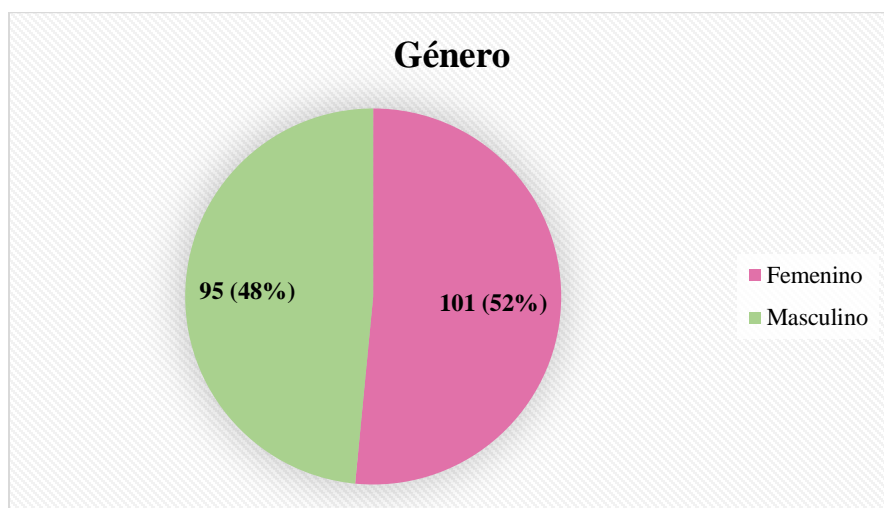
Una vez recolectados los datos en tabla de Excel, se procesó la información mediante las fórmulas previamente indicadas obteniendo datos los cuales fueron expuestos en porcentajes, aplicando medidas de tendencia central, como media, moda y mediana y se presentaron graficas de barra y pastel.

7. Resultados

Acorde a la Coordinación de Medicina de la FMBUAP, el número de estudiantes aplicantes para Internado Rotatorio de Pregrado para julio 2023 – junio 2024 es de 356 alumnos, por lo tanto, se obtuvo una muestra mayor de la que se esperaba, la cual radicaba dentro del 15% de la población de último semestre, próxima a egreso. Se evaluó el 55.05% (196 alumnos) de la población próxima a egreso.

A continuación, se describen los resultados encontrados:

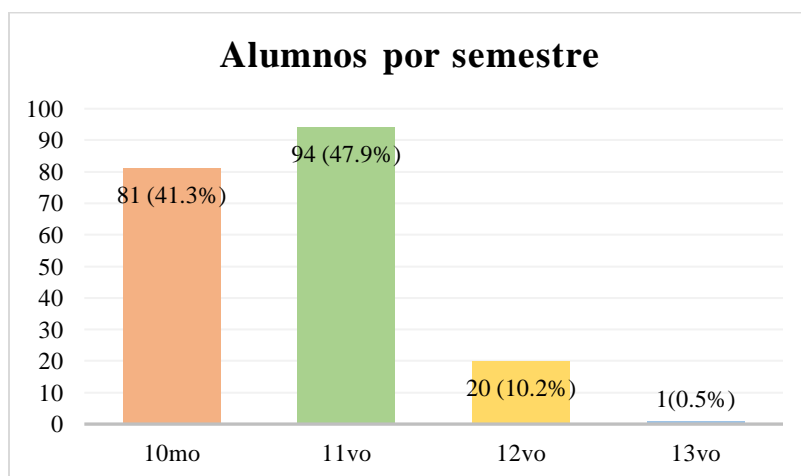
Gráfica 1. Género.



Fuente: Creación propia.

De la Gráfica 1 se contabiliza cuantos alumnos son del género femenino y cuantos, del género masculino, dando un total del 52% de mujeres (101 alumnas) y el 48% restante de hombres (95 alumnos), con predominancia del grupo femenino en la población estudiada, coincidiendo con la tendencia de ingreso de estudiantes siendo mayor la de mujeres que la de hombres.

Gráfica 2. Alumnos por semestre.



Fuente: Creación propia.

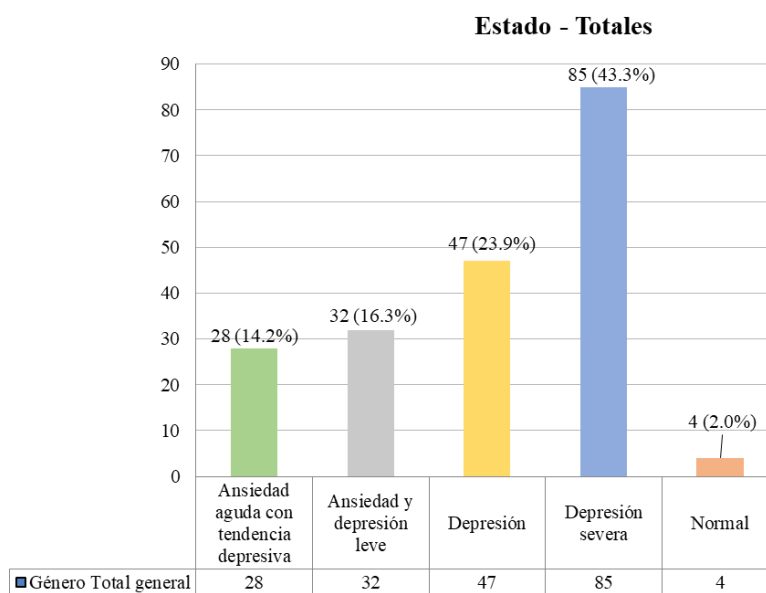
Dentro de la carrera de medicina de la FMBUAP se toma en cuenta que todos los alumnos puedan egresar de la etapa académica dentro de un rango de 5 hasta 6 años, dicho tiempo expande el número de semestres que se pueden cursar, siendo el 5to año el 10mo semestre hasta el 12avo semestre a los 6 años; dentro de esta investigación se encontraron 4 semestres predominantes, 10mo, 11vo, 12avo y 13avo; la Gráfica 2 expresa. que el semestre con mayor número de estudiantes es el 11vo, el cual representa el 47.9% de la muestra, con un total de 94 estudiantes de 196; en segundo lugar, los alumnos que cursan 10mo semestre con un porcentaje del 41.3%, en total 81 estudiantes, y con menor porcentaje, el 12vo semestre con 10.2%, representando 20 estudiantes, solo se encontró un estudiante que cursaba más allá del 12avo semestre (0.5%).

Resultados basados en el Estado o Rasgo, la comparativa entre ellos y la división por géneros

Recordemos que la prueba IDARE cumple con la identificación de 2 condiciones en la persona que se aplica. La primera es el “Estado”, siendo este descrito como la expresión actual de la ansiedad o depresión en el momento de la aplicación del instrumento. La segunda es el “Rasgo”, la cual se describe como la expresión general de la ansiedad o depresión, cualquiera que sea el caso, siendo esta basta para diagnosticar si existe una cronicidad en la manifestación clínica del individuo.

Se describen los resultados encontrados tanto en Estado, como en Rasgo:

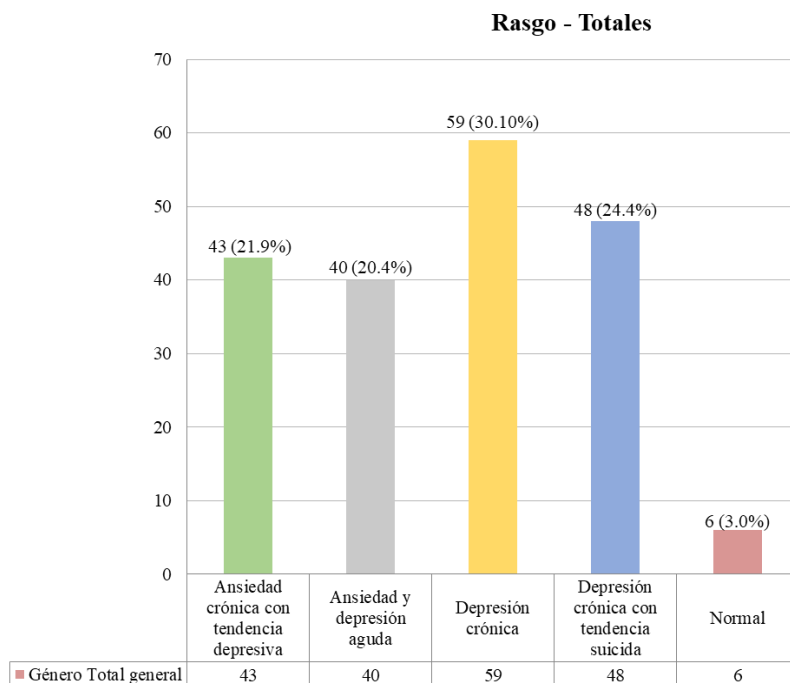
Gráfica 3. Estado – Totales.



Fuente: Creación propia.

En la Gráfica 3, se observa que el Estado predominante de los alumnos es de Depresión severa con un total del 43.3% de la población estudiada (85 alumnos), seguido por Depresión con el 23.9% (47 alumnos), posterior el estado de Ansiedad y depresión leve con 16.3% (32 alumnos), seguido de Ansiedad aguda con tendencia depresiva con el 14.2% de la población (28 alumnos) y finalmente el estado Normal con un total de 2% (4 alumnos).

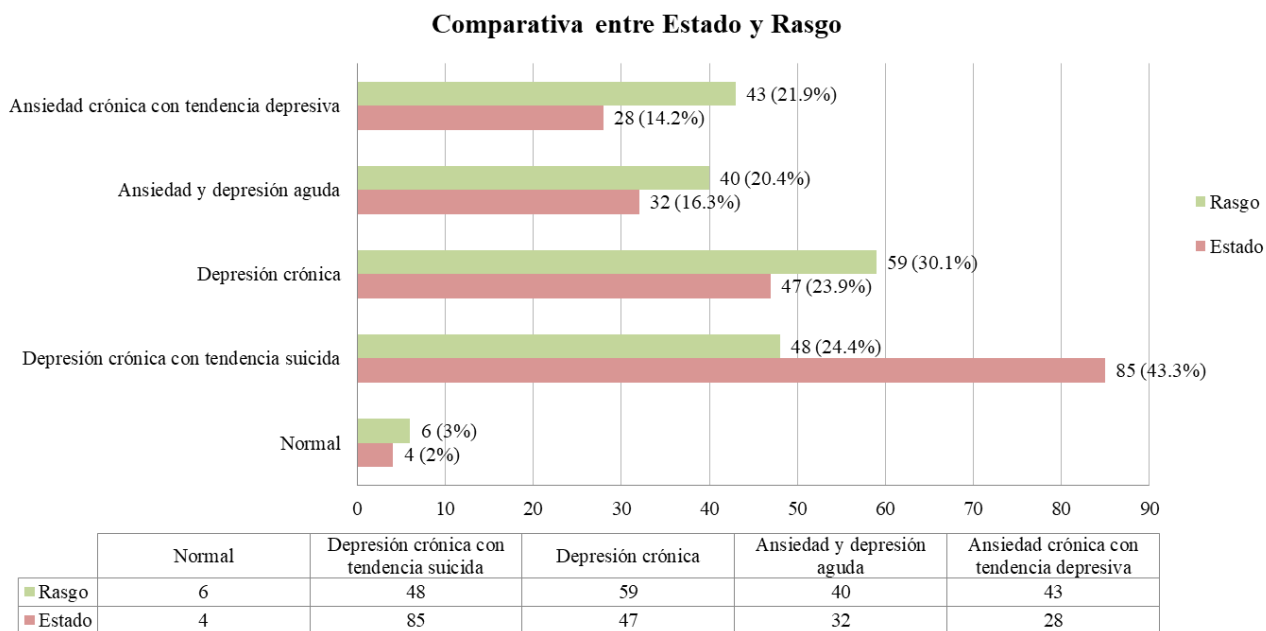
Gráfica 4. Rasgo – Totales.



Fuente: Creación propia.

En la Gráfica 4, se observa que el Rasgo predominante es de Depresión crónica con un total del 30.10% de la población (59 alumnos), seguido Depresión crónica con tendencia suicida con el 24.4% (48 alumnos), posterior Ansiedad crónica con tendencia depresiva con 21.9% (43 alumnos), seguido Ansiedad y depresión aguda, con el 20.4% de la población (40 alumnos) y finalmente el rasgo Normal con un total de 3% (6 alumnos).

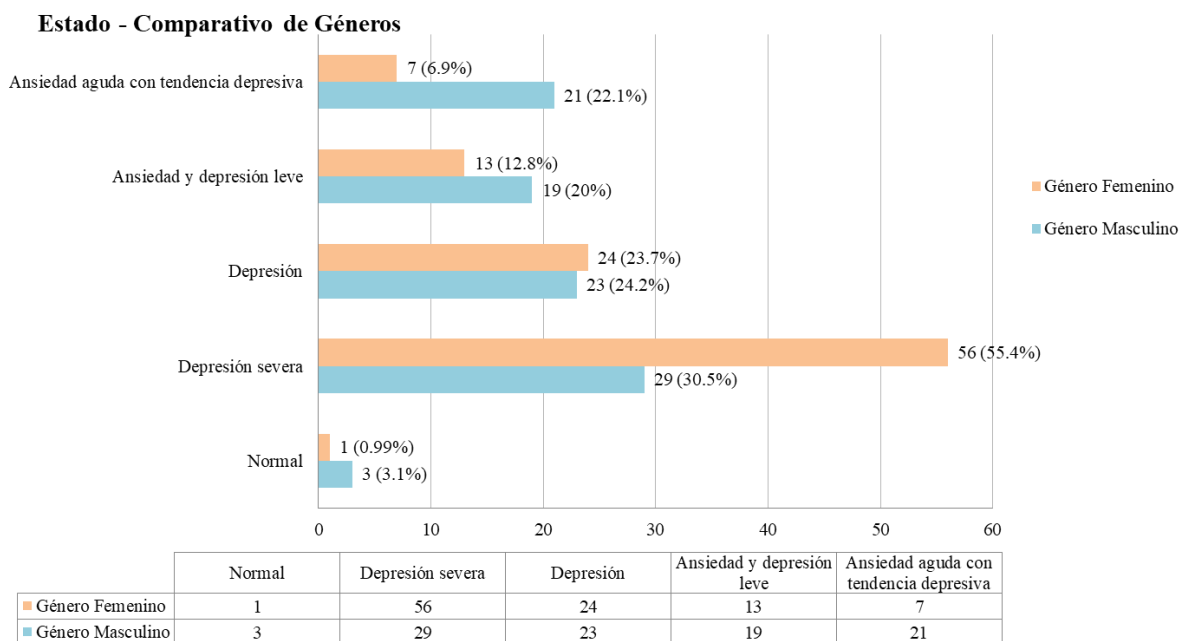
Grafica 5. Comparativa entre Estado y Rasgo.



Fuente: Creación propia.

Al observar la Gráfica 5, se determina que el estado predominante es el de Depresión crónica con tendencia suicida con el 43.3% (85 alumnos), de los cuales 48 alumnos concuerdan con el rasgo obtenido (24.4%). En segundo lugar, el rasgo que predomina es el de Depresión crónica con un total del 30.1% (59 alumnos), de los cuales, 47 alumnos concuerdan con el estado obtenido (23.9%).

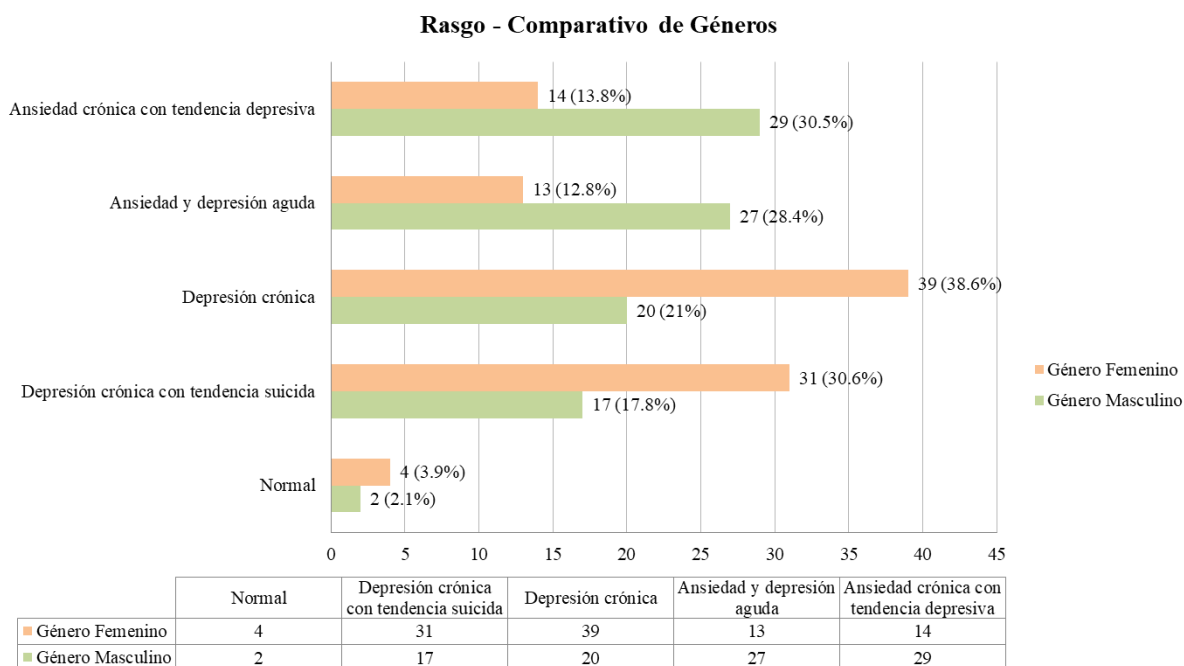
Gráfica 6. Estado – Comparativo de Géneros.



Fuente: Creación propia.

En la Gráfica 6, tenemos el comparativo de género en el Estado, en el cual el género femenino predomina en Depresión severa con el 55.4% (56 alumnas) y en Depresión con el 23.7% (24 alumnas), mientras que en los hombres se encuentra Ansiedad aguda con tendencia depresiva con el 22.1% (21 alumnos) y Ansiedad y depresión leve con el 20% (19 alumnos), también se observa que respecto a estado normal, es mayor el porcentaje en género masculino con 3.1% (3 alumnos), que en mujeres con el 0.99% (1 alumna), queriendo decir que la población con mayor normalidad puede darse en el género masculino 3 a 1 con el género femenino.

Gráfica 7. Rasgo – Comparativo de Géneros.



Fuente: Creación propia.

En la Gráfica 7 se observa la comparativa entre géneros en Rasgo, siendo el mayor porcentaje de Depresión crónica en mujeres con el 38.6% (39 alumnas), seguida de Depresión con tendencia suicida con el 30.6% (31 alumnas). En cambio, el rasgo predominante en hombres es Ansiedad leve con tendencia depresiva con el 30.5% (29 alumnos), seguido de Ansiedad y depresión aguda con el 28.4% (27 alumnos). Dentro del rasgo se menciona que la población con predominancia Normal es inversa al de Estado, siendo en este el 3.9% de mujeres (4 alumnas) y el 2.1% en hombres (2 alumnos).

8. Discusión

Los resultados de investigaciones previas, a nivel internacional sobre la depresión en estudiantes de Medicina muestran por ejemplo Malasia 35%, Trinidad y Tobago 40%, Pakistán 52%, Reino Unido 67%, Estados Unidos 25% y México en una investigación a nivel nacional encontró 8.76%; en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, alumnos que cursaron el último semestre de sus estudios, el porcentaje obtenido es del 43.3%, se asemeja a los encontrados en otras partes del mundo, pero que es mucho mayor al nacional mexicano.

Comparando los resultados obtenidos sobre la depresión en la Universidad Miguel Hernández en España, se encontró el 60 al 69% de su población estudiada, y en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2 investigaciones previas encuentran porcentajes del 31.72% en el 2016 y el 60.2% (esta última investigación con un resultado extra de 38.2% con depresión de alto grado), en 2017. En la facultad de medicina de la Universidad Popular del Estado de Puebla encontraron que el 66.67% cursaba con depresión en 2021; lo que demuestra que los porcentajes de depresión encontrados en la investigación actual, del 43.3% no son alejados de los porcentajes con lo obtenido actualmente.

Las universidades del norte de México manejan dentro sus investigaciones un 80% de depresión en su población, dicho valor casi duplica el doble de esta investigación; a la inversa de las Universidades Peruanas las cuales marcan una cifra total del 13%, dicho valor es completamente inferior al encontrado en la población estudiada.

En relación a la incidencia de depresión por género, la Universidad Miguel Hernández en España, marcó que en el género femenino hay una incidencia del 68.1%, mientras que en la Universidad del Estado de Falcón en Venezuela, se encuentra el 47% y en la Facultad de Medicina de la UNAM la incidencia es de 23% en el mismo género; en esta investigación encontramos una incidencia del 55.4% de la población en género femenino con depresión; lo que nos presenta que el género femenino prevalece el mayormente afectado.

En el estudio más reciente realizado por el Departamento de Orientación Educativa Universitaria Celis Chávez en 2019, utilizando el mismo instrumento de diagnóstico que esta investigación (IDARE) en alumnos aspirantes a Servicio Social.

La distribución encontrada en esta investigación en relación al género encuentra cierta homogeneidad, discretamente mayor en el género femenino con el 52% de la población y dentro de los semestres predominantes, el 11vo curso con el mayor porcentaje; y el 47% para el género masculino.

El instrumento aplicado permitió estudiar la condición del estado de salud mental de los alumnos en dos aspectos, ya descritos previamente, Estado (expresión actual de la ansiedad o depresión) con rangos desde el más leve como ansiedad hasta el estado de depresión severa donde en la predominancia se encuentra una tendencia del 43.3% de la población total tiende a depresión severa; y respecto al Rasgo (expresión general de la ansiedad o depresión marcando una cronicidad), el 30.10% de la población se encuentra en una depresión crónica; y el 24.4% cursa con una depresión crónica ya con una tendencia suicida, dando como dato de alarma una tasa alta de estudiantes que pueden llegar a cometer suicidio en algún punto ante un fenómeno detonador en el estado.

En la distribución dentro del Estado, en ambos géneros presentan una depresión crónica con predominio en el género femenino el 55.4% y en el género masculino el 30.5%-

Dentro del Rasgo por género, la preponderancia en ambos, la depresión crónica, donde las mujeres se encuentran encabezando con un 38.6% y los hombres con un 21%, las mujeres presentan mayor incidencia de depresiva con tendencia suicida con un 30.6% de su población mientras que en los hombres el mayor índice se encuentra en la ansiedad crónica con tendencia depresiva con el 30.5%.

Comparando los resultados previos de la investigación de Orientación Educativa del 2019, había una tendencia a una depresión severa, actualmente la población se encuentra en una Depresión crónica severa, siendo un total del 43.3%.

En el género masculino la población previa se encontraba en ansiedad aguda a diferencia de la actual en la que predomina depresión y ansiedad crónica, siendo un 30.5%. En el género femenino la población permanece en ambos momentos con depresión severa, siguiendo la depresión severa con tendencia suicida y actualmente la depresión crónica seguida de depresión crónica con tendencia suicida, Siendo del 55.4 % de depresión crónica.

Concentrado la información de ambas investigaciones; en los resultados del 2019, se tiene un porcentaje de alumnos del 7.14% en un rango de normalidad; actualmente solo el 4% de la población incide en rango de normalidad; en conclusión existe un aumento de aproximadamente el 3% de alumnos con problemas de salud mental en 3 años de diferencia.

9. Conclusiones

Se concluye que actualmente se encuentra un porcentaje de Depresión severa, más alto de lo que se ha visto en poblaciones e investigaciones previas; inclusive compitiendo con porcentajes de investigaciones internacionales; y que, dentro de los resultados generales podemos observar que la tendencia es hacia una Depresión crónica aumentando el nivel de severidad, e incluso llegando a una tendencia suicida en un porcentaje alto de la población, lo cual debe ser considerado como una preocupación.

Además, cabe mencionar que el género femenino encabeza la tendencia suicida dentro de la Licenciatura en Medicina.

Por lo anterior, se busca fomentar una cultura de la salud mental dentro de la FMBUAP con el fortalecimiento de programas para los alumnos; tomando en cuenta programas implementados a lo largo de la formación de esta Facultad, los cuales tienen el propósito de concientizar el estado que propicia el riesgo de manifestaciones ansiosas y depresivas debido a la carga académica y otros factores durante la carrera, la cual se hace extenuante en el último semestre de la carrera, esto por las múltiples tareas, cursos y preparaciones para realizar el Internado Rotatorio de Pregrado, lo que somete a los estudiantes a una eclosión de sus estados emocionales. Poniendo en evidencia que se requiere continuar con los trabajos de desarrollo de adaptación de los estudiantes hacia su realidad profesional esperada.

El objetivo fue alcanzado, se midió el índice de depresión en alumnos de último semestre de la licenciatura en Medicina de la BUAP en el periodo de Primavera 2023.

La búsqueda de una salud mental en el profesional médico debe ser una prioridad y fortaleza para asegurar el buen trato hacia el paciente dentro de su proceso de enfermedad. Siendo dicho profesional responsable del él mismo ante la población que decide atender y sanar.

10. Bibliografía

1. Integrantes del Comité. Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Boletín de Información Clínica Terapéutica. 2017;60(5):53-55.
2. Calderón M, Cortés A, Durán E, Martínez T, Ramírez L, Garavito C. Depresión: Recorrido histórico y conceptual. Universidad Piloto de Colombia. 2012: 1-12.
3. Corea del Cid M. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Hondureña. 2021;89(1):46-52.
4. Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. RIDE [Internet]. 14 de octubre de 2017 [citado 6 de septiembre de 2022];8(15):387-418.
5. Nicolini H. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia por COVID-19. Cirugía y Cirujanos. 2020;88(5):542-547.
6. González-Jaimes N, Tejeda-Alcántara A, Espinosa-Méndez C, Ontiveros-Hernández Z. Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. 2020.
7. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental DSM-IV. Latinoamerica: Asociación Americana de Psiquiatría; 2005.
8. CIE-10 Guía para la aplicación y la transición, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
9. CIE-11 Guía para la aplicación y la transición, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
10. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental DSM-V. Latinoamerica: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
11. Fouilloux Morales C, Barragán Pérez V, Ortiz León S, Jaimes Medrano A, Urrutia Aguilar M, Guevara Guzmán R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. Salud Mental. 2013;36(1):59-65.

12. Martínez Martínez M, Muñoz Zurita G, Rojas Valderrama K, Sánchez Hernández J. Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México. *Atención Familiar*. 2016;23(4):45-49.
13. Artiles Pérez R, López Chamón S. Síntomas somáticos de la depresión. *SEMERGEN*. 2009;35(1):59-62.
14. Guerrero López JB, Heinze Martin G, Ortiz de León S, Cortés Morelos J, Barragán Pérez V, Flores-Ramon M. Factores que predicen depresión en estudiantes de Medicina. *Gaceta Médica de México*. México 2013; 149:598-604.
15. Prevalencia de depresión y/o ansiedad en estudiantes de la Licenciatura de Medicina de ingreso y egreso y como incide en el rendimiento académico durante la modalidad virtual causada por la pandemia COVID-19. Congreso Nacional de Investigación Educativa. Chihuahua, México: Zamora Robles WE, Barrio Echavarría GF; 2021. p. 1-12.
16. Páez Cala M, Peña Agudelo F. Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 2018;18(2):339-351.
17. Amezquita Medina M, González Pérez R, Zuluaga Mejía D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2003;32(4):341-356.
18. Valero, N; Vélez, M; Durán, A; Portillo, M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería Investiga*. 2020;5(3):63-70.
19. Gutiérrez Pastor I, Quesada Rico J, Gutiérrez Pastor A, Nouni García R, Carratalá Munuera M. Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Revista Española de Educación Médica*. 2021;2(2):21-31.
20. Calzolaio Cristóforo, Antonina, Tortolero Low, Leonardo José. Depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, estado Falcón, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)* [Internet]. 2011;XVII(2):329-340. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28022757012>.

21. Vargas M, Talledo-Ulfe L, Heredia P, Quisque-Colquepisco S, R. Mejía C. Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2018;47(1):32-36.
22. Jiménez B, Díaz T, Ulloa A. Depresión y ansiedad durante la pandemia actual, en estudiantes UPAEP Medicina. *Revista de Extensión Científica en Salud UPAEP*.
23. MC Jerez Pacheco YZ. Ansiedad, depresión, burnout y trastornos de la personalidad en estudiantes del área de la salud. Tesis magistral. Pachuca de Soto, Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2019.
24. Camacho Ramírez DI, Prevalencia de depresión en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en el periodo febrero-septiembre 2017. Tesis profesional. Puebla, México. Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Octubre 2018.
25. Celis Arellano MI, Chávez Leyva J. Depresión en estudiantes de Medicina para la prevención del suicidio. Proyecto de Investigación. Puebla, México. Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Septiembre 11, 2019.
26. Celis Arellano MI. Orientación Educativa Universitaria. Proyecto de Investigación. Puebla, México. Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2006.
27. Spielberger. *Inventario de Ansiedad, Rasgo y Estado*. 1975.
28. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. Hong Kong. 1989.
29. Carvajalino Florez DA, Quintana Coronado LM, Luna Tarazona MC. Prevalencia de depresión en estudiantes Universitario. Bucaramanga, Colombia. Facultad Cooperativa de Colombia. 2017.
30. Jiménez Gómez B. *Manual de gestión emocional para médicos y profesionales de la salud*. 1st ed. Bilbao: Descleé De Brouwer; 2020.

31. Navío Acosta M, Pérez Sola V. Libro Depresión y Suicidio. 1st ed. Madrid, España: Wecare-U; 2020.
32. Santa-Cruz Arévalo, Johanna Elena, Seminario Sanz, Roberto Simón, Apaza P., Cynthia M, Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. Revista Venezolana de Gerencia [Internet]. 2020;25(90):402-413. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022>.
33. Prieto Molinari D, Aguirre Bravo G, De Pierola I, Victoria-De Bona G, Merea Silva L, Lazarte Núñez C et al. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. Liberabit: Revista Peruana de Psicología. 2020;26(2): e425.
34. Turel Belismeris G, Gaitán Rossi P, Leyva Parra G, Pérez Hernández VH. Depresión en México en tiempos de pandemia. Coyuntura Demográfica. 2021; 19:63-69.
35. González Velázquez L. Estrés académico en estudiantes universitarios asociados a la pandemia por Covid-19. Espacio I+D, Innovación más desarrollo. 2020;19(25):158-179.
36. Heinze Martin G, Camacho Segura P. Guía Clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. México; 2010.
37. DSM 5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2014;52(1): S1-S66.
38. Nogales Imaca A, Rodríguez Juárez H, Cortés Meda GM, Cabrera Abud II, Esperón Vargas C, Lohman Alamilla K, Peñaloza Torres EC. Guía Clínica: Depresión en niños y adolescentes. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. México. 2009.
39. Capítulo 15: Tratamiento farmacológico de trastornos de depresión y ansiedad. O’Donell JM, Bies RR, Shelton RC, James M. Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica, 13e. McGraw Hill. 2021.
40. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Departamento de Biología Celular y Fisiología, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM. México.

11. Anexos

11.1. Definiciones operacionales

Se obtuvo el número total de los estudiantes; se aplicó la prueba IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) la cual es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, creada en 1975.

11.2. Definiciones conceptuales

El índice de depresión se refiere al porcentaje de depresión encontrado en una determinada población, en la cual se infiere o supone que ha cambiado este porcentaje en periodos diferentes de tiempo.

11.3. Formato de captura de datos

Tabla de Excel con el vaciado de información.

11.4. Instrumento de IDARE

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el cual es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, creada en 1975; es un instrumento de autoaplicación que consta de un total de cuarenta expresiones que las personas usan para describirse, veinte preguntas miden la ansiedad como Estado (cómo se siente ahora mismo) y veinte, la ansiedad como Rasgo (cómo se siente generalmente), donde el encuestado debe marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimenta el contenido de cada ítem.

Una vez obtenidos los resultados, se aplica la siguiente escala, la cual agrupa el nivel de ansiedad que presente el paciente en:

- Baja (menos de 30 puntos)
- Media (30-44 puntos)
- Alta (más de 44 puntos)

Dentro de los parámetros de ansiedad baja, media y alta con los cuales son agrupados los resultados, estos también pueden ser catalogados como ansiedad aguda, depresión intermedia y depresión severa respectivamente, ya que estos parámetros pueden hacer un recorrido ascendente y llegar a depresión severa con tendencia suicida.

Es por ello por lo que este instrumento hace una valoración de estudiantes incluso no diagnosticados con algún trastorno depresivo, pero si con rasgos de ansiedad latentes que puede progresar a un estado depresivo y culminar en un intento suicida. (27)

Figura 7. "IDARE- Estado".

IDARE

Nombre _____ Edad _____
 Estado civil _____ Sexo _____
 Escolaridad _____ Ocupación: _____

Gracias por responder, los resultados de las preguntas son confidenciales-

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mi mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

Tomado de: Spielberger, 1975.

Figura 8. "IDARE- Rasgo".

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente generalmente, habitualmente.

No	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
21	Me siento mal				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	M siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mi mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado				

Tomado de: Spielberger, 1975.