



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**DETECCIÓN DE FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
CUENCA DURANTE 2008 -2009**

Tesis previa a la obtención del título de Medico

AUTORES

Carlos E. Maldonado López

Pedro José Muñoz Vega

Juan Diego Patiño Alvarado

DIRECTOR: Dr. Fernando Estévez A.

ASESORA: Dra. Eulalia Freire

Cuenca - Ecuador

2009

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de depresión y riesgo de comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca en el año 2008 - 2009.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo para lo que se aplicó dos escalas, la de Zung con un punto de corte de 53 puntos que hace referencia a depresión y la escala de Riesgo Suicida de Plutchik con un punto de corte de 6, que nos informó sobre el riesgo de conducta suicida.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 325 estudiantes en los que se encontró una frecuencia de depresión de 9.23% de los cuales el 11.26% correspondían al sexo femenino y 6,62% al sexo masculino, la mayor frecuencia de depresión se encontró en el intervalo de edad comprendido entre los 25 y 29 años con un 31.18%, en cuanto al estado civil se encontró una frecuencia de 16.66% en los estudiantes casados, se pudo observar mayores porcentajes de depresión en los estudiantes que se encontraban cursando el año de internado con un 19.35%; el porcentaje de estudiantes con depresión que perdieron años en la carrera fue de 12.33%.

En cuanto a los resultados obtenidos mediante el test de Plutchik se pudo apreciar que el 8.92% de los encuestados presentan riesgo de comportamiento suicida con un 10,81% de sexo femenino y 6,42% de sexo masculino siendo mayor en los estudiantes casados con un 11,78% y en aquellos con edades entre 20 a 24 años con un 12,86%, de la misma manera se encontró mayor tendencia suicida en los estudiantes que se encontraban cursando el segundo año de la carrera universitaria con un 18.96%. Se apreció una mayor tendencia al comportamiento suicida en aquellos estudiantes que han perdido años en la carrera con un porcentaje del 13,51%

Conclusión: El conocimiento de estos datos es fundamental para tomar iniciativas encaminadas a preservar la salud mental y física de los estudiantes de nuestra facultad.

Palabras Claves: Depresión, Suicidio, Comportamiento Suicida

ABSTRACT

Objective: To know the frequency of depression and suicide risk in the students of the School of Medical Sciences of the University of Cuenca during the 2008 to 2009.

Methodology: A descriptive study was conducted. We use two self applied tests, the Zung scale with a breakpoint of 53 that takes reference to depression and the Plutchik scale with a break point of 6, which gives us information about suicide risk.

Main Results: 325 students were involved in this study in which we found a frequency of depression of 9,23%, 11,26% of those were females and 6,62% were males, depression was common in the interval of age between 25 to 29 year represented by 31,18%, 16,66% were married, 19,35% were coursing the internship year and 12,33% had academic loss. With the Plutchik scale we observed that 8,92% of the population inquired had risk of suicide behavior with 10,81% of females and 6,42 of males, 11,78 were married, suicide tendencies were more common in the age between 20 to 24 years represented by 12,86% and in the students enrolled in the second year with a frequency of 18,96%, finally 13,51% of the students with academic loss had risk of suicide comporment

Conclusion: The knowledge of this data is fundamental to take actions in order to preserve and take care of mental health of the students in our faculty.

Key words: Depression, Suicide, Suicide Comporment

RESPONSABILIDAD

Los resultados y opiniones vertidas en este documento son de responsabilidad de los autores.

Carlos Maldonado López.

Pedro Muñoz Vega.

Juan Patiño Alvarado.

Cuenca, Junio del 2009

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro reconocimiento al Doctor Fernando Estévez y a la Doctora Eulalia Freire, de quienes hemos recibido el ejemplo de lo que es la generosidad, la entrega, y la amistad sincera, brindada con desinterés en el momento más difícil de nuestra vida universitaria.

Agradecemos también la labor de los demás profesores de la Facultad al habernos formado como profesionales y como personas de bien, y a todos quienes fueron un apoyo incondicional para culminar exitosamente nuestra carrera.

Los Autores.

CONTENIDO

CAPITULO I

<u>INTRODUCCION.....</u>	<u>8</u>
<u>JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.....</u>	<u>11</u>
<u>FUNDAMENTO TEORICO.....</u>	<u>13</u>
<u>Trastornos Depresivos.....</u>	<u>13</u>
<u>ETIOLOGÍA.....</u>	<u>13</u>
<u>DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN</u>	<u>16</u>
<u>FACTORES DE RIESGO.....</u>	<u>20</u>
<u>ESCALA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA.....</u>	<u>21</u>
<u>MANEJO DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA.....</u>	<u>22</u>
<u>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....</u>	<u>24</u>
<u>METODOLOGIA.....</u>	<u>24</u>
<u>4.1 Tipo de estudio.....</u>	<u>24</u>
<u>4.2 Universo.....</u>	<u>24</u>
<u>4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....</u>	<u>25</u>
<u>4.7 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables:.....</u>	<u>26</u>
<u>4.8 Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....</u>	<u>26</u>
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>27</u>
<u>FRECUENCIA DE DEPRESIÓN.....</u>	<u>29</u>
<u>DEPRESIÓN Y SEXO.....</u>	<u>30</u>
<u>DEPRESIÓN Y EDAD.....</u>	<u>31</u>
<u>DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL.....</u>	<u>32</u>
<u>DEPRESIÓN Y PROCEDENCIA</u>	<u>33</u>
<u>DEPRESIÓN Y PÉRDIDA DE AÑOS EN LA CARRERA</u>	<u>34</u>
<u>DEPRESIÓN Y AÑO CURSADO DE CARRERA</u>	<u>35</u>
<u>COMPORTAMIENTO SUICIDA.....</u>	<u>36</u>
<u>COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SEXO.....</u>	<u>37</u>

<u>COMPORTAMIENTO SUICIDA Y EDAD.....</u>	<u>38</u>
<u>COMPORTAMIENTO SUICIDA Y ESTADO CIVIL.....</u>	<u>39</u>
<u>COMPORTAMIENTO SUICIDA Y PROCEDENCIA.....</u>	<u>40</u>
<u>COMPORTAMIENTO SUICIDA Y PÉRDIDA DE AÑOS EN LA CARRERA.....</u>	<u>41</u>
<u>COMPORTAMIENTO SUICIDA Y AÑO CURSADO DE LA CARRERA.....</u>	<u>42</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>43</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>47</u>
<u>RECOMENDACIONES.....</u>	<u>47</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</u>	<u>49</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>52</u>
<u>ANEXO No 1.....</u>	<u>52</u>
<u>ANEXO No 3.....</u>	<u>54</u>
<u>ANEXO No 4.....</u>	<u>54</u>
<u>ANEXO No 5.....</u>	<u>57</u>
<u>ANEXO No 6.....</u>	<u>59</u>
<u>ANEXO No 7.....</u>	<u>60</u>

CAPITULO I

INTRODUCCION

La salud mental en el mundo es, ante todo, una cuestión de bienestar social, económico y político, los nexos entre las fuerzas sociales y la enfermedad son complejos y variados. Su examen cuidadoso sugiere que la salud mental casi siempre está relacionada con aspectos más generales, vinculados con la solvencia económica de la familia o comunidad, el ambiente en el que vive el individuo y en el que se desenvuelve, así como el nivel de estrés al que esté sometido ya sea en el ámbito familiar, educacional y social. (1)

La depresión es uno de los más frecuentes trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital como la adolescencia, menopausia o andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser los más afectados. Diversos estudios han relacionado estos desórdenes con factores psicosociales y familiares, así como aquellos que se refieren al estrés académico (1,2) demostrando que se encuentran significativamente presentes entre los estudiantes universitarios. (3,4)

El inicio, desarrollo y duración de esta patología se relaciona con la presencia de factores personales y psicosociales que a su vez determinan la aparición de trastornos psicológicos entre los estudiantes universitarios y su contexto familiar lo cual repercute en su estado psicológico. Las relaciones con los padres, los vínculos familiares, (5,6) la cohesión o conflictividad familiar y las relaciones intergeneracionales, (4,8) son variables vinculadas al estado de salud mental de los estudiantes y de los jóvenes en general.

Los trastornos depresivos tienen una relación directa con el comportamiento suicida (7) que es un problema de salud pública muy importante el cual provoca casi un millón de víctimas al año, además de costos económicos cifrados en miles

de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS); Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 a 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales.(9)

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen. Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva (10). Existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo (11).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de suicidios es a menudo subestimado, cifras que varían de país a país, dependiendo principalmente de las formas en que se lo estudie. Otras razones para la subestimación incluyen el estigma, los factores sociales y políticos y el desconocimiento en el sentido que esta condición también es un diagnóstico, lo que significa que puede que algunos suicidios se reporten bajo el disfraz de accidentes o muerte por causas indeterminadas. Se cree que el alcance de esta subestimación es 20-25% en personas de edad y 6-12% en otras (12). No existen a nivel mundial, registros oficiales de comportamiento suicida no fatal (intentos de suicidio), en gran parte porque en promedio sólo alrededor del 25 % de quienes lo intentan necesitan o buscan atención médica. (13)

Las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud para el año 2020 refieren que la depresión será la segunda causa de incapacidad laboral en el mundo, esta proyección es alarmante, debe preocupar a las personas vinculadas en el ámbito de la salud y sobre todo fomentar una cultura de prevención en la que se involucren factores sociales y culturales. Los trastornos depresivos no solo afectan a la persona que padece esta patología sino también al grupo familiar en el que se desenvuelve el sujeto.

En un estudio realizado en Colombia sobre prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en estudiantes de pregrado en el año 2000 con una muestra de 625 estudiantes se obtuvo una prevalencia de depresión del 49.8% con una ideación suicida de un 41%. (15)

En el ámbito universitario se genera una serie de factores que aumentan el riesgo de depresión e incrementan la posibilidad de un comportamiento suicida como son: evaluaciones académicas a los estudiantes, autoritarismo pedagógico, fracasos académicos, problemas de adaptación a la universidad, a otra ciudad y a otras familias, Todos los factores anteriores sumados a la dificultad para dar cumplimiento a las expectativas que el estudiante tiene respecto a la universidad y su carrera podrían predisponer a depresión y comportamiento suicida. (16)

El reconocer e identificar los posibles factores de riesgo nos permitirá difundir los resultados para reducirlos a través de la práctica de medidas preventivas o solicitar apoyo especializado oportuno en el caso que se necesite.

JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

El presente estudio permitirá conocer la frecuencia de depresión y comportamiento suicida en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

Estas patologías representan un grave problema de Salud Pública que requiere ser atendido, sin embargo su prevención y control no son tarea fácil, ya que comprende una serie de actividades que van desde la provisión de condiciones adecuadas para el estudio y que incluyan un trato justo y humano a los estudiantes, encaminados a prevenir estados de ansiedad y/o depresión, unido a un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz de los mismos, la difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de atención integral vinculados con la prevención en salud. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

Conocer la frecuencia de depresión y riesgo suicida en los estudiantes alertará a las autoridades y a los profesores que son parte del Departamento de Bienestar Estudiantil sobre estos problemas de salud, para evitar de esta forma futuras complicaciones irremediables.

Esperamos que estudios como el nuestro constituyan la base para estudios posteriores que busquen las causas de la depresión y comportamiento suicida en los estudiantes de la Escuela de Medicina.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO

Trastornos Depresivos

La depresión es un trastorno complejo, cuyo componente fundamental es una alteración distrófica del afecto, de origen multicausal, al que puede asociarse: manifestaciones emocionales, del pensamiento, somáticas o vegetativas.(18) En resumen la depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, y alteran de manera irreversible los circuitos cerebrales de recompensa y castigo con las siguientes características: Tristeza, angustia, infelicidad, hiperalgesia, insomnio, disminución o aumento del apetito, agitación psicomotriz y disminución de la actividad sexual.

Etiología

La teoría más aceptada acerca de la etiología de la depresión establece que se debe a un déficit de catecolaminas, entre la principal tenemos a la dopamina, la formación de esta catecolamina se inicia en el organismo a partir de la fenilamina, que ha de ser necesariamente obtenida de la dieta, puesto que se trata de un aminoácido esencial. Las situaciones agudas de estrés aumentan inicialmente tanto la actividad de la tirosin-hidroxilasa como de la dopamin-beta-hidroxilasa, acelerando así las síntesis de catecolaminas. Sin embargo si el estrés se prolonga más allá de cierto nivel de tolerancia la respuesta se revierte y disminuye la actividad de las enzimas, y con ella la síntesis de catecolaminas.(19)

Debido a que en las depresiones se puede observar una baja de norepinefrina y en las manías se puede observar un aumento de esta, incluso se piensa que la deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que usan dicho transmisor, lo cual produciría una disminución de monoamino-oxidasa, se pudo entender mejor este sistema al ver que los antidepresivos tricíclicos

disminuyen la recaptación del neurotransmisor y permitan que esté más tiempo en la hendidura sináptica, permitiendo un mayor tiempo para su uso. (19)

Además existen otros sistemas que intervienen en la depresión entre ellos están los neuropéptidos los cuales son sustancias de naturaleza peptídica producidas en el Sistema Nervioso cuya concentración es particularmente elevada en el sistema límbico y en el hipotálamo. Los neuropéptidos descubiertos a la fecha, pueden clasificarse en tres familias: hormonas hipotalámicas, hormonas hipofisarias, y opiáceos endógenos. La actividad más relevante de estas sustancias es la neuromodulación, definida como la “facilitación o inhibición de la acción simpática de los neurotransmisores”. Algunos neuropéptidos pueden ser segregados a la circula¹ general, ejerciendo a distancia su acción de tipo hormonal, mientras que en el cerebro actúan como moduladores de las catecolaminas, y por lo tanto como reguladores del estado afectivo.

En los trastornos depresivos se ven anomalías de función neuroendocrina, al ver que en síntomas del síndrome clínico se aprecia una disminución de la función hipotalámica, además las monoaminas regulan las células endocrinas hipotalámicas, en investigaciones de cuadros depresivos más severos se ha podido apreciar anomalías en el cortisol, observándose un trastorno circadiano con un aumento en la excreción durante la tarde y en horas tempranas de la noche, y en las primeras horas de la mañana, horas en que las tasas hormonales deberían ser bajas, en la hormona de crecimiento hay un estado persistente incluso después de la depresión de disminución de secreción durante el sueño y finalmente se puede apreciar cuadros depresivos relacionados con la disminución de secreción de la hormona tiroidea, a lo que se ha podido demostrar que la T3 tiene un efecto potenciador de los antidepresivos.

Desde hace tiempo se ha observado que los enfermos con hipotiroidismo son propensos a estados depresivos, mientras que los hipertiroideos muestran hiperactividad que puede llegar a semejar estados sicóticos de tipo maníaco.

La secreción de la Hormona del Crecimiento (GH) en 24 horas en un sujeto normal muestra un pico nocturno después del adormecimiento y antes de la aparición de la primera fase del sueño REM. El pico de GH está generalmente asociado al sueño delta. En los pacientes deprimidos se ha detectado una hipersecreción diurna de la GH por otra parte, es interesante que niños que muestran un estado depresivo secundario a deprivación afectiva, tengan un aplanamiento en la curva de secreción de esta hormona, con disminución neta de su producción total. La corrección del estado depresivo por medidas psicosociales restaura la secreción de GH a niveles normales. Hormona de crecimiento y depresión.(21)

La hormona de crecimiento. Los pacientes deprimidos demuestran un aplanamiento del ritmo diurno de secreción de GH, especialmente el pico nocturno. Este aplanamiento puede ser debido al sueño interrumpido que acompaña a la depresión. Una respuesta aplanada de GH a estímulos provocadores, tales como el uso de clonidina, el estrés y la hipoglucemia también han sido notados en pacientes deprimidos.

Manifestaciones de depresión.

Alteración del sueño: La depresión produce una inhibición de liberación de la acetilcolina y noradrenalina a nivel de los núcleos del rafe medio, esto produce una alteración a nivel del núcleo supraquiasmático, produciendo trastornos en los ritmos circadianos, no se produce la inhibición de las neuronas colinérgicas, falta de sueño de ondas lentas y falta de sueño REM.

Alteración del sistema de analgesia.: La falta de liberación de la serotonina por los núcleos del rafe medio no va a permitir que se produzca la liberación en los cuernos posteriores de la medula espinal, por tanto no se produce una inhibición del dolor, porque no se puede inhibir la liberación de la sustancia P

Alteración de las funciones psicomotoras: La depresión genera la activación de los centros hipotalámicos del castigo, paraventricular y supraóptico lo cual

producirá sentimientos de pánico, angustia y terror, dando como resultado final un agitación psicomotora y una tendencia a huir.

Alteración en el apetito: La serotonina como ya vimos se produce a base de triptófano, si hay carencia de este, el déficit de serotonina induce al núcleo ventromedial para que actúe de dos formas, una debido al déficit produzca hambre para compensar la baja de triptófano, o se produzca una inhibición del núcleo ventromedial produciendo hiporexia. (22)

Diagnóstico de la depresión

Basándose en los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), se establece que un paciente tiene depresión mayor cuando presenta 5 o más síntomas depresivos en el que incluyan el primero o segundo síntoma durante dos semanas o más. Depresión menor se diagnostica cuando presenta de 2 a 4 síntomas depresivos incluyendo el primero y segundo síntoma durante dos semanas o más. Se diagnostica de distimia cuando presenta 3 o 4 síntomas distímicos, incluyendo un síntoma depresivo (el primero) por dos años o más.

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos de un estado depresivo:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días indicado al paciente como (se siente triste o vacío), o la observación hecha por otros (paciente lloroso).
2. Pérdida del Interés o placer casi en todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida o aumento de peso significantes sin estar en dieta. (5% de peso por mes). O disminución o aumento del apetito caso todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento.)

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de minusvalía de culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días.
8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento de suicidio.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con condiciones no psiquiátricas como duelo, divorcio que si persisten por más de dos meses se establece un diagnóstico de depresión mayor. Además de trastornos de adaptación, trastorno bipolar, otras enfermedades psiquiátricas, orgánicas o secundarias a drogas bien sea por abuso o por condición médica. (24).

Escala para el diagnóstico de depresión.

Escala de Zung. Este Test se diseñó para la determinación de severidad de un episodio depresivo mayor, en pacientes psiquiátricos hospitalizados y se publicó en 1965. Sin embargo, la escala se ha utilizado como instrumento de identificación de posibles casos de algún episodio depresivo mayor en personas hospitalizadas por enfermedades médicas y en la población general. (25)

La escala consta de 20 ítems. 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems.

En un reciente estudio, el que tiene por objetivo establecer la validez del test de Zung, realizado en Colombia en el año 2005, con el universo de 5687 estudiantes de diferentes carreras universitarias, de los cuales a 138 estudiantes se les aplicó la escala de Zung, posteriormente se realizó una entrevista estructurada con un especialista basado en criterios de DSM IV. Los resultados de este estudio

muestran que la escala de Zung presenta las siguientes propiedades psicométricas: el alfa de Cronbach fue 0.875, la sensibilidad 0.96, la especificidad 0.71, kappa 0.441 y el área bajo de la curva ROC 0.86 para un punto de corte de 53. Lo que indica que tiene excelente consistencia interna y sensibilidad, así como buena especificidad como instrumento de tamización de trastornos depresivos. (26)

Evaluación y manejo de la depresión.

Se recomienda la utilización de cuestionarios previamente establecidos para la evaluación de pacientes con posible depresión clínica. Una vez realizada la entrevista se deben analizar los datos obtenidos con puntajes estandarizados, si el cuestionario demuestra que el paciente se encuentra deprimido, debe ser evaluado más cuidadosamente en siguientes entrevistas para de esta forma asegurar un diagnóstico certero. (20). Una vez diagnosticada la depresión, factores adicionales que puedan afectar el tratamiento deben ser identificados. Primero se debe explorar la aceptación y el entendimiento por parte del paciente en relación con su diagnóstico debido a que esto puede afectar la adherencia al tratamiento. Posteriormente se debe elegir el tratamiento basándose en terapias previas y éxitos y fracasos de las mismas. Esto es particularmente importante para el uso de farmacoterapia con drogas antidepresivas. Finalmente se debe analizar el número de episodios ya que la duración del tratamiento se relaciona directamente con el número de episodios experimentados por el paciente. (27)

El tratamiento de la depresión se basa en un grupo variado de agentes terapéuticos antidepresivos, en parte porque la depresión es un síndrome complejo de gravedad también muy variable. Los primeros fármacos que se utilizaron con buenos resultados fueron los antidepresivos tricíclicos, que ejercen una gran variedad de efectos neurofarmacológicos, además de su acción primaria supuesta, que es inhibir la captación de noradrenalina y serotonina en las terminaciones nerviosas, lo que da por resultado facilitación sostenida de la función noradrenérgica en el encéfalo, se han empleado también inhibidores de la

monoaminooxidasa, que incrementan las concentraciones cerebrales de muchas aminas. Recientemente aparecieron una nueva serie de medicamentos con muy buenos resultados, entre ellos varios inhibidores del transportador de neurotransmisores, que bloquean selectivamente la receptación de serotonina.

La terapéutica a seguir será distinta para cada paciente, dependiendo de su evolución y del tipo de depresión que padezca, por lo tanto el tratamiento deberá ser individual y selectivo para cada caso.

Comportamiento Suicida

El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares. (22)

Las ideas suicidas que consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. Estas ideas pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

–Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

–Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

–Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en

consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

–El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir. (23)

Factores de riesgo

Entre los factores que favorecen el desarrollo del proceso suicida, tenemos:

1. Trastornos mentales. Los estudios realizados en países en vías de desarrollo y desarrollados revelan dos factores:

- La mayoría de las personas que cometen suicidio presentan un trastorno mental diagnosticable,
- El suicidio y los comportamientos suicidas son más frecuentes en pacientes psiquiátricos.

Los diferentes grupos de diagnóstico, en orden descendente de riesgo de suicidio, son: Depresión, trastornos de personalidad, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno mental orgánico y otros trastornos mentales.

2. Factores socio demográficos

Sexo.- Más varones que mujeres cometen suicidio, pero más mujeres intentan suicidarse.

Edad.- La tasa de suicidio tiene dos crestas: los jóvenes (15-35 años); y los adultos mayores (más de 75 años).

Estado Civil.- Las personas divorciadas, viudas y solteras corren mayor riesgo que las casadas. Las que viven solas o están separadas son más vulnerables.

Ocupación.- Los médicos, veterinarios, farmacéutas, químicos y granjeros tienen tasas de suicidio por encima del promedio.

Desempleo.- Se ha encontrado que la pérdida del trabajo, en vez del estatus de las personas desempleadas, está asociada con el suicidio.

Migración.- Las personas que se han mudado de un área rural a una urbana o a una región o país diferente, son más vulnerables al comportamiento suicida.

3. Factores medioambientales. La mayoría de los que cometen suicidio han experimentado acontecimientos estresantes en los 3 meses previos al suicidio, tales como: riñas entre cónyuges, familia, amigos, amantes; separación de la familia y amigos, pérdidas de seres queridos, problemas laborales y financieros y otros acontecimientos estresantes como la vergüenza y el temor a ser encontrado culpable.

4. Exposición previa al suicidio. Una pequeña porción de los suicidios corresponde a adolescentes vulnerables que están expuestos al suicidio en la vida real o a través de los medios y pueden ser influenciados para asumir un comportamiento suicida. La televisión influye en el comportamiento suicida. Se ha visto un aumento en los suicidios hasta 10 días después de los informes sobre casos de suicidio en las noticias. Las historias altamente publicitadas que aparecen en múltiples programas por los canales parecen tener el mayor impacto, en especial si involucran a celebridades. (24)

Escala para el diagnóstico del comportamiento suicida.

Escala de Plutchik. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos suicidas previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas (27).

La interpretación se realiza a mayor puntuación mayor riesgo por lo que según estudios españoles estableció las siguientes propiedades psicométricas: Consistencia interna: $\alpha=0,90$; Fiabilidad test-retest: 0,89; Sensibilidad y especificidad del 88%, para un punto de corte en 6, lo que ratifica su validez. (28, 29)

Manejo del comportamiento suicida

El manejo se basa esencialmente en tratar la patología depresiva de base y en potenciar los factores protectores entre los cuales tenemos:

- 1- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la comunidad de forma positiva y tener criterio de pertenencia. Logrando una auténtica identidad cultural.
- 2- Desarrollar inteligencia y habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas en las que salga triunfador; destacar sus éxitos y sacar experiencias positivas de los fracasos.
- 3- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “destino”, como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: “Tú eres el resultado de ti mismo”.
- 4- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad, aprendiendo a renunciar cuando sea necesario.
- 5- Tener buena autoestima, autoimagen, confianza en sí mismo y suficiencia.
- 6- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a los padres, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote, etc.
- 7- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento, y también ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.

- 8- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- 9- Emplear adecuada y sanamente el tiempo libre, evitando el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, fármacos, etc.)
- 10-Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- 11-Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

CAPITULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia de depresión y riesgo de comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca en el año 2008 - 2009.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar en la muestra de investigación las variables depresión y comportamiento suicida en relación con:

- Variables socio-demográficas: Intervalos de edad, sexo, estado civil, procedencia.
- Nivel académico: año cursado de la carrera y pérdida de años en la carrera universitaria.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, se utilizó la estadística descriptiva por medio de frecuencias y porcentajes.

4.2 Universo

Estudiantes inscritos en la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de Cuenca durante el periodo lectivo 2008 – 2009. (Anexo 1).

4.3 Tamaño y Selección de la Muestra:

El universo fue de 1482 estudiantes inscritos en el periodo lectivo 2008-2009, la muestra fue calculada por medio del programa Epi info. (OMS) con una frecuencia esperada de 49,8% (15) y un índice de confianza de 95% resultando una muestra de 325 estudiantes escogidos al azar mediante el programa (randomization), a los cuales se les aplicó las dos escalas, en caso de negarse el estudiante se procedió con el siguiente estudiante del mismo sexo según la lista del curso.

4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Inclusión**

Estudiantes inscritos en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca durante el período 2008 - 2009 seleccionados de la muestra y que acepten voluntariamente se les aplique las dos escalas.

- **Exclusión:**

Aquellos estudiantes que siendo seleccionados al azar no acepten que se les aplique alguna de las escalas.

4.5 Variables

- Biológicas: Edad, sexo.
- Demográficos: procedencia.
- Sociales: Estado civil, pérdida de año lectivo, año en el que cursa.
- Características de depresión
- Características de comportamiento suicida.

Operacionalización de las variables. (Anexo 2).

4.6 Métodos y Técnicas

Para el estudio se utilizaron dos escalas:

La primera hace referencia a los trastornos depresivos, la escala de Zung, con un punto de corte de 53 puntos; Quienes obtuvieron este valor o uno mayor fueron considerados depresivos.

La segunda, la escala de Riesgo Suicida de Plutchik, con un punto de corte de 6 puntos, que nos dio información sobre la conducta suicida, es decir quienes

obtuvieron en la encuesta 6 puntos o más fueron considerados como estudiantes con riesgo suicida.

La técnica fue a través de los dos test autoaplicados, que se aplicó a los estudiantes que pertenecieron a la muestra, luego de lo cual se analizó los resultados. (Anexos 3, 4, y 5)

4.7 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables:

Para el análisis de los resultados se realizaron:

- Tablas simples para las variables: Edad, sexo, Estado civil, procedencia, años perdidos en la carrera universitaria, año que cursa en la carrera.
- En las tablas se indicó el porcentaje y frecuencia de las variables mencionadas.
- Se realizaron gráficos de barras o los correspondientes al tipo de variable.
- Análisis de datos: La base de datos, fue tabulada en el programa Excel el mismo que se uso para realizar las tablas con sus respectivos gráficos.
- Se utilizaron medidas estadísticas como frecuencia, porcentaje y el chi cuadrado.

4.8 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Para garantizar los aspectos éticos, las personas que participaron en este estudio debieron firmar el consentimiento informado (Anexo N° 6), el mismo que fue aprobado por el Comité de Ética al momento de la aprobación del protocolo de la tesis, y que estuvo compuesto por los siguientes aspectos:

- La voluntad de participar
- Objetivo de la investigación
- Los procedimientos a los que se sometería
- El tiempo que duraría el estudio
- Los riesgos y beneficios
- La confidencialidad de la información
 - Los derechos como participante

CAPITULO V

RESULTADOS

Cuadro No.1		
CARACTERISTICAS GENERALES DEL GRUPO ESTUDIADO		
	NUMERO	PORCENTAJE
SEXO		
Masculino	136	42
Femenino	189	58
EDAD		
17 – 19	148	45,54
20 – 24	171	52,62
25 – 29	6	1,85
ESTADO CIVIL		
Casado	18	5,54
Divorciado	2	0,62
Soltero	304	93,54
Viudo	1	0,31
PROCEDENCIA		
Cuenca	230	70,76
Otros	95	29,24
PERDIDA DE AÑOS		
No ha perdido	252	77,54
Si ha perdido	73	22,46
AÑO CURSADO DE CARRERA		
Primero	107	32,9
Segundo	58	17,9
Tercero	49	15,0
Cuarto	42	12,8
Quinto	38	11,8
Internado	31	9,6

En el estudio se incluyó una muestra de 325 alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad d de Cuenca, escogidos al azar, de los cuales del sexo femenino corresponde un 58% (189) y de sexo masculino un 42% (136). En la edad, los estudiantes comprendidos entre los 20 a 24 años de edad, representaron un 52,62% (171 estudiantes). Entre los de 17 a 19 años hay un porcentaje de 45,54% (148 estudiantes). Y con una mínima muestra comprendida entre los 25 a 29 años de 1.85 (6 estudiantes).

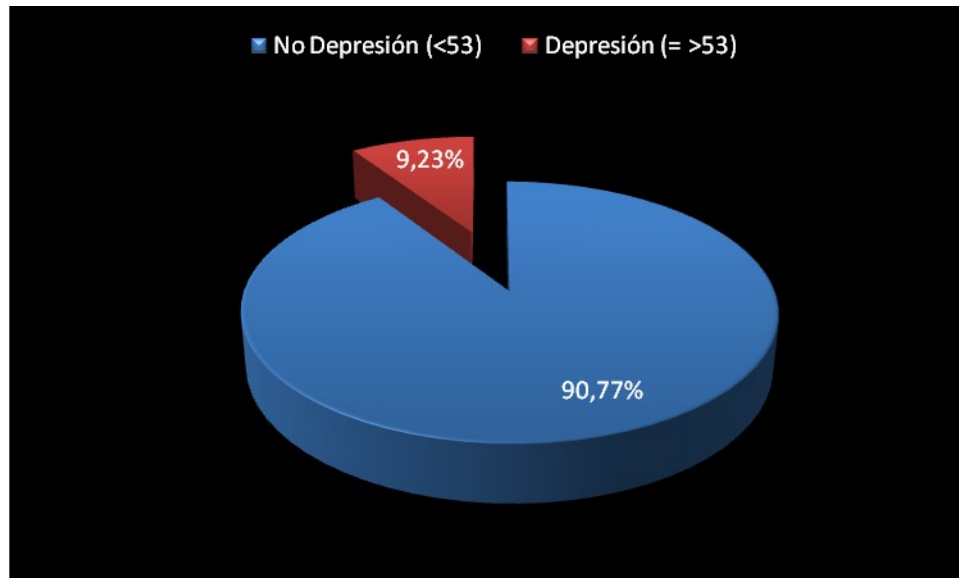
La muestra estuvo compuesta por un 93.54% de solteros (304 estudiantes). El grupo de casados representó un 5.54% (18 estudiantes). El grupo de divorciados correspondió a un 0.62% (2 estudiantes) y solo un estudiante viudo que corresponde al 0.31%. El 70.76% de la muestra (230 estudiantes) procede de la ciudad de Cuenca, y el 29.24% (95 estudiantes) de otros lugares. Un 77,54% (252 estudiantes) respondieron que no habían perdido ningún año. Mientras que 73 estudiantes es decir un 22.46% dieron una respuesta afirmativa a la pregunta.

Los alumnos de primer año conformaron un 32.9% (107 estudiantes), los de segundo un 17.9% es decir 58 estudiantes. De tercer año un 15% (49 estudiantes). De cuarto año 12.8%, que equivalente a 42 estudiantes, de quinto año un 11.8% (38 estudiantes) Y del último año de la carrera, el internado, 31 estudiantes equivalente a un 9.6% formaron parte del estudio.

Los resultados obtenidos del estudio descriptivo Detección de Frecuencia de Depresión y Comportamiento Suicida en estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca durante 2008-2009 se presentarán en dos componentes, el primero sobre la estadística descriptiva encontrada en relación a la Depresión y el segundo acerca del Riesgo de Comportamiento Suicida.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN

Grafico No. 2
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en el Test de Zung

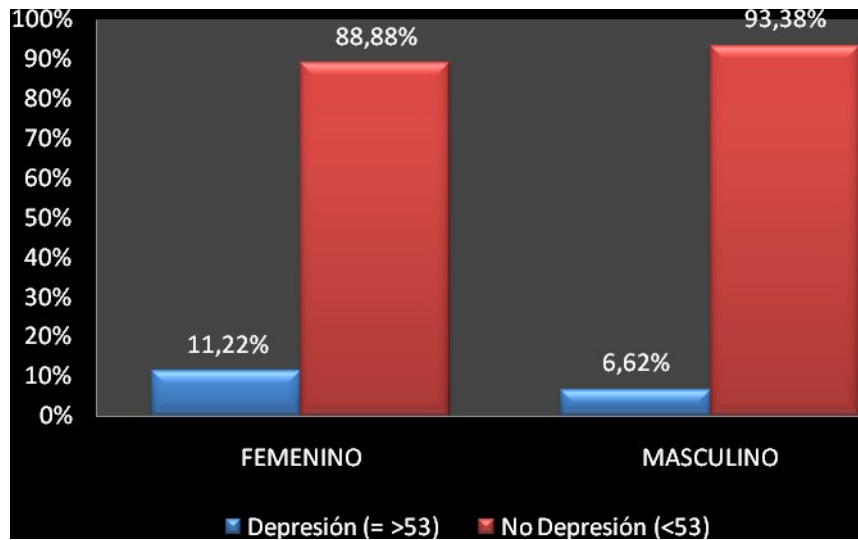


Fuente: Cuadro No. 2
Elaboración: Los investigadores.

Con un punto de corte de 53 puntos en la que a los estudiantes que tengan dicho valor o más se le diagnostica de depresión, luego de las encuestas realizadas a los 325 estudiantes se vio que un 9.23% de los encuestados tiene depresión. Mientras que el restante 90.77% obtuvo un valor inferior al del corte. Por lo tanto la frecuencia de depresión en el estudio es de un 9.23%.

DEPRESIÓN Y SEXO

Grafico No. 3
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Sexo



$$X^2= 1,91 (p:>0,005)$$

Fuente: Cuadro No 3

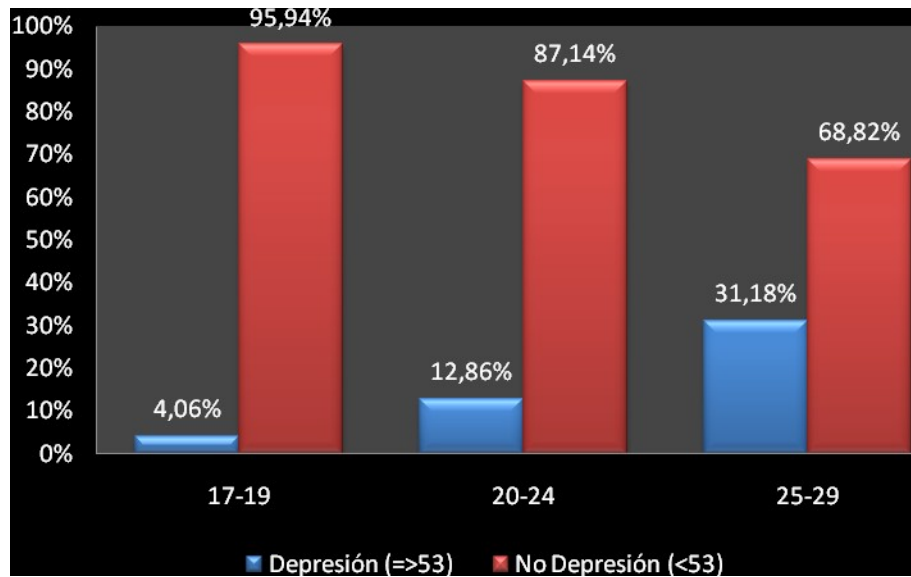
Elaboración: Los investigadores.

De las mujeres encuestadas, sufren de depresión un 11.22%. Mientras que el 6.62 % de los hombres sufren de esta patología.

Mediante el análisis de chi cuadrado ($X^2= 1,91$ $p:>0,005$) se puede observar que no existe relación estadísticamente significativa entre depresión y sexo.

DEPRESIÓN Y EDAD

Grafico No. 4
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Edad



$$X^2 = 19,85 (p:>0,005)$$

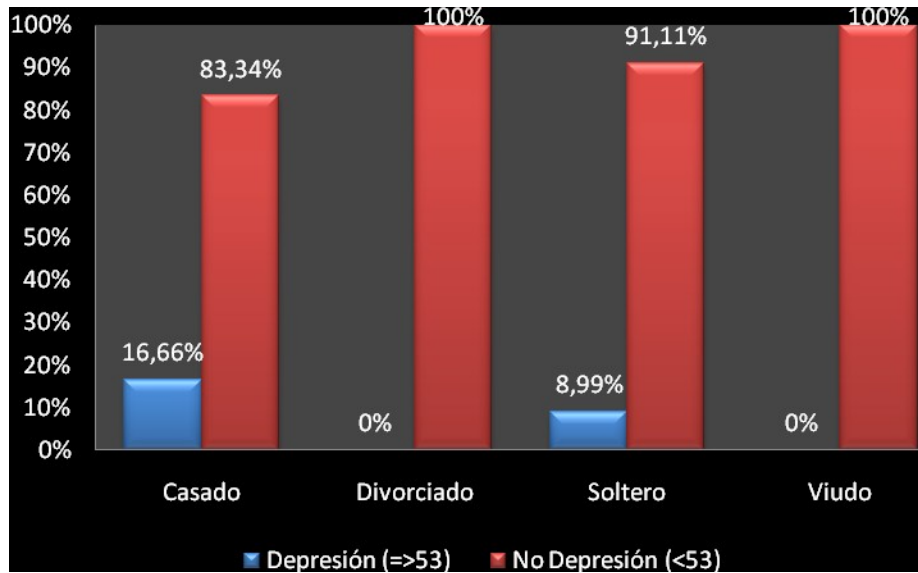
Fuente: Cuadro No 4
Elaboración: Los investigadores.

Se puede observar que un 4.06% de personas comprendidas entre los 17 y 19 años presentan depresión. El 12.86 % de los estudiantes entre 20 y 24 años sufren de depresión. Y el 31.18% de los estudiantes entre 25 y 29 años tiene este trastorno.

Según el análisis del chi cuadrado ($X^2= 19,85 p:>0,005$) se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables.

DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL

Grafico No. 5
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Estado Civil



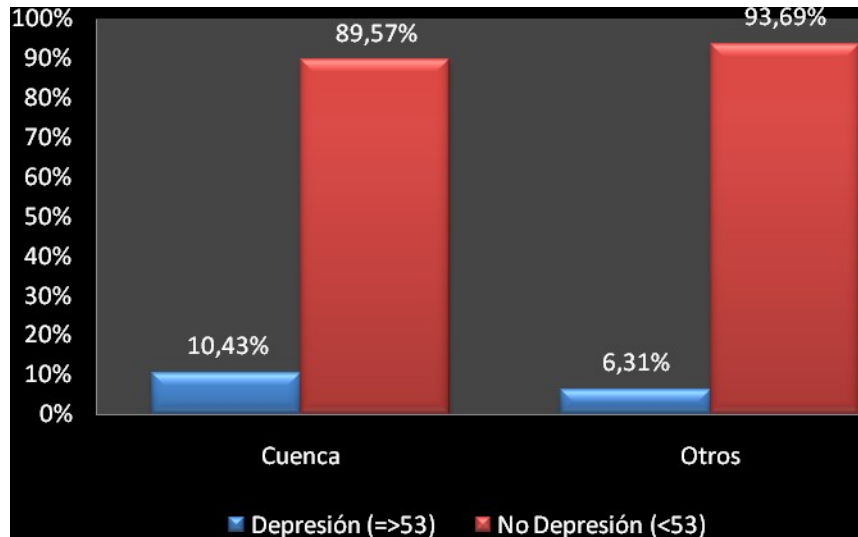
$$X^2 = 1,53 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 5
Elaboración: Los investigadores.

Al analizar la frecuencia de depresión con el estado civil de los participantes, se observa que el grupo de casados presenta una frecuencia del 16.66% de depresión, los solteros presentan una frecuencia de 8.99% para este trastorno. Ningún divorciado ni viudo presenta esta patología. No existiendo diferencia estadística significativa en cuanto a depresión y estado civil.

DEPRESIÓN Y PROCEDENCIA

Grafico No. 6
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Procedencia



$$X^2 = 1,36 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 6

Elaboración: Los investigadores.

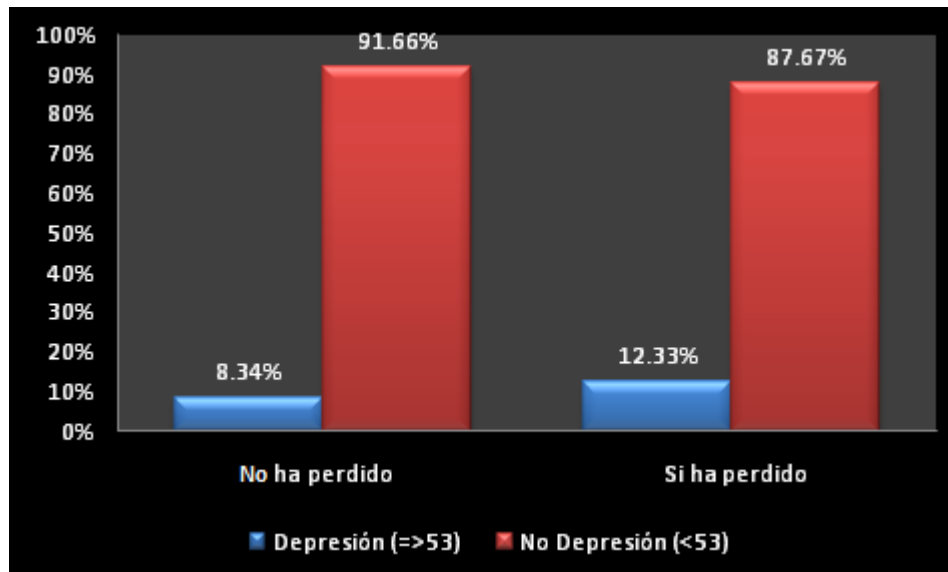
De los estudiantes que proceden de Cuenca, 10.43% de personas tienen depresión. El 6.31% de los encuestados procedentes de otros lugares sufren depresión.

Según el análisis del chi cuadrado ($X^2 = 1,36$ p:>0,005) se puede observar que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

DEPRESIÓN Y PÉRDIDA DE AÑOS EN LA CARRERA

Grafico No. 7

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Pérdida de Años en la Carrera



$$X^2 = 1,24 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 7

Elaboración: Los investigadores.

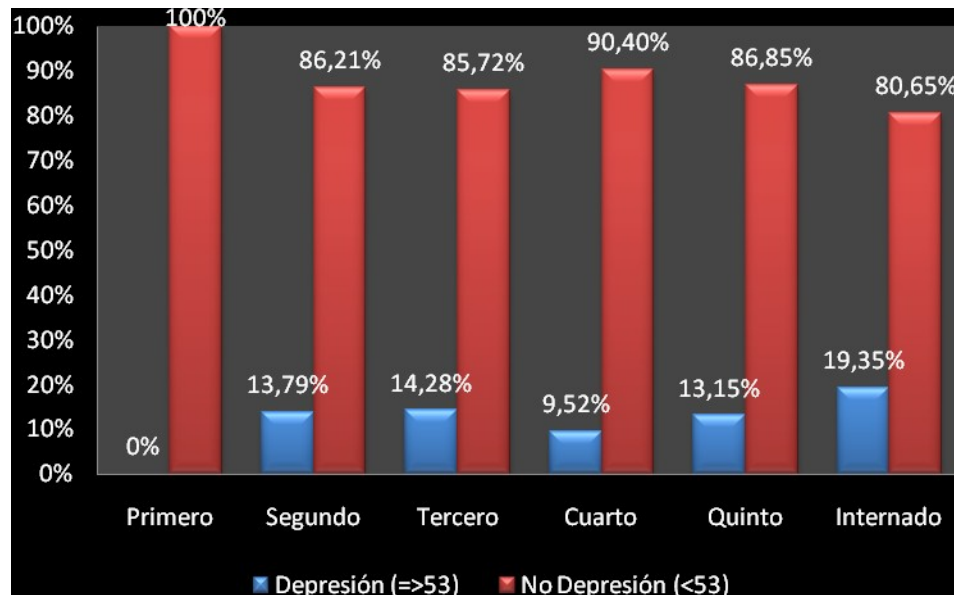
Relacionado la frecuencia de depresión con la pérdida de años en la carrera, 12.33% de los estudiantes que han perdido algún año presentan depresión. Mientras que el grupo que no ha perdido ningún año de estudio presenta una frecuencia del 8.34%.

No existiendo diferencia estadística significativa entre depresión y años perdidos de carrera.

DEPRESIÓN Y AÑO CURSADO DE CARRERA

Grafico No. 8

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Año Cursado de Carrera



$$X^2 = 18,31 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 8

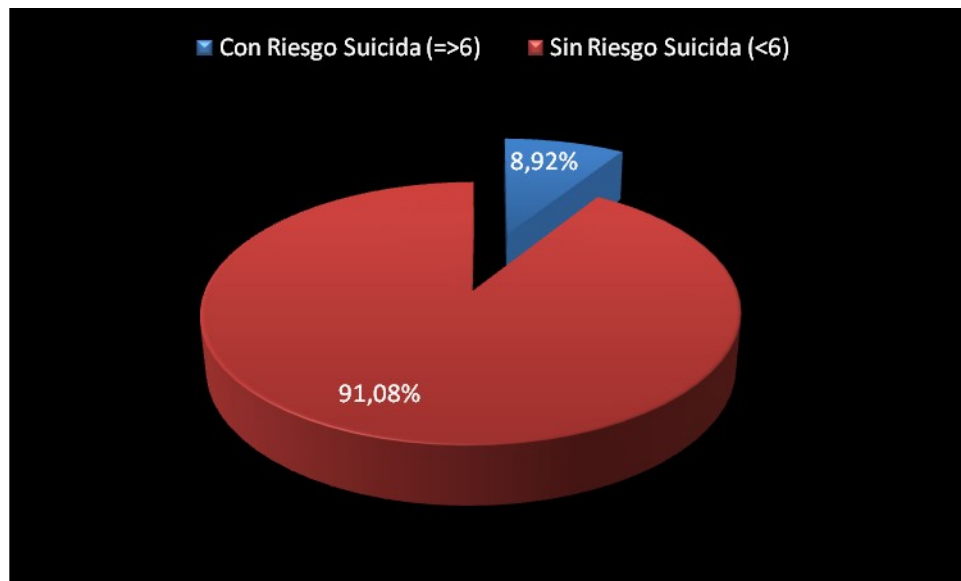
Elaboración: Los investigadores.

Si analizamos la depresión con el año cursado de estudio, se observó que en el primer año no hay ningún estudiante que sufra de depresión, mientras que en la muestra de segundo año un 13.79% padece depresión. En tercer año 14.28% de los estudiantes encuestados obtuvieron un valor mayor a 53 puntos. 9.52% de los estudiantes de cuarto año también obtuvieron un valor que los define como depresivos, así en quinto año el porcentaje es de 13.15 y en el año de internado 19.35% siendo el año con mayor porcentaje de depresión.

Mediante el análisis de chi cuadrado ($X^2= 18,31$ p:>0,005) se puede apreciar que existe relación estadísticamente significativa entre depresión y el año cursado de la carrera.

COMPORTAMIENTO SUICIDA.

Grafico No 9
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik



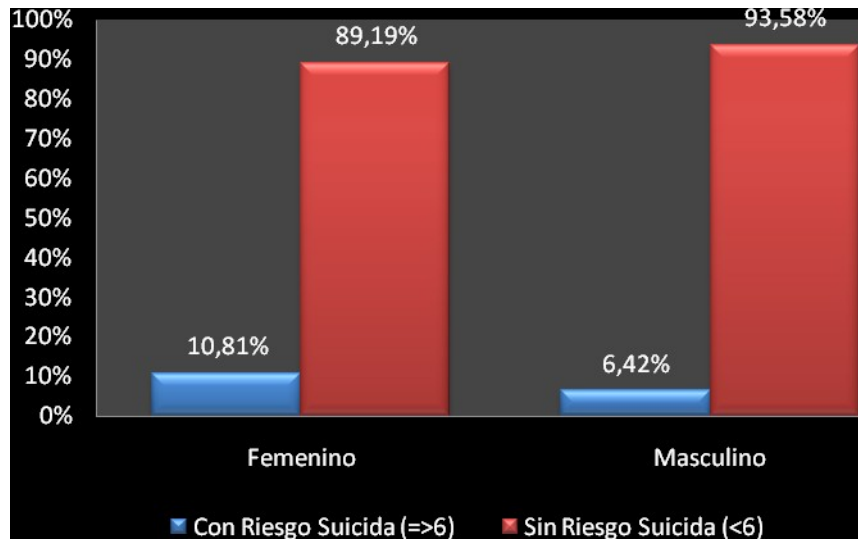
Fuente: Cuadro No 9
Elaboración: Los investigadores.

Con un punto de corte de 6 puntos, en la que a los estudiantes que tengan dicho valor o más se le diagnostica de comportamiento suicida, luego de las encuestas realizadas a los 325 estudiantes se vio que un 8.92% de los encuestados tienen depresión. Mientras que el restante 91.08% obtuvieron un valor inferior al del corte.

Por lo tanto el comportamiento suicida en el estudio tiene una tasa del 9.23%.

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SEXO

Grafico No. 10
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Sexo



$$X^2 = 1,88 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 10

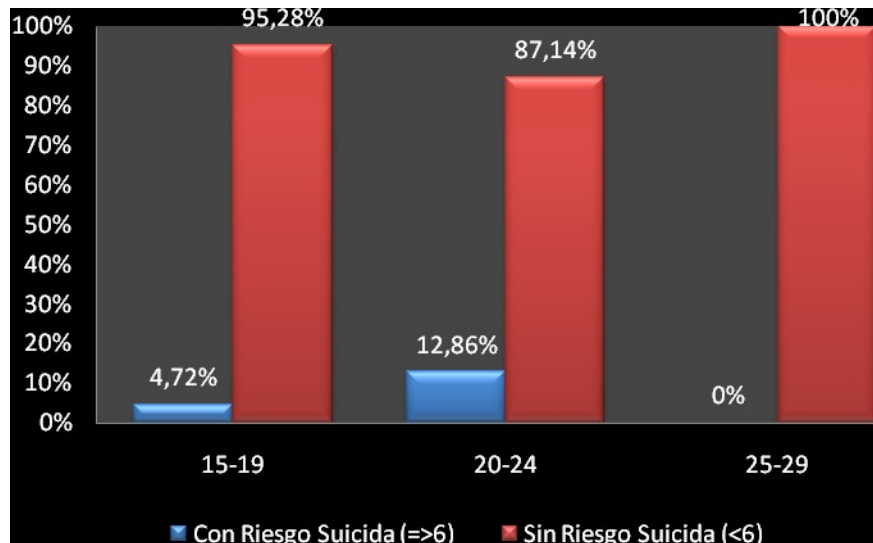
Elaboración: Los investigadores.

De las mujeres encuestadas, presentaron riesgo de comportamiento suicida un 11.22%. Mientras que el 6.42 % de los hombres sufren de esta patología.

Mediante el análisis del chi cuadrado ($X^2= 1,88$ $p:>0,005$) se puede apreciar que no existe relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida y sexo

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y EDAD

Grafico No. 11
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Edad.



$$X^2 = 21,78 \text{ (} p > 0,005 \text{)}$$

Fuente: Cuadro No 11

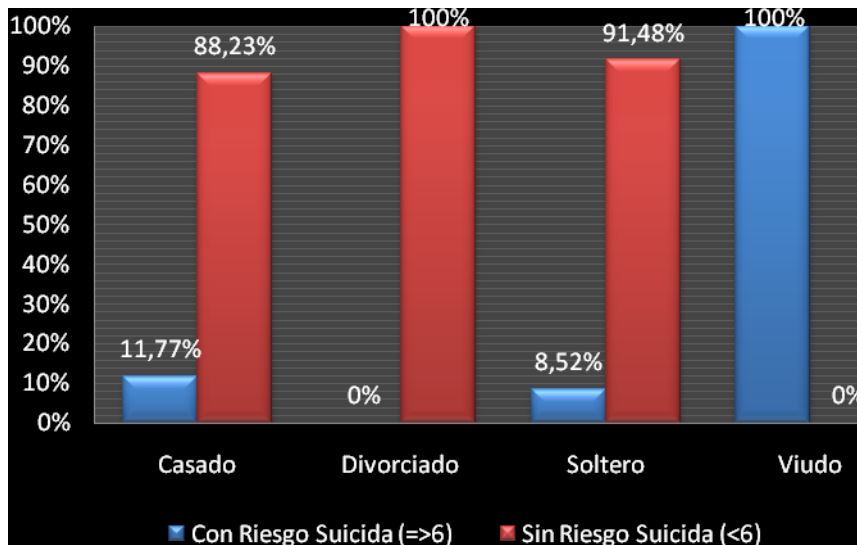
Elaboración: Los investigadores.

Se puede observar que un 4.72% de personas comprendidas entre los 15 y 19 años presentan comportamiento suicida. El 12.86 % de los estudiantes entre 20 y 24 años sufren de conducta suicida. Y ningún estudiante entre 25 y 29 años tiene este trastorno.

Según el análisis del chi cuadrado ($X^2= 21,78 \text{ } p > 0,005$) se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y ESTADO CIVIL

Grafico No. 12
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Estado Civil



$$X^2 = 10,63 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 12

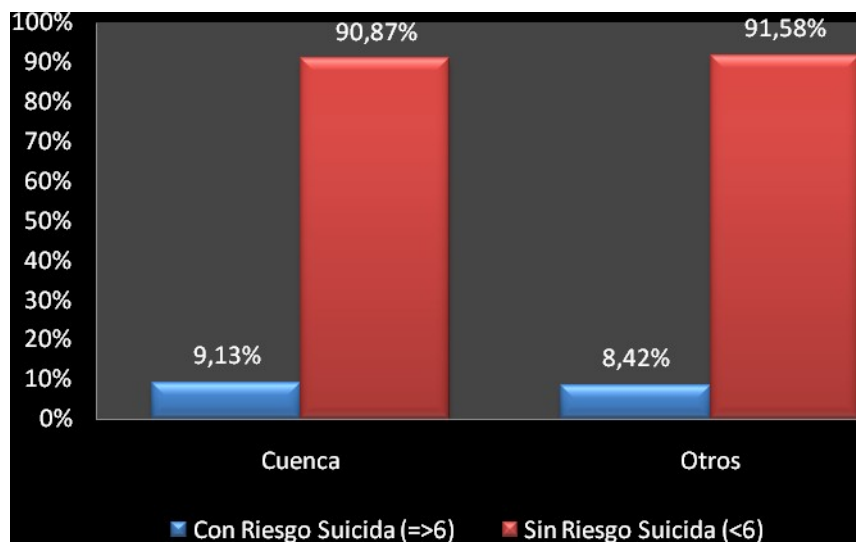
Elaboración: Los investigadores.

Al analizar el riesgo suicida y relacionar con el estado civil un 11.77% del grupo de casados presentan riesgo suicida. Mientras que en el grupo de divorciados no hay ningún encuestado con características suicidas. El grupo de solteros presenta riesgo de un 8.52%. En el estudio solo se observó un estudiante viudo el cual obtuvo un valor mayor a seis por lo que se encuentra en riesgo suicida.

Según el análisis del chi cuadrado ($X^2= 10,63$ $p:>0,005$) se puede apreciar que existe relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida y estado civil, sin embargo por el caso excepcional de un solo estudiante viudo esta relación no tiene validez estadística.

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y PROCEDENCIA

Grafico No. 13
Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Procedencia



$$X^2 = 0,04 \text{ (p:}>0,005)$$

Fuente: Cuadro No 13

Elaboración: Los investigadores.

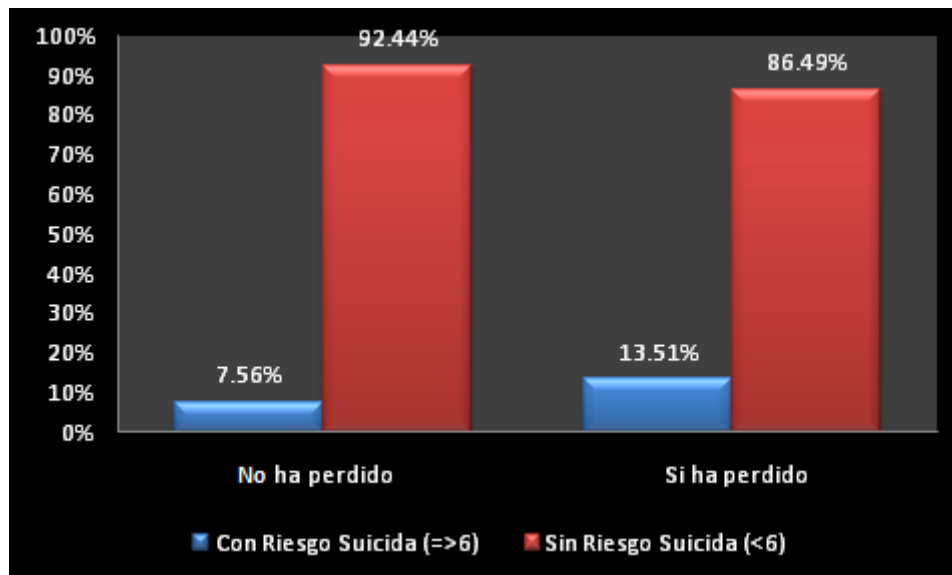
De los estudiantes oriundos de Cuenca, 9.13% de personas tienen comportamiento suicida.. El 8.42% de los encuestados procedentes de otros lugares sufren esta patología.

Mediante el análisis de chi cuadrado ($X^2= 0.04$ p:>0,005) se puede apreciar que no existe relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida y la procedencia de los encuestados.

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y PÉRDIDA DE AÑOS EN LA CARRERA

Grafico No. 14

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Pérdida De Años en la Carrera



$$X^2 = 2,48 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 14

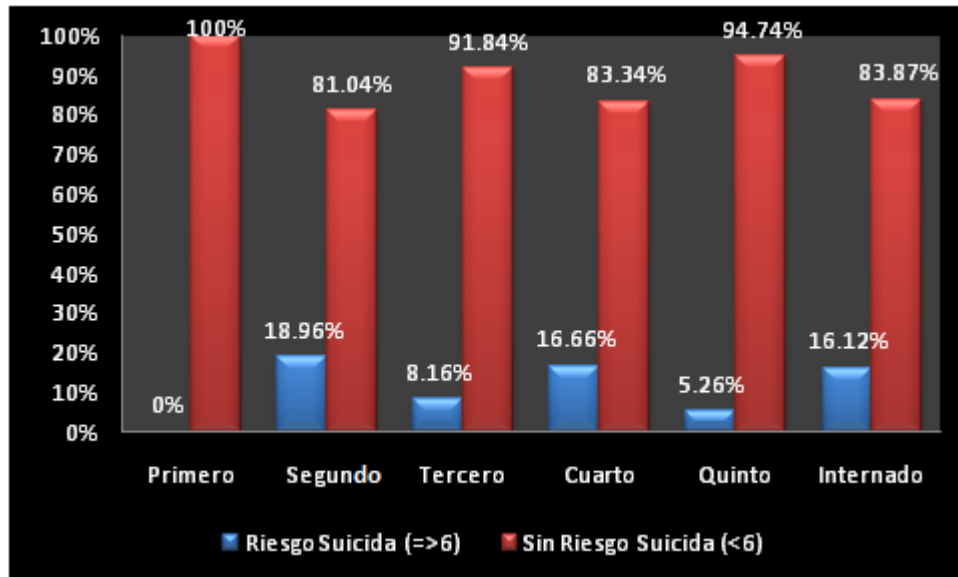
Elaboración: Los investigadores.

Al analizar el riesgo suicida relacionando con la pérdida de años en la carrera, un 7.56% de los estudiantes que no han perdido ningún año presentan riesgo suicida. Mientras que un 13.51% de los estudiantes que han repetido algún año de carrera sumaron un valor igual o mayor a seis, formando parte del grupo de riesgo suicida. Al interpretar el análisis del chi cuadrado ($X^2= 2,48$ $p:>0,005$) se puede apreciar que no existe relación estadísticamente significativa entre estas variables.

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y AÑO CURSADO DE LA CARRERA

Grafico No. 15

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Año Cursado De La Carrera.



$$X^2 = 23,42 \text{ (p:>0,005)}$$

Fuente: Cuadro No 15

Elaboración: Los investigadores.

Al relacionar el riesgo suicida con el año cursado de carrera, se observa que ningún estudiante de primer año tiene riesgo suicida, mientras que un 18.96% de segundo año presenta riesgo. En tercer año se presenta un riesgo 8.16%. En cuarto año 16.66% de los estudiantes encuestados presentan riesgo suicida; en quinto año el grupo de riesgo es de 5.26%. En el internado 16.12% de los estudiantes presentan un valor superior a seis, por lo que se definen como estudiantes de riesgo.

Mediante el análisis del chi cuadrado ($X^2= 23,42 \text{ p:>0,005}$) se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida y año cursado de la carrera.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN.

El estudiante de medicina está en permanente riesgo de sufrir trastornos de depresión o riesgo suicida por estar expuesto a las exigencias propias de una carrera caracterizada por requerimientos y presiones académicas, falta de apoyo y/o ayuda de los docentes, evaluaciones permanentes, todos estos procesos constituyen vivencias frustrantes que pueden desencadenar comportamientos depresivos leves o extremos llegando incluso al riesgo suicida

En la investigación encontramos una frecuencia de depresión de 9.23%, y de comportamiento suicida de 8.92%, cifras que aunque mucho menores que las reportadas en estudios realizados en otros países; todavía son cifras preocupantes. En un estudio aplicado en el año 2000 en la universidad de Caldas Colombia en una población de características semejantes, con una muestra de 625 estudiantes de diferentes carreras universitarias, se observaron los siguientes resultados: una frecuencia de depresión de 49.8% y de ideación suicida del 49%.
(30)

Se observó que la depresión es más frecuente en el sexo femenino (11.22%) que en el masculino (6.62%), sin embargo no existe relación estadísticamente significativa, lo que determina una explicación asociada a vulnerabilidades biológicas y de tipo psicosocial, superada en el sexo masculino o expresada de diferente forma por parte de los mismos.

En cuanto al comportamiento suicida, es más frecuente en las mujeres (10.81%) que en los hombres (6.42%), sin existir relación estadísticamente significativa. La mujer comete más intentos de suicidio, pero no consigue consumarlos porque recurren a formas de suicidio menos efectivas. No así los varones, que registran menor tasa de intentos pero un índice de suicidios consumados mucho mayor.
(31).

En la variable edad, los porcentajes de depresión más altos se encuentran entre las personas que oscilan entre los 25 a 29 años con un 31.18%, seguido del grupo que está comprendido entre los 20 a 24 con el 12.86%, existiendo una relación estadísticamente significativa entre edad y estas dos patologías.

Las tasas más altas de ideación suicida se encuentran entre los grupos de edad comprendidos entre los 20 y 24 años con un 12.86%, existiendo diferencia estadística con los otros grupos. Es importante considerar que el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años, los accidentes y los homicidios son las otras dos causas. (31,32).

La tasa de suicidio entre los adolescentes se ha triplicado en los últimos 40 años hasta alcanzar niveles de 13,2 por cien mil en el año 2000 (31) situación que se puede observar leyendo los medios de comunicación colectiva en donde a diario se denuncian los intentos de suicidio y los suicidios consumados.

La depresión es más frecuente en el grupo de casados o de quienes viven un compromiso sentimental serio con un 16.66%, los solteros alcanzaron el 8.99%, estos valores no son estadísticamente significativos. Parecería que el apoyo interpersonal y un sustento afectivo constituirían un fortalecimiento del equilibrio emocional, sin embargo las responsabilidades que conllevan el tener una familia a cargo o una persona emocionalmente dependiente, podrían ser potencializadores de depresión cuando ya el estudiante atraviesa problemas a nivel de la carrera. Constantes que se correlacionan al analizar el comportamiento suicida, que se presenta con una tasa del 11.77% para los casados, y 8.52% para los solteros.

Siendo la viudez un caso excepcional en la muestra de estudiantes, sin embargo el único encuestado determino el porcentaje del 100% para este grupo, existiendo como consecuencia relación estadística sin embargo no existe valides en dicha relación.

Al ser la Facultad de Medicina una de las que registra el mayor porcentaje de estudiantes procedentes de otras regiones del país, no deja de ser llamativo que la mayor tasa de depresión y riesgo suicida ha sido encontrado dentro del grupo de

estudiantes oriundos de la ciudad de Cuenca con un 10.43% para depresión y 9.13% para suicidio. A pesar de la posibilidad de disfrutar de un sentido de pertenencia, seguridad y comodidad en el ámbito familiar, por los resultados obtenidos; consideramos que esta situación podría resultar más conflictiva que gratificante, adicionalmente el estudiante que migra de su ciudad para estudiar tiene mucho más claros sus objetivos. (30)

La reprobación o pérdida de año en la carrera ponen al estudiante ante diversos problemas que afrontar y resolver; desde un serio cuestionamiento de su presencia y continuidad en la Facultad hasta el riesgo de problemas emocionales que ponen en juego su autoestima conduciéndolo a depresión y hasta comportamiento suicida, esto explica los resultados obtenidos: 12.33% de los estudiantes que han repetido algún año de la carrera presentan depresión y 13.51% de estos riesgo suicida, contra un 8.34% de depresión y 7,56% de riesgo suicida en aquellos que sin una causal de pérdida académica registran esta patología. Sin embargo no existe relación estadísticamente significativa.

Relacionando la frecuencia de depresión con el año que cursa el estudiante, la investigación nos demuestra que, la tasa aumenta a medida que el estudiante avanza en la carrera, el año de internado por ejemplo presenta la mayor frecuencia con un 19.35% contra un 0% en estudiantes de primer año. Podría obedecer al hecho de verse cada vez más involucrado en una carrera que no satisface sus expectativas profesionales y que el tiempo transcurrido y el sacrificio vivido le obliga a continuar, volviéndose así más proclive a experimentar síntomas ansioso-depresivos.

En cuanto al comportamiento suicida relacionado con esta variable, el grupo con mayor tasa corresponde al segundo año con un 18.34%, sin encontrar una posible explicación de estos resultados, que sería un tema interesante para futuras investigaciones.

Conocemos de un estudio importante sobre el mismo tema, la depresión en estudiantes de medicina realizado en la Universidad Central del Este, en

República Dominicana, entre enero y agosto del 2008 con un universo de 2709 estudiantes de la escuela de medicina de la universidad cuya muestra fue de 520 (20%), a quienes se les aplicó el test de Zung y se determinó una frecuencia de depresión de un 53%, destacándose en el sexo femenino 36% y en el sexo masculino un 17%. En el grupo de edades de entre 20-29 años, se encontró la mayor tasa de prevalencia con un 50.3%, y una mayor frecuencia de depresión entre el sexto y décimo semestre de la carrera (33). Este estudio nos ha permitido realizar un análisis comparativo encontrando similitudes, entre las que podemos destacar que: la depresión es más frecuente en el sexo femenino, la edad de los estudiantes con depresión está dentro de los mismos rangos y se presenta con mayor incidencia en los últimos años de la carrera. (33).

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado, y discutido los resultados, concluimos que:

La depresión es más frecuente en:

- El sexo femenino.
- Entre los estudiantes de 25 y 29 años.
- Entre los encuestados casados/as.
- Los que proceden de Cuenca.
- Los que han perdido algún año de estudio.
- Y los que se encuentran cursando el año de internado.

El comportamiento suicida tiene mayor riesgo en:

- El sexo femenino.
- Entre los estudiantes de 20 y 24 años.
- Entre los encuestados casados/as.
- Los que proceden de Cuenca.
- Los que han perdido algún año de estudio.
- Sin una causa específica los estudiantes de segundo año de carrera.

RECOMENDACIONES

- Tomando en cuenta los datos obtenidos en nuestra investigación, pensamos que es importante futuros estudios, para establecer específicamente causas, factores protectores, y posibles soluciones para este tipo de trastornos.

- Que el departamento de Bienestar Estudiantil conozca y analice los datos de esta tesis, para que se enfoque en buscar ayuda psicológica secuencial y continua a aquellos que lo requieran, con medidas tales como:
 - Darse a conocer y promocionar su existencia y campo de acción por cuanto muchos estudiantes desconocen este importante apoyo dentro de la facultad.
 - Aplicar test obligatorios a fin de cada año lectivo para detectar a tiempo manifestaciones de depresión y aplicar las terapias necesarias para evitar que la patología progrese.
 - Detectado el problema realizar un trabajo coordinado con los profesores y si fuera necesario con los familiares del estudiante para apoyarlo en forma integral guardando éticamente la confidencialidad.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fisher S, y Hood R. The stress of the transition to university: a longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and home-sickness. *Br J Psychol.* 1986; 79: 1-13.
2. Polo A, Hernández JM y Pozo C. Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad estrés.* 1996; 2 (2/3): 159-172.
3. Pellicer O, Salvador A, y Benet I. A., Efectos de un estresor académico sobre las respuestas psicológica e inmune en jóvenes. *Psicothema.* 2002; 14 (2): 317-322.
4. Martín IM. Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes Psicol* 2007; 25 (1): 87-99.
5. Riveros M, Hernández H. y Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Rev Inv Psicol.* 2007; 10 (1): 92-102.
6. Perales A., Sogi C. y Morales R., Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *An Fac med Univ nac mayor San Marcos.* 2003; 64 (3): 239-246.
7. Tavecchio LWC, Thomer MAE y Meeus W, Attachment, social network ad homelessness in young people. *Soc Behav Pers.* 1999, 27 (3): 247-263.
8. Seibel FL y Brad JW, Parental control, trait anxiety and satisfaction with life in college students. *Psychol Rep.* 2001, 88 (2): 473-481.
9. Johnson HD, LaVoie JC y Mahoney M, Interparental conflict and family cohesion: predictors of loneliness, social anxiety and social avoidance in late adolescence. *J Adolescent Res.* 2001; 16 (3): 304-319.
10. Lee RM, Su J, y Yoshida E, Coping with intergeneracional family conflict among asian american collage students. *J Cou Psychol.* 25 (3): 389-399.
11. Jalil CA. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad CES. Medellín; 1990.

12. González Y., et al. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín; 1992.
13. Rocha A. Prevalencia de depresión en universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales. Aragón: Plantel Aragón; 1995.
14. Hernández JP, et al. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín; 1996.
15. OQUENDO et. al. Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression. A Prospective Study, American Journal of Psychiatry 2007, 164 (1) 134.
16. KAPLAN, H., et.al. Pocket Handbook of clinical psychiatry, 2a. ed., Ed. Williams and Wilkins, Maryland, 1996, pp. 205-217
17. Amézquita, M. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas año 2000. R. Colombiana de Psiquiatría, XXXII, (4): 341-356. 2003
18. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1994;16:267-76.
19. Toro, R. Psiquiatría. Cuarta edición, Colombia, Corporación de investigaciones biológicas, 2004)
20. John W. Williams Jr; Polly Hitchcock Noël; Jeffrey A. Cordes; Gilbert Ramirez; Michael Pignone. Is This Patient Clinically Depressed?. JAMA, Mar 2002; 287: 1160 - 1170.
21. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. In press.
22. Pérez Barrero SA.(1999) Lo que Ud debiera saber sobre ... Suicidio. Ed. Imagen Gráfica SA de CV.
23. Pérez Barrero SA.(1997).El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.

24. Irene Sáez García: El enfoque sistémico integrado aplicado al trabajo con adolescentes de conducta suicida. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2003.
25. Díaz LA, Campo A, Rueda GE, Barros JA. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para Depresión. Colomb Medic. 2005; 36
26. Luis Alfonso Díaz, M.D., M.Sc., M.D. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. Revista Colombia Médica, Vol. 36, No. 3, Jul-Sept, 2005, pp.168-172.
27. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry 1989; 30(4): 296-302.
28. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marin JJ y Santo-Domingo J; "Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española"; Arc Neurobiol; 1998; 61(2);143-152.
29. G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M y Bobes J; "Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida"; Ars Médica Castellaños Impresión SA de CV; Cuarta Edición; México D.F; 2006; 83-90.
30. Pablo Pascual Báez, Junior de la Cruz, Mercedes Feliz Alcántara, Revista latinoamericana de psiquiatría. caracterización de los trastornos depresivos en una población de estudiantes de medicina. Septiembre 2007. Pág.5
31. Jalil CA. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad CES. Medellín; 1999.
32. Campo-Cabal G, Gutierrez SJ. Psicopatología en estudiantes universitarios. Revista Colombiana de Psiquiatría 2001 Dec;30(4).
33. Fernando Fernández Batista. Dr. Acta medica dominicana prevalencia de rasgos depresivos en estudiantes de medicina universidad autónoma de santo domingo (UASD), Santo Domingo, República Dominicana año 2008.

CAPITULO IX

ANEXOS

ANEXO No 1

CONGLOMERADO DE LOS ESTUDIANTES MATRICULADOS EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA 2008 – 2009.

Años de Carrera.	Hombres.		Mujeres.		Total.	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje.
Primero	196	13,2	291	19,6	487	32,9
Segundo	115	7,8	151	10,2	266	17,9
Tercero	96	6,5	126	8,5	222	15,0
Cuarto	89	6,0	101	6,8	190	12,8
Quinto	63	4,3	112	7,6	175	11,8
Internad o	60	4,0	82	5,5	142	9,6
Total	619	41,8	863	58,2	1482	100,0

Fuente: Archivos Dirección de Escuela de Medicina.

Elaboración: Los investigadores.

ANEXO No 2

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Números	Nominal/ Años
Procedencia	Región geográfica o división política a la que pertenece la persona	Región geográfica o Centro poblado.	Provincia	
Sexo	Diferencia Física y de conducta de las personas, según sus procesos de reproducción y desenvolvimiento social	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Estado civil:	Condición de Relación entre dos personas reconocida por el estado.	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Unión libre. Viudo/a	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Unión libre. Viudo/a	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Unión libre. Viudo/a
Pérdida de año en la carrera	Pérdida de año lectivo en la carrera universitaria por cualquier motivo.		Nominal Si No	
Escala de Zung	Determinación de un episodio depresivo sirve como instrumento de identificación de posibles casos en la población general.	Intensidad, duración y frecuencia de los síntomas	5 síntomas afectivos 15 a síntomas somáticos de ansiedad.	Cada síntoma 1,2,3,4. (puntos)
Escala de Plutchik	Serie de variables que Discrimina entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica	Intentos autolíticos previos Intensidad, sentimientos de depresión y desesperanza.	Nominal Si No	Cada pregunta 1 (punto)

ANEXO No 3

Edad: ____

Sexo: M__ F__

Estado Civil: _____

Procedencia: _____

Año de carrera: _____

Ha perdido algún año de la carrera de medicina? Si ____ No_____

ANEXO No 4

Escala de Zung

1. Me siento abatido y melancólico.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

2. En la mañana es cuando me siento mejor.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

5. Como igual que antes.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.

- Nunca o muy pocas veces

- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

7. Noto que estoy perdiendo peso.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

8. Tengo molestias de estreñimiento.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

10. Me canso aunque no haga nada.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

11. Tengo la mente tan clara como antes.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

14. Tengo esperanza en el futuro.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

15. Estoy más irritable de lo usual.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

16. Me resulta fácil tomar decisiones.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

17. Siento que soy útil y necesario.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

18. Mi vida tiene bastante interés.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.

- Nunca o muy pocas veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- La mayoría del tiempo o siempre

ANEXO No 5

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

1.- Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?

- SI
- NO

2.- Tiene dificultad para conciliar el sueño?

- SI
- NO

3.- A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?

- SI
- NO

4.- Tiene poco interés en relacionarse con la gente?

- SI
- NO

5.- Ve su futuro con mas pesimismo que optimismo?

- SI
- NO

6.- Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?

- SI
- NO

7.- Ve su futuro sin ninguna esperanza?

- SI
- NO

8.- Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?

- SI
- NO

9.- Esta deprimido/a ahora?

- SI
- NO

10.- Esta usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?

- SI
- NO

11.- Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

- SI
- NO

12.- Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?

- SI
- NO

13.- Ha pensado alguna vez en suicidarse?

- SI
- NO

14.- Le ha comentado a alguien en alguna ocasión que quería suicidarse?

- SI
- NO

15.- Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

- SI
- NO

ANEXO No 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

LUGAR _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado luego de ser leído, servirá para aprobar o no la participación en el proyecto titulado DETECCIÓN DE FRECUENCIA DE DEPRESION Y RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA 2008-2009, será Firmado y con ello confirmaran su deseo de participación.

Usted, está invitado/a a participar en un estudio de investigación. Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que puede ayudar a personas en el futuro. El objetivo de esta investigación es identificar estudiantes en riesgo de depresión y comportamiento suicida. En el estudio participarán estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca matriculados en el año 2008 -2009 que pertenezcan a la muestra previamente sorteada.

La participación de cada una de los estudiantes que pertenecen a la Facultad es voluntaria. Todas las personas tienen derecho a no participar en el estudio, esta decisión de ninguna manera afectará su carrera o su participación dentro de la facultad. Participar en el estudio puede involucrar proveer información que usted considere confidencial. Esta situación puede hacerle sentir incomodo/a y puede generarle sentimientos de pena y tristeza. Este estudio no involucra ningún riesgo físico para usted. La información que usted nos da es absolutamente confidencial. Asumimos este compromiso, e implementaremos todos los recaudos necesarios (por ejemplo, mediante codificación de los registros y el mantenimiento de estos registros en un lugar seguro). No incluiremos ninguna información personal que pueda hacer posible su identificación en publicaciones o reporte posteriores.

Los formularios de la investigación, así como también los registros que incluyan información relacionada al estudio, pueden ser copiados por el equipo de investigación o personal del comité de ética, con el fin de asegurar la calidad de los datos y el análisis de la información. No hay costos para usted por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por su participación. Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda. Para obtener mayor información sobre el estudio puede dirigirse, o a los investigadores Sr. Carlos Maldonado (telf. 099282882), Sr. Juan Patiño (cel. 098158159, Sr. Pedro Muñoz (telf. 098161567) o al director del Estudio, Dr. Fernando Estévez.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO. Voluntariamente acepto la participación en el estudio antes citado y entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de retirarme sin que esto signifique ningún perjuicio para mí. Firmando este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Nombre y Firma del participante.

Firma del investigador.

ANEXO No 7

Cuadro No. 2

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en el Test de Zung

Puntaje Test de Zung	No	%
No Depresión (<53)	295	90,77
Depresión (= >53)	30	9,23
Total general	325	100,00

Fuente: Anexo 3 y 4

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 3

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Sexo

Puntaje Test de Zung	Femenino		Masculino	
	No	Tasa %	No	Tasa %
Depresión (= >53)	21	11,22	9	6.62
No Depresión (<53)	168	88,88	127	93,38
Total	189	100,00	136	100,00

$X^2= 1,91$ ($p:>0,005$)

Fuente: Anexo 3 y 4

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 4

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Edad

Puntaje Test de Zung	Edad					
	17-19		20-24		25-29	
	No	Tasa %	No	Tasa %	No	Tasa %
Depresión (=>53)	6	4,06	22	12,86	2	31,18
No Depresión (<53)	142	95,94	149	87,14	4	68,82
Total general	148	100,00	171	100,00	6	100,00

$X^2 = 19,85$ ($p:>0,005$)

Fuente: Anexo 3 y 4

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 5

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Estado Civil

Puntaje Test de Zung	Estado Civil							
	Casado		Divorciado		Solteros		Viudo	
	No	Tasa %	No	Tasa %	No	Tasa %	No	Tasa %
Depresión (=>53)	3	16,66	0	0	27	8,99	0	0
No Depresión (<53)	15	83,34	2	100,00	277	91,11	1	100,00
Total general	18	100,00	2	100,00	304	100,00	1	100,00

$X^2 = 1,53$ ($p:>0,005$)

Fuente: Anexo 3 y 4

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 6

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Procedencia

Puntaje Test de Zung	Procedencia			
	Cuenca		Otros	
	No	Tasa %	No	Tasa %
Depresión (=>53)	24	10,43	6	6,31
No Depresión (<53)	206	89,57	89	93,69
Total general	230	100,00	95	100,00

$X^2 = 1,36$ ($p:>0,005$)

Fuente: Anexo 3 y 4

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 7

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Pérdida de Años en la Carrera.

Puntaje Test de Zung	Pérdida de Años en la Carrera			
	Ausente		Presente	
	No	Tasa %	No	Tasa %
Depresión (=>53)	21	8,34	9	12,33
No Depresión (<53)	231	91,66	64	87,67
Total general	252	100,00	73	100,00

$X^2 = 1,24$ ($p:>0,005$)

Fuente: Anexo 3 y 4

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 8

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según Puntaje en el Test de Zung y Año Cursado de Carrera.

Puntaje Test de Zung	Año Cursado de Carrera											
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto		Quinto		Internado	
	No	Tasa %	No	Tasa %	No	Tasa %	No	tasa %	No	tasa %	No	Tasa %
Depresión (=>53)	0	0	8	13,79	7	14,28	4	9,52	5	13,15	6	19,35
No Depresión (<53)	107	100	50	86,21	42	85,72	38	90,4	33	86,85	25	80,65
Total general	107	100	58	100	49	100	42	100	38	100	31	100

$X^2 = 18,31$ (p:>0,005)

Fuente: Anexo 3 y 4

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No 9

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2008 – 2009 según puntaje en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Escala de riesgo suicida de Plutchik	No	%
Con Riesgo Suicida (=>6)	29	8,92
Sin Riesgo Suicida (<6)	296	91,08
Total general	325	100,00

Fuente: Anexo 3 y 5

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 10

Distribución Muestral de los Estudiantes Matriculados en La Escuela De Medicina De La Universidad De Cuenca 2008 – 2009 Según Puntaje En La Escala De Riesgo Suicida De Plutchik y Sexo

Escala de riesgo suicida de Plutchik	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	No	Tasa %	No	Tasa %
Con Riesgo Suicida (≥ 6)	20	10,81	9	6,42
Sin Riesgo Suicida (< 6)	165	89,19	131	93,58
Total general	185	100,00	140	100,00

$X^2 = 1,88$ ($p > 0,005$)

Fuente: Anexo 3 y 5

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 11

Distribución Muestral De Los Estudiantes Matriculados En La Escuela De Medicina De La Universidad De Cuenca 2008 – 2009 Según Puntaje En La Escala De Riesgo Suicida De Plutchik Y Edad

Escala de riesgo suicida de Plutchik	Edad					
	17 - 19		20 - 24		25 - 29	
	No	Tasa %	No	Tasa %	No	Tasa %
Con Riesgo Suicida (≥ 6)	7	4,72	22	12,86	0	0
Sin Riesgo Suicida (< 6)	141	95,28	149	87,14	6	100,00
Total general	148	100,00	171	100,00	6	100,00

$X^2 = 21,78$ ($p > 0,005$)

Fuente: Anexo 3 y 5

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 12

Distribución Muestral De Los Estudiantes Matriculados En La Escuela De Medicina De La Universidad De Cuenca 2008 – 2009 Según Puntaje En La Escala De Riesgo Suicida De Plutchik y Estado Civil

Escala de riesgo suicida de Plutchik	Estado Civil							
	Casado		Divorciado		Soltero		Viudo	
	N	tasa%	N	tasa%	N	tasa%	N	tasa%
Con Riesgo Suicida (= >6)	2	11,77	0	0	26	8,52	1	100,00
Sin Riesgo Suicida (<6)	15	88,23	2	100,00	279	91,48	0	0
Total general	17	100,00	2	100,00	305	100,00	1	100,00

$X^2 = 10,63$ (p:>0,005)

Fuente: Anexo 3 y 5

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 13

Distribución Muestral De Los Estudiantes Matriculados En La Escuela De Medicina De La Universidad De Cuenca 2008 – 2009 Según Puntaje En La Escala De Riesgo Suicida De Plutchik y Procedencia

Escala de riesgo suicida de Plutchik	Procedencia			
	Cuenca		Otros	
	No	Tasa %	No	Tasa %
Con Riesgo Suicida (= >6)	21	9,13	8	8,42
Sin Riesgo Suicida (<6)	209	90,87	87	91,58
Total general	230	100,00	95	100,00

$X^2 = 0,04$ (p:>0,005)

Fuente: Anexo 3 y 5

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 14

Distribución Muestral De Los Estudiantes Matriculados en La Escuela De Medicina De La Universidad De Cuenca 2008 – 2009 Según Puntaje En La Escala De Riesgo Suicida De Plutchik Y Pérdida de Años en la Carrera

Escala de riesgo suicida de Plutchik	Pérdida de Años			
	Ausente		Presente.	
	No	Tasa %	No	Tasa %
Con Riesgo Suicida (=>6)	19	7,56	10	13,51
Sin Riesgo Suicida (<6)	232	92,44	64	86,49
Total general	251	100,00	74	100,00

$X^2 = 2,48$ (p:>0,005)

Fuente: Anexo 3 y 5

Elaboración: Los investigadores.

Cuadro No. 15

Distribución Muestral De Los Estudiantes Matriculados En La Escuela De Medicina De La Universidad De Cuenca 2008 – 2009 Según Puntaje En La Escala De Riesgo Suicida De Plutchik Y Año Cursado De Carrera

Escala de riesgo suicida de Plutchik	Año Cursado de Carrera											
	Primero		Segundo		Tercer		Cuarto		Quinto		Internado	
	N	tasa %	N	tasa %	N	tasa %	N	tasa %	N	tasa %	N	tasa%
Riesgo Suicida (=>6)	0	0	11	18,96	4	8,16	7	16,66	2	5,26	5	16,12
Sin Riesgo Suicida (<6)	107	100	47	81,04	45	91,84	3	83,34	3	94,74	26	83,87
Total general	107	100	58	100	49	100	4	100	3	100	31	100

$X^2 = 23,42$ (p:>0,005)

Fuente: Anexo 3 y 5

Elaboración: Los investigadores.