

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina


Prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2022

Trabajo de titulación previo a la obtención
del título de Médico

Autor:

Katherine Vanessa Guamán Álvarez
Joselyn Maritza Nugra Yáñez

Director:

Manuel Ismael Morocho Malla
ORCID:  0000-0001-5959-3582

Cuenca, Ecuador

2023 - 10 - 06

Resumen

Antecedentes: La depresión es un trastorno mental altamente prevalente y discapacitante, causada por diversos factores que pueden ser personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Por tanto, su abordaje debe ser multidisciplinario ya que su principal desenlace es el suicidio, patología que en Ecuador ocupa el segundo lugar como causa de muerte en el rango de entre 15 y 29 años de edad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal, se tomó una muestra de 279 estudiantes, calculados con la fórmula para universo conocido. Se aplicó dos escalas: el Inventario de Depresión de Beck (BDI) referente a depresión y la escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Se realizaron tablas, para determinar la asociación entre depresión, ideas autolíticas y factores asociados, se obtuvo el OR con su IC95% y para determinar la significancia estadística de las diferencias que se encontraron se obtuvo el valor de p mediante el Chi cuadrado y se consideró significativos valores menores a 0.05. **Resultados:** La prevalencia de depresión e ideación suicida en los estudiantes de Medicina fue de 65.9% y 24.4%, respectivamente. Se identificó que la depresión y el no tener pareja civil son los únicos que presentan asociación estadísticamente significativa OR 5.056 (P=0.035). **Conclusión:** Hay una alta prevalencia de depresión en los estudiantes de la carrera de Medicina, predominantemente en las mujeres.

Palabras clave: depresión, suicidio, ideación suicida, salud mental



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 highly prevalent and disabling mental disorder caused by many factors which include personal, cognitive, social, familial and genetic. Moreover, the study on depression must be multidisciplinary, since its main outcome is suicide, which is a pathology that ranks in Ecuador as the second cause of death in ages between 15 and 29 years. **Objective:** To determine the prevalence of depression and autolytic ideas and associated factors in medical students at the University of Cuenca. **Methods:** A cross-sectional study was conducted, from which a sample of 279 students was taken, calculated with the formula for known universe. Two scales were applied: the Beck Depression Inventory (BDI) related to depression and the Beck Suicidal Ideation Scale (SSI). Tables were designed to determine the association between depression, autolytic ideas, and associated factors, the OR was obtained with its 95% CI and to determine the statistical significance of the differences that were found, the p value was obtained by means of the Chi-square and values less than 0.05 were considered significant. **Results:** The prevalence of depression and suicidal ideation in medical students was 65.9% and 24.4%, respectively. It was identified that depression and not having a civil partner were the only ones that presented a statistically significant association OR 5.056 (P=0.035). **Conclusion:** There is a high prevalence of depression in medical students, predominantly in women.

Keywords: depression, suicide, suicidal ideation, mental health



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
Agradecimiento	8
Dedicatoria	9
Capítulo I	10
1.1 Introducción	10
1.2 Planteamiento del problema.....	11
1.3 Justificación	12
Capítulo II	14
2. Fundamento teórico	14
Capítulo III	20
3.1 Hipótesis	20
3.2 Objetivos de la investigación	20
3.2.1 Objetivo General	20
3.2.2 Objetivos específicos	20
Capítulo IV	21
Diseño metodológico.....	21
4.1 Marco metodológico	21
4.1.1 Enfoque	21
4.2 Diseño del estudio.....	21
4.3 Área de estudio	21
4.4 Universo y Muestra	21
4.5 Criterios de selección de la muestra.....	22
4.5.1 Criterios de inclusión.....	22
4.5.2 Criterios de exclusión.....	22
4.6 Variables del estudio	22
4.6.1 Variables dependientes	22
4.6.2 Variables independientes.....	22
4.7 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información	22
4.7.1 Método.....	22
4.7.2 Técnica.....	22
4.7.3 Instrumento	22
4.8 Procedimientos.....	23
4.8.1 Autorización.....	23

UCUENCA

5

4.8.2 Capacitación.....	23
4.8.3 Supervisión.....	23
4.8.4 Proceso	23
4.9 Tabulación y análisis de datos.....	23
4.10 Consideraciones bioéticas	23
4.10.1 Confidencialidad.....	23
4.10.2 Balance riesgo – beneficio.....	23
4.10.3 Protección de población vulnerable.....	24
4.10.4 Consentimiento informado	24
4.10.5 Declaración de no conflicto de intereses.....	24
Capítulo V	25
5. Resultados.....	25
Capítulo VI	31
6. Discusión	31
Capítulo VII	33
7.1 Conclusiones.....	33
7.2 Recomendaciones	33
Referencias	35
Anexos	39

Índice de figuras

Figura 1: Prevalencia de depresión en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca. 2022	26
Figura 2: Prevalencia de ideas autolíticas en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca. 2022	27

Índice de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de los estudiantes.....	25
Tabla 2: Depresión y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca. 2022	27
Tabla 3: Ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca, 2022	29

Agradecimiento

Principal agradecimiento para mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional tanto emocional como económico para poder cumplir todos mis objetivos.

A mi esposo y mi hija que con su cariño siempre han estado impulsándome a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

Al Doctor Ismael Morocho un agradecimiento especial por su dedicación y paciencia, así como sus palabras y correcciones precisas para culminar esta tesis.

A mis docentes y amigos que han sido parte de mi camino universitario y que han hecho que este trayecto sea divertido y lleno de experiencias.

Las autoras.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a nuestros seres queridos, quienes con su apoyo y valores supieron orientarnos hacia el camino correcto. De manera especial está dedicado a nuestros abuelos quienes nos han enseñado que la vida está llena de sacrificio, esfuerzo y perseverancia.

A nuestros maestros que contribuyeron con sus conocimientos y consejos para la culminación de nuestro estudio profesional.

Las autoras.

Capítulo I

1.1 Introducción

Los trastornos de salud mental contribuyen al aumento del riesgo de varias enfermedades, pues alteran el bienestar emocional, psicológico y social de una persona. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países con ingresos bajos y medianos, el 75% de la población con trastornos mentales no reciben tratamiento, a causa principalmente de la falta de recursos y personal capacitado, sumado a ello la estigmatización social existente sobre los trastornos mentales (1).

La depresión es el trastorno mental más prevalente y altamente discapacitante que se presenta con más frecuencia en mujeres y por lo general, su presentación es común en jóvenes. Se estima que a nivel mundial afecta al 5% de los adultos y al 5.7% de los adultos mayores de 60 años, además, aumenta hasta 20 veces el riesgo de suicidio, que dichas cifras han ido en aumento con el advenimiento de la pandemia por COVID-19. Por ello, se debe tener en cuenta el comportamiento multifactorial de esta patología ya que puede darse por alteración de factores biológicos tales como desregulación de las aminas biógenas, alteraciones de la regulación hormonal, trastornos inflamatorios y consideraciones neuroanatómicas; factores genéticos y factores psicosociales (2,3).

En su mayoría las conductas suicidas están ligadas a la depresión, principalmente en adolescentes y ancianos, expertos indican que aproximadamente el 90% de las personas que se quitan la vida se asocian a problemas de salud mental en la cual destaca la depresión. Es por ello que el abordaje de la depresión debe ser multidisciplinario, teniendo en cuenta que representa un problema de salud pública (4).

La ideación suicida se relaciona con pensamientos referentes a la voluntad de quitarse la vida con o sin planificación. Se estima que cada año cerca de 700.000 personas se suicidan, el intento de suicidio es más frecuente en mujeres, sin embargo, el suicidio consumado es tres veces mayor en hombres, así mismo el tipo de suicidio más común es mediante el ahorcamiento, disparo con armas de fuego e ingesta de plaguicidas (5,6).

Al ser el suicidio una de las principales causas de morbilidad en jóvenes según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y considerado como un problema de salud pública que puede prevenirse con estrategias de prevención, detección y tratamiento precoz, una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, es que para el año 2030, se debería reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar (4).

Esta investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca.

1.2 Planteamiento del problema

A nivel mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 300 millones de personas sufren depresión, de estas el 80% pertenecen a países con ingresos bajos y medios y se estima que cada año 700.000 personas se suicidan. En el año 2019 se produjo el 77% de suicidios en países con ingresos bajos y medios y actualmente este ocupa el segundo lugar como causa de muerte en el rango de edad de entre 15 y 29 años. A raíz de la pandemia por COVID-19, se estima que la prevalencia de ansiedad y depresión tuvo un aumento del 25% (7,8).

En América Latina se estima que aproximadamente 50 millones de personas sufren depresión, 17% más que en el año 2005. En Latinoamérica y el Caribe más de 21 millones de personas padecen esta patología que es una de las primeras causas de discapacidad en esta región con un 7.8% de la población, entre los principales países están: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia (8). En el informe (9), del estudio “The COVID-19 Health Care Workers Study” realizado en el personal de salud de 11 países de la Región de las Américas, el 14,7% y 22% presentó síntomas que hicieron sospechar episodio depresivo, así mismo el 5% y 15% del personal tuvo ideación suicida.

En el Ecuador, la depresión es más prevalente en mujeres, en el año 2015 fueron diagnosticadas de depresión 50.379 personas de las cuales 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres. Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de 2015 se dieron 3406 hospitalizaciones de pacientes con patología de depresión. Teniendo en cuenta que esta enfermedad está estrechamente ligada al suicidio y forman parte de un problema de salud pública. Entre el 2001 y 2015 el suicidio ha cobrado 13.024 vidas y en la actualidad representa el 1.7% de muertes por esta causa. Por su parte entre los años 1990 y 2017 es alarmante el suicidio en edades entre 10 y 14 años pues en niños ha incrementado un 480% y en niñas un 322% (10,11).

En los estudiantes de la carrera de Medicina se presenta una serie de factores que incrementan el riesgo de depresión e ideación suicida siendo entre los más destacados: carga académica pesada, jornadas largas de trabajo, escasas horas de sueño, falta de tiempo para relaciones familiares y sociales, maltrato intrahospitalario por jerarquías mayores, notas que no siempre reflejan el esfuerzo académico y por último la falta de búsqueda de ayuda

profesional ya sea por vergüenza o falta de confianza por parte de los estudiantes mantiene una alta tasa de prevalencia de estas patologías (12).

El conocer la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en futuros profesionales durante su formación médica, nos permitirá prevenir, tratar e identificar las principales causas. Por ende, considerando el impacto de estas patologías en nuestra sociedad nos planteamos la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca?

1.3 Justificación

La depresión y la ideación suicida en la actualidad se consideran un problema de salud pública, para lo cual el Ministerio de Salud Pública (MSP) durante los últimos 15 años para el tratamiento de los trastornos mentales ha implementado estrategias entre las cuales podemos destacar el aumento de profesionales de psicología y psiquiatría, además, la línea telefónica gratuita 171 en donde les permite a los usuarios obtener una cita o asesoría sobre temas de salud mental. En la actualidad el Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene a disposición de la ciudadanía, 471 centros de salud de atención ambulatoria, 41 centros de salud de atención ambulatoria intensiva y 22 unidades de salud mental hospitalaria, distribuidos en todo el país.

Pese a lo expuesto anteriormente, las cifras de personas con depresión y suicidio son alarmantes en parte por la estigmatización social existente acerca de los trastornos mentales y falta de campañas de prevención y promoción que brinden una adecuada información de salud mental.

Este estudio tiene como finalidad determinar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, ya que no existen estudios actualizados sobre esta realidad, con el advenimiento de la pandemia por COVID-19 diversos estudios indican un aumento de trastornos mentales en la población, por ende, con los resultados obtenidos las autoridades junto al Departamento de Bienestar Estudiantil podrán plantear estrategias de promoción, prevención y acompañamiento a aquellos estudiantes que lo requieran. De igual modo, los resultados obtenidos podrán ser cotejados con estudios similares.

El presente estudio se encuentra dentro de la línea de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) 2013-2017: Salud mental y trastornos del comportamiento, en el área de

depresión y distimia. En cuanto a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, corresponde al área 3 Ciencias Médicas y de la Salud, línea 3.3 Ciencias de la Salud. Además, debemos recalcar que esta investigación es viable, ya que se dispone de los recursos necesarios para su ejecución, existe la facilidad de acceso a la población a estudiar y al culminar el presente estudio se presentará como trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico.

Los resultados obtenidos reposarán en el repositorio electrónico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, con ello se facilitará el acceso a todas las personas que presenten interés y les resulte de utilidad el estudio.

Capítulo II

2. Fundamento teórico

El trastorno mental definido en la V Edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), se trata de un síndrome que se caracteriza por la alteración del estado cognitivo en el contexto clínico, embarca también la regulación emocional y el comportamiento, haciendo que se refleje en los procesos tanto biológicos como psicológicos. Se ha evidenciado que va de la mano con el estrés o una discapacidad a nivel social, laboral u otras actividades importantes para el individuo (13).

Depresión

La depresión se define como un trastorno mental multifactorial que representa uno de los mayores problemas de salud pública más relevantes en la actualidad a nivel mundial (13,14). El trastorno depresivo se describe por la presencia de sentimientos negativos como la tristeza, pérdida de interés y/o falta de comunicación, puede ser tanto recurrente como duradero y afecta de manera directa a la vida cotidiana de la persona (15). Se ha publicado en la V Edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), el cual nos permite clasificar este tipo de trastorno en varias categorías:

- 1. Trastorno depresivo mayor:** Al menos 5 o más síntomas presentes por más de dos semanas que representan un cambio en el estado cognitivo del paciente, los síntomas más representativos son: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer, además se puede evidenciar disminución o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnias casi todos los días, retraso psicomotor, falta de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, incapacidad para la toma de decisiones y pensamientos de muerte recurrente. Todos los síntomas causan malestar clínico en el ámbito social, laboral y otras áreas de importancia, se debe realizar un examen clínico muy estructurado para descartar efectos fisiológicos por presencia de alguna sustancia o una afección médica (13).
- 2. Trastorno depresivo persistente (distimia):** Se trata de la presencia de ánimo depresivo que se encuentra durante la mayor parte del día, que conlleva más días presentes a comparación de los días ausentes haciéndose evidente hacia personas externas, esta condición debe estar presente durante al menos un mínimo de dos años durante dos meses seguidos, se encuentran los siguientes síntomas: disminución o

aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta o poca energía, baja autoestima, falta de concentración o de la dificultad para la toma de decisiones, sentimientos de desesperanza, entre otros (13,16).

3. Otro trastorno depresivo especificado o no especificado:

Trastorno depresivo especificado: Se encuentran en esta categoría individuos en los cuales predominan síntomas que caracterizan los trastornos depresivos causando malestar general pero no cumplen todos los criterios establecidos para trastornos depresivos, para lo cual se ha establecido una subdivisión para categorizar a este rango de pacientes:

- a. **Depresión breve recurrente:** Presencia de estado de ánimo depresivo, por lo menos cuatro síntomas descritos dentro de los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo durante 2 a 13 días que se presenten una vez al mes en los doce meses del año, importante que no haya cumplido nunca ninguno de los criterios para otros trastornos tanto bipolar o depresivos o algún trastorno psicótico (13,14).
- b. **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):** Presencia de síntomas depresivos y por lo menos cuatro de los ocho síntomas para un diagnóstico depresivo que de igual manera generan un malestar clínico significativo a nivel social y psicológico, que se descarte cualquiera de los diagnósticos tanto depresivo como bipolar.
- c. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Presencia de síntomas depresivos y por lo menos cuatro de los ocho criterios para un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, cumpliendo al menos durante dos semanas y descartando diagnósticos de otros síndromes depresivos o bipolares o la presencia de algún efecto médico. (17)

4. **Trastorno depresivo no especificado:** Se caracteriza por la presencia de malestar clínico pero que no cumplen ninguno de los criterios para describir como trastorno depresivo, existe una falta de información para que el diagnóstico sea más certero (13,17).

Etiología

En la actualidad se ha dado a conocer tres vías para el desarrollo del trastorno depresivo mayor, como factores biológicos, genéticos y psicosociales.

Factores biológicos

- a. **Aminas biógenas:** Serotonina; neurotransmisor más asociado a la depresión, sabiendo que cuando existe una disminución se evidencia tal patología, manifestando síntomas como sueño, disminución de actividad motora, percepción sensorial, alteraciones de apetito, como también comportamiento sexual. Se ha evidenciado en diferentes estudios, la presencia de ideas suicidas asociado a concentraciones de serotonina sumamente bajas. Otra etiología es la disminución de receptores de serotonina. Noradrenalina; se encuentra una alteración en los receptores beta-adrenérgicos, con una disminución de la sensibilidad de los mismos, dando como resultado una modificación en el estado de alerta-vigilia, apetito, aprendizaje y concentración. Dopamina; la actividad de este neurotransmisor se encuentra disminuida asociándose a anhedonia.
- b. **Alteraciones de la regulación hormonal:** Está asociada directamente con el estrés crónico, haciendo que tanto la somatostatina y la CRH disminuyan la secreción de noradrenalina y dopamina.
- c. **Trastornos inflamatorios:** En varios artículos se ha demostrado la asociación entre proinflamatorios y el estado de ánimo. En pacientes que padecen enfermedades como Hepatitis B, Cáncer o VIH-SIDA, se han observado como las citocinas inflamatorias, generan una plasticidad cerebral, disminuyendo así la producción de neurotransmisores.
- d. **Consideraciones neuroanatómicas:** Pueden estar involucradas cuatro zonas: corteza prefrontal, zona cingulada anterior, hipocampo y amígdala. (18)

Factores de riesgo

- **Factores de riesgo personales:** Edad, estado civil, enfermedades crónicas, consumo de tabaco, embarazo, menopausia, trastornos de ansiedad, estrés crónico, eventos traumáticos, rangos neuróticos de personalidad y obesidad mórbida (13). Sexo; la relación entre el hombre y la mujer representa 1: 2-3 entre la edad de 18 – 44 años, los síntomas se van dando de acuerdo al rango de edad, es importante destacar que en los niños los síntomas más prevalentes son la irritabilidad y el malestar. Mientras que en los jóvenes se puede destacar síntomas disociativos, trastornos de conducta, alteraciones en la alimentación como también consumo de sustancias y en personas

adultas/ancianos se presenta con más frecuencia síntomas cognoscitivos (19).

- **Factores de riesgo familiares y sociales:** Separación conyugal, viudez, dificultad económica, fallecimiento de miembros importantes, violencia familiar, desempleo, falta de educación, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, ambiente laboral tensional y acoso laboral (13).
- **Factores de riesgo cognitivos:** Pensamientos negativos, automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales y reactividad cognitiva negativa.
- **Factores genéticos:** Pariente de primer grado con diagnóstico de depresión mayor, polimorfismo del gen que regula el transportador de la serotonina, se dice que si un padre presenta un trastorno de ánimo el hijo tiene la probabilidad de un 25% y si ambos padres presentan una alteración corre el doble de riesgo (18,20).

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas que se presentan en todas las personas con trastornos depresivos son negativos, los que incluyen; sentimiento de tristeza y vacío, pérdida de interés, aumento o disminución del apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga, cansancio extremo, problemas digestivos, cefalea, calambres e ideas de muerte o suicidio. (21)

Diagnóstico

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor, se realiza a través de distintas escalas, no obstante, es muy importante la realización de una buena historia clínica, además de una exploración física adecuada. La evaluación psiquiátrica debe ser detallada, en la que evalúe la salud mental, pensamientos y sentimientos. Es muy importante recalcar que depende de cada individuo y su propio episodio depresivo para evaluar el mejor plan terapéutico. Existen criterios de diagnóstico para un episodio depresivo según CIE-10, los cuales consisten en: duración menos de dos semanas, que los síntomas no sean producto de abuso de sustancias psicoactivas o cualquier trastorno mental, además de la presencia de síndrome somático; pérdida de interés o capacidad de disfrutar de actividades placenteras, dificultad para la toma de decisiones, alteración en el comportamiento, disminución de la percepción motora, alteración del apetito, disminución del interés sexual, entre otros.

Existen diferentes criterios de diagnóstico para la depresión, lo cual consiste en la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, como habíamos reiterado debe durar al menos dos semanas:

1. Estado de ánimo depresivo o irritable
2. Disminución del interés en las actividades que causan placer
3. Aumento o pérdida excesiva de peso
4. Insomnio o hipersomnia
5. Agitación o retraso psicomotor
6. Fatiga constante
7. Sentimientos de culpabilidad
8. Falta de concentración
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas (13,17).

Ideas suicidas

Se define suicidio a todo caso de muerte procedente de una causa directa o indirecta generando un acto positivo o negativo provocado por la misma víctima, es un término que se relaciona con deseo de muerte, amenazas, planes, intentos y para finalizar la consumación del suicidio en cuestión (5, 23).

Cuando una persona consuma su acto autolítico, en primera instancia se empieza a crear una idea negativa marcada por una vulnerabilidad desequilibrada. Se refiere a la ideación suicida como los pensamientos voluntarios de quitarse la vida (5).

Es importante saber la diferencia de un intento de suicidio real con una conducta autolesiva sin intención de suicidio, el primero hace referencia a un comportamiento autolesivo con el objetivo de morir, que se basa en dos factores; 1. Sentir que la muerte es la consecuencia de su comportamiento. 2. Reconocer que los objetivos son tan obvios que no dejan dudas de las intenciones (24).

Clasificación de conductas autolesivas suicidas

1. **Suicidio consumado:** Acto autoinfligido que resulta en pérdida de la vida, causado por al menos una intención establecida con antelación de morir.
2. **Intento de suicidio:** Comportamiento autoinfligido, que se liga a una intención de morir, sabiendo que un intento de suicidio puede o no llegar a consumarse.
3. **Actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente:** La persona se hace daño hacia sí mismo, su acto es detenido por sí mismo o personas externas.
4. **Ideación suicida:** Hace referencia a pensamientos pasivos de cometer actos que le lleven hasta la muerte, no se acompaña de preparativos (24).

Factores de riesgo:

- **Sexo:** Los hombres son los que más fallecen y suelen utilizar métodos mucho más letales y agresivos. Aunque hay que recalcar que muchos otros estudios indican que el género femenino es mucho más propenso a ideas suicidas, pero quienes lo consumen son el género masculino.
- **Edad:** se genera entre los 25-65 años de edad en los hombres y en las mujeres 15-19 años de edad.
- **Orientación sexual:** las personas que pertenecen a la comunidad LGBTI se ha demostrado que tienen riesgo más elevado a cometer actos de suicidio.
- **Nivel de instrucción:** en un estudio se demostró que la mayoría de las personas que se suicidaron tienen nivel de educación bajo.
- **Estado civil:** el mayor porcentaje de muertes se ha visto en personas solteras hasta los 34 años de edad y en casados.
- **Trastornos mentales:** personas que son diagnosticadas de depresión mayor, trastorno bipolar, alcoholismo y otras adicciones, además de trastorno de personalidad.
- **Intentos de suicidio previos:** aumenta el porcentaje de riesgo para nuevamente repetir el acto.
- **Acontecimientos estresantes:** abuso sexual, maltrato y violencia, problemas de pareja y familiares, abortos, falta de empleo, pérdida de un ser querido, entre otros.
- **Enfermedad física o discapacidad:** con relevancia de enfermedades que generan dolores crónicos (10, 25).

Capítulo III

3.1 Hipótesis

La prevalencia de depresión e ideas autolíticas es superior al 50% y está asociada a edad, sexo, procedencia, estado civil y año académico.

3.2 Objetivos de la investigación

3.2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca 2022.

3.2.2 Objetivos específicos

- Caracterización sociodemográfica de los estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina.
- Identificar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas.
- Determinar el grado de asociación entre depresión, ideas autolíticas y los factores asociados.

Capítulo IV

Diseño metodológico

4.1 Marco metodológico

4.1.1 Enfoque: Cuantitativo.

4.2 Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal.

4.3 Área de estudio

La presente investigación se desarrolló en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, ubicado entre Avenida 12 de abril y El Paraíso 3-52, junto al Hospital Vicente Corral Moscoso, provincia del Azuay.

4.4 Universo y Muestra

El universo estuvo conformado por 1016 estudiantes de la carrera de Medicina, tomando como referencia el periodo académico marzo-agosto 2022. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó empleando la fórmula para población finita, resultando una muestra de 279 estudiantes.

Para la selección de los estudiantes se aplicó muestreo probabilístico por estratos, cada estrato compuesto por cada año académico, una vez que se tuvo el tamaño de la muestra de cada ciclo académico, para su selección se aplicó un muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N= Tamaño de la población (1009).

Z = nivel de confianza de 1.96 (si la seguridad es del 95%)

p= prevalencia del fenómeno de estudio (0,5 si es desconocido)

q= proporción de individuos que no poseen el fenómeno de estudio (1-p)

e= error de precisión (error máximo admisible en términos de proporción) (5%=0,05)

n= Tamaño de la muestra.

$$n = (1016 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5) / ((0.05^2 * 1016) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5))$$

n= 279 estudiantes de los cuales, mediante aplicación de muestreo probabilístico estratificado, corresponde a:

Primer año: 96 estudiantes

Segundo año: 60 estudiantes

Tercer año: 43 estudiantes

Cuarto año: 41 estudiantes

Quinto año: 39 estudiante

4.5 Criterios de selección de la muestra

4.5.1 Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados en el periódico académico septiembre-febrero 2023 de la carrera de Medicina, elegidos aleatoriamente.

4.5.2 Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes que no se encuentren presentes el día de la aplicación de la encuesta.

4.6 Variables del estudio

4.6.1 Variables dependientes: Depresión e ideas autolíticas.

4.6.2 Variables independientes: Edad, sexo, procedencia, estado civil, año académico.

4.7 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información

4.7.1 Método: Análisis Observacional.

4.7.2 Técnica: Se empleó la técnica de encuesta.

4.7.3 Instrumento: El instrumento empleado fue el Inventario de Depresión de Beck que consta de 13 ítems (versión abreviada) con la siguiente interpretación: 0-4 depresión ausente o mínima; 5-7 depresión leve 8-15; depresión moderada; Mayor de 15: depresión grave y la Escala de Ideación Suicida de Beck que consta de 19 ítems, con un punto de cohorte igual o mayor a 1 como indicativo de riesgo suicida, indicando una mayor puntuación más riesgo de suicidio (28,29). (Anexo 2,3 y 4).

4.8 Procedimientos

4.8.1 Autorización: Se solicitó autorización al Consejo directivo (Anexo 3).

4.8.2 Capacitación: Se realizó búsqueda bibliográfica en revistas científicas, y literatura gris.

4.8.3 Supervisión: Estuvo a cargo del Dr. Manuel Ismael Morocho Malla.

4.8.4 Proceso: Se realizó la recolección de información a través de la aplicación de las escalas. La información se reunió en una base de datos de Excel 2016 anonimizada.

4.9 Tabulación y análisis de datos

El procesamiento de los datos se hizo con el programa estadístico IBM SPSS versión 20. Se emplearon tablas de frecuencias y porcentajes tanto en las variables cualitativas, como en las cuantitativas, que se categorizaron. Para determinar la asociación entre ideas autolíticas y depresión y los factores asociados se obtuvo el OR con su IC95% y para determinar la significancia estadística de las diferencias que se encontraron se obtuvo el valor de p mediante el Chi cuadrado y se consideró significativos valores menores a 0.05.

4.10 Consideraciones bioéticas

4.10.1 Confidencialidad: Previo a la aplicación de las encuestas se realizó una breve socialización del proyecto de carácter individual a cada grupo de aproximadamente 5 minutos de duración, a cada participante se entregó el consentimiento informado en forma física, formato obtenido de: Formulario de consentimiento informado de Comité de Bioética en Investigación en el área de la salud, el cual fue firmado manualmente y todos los consentimientos que fueron obtenidos y almacenados en una carpeta diferente a la de las encuestas. La encuesta para la recolección de datos no contó con nombres ni números de cédula, fueron reemplazados por un código, la información obtenida fue utilizada únicamente para esta investigación y tuvieron acceso solamente los investigadores y el director del proyecto y posterior a la tabulación de datos se procedió a su eliminación y destrucción de los cuestionarios.

4.10.2 Balance riesgo – beneficio: El riesgo para los participantes fue mínimo y se relacionó con la confidencialidad, por lo cual, no se conocieron los datos de identificación. A través de esta investigación se pudo determinar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados, aquellos estudiantes que formaron parte de la investigación se

beneficiaron al identificar su estado de salud mental, generando promoción de salud y prevención de estas enfermedades.

4.10.3 Protección de población vulnerable: No aplica

4.10.4 Consentimiento informado: El consentimiento informado fue firmado manualmente. (Anexo 4)

4.10.5 Declaración de no conflicto de intereses

Yo Katherine Vanessa Guamán Álvarez con CI: 0105401863 autora del proyecto de investigación “Prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2022”, declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero, ni académico que pueda influir en mi juicio.

Declaro, además, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

Yo Joselyn Maritza Nugra Yáñez con CI: 1401178957 autora del proyecto de investigación “Prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2022”, declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero, ni académico que pueda influir en mi juicio.

Declaro, además, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

Capítulo V

5. Resultados

5.1 Características sociodemográficas de los estudiantes

La presente investigación se realizó en 279 estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la carrera de Medicina que cursaron el periódico académico septiembre 2022 - febrero 2023 de la carrera de Medicina. El 67.4% (188) fueron mujeres y 32.6% (91) hombres, en su mayoría 60.2% (188) de entre 20 a 24 años, con respecto al estado civil el 97.5% (272) solteros/as, 2.2% (6) casados/as y solo 0.4 (1) en unión libre. EL 81.4% (227) procedían de la región Sierra, 11.1% (31) de la región Costa y solamente el 7.5% (21) de la Amazonia. Según la distribución por año académico; primer año 34.4% (96), segundo año 21.5% (60), tercer año 15.4% (43), cuarto año 14.7% (41) y quinto año 14% (39).

Tabla 1 Características sociodemográficas de los estudiantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	188	67.4
	Hombre	91	32.6
Edad	Menores de 20 años	88	31.5
	20 a 24 años	168	60.2
	25 a 29 años	23	8.2
Estado civil	Soltero/a	272	97.5
	Casado/a	6	2.2
	Unión libre	1	0.4
	Costa	31	11.1
	Sierra	227	81.4

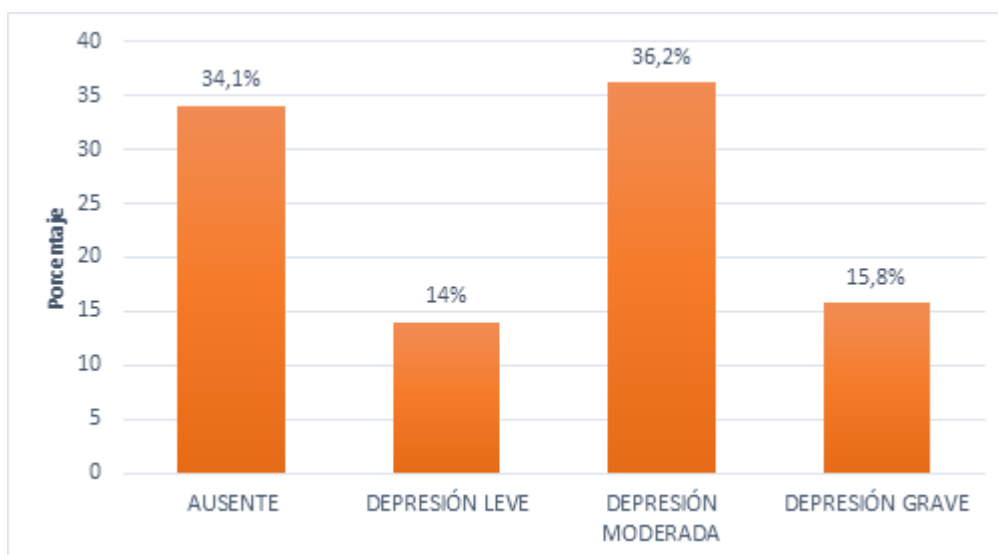
Procedencia	Amazonia	21	7.5
Año académico	Primero	96	34.4
	Segundo	60	21.5
	Tercero	43	15.4
	Cuarto	41	14.7
	Quinto	39	14.0

Fuente: Encuestas realizadas por las autoras.

Elaboración: Vanessa Guamán, Joselyn Nugra.

5.2 Prevalencia de depresión e ideas autolíticas

Figura 1: Prevalencia de depresión en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca. 2022

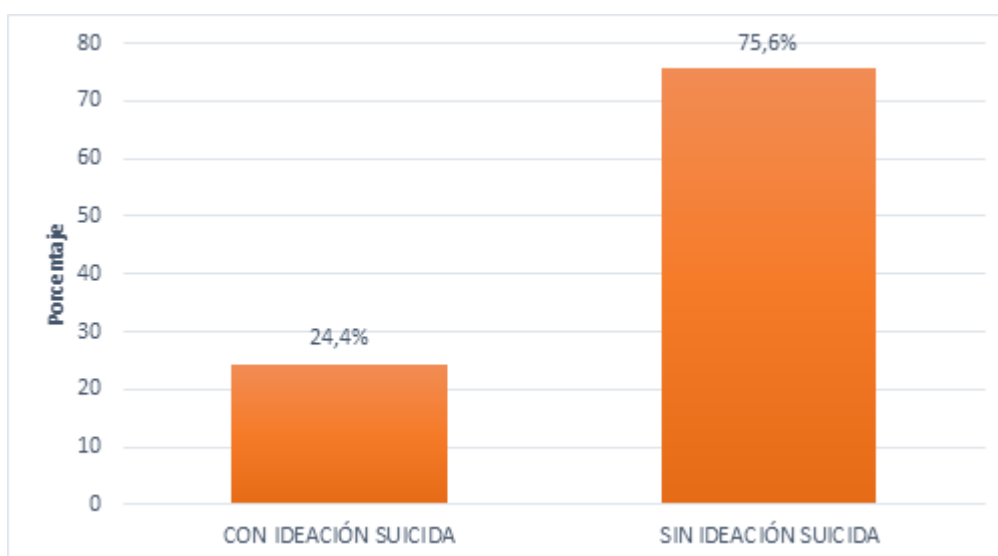


Fuente: Encuestas realizadas por las autoras.

Elaboración: Vanessa Guamán, Joselyn Nugra.

Los niveles de depresión clasificados según el Inventario de Depresión de Beck, fueron: El 36.2% (101) tienen depresión moderada, 15.8% (44) depresión grave, 14% (39) depresión leve, mientras que solo el 34.1% (95) no tienen depresión.

Figura 2: Prevalencia de ideas autolíticas en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca. 2022



Fuente: Encuestas realizadas por las autoras.

Elaboración: Vanessa Guamán, Joselyn Nugra.

Los niveles de ideación suicida clasificados según la Escala de ideación suicida de Beck, fueron: El 24.4% (68) tienen ideación suicida mientras que 75.6% (211) no presentan ideación suicida.

5.3 Depresión y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina

Tabla 2 Depresión y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca. 2022

Variable		Depresión		OR	IC 95%	Prueba p
		Si N=184	No N=95			
Sexo	Mujer	131 (71.2%)	57 (60.0%)	1.648	0.980-2.771	0.059
	Hombre	53 (28.8%)	38 (40.0%)			
Edad	17-21 años	99 (66.4%)	50 (33.6%)	1.048	0.638-1.722	0.852
	22-27 años	85 (65.4%)	45 (34.6%)			

Estado civil	Soltero/a	182 (98.9%)	90 (94.7%)	5.056	0.962 – 26.566	0.035
	Otros	2 (1.1%)	5 (5.3%)			
Procedencia	Sierra	150 (81.5%)	77 (81.1%)	1.031	0.547 – 1.944	0.924
	Otros	34 (18.5%)	18 (18.9%)			
Año académico	Primero - segundo	109 (59.2%)	47 (49.5%)	1.484	0.902- 2.443	0.120
	Tercero a quinto	75 (40.8%)	48 (50.5%)			

Fuente: Encuestas realizadas por las autoras.

Elaboración: Vanessa Guamán, Joselyn Nugra.

Los resultados obtenidos revelaron que la prevalencia de depresión en las mujeres fue del 71.2% (131) en contraste con los hombres 28.8% (53); según el OR las mujeres tienen 1.648 veces más riesgo de padecer depresión que los hombres, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Al determinar la prevalencia de depresión según la edad, se decidió colocar el punto de corte a los 21 años, entre 17 a 21 años fueron 66.4% (99) y de entre 22 a 27 años fueron 65.4% (85). La edad no representó riesgo de depresión, ni tampoco asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Se encontró que la prevalencia de depresión en personas sin pareja civil fue de 98.9% (182) en comparación con aquellas con pareja civil (casados, unión libre) con un 1.1% (2); según el OR no tener pareja civil representa 5.056 veces más riesgo de padecer depresión que tener pareja civil, además, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Se determinó que la prevalencia de depresión según el lugar de procedencia fue que en su mayoría 81.5% (150) procedían de la región Sierra mientras que solo el 18.5% (34) de otras regiones (Costa-Amazonía), esta condición no resultó ser un riesgo, ni un factor de asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Finalmente, de acuerdo al año académico que cursaba cada estudiante se encontró que el 59.2% (109) de primero y segundo año tenían depresión en comparación al 40.8% (75) de tercero, cuarto y quinto año; según OR los estudiantes que cursan primero y segundo año tienen 1.484 veces más riesgo de padecer depresión, sin embargo, esta condición no resultó ser un factor de asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

5.4 Ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de Medicina

Tabla 3 Ideas autolíticas y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina de la universidad de Cuenca, 2022

Variable		Ideación suicida		OR	IC 95%	Prueba p
		SI N=68	NO N=211			
Sexo	Mujer	46 (67.6%)	142 (67.3%)	1.016	0.567 – 1.822	0.957
	Hombre	22 (32.4%)	69 (32.7%)			
Edad	17-21 años	33 (22.1%)	116 (77.9%)	0.722	0.447 – 1.335	0.354
	22-27 años	35 (26.9%)	95 (73.1%)			
Estado civil	Soltero/a	66 (97.1%)	206 (97.6%)	0.801	0.152 – 4.226	0.793
	Otros	2 (2.9%)	5 (2.4%)			
Procedencia	Sierra	57 (83.8%)	170 (80.6%)	1.250	0.602 – 2.593	0.549
	Otros	11 (16.2%)	41 (19.4%)			
Año académico	Primero-	35 (51.5%)	121 (57.3%)	0.789	0.456 – 1.365	0.396
	Segundo					
	Tercero-Quinto	33 (48.5%)	90 (42.7%)			

Fuente: Encuestas realizadas por las autoras.

Elaboración: Vanessa Guamán, Joselyn Nugra.

Se determinó que la prevalencia de ideas autolíticas en las mujeres fue del 67.6% (46) en contraste con los hombres 32.4% (22); el sexo no resultó ser un riesgo, ni un factor de asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

La prevalencia de ideas autolíticas para la edad fue que; los participantes con edades de entre 17 a 21 años fueron 22.1% (33) y de entre 22 a 27 años 26.9% (35). La edad no representó riesgo de ideas autolíticas, ni tampoco asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$). En

aquellas personas sin pareja civil la prevalencia de ideas autolíticas fue del 97.1% (66) en comparación con aquellas con pareja civil (casados, unión libre) con un 2.9% (2); según el OR el tener o no tener pareja civil no representa riesgo, además, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Se determinó que la prevalencia de ideas autolíticas según el lugar de procedencia fue que en su mayoría 83.8% (57) procedían de la región Sierra mientras que solo el 16.2% (11) de otras regiones (Costa-Amazonía), proceder de la región Sierra representó 1.250 veces más riesgo de presentar ideas suicidas que aquellos que procedían de otras regiones, sin embargo, no se evidenció significancia estadística ($p > 0.05$).

Por último, de acuerdo al año académico que cursaba cada estudiante se encontró que el 51.5% (35) de primero y segundo año tenían ideas autolíticas en comparación al 48.5% (33) de tercero, cuarto y quinto año; según OR esta condición no resultó ser un riesgo, ni un factor de asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

5.5 Contrastación de la hipótesis

En la presente investigación los resultados obtenidos nos permiten rechazar la hipótesis nula y aceptamos nuestra hipótesis de trabajo con respecto a la prevalencia de depresión la cual fue superior al 50%, del mismo modo, aceptamos nuestra hipótesis de trabajo en lo referencia la depresión y al único factor asociado, pues se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$): estado civil.

Por otra parte, aceptamos la hipótesis nula y rechazamos nuestra hipótesis de trabajo en lo referencia a la prevalencia de las ideas autolíticas y debido a que fue inferior al 50%, de igual manera, aceptamos la hipótesis nula en cuanto a las ideas autolíticas y factores asociados.

Capítulo VI

6. Discusión

La depresión en Ecuador es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes que ha ido en ascenso en los últimos años, en conjunto con cifras alarmantes de intentos autolíticos, asociados a varios factores sociales. En consecuencia, el fin de la presente investigación fue determinar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y determinar la existencia de asociación estadística o no entre los factores asociados.

Dentro de nuestra investigación se determinó que la prevalencia de la depresión fue del 65.9%, lo que corresponde a depresión leve 14%, moderada 36.2% y grave 15.8%, cifras alarmantes que superan a otros estudios; al comparar con un estudio similar aplicado a estudiantes de Medicina de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay quienes determinaron una prevalencia del 64.2%, siendo 20.3% depresión leve, 24.5% moderada y el 19.4% severa (30). Datos aún menores fueron encontrados por Goicochea (31), en su estudio la prevalencia de depresión fue del 43.9%.

En cuanto a la ideación suicida, en los estudios de Chaparro et al. (32) revela que la prevalencia de la ideación suicida fue del 7.1%, y en el estudio de Guzmán (33) la prevalencia fue del 16.1%, en ambos casos valores inferiores al de nuestra investigación, no obstante, en ningún caso se encontró relación estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, pese a lo expuesto, el suicidio consumado se da más del doble en hombres que mujeres, ya que estos tienden a elegir métodos más violentos y letales de quitarse la vida. Importante señalar que aun cuando en todas las investigaciones se aplicó la escala de Ideación Suicida de Beck, se usaron diferentes métodos de interpretación en cada estudio.

Pese a la prevalencia de la depresión en mujeres representó 1.648 veces más riesgo de padecer la enfermedad, no se encontró significancia estadística, estudios como el de Granados et al (34) y el de García (35) los resultados son similares con nuestra investigación, en el primero se reporta que las mujeres presentaron una probabilidad ligeramente mayor $OR=1.6$ y en el segundo no se encontró significancia estadística entre ambos sexos. Es importante señalar que según datos la Organización Mundial de la Salud (1), la depresión afecta en mayor medida a la mujer que al hombre, lo que semeja con el presente estudio.

En lo que respecta a la variable estado civil, fue la única que en nuestro estudio se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.035$), pues la prevalencia de depresión en

personas sin pareja fue del 98.9%, OR 5.056. Tales resultados se contraponen a otros estudios, Pasato et al. (36) y Choco (37), quienes no mostraron asociación estadística.

Leiva et al (38) en su investigación no encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y ciclos académicos los cuales fueron divididos los cursos en preclínica, clínica e internado médico, así mismo Diaz et al (39) obtuvo muestras de la costa, sierra y selva peruana de estudiantes de Medicina que cursaban distintos años académicos donde tampoco encontró asociación estadísticamente significativa, lo que coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio. De igual manera en otras publicaciones se ha encontrado asociación con los 3 años primeros años de estudio y la depresión, como el estudio realizado en estudiantes de Medicina de España (40), demostró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y aquellos estudiantes que cursaban el tercer año académico, posiblemente asociado a las asignaturas preclínicas.

Finalmente es importante destacar ciertas limitaciones encontradas en la presente investigación. La primera que al ser un estudio con diseño transversal no fue posible establecer las relaciones causales, además, tanto la depresión y la ideación suicida son temas sensibles por lo cual es posible el sesgo de la información debido a que los participantes pudieron haber respondido los cuestionarios con respuestas socialmente aceptables. Los resultados de esta investigación deben ser manejados con reserva dado que se limitó solamente a estudiantes de Medicina.

A pesar de las limitaciones encontradas, los resultados son alarmantes por ello se deberían motivar a las autoridades a implementar estrategias relacionadas con el bienestar estudiantil.

Capítulo VII

7.1 Conclusiones

1. La presente investigación estuvo conformada por (N=279), en su mayoría mujeres (67.4%), con edad entre 20 a 24 años (60.2%), de los cuales el (97.5%) no tenían pareja civil, el (81.4%) procedía de la región sierra y más del 50% pertenecían al primero y segundo año académico.
2. A través de los resultados obtenidos en el presente estudio se determinó que los estudiantes matriculados en el periodo septiembre 2022-febrero 2023 en la carrera de Medicina, existe una prevalencia de depresión del 71.2% en mujeres versus 28.8% en hombres. En cuanto a la edad, la prevalencia fue similar en el rango de 17 a 21 años (66.4%) como de 22 a 27 años (65.4%). En lo que respecta a la prevalencia de ideas autolíticas, esta fue mayor en las mujeres con un 67.6% y no hubo diferencia significativa en lo que respecta la edad.
3. Del total de la población, los que presentaron depresión según el Inventario de Depresión de Beck, el 14% presentó depresión leve, el 36.2% depresión moderada, el 15.8% depresión grave, por otra parte, según Escala de ideación suicida de Beck, el 24.4% presentó ideación suicida.
4. Los factores asociados estudiados fueron; sexo, edad, estado civil, procedencia y año académico. En un caso únicamente se encontró una asociación estadísticamente significativa donde la prevalencia de depresión en personas sin pareja civil era del 98.9% frente al 1.1% de personas con pareja civil, OR 5.056 (P=0.035).

7.2 Recomendaciones

- Es imprescindible que desde la presentación inicial de síntomas y signos que nos orienten la presencia de depresión o ideación suicida busquemos ayuda profesional por ende es oportuno la ejecución de proyectos enfocados al ámbito de la salud mental a través del Departamento de Bienestar Universitario ya sea para realizar seguimiento y disminuir la prevalencia de estas patologías.
- Es importante la ampliación investigativa en las distintas facultades de la Universidad de Cuenca, para medir las distintas realidades y con ello buscar canales directos de apoyo al estudiantado. Así mismo, se recomienda a futuras investigaciones ampliar las variables en busca de factores estrechamente asociados.

- En el transcurso de la formación médica se imparten materias como Psicología, Psiquiatría las cuales han sido estructuradas para la práctica profesional, donde se deberían abrir paso al diseño de diferentes estrategias de promoción y prevención de la salud mental, esperemos que las próximas generaciones puedan tener acceso a un mayor número de herramientas que les sirvan para el cuidado de su salud mental.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 8 de junio de 2022];5(12):e610. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>
3. Mosquera ELC, Rodríguez JPP, Parra PMP. Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. Journal of American Health [Internet]. 14 de febrero de 2022 [citado 8 de junio de 2022];5(1). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>
4. Battet M, Romero R. Depresión y Suicidio, documento estratégico para la promoción de la salud mental. Edición especial. [Internet]. España; Sociedad española de Psiquiatría 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/220217_Libro_Depresion_y_Suicidio_Edicion_Congreso.pdf
5. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Pediatría primaria [Internet]. 2018 [citado el 14 de junio de 2022];20(80):387–97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
6. Chacaliza KPT, Manrique JD. Depresión e ideación suicida en adolescentes: una revisión narrativa. PsiqueMag [Internet]. 2022 [citado el 14 de junio de 2022];11(2):108-16. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/1918/1817>
7. Organización Mundial de la Salud. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
8. Ministerio de Salud Pública. Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos” – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
9. Salud OP de la. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. 2022;52. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Gerstner R, Carpio J, Diaz V, Troya M, López M. Lineamiento de intención e intentos de suicidio [Internet]. Quito: Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud; 2021 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>

11. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
12. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>
13. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec> (acceso 13 de junio de 2022).
14. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 3 de mayo de 2021 [citado 14 de junio de 2022];89(Supl.1):46-52. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12047>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org>. (acceso 13 de junio de 2022).
16. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>. (acceso 13 de junio de 2022).
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
18. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Rev.méd.sinerg*. [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 13 de junio de 2022];5(12):e610. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>
19. Alarcon, R. Gea, A. Martinez, J. et. al. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. Guía de Práctica Clínica (GPC). Murcia. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>. (acceso 13 de junio de 2022).
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el Adulto. Galicia: España. 2014. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc.pdf
21. Grupo de Gestión de la Información de la Salud. Depresión. 2018. Disponible en: <https://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2018/03/hoja-inf-marz.pdf>. (acceso 13 de junio de 2022)
22. Madero Dutazaka MG, Suárez Orrala JD, Mayancela Zumba MA, Villegas Guerrero EK. Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC* [Internet]. 2021 [citado el 14 de junio de 2022]

- 2022];5(1):32–41. Disponible en:
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/586>
23. Hernández-Bello LSH, Hueso-Montoro CH, Gómez-Urquiza JL, Collogo-Milanés Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado el 14 de junio de 2022];(94):129. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721501>.
24. Castellvi P, Piqueras J. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir [Internet]. [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en:
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
25. Londoño Muriel V, Cañón Buitrago SC. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Arch Med (Manizales)* [Internet]. 2020;20(2):472–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30554/archmed.20.2.3582>.
26. Val A, Míguez MC. La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Ter psicol* [Internet]. 2021;39(1):145–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082021000100145>
27. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington, D.C: Levav I; 2016 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>
28. Pachas DVB. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Rev Investig Psicol* [Internet]. 2019 [citado el 14 de junio de 2022];22(1):39–52. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8162691>
29. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, Paz García-Vera M. Criterios y baremos para interpretar el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) [Internet]. *Behavioralpsycho.com*. [citado el 14 de junio de 2022]. Disponible en:
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf
30. Pérez B, Hernandez C, García Da Rosa F, Nuñez JM, García Del Ré L, García Gamboa L. Prevalencia de depresión en estudiantes de Facultad de Medicina, Udelar 2022. 2022 [citado el 16 de agosto de 2023]; Disponible en:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/37719>
31. Rodríguez G, Liset L. Depresión en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2023. Universidad Nacional de Cajamarca; 2023; Disponible en:
<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/5701>
32. Chaparro Armoa MA, Sosa Aquino O, Pérez MA, BurguezN. Prevalencia de Ideación Suicida en estudiantes de Medicina de una Universidad de Paraguay, año 2022. *Rev. cient. cienc. salud* 2023; 5: e5109. Disponible en:
https://www.upacifico.edu.py:8043/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/331/680

Anexos

Anexo A. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Biológica Cronológica	Encuesta (años cumplidos)	- Menor de 20 años - 20 a 24 años - 25 a 29 años - 30 años o más
Sexo	Característica biológica que diferencian al hombre y la mujer	Biológica	-Hombre -Mujer	-Hombre -Mujer
Procedencia	Lugar o región de donde procede el paciente	Geográfica	Región	- Costa - Sierra - Amazonía - Región Insular
Estado civil	Situación legal de una persona		- Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Unión libre	- Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Unión libre
Año académico	Año lectivo de la carrera universitaria que cursa actualmente una persona		- Primer año - Segundo año - Tercer año - Cuarto año - Quinto año	- Primer año - Segundo año - Tercer año - Cuarto año - Quinto año
Inventario de Depresión de Beck	Instrumento auto aplicable para detectar y evaluar la gravedad de la depresión	Clínica	Nominal - Si - No	- Cada pregunta 0-1-2-3 puntos
Escala de ideación suicida de Beck	Instrumento que evalúa la intencionalidad suicida y su grado de intensidad con el que alguien piensa suicidarse	Clínica	Nominal - Si - No	- Cada pregunta 0-1-2 puntos

Anexo B. Ficha de recolección de datos

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Edad en años cumplidos: ____

Sexo: Hombre ____ Mujer ____

Estado civil: Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a ____ Divorciado/a ____ Unión libre ____

Procedencia (donde nació): Costa ____ Sierra ____ Amazonía ____ Región Insular ____

Año académico: Primero ____ Segundo ____ Tercero ____ Cuarto ____ Quinto ____

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

1. No me encuentro triste.

- Me siento triste o melancólico.
- Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo.
- Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo.

2. No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro.

- Me siento desanimado respecto al futuro.
- No tengo nada que esperar del futuro.
- No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.

3. No me siento fracasado.

- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos.
- Creo que, como persona, soy un completo fracasado (padre, marido, esposa).

4. No estoy particularmente descontento.

- No disfruto de las cosas como antes.
- No encuentro satisfacción en nada.
- Me siento descontento de todo.

5. No me siento particularmente culpable.

- Me siento malo o indigno muchas veces.
- Me siento culpable.
- Pienso que soy muy malo e indigno.

6. No me siento decepcionado conmigo mismo.

- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- Estoy disgustado conmigo mismo.
- Me odio.

7. No tengo pensamientos de dañarme.

- Creo que estaría mejor muerto.
- Tengo planes precisos para suicidarme.
- Me mataría si tuviera ocasión.

8. No he perdido el interés por los demás.

- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos.
- He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto.

9. Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes.

- Trato de no tener que tomar decisiones.
- Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar decisiones.

10. No creo que mi aspecto haya empeorado.

- Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo.
- Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo.
- Siento que mi aspecto es feo y repulsivo.

11. Puedo trabajar igual de bien que antes.

- Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo.
- Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
- No puedo realizar ningún trabajo.

12. No me canso más que antes.

- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso por cualquier cosa.
- Me canso demasiado por hacer cualquier cosa.

13. Mi apetito no es peor de lo normal

- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es ahora mucho peor.
- He perdido el apetito.

Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1. Deseo de vivir

0. Moderado a fuerte

1. Débil

2. Ninguno

2. Deseo de morir

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir

0. Porque seguir viviendo vale más que morir

1. Aproximadamente iguales

2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. Deseo de intentar activamente el suicidio

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado a fuerte

5. Deseos pasivos de suicidio

0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida

1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad

2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)

0. Breve, períodos pasajeros

1. Por amplios períodos de tiempo

2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)

0. Raro, ocasional

1. Intermitente

2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia la ideación/deseo

0. Rechazo

1. Ambivalente, indiferente

2. Aceptación

9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out

0. Tiene sentido del control

1. Inseguro

2. No tiene sentido del control

10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. Razones para el intento contemplado

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)

- 0. No considerado
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados/bien formulados

13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)

- 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
- 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
- 2. Método y oportunidad accesibles
- 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento

- 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
- 1. Inseguridad sobre su valor
- 2. Seguro de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual

- 0. No
- 1. Incierto
- 2. Sí

16. Preparación actual para el intento contemplado

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
- 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. Nota suicida

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
- 2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)

- 0. Ninguno
- 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
- 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

- 0. Reveló las ideas abiertamente
- 1. Frenó lo que estaba expresando
- 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Anexo C. Autorización

0-899

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Dra. Vilma Bojórquez
Decana de la Facultad de
Ciencias Médicas

De nuestras consideraciones:

Nosotros, KATHERINE VANESSA GUAMÁN ÁLVAREZ con CI 0105401863 y JOSELYN MARITZA NUGRA YÁNEZ con CI 1401178957, estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, solicitamos cordialmente nos permita el acceso a la Institución que usted dirige para la aplicación de encuestas físicas a los estudiantes de la Carrera de Medicina, ya que por motivos académicos de culminación de carrera realizamos la tesis de pregrado cuyo título es: **"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN E IDEAS AUTOLÍTICAS Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA. 2022"** dirigida por el Dr. Ismael Morocho Malla.

En espera de su atención, tenga nuestro más sincero agradecimiento y el deseo de que tenga éxitos y prosperidad en las actividades que realiza como director de su entidad.

Saludos cordiales

Atentamente:


Katherine Vanessa Guamán Álvarez
CI 0105401863


Joselyn Maritza Nugra Yánez
CI 1401178957

Katherine.guaman@ucuenca.edu.ec


03/03/2023

UCUENCA
CIENCIAS MÉDICAS
TRÁMITE
03 MAY 2023
RECIBIDO
03/05/2023
FIRMA

Anexo D. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN E IDEAS AUTOLÍTICAS Y FACTORES ASOCIADOS
EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
CUENCA. 2022
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigadoras	Katherine Vanessa Guamán Álvarez	0105401863	Universidad de Cuenca, Medicina
	Joselyn Maritza Nugra Yáñez	1401178957	Universidad de Cuenca, Medicina

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el la Facultad de Medicina. 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.

Introducción

Para la recolección de datos se utilizará un formulario que consta de dos escalas: Inventario de Depresión de Beck que contiene de 13 ítems y la Escala de Ideación Suicida de Beck que contiene de 19 ítems, los cuales ha sido utilizado previamente en otros estudios, tomará un lapso de tiempo máximo de 20 minutos, se aplicará a 278 estudiantes que serán elegidos aleatoriamente.

Riesgos y beneficios

El riesgo para los participantes es mínimo y está relacionado con la confidencialidad, por lo cual, no se dará a conocer los datos de identificación. A través de esta investigación se podrá determinar la prevalencia de depresión e ideas autolíticas y factores asociados, aquellos estudiantes que forman parte de la investigación se benefician al identificar su estado de salud mental, generando promoción de salud y prevención de estas enfermedades.

Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libertad de decidir si desea o no contestar las preguntas, sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Además, usted puede retirarse del estudio en el momento que desee.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

<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) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 8) Que se respete su intimidad (privacidad); 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 11) 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; 12) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. 	
<p>Manejo del material biológico recolectado</p>	
<p>No aplica</p>	
<p>Información de contacto</p>	
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0997849482 que pertenece a Katherine Vanessa Guamán Álvarez o envíe un correo electrónico a katherine.guaman@ucuenca.edu.ec.</p>	
<p>Consentimiento informado</p>	
<p>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.</p>	
<p>_____ Nombres completos del/a participante Fecha</p>	<p>_____ Firma del/a participante</p>
<p>_____ Nombres completos del testigo (si aplica) Fecha</p>	<p>_____ Firma del testigo</p>
<p>_____ Nombres completos del/a investigador/a Fecha</p>	<p>_____ Firma del/a investigador/a</p>
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec.</p>	

Anexo E. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	MES					
	Primer mes	Segundo mes	Segundo mes	Tercer mes	Quinto mes	Sexto mes
Recolección de datos	X					
Procesamiento y análisis de datos.		X	X			
Elaboración del informe final			X			
Corrección de informe final				X	X	
Presentación del Informe final						X