

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Prevalencia de depresión y sus factores asociados, en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico


Autores:

Karen Lisseth Avila Regalado

Clara Teresa Campoverde Fárez

Director:

Manuel Ismael Morocho Malla

ORCID:  0000-0001-5959-3582

Cuenca, Ecuador

2023-10-31

Resumen

Antecedentes: La depresión es una enfermedad que perturba el estado de ánimo, siendo los estudiantes universitarios los más afectados, donde al menos un tercio manifiesta algún tipo de desorden psiquiátrico, aproximadamente 1 de 5 ha experimentado algún grado de depresión. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión en internos de medicina en la cohorte septiembre – agosto 2022-2023 y sus factores asociados. **Métodos:** Se realizó un estudio tipo analítico y transversal. La población estuvo constituida por los internos de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Para la recolección de datos, se usó el método observacional y la base de datos se tabuló en el programa SPSS versión 20.0. Para el análisis se usó estadística descriptiva, en base de las frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central, valores máximos y mínimos. Para la asociación se usó Chi 2 y OR. **Resultados:** La media de edad de los participantes fue de 24,3 años. El 65,4% se identificaba como católico, el 57,7% dijo consumir alcohol y 15,45% cigarrillos. La media de sueño fue de 5,73 horas al día; el 53,8% realizaba actividad física y un 76,9% no presentó antecedentes psiquiátricos; nosotros determinamos que la prevalencia de depresión en los internos fue del 34,6%. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre depresión y lugar de internado ($p= 0,009$); horas de sueño ($p= 0,012$). **Conclusiones:** la prevalencia de depresión es alta y se puede asociar al lugar de internado y a la falta de horas de sueño.

Palabras clave: depresión, estudiantes, internado, factores de riesgo



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Background: Depression is a disease that disturbs the state of mind, being the university students the most affected ones, where at least a third manifest some type of psychiatric disorder, 1 in 5 has experienced some degree of depression. **Objetivo:** Determine the prevalence of depression in medical interns in the September – August 2022-2023 cohort and its associated factors. **Methods:** an analytical and cross-sectional study was carried out. The population was made up the inmates of the Vicente Corral Moscoso and José Carrasco Arteaga Hospital. For data collection, the observational method was used and the database was tabulated in the SPSS version 20.0. Descriptive statistics were used for the analysis, based on frequencies and percentages, measures of central tendency, maximum and minimum values. For the association Chi 2 and OR was used. **Results:** the average age of the participants was 24.3 years. The 65.4%, identified themselves as catholic, 57.7% said they consumed alcohol and 15.45% consumed cigarettes. The average of sleep was of 5.73 hours per day; 53.8% did physical activity and a 76.9% did not have psychiatric history; we determined that the prevalence of depression in the participating inmates was 34.6%. A statistically significant difference was found between depression and place of hospitalization ($p= 0.009$); hours of sleep ($p= 0.012$). **Conclusions:** the prevalence of depression is high and is associated in each case with the internship place and lack of sleep.

Keywords: depression, students, internship, risk factors



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Resumen	2
Abstract	3
Índice de contenido	4
Agradecimiento	8
Dedicatoria	10
Capítulo I	12
1.1. Introducción	12
1.2. Planteamiento del problema.....	13
1.3. Justificación	14
Capítulo II	15
1. Epidemiología.....	15
2. Fundamento teórico	15
2.1. Depresión unipolar mayor:.....	16
2.2. Depresión inducida por sustancias/ medicación:.....	17
2.3. Trastornos depresivos secundarios a otras condiciones médicas.....	17
2.4. Otros diagnósticos depresivos especificados.....	18
2.5. Depresión menor.....	18
2.6. Trastorno depresivo no especificado	18
2.7. Diagnósticos diferenciales	18
2.8. Tratamientos de depresión	19
Capítulo III	22
3.1. Objetivo General.....	22
3.2. Objetivos Específicos	22
3.3. Hipótesis	22
Capítulo IV	23
4.1. Tipo de estudio	23
4.2. Área de estudio.....	23
4.3. Universo y muestra.....	23
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	24

4.5. Variables de estudio	24
4.6. Métodos técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	25
4.8. Tabulación y análisis.....	26
4.9. Aspectos éticos.....	26
Capítulo V	28
5. Resultados.....	28
Capítulo VI	35
6. Discusión	35
Capítulo VII	37
7.1. Conclusiones	37
7.2. Recomendaciones	38
Referencias	39
Anexos	43
Anexo A. Operacionalización de variables.	43
Anexo B. Formulario de recolección de datos.	45
Anexo C. Inventario de depresión de Beck.....	47
Anexo D. Formulario de consentimiento informado.....	52
Anexo E. Cronograma de trabajo.....	55

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de 52 en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023, según características de la población..... 30

Tabla 2. Distribución de 52 en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023, según prevalencia de depresión 32

Tabla 3. Distribución de 52 en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023, según características de la población y presencia de depresión 33

Índice de Figuras

Figura 1. Flujograma STROBE de participantes.....	28
--	----

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, quien ha estado conmigo en toda mi vida, por su infinita bondad, a mis padres por su cariño y apoyo incondicional, por ser ese soporte en la carrera y en mi vida, a mi familia y amigos quienes nunca me dejaron sola a lo largo de este camino. Un agradecimiento especial, a mi amiga y compañera de este proyecto de investigación Clara Campoverde, la primera persona con la que entre en amistad desde primer ciclo, nos hemos apoyado mutuamente en toda la carrera, y ha sido un gusto culminar esta etapa de nuestras vidas juntas. A los internos de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, quienes, con su participación, sus experiencias y tiempo, fueron un aporte valioso para este proyecto. También quiero expresar mi más sincero agradecimiento a nuestro tutor Ismael Morocho por su guía y asesoría para desarrollar nuestro proyecto de investigación.

Karen Lisseth Avila Regalado

Agradecimiento

Quisiera agradecer a las personas que me han acompañado todo este tiempo, a las que estuvieron ahí desde el inicio, las que conocí durante el proceso e incluso a las que se fueron quedando atrás. Gracias a mis padres y familia por su apoyo incondicional y sobre todo por creer en mí desde el primer día.

Un agradecimiento especial a mi amiga y compañera en este proyecto Karen Avila, cuya amistad desde primer ciclo ha hecho sin duda más amena la carrera, un gusto terminar esta etapa juntas.

Además, deseo agradecer a nuestro tutor Ismael Morocho por dedicar su tiempo a guiarnos en la elaboración de este trabajo de titulación

Clara Teresa Campoverde Fárez

Dedicatoria

Quiero dedicar este proyecto de investigación a todas las personas que siempre me dieron su apoyo incondicional, que con sus palabras de motivación hicieron que esto sea posible, en especial a mis padres Tania y Patricio, quienes estuvieron pendientes de cada paso que he dado desde el inicio de esta carrera, han sido el pilar y motor en mi vida; a mis abuelitos que han sido incondicionales, quienes con su cariño y apoyo me dieron un empujón a seguir adelante, a mis amigos que he ido conociendo al trascurrir este maravilloso camino y finalmente pero no menos importante, a mi novio que siempre estuvo a mi lado dándome ánimos y todo su apoyo, cada uno de ellos fueron importantes y de una u otra manera aportaron para cumplir este anhelado sueño.

Karen Lisseth Avila Regalado

Dedicatoria

Dedico este proyecto de investigación a todas las personas que me han apoyado en este largo camino, en especial a mis padres Iván y Beatriz, ya que sin sus sacrificios no podría haber cumplido este sueño; a mis hermanos y abuelita cuyo cariño fue un impulso importante para llegar hasta este punto.

Clara Teresa Campoverde Fárez

Capítulo I

1.1. Introducción

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo con descenso del humor, por lo que ocasiona una afectación global de la vida psíquica y es la principal causa de problemas de salud en la población en general y, más aún, en aquellos que ejercen labores que demanden mayor esfuerzo físico o mental, por ejemplo, los estudiantes universitarios, donde al menos un tercio manifiesta algún tipo de desorden psiquiátrico, 1 de cada 5 ha experimentado algún grado de depresión (1).

Determinadas carreras universitarias requieren más dedicación y años de estudio, como medicina, con año de internado implican mayor compromiso y responsabilidad por parte de los estudiantes, debido a la gran carga académica; y al entrar a cursos de clínica, la relación con los pacientes y sus familiares suele resultar, muchas veces, agobiante. Al aumentar las horas de estudio y trabajo, disminuyen las de sueño, lo que altera los aspectos personales de la vida diaria del estudiante y, por ende, se ve afectado también su aspecto emocional y se incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor (2).

La educación universitaria implica una serie de condiciones y exigencias que representan un conjunto de estresores que pueden vulnerar la salud mental, en relación a la formación médica, un estudio en México encontró que el 27.6% de una muestra de estudiantes de egreso, tenía problemas en la esfera mental y que el 2.4% de éstos eran severos, hay reportes de que la depresión en estudiantes de medicina es significativamente más alta que en la población general (3). Actualmente está demostrado que existe una gran cantidad de profesionales de la salud que sufren depresión, estrés y ansiedad, siendo el grupo de los internos uno de los más afectados; esta situación se ha visto acrecentada en el contexto presente de la pandemia por COVID-19 (4).

Los Internos de medicina (Estudiantes de medicina del último año), están sometidos a situaciones de estrés; el fallo en la adaptación ante estas, el contacto directo con los pacientes, la difícil realidad de algunas enfermedades, la falta de tiempo para el ocio, contribuye al estrés y agotamiento emocional con posterior desarrollo de depresión (5).

Los internos de Medicina se consideran un grupo de riesgo para padecer de ansiedad por la

demanda psicológica, social, académica y elevado estrés que requieren, en la actualidad los internos de medicina están siendo expuestos a la sobrecarga laboral, a los accidentes biológicos, a las deficiencias en la docencia, al estrés, al agotamiento tanto físico como emocional, estos problemas como se saben no solo afectan en la calidad de vida y la salud mental del interno, sino que también repercuten en el trato hacia los pacientes y en su rendimiento académico (6).

1.2. Planteamiento del problema

El trabajo de Ponprasith realizado en estudiantes pasantes de medicina en Tailandia en 2020 (5) dejó ver la prevalencia de depresión que fue 149 de 706 estudiantes, los factores de riesgo identificados fueron, enfermedad física y enfermedad psiquiátrica previa.

González et al (6) realizaron un estudio en México a través de la aplicación en estudiantes universitarios entre ellos internos de medicina donde se determinó que el 40,9% presentó depresión siendo principalmente en mujeres, se concluyó en la necesidad de implementar programas que permitan manejar los efectos negativos en la salud mental. En el estudio Obregon et al (7) realizado en estudiantes de internado de medicina en un hospital de Perú se pudo ver que, de los estudiantes del internado de medicina, 59 (32,97 %) tuvieron depresión y, entre ellos, 40 (22,35 %) depresión leve. la calidad de sueño ($p = 0,001$), se asociaron estadísticamente con la depresión. Además, pertenecer al sexo femenino presentó un factor de riesgo de 1,03 veces más para tener depresión y la asociación no fue significativa ($p = 0,752$).

Endara (8), en el año 2018 realizó un estudio en Ecuador en el año 2021 en estudiantes de medicina de internado donde la prevalencia de estudiantes con riesgo de depresión fue de 55,8% (IC 95% 50%-61%), la prevalencia en mujeres fue 58.9% y en hombres 42,1%.

En base a estos antecedentes nace la pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión y sus factores asociados, en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscosoen la cohorte septiembre – agosto 2022 -2023?

1.3. Justificación

El impacto científico de este trabajo reside en conocer mediante datos estadísticos cual es el estado de salud mental de los internos de medicina de dos de los hospitales de referencia más grandes del austro del país, y esto servirá para planificar con mayor eficiencia los protocolos de atención para prevenir que se den casos de depresión mayor que incluso puedan llegar al suicidio, además que servirán como punto de partida para futuras investigaciones.

El impacto social tiene como beneficiarios a los internos, sus familias, puesto que al conocer el estado de su salud mental se podrán tomar acciones y esto a su vez beneficia a los pacientes pues se puede lograr un mejor rendimiento y atención.

Este trabajo consta dentro de prioridades de investigación en salud del MSP en el área de salud mental y sub línea de depresión y de las bases de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en la línea de salud mental, como se pudo ver anteriormente en estudios previos la depresión en ese grupo rodea el 30,2% de frecuencia, lo que hace que sea importante su estudio; los resultados de ser posible se publicarán en las revistas de dicha institución y se entregarán a los directivos de los Hospitales.

Capítulo II

1. Epidemiología

En Italia en el año 2020 Bert et al, (9) estudiaron la depresión en internos de medicina pudiendo conocer que la prevalencia de síndrome depresivo fue del 29,5%, en concreto, el 14,0% tenía depresión leve, el 11,1% tenía depresión moderada y el 4,5% tenía depresión grave; Los principales factores de riesgo fueron no dormir, la edad y ser mujer.

En Colombia Henao et al (10), realizaron un estudio en estudiantes de internado en 2018 donde se determinó que 63% de los participantes tuvo algún grado de depresión. El 17% presentó depresión grave. Se encontraron factores de riesgo como ser de sexo femenino OR: 4,2 (IC 95% 2,2 - 7,9). En el trabajo de Espinoza et al (11) realizado en Perú en médicos incluidos internos donde se determinó que la prevalencia de depresión fue del 8,8%.

2. Fundamento teórico

Se han propuesto diversos métodos para el diagnóstico de depresión en adultos y adultos mayores. Entre ellos, los criterios de la asociación psiquiátrica de diagnóstico y estadística de desórdenes mentales, quinta edición (DMS-5) (12).

- Depresión unipolar mayor.
- Desorden depresivo persistente.
- Desorden premenstrual disfórico.
- Depresión inducida por sustancias/ medicamentos.
- Depresión producto de otra condición médica.
- Otras depresiones especificadas (ej. Depresión menor)
- Depresión no especificada.

Confiabilidad diagnóstica: la confiabilidad del diagnóstico, la cual evalúa la concordancia del diagnóstico en 2 momentos diferentes, es fundamental en la depresión unipolar. Un meta-análisis con 35 estudios de confiabilidad, examinó la concordancia entre evaluaciones realizadas bien por el mismo evaluador, o por otros; y encontró que la confiabilidad era buena. Aunque la heterogeneidad entre estudios era amplia (13).

2.1. Depresión unipolar mayor:

Cuando sospechar del desorden (12):

- Estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- Sentimiento de impotencia y/o desesperanza.
- Irritabilidad.
- Ansiedad.
- Fobias.
- Preocupación excesiva por la salud física.
- Quejas de acerca de síntomas de dolor.
- Presencia de factores de riesgo como historia familiar de depresión, y eventos muy estresantes.

Criterio diagnóstico: la depresión unipolar mayor es caracterizada por una historia de episodios depresivos mayores sin antecedentes de manía o hipomanía (10). Un episodio de depresión mayor se manifiesta con más de 5 de los siguientes síntomas en al menos 2 semanas consecutivas; y por lo menos uno de los síntomas debe ser tristeza o falta de interés/ placer:

- Estado de ánimo triste/ depresivo la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades, casi todos los días.
- Insomnio casi todos los días.
- Pérdida de peso significativa o ganancia de peso, o disminución/aumento de apetito casi todos los días.
- Lentitud psicomotora o agitación observable por otros, casi todos los días.
- Fatiga o falta de energía, casi todos los días.
- Capacidad de concentración reducida, pensar, o tomar decisiones. Casi todos los días.
- Pensamientos de inutilidad o culpa excesiva, casi todos los días
- Pensamientos recientes de muerte o suicidio, o intento de suicidio.

Adicionalmente, los síntomas causan estrés considerable o problemas psicosociales, y no son el resultado directo de una sustancia o condición médica.

Ninguno de estos nueve síntomas de depresión unipolar mayor es únicos de este desorden, y cada síntoma puede ocurrir en otras condiciones psiquiátricas. Además, los episodios pueden variar en el mismo paciente (14).

2.2. Depresión inducida por sustancias/ medicación:

Consisten en desórdenes del humor caracterizados por la persistencia de un estado de ánimo irritable, o menor interés o placer en la mayoría de actividades. Este desorden se desarrolla durante o un poco después del uso de sustancias para propósitos recreacionales o por el uso de medicamentos prescritos; las sustancias/medicamentos se catalogan como capaces de causar perturbaciones en el estado de ánimo (15).

La depresión inducida por sustancias/ medicamentos es diagnosticada en las siguientes situaciones:

- La alteración en estado de ánimo es precedida por el inicio de una intoxicación/ abandono por uso de sustancias/ medicación.
- La alteración en el estado de ánimo persiste por un largo periodo de tiempo (ej: un mes) después de una intoxicación aguda o abandono de sustancias.
- Hay una historia de episodios depresivos recurrentes.

Los síndromes depresivos pueden ser causados por intoxicación/ abandono de un gran número de sustancias y se encuentran clasificadas entre las enfermedades adictivas relacionadas con sustancias. Incluyen: alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína y estimulantes (16).

Los trastornos depresivos asociados al uso de sustancias son denominados como “depresión secundaria”.

2.3. Trastornos depresivos secundarios a otras condiciones médicas

Consisten en alteraciones en el estado de ánimo que son caracterizadas por un comportamiento depresivo persistente o irritable, pérdida de interés/ placer en la mayoría de actividades (9), los hallazgos de la historia clínica, examinación física, test de laboratorio,

indican que el trastorno está causado por otras condiciones médicas (ej. Enfermedad de Huntington, hipotiroidismo, mononucleosis, esclerosis múltiple, apnea obstructiva del sueño, Parkinson, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia nutricional- vitamina B12, etc). La depresión ocurre generalmente durante el primer mes del inicio de alguna condición antes mencionada. Aunque, un meta análisis también concluye que el hipotiroidismo subclínico puede no estar relacionado con la depresión en adultos jóvenes (13).

2.4. Otros diagnósticos depresivos especificados

Este criterio aplica para los pacientes con síntomas depresivos que causan una disfunción psicosocial pero no cumplen todos los criterios para ser clasificados de tener un desorden depresivo (16).

2.5. Depresión menor

Consiste en un estado de ánimo depresivo con uno o tres síntomas de depresión mayor, que duren aproximadamente 2 semanas, y causen estrés o disfunción. En el DMS-5, se la clasifica como un desorden depresivo especificado, o episodio depresivo sin suficientes síntomas (1).

2.6. Trastorno depresivo no especificado

Aplica para los trastornos depresivos que causan un estrés y alteración psicosocial significativa, pero que no cumplen con todos los criterios para clasificarse como desorden depresivo específico (1).

2.7. Diagnósticos diferenciales

Síndrome de agotamiento: de acuerdo a algunos estudios, esta es una condición caracterizada por el agotamiento emocional, poca satisfacción con los logros individuales, y despersonalización, pueden ocurrir en contextos relacionados con el trabajo e incluso durante la práctica médica (17). Los trabajos estresantes pueden llevar a una depresión mayor, aunque para hacer el diagnóstico diferencial es necesario ver si el individuo cumple con los criterios diagnósticos de depresión debido a que el síndrome de agotamiento es una condición no específica y está pobremente definida (18).

Trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo: al igual que la depresión mayor, puede presentarse con disforia que ocurre en el contexto de estresores psicosociales. Sin embargo, este trastorno se puede diagnosticar únicamente si los síntomas no cumplen con

los criterios diagnósticos de otros trastornos (como la depresión mayor) (1).

Hiperactividad y déficit de atención: problemas de concentración, poca atención y pacientes inquietos, pueden estar presentes en los síndromes hiperactivos y déficit de atención y en trastornos depresivos. Sin embargo, estos síntomas son prominentes en los pacientes depresivos solo durante episodios de actividad, mientras que estos síntomas son permanentes. Además, los desórdenes depresivos son caracterizados por síntomas como insomnio, trastornos alimentarios y tendencias suicidas, lo cual no se encuentra en los pacientes hiperactivos.

Trastorno de personalidad limítrofe: disforia e ideas/ intenciones suicidas son comunes con los trastornos depresivos. Sin embargo, el trastorno de personalidad limítrofe se caracteriza por estados de humor fluctuantes dentro del mismo día, mientras que la depresión está marcada por la disforia presente en la mayor parte del día y casi todos los días (por al menos 2 semanas) (19).

Además, este trastorno puede incluir problemas de identidad, una necesidad imperiosa de evitar el abandono, y sentimientos crónicos de vacío interior, que no son características de la depresión mayor. Contrario a esto, la depresión incluye insomnio, pérdida/ ganancia de peso, baja energía, los cuales no son características del trastorno de personalidad limítrofe.

2.8. Tratamientos de depresión

Elección de tratamiento: varios estudios aleatorizados han encontrado que una combinación de tratamientos es más efectiva que cualquier intervención separada (16). Sin embargo, no se ha establecido la superioridad de cualquier medicación específica/ tratamiento psicológico.

Los antidepresivos por sí solos, han sido estudiados y usados más frecuentemente que en combinación o psicoterapia sola, debido a que los antidepresivos están más disponibles y pueden probarse de manera más conveniente que la psicoterapia (17), además algunos pacientes prefieren la farmacoterapia. Además, hay otros factores para escoger un régimen de tratamiento, como las comorbilidades y costos.

El uso de la farmacoterapia junto con la psicoterapia, farmacoterapia sola, o psicoterapia sola para la depresión unipolar mayor es consistente con las guías de práctica clínica de la American Psychiatric Association y del United Kingdom National Institute for Health and Care

Excellence (NICE) (18). Sin embargo, las guías del NICE recomiendan la psicoterapia como el tratamiento inicial para los pacientes con depresión moderada, basados en la justificación de que la relación coste-beneficio para la farmacoterapia no está justificada para los síntomas moderados.

Eficacia de los antidepresivos: estos medicamentos pueden ayudar a los pacientes con depresión mayor (19). Entre ellos están descritos: agomelatina, amitriptilina, citalopram, duloxetina, escitalopram, impramina, mirtazapina, paroxetina, sertralina, inhibidores de la oxidasa monoamina y tricíclicos.

Eficacia de la psicoterapia: se han descrito estudios aleatorizados que la recomiendan como el tratamiento inicial. Aunque hay que considerar que algunos estudios parecen sobreestimar el beneficio clínico en casi todos los tipos de psicoterapia para el tratamiento de la depresión (20) y este efecto se ha visto criticado debido a los estudios de mala calidad incluidos, así como el sesgo de publicación (20).

Efecto de antidepresivos comparados con psicoterapia: para los pacientes con depresión unipolar mayor, la evidencia indica que la eficacia de los antidepresivos comparada con la psicoterapia al final del tratamiento es generalmente comparable (21).

Diagnostico

Inventario de depresión de Beck

Uno de los instrumentos usados es el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), cuyos autores fueron Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, se publicó en 1996, la última adaptación fue en 2011 (22).

Este instrumento es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc (23).

Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud,

Organización Mundial de la Salud, 1993)

En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10) (22).

En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en completarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor (22-23). Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (22-23).

Capítulo III

3.1. Objetivo General

- Determinar la prevalencia de depresión y sus factores asociados, en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, en la cohorte septiembre – agosto 2022 - 2023.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población de acuerdo a las variables: edad, sexo, etnia, religión, lugar de internado.
- Identificar factores como: antecedentes patológicos, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, horas de sueño, actividad física.
- Determinar la frecuencia de depresión en la población estudiada.
- Relacionar la presencia de depresión con los factores sociodemográficos: edad, sexo, etnia, religión y los factores como: consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, horas de sueño, actividad física.

3.3. Hipótesis

La presencia de depresión en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, en la cohorte septiembre – agosto 2022 – 2023, se asocia al lugar de internado, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, horas de sueño, actividad física y antecedentes patológicos.

Capítulo IV

4.1. Tipo de estudio

- **Diseño del estudio:** Se realizó un estudio de tipo observacional y analítico, de corte transversal.

4.2. Área de estudio

- **Lugar 1:** Hospital” Vicente Corral Moscoso”.
- **Ubicación:** calle el Paraíso y 12 de abril.
- **Tamaño:** zona 6 del MSP. Afluencia de pacientes de Azuay, Cañar, Morona Santiago.
- **Lugar 2:** Hospital” José Carrasco Arteaga”.
- **Ubicación:** Autopista Cuenca – Azogues.
- **Tamaño:** zona 6 del MSP. Afluencia de pacientes de Azuay, Cañar, Morona Santiago.

4.3. Universo y muestra

Universo: heterogéneo, formado por todos los internos de medicina en la cohorte septiembre – agosto 2022 - 2023 que pertenecen al “Hospital Vicente Corral Moscoso” y al “Hospital José Carrasco Arteaga”.

Muestra: se trabajó con el total de la población es decir con los 60 internos de medicina en la cohorte septiembre - agosto 2022 - 2023 que pertenecen al “Hospital Vicente Corral Moscoso” y al “Hospital José Carrasco Arteaga”. Pues se considera una población pequeña para realizar un muestreo, así mismo se presente evitar un sesgo de error.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Estudiantes de cualquier edad y sexo que deseen participar voluntariamente en el estudio.
- Estudiantes que consten en la lista de internos de la cohorte septiembre - agosto 2022-2023.

Criterios de exclusión

- Internos que se hayan retirado mientras se realice este estudio.
- Internos que no hayan firmado el consentimiento informado.

4.5. Variables de estudio

- Edad
- Sexo
- Etnia
- Religión.
- Lugar de internado.
- Consumo de alcohol
- Consumo de cigarrillo
- Horas de sueño
- Actividad física.
- Antecedentes patológicos.

Operacionalización de las variables: (Anexo 1).

4.6. Métodos técnicas e instrumentos para recolección de datos

Método: Observación

Técnica: Entrevista estructurada

Para la recolección de los datos, se emplearon entrevistas estructuradas (Anexo 2), mismas que fueron llenadas por los participantes acompañados por las investigadoras.

Instrumento: la recolección de datos se realizó en base a la entrevista estructurada mencionada anteriormente.

(Anexo 2), elaborado por las autoras en base a las variables.

Para identificar si existe o no depresión se usó el inventario de depresión de Beck (Anexo 3), el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión, donde se utilizan las siguientes puntuaciones:

1-10 Estos altibajos son considerados normales.

11-16 Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 Estados de depresión intermitentes.

21-30 Depresión moderada.

31-40 Depresión grave.

+ 40 Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

4.7. Procedimientos:

Autorización: se solicitó autorización al Centro Docente del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Hospital José Carrasco Arteaga para la recolección de datos, además, se contó con la aprobación del Comité de Ética.

Capacitación: se realizó la revisión bibliografía.

Supervisión: El desarrollo de la investigación fue supervisada por el Dr. Ismael Morocho.

Control de calidad de la información: Se realizó un monitoreo de la base de datos para detectar errores y realizarlas respectivas correcciones.

4.8. Tabulación y análisis

- Para el procesamiento de los datos se usó el software estadístico SPSSV 20, donde se realizará el análisis con estadística descriptiva, se calculan las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas y para las variables medidas de tendencia central (media) y valores máximos y mínimos.
- Para conocer la relación se usó CHI².
- Para la presentación se realizó tablas simples y de doble entrada de acuerdo a los objetivos.

4.9. Aspectos éticos

Previo a ejecutar esta investigación, el presente documento fue sometido a revisión y aprobación por el comité de investigación y ética pertinentes.

Las investigadoras entregaron el consentimiento informado (Anexo 4) a cada participante de forma presencial, se les informó sobre los objetivos del estudio, propósitos, beneficios y la duración del mismo, así como la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que ellos creyeren oportuno. Se entregó la información del estudio de forma clara.

Se les explicó que son libres de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema y también se les aclaró que eran libres para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento.

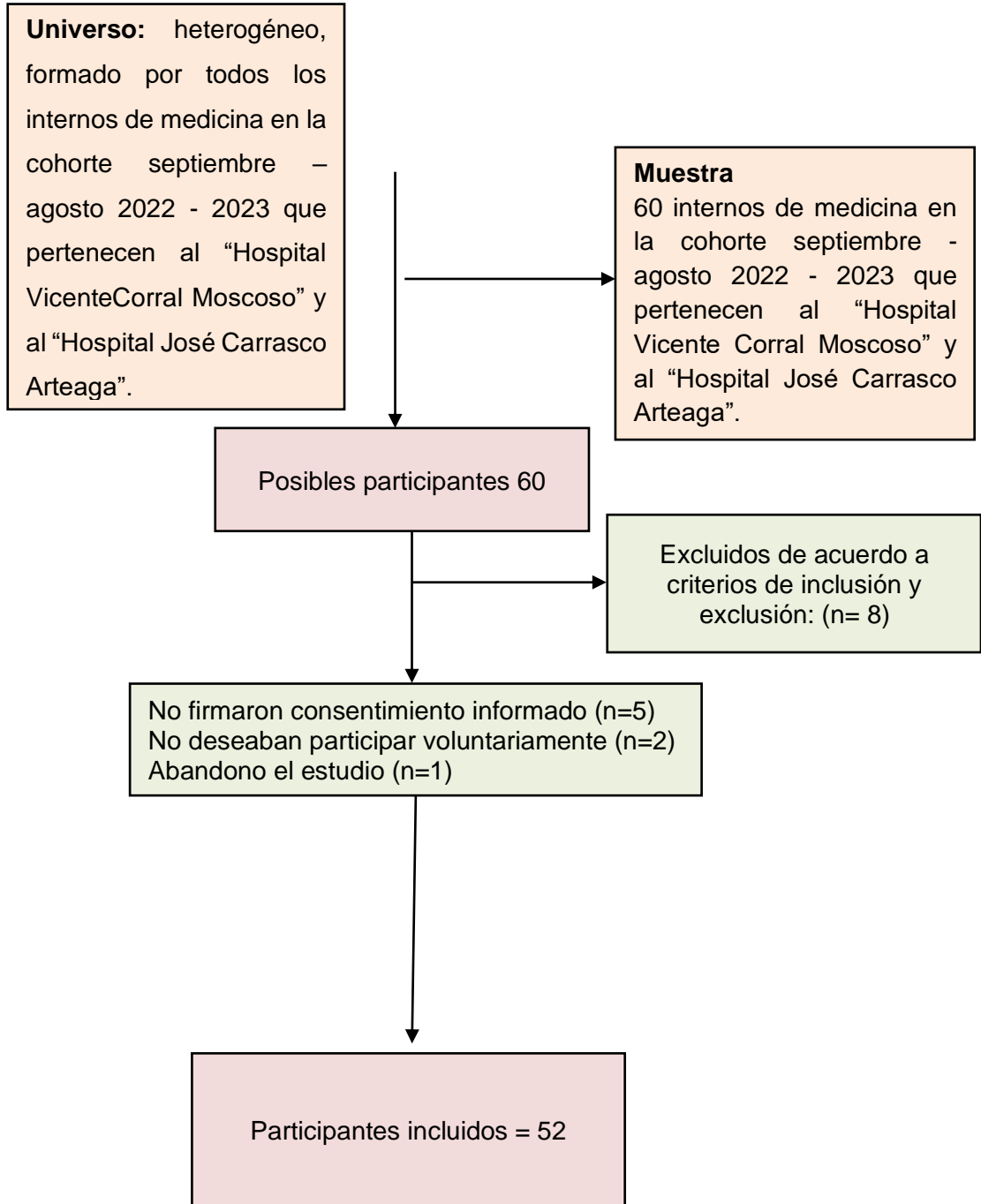
Durante toda la investigación se garantizó precautelar la confidencialidad de la información; que será utilizada únicamente con fines académicos para el presente estudio, para ello se usarán códigos numéricos para no usar nombres. Los registros fueron tratados por el investigador y director de la investigación. Fueron almacenados bajo la custodia de las autoras. No se incluyeron identificación como nombres y apellidos, serán sustituidos por códigos numéricos.

El riesgo que se puede asociar a este estudio es el quebranto de la confidencialidad de datos, no obstante, se ha planificado un sistema de codificación numérico para disminuir caso en su totalidad dicho riesgo.

Capítulo V

5. Resultados

Figura 1. Flujoograma STROBE de participantes.



Fuente: formulario de recolección de datos.
Realizado por: Karen Lisseth Avila Regalado, Clara Teresa Campoverde Fárez

Análisis

En la figura 1 se exhibe que el universo total fue de 60 internos de medicina en la cohorte septiembre – agosto 2022 - 2023 que pertenecen al “Hospital Vicente Corral Moscoso” y al “Hospital José Carrasco Arteaga”, al igual que la muestra; no obstante, 5 de ellos no firmaron el consentimiento informado al momento de realizar la entrevista estructurada, 2 no deseaban participar voluntariamente y 1 abandonó el estudio a la mitad del mismo, es decir se excluyeron 8 participantes por no cumplir los criterios de inclusión, quedando 52 participantes. Los resultados obtenidos en base a los 52 participantes incluidos se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 1 Distribución de 52 en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023, según características de la población.

		N=52 %	
Edad (años)	Hasta 25 años	44	84,6
	26 años o mas	8	15,4
Sexo	Hombre	32	61,5
	Mujer	20	38,5
Etnia	Mestizo	52	100,0
Religión	Católico	34	65,4
	Cristiano	6	11,5
	Otros	12	23,1
Lugar de internado	HVCM	27	51,93
	HJCA	26	48,07
Consumo de alcohol	Si	30	57,7
	No	22	42,3
Consumo de cigarrillo	Si	8	15,4
	No	44	84,6
Horas de sueño	4	4	7,7
	5	18	34,6
	6	22	42,3
	7	4	7,7
	8	4	7,7
Actividad física	Si	28	53,8
	No	24	46,2
Antecedentes patológicos	Otros	12	19,2
	Ninguno	40	76,9

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: Karen Lisseth Avila Regalado, Clara Teresa Campoverde Fárez

Análisis

En la tabla 1 se puede apreciar que el 84,6% de los participantes era menor a 25 años, con una media de edad de 24,3 años, una gran proporción el 65,4% se identificaba como católico. Se encontraban en proporciones similares los internos de los centros hospitalarios estudiados. El 57,7% de ellos dijo consumir alcohol y 15,45% dijo consumir cigarrillo.

En cuanto a las horas de sueño solo del 7,7% dijo dormir 8 horas con una media de 5,73 horas de sueño al día; el 53,8% si realizó actividad física y la mayoría de ellos el 76,9% no presentó antecedentes patológicos como hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, lupus, cáncer.

Tabla 2 Distribución de 52 en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023, según prevalencia de depresión.

		N=52	%
Depresión	Si	18	34,6
	No	34	65,4
	Total	52	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: Karen Lisseth Avila Regalado, Clara Teresa Campoverde Fárez

Análisis.

Al aplicar el inventario de depresión de Beck se pudo determinar que la prevalencia de depresión en los internos participantes fue del 34,6%; mientras que, el 65,4% no presento depresión.

Tabla 3 Distribución de 52 en internos de medicina de los Hospitales JoséCarrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto2022 -2023, según características de la población y presencia de depresión.

		Presencia de depresión		Total	Valor de p Chi ²		
		Si	No				
Edad	<= 25	n	14	30	0,42		
		%	31,8%	68,2%			
	26+	n	4	4			
		%	50,0%	50,0%			
Sexo	Hombre	n	10	22	0,36		
		%	31,3%	68,8%			
	Mujer	n	8	12			
		%	40,0%	60,0%			
Religión	Católico	n	10	24	0,45		
		%	29,4%	70,6%			
	Cristiano	n	4	2			
		%	66,7%	33,3%			
	Otros	n	4	8			
		%	33,3%	66,7%			
Lugar de internado	HVCM	n	6	21	0,009		
		%	22,2%	77,8%			
	HJCA	n	12	13			
		%	48,0%	52,0%			
Consumo de alcohol	Si	n	12	18	0,39		
		%	40,0%	60,0%			
	No	n	6	16			
		%	27,3%	72,7%			
Consumo de cigarrillo	Si	n	4	4	0,42		
		%	50,0%	50,0%			
	No	n	14	30			
		%	31,8%	68,2%			
Horas de sueño	4	n	4	0	0,012		
		%	100,0%	0,0%			
	5	n	6	12			
		%	33,3%	66,7%			
	6	n	6	16			
		%	27,3%	72,7%			
	7	n	2	2			
		%	50,0%	50,0%			
	8	n	0	4			
		%	0,0%	100,0%			
	Actividad física	Si	n	10		18	0,11
			%	35,7%		64,3%	
No		n	8	16			
		%	33,3%	66,7%			
Antecedentes patológicos	Otros	n	4	6	0,70		
		%	40,0%	60,0%			
	Ninguno	n	12	28			
		%	30,0%	70,0%			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: Karen Lisseth Ávila Regalado, Clara Teresa Campoverde Fárez

Análisis.

Se puede observar que el 31,8% de participantes hasta 25 años presentó depresión al igual que 50% de los que tenían de 26 años en adelante. Según el sexo el 31,3% de hombres la presentaron y el 48% de las mujeres también. Fue más prevalente en los cristianos con el 66,7%. En cuanto al lugar de internado el 22,2% de internos del Hospital Vicente Corral Moscoso presentaron depresión, así como, el 48% de internos del Hospital José Carrasco Arteaga. El 40% de internos que consumían alcohol y el 50% de los que fumaban presentaron depresión. El 100% de los internos que dijeron dormir 4 horas presentaban depresión, al igual que el 33,3% que no realizaban actividad física.

En esta tabla también se puede apreciar que el lugar donde los estudiantes realizaron el internado presenta una diferencia estadísticamente significativa con depresión pues se calculó un valor de $p= 0,009$; de la misma forma las horas de sueño presentaron relación estadística con un valor de $p= 0,012$.

Capítulo VI

6. Discusión

En este trabajo se planteó conocer ¿Cuál es la prevalencia de depresión y sus factores asociados, en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso en la cohorte septiembre – agosto 2022 -2023?, pudiendo conocerse que la media de edad de los participantes fue de 24,3 años, una gran proporción el 65,4% se identificaba como católico, el 57,7% de ellos dijo consumir alcohol y 15,45% dijo consumir cigarrillo. La media de 5,73 horas de sueño al día; el 53,8% si realizó actividad física y la mayoría de ellos el 76,9% no presentó antecedentes.

En este trabajo se pudo determinar que al aplicar el inventario de depresión de Beck se pudo determinar que la prevalencia de depresión en los internos participantes fue del 34,6%; estos trabajos se pueden comparar lo encontrado con el trabajo de Ponprasith en Tailandia donde estudió estudiantes universitarios de pasantías (5) y dejó ver que la prevalencia de depresión fue 40%. Para González et al (6) realizaron un estudio en México a través de la aplicación en estudiantes universitarios de múltiples cuestionarios basados en los instrumentos una baja incidencia de depresión de tan solo el 4.9% mientras tenía síntomas de depresión.

En Italia en el año 2020 Bert et al, (9) estudiaron la depresión en internos de medicina pudiendo conocer que la prevalencia de síndrome depresivo fue del 29,5%, en concreto, el 14,0% tenía depresión leve, el 11,1% tenía depresión moderada y el 4,5% tenía depresión grave; Los principales factores de riesgo fueron no dormir, la edad y ser mujer.

En Colombia Henao et al (10), realizaron un estudio en estudiantes de internado en 2018 donde se determinó que 63% de los participantes tuvo algún grado de depresión. El 17% presentó depresión grave. Se encontraron como factores de riesgo como ser de sexo femenino OR: 4,2 (IC 95% 2,2 - 7,9). En el trabajo de Espinoza et al (11) realizado en Perú en médicos incluidos internos donde se determinó que la prevalencia de depresión fue del 8,8%.

En el trabajo de Leiva et al (24), realizado en el año 2022 Perú en internos de un Hospital mostró que el 50% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Así mismo en el trabajo de Sánchez et al, (25) en Ecuador en el año 2019, llevado a cabo en médicos de un hospital incluidos internos de medicina el 67% presentaron depresión, este nivel de depresión ponen de manifiesto la necesidad de programas de prevención e intervención para el mejoramiento de la salud y bienestar mental.

En esta investigación se encontró asociación entre las horas de sueño presentaron relación estadística con un valor de $p=0,012$, en este sentido se puede mencionar el trabajo de Mieres et al (26) realizado en Paraguay en 2020 donde analizaron a médicos de un hospital incluidos internos y se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck, deduciendo que existe relación entre la calidad de sueño y los indicadores de ansiedad y depresión y se concluyó que cuanto menor sea la calidad de sueño, mayor será la presencia de estos indicadores.

También el estudio realizado en 2019 por Rangel et al (27) en Argentina donde se estudiaron médicos internos se observó, que hubo presencia de mala calidad de sueño entre los internos (71,71%), asociada a distintos grados de depresión (49,34%), y concluyeron que la frecuencia de la mala calidad de sueño es alta y se relaciona con la presencia de síntomas de depresión.

Capítulo VII

7.1. Conclusiones

- En este estudio la media de edad de los participantes fue de 24,3 años, más de la mitad de internos participantes refirieron ser católicos; un gran porcentaje de ellos consumía alcohol y cigarrillo. El promedio de sueño de los internos participantes fue de 5,73 horas al día. La población estudiada en su mayoría dijo realizar actividad física y presentaron antecedentes patológicos de importancia.
- La prevalencia de depresión en los internos participantes después de aplicar el inventario de depresión de Beck se calculó en un 34,6%.
- Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre depresión con horas de sueño y lugar de internado.
- Se determinó que alrededor de la cuarta parte de participantes de menos de 25 años presento depresión al igual que la mitad de los que tenían 26 años en adelante. La tercera parte de los hombres presentó depresión y alrededor de la mitad de mujeres también. Casi la mitad de internos que consumían alcohol y cigarrillo presentaron depresión. Esta patología se presentó en todos los internos que dijeron dormir 4 horas y en la cuarta parte de los que no realizaban actividad física.

7.2. Recomendaciones

- Se sugerirá la creación de programas de prevención e intervención de manera articulada con el ministerio de salud pública para el mejoramiento de la salud y bienestar mental en los internos de medicina.
- Las instituciones educativas correspondientes deberán proporcionar servicio de psicología y psiquiatría a los internos que lo requieran de una manera gratuita y eficaz.
- Ejecución periódica de test de depresión (Inventario de depresión de Beck) para su detección temprana dentro de los establecimientos de salud.
- Realización de charlas dentro de los auditorios de los diferentes hospitales con enfoque a mejorar el buen trato por parte de los médicos hacia los internos que laboran en dichas instituciones.

Referencias

1. Granados Cosme JA, Gómez Landeros O, Islas Ramírez MI, Maldonado Pérez G, Martínez Mendoza HF, Pineda Torres AM, et al. Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Investig En Educ Médica*. septiembre de 2020;9(35):65-74.
2. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educ Médica*. 1 de mayo de 2021;22:142-6.
3. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica hondureña*, 2021; 89 (1), p. 46-52.
4. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 2018; 29 (3), p. 182-191.
5. Phomprasith S, Karawekpanyawong N, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Maneeton B, Phinyo P, et al. Prevalence and Associated Factors of Depression in Medical Students in a Northern Thailand University: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. marzo de 2022;10(3):488.
6. González-Jaimes NL, Tejeda-Alcántara AA, Espinosa- Méndez CM, Ontiveros-Hernández ZO. Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19 [Internet]. 2020 jun [citado de octubre de 2023]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/756/ version/797>.
7. Obregón-Morales B, Montalván-Romero JC, Segama-Fabian E, Dámaso-Mata B, Panduro-Correa V, Arteaga-Livias K, et al. Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Educ Médica Super* [Internet]. junio de 2020 [citado 11 de octubre de 2023];34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S086421412020000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=en.

8. Endara R. Prevalencia de depresión en estudiantas de medicina, en una universidad privada de Quito. 2021. Depresión [Internet]. [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
9. Bert F, Moro GL, Corradi A, Acampora A, Agodi A, Brunelli L, et al. Prevalence of depressive symptoms among Italian medical students: The multicentre cross-sectional “PRIMES” study. PLOS ONE. 17 de abril de 2020;15(4):e0231845.
10. Henao G, Alejandra M. Prevalencia de depresión y factores asociados a esta patología, en los estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Caldas. 21 de abril de 2021 [citado 24 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/16499>
11. Espinoza-Ascurra G, Gonzales-Graus I, Meléndez-Marón M, Cabrera R. Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. [citado 24 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-prevalencia-factores-asociados-con-depresion-S0034745021001797>
12. Cuba Alva HM. Violencia laboral asociado a ansiedad en internos de medicina. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2019 [citado 11 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4582>
13. Dhahri AA, Arain SY, Memon AM, Rao A, Medical Education Pakistan (MEP) collaborator group, Mian MA. The psychological impact of COVID-19 on medical education of final year students in Pakistan: A cross-sectional study. Ann Med Surg 2020. diciembre de 2020;60:445-50.
14. González-Jaimes NL, Tejeda-Alcántara AA, Espinosa- Méndez CM, Ontiveros-Hernández ZO. Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19 [Internet]. 2020 jun [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/756/ version/797>

15. Psychiatry.org - DSM [Internet]. [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
16. Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression--a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord.* noviembre de 2015;17(7):753-68.
17. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet Lond Engl.* 24 de noviembre de 2018;392(10161):2299-312.
18. Bedoya JG, Suarez RP, Posada CG, Ramirez SMR, Gómez EP. Depression associated with family functioning and vulnerability among of adolescent students, Tolima. *Adv Soc Sci Res J [Internet].* 22 de diciembre de 2018 [citado 16 de octubre 2023];5(12).Disponible en:<https://journals.scholarpublishing.org/index.php/ASSRJ/article/view/5385>
19. Zhao T, Chen BM, Zhao XM, Shan ZY. Subclinical hypothyroidism and depression: a meta-analysis. *Transl Psychiatry.* 30 de octubre de 2018;8(1):239
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 TM. Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. 21–33 p. Disponible en: <https://bit.ly/3hduslf> 29.
21. Díaz L, Castro J. Influencia de la ansiedad en el rendimiento académico de estudiantes universitarios. Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3Rm7lcs>
22. Pachas D. Vanessa Barreda Sánchez. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología,* 2019; 22(1): 39-52.
23. Sanchez Andy Rick; CEDRÓN, Eduardo Farfán. Análisis factorial exploratorio del

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en universitarios cajamarquinos. Interacciones. Revista de Avances en Psicología, 2019, vol. 5, no 3.
24. Leiva L, Nelio Francisco. La resiliencia como factor asociado al Síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en el personal de salud que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos durante la pandemia COVID-19 en el Perú. 2021.
 25. CarrascoJ et al. Estudio. Rendimiento Académico Asociado a Depresión y Ansiedad en Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, 2015. Revmed HJCA, 2019; 11 (9)p. 137-142.
 26. Mieres, Claudia Lorena Armoa. Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. ScientiAmericana, 2020;7(2) p. 45-56.
 27. Range R, Clara Isabel. Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. Neurología argentina, 2019; 11(4,). 183-191.
 28. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edad. Edición del Tricentenario. [citado 13 de octubre de 2023]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
 29. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» -Sexo. Edición del Tricentenario. [citado 13 de octubre de 2023]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
 30. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» -Etnia. Edición del Tricentenario. [citado 13 de octubre de 2023]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
 31. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» -Religion. Edición del Tricentenario. [citado 13 de octubre de 2023]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento (28).	Tiempo	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Características biológicas, genéticas, cromosómicas que se expresan mediante el genotipo y diferencia al sexo masculino del femenino (29).	Genotipo	Caracteres sexuales secundarios	Variable nominal 1. Hombre 2. Mujer
Etnia	Comunidad de personas que tienen una ascendencia común y comparten rasgos culturales, lingüísticos (30).	Características	Como se autoidentifica	1. Mestizo 2. Afroecuatoriano 3. Indígena 4. Otros.

Religión	Conjunto de creencias religiosas (31).	Creencias	Religión que refiere	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católico 2. Testigo de Jehová 3. Cristiano 4. Otros
Lugar de internado	Lugar donde realiza su último año de estudios (31).	Educación	Hospital donde estudia	<ol style="list-style-type: none"> 1. HVCM 2. HJCA

Consumo de alcohol	Acción de consumir bebidas alcohólicas (30)	Biológica	Respuesta referida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Consumo de cigarrillo	Acción de consumir cigarrillos (29)	Biológica	Respuesta referida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Horas de sueño	Cantidad de horas que reposa (31)	Biológica	Respuesta referida	Numérica continua
Actividad física	Acción de realizar ejercicio (30)	Biológica	Respuesta referida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Antecedentes patológicos	Enfermedades presentadas (29)	Biológica	Respuesta referida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Hipotiroidismo 4. Lupus 5. Cáncer 6. Otros
Presencia de depresión	Depresión diagnosticada (29)	Biológica	Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Anexo B. Formulario de recolección de datos.

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

COMISIÓN DE TITULACIÓN DE TESIS DE PREGRADO

Título: Prevalencia de depresión y sus factores asociados, en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023

Numero de formulario _____

Fecha _____

Edad _____

Señale la alternativa que corresponda:

Cualitativa continua

Sexo

3. Hombre
4. Mujer

Etnia

5. Mestizo
6. Afroecuatoriano
7. Indígena
8. Otro

Religión

5. Católico
6. Testigo de Jehová
7. Cristiano
8. Otros

Lugar de internado

3. HVCM
4. HJCA

Consumo de alcohol

3. Si
4. No

Consumo de cigarrillo

3. Si
4. No

Horas de sueño_

Numérica continua

Actividad física

3. Si
4. No

Antecedentes patológicos

7. Hipertensión
8. Diabetes
9. Hipotiroidismo
10. Lupus
11. Cáncer
12. Otros

Presencia de depresión

3. Si
4. No

Anexo C. Inventario de depresión de Beck**Inventario de Depresión de Beck**
(BDI2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme

- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Perdida de interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

h

a

c

e

Puntaje Total:

r

.

h

a

c

e

r

.

Anexo D. Formulario de consentimiento informado

Título de la investigación: Prevalencia de depresión y sus factores asociados, en internos de medicina de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, cohorte septiembre – agosto 2022 -2023.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador (1)	<i>Karen Lisseth Avila Regalado</i>	0302896733	Universidad de Cuenca
Investigador (2)	<i>Clara Teresa Campoverde</i>	0104774328	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
<p>De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a usted a participar en este estudio, que se realizará en la Universidad de Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.</p>
Introducción
<p>La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo con descenso del humor, por lo que ocasiona una afectación global de la vida psíquica y es la principal causa de problemas de salud en la población en general² y, más aún, en aquellos que ejercen labores que demanden mayor esfuerzo físico o mental, por ejemplo, los estudiantes universitarios, donde al menos un tercio manifiesta algún tipo de desorden psiquiátrico –1 de cada 5 ha experimentado algún grado de depresión.</p> <p>Determinadas carreras universitarias requieren más dedicación y años de estudio, como medicina, con año de internado implican mayor compromiso y responsabilidad por parte de los estudiantes, debido a la gran carga académica; y al entrar a cursos de clínica, la relación con los pacientes y sus familiares suele resultar, muchas veces, agobiante. Al aumentar las horas de estudio y trabajo, disminuyen las horas de sueño, lo que altera los aspectos personales de la vida diaria del estudiante y, por ende, se ve afectado también su aspecto emocional y se incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor</p>
Objetivo del estudio
<p>En este estudio se plantea conocer el porcentaje de depresión en los internos y cuáles son sus factores asociados.</p>
Descripción de los procedimientos

<p>En este estudio se e aplicará un formulario de recolección de datos y para conocer el nivel de depresiónse usará el Inventario de Depresión de Beck, que se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión, donde se utilizan las siguientes puntuaciones:</p> <p>1-10 Estos altibajos son considerados normales. 11-16 Leve perturbación del estado de ánimo. 17-20 Estados de depresión intermitentes. 21-30 Depresión moderada. 31-40 Depresión grave. + 40 Depresión extrema</p>
<p>Riesgos y beneficios</p> <p>El riesgo que se puede asociar a este estudio es el quebranto de la confidencialidad de datos, no obstante, se ha planificado un sistema de codificación numérico para disminuir caso en su totalidad dicho riesgo Aunque este estudio no traerá un beneficio directo para usted esta investigación, la información que genera, puede aportar beneficios a los demás.</p>
<p>Otras opciones si no participa en el estudio</p> <p>Usted tiene la libertad de participar de elegir no participar en este estudio.</p>
<p>Derechos de los participantes <i>(debe leerse todos los derechos a los participantes)</i></p> <p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempreque sea necesario; 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio; 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 10) Que se respete su intimidad (privacidad); 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
<p>Manejo del material biológico recolectado <i>(si aplica)</i></p> <p>Describa cómo manejará los materiales biológicos que serán recogidos: origen del material, cantidad, donde serán almacenados y procesados, vida útil, y la eliminación del material. Utilice lenguaje sencillo. Si su proyecto de investigación no tiene ninguna colección de material biológico, quite este tema, no haga constar en este formulario.</p>
<p>Información de contacto</p>

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0985198151 que pertenece a Karen Lisseth Avila Regalado o envíe un correo electrónico a karen.avila@ucucuenca.edu.ec

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Ismael Morocho Malla, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec

Anexo E. Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	Meses					RESPONSABLE
	1 Julio	2 Agosto	3 Septiembre	4 Octubre	5 Octubre	
1. Revisión final del protocolo y aprobación	X					INVESTIGADOR ASESOR DIRECTOR
2. Diseño y prueba de instrumentos		X				INVESTIGADOR ASESOR DIRECTOR
3. Recolección de datos			X			INVESTIGADOR
4. Procesamiento y análisis de datos.				X		INVESTIGADOR
5. Informe final					X	INVESTIGADOR ASESOR DIRECTOR