

LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE DOCTORADO DEL CECIP

DEPRESSION IN DOCTORAL STUDENTS CECIP

Derek Bolio Chacón (1), Víctor Manuel Canché May (2), María Irene Maranca (3), Noé Plata Mul (4) e Irma Margarita Russi Cruz (5).

-
- 1.- Doctor en Psicología; Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica. boliochacon@hotmail.com,
 - 2.- Doctor en Psicología; Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica. nolo_mx@yahoo.com,
 - 3.- Doctora en Psicología; Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica. marirenamaranca@gmail.com,
 - 4.- Maestro en Psicología; Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica. jnoeplata@psicologos.com,
 - 5.- Maestra en Psicología; Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica. clinicadesalud@yahoo.com.mx
-

Resumen

En este artículo se aborda un desorden psicológico: la depresión, que se considera el principal motivo de consulta (o de mayor registro) atendido a través de los servicios de psiquiatría en los centros de salud mental tanto en México como en el estado de Yucatán, en la población general así como en la universitaria. Por esta razón, muchos estudios se han centrado en la evaluación de la depresión en estudiantes universitarios. El presente estudio pretende describir la prevalencia de la depresión en un grupo de estudiantes de doctorado de un centro de estudios particular de la ciudad de Mérida Yucatán, mediante las puntuaciones obtenidas en el cuestionario clínico depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez. Se trata de un estudio no experimental, exploratorio, de tipo descriptivo. Aunque los resultados no evidencian la gravedad de los síntomas depresivos, indican la presencia de este cuadro por lo menos en uno de los participantes. Se compara con un grupo de maestría de la capital mexicana para constatar si existen diferencias significativas en relación a los niveles de depresión. Se procesan los datos recabados en el SPSS 15.0 llegando a la conclusión que no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

Palabras Clave: Depresión, cuestionario, estudiantes de doctorado.

Abstract

Depression is considered the psychological disorder with the highest incidence in healthcare center, among the general population. Likewise, among the university population, such disorder is one of the primary motives for consultation at University Welfare services. Therefore, numerous studies have focused on depression assessment among university students. The present study aims to identify depressive characteristics in a group of university students, based on the scores obtained in Cuestionario Clínico Depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez. This is a non-experimental, transversal, descriptive survey. Even though results did not evidence the seriousness of depression symptoms among participants, they did show the presence of such clinical disorder. Although the results do not show the severity of depressive symptoms, they indicate the presence of this box on at least one of the participants. Compared to a group of masters in the Mexican capital to ascertain if

there are significant differences in relation to the levels of depression. Data collected with the SPSS is processed, coming to the conclusion that there are no significant differences between the two groups.

Keywords: Depression, State/Trait, university doctor students.

Introducción

Al identificar los datos en México “la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, aplicada en 2003 en población urbana de 18 a 65 años, reportó que 28.6% de los/las encuestados presentó algún trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida. El 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.5% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos los más frecuentes fueron los de ansiedad (14%), seguidos por el uso de sustancias adictivas (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Respecto a la distribución por sexo se encontró que los trastornos afectivos fueron casi dos veces más frecuentes entre las mujeres que en los hombres, con una proporción de 4.5% versus 2% alguna vez en la vida; de 2.1% vs. 0.9% en el último año; y de 0.8% vs. 0.3% durante el último mes. Por otra parte, a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento la atención de los enfermos psiquiátricos sigue siendo deficiente: en México reciben atención especializada sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental, sólo uno de cada cinco con más de un trastorno, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos” (Medina-Mora, et. al., 2003, en un artículo 2008)

Estos datos señalan que la depresión constituye en México un importante problema de salud, ocupando los primeros lugares en cuanto a los motivos de consulta psicológica y psiquiátrica. Debido a los altos índices de prevalencia del cuadro depresivo las investigaciones actuales han dirigido sus esfuerzos hacia su estudio (Alonso et al., 2004; Beuke, Fischer & McDowall, 2003; Brown, Campbell, Lehman, Grishman & Mancill, 2001; Dowrick et al., 1998; Michaud, Murria & Bloom, 2001).

El objetivo primordial de este estudio es señalar el nivel de prevalencia de la depresión en estudiantes de doctorado con la finalidad prevenir su inicio y/o su mantenimiento. Dado que la depresión requiere de soluciones claras y concisas, la psicología clínica se ha encargado de estudiarla para determinar las causas más comunes que llevan a que se presente este malestar en las personas, ya que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad actual.

La desesperanza puede ser entendida siguiendo a Stotland (1969) como un sistema de esquemas cognitivos en los cuales la expectativa negativa sobre el futuro a mediano y largo plazo es el denominador común. Los sujetos desesperanzados creen que 1) nada saldrá bien, 2) nunca serán exitosos en lo que intenten, 3) nunca podrán alcanzar sus objetivos y que 4) nunca podrán solucionar los diversos problemas que deban afrontar en la vida. Si bien la desesperanza es un constructo que se relaciona con diversos cuadros psicopatológicos, el mismo está fuertemente asociado a la depresión.

Se utilizó para la evaluación el Cuestionario Clínico de Depresión del Dr. Guillermo Calderón Narváez.

El tipo más común de escalas registra únicamente síntomas, y se utiliza

para conocer el estado del paciente y para evaluar los cambios que pueden presentarse en el curso de la enfermedad.

Marco teórico

Muchos estudios sobre la depresión se han centrado en la población universitaria (Amézquita, González & Zuluaga, 2000; Arboleda, Gutiérrez & Miranda, 2001; Arco-Tirado, López-Ortega, Heiborn-Díaz & Fernández Martín, 2005; Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes & Barros- Bermúdez, 2005; Campo-Cabal & Gutiérrez, 2001; Gallagher, 2002; Galli, 2005; González, Campo & Haydar, 1999; Miranda, Gutiérrez, Bernal & Escobar, 2000); sin embargo, no han llegado a concluir sobre la alta prevalencia de la depresión en esta población y el efecto de dicha sintomatología sobre variables como el rendimiento académico, la deserción y el abandono escolar y el bienestar emocional, entre otras. En este sentido, estudios como el de Ninan y Berger (2001) y Gorman (1996), insisten además, en la frecuente comorbilidad entre los cuadros de ansiedad y depresión y las implicaciones en la evaluación y diagnóstico diferencial, así como las complicaciones asociadas en cuanto a la severidad y cronicidad de los mismos.

Under a cloud es un artículo de Virginia Gewin publicado en la revista *Nature* (vol. 490, p. 299-301, 11-X-2012) que trata el fenómeno de la depresión en los ambientes académicos y científicos, de su aumento en las últimas décadas y de cómo hay instituciones que tratan de abordar el problema creando sus propios servicios de salud mental.

La depresión afecta tanto a estudiantes de carrera, como a doctorandos, post-docs y docentes y personal investigador. Cada sector afronta problemas generales y otros específicos de su circunstancia: el pesar por la elección de la carrera equivocada, suspender u obtener una baja calificación para alguien acostumbrado a las mejores notas, crisis durante los años de doctorado, problemas con los tutores, miedo a terminar la tesis y afrontar lo que vendrá después, adaptación a nuevos países y entornos laborales, problemas con los compañeros, estrés por la competitividad, etc.

Por tales razones vale la pena ocuparse de los posibles factores desencadenantes de la depresión. En lo que se refiere a la depresión, según Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003) existen variables individuales que se relacionan con la depresión en los estudiantes universitarios, tales como los antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol, planeación y/o intento de suicidio. Asimismo, según Paykel (1992, citado por Arrivillaga et al., 2003) los acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de una relación significativa por separación, divorcio o muerte son importantes en la aparición de la depresión. En esta misma línea de análisis, según Arrivillaga et al. (2003), la depresión podría relacionarse con las dificultades académicas, siendo esta, consecuencia de la pérdida de interés y/o disminución de las actividades cotidianas relacionadas con el rendimiento académico. En cuanto al consumo de alcohol, según Arrivillaga et al. (2003) puede ser una consecuencia de la depresión como una forma de

automedicación de relativa protección psicológica en contra de la misma, pero puede a su vez presentarse depresión por efectos sobre el sistema nervioso central.

Por otro lado, Campo et al., (2005) han encontrado que la identificación temprana de este trastorno no sólo minimizaría la posibilidad de fracaso académico, sino que también reduciría en forma substancial otras conductas de riesgo para la salud, como el consumo de cigarrillo o de alcohol o las conductas alimentarias desadaptativas asociadas con la presencia de trastornos depresivos. Por su parte, Cassaretto (2003) encontró, en una muestra de estudiantes de psicología, que dentro de los generadores de estrés se encuentran aquellos relacionados con el futuro, es decir el desempleo, la destrucción del medio ambiente y la percepción de falta de éxito, los cuales se evidencian en altas puntuaciones en ansiedad.

Marco conceptual

La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que afecta la vida cotidiana ya que es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza normal o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica y crónica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, la cual puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (American Psychiatric Association, 1987). La presencia de estos síntomas implica cierto nivel de ansiedad como comorbilidad ya que puede deberse a una preocupación exagerada por actividades futuras que estos sujetos tienen que realizar que va en aumento y puede desembocar en la depresión ya que el rasgo central es el intenso malestar interior dado por el sentimiento de impotencia e incapacidad que tiene el sujeto para controlar los sucesos futuros, por lo que desarrolla algunos de los síntomas físicos de ansiedad como tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia. (Beck & Clark, 1988). Así como manifestaciones psicósomáticas de diferentes tipos.

Antecedentes

El cuadro depresivo está caracterizado por una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de «energía», así como otras molestias) (APA, 1994). Existen varios marcos conceptuales que buscan explicar las bases cognitivas de dicho trastorno, siendo el modelo de Beck (1967) uno de los más reconocidos hasta el momento. En dicho modelo, el trastorno depresivo es explicado en función de

la activación de una serie de esquemas, entendidos como estructuras en función de las cuales se percibe la realidad. Estos esquemas depresógenos están constituidos por la tríada cognitiva, consistente en (1) una visión negativa de sí mismo; (2) una visión negativa del mundo, y (3) una visión negativa del futuro o desesperanza. De acuerdo con la teoría de Beck (1967) el proceso de ideación y el riesgo suicida, es propio de los individuos que exhiben estilos inferenciales negativos acerca de su futuro, o sea individuos que perciben su futuro con desesperanza. Las características principales de esta actitud negativa refieren a lo que el autor llama aplanamiento emocional, entendido como la tendencia a establecer una similitud o una continuidad entre el presente y el futuro, y a la presencia de un autoconcepto negativo.

Dado que la desesperanza implica una orientación del sujeto hacia el fracaso existe la tendencia a considerar los problemas como irresolubles y ciertas dificultades para poder integrar las experiencias exitosas que pueden contradecir la visión negativa que la persona tiene de sí misma.

A partir de esta conceptualización del constructo, Beck y sus colaboradores construyen la Escala de Desesperanza (Beck Hopelessness Scale, BHS, 1974).

Varios autores han investigado la depresión para encontrar soluciones efectivas que disminuyan este problema en los pacientes que la presentan.

Un trabajo que se preocupó por el estudio de la cognición como factor de la depresión, fue el realizado por Herrera y Maldonado (2002), donde evaluaron las cogniciones como un factor de predisposición a la depresión y si las cogniciones negativas de igual forma aumentaban el problema, se estudió a 304 estudiantes de 18 a 44 años, que cursaban el primer grado en una facultad de psicología; los autores aplicaron 3 instrumentos de medición, uno para conocer los síntomas depresivos, otro para medir la visión negativa a futuro, y el último para evaluar el nivel de cognición negativa y estado de ánimo del sujeto al momento de la entrevista; se encontró que existe una correlación alta entre la depresión y el nivel previo de la misma, además de que las cogniciones se ven modificadas por el estado de humor del participante al momento de la entrevista.

Para medir la Depresión se utiliza el Inventario de depresión de Beck; el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (NIMPI); la Escala de Hamilton y la Escala de Autoevaluación de Zung.

Un estudio realizado por Arrivillaga, Cortés, Goucochea y Lozano (2003), se centró en conocer la caracterización de la depresión en jóvenes universitarios; a partir del trabajo clínico y psicoeducativo se identificaron aspectos específicos de la depresión utilizando dos de los instrumentos antes mencionados; además de un apartado de datos complementarios. Se encontró en la muestra una presencia significativa de depresión, siendo las mujeres las que presentaron más este problema, por lo que se describen algunos factores estresantes en el estudiante, así como situaciones biológicas como las posibles causantes de que se presente la depresión en estudiantes universitarios.

La depresión al estar relacionada con las cogniciones puede mantenerse solapada no evidenciándose en las conductas

Tipo de investigación

Se utilizó un diseño no experimental, de carácter exploratorio y cuantitativo. Se desea cuantificar estadísticamente la incidencia de depresión en estudiantes de doctorado comparándola con una muestra de estudiantes de maestría. Su carácter exploratorio busca un primer acercamiento diagnóstico al tema. Fue no experimental, ya que no se realizó manipulación de variables ni se aplicó tratamiento. El estudio fue de tipo descriptivo y relacional.

Población: Participantes

En este trabajo se seleccionaron dos grupos no aleatorizados del tipo Sujeto/Tipo. Uno cumple las características de ser estudiantes de la primera generación del doctorado en Psicología del Centro de Estudios, Clínica e Investigación Psicológica de Campeche, con rango de edad entre 30 a 60 años, y el otro del mismo rango de edades siendo estudiantes de maestría en la Ciudad de México, Distrito Federal. El estudio compara las puntuaciones obtenidas en el cuestionario clínico de depresión de Dr. Calderón Narváez de acuerdo a ser o no estudiantes de doctorado (si bien todos tienen nivel maestría) se tiene en cuenta también si son de capital de estado o del DF.

Muestra selección

El total de los participantes fue de 16 sujetos de los cuales 8 no estudian doctorado si bien tienen nivel maestría y los otros 8 son estudiantes de doctorado en Psicología. El primer grupo es de Distrito Federal, capital de México y el segundo es de ciudades del interior del estado de Campeche y Mérida.

La edad media del grupo de estudiantes de doctorado es 38.5 años con una desviación estándar de 9.5 en un rango comprendido entre 31 y 59 años de edad.

No tenemos datos analizables de la edad media del grupo de estudiantes de maestría del DF aunque el rango de edades es el mismo.

Instrumento

El Cuestionario Clínico para diagnosticar la depresión del Dr. Guillermo Calderón Narváez, fue creado para que pudiera servir a sus alumnos de medicina para realizar estudios epidemiológicos. Fue publicado por primera vez en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1992 (Vol. 30, Nº 5/6 377-380).

Consta de 20 reactivos, que corresponden a los síntomas más frecuentes de la depresión en el medio sociocultural mexicano, y que son los siguientes:

1. ¿Se siente triste o afligido?
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?
3. ¿Duerme mal de noche?*. En esta pregunta igual que en la 6, el asterisco advierte a la persona que lo aplica, que el síntoma puede ser en exceso, también depresivo.

4. ¿En la mañana se siente peor?
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?
6. ¿Le ha disminuido el apetito?*
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?
8. ¿Ha disminuido su interés sexual? No sólo la actividad sexual, sino por ejemplo tener novio o novia, asistir a reuniones con personas del sexo opuesto.
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?
10. ¿Siente presión en el pecho?
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?
12. ¿Se siente cansado o decaído?
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza?
15. ¿Está más irritable o enojón que antes? La segunda parte de la pregunta, no es muy elegante, pero sí mejor comprendida por personas de bajo nivel cultural.
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?
19. ¿Siente deseos de morir?
20. ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?

Los cuestionarios tienen una cuantificación del síntoma que puede ser negativa NO o positiva SI y en este caso se plantean tres intensidades: POCO, REGULAR o MUCHO. La calificación es muy sencilla, anotándose a cada síntoma la escala del 1 al 4, según su intensidad, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80. De acuerdo con la experiencia en clínica, los resultados deben valorarse de la siguiente manera:

- a. 20 a 35 puntos, corresponden a personas normales.
- b. 36 a 45 puntos, pueden concernir a un estado de ansiedad, que puede ser originado por la misma aplicación de la prueba.
- c. 46 a 65 puntos, implican un cuadro depresivo de mediana intensidad.
- d. 66 a 80 puntos, corresponden a un estado depresivo severo.

Para esta investigación se aplicaron 16 cuestionarios en los dos grupos de sujetos, uno de 8 sujetos de la ciudad capital D.F. y 8 del interior de la república (del sureste del país) entre los 30 y los 60 años de edad, seleccionados de acuerdo a lo descrito anteriormente. La escolaridad de todos los sujetos es de postgrado a nivel maestría.

Se utilizó el cuestionario del síndrome depresivo creado por el Dr. Calderón Narváez. El instrumento como dicho anteriormente está construido de acuerdo al método de rangos sumariado de Likert con 4 opciones de respuesta: No, poco, regular, mucho, que se califican del 1 al 4 según su intensidad, abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa.

Los cuestionarios se aplicaron en el formato estándar de manera grupal y en el lugar donde se encontraban los sujetos, no indicando instrucciones más que indicar la edad pero pudiendo ser contestado en forma anónima. Posteriormente, los datos fueron analizados para determinar la cantidad de sujetos normales, con ansiedad, moderadamente deprimidos y severamente deprimidos. También fueron procesados mediante el SPSS 15.0.

Resultados

El resultado del grupo 1 de maestría del DF en la categoría que corresponden a personas normales (20 a 35 puntos) incluye 4 personas (el 50% de los participantes), mientras que en el grupo 2 de doctorado de CECIP Campeche son 6 personas (el 75% de los participantes) las que se contabilizan en este rango.

En cuanto a la segunda categoría (entre 36 a 45 puntos) que pueden concernir a un estado de ansiedad, que puede ser originado por la misma aplicación de la prueba. El Grupo 1. (maestría DF) presenta 3 personas (el 37.5% de los participantes) y el Grupo 2. (CECIP doctorado) 1 persona (el 12.5%).

A la tercera categoría (entre 46 a 65 puntos), que implican un cuadro depresivo de mediana intensidad. Del Grupo 1. Pertenece una persona es el 12.5% de los participantes y de igual forma el Grupo 2 una persona (12.5%).

Entre 66 a 80 puntos, que corresponden a un estado depresivo severo. Tanto el Grupo 1 como el Grupo 2 no cuentan con representantes en esta categoría (0%).

Al procesar los datos mediante el SPSS 15.0 se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 1.

Nivel de depresión que presentan los estudiantes de maestría

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Normal (20-35)	4	50
Estado de ansiedad (36-45)	3	37.5
Cuadro depresivo de mediana intensidad (46-65)	1	12.5
Estado depresivo severo (66-80)	0	0
Total	8	100

Como se puede observar en esta tabla, la mitad de los estudiantes de maestría del DF están dentro del rango de normalidad. También que ningún estudiante presenta la categoría de estado depresivo severo.

Tabla 2.

Nivel de depresión que presentan los estudiantes de doctorado del CECIP

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Normal (20-35)	6	75
Estado de ansiedad (36-45)	1	12.5
Cuadro depresivo de mediana intensidad (46-65)	1	12.5
Estado depresivo severo (66-80)	0	0
Total	8	100

Como se puede observar en esta tabla, la mayoría de los estudiantes de doctorado en psicología están dentro del rango de normalidad. También que ningún estudiante presenta la categoría de estado depresivo severo.

Tabla 3.

Diferencias entre los estudiantes de maestría del DF y los estudiantes de doctorado del CECIP con relación al grado de depresión.

	N	Media	Sig.
Maestría	8	34.25	.627
Doctorado	8	32.62	

*P< .05

Se utilizó la prueba no paramétrica para muestras independientes para dos grupos de Z de Kolmogorov-Smirnov, lo cual indica que con un 95% de confianza no existen diferencias significativas entre las media de los dos grupos.

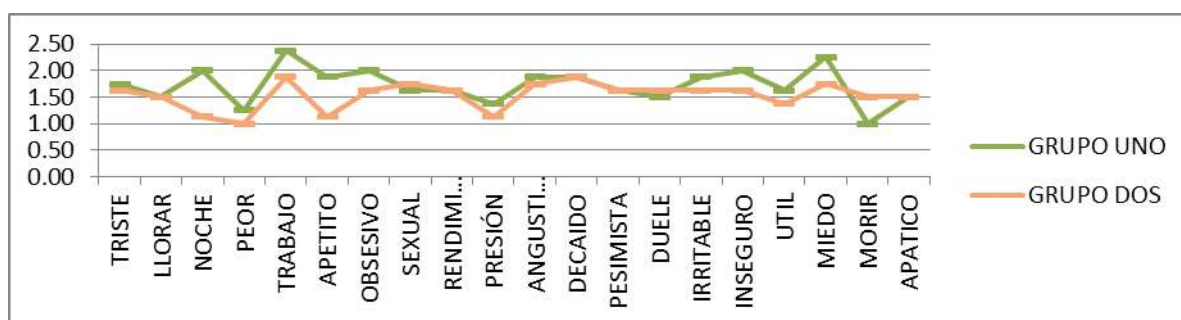


Figura 1. Histograma de comparativo de medias de las dos poblaciones

Se puede observar que en el grupo de la maestría presenta una mayor elevación de medias en la mayoría de los síntomas que el grupo de doctorado.

Obviamente estos resultados sólo dan una orientación como primera etapa, sobre la probable existencia de un cuadro depresivo moderado en determinadas personas puntuales; la segunda etapa consiste en una entrevista psiquiátrica directa, que corroborará o descartará el cuadro y establecerá la etiología de dicho cuadro.

Discusión

Actualmente hay un gran número de escalas para medir la depresión, pero las más conocidas y utilizadas como hemos señalado anteriormente son: el Cuestionario de Depresión de Beck, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (NIMPI); la Escala de Hamilton y la Escala de Autoevaluación de Zung.

Cada una de ellas tiene sus ventajas e inconvenientes para su aplicación en nuestro medio, algunas por ser muy antiguas, otras por ser muy complicadas y la mayoría porque no fueron elaboradas para su aplicación en Mérida (México) y es indispensable tomar en cuenta que en estudios psicológicos este aspecto es muy importante, ya que en cada país o región, existen diferentes formas de sentir o interpretar los síntomas.

Con el objeto de valorar el Cuestionario Clínico Depresivo de Calderón Narváez el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental, efectuó un estudio, con el objeto de poder confiar en los puntajes arrojados por este

instrumento de medición, tratando de conocer si mide específicamente lo que se pretende conocer y si lo hace de manera constante. El objetivo del trabajo era reportar la validez y la confiabilidad del cuestionario. Los resultados fueron los siguientes. El método más sencillo de calificación es la presencia o ausencia del síntoma, por ejemplo, "duerme bien" o "no duerme bien". En otras ocasiones se toman en cuenta categorías globales como, "ligero", "moderado" y "severo". Cuando se desea cuantificar la evolución de un padecimiento las opciones pueden ser: "sin mejoría" "algo de mejoría" y "curación total". Para cuantificar la intensidad del síntoma, muchos los tabulan con los términos "ausente", "dudoso" o "presente".

En todas las escalas se suman las calificaciones que se asignan a cada síntoma para poder obtener un puntaje total. En general, la experiencia de numerosos investigadores demuestra que estas escalas funcionan.

Algunas escalas están diseñadas para ser autoaplicadas, estas ahorran tiempo al profesional, pero tienen algunas limitaciones ya que el sujeto debe tener la capacidad de entender y resolver la prueba, lo que no siempre sucede cuando está deprimido. En ocasiones no entiende las preguntas o en lugar de seleccionar algunas opciones que se le ofrecen, escribe lo que él considera pertinente.

El instrumento del Dr. Calderón apela a la auto-descripción que realiza el sujeto en forma consciente, por lo que es manipulable por la persona que lo contesta, dependiendo la impresión que quiera causar. Ejemplo de ello es el primer y el penúltimo cuestionamiento.

Se debe señalar además que el criterio para contestar también depende de la personalidad de cada sujeto, hay personas que tienden a ser contundentes en sus juicios y que se van a los extremos (no o mucho); otros sienten que las situaciones son relativas y por lo tanto colocan sus respuestas en las opciones del centro (poco – regular) porque estas reflejan más la realidad que las otras. Si el sujeto utiliza esas opciones tampoco está dando mucha información porque se queda en valores neutros que no describen patología definida.

Otras preguntas como la 6. ¿Le ha disminuido el apetito? O la 8. ¿Ha disminuido su interés sexual? (atendiendo que también puede ser si ha incrementado) ¿A qué se refiere con "disminuido"? Con respecto a cuándo, cuál es el otro momento que se toma como referencia. Además el deseo sexual también depende de la etapa vital que esté atravesando (luna de miel, menopausia o andropausia) y otros problemas que no tienen necesariamente que ver con el estado de ánimo (vaginitis, infección en órganos genitales, etc.).

Con respecto al cuestionamiento 14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza? ¿Qué quiere decir "con frecuencia"? una vez al día, más de una vez al día, una vez por semana. Por otro lado muchos síntomas que señala pueden ser característicos de un trastorno psicopatológico que no tiene que ver con la depresión y que más bien configuraría una co-morbilidad. Ser obsesivo, insomne, tener déficit de atención, anorexia, disfunción sexual, cardíaca, estar padeciendo alguna enfermedad que drena su energía aunque no precisamente el ánimo, hipertensión, inseguridad, fobias, etc. No necesariamente remiten al cuadro depresivo. Preguntas como la 15. ¿Está más irritable o enojón que antes? "Antes de qué" y cómo puede el sujeto medir el "más irritable o enojón".

Otro ejemplo de pregunta inadecuada es la 17. ¿Siente que le es menos útil a su familia? “menos útil” ¿Que cuándo? y ¿Para qué?

Dichas estas reflexiones asumimos que el cuestionario pudiera elaborarse con mayor validez y confiabilidad, de forma tal que mida lo que pretende medir discriminando co-morbilidades y que sea preciso con respecto a lo que mide.

Otra discusión está relacionada con el tipo de muestra empleada en el estudio, como no es una muestra clínica los índices de depresión no deberían ser tan altos como constatamos, es lo que debe esperarse en una muestra de sujetos sin diagnóstico de trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, aunque los resultados no son suficientes para estimar la gravedad de los síntomas de depresión de los participantes del estudio, llama la atención que las puntuaciones del grupo uno es ligeramente superior salvo en un par de ítems, al del otro grupo, si bien la diferencia no tiene significancia estadística corrobora la importancia y necesidad del estudio cualitativo en ambos grupos.

Estos datos se correlacionan con lo encontrado en estudios como los de Arrivillaga et al. (2003), generando la necesidad de profundizar en los aspectos personales y familiares que pueden ayudar a la aparición de esta sintomatología y que no se incluyen en el presente estudio, pero que como lo han indicado Arco et al., (2005) y Campo et al., (2005), son de gran relevancia dada la fuerte asociación de estas con las dificultades en el rendimiento académico, que suele ser otro importante motivo de consulta. Por lo que deberían incluirse preguntas abiertas del tipo: ¿Ha sufrido alguna pérdida o evento significativo durante sus años de estudiante de doctorado? O ¿Cuáles han sido las actitudes de los compañeros/docentes y/o administrativos del doctorado que han influido en su estado de ánimo? O ¿De qué forma la institución y/o los docentes le han decepcionado? O ¿Qué situaciones vinculadas al doctorado le generan a Ud. reacciones de angustia, cansancio, pesimismo, inseguridad, alteraciones en sus ritmos de sueño o alimentación, etc? O ¿Tiene algún hábito que implique riesgo a su salud como fumar, beber alcohol o comer en forma inadecuada u otro para mitigar su estrés por el estudio del doctorado o para calmar su ansiedad o depresión vinculadas a éste?

La vulnerabilidad frente a las características depresivas de los estudiantes universitarios mexicanos, confirmado por el reporte de Cassaretto (2003) es que el 14% de los motivos de consulta en esa población se relacionan con el proyecto de vida. Por lo que es necesario explorar el proyecto futuro de los doctorandos.

La inexistencia de investigaciones específicas en relación a estudiantes de doctorado en CECIP Campeche hace necesario investigar las variables que influyen en la salud mental de estos, con el fin, por ejemplo, de generar estrategias de prevención de futuras complicaciones en su salud mental y para aportar herramientas al proceso de selección de aspirantes que quieran estudiar el doctorado en Psicología y definir estrategias para promover el proceso de acompañamiento en su formación.

Conclusiones

La utilidad de este tipo de estudio con muestras universitarias es de gran

relevancia porque permite identificar la prevalencia de la depresión que afecta en gran medida a los estudiantes y los llevan a adoptar comportamientos poco adaptativos que repercuten en su desempeño en general, aunque es de señalar que en este estudio dichos comportamientos no fueron evaluados y la etiología de estos tampoco. Lo anterior cobra mayor importancia si se considera que se trata de estudiantes de doctorado y maestría en psicología, cuyo nivel de salud mental se espera acorde con las necesidades y requerimientos del trabajo que están llamados a realizar. Por lo tanto, este tipo de estudio puede orientar los procesos de selección para favorecer el acompañamiento en aquellos casos donde se detecte especial vulnerabilidad hacia este tipo de sintomatología, reduciendo así el riesgo de presentar síntomas que afecten su nivel de desempeño académico y su calidad de vida.

Deberían analizarse de forma cualitativa la misma cantidad de estudiantes de doctorado y de maestría que desertó frente a las vicisitudes con que toparon en el transcurso de su formación académica, esto para comprender la influencia de la depresión al tomar esa decisión.

El Cuestionario Clínico de Depresión del Dr. Guillermo Calderón Narváez como hemos dicho anteriormente, no puede suplir un buen estudio clínico, efectuado por un profesional competente. Se hace necesario apoyar los datos presentados con otros estudios que evalúen la relación entre la sintomatología y el rendimiento académico, lo cual podría ofrecer información de gran valor frente a los procesos formativos y académicos de las universidades.

Finalmente, cabe insistir en la necesidad de investigar sobre los factores cualitativos personales y familiares (sociales) que favorecen la aparición de sintomatología depresiva en los estudiantes de posgrado, con el objetivo de trabajar en programas de prevención de factores de riesgo frente al desarrollo de este importante trastorno mental.

Referencias

- Agudelo, D. M., Casadiegos, C. P., & Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 34-39.
- American psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual disorders. (DSM III-R)*. Washington. D. C.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington, D.C.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., & Lozano, T. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Univ. Psychol. Bogotá*, 17-26.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Calderón, G. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 127-135.
- Flores, R., Jimenez, S., Pérez, S., Ramirez, P., & Vega, C. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista electronica de psicología Iztacáala*, 94-105.
- Gewin, V. (2012). La depresión aumenta entre los estudiantes, licenciados e investigadores. *Nature*, 299-301.

- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., & Lara, C. (2003-2010). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría (Adultos). Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiatría (Adolescentes). México, Mexico, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. WMHS-OMS.
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Alvarez, M., & Paez, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *psicología Iberoamericana*, 54-62.
- Roman, I. A. (2011). *La dependencia emocional en la depresión*. México: ISEP.
- Stotland, E. (2007). *La psicología de la esperanza*. Michigan: Jossey-Baas.