

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

“COMPARACIÓN ENTRE EL TEST DE HAMILTON Y BECK PARA DETERMINAR MAYOR EFICACIA DIAGNÓSTICA DE DEPRESIÓN, APLICADO A ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MÓDULO 10 EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014”

Tesis de grado, previa a la obtención del Título de Médico General

AUTOR:

Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

DIRECTOR:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc

Loja - Ecuador

2015



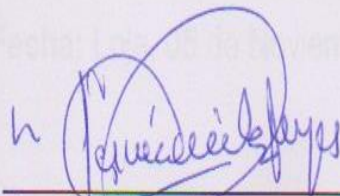
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: **“Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnostica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja módulo 10 en el periodo febrero – julio del 2014”**, de autoría de la Srta. Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas, estudiante de la carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de Médico General. Ha sido dirigida y revisada en su integridad, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación; por lo que se autoriza su publicación.

Loja, 05 de Noviembre del 2015



Dr. Germán Vélez Reyes, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas, egresada de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Firma:

Cédula: 1105040784

Fecha: Loja, 05 de Noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas**, declaro ser autora de la Tesis titulada: **“Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja módulo 10 en el periodo febrero – julio del 2014.** Como requisito para optar al Grado de: **MÉDICO GENERAL** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cinco días del mes de Noviembre del dos mil quince.

FIRMA:.....

AUTOR: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

CÉDULA: 1105040784

DIRECCIÓN Francisco de Miranda y Salvador Ayende

CORREO ELECTRÓNICO: anabeth_118@yahoo.es

TELÉFONO: 3041772

CELULAR: 0985366727

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

Dr. Luis Vicente Minga Ortega, Mg. Sc.

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A mis padres y hermano por su apoyo incondicional, guiándome y motivándome en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi familia por la paciencia, comprensión y motivación, a mi Director de tesis Dr. Germán Vélez, a la Universidad y docentes que impartieron con dedicación sus conocimientos ayudándome a adquirir un buen desarrollo personal y profesional.

a. TÍTULO

“COMPARACIÓN ENTRE EL TEST DE HAMILTON Y BECK PARA DETERMINAR MAYOR EFICACIA DIAGNÓSTICA DE DEPRESIÓN, APLICADO A ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MÓDULO 10 EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014”.

b. RESUMEN

El presente trabajo investigativo pretende determinar la existencia de depresión, identificar entre el test de Hamilton y Beck el que tiene mayor eficacia diagnóstica de depresión y conocer la distribución de la patología según factores sociodemográficos en los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de medicina humana, es un estudio de tipo transversal realizado a 180 estudiantes de la Universidad Nacional de Loja seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia que colaboraron tanto en la entrevista como en la aplicación de los cuestionarios autoaplicables de 21 y de 17 preguntas cada uno (test Hamilton –Beck), el software estadístico SPSS versión 21 se utilizó para el análisis. Se encontró un 36 % (64 alumnos) con depresión al comparar los test estudiados (Hamilton-Beck) con el Gold estándar (MADRS), El test de Hamilton con una sensibilidad de 92%, especificidad de 74%, área bajo la curva de 0.59 presento mayor eficacia diagnostica de depresión frente al test de Beck que no presento un valor discriminante en la curva Roc siendo del 0.26 con sensibilidad de 72% y especificidad del 91%. Con el test de Hamilton obtuvimos el 51% (92 alumnos) con depresión, identificándose mayor relación con el género femenino en un 30%, menores de 24 años con el 43%, solteros siendo del 49%, nivel socioeconómico medio en un 49% y del 38% en los alumnos que no migraron. Por lo tanto los estudiantes universitarios presentaron depresión, siendo el test con mayor eficacia diagnostica el test de Hamilton.

Palabras clave: Hamilton, Beck, depresión, estudiantes.

ABSTRACT

This research project has as an objective to determine the presence of depression and determine which test is the most effective in diagnoses Hamilton or Beck test. Another objective is to know distribution pathology disease according to socio-demographic factors among medical students, this is a cross-sectional study made to 180 students from the “Universidad Nacional de Loja”, it was selected by no probabilistic random, they answered to two auto-applicable questionnaires of 21 and the other one of 17 questions (Beck-Hamilton test), and also to know factors associated with economic and social context, data statistic were analyzed by statist software SPSS₂₁. Finding that 36% were depressed to compare the diagnoses test (Hamilton-Beck) with the gold standard (MADRS). The Hamilton Scale having a sensibility of 92%, specificity of 74%, area under of curve was moderate 0.59 while the auto depression Inventory Beck didn't have a discriminating value the area under curve Roc are 0.26, with sensitivity of 72%, specificity of 91%. The Hamilton it was found 51% (92 students) with depression, besides it was increased incidence identified by female 30%, fewer than 24 years old 43%, single marital status 49%, average level 49% and 38% belonged to the non-immigrant population. Therefore, the university students showed depression, being the most effective test the Hamilton test.

Keywords: Hamilton, Beck, depression, students.

c. INTRODUCCIÓN

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Según antecedentes de la Organización Mundial de la Salud:

Más de 350 millones de personas la padecen en el mundo. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. (OMS, 2012).

La Organización panamericana de la salud refiere:

El 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe, encontrándose en un 5% de la población adulta. Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000. El 76,5% de los países de América Latina y el Caribe informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental. (OPS, 2012)

De acuerdo a (Virues, 2005) señala:

La incidencia de la depresión aumenta durante la adolescencia, afectando cerca del 4% de los jóvenes con mayor incidencia sobre las el sexo femenino. Se estima que antes de los 24 años uno de cada cuatro adultos jóvenes experimenta un episodio depresivo. Entre los factores estresores que podrían

vincularse con este problema en los estudiantes universitarios estarían el separarse de los amigos y familia, cuidar de sí mismo por primera vez (dinero, lavar la ropa, etc.), tener que hacer nuevos amigos y enfrentarse a retos académicos, impidiendo en el 50% de los casos que cumplan con sus tareas normales limitando el desarrollo personal en un mundo con mayor demanda de competencia y especialización con ritmos de vida enormemente acelerados.

La depresión puede hacerse crónica o recurrente y entorpecer el desempeño académico así como la capacidad para afrontar la vida diaria, en su forma más grave puede conducir al suicidio razón por la que la aplicación de escalas diagnósticas autoaplicables nos orientarían hacia probables casos de depresión ayudándonos a obtener un diagnóstico oportuno.

Con relación a la escala de Hamilton (Gerhard & Camacho, 2010) señala:

Es ampliamente utilizada, otorga una calificación con puntajes entre 0 al 51 que facilita al clínico obtener un índice sobre la severidad diagnóstica.

Mientras que el modelo teórico propuesto por (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1981) se basa en:

Esquema con 21 ítems que se pueden responder en 5-10 minutos y que su corrección es tan fácil y rápida que puede realizarse en 1-2 minutos, sirven para procesar la información entrante, girar la atención, las expectativas, la interpretación y el fundamento de la memoria.

También (Mathers & Boerna, 2004) en cuanto al test de Beck refiere:

La información que proporciona el test puede ayudar a identificar personas con un probable trastorno depresivo para su posterior confirmación diagnóstica con un instrumento más adecuado (p. ej., una entrevista diagnóstica estructurada) o servir como fuente complementaria de datos que ayude a realizar un diagnóstico de trastorno depresivo.

La escala de Hamilton para la Depresión (HRSD), mide preferentemente los componentes ansiosos y de distrés somático; en cambio el inventario de la depresión de Beck mide el distrés subjetivo y el deterioro de la actividad práctica.

En cuanto a los programas para el manejo de la depresión en Ecuador el MSP según los niveles de atención en salud en el primer nivel cuando la depresión es por duelo tiene como intervención permitir al paciente que hable sobre su problema, tratar de indicarle que el problema es pasajero, ayudarlo a aceptar la condición, sugerirle que siga con sus actividades normales, buscar los recursos para ayudarlo, buscar conjuntamente alternativas de solución, los médicos pueden recetar por pocos días un hipno-inductor o un tranquilizante menor en la depresión. En caso de depresión menor dentro de la intervención presenta fomentar el dialogo y el desahogo, promover la racionalización y explicación, plantear conjuntamente posibles soluciones, permitir que continúe con actividades habituales, resaltar los aspectos positivos que estimulen su confianza, evaluar cualquier idea suicida, remitir en caso de intento suicida, conducta e ideación incongruente o si no hay mejoría en dos semanas, antidepresivo si es necesario.

En la provincia de Loja la psicóloga clínica del centro de salud N°3 responsable del programa de salud mental del distrito 11DO1, en Octubre del 2015 organizó una campaña “abriendo mentes, cerrando estigmas” que tuvo como objetivo la promoción y prevención de los trastornos mentales psicológicos y fue impartido en las instituciones públicas y colegios de la ciudad de Loja.

En términos de investigación no existe un registro actualizado sobre las publicaciones científicas de salud del país y por lo tanto no es factible determinar el porcentaje de trabajos en salud mental: en los establecimientos de salud mental entre 21 al 50% de los profesionales cumple actividades de investigación siendo los tópicos más usuales los de carácter epidemiológico, estas investigaciones están centradas preferentemente en las tesis de grado de los médicos antes de obtener el título de especialistas en psiquiatría.

A nivel de la Universidad se han realizado investigaciones sobre prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados y en alumnos de colegios no a nivel de los estudiantes universitarios además no se han realizado comparaciones de los test diagnósticos de Hamilton y Beck razón por la que he realizado el presente trabajo investigativo el cual tiene como objetivos determinar la existencia de depresión en los estudiantes de los décimos módulos de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, identificar entre el test de Hamilton y de Beck el que tiene mayor eficacia diagnóstica de depresión, conocer cómo se distribuye la depresión según edad y género, identificar el nivel socioeconómico y estado civil de los estudiantes con depresión y conocer el lugar de procedencia del grupo de estudio para determinar la relación con inmigración o emigración puesto que anteriormente se mencionó como un factor estresor el separarse de la familia y amigos para enfrentarse a retos académicos.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. DEPRESIÓN

1.1. Definición

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.

Hollon & Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

1.2. Factores de riesgo

1.2.1. Psicológicos.- Factores emocionales presentes desde los primeros años de vida.

- a) Terrores nocturnos
- b) Sonambulismo
- c) Fobias
- d) Berrinches
- e) Timidez
- f) Pérdida del objeto (protección familiar)
- g) Baja autoestima

- h) Rechazo paterno o materno
- i) Abuso
- j) Estrés
- k) Nivel socioeconómico
- l) Estado civil

1.2.2. Sociales

- a) Género femenino
- b) Presiones sociales
- c) Discusiones en casa
- d) Sedentarismo
- e) Consumo de alcohol y drogas
- f) Fracaso escolar
- g) Migración

1.2.3. Biológicos

- a) Inicio de actividad sexual
- b) Enfermedades terminales o incapacitantes permanentes
- c) Alimentación inadecuada
- d) Hereditaria, genética
- e) Edad (principios de la vida adulta)

1.3. Factores protectores

1. Calidad de las amistades.
2. Estatus en el grupo de iguales (Un estatus positivo o bien valorado)
3. Actitudes y expectativas de sus amigos hacia: autoridad y el consumo de sustancias (Una actitud de respeto a la autoridad y de rechazo hacia el consumo)
4. Adecuada comunicación familiar.
5. Elevada autoestima social.
6. Elevada autoestima familiar

1.4. Etiopatogenia

1.4.1. Biológica.- De acuerdo a Rao (2010), señala:

La depresión está asociada con ciertos desequilibrios en los neurotransmisores del cerebro. Los diferentes niveles de neurotransmisores como la norepinefrina y la serotonina parecen jugar un papel muy importante en la depresión de la gente, específicamente, en los adolescentes hay enlaces con el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) la corteza cerebral y la hormona responsable del estrés, el cortisol; todo esto juega un papel vital en la depresión, su cronicidad y recurrencia.

1.4.2. Genética.- Vallejo & Ruiloba (2.006), determinaron que “el riesgo de morbilidad en familiares de pacientes Bipolares según se estima es en un 12,1 (padres), 21,2 (hermanos) y 24,6 (hijos)”.

1.4.3. Bioquímica.- La hipótesis catecolaminérgica, es la que inicia la investigación bioquímica en la psiquiatría, según esta hipótesis, algunas depresiones presentan decrementos funcionales en la noradrenalina.

La hipótesis serotoninérgica, atribuye un papel decisivo de la disminución de la actividad de la serotonina como factor desencadenante en la Depresión. En este caso, son eficaces los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el citalopram, fluoxetina, paroxetina y fluvoxamina entre otros.

Otros autores como Janowsky & Cols (1.972) describieron “una alteración del sistema colinérgico, llegando a proponer la hipersensibilidad colinérgica como un marcador de tipo genético de la depresión”.

1.4.4. Psicológica.- La depresión está relacionada con los patrones de pensamientos negativos. Los adolescentes que están deprimidos tienden a

sentirse devaluados, desesperados, ineficaces, incomprendidos y solos. A su vez, sentirse así puede hacer que los demás respondan a ellos de una manera más negativa, complicando así más el problema. Las personas pueden responder con críticas, rechazo o distanciamiento a lo que parece ser un adolescente malhumorado.

1.4.5. Sociales.- Los adolescentes que tienen poca interacción social suelen deprimirse aún más. Por ejemplo, contar con pocos amigos, sentirse excluido en la escuela, y sentirse aislados de la familia puede llevar a que los adolescentes se depriman más severamente y que su depresión sea por más tiempo.

Mazza et al. (2009), ha demostrado que “factores negativos como conflictos familiares y maritales, padres estresados y deprimidos contribuyen a la depresión del adolescente”.

1.5. Clasificación

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-10. Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-10, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se describen con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-10. Sin embargo, su inclusión en esta clasificación se debe a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como fundamental

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
 - Pérdida marcada del apetito
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
 - Notable disminución del interés sexual

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.

Presentación sintomática según la edad

- A. Criterios generales para episodio depresivo. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
 - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome somático

El DSM-IV-TR utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno

de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
- Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo)

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

1.6. Cuadro clínico

Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:

- a. Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.
- b. Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta.
- c. Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

Aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.

Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

1.7. Efectos de la depresión

1.7.1. Efectos físicos

- a) Los movimientos corporales disminuyen
- b) Postura encorvada y parecer atontado
- c) Diarrea o estreñimiento
- d) Amenorrea
- e) Perdida de interés sexual
- f) Cefalea tensional
- g) Trastornos gastrointestinales
- h) Sequedad de la boca
- i) Pulso rápido
- j) Palpitaciones cardiacas

1.7.2. Efectos emocionales

1. Sentimiento de tristeza (mal humor)
2. Expresión facial triste
3. Comisura de los labios caída, arruga la frente
4. Lloro con frecuencia

5. Baja la vista y su mirada es triste
6. Cansado, desanimado
7. Perdida interés por la apariencia personal de forma gradual
8. Reacciones encubiertas:
 - a. Acciones agresivas (ira)
 - b. Conducta impulsiva
 - c. Problemas sexuales

1.8. Diagnóstico

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta. Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado.

En la actualidad, no existe prueba de laboratorio que corrobore el diagnóstico, por lo que estudios clínicos y epidemiológicos utilizan entrevistas estructuradas para mejorar su sensibilidad diagnóstica tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son:

- a) Beck Depression Inventory
- b) Hamilton Rating Scale for Depression
- c) Montgomery Asberg depression Rating Scale

1.8.1. Diagnóstico diferencial

Existen una serie de alteraciones médicas no psiquiátricas que cursan con sintomatología depresiva comórbida:

- a) Trastornos endocrinos (glándulas pituitaria, adrenal y tiroidea)
- b) Déficits y excesos de vitaminas y minerales (pelagra, hipervitaminosis A, beri-beri, anemia perniciosa)
- c) Infecciones (encefalitis, hepatitis, tuberculosis)
- d) Trastornos neurológicos (esclerosis múltiple y enfermedad de Wilson)
- e) Enfermedades del colágeno (lupus sistémico eritematoso)
- f) Trastornos cardiovasculares (cardiomiopatía, isquemia cerebral)
- g) Procesos oncológicos.

1.9. Tratamiento

En pacientes con trastorno depresivo leve y moderado, las psicoterapias basadas en la evidencia son igual de efectivas que los tratamientos farmacológicos, la elección depende de la preferencia del paciente, de un análisis de costos y de la disponibilidad de servicio

1.9.1. Psicoterapia.- El trabajo terapéutico consiste básicamente en modificar aquellas cogniciones automáticas negativas que el individuo tiene incorporadas en su sistema de creencia y que lo mantienen en un estado de ánimo alterado.

La terapia cognitiva no consiste solamente en cambiar un pensamiento negativo por uno positivo, es más bien lograr que el paciente reconozca por sí mismo que aquellos que son negativos no están basados en la realidad; su percepción del problema está influenciada por su sistema de creencias, producto este de sus experiencias y formas de relacionarse con sus figuras significativas desde el periodo de la infancia.

- a) Terapia cognitivo conductual
- b) Terapia interpersonal
- c) Psicoterapia basada en solución de problemas

1.9.2. Terapia cognitivo-conductual.- Beck (1.979), la depresión posee una serie de síntomas producidos por distorsiones cognitivas; la terapia cognitivo conductual se centra en la resolución de objetivos concretos mediante la participación activa de terapeuta y paciente.

Como estrategia, se manejan tres componentes:

- a) Didáctico (genera expectativas positivas como medio de aumentar la adherencia al tratamiento)
- b) Semántico (identificación y sustitución de pensamientos disfuncionales)
- c) Cognitivo o conductual (reducción de la frecuencia de pensamientos negativos)

1.9.3. Terapia interpersonal.- Centrada en interacciones interpersonales y en el entorno psicosocial como centro del tratamiento. Se utiliza la psicoeducación de la depresión en general, la definición de los problemas en función de los cuales se seleccionan tratamientos específicos son:

- Técnicas exploratorias directas e indirectas.
- Facilitación del afecto.
- Análisis de clarificación.
- Uso de la relación terapéutica

1.9.4. Farmacoterapia.- Los medicamentos antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, ISRS (inhibidores selectivos de recaptura de serotonina), IRDN (inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina), IRSN (inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina), Moduladores de serotonina, Modulador de NE-serotonina (Inhibidor noradrenérgico de la serotonina), IMAO (inhibidores de mono-aminoxidasa), ISRN (Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina) que han demostrado eficacia clínica son:

TRICICLICOS Y TETRACICLICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina • Clomipramina • Doxepina • Imipramina • Maprotilina • Mianserina
ISRD (inhibidores selectivos de recaptura de serotonina)	<ul style="list-style-type: none"> • Citalopram • Escitalopram • Fluoxetina • Fluvoxamina • Paroxetina • Sertralina
IRDN (inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina)	<ul style="list-style-type: none"> • Bupropion
IRSN (inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina)	<ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxina • Duloxetina
MODULADORES DE SEROTONINA	<ul style="list-style-type: none"> • Trazodona
MODULADOR NE-SEROTONINA	<ul style="list-style-type: none"> • Mirtazapina
IMAO (inhibidores de mono-aminooxidasa)	<ul style="list-style-type: none"> • Moclobemida
ISRN (inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina)	<ul style="list-style-type: none"> • Reboxetina

La elección del medicamento se realiza con base en los efectos adversos, la comorbilidad y el análisis de costos.

Mientras que los estadios leves de la enfermedad se pueden tratar y alcanzan muy buenos resultados sólo con la psicoterapia, el tratamiento para casos medios y graves de depresión necesita aplicar adicionalmente una terapia con medicamentos y antidepresivos.

1.10. Pronóstico

Los episodios depresivos generalmente responden al tratamiento, el cual si es apropiado y oportuno puede prevenir incidentes posteriores; sin embargo, cerca de la mitad de los adolescentes que experimentan una depresión grave tienen la

probabilidad de seguir presentando problemas continuos como adultos

1.11. Complicaciones

- a) Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo
- b) Efectos sobre el desempeño escolar y relaciones interpersonales
- c) Trastorno de ansiedad
- d) Suicidio
- e) Violencia y comportamiento imprudente

2. ESCALAS DE VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE DEPRESION

2.1. Inventario de la depresión de Beck

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, “la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996”. “Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975.”

La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido.

En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. En

la mayoría de ensayos clínicos incluidos en la guía de NICE se emplea la primera versión.

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad.

Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

0 a 9 = Ausente o mínima

10 a 16 = Leve

17 a 29 = Moderada

30 a 36 = Grave

2.2. Escala de depresión de Hamilton

Es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión .

La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño.

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54.

Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

0 a 7 = No depresión

8 a 13= Ligera/menor

14 a 18=Moderada

19 a 22 = Grave

>23 = Muy grave

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo ya que está dirigido a determinar la caracterización de las variables estudiadas, transversal ya que se examinarán las variables de una población en un período de tiempo determinado y prospectivo ya que la información se registró según fueron ocurriendo los fenómenos.

LUGAR

El estudio se llevó a cabo en el área de la salud humana de la Universidad Nacional de Loja.

UNIVERSO Y TIEMPO

- **Universo:** Es de 824 estudiantes matriculados en la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja periodo febrero – julio del 2014.
- **Tiempo.-** La ejecución de la presente investigación se llevó a cabo entre febrero a Noviembre 2014-2015.

MUESTRA

Está conformada por 180 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Estudiantes autoevaluados con el inventario de la depresión de Beck y la escala de depresión de Hamilton

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Estudiantes de otras carreras de la Universidad Nacional de Loja.
- Estudiantes de medicina de primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, octavo y noveno módulo.
- Estudiantes ausentes el día de la autoevaluación o que no deseen colaborar con el estudio.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- a) MONTGOMERY ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS) La escala debe ser administrada por un clínico y existen versiones autoaplicadas, los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente.

El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de las versiones en español fue en el 2002. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. De acuerdo a la puntuación obtenida por parte los participantes de 0 a 6 serán calificados como no depresión, 7 a 19 como depresión ligera o menor, de 20 a 34 como depresión moderada y de 35 a 60 como depresión grave. Para el presente estudio se utilizó un punto de corte > a 17 puntos.

- b) Ficha de recolección (Anexo 1) de datos sociodemográficos que abarcan
- a. edad, sexo, estado civil, y lugar de residencia
 - b. Parámetros de las escalas auto aplicables de depresión: Inventario de la depresión de Beck y Escala de depresión de Hamilton

1. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2006), (Anexo N°4). el cual consiste en 21 ítems puntuados en una escala Likert de 4 puntos donde mayor será la severidad de la depresión cuando el puntaje sea más alto. Adicionalmente, el BDI-II refleja dos factores: una dimensión somática-afectiva, que incluye 12 ítems; y otra cognitiva que consiste en 9 ítems. Asimismo, sus ítems se basan en los criterios diagnósticos de Depresión Mayor del DSM-V e incluye síntomas depresivos atípicos y severos (Quilty, Zhang & Bagby, 2010). Para el diagnóstico se tomó en cuenta puntuaciones de 0 a 9 depresión ausente o mínima, de 10 a 16 como depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 36 como depresión grave.
2. Escala de la depresión de Hamilton (Anexo N°5) versión de 17 ítems (HDRS-17 Hamilton Depression Rating Scale) es una escala heteroaplicada de 17 ítems, diseñada para ser utilizada en pacientes aparentemente sanos con el objeto de identificar problemas depresivos. Cada ítem tiene entre 3-5 opciones de respuesta en función de la gravedad. Para diagnóstico se tomó en cuenta puntuaciones de 0 a 7 no depresión, de 8 a 13 como depresión ligera o menor, 14 a 18 como depresión moderada, de 19 a 22 como depresión grave y >23 como muy grave

MÉTODO

Se utilizó el método científico; para su desarrollo se empleó como fuente primaria en la entrevista el modelo auto aplicable MONTGOMERY ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS) (Anexo 1) que es una escala heteroaplicada publicada en 1979 que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale y la ficha de recolección de datos elaborado por el autor donde consta: Datos sociodemográficos (estado civil, edad, género, lugar de residencia, nivel socioeconómico) y las escalas auto aplicadas, el Inventario de la depresión de Beck y la escala de la depresión de Hamilton.

Como Fuentes Secundarias se utilizó: internet, revistas, libros, artículos científicos, tesis.

PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de esta investigación se procedió a pedir el permiso respectivo mediante una solicitud (Anexo 2) al Dr. Patricio Aguirre coordinador de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para la realización de la tesis en esta institución.

Se solicitó el consentimiento informado (Anexo 3) a los presidentes de los paralelos de los décimos módulos para poder aplicar la entrevista y la encuesta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el software estadístico SPSS, versión 21 en donde se analizaron las puntuaciones obtenidas de los test (Hamilton-Beck) representados en la curva de Roc (Grafico N°2. Línea verde y azul), al comprarlas con el Gold estándar (MADRS) o prueba de oro que es la prueba diagnóstica utilizada para validar los test diagnósticos representada en la curva de ROC por la línea de referencia (Grafico N°2, línea amarilla). Al comparar el test de Hamilton y el de Beck con la MADRS se obtuvieron los valores de los verdaderos positivos (VP), verdaderos negativos (VN), falsos positivos (FP) y falsos negativos (FN) (Tabla N°1), indispensables para obtener la sensibilidad, especificidad y el área bajo la curva ROC, los valores predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), razón de probabilidad positiva (RPP), razón de probabilidad negativa (RPN) y el índice kappa media de Cohen que son las propiedades psicométricas que validan los test diagnósticos, el intervalo de confianza (IC) utilizado fue del 95%(Tabla N°2), además con el software se determinó la relación entre depresión y los factores sociodemográficos.

f. RESULTADOS

Tabla Nº 1. Comparación del Inventario de depresión de Beck con la escala de la depresión de Hamilton en los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la UNL en el periodo febrero-julio 2014.

		MADRS		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
		+	-		
BECK	POSITIVO	46	10	56	31 %
	NEGATIVO	18	106	124	69%
	TOTAL	64(35,6 %)	116(64,4%)	180	100%
HAMILTON	POSITIVO	58	30	92	51%
	NEGATIVO	6	86	88	49%
	TOTAL	64(36 %)	116(64%)	180	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos: Escala auto aplicable de Hamilton, Inventario auto aplicable de depresión de Beck y Montgomery Asberg Depression Rating Scale

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Interpretación:

En la comparación se encontró que en el inventario de Beck el 69% (124 estudiantes) y Hamilton con un 49% (88 estudiantes) tienen escala negativa, mientras que en el Inventario de Beck 31% (56 estudiantes) y Hamilton con 51% (92 estudiantes) son depresivos.

En relación a la Escala auto aplicable de la depresión de Hamilton se obtuvieron 58 pacientes que, estando enfermos, dieron positiva la prueba diagnóstica se consideran verdaderos positivos (VP). Los 6 pacientes enfermos que dieron negativo al test son considerados como falsos negativos (FN). Los 30 pacientes no enfermos que dieron positiva la prueba se denominan falsos positivos (FP). Los 86 pacientes no enfermos que no dieron positivo en la prueba son los verdaderos negativos (VN). Obteniendo un total de 92 que corresponde al 51% de pacientes positivos frente a 88 estudiantes que corresponden al 49% de sujetos sanos

En relación al Inventario de la depresión de Beck se obtuvieron 46 pacientes que, estando enfermos, dieron positiva la prueba diagnóstica se consideran

verdaderos positivos (VP). Los 18 pacientes enfermos que dieron negativo al test son considerados como falsos negativos (FN). Los 10 pacientes no enfermos que dieron positiva la prueba se denominan falsos positivos (FP). Los 106 pacientes no enfermos que no dieron positivo en la prueba son los verdaderos negativos (VN). Obteniendo un total de 56 que corresponde al 31% de pacientes positivos frente a 124 estudiantes que corresponden al 69% de sujetos sanos

De esta manera podemos darnos cuenta que el test de Hamilton nos ofrece una mayor cantidad de falsos positivos al compararse con el gold estándar para así no dejar a ningún paciente con sospecha de depresión excluido siendo dentro de las pruebas diagnósticas la mejor opción.

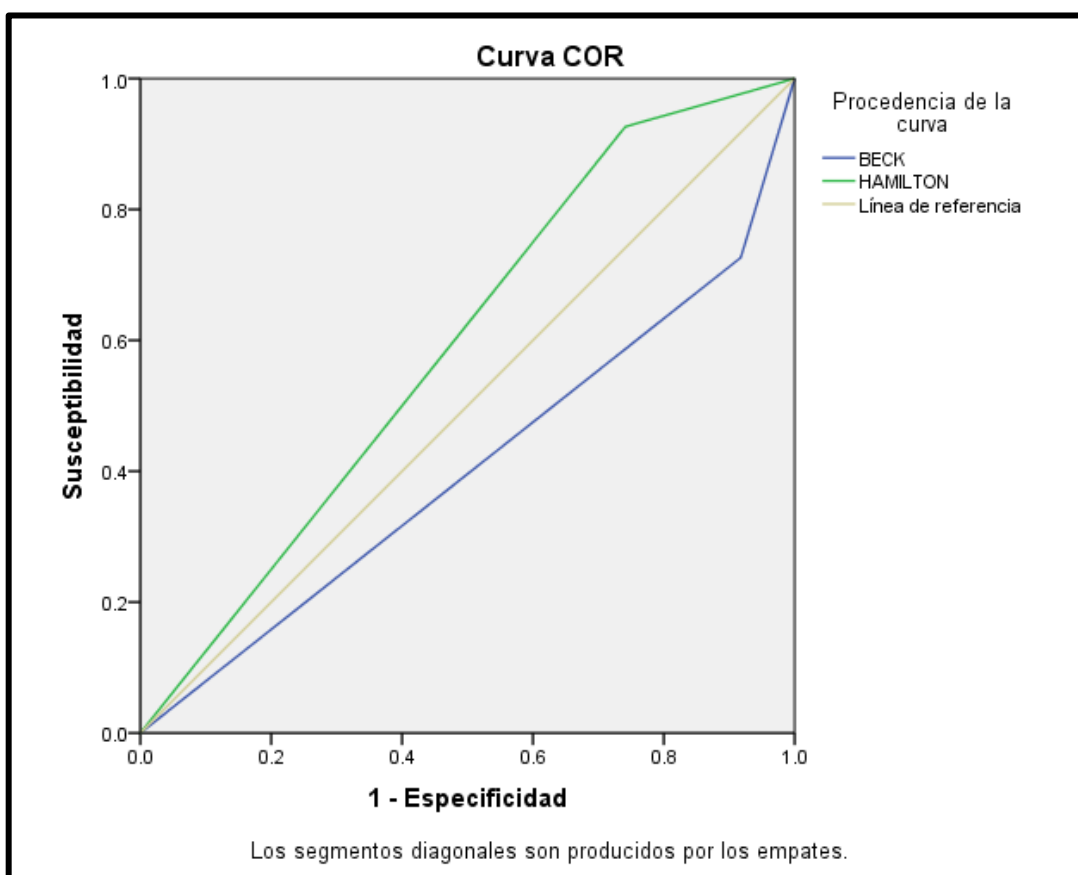
Tabla Nº 2. Comparación de las propiedades psicométricas del Inventario de la depresión de Beck y la Escala de la depresión de Hamilton en los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la UNL en el periodo febrero-julio 2014.

PROPIEDAD	VALOR	
	HAMILTON	BECK
SENSIBILIDAD	0.92% (IC:95%:0.85-0.90)	0.72%(IC:95%:0.61-0.83)
ESPECIFICIDAD	0.74% (IC:95 %: 0.66-0.83)	0.91 % (IC:95%:86-96)
VALOR PREDICTIVO POSITIVO	0.66 (IC:95%: 0.56-0.76)	0.82(IC:95%:0.72-0.92)
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO	0.95(IC:95%: 0.90-0.99)	0.85 (IC:95%:0,79-0.92)
RAZÓN DE PROBABILIDAD POSITIVA	3,6	8,8
RAZÓN DE PROBABILIDAD NEGATIVA	0,12	0,30
KAPPA MEDIA DE COHEN	0.59(IC:95%:50-65)	0.65(IC:95%: 77-98)
ÁREA BAJO LA CURVA	0.59	0.40

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Gráfico Nº 1.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Interpretación:

De acuerdo a las propiedades psicométricas de las escalas auto aplicables para la depresión (Tabla N°2) tenemos que la **Escala de depresión de Hamilton** presenta una **sensibilidad** del 92 % (Intervalo de confianza (IC), IC: 95%:85-95) que significa que el 92% de los estudiantes con depresión dieron positivo en el test, cuanto más sensible es una prueba más probable es que detecte a las personas con enfermedad, mientras que la **especificidad** fue del 74% lo que significa que el 74% de los individuos no deprimidos dieron negativa la prueba.

El valor predictivo positivo fue de 0,66 que es la probabilidad de que los estudiantes con test positivos tengan depresión, el valor predictivo negativo es de 0,95 y representa la probabilidad de que los estudiantes con un test negativo no tengan la enfermedad, la razón de probabilidad positiva fue del 3,6 y corresponde a los estudiantes que presentaron un test positivo en ausencia de depresión y el coeficiente de probabilidad negativo fue de 0,12.

No existe un valor de **área bajo la curva** (AUC) a partir del cual se considere que un test diagnóstico es capaz de discriminar pacientes sanos versus enfermos, sin embargo, si consideramos un AUC en el test de Hamilton de 0.59 (Grafico N°1) se encuentra a medio camino entre la no discriminación (AUC = 0,50) y la discriminación perfecta (AUC = 1,00), la concordancia fue moderada con un índice de kappa de 0.59.

En el **Inventario de la depresión de Beck** se encontró una **sensibilidad** del 72% (IC: 95%:61-83) que significa que el 72% de los estudiantes con depresión dieron positivo en el test, en cuanto a la **especificidad** se obtuvo un 91% que significa que el 91% de los individuos no deprimidos dieron negativa la prueba, la especificidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano por lo que es de mayor utilidad en pruebas confirmatorias para evitar falsos positivos, el valor predictivo positivo fue de 0.82, significa la posibilidad de que los estudiantes con test positivos tengan depresión, el valor predictivo

negativo de 0.30, dentro de los cocientes de probabilidad positivos se obtuvo 8,8 y coeficiente de la probabilidad negativo de 0,30, el área bajo la curva de Roc (Grafico N°2) fue de 0,26 no existiendo discriminación, y el Índice de kappa fue de 0.65 obteniéndose una concordancia moderada.

Tabla N° 3. Género de los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la UNL en el periodo febrero-julio 2014.

GÉNERO	DEPRESIÓN		NO DEPRESIÓN		TOTAL	
	FREC	(%)	FREC	(%)	F	%
MASCULINO	37	40	32	18	69	39
FEMENINO	55	60	56	31	111	61
TOTAL	92	51	88	49	180	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Interpretación:

En cuanto a la relación entre género y depresión, se encontró que en una población de 180 estudiantes, el 61% (111 estudiantes) pertenecen al género femenino, siendo el 31% depresivas, mientras que el 39%(69 estudiantes) restante correspondiente al género masculino presenta 21% de estudiantes depresivos

Tabla Nº 4. Edad de los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la UNL en el periodo febrero-julio 2014.

EDAD	DEPRESIÓN		NO DEPRESIÓN		TOTAL	
	FREC	(%)	FREC	(%)	F	%
< 24 AÑOS	77	43%	80	44%	157	87%
>25 AÑOS	15	8%	8	5%	23	13%
TOTAL	92	51%	88	49%	180	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Interpretación:

Respecto a los rangos de edad y depresión, se encontró que en una población de 180 estudiantes 157 de ellos son menores de 24 años de edad representados por el 87% de la población total de los cuales un 43 % conformado por 77 alumnos presentan depresión. El 13 % restante correspondiente a 23 alumnos son mayores de 25 años de los cuales el 8% presentan depresión conformado por 15 alumnos. En relación a los datos estadísticos se puede observar una mayor incidencia de depresión en los menores de 24 años ya que representa un 43% frente los mayores de 25 años que es de un 8%.

Tabla N° 5. Estado Civil de los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la UNL en el periodo febrero-julio 2014.

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN		NO DEPRESIÓN		TOTAL	
	FREC	(%)	FREC	(%)	F	%
SOLTERO	88	49%	78	43%	166	92%
UNION LIBRE	0	0%	2	1%	2	1%
CASADO	4	2%	7	4%	11	6%
DIVORCIADO	0	0%	1	1%	1	1%
TOTAL	92	51%	88	49%	180	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

INTERPRETACIÓN:

Sobre la relación entre estado civil y depresión, en los solteros representados por el 92% (166 estudiantes) se encontró depresión en un 49%, en los casados correspondiente al 6% (11 alumnos), el 2%, mientras que en los divorciados y en unión libre no se presenta dicha patología. Identificándose con una mayor relación con depresión a los solteros.

Tabla Nº 6. Nivel Socioeconómico de los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la UNL en el periodo febrero-julio 2014.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	DEPRESIÓN		NO DEPRESIÓN		TOTAL	
	FREC	(%)	FREC	(%)	F	%
BAJO	2	1%	4	2%	6	3%
MEDIO	88	49%	83	46%	171	95%
ALTO	2	1%	1	1%	3	2%
TOTAL	92	51%	88	49%	180	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Interpretación:

Sobre la relación entre estrato social y depresión, se encontró que el 3%(6 estudiantes) son de bajo nivel socioeconómico de los cuales un 1%(2 alumnos) presentan depresión. El 95%(171 estudiantes) son de nivel socioeconómico medio de los cuales un 49% (88 alumnos) presentan depresión. El 2%(3 alumnos) son de nivel socioeconómico alto de los cuales el 1%(2 alumnos) presentan depresión. Existiendo mayor relación con el nivel socioeconómico medio.

Tabla Nº 7. Lugar de procedencia de los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana de la UNL en el periodo febrero-julio 2014.

LUGAR DE PROCEDENCIA	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	F	%
MIGRO	25	13%	37	21%	62	34%
NO MIGRO	67	38%	51	28%	118	66%
TOTAL	92	51%	88	49%	180	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado por: Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas

Interpretación:

Sobre la relación entre el lugar de procedencia y depresión, se encontró que en una población de 180 estudiantes el 34% (62 estudiantes) migraron de los cuales un 13% (25 alumnos) presentan depresión. El 66%(118 alumnos) representa a los que no migraron de los cuales el 38%(67 alumnos) presentan depresión. Encontrando una mayor relación de depresión con los alumnos que no migraron ya que representa un 38% frente los que migraron que son del 13%.

g. DISCUSIÓN

Verificación de objetivos:

- **Determinar si los estudiantes de los décimos módulos de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja tienen depresión**

De acuerdo a (Lobo A. , Chamorro, Luque, & Baro, 2012)

La depresión se presenta como un grupo de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (p. 496)

En relación a la existencia de depresión en los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de Medicina Humana se encontró una prevalencia del 36% en una muestra de 180 estudiantes relacionada con los hallazgos de Fernández y Giraldo (2001), quienes reportaron una prevalencia de la depresión del 24% en 604 estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, Riveros, Hernández y Rivera, (2007) en estudiantes ingresantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima (UNMSM). Ese autor reporta que de una muestra 382 alumnos el 40% son propensos a desarrollar un cuadro depresivo. Relacionándola con la alta exigencia académica de la carrera, lo que convierte esa situación en un factor de presión social que puede predisponer al estrés y, en consecuencia, a la depresión. Como señalan Gómez y Rodríguez (1997) y Bernal y Escobar, (2000).

- **Identificar entre el test de Hamilton y de Beck el que tiene mayor eficacia diagnóstica de depresión**

Según (Bobes, Bulbena, Luque, & Ballesteros, 2003) determinan:

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. En la actualidad, no existe prueba de laboratorio que corrobore el diagnóstico, por lo que estudios clínicos y epidemiológicos utilizan entrevistas estructuradas para mejorar su sensibilidad diagnóstica teniendo como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.

La escala de la depresión de Hamilton, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54.

(Lobo, Chamorro, & Luque, 2002) . En su trabajo de validación de las versiones en español de Montgomery Asberg Depression Rating Scale y Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de depresión y ansiedad a nivel hospitalario señalan que:

Las versiones en español de las escalas MADRS y HARS utilizadas para la evaluación de los síntomas de los TEA y de los trastornos de ansiedad, respectivamente, presentan unas propiedades psicométricas robustas, similares a las de las versiones originales y, por tanto, resultan adecuadas para su uso en la práctica asistencial y en estudios de investigación clínica.

Bobes J. Bulbena A. Luque A. Ballesteros J. Ibarra Nora. 2003. En su trabajo sobre validación de las escalas psicométricas de 6, 17 y 21 ítems de Hamilton en pacientes deprimidos extrahospitalarios, apoyaron su validez discriminante y fiabilidad como escalas de valoración de la gravedad de la depresión.

En nuestra investigación se obtuvieron 58 pacientes que, estando enfermos, dieron positiva la prueba diagnóstica, 6 pacientes enfermos que dieron negativo al test, 30 pacientes no enfermos que dieron positivo el test y los 86 pacientes no enfermos que no dieron positivo al test. Obteniendo un total de 92 alumnos que corresponde al 51% de pacientes positivos frente a 88 estudiantes que corresponden al 49% de sujetos sanos. La escala de depresión de Hamilton presento una sensibilidad del 92 % (IC: 95%:85-90) que significa que el 92% de los estudiantes con depresión dieron positivo en el test. Cuanto más sensible es una prueba, más probable es que detecte a las personas con enfermedad. Por ello, las pruebas con una sensibilidad muy elevada son muy útiles para descartar la presencia de enfermedad. En cuanto a la especificidad se obtuvo el 74% de los individuos sanos dará negativa la prueba. El valor predictivo positivo representa la probabilidad de que 0,66 de los estudiantes con test positivos tengan depresión, el valor predictivo negativo de 0.95 representa la probabilidad de que los estudiantes con un test negativo no tengan la enfermedad mientras que la razón de probabilidad positiva significa que el 3,6 de los estudiantes presentaron un test positivo en ausencia de depresión mientras que el coeficiente de la probabilidad negativo fue de 0,12. Presenta un AUC de 0.59 está por encima del área de no discriminación obtuvo además un índice kappa de 0.59 obteniéndose una concordancia moderada, confirmándose la fiabilidad y validez de la escala.

El inventario de la depresión de Beck es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 21 ítems que en la versión española es de 0 a 63.

En cuanto al Inventario de la depresión de Beck presento una sensibilidad del 72% (IC: 95%:61-83) que significa que el 72% de los estudiantes con depresión

dieron positivo en el test. En este caso habrá un 26% de estudiantes deprimidos que han dado negativa la prueba. En cuanto a la especificidad se obtuvo el 91% de los individuos sanos dará negativa la prueba. En este caso habrá un 9% de estudiantes sanos que han dado positiva la prueba. Como valor predictivo positivo es de 0.82 significa la posibilidad de que los estudiantes con test positivos tengan depresión, el valor predictivo negativo es de 0.30. Dentro de los cocientes de probabilidad positivos se obtuvo 8,8 y coeficiente de la probabilidad negativo fue de 0,30. En relación al área bajo la curva de Roc fue de 0,26 no existiendo una buena discriminación. El Índice de kappa fue de 0.65 obteniéndose una concordancia moderada. Difiriendo así de investigaciones en las que se encuentra una sensibilidad mayor que la especificidad (Zweig & Campbell, 1993) a partir de diferentes puntos de corte, en general y por género. Los resultados indicaron que con el punto de corte tradicional (10 puntos) establecido por Beck et al., (1988), y adoptado por Jurado et al., (1998) para población mexicana, el Inventario de la depresión de Beck discriminó entre población con y sin trastorno depresivo con una sensibilidad de 92% y una especificidad de 59%, resultando así un instrumento suficientemente sensible pero poco específico que tiende a sobrediagnosticar. Según Burgueño, García-Bastos & González-Buitrago (1995), se debe desconfiar de instrumentos cuya sensibilidad y especificidad sean inferiores a .80. Estimándose así una mayor eficacia diagnóstica de la escala de depresión de Hamilton frente al Inventario de depresión de Beck

- **Conocer cómo se distribuye la depresión según edad y género**

En cuanto a los factores sociodemográficos, los resultados encontrados en esta investigación son similares a los hallados por Miranda y Gutiérrez (1998), con los estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle, Colombia, quienes encontraron que la edad con mayor tasa de depresión era en los menores de 24 años. En cuanto al género, se confirma la mayor presencia de depresión en las mujeres, lo que se ajusta a los diferentes estudios a nivel de la epidemiología de la depresión, que demuestran que es más frecuente en el sexo femenino (Arrivillaga et al., 2003). Algo similar a lo reportado por Vázquez (2005) en

estudiantes universitarios de la Universidad de Santiago de Compostela, en donde la proporción de mujeres dobla la de los hombres.

- **Identificar el nivel socioeconómico y estado civil de los estudiantes con depresión**

El estrato socioeconómico mayormente afectado fue el medio en la investigación de Miranda y Gutiérrez (1998) aparece como un factor fundamental desencadenante de dicha enfermedad. Sobre la relación entre estado civil y depresión, se encontró que el 92 % de la población total corresponde a los solteros de los cuales el 49% presenta depresión, los casados representan el 6% de la población en donde se encontró el 2% de depresión mientras que en el 1% restante correspondiente a los divorciados y a los de unión libre no se encontró depresión, en relación con la revisión bibliográfica.

- **Conocer el lugar de procedencia del grupo de estudio para determinar la relación con inmigración o emigración**

En cuanto a la relación entre el lugar de procedencia y depresión, se encontró que el 34% de la población total migro dentro de los cuales encontramos un 13% de depresión, mientras que en el 66% de la población total que no migro se encontró depresión en un 38%, el haber tenido que adaptarse a un estilo de vida con más responsabilidades tanto personales como académicas no tuvo mucha influencia en los estudiantes que tuvieron que dejar sus hogares para continuar su formación académica existiendo más bien mayor relación de depresión con aquellos estudiantes que son de la ciudad de Loja.

h. CONCLUSIONES

- a) Se puede decir que existe depresión en los estudiantes de los décimos módulos de la carrera de medicina humana, cumpliendo así nuestro primer objetivo el cual consistía en determinar la presencia de dicha patología.
- b) Las escalas más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son la BDI, la MADRS y la HAM-D. Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento, utilizando los parámetros psicométricos los valores predictivos y el área bajo la curva Roc se pudo concluir que el test de Hamilton presenta una mayor eficacia diagnóstica presentando mayor sensibilidad que el Inventario de la depresión de Beck el cual tuvo un área bajo la curva por debajo de 0.50 aunque se encontró una mayor especificidad no se sugeriría aplicarlo en la para valoración inicial de depresión más bien se la sugeriría para determinar el grado de depresión en pacientes ya diagnosticados.
- c) Se pudo observar una mayor relación de depresión con los menores de 24 años de edad y con el género femenino
- d) El nivel socioeconómico que presento una mayor relación con la depresión fue el nivel socioeconómico medio y con respecto al estado civil hubo más relación con los estudiantes solteros.
- e) Según el lugar de origen hubo mayor relación entre depresión y las personas que no habían migrado considerándose la inmigración como un factor sociodemográfico poco influyente en sí de la depresión.

i. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja una intervención diagnóstica completa de los estudiantes que resultaron positivos para las pruebas de tamización y que además se evalúe comorbilidades psicológicas como ansiedad, ataques de pánico y abuso de sustancias.
- b) Para futuras investigaciones se recomienda ampliar la muestra a otras carreras del área de la salud humana e incluir una categorización según los criterios normativos de la DMS-IV de los casos diagnosticados de depresión
- c) Se recomienda implementar acciones de prevención sobre el tema “Depresión” por parte de la Universidad Nacional de Loja tanto de investigación que evalúe la variabilidad de los test en relación al transcurso del tiempo como del programa de psicología para evitar comportamiento disfuncionales de los estudiantes.
- d) Finalmente recomendaría que como institución educativa se retome el centro de bienestar estudiantil para poder ayudar a los estudiantes con orientación y apoyo psicológico.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Alianza Nacional de Enfermedades Mentales. (2010). *La depresión mayor en los adolescentes*. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de <http://www.namichicago.org/documents/ladepresionmayorenlosadolescentes.pdf>
- Almudena García, A. (2009). *La depresión en adolescentes*. Recuperado el 4 de abril de 2014, de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Asociación Nacional de extensión. (2003). *La depresión en los adolescentes y estudiantes de edad universitaria*. Recuperado el 11 de abril de 2014, de http://www-tc.pbs.org/wgbh/takeonestep/depression/pdf/dep_teen_college_sp.pdf
- Aubete, A. (2013). *El ultimo sobre discriminación*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de http://books.google.com.ec/books?id=GchGAgAAQBAJ&pg=PA70dq=depreson+jovenes+libro&hl=es&sa=X&ei=dEVDU4OjLorj0QHI_4C4Bw&ved=0CGAQ6AEwCQ#v=onepage&q=depression%20jovenes%20libro&f=false
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1981). *An inventory for measuring depression*. *Archives of General Psychiatry*.
- Beltran, M., Freyre, M., & Hernández, L. (2011). *Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente, Facultad de Psicología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Birmaher, B., Williamson, D., & Kaufman, J. (2004). *Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence?*. *Am Acad Chil Adolesc Psychiatry*.
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., & Ballesteros, J. (2003). *Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión*. *Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo*. España: Universidad Oviedo.

- Chambers, W., Tabrizi, M., & Davis, M. (1982). *Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder*. Washington: Arch. Gen Psychiatry.
- Chavira, D., Stein, M., Bailey, K., & Stein, M. (2004). *Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample*. *J Affect Disord*. Abstract.
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras*. Recuperado el 12 de abril de 2015, de <http://books.google.com.ec/books?id=Yvp51Web9JsC&pg=PA377&dq=depresion+pdf&hl=es&sa=X&ei=YkdDU6CnMOrW0QGFI4DYBA&sqi=2&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=depresion%20pdf&f=false> (Consulta: 2014/04/04)
- Cursos Argentina. (2011). *Transtorno de ansiedad generalizada*. Recuperado el 22 de abril de 2014, de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://cursos.lundbeckargentina.com.ar/cursos/TAG_entrega_14.doc
- Díaz Ramírez, N. L. (2012). *Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia*. Tesis de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Dioneris, S., & López, P. (2010). *La depresión como el trastorno psicológico más frecuente en los adolescentes*. Recuperado el 22 de abril de 2014, de <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/art011-vol6-n11.pdf>
- Escrig, S., Martínez, D., & Miralles, J. (2006). *Pruebas diagnósticas nociones básicas para su correcta interpretación y uso*. Cir. Esp.
- Ferrel, R., Celis, A., & Hernández, O. (2011). *Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública*. Colombia: Universidad de Magdalena.
- Gerhard, M., & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Recuperado el 23 de abril de 2014, de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo_depresion.pdf

- Grimes, D., & Schulz, K. (2005). *Refining clinical diagnosis with likelihood ratios*. Lancet.
- Hall Ramírez, V. (2003). *Depresión fisiología y tratamiento*. Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://books.google.com.ec/books?id=Yvp51Web9JsC&pg=PA377&dq=depression+pdf&hl=es&sa=X&ei=YkdDU6CnMOrW0QGFI4DYBA&sqj=2&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=depression%20pdf&f=false>
- Hayden, S., & Brown, M. (1999). *Likelihood ratio: A powerful tool for incorporating the results of a diagnostic test into clinical decisionmaking*. Ann Emerg Med.
- Johnson, M., Maya, M., & Zumwalt, K. (04 de 2006). *La depresión en adolescentes*. Recuperado el 13 de mayo de 2014, de http://prtl.uhcl.edu/portal/page/portal/SOE/Programs/COUNSELING_MS/Counseling_Resources/Files/feb_22_2011/GeneralParentInfo/DepressionSpanish.pdf
- Keck, M. (2010). *La depresión*. Recuperado el 04 de 04 de 2014, de http://www.depression.ch/documents/depressionen_es_neu.pdf
- Lobo, A., Chamorro, L., & Luque, A. B. (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad a Servicio de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace, Hospital Clínico Universita*. Barcelona: Health Outcomes Research Europe.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., & Baro, E. (2012). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad*. Barcelona: Med. Clin.
- López, M., Castro, A., García, M., & Roca, M. (2014). *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala QIDS-SR en pacientes con trastorno depresivo*. Recuperado el 19 de septiembre de 2015, de Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut. Universitat de les Illes Balears: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-292-299-834393.pdf>

- Machuca Loaiza, S. A. (2013). *Caracterización de las adicciones y la ansiedad de los habitantes del barrio Bombuscaro de la ciudad de Zamora*. Recuperado el 24 de 04 de 2014, de Dspace UNL: <http://dspace.unl.edu.ec:8080/jspui/bitstream/123456789/5267/1/Silvana%20Alexandra%20Machuca%20Loaiza.pdf>
- Marcus, M., Yasamy, M., Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2009). *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern*. Geneva: WHO. Genava.
- Mathers, C., & Boerna, J. (2004). *The global burden of disease*.
- McDowell, J., & Hostetle, B. (2006). *Manual para consejeros de jóvenes: una guía completa para equipar a líderes*. Recuperado el 6 de mayo de 2014, de booksgoogle: http://books.google.com.ec/books?id=wrKhaJK4iuYC&printsec=frontcover&dq=depression+jovenes+libro&hl=es&sa=X&ei=dEVDU4OjLorj0QHI_4C4Bw&ved=0CE0Q6AEwBg#v=onepage&q=depression%20jovenes%20libro&f=false
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society.
- Ojeda, C. (2003). *Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para la depresión*. Recuperado el 18 de abril de 2014, de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272003000100005&script=sci_arttext&tIng=e (consulta: 2014/04/04)
- OMS. (Octubre de 2012). *organizacion mundial de la salud*. Obtenido de organizacion mundial de la salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OPS. (9 de OCTUBRE de 2012). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD*. Obtenido de Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente : http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236

- OPS. (2013). *INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. Obtenido de WHO-AIMS: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Ortega, R., Celis, A., & Hernández, O. (2010). Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública . *Tesis Psicología Clínica. Carrera de Psicología*. Magdalena, Colombia: Universidad del Magdalena.
- Otiano, F. (2012). Validez de Constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del inventario clínica multiaxial de millon III (MCMI-III). *Tesis Psicología Clínica*, 13-15. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pujol, S. (2014). Estigma asociado a la depresión entre médicos no psiquiatras. *Estudio comparativo entre la población médica y la población general acerca de las creencias sobre la enfermedad depresiva*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Rueda, G., Díaz, A., López, M., & Campo, A. (2009). *Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)*. Recuperado el 19 de septiembre de 2015, de Rev. Colomb. Psiquiat.: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615422009.pdf>
- Servicio Madrileño de Salud. (2011). *Plan de promoción de la salud y prevención*. Recuperado el 12 de mayo de 2014, de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352809820886&ssbinary=true>
- UNL. (2010). *Internado rotativo* . Recuperado el 3 de mayo de 2014, de Revisión del plan nacional de desarrollo 2007-2010: www.unl.edu.ec/salud/wp-content/.../02/INTERNADO-MEDICINA.rtf
- Virues, R. (2005). *Estudio sobre ansiedad*. Recuperado el 24 de 03 de 2014, de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Weller, E., & Weller, R. (2004). *Mood disorders in adolescents*. En: Wiener JM, Dulcan MK. Washington: 3a ed. American Psychiatric Publishing.

k. ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA



Fecha:.....

Nombre:.....

Sexo:.....

Edad:.....

Nivel socio económico:.....

Estado civil:

Lugar de nacimiento:.....

MONTGOMERY ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima.

Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza

1.

2. Parece demasiado, pero se anima fácilmente

3.

4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo

5.

6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no.

Incluye ánimos bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales

1.

2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad

- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciado por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior: El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasional sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales.
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.

2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultad de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3,
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sub gran dificultad

7. Laxitud, Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales

- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa perdida de sentimientos hacia parientes y amigos

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas de suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidad frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Activa preparación para suicidio

Loja, 04 De Junio del 2014

Sr. Dr. Patricio Aguirre

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
CIUDAD.-**

Yo, Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas, con CI. 1105040784 Estudiante del Décimo Módulo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional De Loja, me permito dirigirme a Usted por medio del presente, con la finalidad de solicitar de la manera más comedida se me conceda la aprobación para llevar a cabo el desarrollo de la tesis titulada: **“COMPARACION ENTRE EL TEST DE HAMILTON Y BECK PARA DETERMINAR MAYOR EFICACIA DIAGNOSTICA DE DEPRESION, APLICADO A ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODULO 10 EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014”**, para lo cual se digne autorizar a quien corresponda se me permita acceso a las aulas de los décimos módulos de la institución.

Por la atención que se digne dar a la presente, reitero mis sentimientos de consideración y estima.

ATENTAMENTE:

TATIANA LIZBETH QUEZADA BARRIGAS

CI: 1105040784

ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio investigativo es realizado por Tatiana Lizbeth Quezada Barrigas estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este proceso investigativo es determinar si los estudiantes de los décimos módulos de medicina humana de la universidad nacional de Loja tienen depresión mediante la utilización del test de Hamilton y el de Beck ; con la finalidad de conocer la incidencia de esta patología y el test con mayor eficacia diagnostica de depresión.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar 2 encuestas, teniendo en cuenta que la participación en este estudio es voluntaria. La información recogida es de carácter estrictamente confidencial y no se utilizara para otro propósito fuera de fines investigativos. Una vez transcritas las encuestas los datos se destruirán y de antemano agradezco su participación.

Yo con CI certifico que he sido informado sobre la investigación titulada **COMPARACION ENTRE EL TEST DE HAMILTON Y BECK PARA DETERMINAR MAYOR EFICACIA DIAGNOSTICA DE DEPRESION, APLICADO A ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODULO 10 EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014**, conociendo su objetivo y que la información obtenida será confidencial, además teniendo en cuenta que me puedo retirar de la misma sin perjuicio a mi persona acepto participar en la misma libre y voluntariamente en este proceso investigativo.

Tatiana Quezada
Investigadora

**Presidente (a) del paralelo
investigado**

ANEXO N°4

La presente encuesta está realizada con fines investigativos, por lo cual se le ruega de la manera más comedida nos colabore con información veraz y confiable. Los datos que en ella se consignen se tratarán de forma anónima

INVENTARIO AUTOAPLICABLE DE LA DEPRESIÓN DE BECK

1)

0. No me siento triste
1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
3. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo

2)

0. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
1. Me siento desanimado con respecto al futuro.
2. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

0. No me siento fracasado.
1. Siento que he fracasado más que la persona normal.
2. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos
3. Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

0. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
2. Ya nada me satisface realmente.
3. Todo me aburre o me desagrada.

5)

0. No siento ninguna culpa particular
1. Me siento culpable buena parte del tiempo
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3. Me siento culpable todo el tiempo

6)

0. No siento que esté siendo castigado
1. Siento que puedo estar siendo castigado.
2. Espero ser castigado
3. Siento que estoy siendo castigado

7)

0. No me siento decepcionado en mí mismo.
1. Estoy decepcionado conmigo
2. Estoy harto de mí mismo
3. Me odio a mí mismo

8)

0. No me siento peor que otros.
1. Me critico por mis debilidades o errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
3. Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

0. No tengo ninguna idea de matarme.
1. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

0. No lloro más de lo habitual.
1. Lloro más que antes.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera

11)

0. No me irrito más ahora que antes.
1. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

0. No he perdido interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
2. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
3. He perdido todo interés en los demás.

13)

0. Tomo decisiones como siempre.
1. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
2. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
3. Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

0. No creo que me vea peor que antes.
1. Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
3. Creo que me veo horrible.

15)

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo

16)

0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
3. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

0. No me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
2. Me canso al hacer cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

0. Mi apetito no ha variado.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor que antes.
3. Ya no tengo nada de apetito.

19)

0. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 6 kilos.

20)

0. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
1. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

0. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
1. Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
3. He perdido por completo mi interés por el sexo.

AUSENTE LEVE MODERADA GRAVE

0 - 9

10-16

17 - 29

30 - 36

ANEXO N° 5

ESCALA AUTOAPLICABLE DE LA DEPRESIÓN DE HAMILTON

1. HUMOR DEPRIMIDO (TRISTEZA, DEPRESION, DESAMPARO, INUTILIDAD)
 0. Ausente
 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente
 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto
 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontanea
2. SENSACION DE CULPABILIDAD
 0. Ausente
 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones
 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. SUICIDIO
 0. Ausente
 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida
 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
 3. Ideas de suicidio o amenazas
 4. Intentos de suicidio
4. INSOMNIO PRECOZ
 0. Ausente
 1. Dificultades ocasionales para dormirse por ejemplo más de media hora
 2. Dificultades para dormirse cada noche

5. INSOMNIO MEDIO

0. Ausente

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche

2. Esta despierto durante la noche

6. INSOMNIO TARDIO

0. Ausente

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse

2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

0. Ausente

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad , trabajo o aficiones

2. Perdida del interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por desatención, indecisión y vacilación

3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad

4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad

8. INHIBICION

0. Palabra y pensamiento normales

1. Ligero retraso en el dialogo

2. Evidente retraso en el dialogo

3. Dialogo difícil

4. Torpeza absoluta

9. AGITACION

0. Ninguna

1. Juega con sus manos

2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos

10. ANSIEDAD PSIQUICA

0. No hay dificultad

1. Tensión subjetiva e irritabilidad

2. Preocupación por pequeñas cosas

3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla

4. Terrores expresados sin preguntarle
11. ANSIEDAD SOMATICA (GASTROINTESTINALES; boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones; CARDIOVASCULARES; palpitaciones, cefalalgias; RESPIRATORIAS; hiperventilación, suspiros; FRECUENCIA URINARIA; SUDORACION)
0. Ausente
 1. Ligera
 2. Moderada
 3. Grave
 4. Incapacitante
12. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES
0. Ninguno
 1. Pérdida del apetito, pero come si necesidad de que lo estimulen, sensación de pesadez en el abdomen
 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES
0. Ninguno
 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Perdida de energía y fatigabilidad
 2. Cualquier síntoma bien definido
14. SINTOMAS GENITALES (Perdida de libido, trastornos menstruales)
0. Ausente
 1. Débil
 2. Grave
 3. Incapacitante
15. HIPOCONDRIA
0. No la hay
 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
 2. Preocupado por su salud
 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda
 4. Ideas delirantes hipocondriacas

16. PERDIDA DE PESO

- 0. No hay pérdida de peso
- 1. Probablemente pérdida de peso asociado con enfermedad actual
- 2. Pérdida de peso definida

17. INSIGHT

- 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
- 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus
- 2. Niega que esté enfermo

NO	LIGERA	MODERADA	GRAVE	MUY GRAVE
DEPRESION				
0-7	0-13	14-18	19-22	>23

ÍNDICE

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	8
1. DEPRESIÓN	8
1.1. Definición	8
1.2. Factores de riesgo	8
1.2.1. Psicológicos.....	8
1.2.2. Sociales	9
1.2.3. Biológicos	9
1.3. Factores protectores	9
1.4. Etiopatogenia	10
1.4.1. Biológica.....	10
1.4.2. Genética.....	10
1.4.3. Bioquímica.....	10
1.4.4. Psicológica.....	10
1.4.5. Sociales.....	11
1.5. Clasificación	11
1.6. Cuadro clínico	15
1.7. Efectos de la depresión	16
1.7.1. Efectos físicos	16
1.7.2. Efectos emocionales	16
1.8. Diagnóstico.....	17
1.8.1. Diagnóstico diferencial.....	17
1.9. Tratamiento.....	18
1.9.1. Psicoterapia.....	18

1.9.2.	Terapia cognitivo-conductual..	19
1.9.3.	Terapia interpersonal.	19
1.9.4.	Farmacoterapia.	19
1.10.	Pronóstico	20
1.11.	Complicaciones	21
2.	ESCALAS DE VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE DEPRESION	21
2.1.	Inventario de la depresión de Beck.	21
2.2.	Escala de depresión de Hamilton	22
e.	MATERIALES Y MÉTODOS	24
f.	RESULTADOS	28
g.	DISCUSIÓN	38
h.	CONCLUSIONES	43
i.	RECOMENDACIONES	44
j.	BIBLIOGRAFÍA	45
k.	ANEXOS	50
	ÍNDICE	64