

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**UNAN, León**



Tesis para optar al título de:  
***“Doctor en Medicina y Cirugía”***

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el trastorno depresivo mayor en estudiantes de II a IV año de la carrera de medicina de la UNAN León, en el primer semestre del 2022.**

**Autores:**

- **Kenneth Ezequiel Gutiérrez González**
- **Eliar José Jarquín López**
- **Dreiver Ovalier López Alguera**

**Tutor: *MSc. Evert Téllez***  
**Máster en salud Pública**

**León, febrero del 2023.**

***¡A la libertad por la Universidad!***

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**UNAN, León**



Tesis para optar al título de:  
**“Doctor en Medicina y Cirugía”**

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el trastorno depresivo mayor en estudiantes de II a IV año de la carrera de medicina de la UNAN León, en el primer semestre del 2022.**

**Autores:**

- **Kenneth Ezequiel Gutiérrez González**
- **Eliar José Jarquín López**
- **Dreiver Ovalier López Alguera**

**Tutor: MSc. Evert Téllez**  
**Máster en salud Pública**

**León, febrero del 2023.**

***¡A la libertad por la Universidad!***

## ***Dedicatoria***

La presente tesis está dedicada a Dios ya que gracias a él logramos concluir nuestra carrera, a nuestros padres que con mucho esfuerzo nos brindaron el apoyo emocional y económico para llegar a culminar nuestra carrera, a nuestros maestros que con mucha entrega nos regalaron sus conocimientos adquiridos a lo largo de vida.

En lo personal le dedico mi tesis a mi amigo Eleazar Blandón que, aunque no está presente siempre seguirá presente en mi caminar

## ***Agradecimiento***

A Dios por no haberme dejado solo en el proceso de mi carrera y siempre ayudándome a seguir adelante.

A nuestros padres por que sin el esfuerzo de ellos no hubiera podido concluir nuestros estudios universitarios.

## **Resumen**

**Objetivo:** Determinar el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el trastorno depresivo mayor en estudiantes de II a IV año de la carrera de medicina de la UNAN León, en el primer semestre del 2022.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta CAP. El área de estudio fue en la facultad de ciencias médicas de la UNAN-León, en la carrera de medicina. Con un total de 741. Tipo de muestreo Probabilístico, el tamaño de muestra que resulto en 140 estudiantes en total, con un nivel de confianza del 95% y prevalencia del 12.9%, en el cual se calculó proporcionalmente para cada grupo de año académico.

**Resultados:** Los estudiantes encuestados, tienen un alto nivel de conocimiento respecto a la depresión con un (52.1%), respecto a las actitudes, (50.7%) representan a la actitud negativa para el trastorno depresivo mayor y en las practicas se observó que (55.7%) tienen prácticas inadecuadas y solo (44.3%) es considerado con prácticas adecuada

**Conclusión:** Al evaluar resultados podemos decir que los estudiantes de medicina de la unan-león poseen un alto conocimiento respecto al tema, con actitudes negativa, pero con prácticas inadecuadas, con asociación negativa entre actitudes y prácticas.

**Palabras claves:** Depresión, conocimientos, actitudes y prácticas en salud, estudiantes de medicina.

# Índice

---

Contenido	Páginas
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes .....	2
III. Justificación.....	4
IV. Planteamiento del problema.....	5
V. Objetivos .....	6
Objetivo General:.....	6
Objetivos específicos:.....	6
VI. Marco teórico.....	7
Reseña histórica.....	7
Definición.....	7
Epidemiología.....	7
Presentación.....	13
Complicaciones.....	15
Importancia - conocimientos.....	18
Actitud.....	19
Prácticas.....	20
VII. Material y Método .....	21
VIII. Resultados y Discusión .....	27
Discusión .....	37
IX. Conclusión.....	39
Recomendaciones .....	40
X. Referencias .....	41
XI. Anexos.....	49

## ***I. Introducción***

Los estudiantes de la carrera de medicina se caracterizan por exigencias académicas constantes y crecientes, en las que se utilizan habilidades y destrezas para lograr una mejor preparación al ingresar al área profesional, e importante por las responsabilidades que se le otorgarán. A veces, la ansiedad, el estrés y la depresión que enfrentan los estudiantes durante la formación pueden ser un problema importante, porque no pueden obtener un rendimiento académico satisfactorio y exceden su capacidad de desempeño, lo que agrava el estado mental y/o conduce a prácticas inseguras.

El propósito de este estudio es determinar si los estudiantes de medicina de la UNAN-León, tienen el nivel de conocimiento necesario para enfrentarse a una sospecha de un trastorno depresivo mayor, esto relacionado a las actitudes y prácticas que dichos encuestados ostentan. Esto porque en estudios anteriores se han encontrado factores de riesgos asociados y una incidencia significativa. La validación de los resultados ayuda a su formación y al cumplimiento de las responsabilidades sociales de la universidad, asegurando que los cursos de carrera de la salud incluyan investigaciones sobre temas tan importantes de salud pública. (1)

Tenemos que la depresión (trastorno depresión mayor) es una enfermedad común y grave que afecta negativamente cómo se siente, piensa y actúa una persona. Favorablemente, también es tratable. La depresión puede causar tristeza y/o pérdida de interés en actividades que alguna vez disfrutó. Puede causar varias dificultades emocionales y físicas y puede reducir su capacidad en el trabajo y en el hogar. (2)

El estudio se llevaría a cabo como un muestreo probabilístico de 3 secciones, una de cada año académico de la carrera de medicina de la UNAN, León. Como instrumento de evaluación se utilizará un cuestionario que evalúa 4 grupos de variables: datos generales, variables para evaluar conocimientos, variables para determinar el tipo de actitud y variables para describir las prácticas.

## **II. Antecedentes**

La depresión se ha venido investigando desde ya hace varios años como un padecimiento que puede afectar a cualquier persona sin interesar la edad, la raza, los ingresos económicos, la cultura o el nivel educativo. (3) Los investigadores del "Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México" (UNAM), se han basado en estudiantes de medicina debido que estos tienen factores desencadenantes como: bajo nivel socioeconómico, ansiedad de estado (estado emocional caracterizado por una combinación única de sentimiento de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones), y factores estresantes (por ejemplo: exceso de trabajo, descanso inapropiado) (4), según otros estudios, la depresión fue más prevalente entre las mujeres que entre los hombres (5).

A la búsqueda por los diversos medios disponibles a nuestro alcance, no se encontraron estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), sobre depresión mayor en estudiantes de medicina, sin embargo un estudio CAP realizado en un hospital de tercer nivel de atención en Lima Perú a médicos residentes sobre depresión mayor, dicho estudio, contó con una participación total de 113 residentes varones, el cual el 15,93% demostró conocimiento insuficiente, 73,45% conocimiento moderado, y 10,62% conocimiento suficiente sobre depresión. Un porcentaje pequeño pero significativo de los participantes mostró persistentes actitudes negativas hacia la valoración de la depresión como enfermedad mental y menos de la mitad están correctamente informados acerca de aspectos relevantes del tratamiento. (6)

En otro estudio relacionado en centros de salud de propiedad pública en cuatro distritos de salud en la División Fako, Camerún, donde se evaluó el Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la depresión entre los proveedores de atención primaria de salud (médicos generales, enfermeras, asistentes de farmacia, trabajadores sociales y médicos internos), el cual se obtuvo como resultado que tienden a tener un conocimiento limitado y actitudes pobres con respecto a la depresión. En cuanto las prácticas tienden a ser inadecuadas por la mayoría de encuestados. (7)



En un estudio realizado en la Ciudad de México que evaluó grupos en la unidad de medicina familiar de un hospital psiquiátrico y el hospital general del Distrito 98, donde se evaluó y comparo los conocimientos, obteniendo que los estudiantes de medicina tenían una mayor comprensión de la depresión en la mayoría de las variables. Comparando contra residentes de medicina familiar y externos e internos. (8)

La problemática varia si es por síntomas, ya que para el 2020, según la CEEM un 41% de los estudiantes de Medicina presentaba algún signo de depresión, dando a pensar si se están llevando a cabo un afrontamiento eficaz contra esto. (9). Según un estudio que se realizó en Nicaragua en el 2017, planteó que la depresión afecta a un total de 4,5%. Al menos 238.161 de nicaragüenses tienen depresión, en lo cual la prevalencia es mayor en mujeres. (10)

### ***III. Justificación.***

Debido que los estudiantes de la carrera de medicina están expuestos a diversas situaciones de estrés, a que su actividad recreativa y familiar está reducida, a los problemas económicos que son factores que predisponen a padecer trastorno depresivo mayor, hemos decidido realizar esta investigación por la falta de estudio sobre este tema en nuestra carrera.

Será necesario para planificar estrategias que promuevan comportamientos humanos favorables a un estilo de vida saludable. Si bien es cierto, en la actualidad existe muchas fuentes de información sobre la depresión y otros trastornos psicológicos. Es importante el actuar del sistema de salud en la sintomatología de la depresión y verificar si los estudiantes tienen los conocimientos y hacen buen uso de ellos, relacionando las actitudes y prácticas.

Con los resultados de este estudio serán útil para comprender el nivel que tienen los estudiantes conforme al manejo adecuado de la depresión mayor, poder recomendar un seguimiento específico, ya sea de educación o de apoyo psicosocial.

El presente estudio resulta relevante ya que a nivel nacional no se cuenta con estudios que evalúen de forma conjunta conocimientos, actitudes y prácticas sobre la depresión mayor en estudiantes de medicina. Además, se fomentará la participación directa y comprometida de los participantes en la investigación. Así mismo, se orientaría a mejorar la comprensión de porque la gente actúa de la manera en que lo hace y así establecer de manera eficaz los programas educativos acerca de la depresión y otros trastornos relacionados.

#### ***IV. Planteamiento del problema.***

La salud mental es una parte integral de la salud de toda la población, tal como se describe en el informe “La Salud Mental en el Mundo” que lo describe como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (11) En el año 2019 durante 57° Consejo Directivo de la OPS, se expuso que los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo. (12)

El trastorno depresivo mayor, se debe abordar lo más individualizado posible, debido a que su aparición depende no solo de factores sociales, económicos, ambientales y políticos, sino también a la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, incluyendo lo que la familia induce en el sujeto. (13)

Los estudiantes de medicina tienen de dos a cinco veces más probabilidades de desarrollar depresión que la población general; Sus tasas de depresión oscilaron entre el 9% y el 56%. Algunos de los factores que afectan a los estudiantes de medicina son: el estrés general, la carga académica, limitada vida social, poco descanso, la poca convivencia familiar, la principal consecuencia que conlleva la depresión, es el suicidio. A pesar de esto, muy pocos estudiantes consultan alguna vez a un médico o psicólogo. (14)

Ante la aparición de nuevas circunstancias epidemiológica (Covid-19), han surgido personas que han presentado consecuencias negativas en la salud mental, motivo de factores estresantes dando paso a prácticas peligrosas que afectaría la salud tanto mental y físicas. (15) Por lo anterior se plantea la siguiente Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el trastorno depresivo mayor en estudiantes de II a IV año de la carrera de medicina de la UNAN León, en el primer semestre del 2022?

## **V. Objetivos**

### **Objetivo General:**

Determinar el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el trastorno depresivo mayor en estudiantes de II a IV año de la carrera de medicina de la UNAN León, en el primer semestre del 2022.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar socio-demográficamente la población a estudio.
2. Valorar los conocimientos de los estudiantes sobre el trastorno de depresión mayor.
3. Analizar las actitudes de la población sobre el trastorno depresivo mayor en la población a estudio.
4. Identificar las prácticas de la población a estudio en la prevención del trastorno depresivo mayor.
5. Relacionar conocimientos, actitudes y prácticas en las personas a estudio e identificar factores asociados a alto riesgo de trastorno depresivo mayor.

## **VI. Marco teórico.**

### **Reseña histórica.**

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos, primeramente, descrito como 'melancolía' por los hipocráticos V a.C hasta la época del renacimiento en el año 1725, que el británico Richard Blackmore rebautizo este mal con el termino actual de 'Depresión'. (16)

Bajo el inicio de la psicología y biopsiquiatria en la medicina moderna, considera cualquier trastorno del humor o actitud que disminuya o dificulte el rendimiento den el trabajo o actividades recreativas, independientemente de la causa sea conocida o no, como un trastorno digno de atención médica. (16)

A medida que avanzaba la medicina en los finales del siglo XIX e inicios del XX, los trastornos del humor adquieren mayor especificad y claridad, adquiriendo las definiciones que conocemos hoy en día internacionalmente. (16)

### **Definición.**

“La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.” Organización Panamericana de la salud, 2017 (17)

La tristeza es un sentimiento que se manifiesta en todos los seres humanos en algún momento de su vida, pero a diferencia de la depresión como una enfermedad, se caracteriza por la dificultad para disfrutar (anhedonia) representando un estado de ánimo disfórico (contrario de euforia) y un cambio de la perspectiva de la vida propia del individuo.

### **Epidemiología.**

La organización mundial de la salud (OMS), estima que a nivel mundial aproximadamente 350 millones, de la población tiene actualmente depresión de las cuales, el 60% de las personas no reciben ayuda específica, esta enfermedad representa la principal causa de incapacidad y ayuda de forma importante en la mortalidad en general (18)

Este tipo de trastorno es muy frecuente, se estima que al menos el 8-18% de la población general va a sufrir en algún momento de su vida depresión (19), En un estudio epidemiológico reciente, la prevalencia de depresión aumentó en el periodo de la adolescencia, con mayores incrementos en las mujeres en razón de 3-1, según se plantea que la mayoría de los jóvenes experimentará un cuadro depresivo antes de la edad de 18 años. (20)

En Atención Primaria se encuentran entre las causas más importantes de morbilidad, puesto que los trastornos mentales constituyen una prioridad en salud pública, múltiples Investigaciones en el campo de la salud mental, han fijado su atención en la población universitaria, muchos estudios marcan que los trastornos depresivos en estudiantes presentan una mayor tasa en comparación con la población general. (21) La prevalencia de síndrome depresivo en estudiantes de medicina principalmente en mujeres es de 58,1%; este predominio fue tanto para el Trastorno depresivo menor como para el Trastorno depresivo mayor. Esto es debido a que en el ambiente universitario se ponen a prueba las competencias y las habilidades que como estudiante debe de cumplir para su desarrollo profesional. (22)

Los estudiantes están expuestos a demandas académicas, nuevas responsabilidades, evaluaciones, desempeño laboral y así como estrés familiar, financiero y social cuando se combinan con factores identificados como factores de riesgo para la depresión (p. ej., sexo, antecedentes familiares de depresión, diagnóstico enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la separación de los padres y el consumo de alcohol) pueden provocar un deterioro de su salud mental. Estudios anteriores han encontrado que

individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta. (23)

### **Factores de Riesgos.**

En el caso de la depresión, variables como la edad, el género, el divorcio, los problemas familiares y las características socioeconómicas de la región son algunos ejemplos de factores de riesgo para desarrollar depresión. (24)

**Riesgo familiar:** Es un papel muy importante, la depresión de los padres puede ser heredada, los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor, El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de padecer el trastorno, la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el joven, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo. (25)

**Riesgo en relación con el entorno:** La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social, lo cual puede dar una mayor probabilidad para desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social. (26)

### **Factores individuales:**

**Sexo:** En la primera mitad de la adolescencia, la frecuencia de estos trastornos es de dos a tres veces mayor en el sexo femenino. Las posibles explicaciones pueden incluir cambios hormonales continuos, aumento del estrés y mala respuesta al estrés, diferencias en las relaciones interpersonales y una tendencia a los pensamientos suicidas. (25)

**Factores bioquímicos:** Muchos estudios sugieren que los cambios en los sistemas serotoninérgico y adrenocortical pueden estar involucrados en la biología de la depresión en adultos jóvenes. Por lo tanto, se encontraron cambios en la función de la serotonina en pacientes con antecedentes familiares de depresión. Por otro lado, niveles elevados de cortisol y dehidroepiandrosterona predijeron depresión en un subgrupo de jóvenes con alto riesgo psicosocial. Los niveles de la hormona del crecimiento, la prolactina y el cortisol también parecen cambiar en los jóvenes con riesgo de depresión. (26)

**Factores genéticos:** Hasta el 20-50% de los jóvenes con depresión tienen antecedentes familiares de depresión u otros trastornos psiquiátricos. Los estudios con gemelos han demostrado que el 40-70% de los síntomas depresivos pueden explicarse por factores genéticos (25), Cuanto más grave es la expresión, mayor es la influencia del gen. (27)

**Factores psicológicos:** La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, aumenta significativamente el riesgo de trastorno depresivo, dificultades físicas o de aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno de conducta en adultos jóvenes, y aumenta el riesgo de depresión. (28)



## **Etiología del trastorno depresivo mayor.**

La hipótesis de las monoaminas del trastorno depresivo mayor: esta hipótesis sugiere que la depresión es causada por una deficiencia funcional de los neurotransmisores norepinefrina (NA) y serotonina (5-HT) en las regiones límbicas (anímicas) del cerebro. Una versión básica de esta hipótesis para la depresión especula que la depresión ocurre debido a la disponibilidad reducida de los neurotransmisores 5-HT y NA. (29)

## **Importancia de la Serotonina en la depresión mayor.**

La 5-HT y sus receptores influyen en diversas funciones cerebrales, como el sueño, la actividad motora, la percepción sensorial, el apetito, la sexualidad, la regulación de la temperatura, la nocicepción y la secreción hormonal. (30)

## **Papel de la noradrenalina en la depresión mayor.**

NA es un neurotransmisor involucrado en la motivación, el estado de alerta, el nivel de conciencia, la percepción del apetito, la regulación del sueño, el apetito, el comportamiento sexual, la neuromodulación de los mecanismos de recompensa, el aprendizaje y la memoria (31), funciones que con frecuencia se encuentran alteradas en el paciente deprimido. (32)

Hipótesis del estrés crónico en la depresión. La depresión es una respuesta alterada del sistema nervioso central a los niveles de estrés crónico. Esta teoría está respaldada por una gran cantidad de evidencia epidemiológica que sugiere que el estrés es un factor de vulnerabilidad importante para los trastornos del estado de ánimo. Esta evidencia incluye el deterioro de la función del eje HPA en pacientes con trastorno depresivo mayor. (33)

La hipótesis del estrés sugiere que la depresión es causada por cambios en las funciones nutricionales que impiden la actividad neuronal normal y conducen a cambios en la plasticidad neuronal. Cualquier evento estresante que experimentemos puede

tener un efecto profundo y duradero en nuestro cerebro, cambiando su estructura y función. Se han informado elevaciones sostenidas de cortisol en pacientes deprimidos. De hecho, la falta de inhibición de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) de las neuronas parvocelulares en el núcleo paraventricular del hipotálamo es una causa directa de los niveles elevados de cortisol. (34)

La hipótesis neurotrófica del trastorno depresivo mayor. Varios estudios han informado anomalías en las sinapsis y la neurogénesis en pacientes deprimidos. Por lo tanto, se cree que los niveles reducidos de estos neuroelementos (NGF y BDNF) afectan el funcionamiento de las áreas límbicas del cerebro, que están involucradas en el control emocional y la función cognitiva. (35)

La hipótesis proinflamatoria de la depresión. Durante las últimas dos décadas, se han publicado muchas observaciones sobre la relación entre las citoquinas inflamatorias y el estado emocional. (36) Esta hipótesis se basa en el efecto inhibitorio de la inmunoterapia (interferón alfa e interleucina-2) en pacientes con hepatitis B o C, VIH-SIDA y cáncer. Además, estudios que analizan los niveles de citoquinas en plasma en pacientes con depresión, así como estudios que muestran niveles reducidos de citoquinas proinflamatorias después del tratamiento con varios antidepresivos. (37)

Por otro lado, se ha informado que los efectos del tratamiento antidepresivo están asociados con una disminución de las citocinas proinflamatorias, así como con una disminución de los niveles de TNF- $\alpha$  después del tratamiento antidepresivo. (38) Del mismo modo, Honestad y cols. reportaron una disminución en los niveles de IL-1b después del tratamiento antidepresivo.

La hipótesis de la deficiencia de GABA en el trastorno depresivo mayor. La evidencia más sólida de la participación del sistema GABAérgico en la depresión se basa en la disminución de los niveles de GABA en plasma (38) y en líquido cefalorraquídeo o tejido cortical en pacientes deprimidos. Este fenotipo neuroquímico es consistente con la pérdida selectiva de interneuronas GABAérgicas positivas para calbindina observada

en la corteza prefrontal dorsal de pacientes deprimidos. (39) Curiosamente, los déficits de GABA fueron más pronunciados (-50 %) en los subtipos de depresión depresiva y resistente al tratamiento, mientras que la reducción fue menos pronunciada (-50 %) en pacientes deprimidos que no cumplían con los criterios de depresión (-20%). (40)

## **Presentación**

### **Signos y síntomas.**

La mayoría de los pacientes con trastorno depresivo mayor presentan una apariencia normal. En pacientes con síntomas más graves, se puede observar una disminución del aseo y la higiene, así como un cambio de peso. Los pacientes también pueden mostrar lo siguiente:

- Retraso psicomotor
- Aplanamiento o pérdida de reactividad en el afecto del paciente (es decir, expresión emocional)
- Agitación o inquietud psicomotora

### **Criterios Diagnósticos (DSM, V)**

Entre los criterios para un trastorno depresivo mayor al menos 5 de los siguientes síntomas deben haber estado presentes durante un periodo de 2 semanas (y al menos uno de los síntomas debe de ser disminución del placer o anhedonia o estado de ánimo deprimido) (41)

- Estado de ánimo deprimido. Para los niños y adolescentes puede ser u estado de ánimo irritado
- Disminución del interés o pérdida del placer en casi todas las actividades (anhedonia)
- Cambio de peso significativo o alteración del apetito; para los niños esto debe significar que no logran un aumento de peso adecuado

- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias)
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad
- Disminución de la capacidad de pensar o concentración; indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio con plan específico para cometerlo.

### **Métodos Diagnósticos.**

Existen muchos cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo (42):

- Escala de depresión de Yasevage
- Test de depresión de goldberg
- Test de depresión de hamiltong
- Inventario de depresión de Beck (BDI) o Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II): escalas de calificación de síntomas de 21 preguntas que proporcionan una puntuación de gravedad de 0 a 63.
- BDI para atención primaria: una escala de 7 preguntas adaptada del BDI.
- Escala de depresión de autoevaluación de Zung: una encuesta de 20 ítems.
- Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D): un instrumento de 20 ítems que permite a los pacientes evaluar sus sentimientos, comportamiento y perspectivas de la semana anterior.
- Encuesta para la pesquisa de depresión, mediane 3 preguntas orales (EPD-EPO) una prueba ultra breve de 1-4 preguntas. (43)

Un correcto diagnóstico de la gravedad del paciente y las características que este presenta tanto sociales como psicológicas nos llevan a escoger el uso de fármacos psicoterapia en el tratamiento (43)

El diagnóstico sigue siendo clínico debido a la falta de marcadores biológicos precisos; las escalas o neuro test debe de ser utilizados en cooperación con la entrevista clínica, para garantizar la correcta evaluación y seguimiento objetivo de la evolución clínica de los pacientes.

Estos test se han clasificado como estándares (15 ítems o más y/o 5 min de duración) cortos (5-14 y/o 4min de duración) y ultracortos (1-4 ítems y/o menos de 4 min)

### **Complicaciones.**

La depresión mayor tiene un potencial significativo de morbilidad y mortalidad y puede conducir al suicidio, la morbilidad y las consecuencias adversas de las enfermedades médicas, la destrucción de las relaciones interpersonales, el abuso de drogas y la pérdida del tiempo de trabajo. Con el tratamiento adecuado, el 70-80% de los pacientes con depresión mayor pueden reducir significativamente sus síntomas, aunque hasta el 50% de los pacientes pueden no responder al ensayo de tratamiento inicial. Puede causar efectos devastadores en los pacientes, si no se trata puede empeorar y puede derivar en problemas emocionales, de conducta y de salud que pueden afectar todos los aspectos de tu vida.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo potencialmente mortal que afecta a una de cada seis personas en los Estados Unidos, o aproximadamente a 17,6 millones de estadounidenses cada año. Las personas con depresión tienen más probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. (44)

## **Depresión y suicidio**

Hay muchas personas que no se dan cuenta que tienen una enfermedad que se puede curar, y debido esto no buscan ayuda, solo el 50% de las personas diagnosticadas con depresión mayor recibieron algún tipo de tratamiento, y solo el 20% de ellos recibió un tratamiento que cumple con las pautas de práctica actual de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). (45) Puede llegar a un 48% los pacientes que tienen una ideación suicida, (según un estudio de Canadá) y el 24% de los que habían hecho un intento de suicidio, informaron no recibir una adecuada atención. (46)

La depresión juega un papel importante en más de la mitad de los intentos de suicidio, mientras que el riesgo de suicidio de por vida en pacientes con trastorno depresivo mayor no tratado se acerca al 20%, dando esto un problema de salud pública. (47) En un estudio por parte del Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC), dio como resultado que el suicidio fuera primera causa de muerte en los estados unidos en el 2009, la segunda causa en pacientes de 10 a 24 años y la cuarta entre 35 a 54 años. (48)

La morbilidad asociada con la depresión es difícil de cuantificar, pero la tasa de mortalidad de la depresión es una forma mensurable de suicidio completo, que es la décima causa principal de muerte reportada en los Estados Unidos. (49)

Solo en los Estados Unidos, el costo económico actual de la depresión se estima en US \$ 3.0 a 44 mil millones por año. Además del considerable dolor y sufrimiento que interfiere con las funciones personales, la depresión también puede afectar a quienes se preocupan por el paciente y, en ocasiones, dañar la relación familiar o la motivación laboral entre el paciente y los demás. Por lo tanto, no se puede sobreestimar el costo del sufrimiento humano. (49)

## **Rendimiento académico**

Los estudiantes de medicina son ahora una población con mayor estrés y exigencias físicas y emocionales que otros estudiantes. De hecho, varios estudios en todo el mundo han demostrado que estos estudiantes tienen una mayor tasa de síntomas de depresión y ansiedad que la población general del mismo grupo de edad.

En un estudio que se hizo a los estudiantes de medicina, considerando los altos niveles de síntomas de ansiedad, el posible impacto de los síntomas depresivos en el rendimiento académico y la falta de seguimiento psiquiátrico o psicológico reportado en este estudio es urgente desarrollar medios de apoyo adecuados para mejorar el bienestar y la salud mental de los estudiantes (50)

## **Cambios metabólicos**

Unos de los cambios que puede presentar en el trastorno depresivo mayor es el cambio en el apetito tanto el aumento como la disminución, por lo que se va a estar afectado el índice de grasa corporal y el índice de masa corporal. Un metaanálisis reciente indico que el trastorno depresivo mayor, está asociado a un riesgo mayor de obesidad. (51)

Una dieta poco saludable se asocia significativamente con la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés. La ingesta excesiva de dulces y la falta de productos lácteos se asocian con una mayor prevalencia de trastornos psicológicos y del sueño. Los patrones de alimentación poco saludables son comunes entre la población universitaria y están relacionados con la ansiedad, el estrés y la depresión. Las intervenciones educativas que reducen el consumo de alimentos no saludables entre los estudiantes universitarios también pueden mejorar la salud mental y / o viceversa. (52)

## **Dolor o enfermedad física**

Es común saber que existen muchas personas que, al tener cefalea de características leves, lo que hacen es tomar una tableta de paracetamol (acetaminofén) y no usualmente visitarían a un profesional de la salud. Sin embargo, es de importancia cuando el dolor es persistente y no cesa con medicamentos. Los pacientes con depresión poseen síntomas de carácter corporales, de los cuales el que predomina más son dolores corporales crónicos y dolores de cabeza crónicos. (53)

## **Consumo inapropiado de alcohol o drogas – Fobias Sociales**

En la actualidad, no es raro que los estudiantes tengan síntomas de depresión causados por múltiples problemas como el estado de ánimo, la familia, el medio ambiente, la sociedad y hoy en día con lo relacionado a la pandemia del COVID-19 que se observan en las instituciones. Estos problemas a menudo desencadenan el uso de sustancias psicoactivas y otras conductas de "escape" en el cual tratan de alejarse de la sociedad, lo que los convierte en el tercer tipo de depresión. (54)

De igual forma, cuando no se satisfagan las necesidades de seguridad, posesión, afecto y autorrealización en el ámbito del estudio, los estudiantes mostrarán frustración; conductas desesperadas con algunas características depresivas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, pues estas conductas constituyen el placer de la experiencia a forma rápida de cambiar los sentimientos relacionados con la angustia emocional, reducir las perturbaciones emocionales, aliviar la tensión y el estrés, enfrentar los cambios y las presiones ambientales. (55)

## **Importancia - conocimientos**

Hasta dos tercios de las personas con depresión no se dan cuenta de que tienen una enfermedad tratable y, por lo tanto, no buscan ayuda profesional y puede llegar a ideaciones suicidas e igual no buscan ayuda profesional ni ellos ni sus familiares. Además, la ignorancia persistente y las percepciones erróneas de la enfermedad por



parte del público, incluidos muchos proveedores de salud, como una debilidad personal o un defecto que se puede desear o desear, conduce a una estigmatización dolorosa y a evitar el diagnóstico por parte de muchos de los afectados, y a su vez un desarrollo silencioso de la enfermedad.

En el ámbito de la atención primaria, donde muchos de estos pacientes buscan tratamiento por primera vez, las quejas que se presentan a menudo pueden ser somáticas, como fatiga, dolor de cabeza, malestar abdominal o problemas para dormir, esta situación ellos ya han pasado por meses de daño que pudo haber afectado severamente su vida social, familiar y laboral. (56)

Los niños con trastorno depresivo mayor también pueden presentar síntomas inicialmente engañosos como irritabilidad, disminución del rendimiento escolar o aislamiento social. Las personas mayores pueden presentar confusión o un deterioro general del funcionamiento; también experimentan más quejas somáticas, síntomas cognitivos y menos quejas de estado de ánimo triste o disfórico. Con los niños se dificulta gravemente el diagnóstico, ya que los padres menosprecian los síntomas y signos de la enfermedad, como la disminución de rendimiento con falta de inteligencia o empeño, asimismo confundir irritabilidad con hiperactividad entre otros. (57)

Y a que se dirige la depresión, la tristeza, la anhedonia, ¿bajo rendimiento e ideación suicida? Se dirige a el peor resultado que puede ocurrirle al sr humano, quitarse su propia vida. La peor consecuencia de la falta de importancia a este trastorno.

## **Actitud**

Sampieri menciona que “Predisposición aprendida para responder coherentemente de manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o símbolo.” (58) Una actitud es una disposición estable y no innata que, aunque puede cambiar, reacciona discrecionalmente, positiva o negativamente ante algo (individuo, grupo, situación, etc.). Es una variable que media entre la situación y la respuesta a

dicha situación y puede explicar cómo el sujeto del estímulo aplica una práctica particular en este caso sería; como actuaría ante la depresión.

## **Prácticas**

Según Sampieri, “Es una unidad de análisis conductual que se refiere a una actividad continua, definida por los miembros de un sistema social como rutinaria. Por ejemplo, las prácticas de un profesor en el salón de clases”. (58)

Las prácticas o comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo (relacionado a las prácticas que tienen sobre la depresión); Es decir, son aspectos específicos, son verbos. Así, las prácticas pueden describirse como reacciones o acciones repetitivas en los individuos, las cuales también se definen como hábitos que se establecen en respuesta a una situación particular. La práctica forma parte de la vida diaria del sujeto en diversos aspectos de su vida.

## ***VII. Material y Método***

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio descriptivo de cortes transversal mediante una encuesta CAP.

**Tiempo de estudio:** El tiempo en que se realizó el estudio fue en el primer semestre académico del año 2022.

**Área de estudio:** El área de estudio fue en la facultad de ciencias médicas de la UNAN-León, en la carrera de medicina.

**Unidad de análisis:** Estudiantes de medicina.

**Universo:** Toda la población de estudiantes de la carrera de medicina de la UNAN, León, de II a IV año con un total de 741.

**Muestra:** Tipo de muestreo fue probabilístico, la población de estudiantes tiene la misma posibilidad de ser elegidos. Por medio de fórmulas se calculó el tamaño de muestra que resulto en 140 estudiantes en total, con un nivel de confianza del 95% y prevalencia del 12.9%, en el cual se calculó proporcionalmente para cada grupo de año académico.

- Criterio de inclusión.
  1. Estudiante activo de UNAN, León.
  2. Estudiantes de la carrera de Medicina de 2do a 4to año.
  3. Estudiantes que tengan disposición.
- Criterio de exclusión.
  1. Estudiantes que marquen respuestas nulas en las encuestas.
  2. Llenado incompleto del cuestionario.
  3. Estudiantes que sobrepasen el límite de encuestados.

### **Fuente de la información:**

- Fuentes primaria.

La información obtenida se proporcionó directamente por los participantes, mediante las encuestas que se realizó para la recolección de datos.

### **Instrumentos de recolección de la información:**

Se utilizó un cuestionario estructurado con 4 acápite, divididos en datos sociodemográficos, conocimientos sobre la depresión, las actitudes que tienen y las prácticas que presenta la población.

Se utilizó preguntas para evaluar el conocimiento por percentiles con un total 100 por ciento (excelente), para las actitudes se utilizó la escala de Likert utilizando los rangos desde “de acuerdo” hasta “en desacuerdo”, y para el acápite de las practicas se tomó en cuenta situaciones calificadas como adecuadas o inadecuadas, utilizando también la escala de Likert con rango desde “siempre” hasta “nunca”.

### **Procedimientos para la recolección de información:**

Para la recolección de datos (encuestas) previamente se otorgó un permiso de las autoridades que costa de poder asistir a las reuniones de metodología de la investigación, que se realizan en los diferentes años de la carrera. Se escogió aleatoriamente a los estudiantes a los cuales se les preguntara si tendrán disposición de responder las encuestas, con una meta de 60, 37 y 43 encuestas respectivamente en orden de año académico. Se brindó las orientaciones y se prosiguió a llenar el formulario.

## **Confiabilidad:**

El grado de confianza que se tiene de los resultados, fue mediante la eliminación de las principales fuentes de invalidación.

- Todos los participantes respondieron las mismas encuestas ya planteadas.
- Instrumento de evaluación desarrollado con tiempo, mediante fuentes de información confiable.
- Suficientes participantes en las encuestas.
- Actuar igual con todos los participantes y ser objetivos.
- Adecuadas condiciones en las que se aplicó el instrumento de evaluación.
- Instrucciones legibles, no falta de página.
- Realización de prueba piloto por medio de una encuesta por internet, con un apartado para recomendaciones de los participantes.

## **Control de sesgos:**

**Selección:** Se tomó participantes siguiendo los mismos criterios para cada uno, y fue mediante método no probabilístico aleatorio siempre.

**Información:** Los datos fueron tomados de las encuestas lo cual no hay sospecha diagnóstica del trastorno depresivo, ya que no comenzamos una entrevista con los participantes, uso de escalas para la correcta interpretación del lector.

**Interpretación** Se realizó una base de datos. Se utilizaron medidas estadísticas simples.

## Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Variables Sociodemográficas				
Edad	Cuantificación del tiempo de vida.	Diferencia entre la fecha de nacimiento y la actual	Años	Continua
Sexo	Son las características físicas de los aparatos reproductivos del individuo entrevistado.	Exploración y observaciones anatómicas características.	Femenino Masculino	Nominal Dicotómica
Estado civil	Es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación	Registro civil o declaración personal	Soltero Unión libre Casado	Nominal politómica
Procedencia	Comunidad en la que vive, puede ser rural o urbana.	Lugar geográfico en el que vive	Urbano Rural	Nominal Dicotómica
Año en curso	Periodo en el cual es dedicado a la enseñanza, generalmente entre vacaciones de verano, esto clasificado según los años que lleva en la carrera universitaria.	Certificado de aprobación de curso anterior o declaración personal según las asignaturas que lleva.	2do año 3er año 4to año	Ordinal
Religión	Es la situación cultural que abarca tanto comportamientos y prácticas, relacionando lo humano con lo espiritual.	Doctrina que actualmente practica o no	Católica Evangélica Sin denominación Otras	Nominal politómica

Conocimientos	Hechos o información que una persona obtiene de la experiencia o la educación de la comprensión teórica o práctica del trastorno depresivo mayor.	Comparación de los 17 enunciados de la encuesta (verdadero y falso), con lo teóricamente esperado.	Deficiente Regular Alto	Ordinal
Actitudes	Predisposición aprendida para responder coherentemente de manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o símbolo (58)	Una serie de 11 enunciados, que fueron reagrupados conforme a una puntuación en función de su grado de acuerdo o desacuerdo	Positivas Negativas	Ordinal
Prácticas	Es una unidad de análisis conductual que se refiere a una actividad continua, definida por los miembros de un sistema social como rutinaria. Por ejemplo, las prácticas de un profesor en el salón de clases (58)	Se identificaron las practicas por medio de 11 enunciados, evaluados comparándolo con lo teóricamente esperado	Adecuada Inadecuada	Ordinal

### Plan de análisis

Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico IBM - SPSS v.22. Se estratifico los conocimientos, actitudes y prácticas utilizando frecuencia y porcentaje.

Para la interpretación de los resultados, se recodificaron las variables a puntuaciones en números (de conocimientos, actitudes y prácticas) para facilitar el puntaje de cada una posteriormente se agruparon de acuerdo con los percentiles; en la variable conocimiento, se reagruparon con los percentiles 25 y 50, quedando como

conocimiento alto, un puntaje mayor del percentil 50. Para las actitudes la agrupación por percentiles fue con el percentil 60, del cual, mayor a este presentaban actitudes negativas. En cuanto a las prácticas se analizaron mayores del percentil 60 como prácticas inadecuadas.

Esto se logró por medio de baremos, el cual se puede apreciar el llenado adecuado e inadecuado de la encuesta que se observa en los anexos, en el cual sirvió como criterios para evaluar cada variable por puntaje de acuerdo con la respuesta de cada enunciado, esto por el motivo que hay enunciados que se miden inversamente, la cual podría elevar el puntaje total o disminuirlo.

Se relacionaron las variables conocimientos, actitudes y prácticas mediante tabla de contingencia; ji cuadrada, V- Cramer, Phi.

También se estará tomando en cuenta los niveles de medición de las variables y mediante la estadística que serán:

- Distribución de frecuencias.
- Medidas de tendencia central (media, mediana y moda)
- Medidas de variabilidad (rango, desviación estándar y varianza)
- Gráficas.

### **Aspectos éticos:**

Consentimiento informado, anonimato, confidencialidad. Los participantes estarán conscientes de que en las encuestas ellos tendrán la libertad de no hacerlo, como lo menciona la declaración de Helsinki.



## VIII. Resultados y Discusión

**Tabla 1. Distribución Porcentual de los Datos Sociodemográficos en estudiantes de medicina de la UNAN-LEON (n = 140)**

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo del encuestado	Femenino	86	61,4
	Masculino	54	38,6
Estado civil del encuestado	Soltero	131	93,6
	Unión libre	5	3,6
	Casado	4	2,9
Lugar de habitación	Urbano	117	83,6
	Rural	23	16,4
Año en curso	2do año	60	42,9
	3er año	37	26,4
	4to año	43	30,7
Religión del encuestado	Católica	74	52,9
	Evangélica	32	22,9
	sin denominación	32	22,9
	otras	2	1,4

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 1, se observa las características sociodemográficas de las personas que fueron encuestados para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el trastorno depresivo mayor que tienen los estudiantes de medicina. Se observa que el grupo de edad predominante fue de 19. El sexo predominante en los encuestados fue el femenino con un 86/140 (61.4%). Según el estado civil del encuestado la mayoría fue soltero 131/140 (93.6%). Procedencia del lugar de habitación la mayoría fue urbana 117/140 (83.3%). La religión cristiana con predominio católica fue en la mayoría de los casos 74/140 (52.9%). El año académico en curso se calculó proporcionalmente 2do año 60 estudiantes, 3er año 37 estudiantes y 4to año 43 respectivamente.

**Tabla 2. Medidas de Tendencia Central de la Edad de los estudiantes de medicina de la UNAN-LEÓN (n=140)**

Media	19,66
Mediana	19,00
Moda	19
Desviación	1,433
Varianza	2,054
Rango	8
Mínimo	17
Máximo	25

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 2, la mayoría de los participantes del estudio tiene una edad alrededor de 19,66. La mitad de la población tiene una edad menor de 19 y el valor de edad que se repite con más frecuencia es 19. El promedio de las distancias al cuadrado que van de las observaciones a la media es de 2.054. La diferencia entre los valores máximo y mínimo o rango total de la edad es de 8. En promedio los valores se alejan de la media en 1.433 unidades

**Tabla 3. Distribución Porcentual de los conocimientos sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LÉON (n=140)**

		Frecuencia	Porcentaje
Definición de Depresión	Verdadero	140	100,0
	Falso	0	0,0
Estado de ánimo deprimido	Verdadero	118	84,3
	Falso	22	15,7
Disminución del interés de casi todas las actividades	Verdadero	125	89,3
	Falso	15	10,7
Aumento de peso	Verdadero	60	42,9
	Falso	80	57,1
Insomnio casi todos los días	Verdadero	108	77,1
	Falso	32	22,9
Aumento de las habilidades psicomotoras	Verdadero	28	20,0
	Falso	112	80,0

Fatiga	Verdadero	130	92,9
	Falso	10	7,1
Incapaces de realizar actividades	Verdadero	124	88,6
	Falso	16	11,4
Altamente irritables	Verdadero	102	72,9
	Falso	38	27,1
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad	Verdadero	134	95,7
	Falso	6	4,3
Asociada al suicidio	Verdadero	131	93,6
	Falso	9	6,4
Hay conducta suicida	Verdadero	113	80,7
	Falso	27	19,3
La afectividad negativa es un factor de riesgo	Verdadero	124	88,6
	Falso	16	11,4
Solamente ocurre si pasa algo malo	Verdadero	37	26,4
	Falso	103	73,6
Asociada a herencia	Verdadero	47	33,6
	Falso	93	66,4
Acontecimientos en la infancia es un factor	Verdadero	128	91,4
	Falso	12	8,6
Episodios anteriores como un factor	Verdadero	132	94,3
	Falso	8	5,7

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 3, se observan 17 enunciados relacionados para la valoración del conocimiento en los pacientes, el cual consta de preguntas de verdadero y falso. En la tabla está representando las respuestas contestadas adecuadamente, con frecuencia y porcentaje. Se valora que en la mayoría de los enunciados el número de respuestas correctas es mayor al 50%. Lo mencionado es explicable en el enunciado 6, donde entre menor sea el número de contestadas en verdadero es mejor (al considerarse una pregunta falsa verdadera).

**Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LÉON (n=140)**

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento	Deficiente	21	15.0
	Regular	46	32.9
	Alto	73	52.1
	Total	140	100.0

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 4, se observa que las personas encuestadas, con un percentil de 25 y 50; 73/140 (52.1%) tienen un alto nivel de conocimiento en lo básico que se debe de conocer en la depresión, 46/140 (32.9%) tiene conocimientos regulares, y 21/140 (15%) su nivel de conocimiento es deficiente.

**Tabla 5. Distribución Porcentual de las actitudes sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LÉON (n=140)**

		Frecuencia	Porcentaje
Tristeza al fracasar	Totalmente de acuerdo	76	54,3
	De acuerdo	57	40,7
	En desacuerdo	5	3,6
	Totalmente en desacuerdo	2	1,4
La depresión es debilidad de carácter	Totalmente de acuerdo	5	3,6
	De acuerdo	27	19,3
	En desacuerdo	60	42,9
	Totalmente en desacuerdo	48	34,3
Necesita tratamiento y atención	Totalmente de acuerdo	106	75,7
	De acuerdo	29	20,7
	En desacuerdo	3	2,1
	Totalmente en desacuerdo	2	1,4
Se ha sentido pesimista en relaciones o estudios	Totalmente de acuerdo	64	45,7
	De acuerdo	59	42,1
	En desacuerdo	15	10,7
	Totalmente en desacuerdo	2	1,4
Perdida de la higiene personal	Totalmente de acuerdo	20	14,
	De acuerdo	35	25,0

	En desacuerdo	59	42,1
	Totalmente en desacuerdo	26	18,6
Necesidad de buscar ayuda	Totalmente de acuerdo	47	33,6
	De acuerdo	50	35,7
	En desacuerdo	33	23,6
	Totalmente en desacuerdo	10	7,1
Una persona delgada tiene depresión	Totalmente de acuerdo	20	14,3
	De acuerdo	24	17,1
	En desacuerdo	57	40,7
	Totalmente en desacuerdo	39	27,9
Una persona que no se junta con nadie tiene depresión	Totalmente de acuerdo	14	10,0
	De acuerdo	41	29,3
	En desacuerdo	68	48,6
	Totalmente en desacuerdo	17	12,1
Siente que no conseguirá metas	Totalmente de acuerdo	34	24,3
	De acuerdo	59	42,1
	En desacuerdo	34	24,3
	Totalmente en desacuerdo	13	9,3
Quiere Acabar los sentimientos negativos	Totalmente de acuerdo	62	44,3
	De acuerdo	59	42,1
	En desacuerdo	14	10,0
	Totalmente en desacuerdo	5	3,6
Ha tenido pensamientos suicidas	Totalmente de acuerdo	36	25,7
	De acuerdo	37	26,4
	En desacuerdo	44	31,4
	Totalmente en desacuerdo	23	16,4

Fuente primaria; encuesta

En la tabla 5, se observan 11 enunciados relacionados en actitudes en una valoración positiva y negativa. Es de resaltar algunas actitudes que se presentan con porcentajes mínimos, por ejemplo, el enunciado que refiere que si la depresión es un problema de debilidad de carácter (enunciado 2), el cual el 3.6% afirma que está totalmente de acuerdo, lo que lo hace inversamente proporcional a una aptitud positiva por parte del encuestado.

**Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de actitud sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LÉON (n=140)**

		Frecuencia	Porcentaje
Actitud	Positiva	69	49.3
	Negativa	71	50.7
	Total	140	100.0

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 6, se observan las actitudes que presentaron las personas encuestadas utilizando un cuestionario en el cual se preguntaban a las personas las diferentes situaciones con la que se enfrentarían, se observa que 69/140 (49.3%) tiene actitudes Positivas para el trastorno depresivo mayor, un restante 71/140 (50.7%) representan a la actitud Negativas para para el trastorno depresivo mayor, siendo esta mayor y se debe al cálculo afectado en los ítems que se encuentran en la tabla 5 el cual se valoró con el percentil 60.

**Tabla 7. Distribución Porcentual de las practicas sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LÉON (n=140)**

		Frecuencia	Porcentaje
¿Cuándo estas deprimido, comes de más?	Siempre	11	7,9
	Usualmente	44	31,4
	Algunas veces	58	41,4
	Nunca	27	19,3
Los sentimientos de tristeza, ¿busca una forma de aliviarlos? Por ejemplo, terapia, medicamentos, comida u otra forma de alivio	Siempre	22	15,7
	Usualmente	44	31,4
	Algunas veces	62	44,3
	Nunca	12	8,6
Con que regularidad se irrita y deja de hacer actividades cotidianas	Siempre	25	17,9
	Usualmente	48	34,3
	Algunas veces	56	40,0
	Nunca	11	7,9
Busca métodos para dormir más fácilmente en internet.	Siempre	40	28,6
	Usualmente	41	29,3
	Algunas veces	43	30,7
	Nunca	16	11,4
Te enfrentas a falta de concentración o disminución de la capacidad de pensar la	Siempre	39	27,9
	Usualmente	50	35,7

mayor parte del tiempo con medicamentos u otro método estimulante	Algunas veces	41	29,3
	Nunca	10	7,1
Buscas algo que te impulse en el día a día	Siempre	41	29,3
	Usualmente	45	32,1
	Algunas veces	44	31,4
	Nunca	10	7,1
Te frustras al no sentir satisfacción de actividades que solías hacer y te genera un vacío que buscas llenar con lo que encuentres	Siempre	31	22,1
	Usualmente	46	32,9
	Algunas veces	43	30,7
	Nunca	20	14,3
¿Te distraes para dejar de pensar en sucesos que te generan culpa?	Siempre	32	22,9
	Usualmente	38	27,1
	Algunas veces	51	36,4
	Nunca	19	13,6
¿Necesitas manejar activamente tu irritación? (p/e: respirar profundo, alejarse)	Siempre	21	15,0
	Usualmente	43	30,7
	Algunas veces	58	41,4
	Nunca	18	12,9
Ha dejado de hacer actividades que disfrutaba, ahora prefiriendo quedarse en casa o estar solo	Siempre	30	21,4
	Usualmente	54	38,6
	Algunas veces	42	30,0
	Nunca	14	10,0
Evades tomar decisiones por falta de voluntad/animo	Siempre	37	26,4
	Usualmente	33	23,6
	Algunas veces	50	35,7
	Nunca	20	14,3

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 7, se observa las actividades a prácticas por la población, las cuales fueron planteadas y preguntadas a los estudiantes acerca del trastorno depresivo mayor, para poder bordar si los conocimientos obtenidos son aplicables en sus vidas. Se observa que la practica con más frecuencia de respuestas en “siempre” fue el enunciado 6, lo cual fue de 29.3% e igualmente las de menor frecuencias de respuestas en “siempre” fue en el enunciado 1 lo cual es de 7.9% que es inversamente proporcional que, a menor frecuencia, mejor es la práctica.

**Tabla 8. Frecuencia y Porcentaje de prácticas sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LÉON (n=140)**

		Frecuencia	Porcentaje
Práctica	Inadecuada	78	55.7
	Adecuada	62	44.3
	Total	140	100.0

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 8, se observan la evaluación de las prácticas en conjunto, que presentaron las personas encuestadas utilizando un cuestionario en el cual se preguntaban cómo son sus prácticas ante el trastorno depresivo mayor, se observó que 78/140 (55.7%) es considerado con prácticas inadecuadas y solo 62/140 (44.3%) es considerado con prácticas adecuadas, lo cual se debe a los cálculos obtenidos de la tabla 7 con un percentil de 60.

**Tabla 9. Nivel de conocimiento asociados a las prácticas sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LEON (n=140)**

		Prácticas			
		Inadecuada	Adecuada	P- valor	V de Cramer
Conocimiento	Deficiente	9	12	0.171	0.160
	Regular	23	23		
	Alto	46	27		

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 9, se puede observar tablas de contingencia en la cual se comprobó si existe una relación entre conocimiento, actitudes y prácticas. Lo cual, dio como resultado que en total 73 estudiantes tienen un alto conocimiento, de estos tan solo 27 tienen practicas adecuadas y 46 practicas inadecuadas, con un p-valor 0.171 por lo cual no se demuestra que exista relación entre los conocimientos al igual que el tamaño del efecto de la asociación, el cual se toma el valor de V de Cramer por motivo que la variable conocimiento tiene más de dos niveles, que dio como resultado 0.160, lo que indica que no hay una asociación fuerte, el valor critico de 5.99 es mayor que el resultado de chi cuadrado (3.592) por lo que se acepta que no existe relación y que ambas variables son independientes entre sí.



**Tabla 10. Tipo de actitudes asociados a las practicas sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LEON (n=140)**

		Prácticas				
		Inadecuada	Adecuada	P- valor	Phi	$\chi^2$
Actitudes	Positiva	28	41	0.001	-0.3	12.631
	Negativa	50	21			

Fuente primaria; encuestas

Así mismo en la tabla 10, 71 estudiantes resultaron con actitudes negativas, de los cuales solo 21 obtuvieron practicas adecuadas y 50 (70.4%) inadecuadas lo cual se asocia debido a que los pensamientos se mantienen, ya que es lo que determina posibles alternativas de estudiantes ante diferentes estímulos que me conlleve a determinada práctica, por otro lado 69 tuvieron actitudes positivas de los cuales 41 (59.4%) presento practicas adecuadas, con un p-valor de 0.001 por lo que se demuestra cierta relación estadística, así mismo el valor Phi dio -0.3 por lo que tenemos un efecto de asociación negativa marcada, el valor critico de 3.84 es menor que el resultado de chi cuadrado (12.631) por lo que se acepta que existe una relación entre ambas variables.

**Tabla 11. Sexo de la población como posible riesgo asociado a las practicas sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LEON (n=140)**

		Prácticas			
		Inadecuada	Adecuada	P- valor	Phi
Sexo del encuestado	Femenino	49	37	0.729	0.32
	Masculino	29	25		

Fuente primaria; encuestas

En la tabla 11, del mismo modo, al relacionar con la variable sexo, se encontró que 86 fueron del sexo femenino (61.4%) de las cuales 49 (57.0 %) tuvieron prácticas inadecuadas en comparación a los varones que 29 (53.7 %) presentó practicas inadecuadas lo cual fue menor, con un p-valor de 0.729 por lo cual no se demuestra que exista relación entre las prácticas y el sexo, el valor de Phi dio como resultado 0.32 lo cual se acerca más al 0, lo que indica que no hay una fuerza asociación.

**Tabla 12. Sexo de la población asociado al nivel de conocimiento sobre depresión mayor en estudiantes de medicina de la UNAN-LEON (n=140)**

		Conocimiento			P-valor	V de Cramer
		Deficiente	Regular	Alto		
Sexo del encuestado	Femenino	12	24	50	0.195	0.155
	Masculino	9	22	23		

Fuente primaria; encuestas

De igual forma en la tabla 12, al relacionar la variable sexo con los conocimientos se puede observar que, del total de mujeres, 50 (58.1%) tuvieron un alto conocimiento, y solo 12 (14%) un conocimiento deficiente, en comparación con los hombres, que, del total, 23 (42.6%) tuvieron conocimiento alto, el resto fue regular y deficiente (40.7% y 16.7%). Con un p-valor de 0.195 y valor de V de Cramer 0.155, lo que demuestra que no existe una fuerza asociación entre estas variables, sin embargo, ciertas tablas sirven de ayuda para poder simplificar la comprensión del estudio.

## Discusión

En este estudio se analiza Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el trastorno depresivo mayor en estudiantes de II a IV año de la carrera de medicina de la UNAN León, en el primer semestre del 2022, en lo cual estos datos indican que existe un nivel de conocimiento Alto en un 52%, sin embargo, las actitudes que tienen las personas no son las mejores, y las prácticas de la misma manera. Si bien es cierto, existe un suficiente caudal de conocimientos en la población estudiada por su condición de estudiantes de medicina, a lo cual deberían ser suficiente para generar actitudes positivas sobre depresión, aunque no parece ser así, porque en nuestros resultados el 50.7% presentaron actitudes negativas y están asociadas a una práctica inadecuada.

Los conocimientos en la población son moderadamente satisfactorios, acerca del abordaje de la depresión, (52% tienen conocimientos suficientes) en comparación con otros estudios, esto puede deberse a la falta de capacitación en salud mental, la derivación de pacientes deprimidos para evaluación de especialistas o incluso la falta de comprensión de la gravedad del problema. (59)

Respecto a las actitudes, nuestra población tiene actitud negativa más del 50%. esto demostraría si el conocimiento es aplicable a sus vidas y así generar un impacto significativo, asimismo si estas actitudes negativas posiblemente tendrán manifestaciones somáticas en el individuo. Como en otros estudios que la depresión es más aceptada personalmente por los estudiantes de medicina en comparación con otros trastornos psicológicos. (60)

En nuestro cuestionario sobre actitudes, al indagarse sobre si se considera la depresión como una enfermedad, la totalidad de nuestros encuestados, tienen un alto conocimiento sobre considerar la depresión como una enfermedad, lo cual es congruente con el enfoque científico de este grave problema de salud mental

A pesar de que la cantidad de personas que se encuestó, para un estudio descriptivo, se logró una validez aceptable y se buscaría realizar en un futuro un próximo estudio

para evaluar los conocimientos, actitudes y practicas una vez expuesta esta información a las autoridades, para que estos planifiquen estrategias que promuevan comportamientos humanos favorables a un estilo de vida saludable. Al igual se podría agregar otro objetivo más el cual sería de relacionar actitudes, prácticas y los conocimientos con los factores de riesgo propios de los encuestados.

Analizando los datos sociodemográficos, se logró plantear varias preguntas para futuros estudios; sobre la existencia de factores de riesgo que puedan presentar y repercutir en el individuo, más a quienes viajan fuera de su ciudad natal como son los estudiantes.

Existe varios factores que modifican las variables, se puede observar en el tipo de actitudes asociados a las prácticas, es decir, una actitud negativa me condicionen a unas prácticas inadecuadas, por ejemplo, muchas de las personas tienen conocimientos básicos sobre la depresión, mas no saben cómo actuar ante las situaciones y esto me conlleva prácticas inadecuadas al momento de que se presente la patología en estudio.

Entre las limitantes tenemos al momento de la recolección de datos, no se tomó en cuenta sus situaciones personales. Otra limitante que teníamos es el instrumento de evaluación es unidimensional, también que en los días que se realizó la encuestas no se encontraban todos presentes y el tiempo en el que llenaron el cuestionario fue de forma rápida debido a la carga estudiantil que los estudiantes tenían en ese momento. Entre las principales fortalezas fue que se utilizó un muestreo no probabilístico, que se realizó mediante encuestas física para controlar los sesgos y asesoramiento por cualquier duda que tuvieran los encuestados.

Esta es una problemática ya que los estudiantes de medicina están bajo continuo estrés en el ambiente universitario, con la privación de sueño y la carga académica, sumado a las prácticas y conocimiento inadecuado de la depresión, generara un

impacto en su rendimiento académico y salud mental, por lo que es necesario desarrollar medios de apoyo útiles para conocer y manejar la depresión.

## ***IX. Conclusión***

Nuestro objetivo principal es determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes, el cual se llevó a cabo y se logró comparar con diferentes variables que podían condicionar, variables como la edad, el género, los problemas familiares, etc. son algunos ejemplos de lo cual estarían a favor o en contra de generar un trastorno depresivo.

Se obtuvo la participación de 140 estudiantes, de ellos, 60 estudiantes de 2do año dando como porcentaje de participación 42,9% siendo esto la mayoría debido a que la distribución se hizo proporcionalmente, la población femenina con un 61% tuvo mayor participación, son del área urbana 83.6% y con un 52.9% de la religión católica.

Se evidencia que muchos de los encuestados tienen un alto nivel de conocimiento respecto a la depresión, la mayor parte de la población tiene una actitud negativa y se observó que existe una tendencia a realizar prácticas inadecuadas.

Se muestra que existe una relación estadística entre los tipos de actitudes asociados con las prácticas inadecuadas sobre el trastorno depresivo mayor, el cual podría ser un factor que negativamente esté afectando, en otras palabras, a inadecuadas actitudes, malas prácticas.

No se evidenció relación entre las variables conocimientos asociados a las prácticas, no se demuestra que exista relación entre prácticas con la variable sexo del encuestado. Respecto a la relación que hay entre el sexo del encuestado y nivel de conocimientos no existe una fuerza asociación entre estas variables. Al evaluar resultados podemos decir que los estudiantes de medicina de la unan-león poseen un alto conocimiento respecto al tema, con actitudes negativas, con prácticas inadecuadas, con asociación negativa entre actitudes y prácticas.

## Recomendaciones

1. Se recomienda realizar un estudio en un futuro que abarque a todos los años de la carrera de medicina, y que la obtención de datos sea de manera equitativa, ya que no se estaría evaluando prevalencia.
2. Por medio de movimientos estudiantiles/futuros investigadores, ejecutar estudios sobre la influencia de los determinantes sociodemográficos asociados a los conocimientos, actitudes y prácticas como una pregunta de investigación.
3. Investigar a fondo los encuestados con mala práctica e indagar sobre los factores biopsicosociales que tengan.
4. Concientizar a la población en riesgo sobre en la importancia del trastorno depresivo mayor, de no verlo como un tabú.
5. Ampliar la información suministrada a la población, a través de diferentes medios accesibles y de fácil comprensión.
6. Promover círculos o redes de apoyo capacitados para atender a estudiantes con depresión.

## X. **Referencias**

1. Kessler RC, Ormel J, Petukhova KA, McLaughlin KA, Green JG, Russo LI, et al. Desarrollo de la comorbilidad a lo largo de la vida en las encuestas mundiales de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(1).
2. Asociación Estadounidense de psiquiatría. Asociación Estadounidense de psiquiatría. [Online] Acceso 28 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.
3. NIMH. Instituto Nacional de Salud Mental. [Online].; 2021. Acceso 30 de Octubre de 2021. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>.
4. Guerrero Lopez JB, Martin G, Ortiz de León S, Cortés Morelos J. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. Artículo Científico. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Psiquiatría y Salud Mental.
5. Pratt LA, Brody DJ. Centro para el control y la prevención de enfermedades. [Online].; 2014. Acceso 29 de Agosto de 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db172.htm>.
6. Agreda Carrillo ER, Galindo M, Larios , Arevalo J, Cruzado L. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2017; 18(2).
7. I D M, J A, B N G, et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la depresión entre los proveedores de atención primaria de salud en la división de Fako,

Camerún. BMC Psiquiatría. 2018; 66(18).

8. Flores Gutierrez MY, Paez F, Ocampo Castañeda J, Corona Hernandez F. Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo. Centro de información en salud mental y adicciones. 2000; 23.
9. Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). Un 41% de los estudiantes de Medicina tienen algún signo de depresión y un 11%, ideación suicida. Organización Médica Colegial de España. 2020.
- 10 Velazques U. El Nuevo Diario. [Online].; 2017. Acceso 30 de Agosto de 2021.  
. Disponible en: <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/422163-4-2-nicas-padecen-depresion/>.
- 11 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el mundo.  
. Organización Mundial de la Salud. 2001.
- 12 Mitchell C. Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo afirman expertos. Pan American Health Organization/ World Health Organization. 2019.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020. Organización Panamericana de la Salud. 2013.
- 14 Elsevier. Salud mental en estudiantes de Medicina: depresión- estrés- 'burnout'- suicidio. Elsevier. 2017.
- 15 Amador Jiménez DE. La Pandemia del Covid- 19, su impacto en la salud mental y



- . consumo de sustancias. Tesis Doctoral. Managua: UNAN-Managua, Psicología.
- 16 Stanley W J. Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Tesis doctoral. España.ISBN.
- 17 Mitchell C. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017. Acceso 19 de Noviembre de 2021. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es).
- 18 Organización Mundial de la Salud. Depresión. OMS. 2017.
- .
- 19 Czemic G, Gimenez S, Mora M, Almiron L. Variable sociodemograficas y sintomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina corriente, Argentina. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2017; 13(2).
- 20 Academia Nacional de Medicina. Depresion en Adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. Boletín de información Clínica y terapéutica. 2016; 15(3).
- .
- 21 Sanchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en ado-lescentes universitarios: Incidencia y factores asociados. Biomedica. 2002; 22.
- .
- 22 Arco G, López S, Heiborn V, Fernández F. Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: Eficacia del modelo "La Cartuja". Int J Clin Healt Psychol. 2005; 5(3).
- .
- 23 Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Revista Colombiana

. de Psiquiatría. 2004; 13.

24 Diaz J, Torres W, Urrutia E, Moreno R, Font I. Factores psicosociales de la . depresión. Revista Cubana de Medicina Militar. 2006; 35(3).

25 Centro Colaborador Nacional de Salud Mental. Instituto Nacional de Salud y Clínica. . [Online].; 2005. Acceso 16 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>.

26 Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Bneson RS. Practice . Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46(11).

27 Torgersen S. Epidemiología genética de la depresión mayor. Actas Esp Psiquiatr. . 2008; 36(1).

28 Bhatia SK, Bathia SC. Depresión infantil y adolescente. American Family Physician. . 2007; 75(1).

29 Nutt DJ. La neurofarmacología de la serotonina y noradrenalina en la depresión. Int . Clin Psychopharmacol. 2002; 17.

30 Nutt DJ, Forshall S, Bell C, Rich A, Sandford J, Nash J, et al. Mecanismos de acción . de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Eur Neuropsychopharmacol. 1999.

31 Slattery DA, Hudson AL, Nutt DJ. Revisión invitada: la evolución de los mecanismos . antidepressivos. Fundam Clin Pharmacol. 2004; 18(1).

32 Hsiung SC, Adlersberg M, Arango V, Mann JJ, Tamir H, Liu KP. Señalización

- . atenuada del receptor 5-HT1A en cerebros de víctimas de suicidio: participación de adenilil ciclasa, fosfatidilinositol 3-quinasa, Akt y proteína quinasa activada por mitógenos. *J Neurochem.* 2003; 87(1).
  
- 33 Racagni G, Popoli M. Mecanismos celulares y moleculares en la acción a largo plazo de los antidepresivos. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008; 10(4).
  
- 34 Chiba H, Oe M, Uchimura N. Los pacientes con trastorno de estrés postraumático con trastorno depresivo mayor comórbido requieren una dosis mayor de psicotrópicos. *Kurume Med J.* 2016; 62(1-2).
  
- 35 Long Z, Duan X, Wang Y, Liu F, Zeng L, Zhao JP, et al. Red de conectividad estructural interrumpida en la depresión sin tratamiento previo. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2015; 56(18).
  
- 36 Ninan PT, Shelton RC, Bao W, Guico Paiba CJ. Niveles de BDNF, interleucina-6 y cortisol salival en pacientes deprimidos tratados con desvenlafaxina. *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2014; 48.
  
- 37 Maes M. La hipótesis de las citocinas de la depresión: inflamación, estrés oxidativo y nitrosativo e intestino permeable como nuevos objetivos para tratamientos complementarios en la depresión. *Neuro Endocrinol Lett.* 2008; 29(3).
  
- 38 Lanquillon S, Krieg JC, Bening Abu U, Vedder H. Producción de citocinas y respuesta al tratamiento en el trastorno depresivo mayor. *Neuropsychopharmacology.* 2000; 22(4).
  
- 39 Bhagwagar Z, Wylezinska M, Jezard P, Evans J, Boorman E, Matthews PM. Concentraciones bajas de GABA en la corteza occipital y la corteza cingulada anterior en pacientes deprimidos recuperados sin medicación. *Int J*

Neuropsychopharmacol. 2008; 11.

40 Rajkowska G, O'Dwyer G, Teleki Z, Stockmeier CA, Miguel Hidalgo JJ. Las neuronas GABAérgicas inmunorreactivas para las proteínas de unión al calcio se reducen en la corteza prefrontal en la depresión mayor. *Neuropsychopharmacology*. 2007; 32.

41 Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta ed. Washinton, DC: Editorial Médica Panamericana; 2013.

42 Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. *American Journal of Psychiatry*. [Online].; 2006. Acceso 19 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.5.674>.

43 Arrol B, Khin N, Kerse N. Cribado de depresión en atención primaria con dos preguntas formuladas verbalmente: estudio transversal. *Revista médica británica*. 2003; 327(7424).

44 Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. La depresión como factor de riesgo para la aparición de diabetes mellitus tipo 2. Un metaanálisis. *PubMed*. 2006; 49(5).

45 Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). [Online].; 2010. Acceso 17 de Noviembre de 2021. Disponible en: <http://www.psych.org/guidelines/mdd2010>.

46 Pagura J, Frotti S, Katz LY, Sareen J. Ayuda para buscar y percibir la necesidad de atención de salud mental entre las personas en Canadá con comportamientos

suicidas. Psychiatr Serv. 2009; 60(7).

47 Goltib I, Hammen C. Manual de depresión. Nueva York: Guilford Press. .

.

48 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la  
. Prevención y el Control de Lesiones. entros para el Control y la Prevención de  
Enfermedades. [Online] Acceso 19 de Noviembre de 2010. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>.

49 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la  
. Prevención y el Control de Lesiones. Centros para el Control y la Prevención de  
Enfermedades. [Online]; 2020. Acceso 17 de Noviembre de 2021. Disponible en:  
[http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10\\_us.html](http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_us.html).

50 Moreira de Sousa J, Moreira CA, Telles Correia D. Acta Medica Portuguesa.  
. [Online].; 2018. Acceso 18 de Noviembre de 2021. Disponible en:  
<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9996>.

51 Luppino FS, Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW. Sobrepeso,  
. obesidad y depresión: una revisión sistemática y metanálisis de estudios  
longitudinales. JAMA Network. 2010; 67(3).

52 Arbués ER, Martínez Abadía B, Granada López M, Serrano EE, García BP, Juárez  
. Vera R, et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la  
depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. PubMed.gov. 2019; 36(6).

53 National Headache Foundation. NHF. [Online].; 2007. Acceso 19 de Noviembre de  
. 2021. Disponible en: <https://headaches.org/2007/08/05/la-depresion-y-el-dolor-de->

[cabeza/](#).

- 54 Acosta A. Bogotanos y bogotanas mantienen niveles de SPA. Informe especial N . 0211. Oficina asesora de comunicadores. 2003.
- 55 Varela Arevalo MT, Salazar Torres IC, Caceres de Rodriguez E, Tovar Cuevas JR. . Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. Pensamiento Psicológico. 2007; 8(3).
- 56 Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. Detección de depresión en . adultos: declaración de recomendación del grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. Ann Intern Med. 2009; 151(11).
- 57 Jaque RM, Weller EB, Weller R. Depresión prepuberal: dilemas diagnósticos y . terapéuticos. Rep. De Psiquiatría Curr. 2006; 8(2).
- 58 Hernández Sampieri R, et al. Metodología de la Investigación. Segunda ed.: . McGraw-Hill; 2014.
- 59 Leonardo WA, Villalobos MA, Leon FE. Nivel de conocimiento sobre depresión . mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque. Revista Neuropsiquiátrica. 2016; 79.
- 60 Gil Sanchez SG. Actitudes de los estudiantes de medicina hacia los trastornos . mentales. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2015.

## XI. Anexos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN, LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



Queridos estudiantes el objetivo de esta encuesta es para la recolección de datos para nuestra Tesis de investigación el cual es **un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el trastorno depresivo mayor que tienen los estudiantes de II a IV año de la carrera de medicina de la UNAN León, en el primer semestre del 2022.** El objetivo es conocer su opinión sobre el tema, Toda la información recolectada en este estudio permanecerá anónima. En orden de proteger la confidencialidad de la información que nos brinde, Usted no está obligado a participar en este estudio y puede retirarse en cualquier momento. Firmo este formato de Consentimiento Informado, Yo estoy señalando que he leído la información, y estoy de acuerdo en participar en este proyecto de investigación.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma del participante

Fecha

\_\_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma del entrevistador

Fecha

### 1- Datos Generales

- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: (seleccione uno)
  - 1- Femenino \_\_\_\_\_
  - 2- Masculino \_\_\_\_\_
- Estado Civil: (seleccione uno)
  - 1- Soltero \_\_\_\_\_
  - 2- Unión Estable \_\_\_\_\_
  - 3- Casado \_\_\_\_\_
- Procedencia: (seleccione uno)
  - 1- Urbana \_\_\_\_\_
  - 2- Rural \_\_\_\_\_

- Año en curso: (seleccione uno)
  - 2<sup>do</sup> año \_\_\_\_\_
  - 3<sup>er</sup> año \_\_\_\_\_
  - 4<sup>to</sup> año \_\_\_\_\_
- Religión (seleccione uno)
  - 1- Católica \_\_\_\_\_
  - 2- Evangélica \_\_\_\_\_
  - 3- Sin denominación \_\_\_\_\_
  - 4- Otras \_\_\_\_\_

**2- Conocimientos sobre la depresión (responda: verdadero, falso, según su criterio)**

De los ítems siguientes, marque con una **X** la respuesta que usted considera más adecuada. Elegir solo una opción.

Indicador	Escala	
	Verdadero	Falso
La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida.	X	
<b>Signos y síntomas</b>		
Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.	X	
Disminución importante del interés de casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	X	
Aumento de peso (más de 5% en un mes)	X	
Insomnio casi todos los días.	X	
Aumento de las habilidades psicomotoras		X
Fatiga o pérdida de energía casi todos los días	X	
Las personas depresivas se sienten incapaces de realizar actividades diarias.	X	
Las personas depresivas se presentan altamente irritables.	X	
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días	X	
La depresión está asociada con el suicidio	X	
Hay una conducta suicida durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor.		X
<b>Factores de Riesgo</b>		
La afectividad negativa es un factor de riesgo para el comienzo de la depresión	X	
La depresión solamente pasa si ocurren malas experiencias. Por ejemplo, solamente le puede pasar después de un divorcio difícil o quedarse sin trabajo, muerte de familiar, un fracaso significativo.		X
Está asociada a herencias genéticas	X	
Acontecimientos adversos o estresantes en infancia son un precipitante para la depresión.	X	
El sufrir anteriormente episodios de depresión mayor es un factor de riesgo.	X	



**2- Actitudes sobre la depresión (responda: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo o Totalmente en desacuerdo según su criterio)**

De los ítems siguientes, marque con una **X** la respuesta que usted considera más adecuada. Elegir solo una opción. Actitud es la reacción a un estímulo.

Indicador	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Le persiste el sentimiento de tristeza al fracasar en una actividad universitaria				X
¿Cree usted que la depresión es un problema de debilidad de carácter?				X
La depresión, para usted, ¿necesita un tratamiento y atención médica?	X			
¿Se ha sentido pesimista sobre relaciones y/o estudios?				X
Sientes que pierdes interés en la higiene personal, p/e: bañarse, maquillarse o lavarse las manos.				X
¿En algún momento sintió la necesidad de buscar ayuda?	X			
¿Crees que una persona delgada tiene depresión?				X
¿Crees que una persona que no se junta con nadie, tiene problemas depresivos?	X			
Siente que no conseguirá realizar sus metas personales				X
¿Ha querido acabar con los sentimientos negativos?	X			
¿Ha tenido pensamientos suicidas?				X

**3- Practicas sobre el trastorno depresivo mayor (respuesta: Siempre, Usualmente, Algunas veces, Nunca)**

De los ítems siguientes, marque con una **X** la respuesta que usted considera más adecuada. Elegir solo una opción

<b>Ha manifestado</b>				
	<b>Siempre</b>	<b>Usualmente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
¿Cuándo estas deprimido, comes de más?				X
Los sentimientos de tristeza, ¿buscas una forma de aliviarlos? Por ejemplo, terapia, medicamentos, comida u otra forma de alivio.				X
¿Con que regularidad se irrita y se aleja de actividades cotidianas?				X
Busca métodos para dormir más fácilmente en internet.				X
Te enfrentas a falta de concentración o disminución de la capacidad de pensar la mayor parte del tiempo con medicamentos u otro método estimulante				X
Buscas algo que te impulse en el día a día				X
Te frustras al no sentir satisfacción de actividades que solías hacer y te genera un vacío que buscas llenar con lo que encuentres				X
¿Te distraes para dejar de pensar en sucesos que te generan culpa?				X
¿Necesitas manejar activamente tu irritación? (p/e: respirar profundo, alejarse)				X
Ha dejado de hacer actividades que disfrutaba, ahora prefiriendo quedarse en casa o estar solo				X
Evades tomar decisiones por falta de voluntad/animo				X