



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE UNA UNIVERSIDAD
PRIVADA EN QUITO 2024**

Trabajo de titulación previo a la obtención del
Título de Licenciada en Psicología

AUTOR: Andrea Nicole Salazar Calderón

TUTOR: Cristhian Fabricio Morales Fonseca

Quito - Ecuador

2025

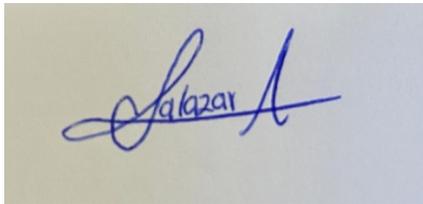
**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Yo, Andrea Nicole Salazar Calderón con documento de identificación N°
172733811-1 manifiesto que:

Soy el autor y responsable del presente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la
Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera
total o parcial el presente trabajo de titulación.

Quito, 01 de febrero del año 2025

Atentamente,



Andrea Nicole Salazar Calderón

1727338111

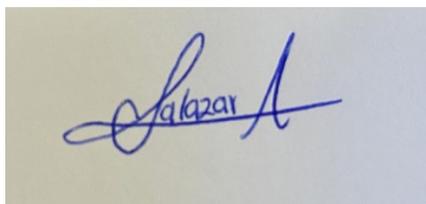
CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

Yo, Andrea Nicole Salazar Calderón con documento de identificación No. 172733811-1 expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor de la Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: Niveles de depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada en Quito 2024, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciada en Psicología en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 01 de febrero del año 2025

Atentamente,



Andrea Nicole Salazar Calderón
1727338111

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Cristhian Fabricio Morales Fonseca con documento de identificación N° 1724253875 docente de la Universidad Politécnica Salesiana declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: Niveles de depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada en Quito 2024, realizado por Andrea Nicole Salazar Calderón con documento de identificación N° 172733811-1 obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito 01 de febrero del año 2025

Atentamente,



Cristhian Fabricio Morales Fonseca
1724253875

Dedicatoria

A Dios, por darme la fuerza y la sabiduría para superar cada obstáculo en este camino.

A mis amados padres, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y fortaleza.

A ustedes, que con amor, paciencia y sacrificio me enseñaron el verdadero significado del esfuerzo y la dedicación. Gracias por su apoyo incondicional, por creer en mí incluso en los momentos en que yo dudé de mis capacidades, y por ser mi refugio en los días difíciles. Sus palabras de ánimo, su ejemplo de perseverancia y su fe en mi potencial han sido el motor que me impulsó a llegar hasta aquí.

A mi madre, por su amor infinito, por sus oraciones silenciosas y por ser el corazón que guía mi vida. A mi padre, por su ejemplo de trabajo incansable, y su confianza en cada uno de mis pasos. Todo lo que soy y lo que he logrado se lo debo a ustedes.

Además, a mi querido hermano, por su apoyo, su compañía y por ser un ejemplo de fortaleza y perseverancia. Gracias por estar siempre presente, y por compartir conmigo este camino.

A mi adorada sobrina, cuya alegría y ternura han sido una luz en mi vida. Que este logro sea también una inspiración para ti, para que siempre persigas tus sueños con determinación y amor.

Esta tesis no es solo el resultado de mi esfuerzo, sino también de los valores que me inculcaron, de las oportunidades que me brindaron y del amor con el que me han acompañado en este camino.

Con todo mi cariño y gratitud, dedico este logro a ustedes, mis pilares, mis héroes y mi mayor orgullo.

Con gratitud y respeto, dedico esta tesis a ustedes.

Resumen

El tema de investigación fue sobre la depresión en estudiantes universitarios, para lo cual el tipo de investigación tiene un enfoque cuantitativo y es de tipo transversal, que se llevó a cabo para recolectar datos, además tiene un enfoque descriptivo, observando y detallando características y comportamientos en los estudiantes universitarios.

Para esta investigación se utilizó una población de 40 estudiantes universitarios, utilizando la Escala de Depresión de Hamilton que evalúa la gravedad de los síntomas depresivos, esta escala incluye 17 ítems organizados en seis factores principales, con puntuaciones de 0 a 4.

Los posibles resultados de la investigación fueron que existieron más participantes mujeres que hombres, pero a nivel global, existe un 33% con ausencia de depresión y un 10% con depresión muy severa.

La depresión es una enfermedad y debemos darle la misma importancia al igual que una enfermedad física, ya que puede conllevar a repercusiones en el futuro y nos podría afectar significativamente.

Abstract

The research topic was about depression in university students, for which the type of research has a quantitative approach and is of a transversal type, which was carried out to collect data, it also has a descriptive approach, observing and detailing characteristics and behaviors in university students.

For this research, a population of 40 university students was used, using the Hamilton Depression Scale that evaluates the severity of depressive symptoms, this scale includes 17 items organized into six main factors, with scores from 0 to 4.

The possible results of the research were that there were more female participants than men, but globally, there are 33% with absence of depression and 10% with very severe depression. Depression significantly affects college students, especially those in transition stages and with academic, social and family pressures.

I. Índice de Contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	4
II. Índice de tablas	8
III. Índice de gráficos	8
I. Datos informativos del proyecto.....	1
II. Objetivo General.....	1
III. Objetivos específicos	1
IV. Eje de la intervención o investigación	2
Capítulo 1.....	2
1. Antecedentes de la depresión.....	2
1.1 Historia de la depresión	5
1.2 Tipos de Depresión.....	8
■ Trastornos depresivos	8
a. Trastorno depresivo mayor:	8
b. Trastorno depresivo persistente (distimia):.....	11
c. Trastorno depresivo debido a otra afección médica:.....	12
d. Otro trastorno depresivo del estado de animo especificado y no especificado:	
13	
e. Episodios hipomaniacos de corta duración (2 a 3 días) y episodios depresivos	

mayores:	13
f. Episodios hipomaniacos con síntomas insuficientes y episodios depresivos	
mayores:	13
g. Episodio hipomaniaco sin episodio depresivo mayor previo:	13
1.3 Subtipos monopolar y bipolar	14
1.4 Causas	15
1.5 Consecuencias.....	18
1.6 Síntomas.....	19
1.6.1 Síntomas psicológicos.....	19
a. Tristeza	19
b. Anhedonia	20
c. Ansiedad.....	20
d. Alucinaciones	20
e. Impulsos suicidas	21
f. Síntomas físicos	21
g. Problemas de sueño.....	21
h. Enlentecimiento mental y físico.....	22
i. Dolor.....	22
j. Síntomas físicos diferentes.....	22
k. Síntomas conductuales	22
l. Síntomas cognitivos	23
m. Síntomas emocionales-afectivos.....	23
n. Síntomas fisiológicos	23
1.7 Impacto de la depresión en estudiantes universitarios.....	25

V.	Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención.....	27
VI.	Metodología	29
VII.	Preguntas clave.....	32
VIII.	Organización y procesamiento de la información.....	32
IX.	Análisis de la información	34
X.	Justificación.....	34
XI.	Caracterización de los beneficiarios.....	36
XII.	Interpretación.....	37
XIII.	Conclusiones y recomendaciones.....	44
	a. Conclusiones	44
	b. Recomendaciones	46
XIV.	Referencias bibliográficas:.....	47
XV.	Anexos	50

II. Índice de tablas

Tabla 1 Baremos de depresión de Hamilton.....	31
---	----

III. Índice de gráficos

Gráfico 1 Participantes de la Investigación	37
Gráfico 2 Edad de los Participantes	38
Gráfico 3 Nivel Educativo	39
Gráfico 4 Nivel Socioeconómico.....	40
Gráfico 5 Nivel de depresión en hombres.....	41
Gráfico 6 Nivel de depresión en mujeres.....	42
Gráfico 7 Nivel de depresión global	43

I. Datos informativos del proyecto

Niveles de depresión en estudiantes de una universidad privada en Quito 2024.

II. Objetivo General

Identificar los niveles de depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada en Quito 2024

III. Objetivos específicos

- Describir el nivel de depresión predominante que presentan los estudiantes de una universidad privada.
- Aplicar el test de depresión de Hamilton en estudiantes de una universidad privada.
- Comparar los niveles de depresión entre hombres y mujeres.

IV. Eje de la intervención o investigación

Capítulo 1

1. Antecedentes de la depresión

En los últimos años, los niveles de depresión han aumentado por varias razones, lo que ha afectado de manera significativa la vida de quienes padecen este trastorno, llegando en algunos casos extremos hasta la muerte (Laurente, 2020).

Las preguntas más comunes que se hacen las personas con depresión son ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora?. A veces, hay una causa evidente que se ha desencadenado la depresión, como la pérdida de un ser querido, un empleo o una enfermedad física (Martí, 2010). Sin embargo, a menudo no hay causa clara. Para complicar aún más las cosas, no todas las personas que atraviesan una pérdida o adversidad desarrollan depresión. Algunas personas parecen tener un mayor riesgo de padecerla, pero en general, cualquiera puede experimentar una depresión (Martí, 2010).

La salud mental de los estudiantes universitarios debería de ser un tema de preocupación ya que el tema de la salud mental y particularmente los episodios de depresión ya que es un reto para esta población debido a su alto índice que tienen en su bienestar emocional y el rendimiento académico. Los trastornos mentales son los más dañinos en la actualidad debido a su alta prevalencia y la aparición a tempranas edades y a las diferentes causas que causan estas enfermedades (Estrada et al., 2023).

Numerosos estudios han demostrado que la experiencia universitaria está asociada con altas tasas de problemas psicológicos, especialmente la depresión, ya que los estudiantes se enfrentan a nuevos factores estresantes. De hecho, una investigación ha señalado que casi el 50% de los universitarios sufre de depresión. Varios factores contribuyen a estos síntomas, incluyendo bajo rendimiento académico, estresores

sociales, dificultades económicas y los ajustes necesarios al cambiar del entorno familiar al universitario (Estrada et al., 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la depresión es un trastorno mental común que se manifiesta a través de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa incluso dificultad para concentrarse (Organización Mundial de la Salud , 2020). Es importante señalar que sentirse triste no equivale a estar deprimido, la depresión se diferencia de las fluctuaciones normales del estado de ánimo y de las reacciones emocionales temporales ante las dificultades de la vida diaria (Organización Mundial de la Salud , 2020).

Los trastornos depresivos se clasifican según el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V, incluye síntomas como: sentimientos de tristeza, ansiedad o sensación de “vacío”; de desesperanza, culpa, irritabilidad , inquietud, pérdida de interés en las actividades o los pasatiempos que antes le resultaba placenteros incluso las relaciones sexuales (Morris, 2015). Pueden acompañarse de fatiga, baja energía tienen la dificultad para concentrarse, en las noches pueden presentar insomnio o despertar durante la noche o dormir en exceso y lo mas “grave” es que tengan pensamientos e intentos suicidas. (Morris, 2015)

La depresión se ha vuelto un diagnóstico común en los servicios de atención primaria, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra entre las cinco principales enfermedades que provocan mayor discapacidad a largo plazo y dependencia (MINSALUD, 2017). Considerada por muchos como la enfermedad del siglo XXI, la depresión representa un problema de salud pública debido a su impacto en el individuo, su entorno familiar y la sociedad en general. Es una condición tratable y que todos deberían conocer (MINSALUD, 2017).

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por muchos síntomas que afecta a la persona significativamente, como estudiantes nos puede llevar a la ansiedad, pero la ansiedad se la define como experimentar miedo y preocupación de manera intensa y excesiva que suelen ir acompañados de tensión física y otros síntomas como conductuales y cognitivos que son difíciles de controlar, pero con el tratamiento y apoyo familiar se puede controlar (World Health Organization, 2023). Al no saber como enfrentar esta enfermedad, porque la depresión nos puede llegar a consumir al no saber como actuar como afrontar o que decisión es correcta. Esta enfermedad o este trastorno se debería de tratar como una enfermedad física y darle la misma importancia que se le da a las otras enfermedades, porque puede ser igual o peor.

Según Ariza, Almeyda y García la vida universitaria puede ser de manera positiva o negativa ya que enfrentan desafíos, ansiedad y presión y esto conlleva a que tengan trastornos depresivos, lo cual no pueden crear estrategias ya que muchos desconocen de sus síntomas o incluso no se dan cuenta en el estado que están (Ariza et al., 2020).

La investigación sobre salud mental ha puesto especial atención en la población universitaria, mostrando que los estudiantes presentan tasas mas elevadas de depresión y trastornos de ansiedad en comparación con la población general. Este incremento se atribuye a las pruebas de habilidades y competencias que enfrentan en el entorno universitario, donde deben cumplir con exigencias profesionales, asumir nuevas responsabilidades, enfrentar evaluaciones y lidiar con el desarraigo, además de presiones familiares, económicas y sociales (Estrada et al., 2023).

Estos factores interactúan con elementos de riesgo como el genero, antecedentes de depresión, enfermedades graves, perdidas familiares, divorcios y consumo de alcohol, lo que puede perjudicar su salud mental. Asimismo muchos estudiantes de

pregrado están en una etapa de adolescencia tardía, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y socioculturales que les demandan desarrollar estrategias de afrontamiento para fortalecer su identidad y autonomía. Por último, se ha observado que aquellos con antecedentes de depresión en la adolescencia tienen una alta probabilidad de mantener esta condición en la edad adulta (Estrada et al., 2023).

En el ámbito académico, muchos estudiantes enfrentan un nuevo proceso de adaptación académica al ingresar a la universidad. Esta transición se ve complicada por la dificultad de las materias y las bajas calificaciones. Algunos optan por la salida más sencilla: abandonar sus estudios de educación superior. Esto suele ocurrir porque se desmotivan y pierden el interés, experimentando frustraciones, un estado de ánimo bajo, baja autoestima y conflictos con familiares, amigos y compañeros. También pueden aferrarse a errores pasados, ser sensibles al rechazo y al fracaso, y tener dificultades para pensar, concentrarse y tomar decisiones, lo que puede llevar a pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio, además de generar un alto nivel de estrés académico.

Otros motivos incluyen la falta de tiempo para realizar las actividades académicas, la sobrecarga de trabajo, las tareas exigentes, la presión de los exámenes y la obligación de participar en eventos que no interesan a los estudiantes. Estos factores, junto con los elementos psicosociales y las exigencias propias de la carrera universitaria, contribuyen al deterioro de la salud mental de los estudiantes (Lara et al., 2021).

1.1 Historia de la depresión

La depresión parece ser una de las primeras enfermedades mentales registradas en la historia de la humanidad. En cambio, la esquizofrenia probablemente solo pudo identificarse más recientemente en los escritos, lo que puede atribuirse a que la

revolución científica permitió al ser humano a reflexionar sobre sus pensamientos anormales. Por otro lado, la depresión y la enfermedad maniaco-depresiva aparecen en relatos que datan de siglos o milenios antes de los que mencionan la esquizofrenia. Esto podría deberse a que los cambios en el estado de animo, como la tristeza o la euforia extrema, son experiencias mas fáciles de entender y mas cercanas al sufrimiento (Retamal, 1999).

El primer tratamiento efectivo para la depresión fue el electroshock, desarrollado en la de década de 1930. A principios de los años cuarenta, esta terapia se convirtió en una de las efectivas, trasformando significativamente el sufrimiento de muchos pacientes psiquiátricos, especialmente aquellos con depresión. No obstante, fue solo en las ultimas décadas que el electroshock se perfecciono técnicamente usando anestesia, relajantes musculares, oxigenación y administración unilateral, realizando un procedimiento mas humanizado y aceptable para médicos, pacientes y sus familias. En los años cincuenta comenzó la revolución psicofarmacológica con el uso de antipsicóticos, como la clorpromazina y antidepresivos. La evolución de estos medicamentos están estrechamente vinculada a las investigaciones que buscan entender las causas de los trastornos de animo en especial la etiología bioquímica (Retamal, 1999).

La psicología se ocupa de analizar los procesos mentales y el comportamiento humano en relación con el entorno físico y social. Durante siglos, esta labor fue realizada por filósofos, hasta que gradualmente se fue creando una separación entre ambas disciplinas.

Preocuparse por eventos que ocurren en nuestra vida no implica necesariamente que estemos enfermos. La filosofía puede ser una guía que orienta nuestros

pensamientos en la dirección correcta en esos momentos, además de ser una excelente herramienta para conocernos mejor y así poder enfrentar los problemas que nos afectan.

La depresión podría describirse como un “colapso vital” una experiencia existencial de la muerte. En este estado, el sufrimiento se extiende a todo el cuerpo y se experimenta como un sufrimiento por el simple hecho de vivir. Probablemente, la depresión sea la única enfermedad en la que se anhela la muerte, ya que quien la padece se relaciona íntimamente con ella, deseándola como una forma de escapar de su dolor.

La depresión podría entenderse como un “colapso vital” una experiencia existencial que remite a la sensación de muerte.

El sufrimiento en la depresión es total, afectando todo el cuerpo, y es una vivencia dolorosa de estar vivo. De hecho, la depresión podría ser la única enfermedad en la que la muerte se desea, ya que el afectado se relaciona con ella, anhelándola como una manera de poner fin a su sufrimiento.

La evolución del concepto de depresión ha pasado por tres etapas terminológicas y conceptuales: Melancolía, Acedia y Depresión. Estas tres etapas reflejan las tres grandes corrientes culturales de la filosofía occidental: cosmológica, teológica y logológica.

Melancolía: Hipócrates (460-377 a.C) fue el primero en identificar el origen orgánico de las enfermedades mentales, especialmente en el cerebro.

Propuso que el cuerpo se componía de cuatro humores: sangre (en el corazón), bilis negra (en el estómago), bilis amarilla (en el hígado) y flema (en la cabeza).

Estos humores determinaban cuatro temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico.

La melancolía o “melaina chole” (bilis negra) surgía de un desequilibrio en estos humores. Según la visión hipocrática, la alteración en la cantidad y calidad de la bilis

negra producía el estado patológico depresivo, dándole un origen “natural” (hereditario y orgánico) a la melancolía.

Celso (50 d.C), Sorano de Éfeso (siglo II d.C) y otros autores continuaron siguiendo las enseñanzas de Hipócrates, pero a la vez incorporaron factores psico-religiosos en sus explicaciones. Rufo de Éfeso (siglo II d.C) sostuvo que la mente también influía en la aparición de la melancolía. Areteo de Capadocia (150 d.C) fue uno de los primero en observar la relación entre manía y melancolía. Por su parte, Galeno (siglo II d.C) continuo desarrollando el modelo humoral, aunque introdujo también aspectos psíquicos en su explicación de los trastornos mentales (Rosario, 2023).

En la década de 1970, las principales explicaciones psicológicas de la depresión provenían del psicoanálisis o se basaban en teorías del aprendizaje. Sin embargo, con la crisis del conductismo y su reemplazo gradual por el paradigma cognitivista, los modelos teóricos que intentan explicar la depresión comenzó a cambiar. A partir de finales de los años sesenta, estos enfoques empezaron no solo a reconocer, sino también a destacar el papel que juegan factores mentales o cognitivos en la aparición de la depresión (Álvaro, 2010).

1.2 Tipos de Depresión

Un trastorno del estado de animo es un patrón patológico que surge de una alteración en el estado de animo. La mayoría de las personas con un trastorno del estado de animo experimentan depresión en algún momento, aunque algunos también presentan episodios de exaltación del estado de ánimo (Morris, 2015).

- **Trastornos depresivos**
 - a. **Trastorno depresivo mayor:** estas personas no han cursado con episodios maniacos o hipomaníacos, pero han padecido uno o mas episodios

depresivos mayores (Morris, 2015). El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único (Morris, 2015).

Un episodio mayor debe cumplir cinco criterios principales: debe incluir un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer, que persista durante un periodo mínimo, acompañado de un número específico de síntomas, que cause malestar o discapacidad, y que no infrinja ninguno de los criterios de exclusión (Morris, 2015).

Calidad del estado de ánimo

La depresión suele percibirse como una disminución del estado de ánimo habitual, los pacientes pueden describir sensaciones de infelicidad, descorazonamiento, desaliento, melancolía o utilizar otros términos que expresan tristeza (Morris, 2015). Sin embargo, ciertos factores pueden dificultar:

- No todos los pacientes logran identificar o expresar con precisión como se sienten
- Los clínicos y los individuos con orígenes culturales distintos pueden tener dificultad para llegar a un acuerdo de que el problema es la depresión.
- Los síntomas de presentación de la depresión pueden variar mucho de un individuo a otro. Una persona puede sentirse lenta y llorosa; otra sonríe y niega que algo está mal. Algunos duermen y comen demasiado; otros se quejan de insomnio y anorexia.
- Algunos pacientes en realidad no se sienten deprimidos, experimentan la depresión como pérdida del placer o disminución del interés en sus actividades usuales, incluso el sexo (Morris, 2015).

Duración

El paciente debe haberse sentido mal la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas. Este requisito se incluye para asegurar que los episodios depresivos mayores se diferencian de los cuadros transitorios de abatimiento que casi todos desarrollamos en ocasiones (Morris, 2015).

Síntomas

Durante las dos semanas mencionadas, el paciente debe presentar al menos cinco de los síntomas que se señalan (Morris, 2015).

- El estado de ánimo se explica por sí mismo.
- La anhedonia es casi universal entre los pacientes deprimidos.
- Muchos pacientes pierden el apetito y peso.
- Más de tres cuartas partes refieren problemas para dormir. Por lo general despiertan temprano en la mañana, mucho antes de que deban levantarse. Sin embargo, algunas personas comen y duermen más de lo usual.
- Los pacientes deprimidos suelen acusar fatiga, que refieren como cansancio o disminución de la energía.
- Su expresión oral o movimientos físicos pueden mostrar lentitud, en ocasiones se identifica una pausa marcada antes de responder a una pregunta o iniciar una acción. Esto se denomina enlentecimiento psicomotor (Morris, 2015).

Hay que tener en cuenta tres situaciones en las que usted no debe contabilizar un síntoma para el diagnóstico de episodio depresivo mayor.

- Un síntoma es explicado completamente por otra afección médica. Por ejemplo, no se tomaría en cuenta la fatiga en un paciente que está recuperándose de una cirugía mayor; en esa situación, se espera la presencia de fatiga (Morris, 2015).

- Un síntoma deriva de ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo. Por ejemplo, no cuenta el insomnio que ocurre en respuesta a la alucinación de voces que mantienen al paciente despierto durante la noche (Morris, 2015).
- Sentimientos de culpa o falta de valía que se desarrollan debido a que el paciente se encuentra demasiado deprimido para cumplir sus responsabilidades. Este tipo de sentimientos son demasiado comunes en la depresión para tener algún peso diagnóstico (Morris, 2015).

b. Trastorno depresivo persistente (distimia): no existen fases de exaltación, y dura mucho más que el trastorno depresivo mayor típico. Esta variedad de depresión no suele tener gravedad suficiente para considerarse un episodio de depresión mayor (Morris, 2015).

La afección que se analiza recibe distintos nombres: trastorno distímico, distimia, depresión crónica y trastorno depresivo persistente. Por periodos de varios años, manifiestan muchos de los mismo síntomas que se identifican en los periodos depresivos mayores, como abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y problemas con el apetito y el sueño (Morris, 2015). A lo largo de la vida, quizá 6% de los adultos padece distimia: a menudo las mujeres resultan doblemente afectadas en comparación con los varones. Si bien puede iniciar a cualquier edad, es rara su aparición tardía (Morris, 2015). Los pacientes distímicos sufren en silencio, y su discapacidad puede ser sutil; tienden a invertir gran parte de su energía en el trabajo y menos en los aspectos sociales de la vida (Morris, 2015). Puesto que no parecen tener discapacidad intensa, son capaces de continuar sin tratamiento hasta que sus síntomas se intensifican y se

convierten en un episodio depresivo mayor que se diagnostica sin dificultad (Morris, 2015).

El inicio temprano, si inicia antes de los 20 años.

El inicio tardío, si comienza a los 21 años o mas.

Hay que especificar si es:

Con síndrome distímico puro. No cumple los criterios para el episodio depresivo mayor.

Con episodio depresivo mayor persistente. Cumplió los criterios durante los dos años precedentes.

Con episodio depresivos mayores intermitentes, con episodio activo. Cubre ahora los criterios de depresión mayor, pero a veces no lo hace.

Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio activo. Ha cubierto criterios depresivos mayores en el pasado, pero no en la actualidad (Morris, 2015).

- c. Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** Distintas condiciones médicas y neurológicas pueden causar síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados (Morris, 2015). Muchas afecciones medicas pueden causar síntomas depresivos o bipolares, y resulta vital considerar las etiologías físicas al valorar un trastorno de estado de animo (Morris, 2015). Esto no solo se debe a que son tratables; con las alternativas terapéuticas actuales, la mayor parte de los trastornos del estado de animo es muy sensible al tratamiento. Se debe también a que algunas afecciones medicas generales, si no reciben un manejo adecuado durante un tiempo largo, generan por si mismas complicaciones graves, incluso la muerte (Morris, 2015).

Una afección médica de tipo físico parece haber causado que un paciente experimente gran depresión del estado de ánimo o pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades (Morris, 2015).

- d. Otro trastorno depresivo del estado de ánimo especificado y no especificado:** utilice una de estas categorías cuando un paciente muestre síntomas depresivos que no cumplen los criterios para los diagnósticos depresivos previos o algún otro diagnóstico del que la depresión sea un componente (Morris, 2015).
- e. Episodios hipomaniacos de corta duración (2 a 3 días) y episodios depresivos mayores:** Un paciente con estas características tendrá por lo menos un episodio depresivo mayor del todo fundamentado, además de al menos un episodio de hipomanía demasiado breve (2 a 3 días) para justificar un diagnóstico de trastorno bipolar II (Morris, 2015).
- f. Episodios hipomaniacos con síntomas insuficientes y episodios depresivos mayores:** Un paciente con estas características habrá presentado por lo menos un episodio depresivo mayor pero ningún episodio maniaco o hipomaniaco, si bien habrá padecido por lo menos un cuadro de hipomanía sub-umbral. Es decir, la fase de exaltación es larga (cuatro días o más), pero hay un déficit de un síntoma o dos respecto de la cifra requerida para un episodio hipomaniaco, o estado de ánimo irritable más dos o tres de los síntomas hipomanía (Morris, 2015).
- g. Episodio hipomaniaco sin episodio depresivo mayor previo:** Con este diagnóstico, se clasificaría a una persona que presento un episodio de hipomanía pero que nunca ha cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor o un episodio maniaco (Morris, 2015).

1.3 Subtipos monopolar y bipolar

El término “polaridad” se refiere a la presencia de dos extremos: la tristeza patológica y la euforia patológica. Si una persona ha experimentado ambos extremos, la fase depresiva y la maníaca, la enfermedad se llama bipolar. Por otro lado, si solo se presenta la fase depresiva, se denomina depresión monopolar, que es la forma más común. En el caso de haber solo episodios maníacos, el paciente se considera bipolar, ya que en algún momento también presentara una fase depresiva (Retamal, 1999).

La manía se define como un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, con síntomas como un aumento exagerado de la autoestima, menor necesidad de sueño, y una mayor actividad física y verbal (Retamal, 1999). Estos episodios pueden durar desde días hasta meses y suelen ser más breves y repentinos en su inicio y final que las fases depresivas. La característica esencial de la enfermedad bipolar es la presencia de fases maníacas o hipomaniacas, que son formas más leves de la manía. Lo habitual es que los pacientes bipolares experimentan múltiples episodios de depresión y manía a lo largo de su vida (Retamal, 1999).

Algunas diferencias entre la depresión bipolar maniaco-depresiva y la depresión monopolar son las siguientes: en la depresión monopolar no se experimentan episodios maníacos, mientras que los bipolares sí los sufren, y con frecuencia, tienen familiares que también han tenido fases maníacas. Además, los pacientes bipolares a veces pueden pasar bruscamente de la depresión a la manía debido a los tratamientos antidepresivos. Los episodios tienden a ser más frecuentes en los bipolares. La prevalencia de la enfermedad bipolar es de aproximadamente el 1% de la población y afecta a hombres y mujeres por igual (Retamal, 1999).

1.4 Causas

La depresión de los estudiantes universitarios no se debe a un solo factor, sino que es el resultado de una compleja interacción de elementos emocionales.

Primero, estos jóvenes atraviesan un periodo de transición crucial de la adolescencia a la adultez, enfrentándose a nuevas responsabilidades. La presión académica, la incertidumbre sobre el futuro y los problemas económicos son factores significativos.

Las relaciones interpersonales también juegan un papel importante. Durante esta etapa, surgen nuevos desafíos afectivos, como problemas de parejas y amistades (Sabater, 2023).

Asimismo, la falta de propósito vital es un factor relevante. Muchos estudiantes se sienten perdidos respecto a su futuro.

También la tecnología y las redes sociales añaden otra capa de complejidad. La presión y la distorsión que provienen del entorno digital pueden afectar negativamente su bienestar emocional (Sabater, 2023).

La causa precisa de la depresión no está completamente entendida, aunque existen varios factores que puede ser:

- Hereditario
- Acontecimientos que provocan alteraciones emocionales.
- Ciertos trastornos médicos generales
- Efectos secundarios de algunos fármacos.

La depresión no es un signo de debilidad de carácter ni de falta de esfuerzo para sentirse mejor.

Además la clase social, la herencia y los factores culturales no parecen intervenir en la posibilidad de padecer depresión alguna vez en la vida (Coryell, 2023).

Se estima que los factores genéticos influyen en aproximadamente la mitad de las personas que sufren de depresión (Coryell, 2023).

Los factores genéticos pueden afectar como funcionan los neurotransmisores, que son las sustancias que permiten la comunicación entre neuronas. La serotonina, la dopamina y la norepinefrina son neurotransmisores que pueden estar relacionados con la depresión.

La depresión puede presentarse junto con diversos trastornos médicos o ser consecuencia de ellos. Estos trastornos pueden provocar depresión de manera directa, como ocurre cuando un problema tiroideo altera los niveles hormonales, o de forma indirecta, como en el caso de la artritis reumatoide, que genera dolor y limitaciones. A menudo, un trastorno puede causar depresión tanto de manera como indirecta. Por ejemplo, en el caso del sida, la depresión puede tener una causa directa si el VIH afecta al cerebro, mientras que puede ser de manera indirecta si se debe al impacto negativo general de la enfermedad (Coryell, 2023).

Hay varios trastornos de salud mental que pueden incrementar el riesgo de desarrollar depresión (Coryell, 2023).

Entre estos se encuentran ciertos trastornos de ansiedad, el alcoholismo, otros trastornos por uso de sustancias y la esquizofrenia. Las personas que han padecido depresión anteriormente tienen una mayor probabilidad de sufrirla de nuevo en comparación con quienes no la han sufrido.

Situaciones emocionales difíciles, como la pérdida de un ser querido, pueden a veces provocar depresión, aunque esto suele ocurrir en personas ya predispuestas, como aquellas con un historial familiar de enfermedad (Coryell, 2023). No obstante, la depresión también puede aparecer o agravarse sin que haya un factor de estrés (Coryell, 2023).

Las causas de la depresión son diversas. Es lógico pensar que generalmente hay una combinación de factores que la originan. Con frecuencia, se observa que, a partir de una predisposición biológica (como la herencia, alteraciones hormonales y bioquímicas) y biográfica (características de personalidad depresiva o melancólica, junto con factores de crianza, estructura familiar y experiencias estresantes durante la infancia), se activan los síntomas en momentos de situaciones ambientales conflictivas, como problemas matrimoniales, fracasos económicos o pérdidas emocionales (Retamal, 1999).

Un fenómeno relevante que se ha observado es el aumento de las enfermedades depresivas, tanto unipolares (que solo presentan episodios de desánimo) como bipolares (que alternan entre episodios de depresión y periodos de euforia maniaca). Este aumento es en parte relativo, ya que está relacionado con un mayor interés en estos trastornos, lo que ha permitido mejorar los métodos de diagnóstico y tratamiento (Retamal, 1999).

El uso perjudicial de estimulantes como el café, te, ciertas bebidas, cigarrillos, fármacos anorexígenos y drogas ilícitas como cocaína, anfetaminas, marihuana y alcohol, pueden aumentar la excitabilidad neuropsicológica. Esto, a su vez puede provocar la persistencia de estados de ánimo alterados y reducir las horas de descanso y sueño. Para esto existiría una alteración del equilibrio en el sistema nervioso central, lo que en personas con predisposición genética y características específicas facilitaría la aparición de trastornos anímicos que de otro modo podrían haber permanecido latentes. Además, este tipo de factores podría intensificar la frecuencia e intensidad de los episodios en personas con una enfermedad depresiva ya existente (Retamal, 1999).

Las causas de la depresión; es decir, por qué aparece la enfermedad, no deben confundirse con los desencadenantes, los factores que hacen evidente que se padece la enfermedad. Una persona puede estar desarrollando una depresión y encontrar justificaciones para sus síntomas, como atribuir a la apatía y el cansancio al exceso de

trabajo. Sin embargo, tras un evento importante, como la muerte de un familiar o la pérdida de empleo, la depresión se manifiesta. No todas las personas que experimentan estos desencadenantes se deprimen, pero un porcentaje considerable de quienes no enfrentan situaciones (Sanz et al., 2017).

Aunque es posible que una persona se deprima aun cuando todo en su vida parece ir bien, el argumento es en parte erróneo, ya que sugiere que la relación entre factores de estrés y depresión es menos significativa de lo que realmente es. Además, refuerza la idea de que la depresión es exclusivamente una enfermedad biológica, desvinculándola de las circunstancias de la vida. Sin embargo, es importante reconocer que tanto los estresores externos como los factores biológicos juegan un papel relevante en el desarrollo de la depresión (Sanz et al., 2017).

1.5 Consecuencias

La investigación realizada por Gutiérrez y colaboradores (2010) confirma que los estudiantes universitarios enfrentan mayores dificultades para cumplir con sus responsabilidades académicas cuando experimentan niveles severos de depresión, lo cual es consistente con hallazgos previos en investigaciones sobre adolescentes.

Según los resultados de su estudio, un 92,9% de los estudiantes con depresión severa presentan problemas académicos de intensidad moderada o severa.

Diversos autores han señalado que la depresión puede ser un factor que contribuye al abandono de los estudios, sugiriendo que el creciente número de estudiantes dados de baja debido a su bajo rendimiento académico o indecisiones vocacionales podría estar relacionado con la presencia de depresión (Mora, 2015).

Esta condición podría afectar el rendimiento escolar al interferir con la actividad intelectual, lo que a su vez generaría fracasos académicos. En otros casos, el bajo

rendimiento escolar podría ocasionar una baja autoestima y pensamientos pesimistas, los cuales pueden desembocar en depresión (Mora, 2015).

Existen factores individuales que están vinculando con la depresión en los estudiantes universitarios, como los antecedentes familiares y personales de depresión, las dificultades académicas, la inestabilidad económica, el diagnóstico de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la separación de los padres, el consumo de alcohol, y los intentos o la planificación del suicidio. Son eventos vitales estresantes, como la pérdida de una relación importante, son determinantes en la aparición de la depresión. En este contexto, la depresión también puede estar relacionada con las dificultades académicas, ya que la pérdida de interés o la disminución de las actividades cotidianas puede afectar el rendimiento académico. Por otro lado, el consumo de alcohol puede surgir como una forma de automedicación que proporciona cierta protección psicológica, aunque también puede provocar depresión debido a sus efectos en el sistema nervioso central (Agudelo et al., 2007).

1.6 Síntomas

La depresión es una condición que afecta tanto al cuerpo como a la mente. La mayoría de quienes la padecen experimentan síntomas tanto físicos como psicológicos, aunque estos pueden variar en forma y gravedad en cada individuo. Algunas personas no presentan síntomas evidentes, pero comienzan a mostrar cambios inusuales o repentinos en su comportamiento (Martí, 2010).

1.6.1 Síntomas psicológicos

a. Tristeza

No todas las personas con depresión experimentan tristeza. Algunas pueden sentirse más ansiosas. Otras pueden tener dificultades para expresar sus emociones, y

algunas presentan síntomas físicos inexplicables o cambios en su comportamiento. La tristeza asociada con la depresión es mucho mas profunda que la que se experimenta por un problema o disgusto. Es una sensación persistente de vacío, perdida y miedo. En casos de depresión moderada o severa, esta tristeza suele ser mas intensa al inicio del día y disminuye ligeramente con el paso de las horas, aunque nunca desaparece por completo (Martí, 2010).

b. Anhedonia

La anhedonia es la incapacidad para encontrar placer en la vida, en las actividades diarias e incluso en los pasatiempos favoritos. Nada resulta placentero. Algunas personas con depresión no pueden experimentar disfrute en ninguna situación. Mientras que en otras el problemas se limita a ciertos aspectos específicos: como el apetito, las relaciones sexuales o sociales, las actividades recreativas, entre otros (Martí, 2010).

c. Ansiedad

Cuando nos sentimos en peligro, nuestro cuerpo libera una hormona llamada adrenalina que activa nuestros músculos y cerebro, preparándonos para responder rápidamente y escapar de la amenaza. Si no ocurre nada, esta sensación desaparece en pocos minutos. Sin embargo, en personas con depresión, esta sensación de alerta puede prolongarse durante meses y convertirse en uno de los síntomas principales de la enfermedad (Martí, 2010).

d. Alucinaciones

Los delirios se caracterizan por ser pensamientos erróneos, mientras que las alucinaciones son percepciones irreales, a menudo auditivas. Por ejemplo, algunas personas con depresión pueden oír voces de personas que aparecen hablarles cuando, en

realidad, no hay nadie en la habitación. Estas voces pueden criticarles, acusarlas o amenazarlas (Martí, 2010).

e. Impulsos suicidas

En la depresión, el pasado se percibe como negativo y lleno de errores, el presente se siente insoportable, y el futuro inspira temor. Con esta visión algunas personas llegan a creer que no vale la pena seguir viviendo, que serían una carga para los demás o que sus seres queridos estarían mejor sin ellas. Muchas personas deprimidas consideran el suicidio, aunque sea de forma momentánea. Algunas incluso se acuestan deseando no despertar para poner fin a su sufrimiento. El paciente con depresión puede ver el suicidio como la única salida para terminar con su dolor, sin darse cuenta de que la depresión es tratable y temporal. La familia del paciente tiene el derecho y la responsabilidad de hacer todo lo posible para evitar que el o ella intente llevar a cabo ideas suicidas. (Martí, 2010)

f. Síntomas físicos

Las personas con depresión a menudo presentan síntomas físicos que pueden confundirse con una enfermedad corporal. Esto se conoce como depresión enmascarada, en la cual los síntomas físicos, y no la tristeza, son la queja principal.

Los síntomas físicos más frecuentes de la depresión son:

g. Problemas de sueño

Los problemas de sueño son comunes en personas con depresión y suelen ser la causa principal de la fatiga que experimentan. Si una persona padece una depresión moderada o grave, es posible que se despierte en la madrugada y no logre volver a dormir. También puede tener dificultades para conciliar el sueño o despertarse varias veces durante la noche (Martí, 2010).

h. Enlentecimiento mental y físico

El enlentecimiento psicomotor implica sentir fatiga constante, dificultando realizar las tareas cotidianas. Cualquier actividad se vuelve un gran esfuerzo y todo parece suceder en cámara lenta. La persona puede hablar mas despacio de lo normal, con un tono monótono, e incluso moverse con lentitud. En algunos casos, las funciones corporales también se ralentizan, manifestándose en síntomas como boca seca o estreñimiento. Algunas mujeres pueden incluso dejar de menstruar (Martí, 2010).

i. Dolor

Uno de los síntomas físicos mas comunes de la depresión enmascarada es el dolor, el cual suele ser vago, crónico y resistente a los tratamientos convencionales, aunque responde bien a los antidepresivos. Este dolor afecta principalmente a la cabeza, espalda, pecho, brazos y piernas. Algunas personas incluso acuden a urgencias por dolor en el pecho, temiendo una enfermedad cardiaca, cuando en realidad están atravesando una depresión (Martí, 2010).

j. Síntomas físicos diferentes

Algunas personas presentan síntomas atípicos de depresión, como un aumento en el sueño, el apetito y el peso, en lugar de los síntomas físicos habituales (Martí, 2010).

k. Síntomas conductuales

En este nivel, se ha observado que los jóvenes reportan no disfrutar de las cosas tanto como antes. Algunos indican que no han perdido el interés por los demás, mientras que otro sienten que están menos interesados en ellos que antes. No lloran mas de lo habitual, pero mencionan que les cuesta mas esfuerzo comenzar a realizar actividades. En gran medida, siguen disfrutando de las mismas cosas, realizan las mismas actividades con la misma facilidad que antes y disfrutan de ver, conversar y

estar con mujeres y hombres. Sin embargo, a veces se sienten agitados e intranquilos y no pueden permanecer quietos (Arrivillaga et al., 2003).

l. Síntomas cognitivos

Se halló que los jóvenes no sienten que están siendo castigado ni están insatisfechos consigo mismos, son autocríticos respecto a sus debilidades o errores, pero no expresan pensamientos suicidas. Informan que mantienen la capacidad de tomar decisiones como antes, no consideran que su apariencia haya empeorado y manifiestan preocupación por problemas físicos como dolores, malestares estomacales o resfriados. Además, reportan que en ocasiones su mente esta tan clara como antes, la mayoría del tiempo encuentran satisfacción en vivir, y rara vez piensan que seria mejor para otros si fallecieran. También indican que a veces tiene esperanza y confianza en el futuro, encuentran sencillo tomar decisiones y, en general, se sienten útiles y necesarios para quienes los rodean (Arrivillaga et al., 2003).

m. Síntomas emocionales-afectivos

Los jóvenes en este nivel indicaron que no están, mas irritables de lo habitual y se sienten tristes, aunque no especialmente desalentados respecto al futuro. No se consideran fracasados, aunque con frecuencia experimentan sentimientos de culpa. Además, mencionaron que a veces sienten ganas de llorar y ocasionalmente lo hacen, se sientes mas irritables de lo normal y reconocen sentirse deprimidos, aunque reportan que las mañanas son el momento en que se sienten mejor a lo largo del día (Arrivillaga et al., 2003).

n. Síntomas fisiológicos

Los jóvenes informaron que duerme tan bien como siempre y se sientes mas cansado que antes, aunque no han notado una disminución en su apetito ni una perdida de peso reciente. No han percibido cambios en su interés por el sexo. Además,

mencionan que a veces se sienten cansados sin motivo, rara vez tienen problemas para dormir y, en ocasiones, comen como antes. También indicaron que rara vez notan pérdida de peso, tienen problemas de estreñimiento o perciben un aumento en la frecuencia de sus latidos cardíacos (Arrivillaga et al., 2003).

Los síntomas depresivos se dividen en tres categorías: afectivos, psicomotores y del pensamiento. La literatura se enfoca en distinguir entre trastornos subjetivos como afectividad y pensamiento y objetivos como inhibición psicomotora, pero esto deja fuera aproximadamente el 50% de los síntomas depresivos. Por ello, se propone una clasificación en cuatro categorías, con las siguientes características principales:

- **Humor depresivo:** estado de ánimo marcado por tristeza, pesimismo y desesperanza, generando un profundo malestar ante la vida (Ramírez, 2009).
- **Anergia:** debilitación de los impulsos, que lleva a una extrema inmovilidad, falta de energía y cansancio existencial. Tiene tres niveles: el leve, caracterizado por la ausencia o disminución de motivaciones e intereses, el intermedio, donde hay poca respuesta a estímulos externos, es decir, insensibilidad, y el nivel severo, con una inhibición psíquica tan profunda que el paciente se siente paralizado o petrificado (Ramírez, 2009).
- **Discomunicación:** incapacidad para comunicarse, que lleva al aislamiento debido a un bloqueo en la emisión y recepción de la comunicación (Ramírez, 2009).
- **Ritmopatía:** desorganización de los ritmos biopsíquicos, como la actividad y descanso, alimentación y sueño (Ramírez, 2009).

1.7 Impacto de la depresión en estudiantes universitarios

La depresión en estudiantes universitarios, una problemática que ha ganado relevancia en las últimas décadas debido a factores como la presión académica, la incertidumbre laboral y la falta de apoyo emocional, pueden manifestarse de múltiples maneras, afectando no solo su rendimiento académico, sino también su bienestar general. Por lo tanto, es crucial considerar como estos efectos pueden influir en la vida diaria (Páez Cala & Peña Agudelo, 2018).

En el ámbito universitarios, las situaciones pueden ser muy complicadas, un estudiante que sufre de depresión experimenta un impacto significativo en varios aspectos de su vida, lo que interfiere de manera negativa en el avance de su proyecto personal. Las investigaciones realizadas sobre este tema buscan generar entendimientos que permitan crear nuevos enfoques sobre el trastorno y las maneras de abordarlo, tanto desde la psicología como desde los procesos de salud (Páez Cala & Peña Agudelo, 2018).

Hay que tomar en cuenta que el rendimiento académico, que se ve comprometido cuando los estudiantes enfrentan síntomas de depresión, como la falta de concentración, la disminución de la motivación y la dificultad para llevar a cabo tareas cotidianas, a menudo resulta un bajo rendimiento en los exámenes y tareas.

Además la salud física de los estudiantes que generalmente se considera un pilar fundamental para el éxito académico, se ve igualmente afectada, ya que muchas alteraciones experimentales en sus patrones de sueño y apetito, lo pueden conducir a problemas de salud a largo plazo, incluyendo condiciones como la obesidad o enfermedades cardiovasculares. En el entorno universitario, tanto los cambios favorables como los desfavorables pueden generar estrés y vulnerabilidad, tanto a nivel

físico como psicológico, lo que puede derivar en una respuesta emocional inadecuada o desadaptativa (Páez Cala & Peña Agudelo, 2018).

Por otro lado, las relaciones sociales, que suelen ser una fuente de apoyo en la vida de un estudiante, tienden a deteriorarse, ya que la depresión puede llevar a la evitación de actividades sociales y a la incapacidad de conectarse emocionalmente con amigos y familiares.

En lo que respecta al bienestar emocional, los estudiantes que sufren de depresión frecuentemente experimentan una disminución de autoestima y una sensación de desesperanza que puede resultar debilitante, impidiendo no solo la realización de actividades académicas, sino también el disfrute de experiencias que deben ser gratificantes (Páez Cala & Peña Agudelo, 2018).

Es importante la toma de decisiones, que es una habilidad crítica en el desarrollo personal y académico, se ve perjudicada, ya que los estudiantes deprimidos a menudo luchan por evaluar situaciones.

Es evidente que la depresión no es un fenómeno aislado, sino que afecta de manera integral a los estudiantes universitarios, lo que subraya la necesidad urgente de que las instituciones educativas implementen programas de apoyo emocional y académico que aborden estas problemáticas de manera holística, permitiendo así que los estudiantes puedan no solo sobrevivir, sino también prosperar durante su trayectoria y poder culminar su carrera exitosamente.

Este tema se centra en los estudiantes universitarios, ya que es crucial abordar esta población por el aumento de factores que generan estrés en su día a día. Entre estos se destacan las exigencias académicas, los constantes desplazamientos desde sus lugares de origen, el distanciamiento familiar, y en algunos casos, la necesidad de equilibrar responsabilidades laborales. Además, se observa una disminución en las redes de apoyo

disponibles y un aumento de niveles de ansiedad que deben gestionar (Páez Cala & Peña Agudelo, 2018).

Cuando una persona atraviesa un proceso de aprendizaje suele experimentar tensión, conocida como estrés académico. Este puede manifestarse tanto en el estudio individual como en el trabajo dentro del aula. La mayoría de los estudiantes universitarios se encuentran en la adolescencia tardía, una etapa del ciclo vital en la que se agravan ciertos problemas de salud mental, como los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, que no son tan comunes en etapas anteriores. Además las mayores exigencias académicas de la educación superior son identificadas por los estudiantes como uno de los principales factores que incrementan los niveles de estrés (Gutiérrez et al., 2010).

En diversas ocasiones la depresión y el estrés académico, los estudiantes han señalado que factores como la falta de tiempo para completar las actividades, la sobrecarga de trabajo, los exámenes, las presentaciones en clase y las tareas obligatorias son grandes generadores de estrés. Los estudiantes son quienes reportan los niveles más altos de estrés debido a la falta de tiempo y la carga académica excesiva. Aunque estos factores continúan siendo percibidos como estresantes en los niveles superiores, con el tiempo tienden a disminuir en intensidad (Gutiérrez et al., 2010).

V. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención.

La depresión en estudiantes universitarios es importante porque esta etapa de la vida conlleva múltiples desafíos y presiones académicas, sociales y personales que pueden desencadenar o agravar la depresión.

El estudio sobre la depresión en estudiantes universitarios es relevante ya que los estudiantes, hoy en día la depresión es vista como un problema de salud pública a nivel

global. Se reconoce que sus efectos y manifestaciones impactan no solo al individuo, sino también a su entorno familiar, social, pues incluyen alteraciones emocionales significativas y persistentes. Estas alteraciones se caracterizan por un estado de ánimo deprimido o irritable, la pérdida de interés en actividades cotidianas, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de inutilidad, entre otros (Hoyos et al., 2012).

La depresión no solo afecta el bienestar emocional de los estudiantes, sino que también puede influir en su rendimiento académico, su capacidad de concentración y su motivación, lo que puede llevar a ausencias, bajo rendimiento o incluso a la deserción.

El rendimiento académico se entiende como la capacidad del estudiante para responder a distintos estímulos educativos previamente definidos y, además, como un indicador que permite evaluar la calidad de la educación en sus diversos niveles. Un rendimiento académico bajo puede llevar al fracaso del estudiante, generando efectos que impactan a toda la comunidad educativa, incluidos alumnos, padres, profesores y, en consecuencia, a la sociedad en general (Franco et al., 2011).

La realización de prácticas fuera de la universidad en instituciones de salud puede considerarse un factor de estrés en la vida universitaria, ya que en muchas etapas deben asistir tanto a clases en la universidad como cumplir con su presencia en estas instituciones de salud. Llevar a cabo estos procedimientos clínicos de acuerdo con el turno asignado por el supervisor implica importantes variaciones en el ciclo de vida y en los patrones de sueño (Laurente, 2020).

Las investigaciones realizadas en varios países (Colombia, México, Puerto Rico, Perú y España) entre 2009 y 2018 sobre la depresión en estudiantes universitarios. Los estudios destacan que la depresión está relacionada con factores como el estrés, el rendimiento académico, la autoestima y el contexto socioeconómico. Además, se subraya la importancia de enfoques interdisciplinarios para abordar esta problemática de

manera integral. Algunos estudios destacan la importancia de abordar esta problemática de manera integral, considerando tanto los factores individuales como los sociales y familiares. También se subraya la necesidad de crear conciencia sobre la magnitud del problema, especialmente en el ámbito universitario. Estas investigaciones no solo reflejan la complejidad del fenómeno, sino también la necesidad de generar estrategias más amplias y efectivas para su manejo en contextos educativos y sociales. En conjunto, los estudios reafirman la relevancia de la salud mental como una prioridad en la población universitaria (Laurente, 2020).

La depresión en los estudiantes universitarios puede tener múltiples causas, entre ellas antecedentes familiares con trastorno depresivo, dificultades académicas, problemas financieros, enfermedades graves, separación de los padres y consumo de sustancias. También influyen factores sociodemográficos como la edad, el género, el nivel socioeconómico y el contexto en el que viven (Laurente, 2020).

Para esto la intervención y el apoyo en salud mental es fundamental, ya que permite a los estudiantes desarrollar habilidades para enfrentar los retos actuales y futuros, y reduce el riesgo de que problemas como la depresión se prolonguen o se agraven en etapas posteriores de la vida.

VI. Metodología

La investigación tiene un enfoque cuantitativo lo cual es el método experimental comúnmente utilizado en la mayoría de las disciplinas científicas. Su objetivo es obtener conocimientos esenciales, eligiendo el modelo más apropiado para comprender la realidad de forma objetiva, ya que se recopilan y analizan datos mediante conceptos y variables que se pueden medir (Neill et al., 2018).

El tipo de investigación que se llevó a cabo es de tipo transversal en la cual se recolectan datos en el momento exacto para lo cual se utilizara la escala de Hamilton

que es un instrumento de evaluación desarrollado por Max Hamilton y publicado en 1960, cuyo propósito es medir la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico previo de depresión, así como detectar posibles cambios en su estado a lo largo del tiempo (Castillero, 2024).

Esta investigación tiene un enfoque descriptivo que se centra en observar y detallar el comportamiento, las características o las condiciones de una población o fenómeno específico, sin intervenir ni alterar las variables. Su propósito principal es proporcionar una descripción clara y precisa del fenómeno, para esto se utilizara una población que sean estudiantes universitarios y que pertenezcan a la Universidad Politécnica Salesiana, se va a contar con una población de 40 estudiantes que servira para la investigación y se podrá obtener resultados de una mejor manera (Salomão, 2023).

Esto significa que la escala de depresión de Hamilton no fue creada para diagnosticar depresión, sino para evaluar el estado de pacientes ya diagnosticados con depresión mayor. Sin embargo, aunque este es su propósito principal, también se ha utilizado para medir síntomas depresivos en otros trastornos y condiciones (Castillero, 2024).

La escala de depresión de Hamilton también es útil para hacer seguimiento de la evolución de los síntomas depresivos con el tiempo y medir la efectividad del tratamiento. Una disminución en el puntaje total puede reflejar una mejoría en los síntomas, mientras que un incremento podría indicar una falta de respuesta al tratamiento o un agravamiento de la depresión (Castillero, 2024).

Este instrumento incluye 17 ítems organizados en seis factores principales. Cada ítem representa un aspecto que el sujeto debe calificar en una escala de cero a cuatro puntos. Estos ítems abordan principalmente distintos síntomas de la depresión, como

sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, agitación, síntomas genitales o hipocondría, que luego se evaluarán en los seis factores principales (Castillero, 2024).

Lo que se puede aplicar a partir de los 18 años de edad, las 3 primeras preguntas, son preguntas introductorias, las otras preguntas ya son para calificar y poder tener una evaluación por ejemplo sumando los resultados, si obtiene de 0 a 7 tiene ausencia de depresión, pero si se obtiene de 20 o más tiene depresión grave.

Tabla 1 Baremos de depresión de Hamilton

0-7	Ausencia de depresión
8-13	Depresión ligera
14-18	Depresión moderada
19-22	Depresión Severa
+23	Depresión muy Severa

En comparación con otras pruebas que evalúan los síntomas de la depresión, la escala de depresión de Hamilton tiene la ventaja de considerar elementos no cognitivos que suelen pasarse por alto en otras escalas, y además puede aplicarse a personas analfabetas o con otras dificultades (Castillero, 2024).

La escala de depresión de Hamilton es un instrumento diseñado para medir la severidad de la depresión en los pacientes. Por eso Max Hamilton en los años 60, ofrece una evaluación minuciosa de los síntomas depresivos y es útil para orientar tanto al tratamiento como el seguimiento de los pacientes (Castillero, 2024).

Para realizar la escala de Hamilton, previamente se presentara el consentimiento informado lo cual su propósito es garantizar que los participantes conozcan claramente los objetivos, procedimientos y derechos asociados con su participación en el estudio de intervención, esto claramente promoviendo una decisión libre y voluntaria.

- **Criterios de inclusión**

Son estudiantes universitarios con una población de 40 estudiantes, que firman el consentimiento informado para permitir realizar la Escala de Hamilton y obtener los resultados.

- **Criterios de exclusión**

Son factores que impiden que un participante sea excluido, por ejemplo, si no pertenece a la Universidad Politécnica Salesiana no podría ser un participante, también para asegurar de que los resultados sean confiables.

VII. Preguntas clave

- ¿Cuáles son los niveles de depresión que presentan los estudiantes universitarios?

VIII. Organización y procesamiento de la información

Para la investigación se indagó sobre la Escala de depresión de Hamilton, para poder realizar el test a los participantes que sean aptos y puedan ayudar en la investigación, para esto se necesitaba la colaboración de 40 personas que sean de género femenino y masculino, para lo cual, 22 mujeres y 18 hombres realizaron el test. Después de realizar el test a los participantes, en una hoja de excel se tabularon los datos, clasificando por género, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, también se hizo más detallado que porcentaje de depresión había en mujeres y en hombres y cual fue la totalidad en general de depresión en estudiantes.

a. Variables de estudio

Siguiendo el marco del estudio propuesto, las variables seleccionadas para la presente investigación son:

b. *Variables sociodemográficas*

1. Rango de edad

No había un rango específico de edad, pero participaron en las edades de 20 a 27 años.

2. Género

Delimitado entre masculino y femenino

3. Nivel de educación

Comprendido que tenían ser estudiantes universitarios de una universidad privada.

c. *Variables medidas por el instrumento aplicado*

Delimitados por el establecimiento de cinco grupos en función de la puntuación total:

- Puntuación de 0 a 7, ausencia de depresión
- Puntuación de 8 a 13, depresión ligera
- Puntuación de 14 a 18, depresión moderada
- Puntuación de 19 a 22, depresión severa
- Puntuación a más de 23, depresión muy severa

d. Instrumentos de recolección de datos

A partir de la recolección y validación de consentimientos informados, como punto de inicio los participantes respondieron el apartado de indicios sociodemográficos

correspondientes a la edad, género y nivel de educación, recalcando que la información proporcionada se utilizara con fines únicamente académicos y asegurando la confidencialidad de datos de los participantes.

IX. Análisis de la información

La información recolectada se analiza y se organiza, asegurando la validez y confiabilidad de los resultados. Inicialmente los datos obtenidos a través del test de depresión de hamilton, se revisan y clasifican, asegurandose que cada cuestionario este correctamente evaluado y calificado correctamente. Para esto se utilizo una hoja de cálculo de Excel, lo que facilita una gestión eficiente de los datos.

Para resumir la información y calcular porcentajes que muestran la prevalencia de los diferentes niveles de depresión. Además, se llevan a cabo análisis comparativos entre grupos, como edad, sexo, nivel socioeconómico, para detectar diferencias significativas en los niveles de depresión.

X. Justificación

La depresión es un problema de salud mental que afecta a millones de personas en todo el mundo, y los estudiantes universitarios constituyen un grupo particularmente vulnerable. Esta etapa de la vida está marcada por importantes transiciones, desafíos académicos y cambios sociales que pueden generar altos niveles de estrés y afectar significativamente el bienestar emocional. Por ello es fundamental realizar investigaciones sobre la depresión en este grupo de estudiantes universitarios, no solo para comprender mejor las causas y consecuencias del problema. Uno de los motivos principales para investigar la depresión en estudiantes universitarios es la alta prevalencia de este trastorno ya que los estudiantes experimentan síntomas de

depresión en algún momento de su vida universitaria ya que existen factores como la presión académica, la falta de tiempo para actividades recreativas, el aislamiento social y la incertidumbre sobre el futuro, por lo que la transición hacia la vida adulta implica asumir responsabilidades económicas, laborales y personales lo que puede agravar el estrés emocional.

La depresión no solo afecta el bienestar personal de los estudiantes, sino que también tiene un impacto significativo en su rendimiento académico. Los síntomas depresivos, como la falta de concentración, el desinterés y la fatiga pueden dificultar el aprendizaje y reducir el desempeño en actividades académicas. Esto a su vez, puede conducir a una disminución en las calificaciones, la pérdida de oportunidades académicas y en casos graves el abandono de los estudios. El hecho de que como estudiante puedas identificar los síntomas de depresión puede ayudar a los estudiantes a mantenerse enfocados en sus metas académicas y a mejorar su desempeño.

La depresión que no se detecta ni se trata durante la universidad puede persistir en la vida adulta, generando consecuencias duraderas en el ámbito personal y profesional. Además, la universidad es una etapa clave en la formación de la identidad y el desarrollo de habilidades sociales y emocionales. Si los estudiantes reciben apoyo durante este periodo, tienen más probabilidades de desarrollar estrategias de afrontamiento saludables que les serán útiles en el futuro.

Investigar la depresión en estudiantes universitarios permite identificar factores de riesgo y grupos vulnerables. Esto incluye diferencias por género, edad, antecedentes familiares y contexto sociocultural. Comprender estas variables es esencial para diseñar programas de prevención personalizados y efectivos.

Para finalizar, abordar la depresión en estudiantes universitarios contribuye al bienestar integral de la comunidad académica, para crear entornos más inclusivos y

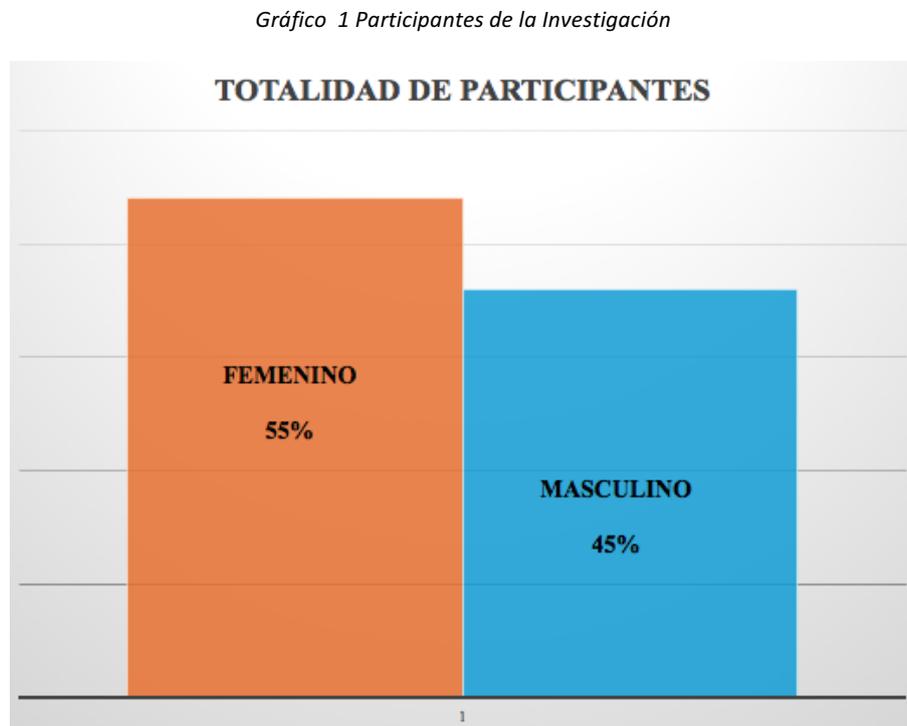
productivos, fomentando relaciones saludables y promoviendo el éxito académico y personal.

XI. Caracterización de los beneficiarios

Para la investigación se necesito la colaboración de 40 participantes que sean de tercer nivel de educación por lo que si hablamos de los beneficiarios directos son los mismos estudiantes ya que es información que les puede ayudar, para buscar la ayuda necesaria o encontrar formas para que puedan reducir sus síntomas de depresión. Pero como beneficiarios indirectos es la misma universidad y yo como estudiante ya que me ayuda a mi proceso de titulación.

XII. Interpretación

Grafico 1: Totalidad de Participantes

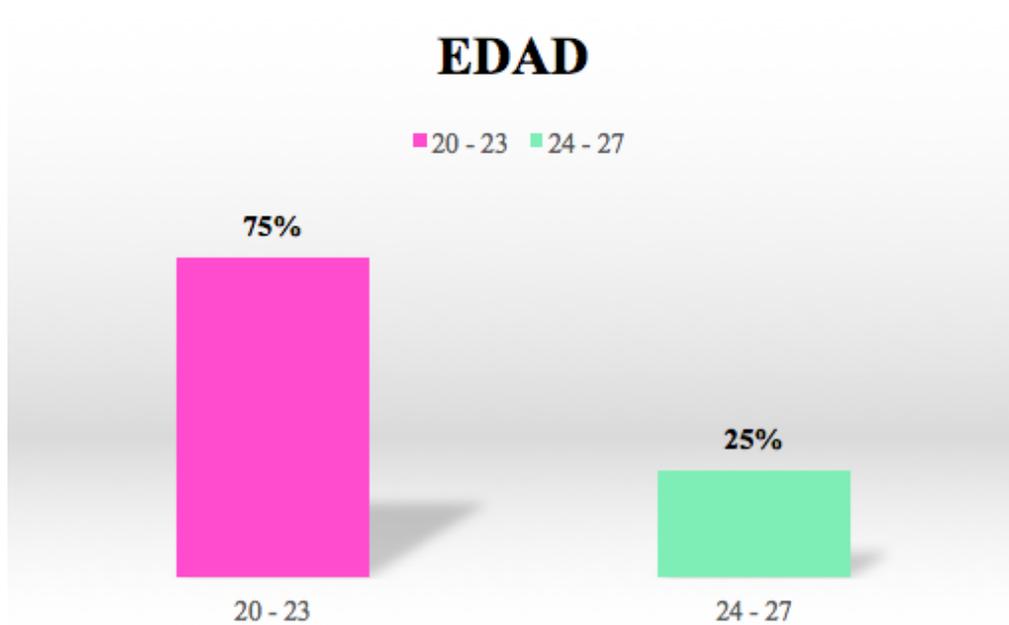


Elaborado por: (Salazar, 2024)

Dentro de la investigación se pudo observar que el 55% de los participantes son de género femenino que equivale a 22 participantes, lo que indica un predominio de mujeres en la muestra, por el contrario el 45% restante son de género masculino que dan a 18 participantes, aunque es menor los hombre también forman una proporción importante de la población estudiada.

Grafico 2: Edad de los participantes

Gráfico 2 Edad de los Participantes

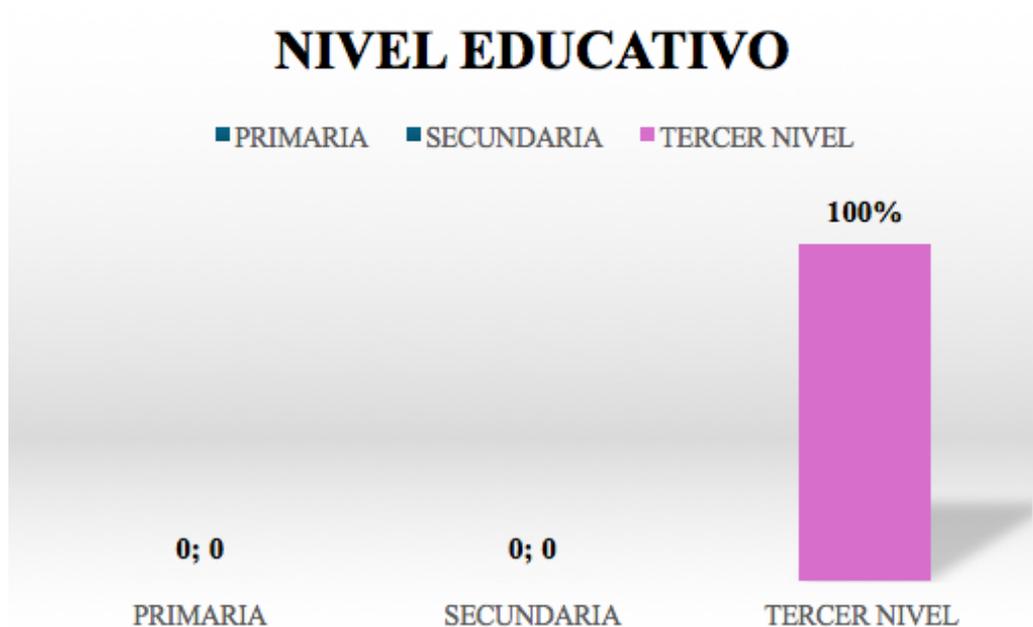


Elaborado por: (Salazar, 2024)

Dentro de la investigación se pudo observar que hubo participantes en edades de 20, 21, 22 y 23 años que es el 75% equivale a 30 participantes, en este grupo se concentra la mayoría de casos, indicando que los jóvenes en esta etapa son los más afectados por la depresión, esto podría estar relacionado con transiciones importantes en sus vidas, como iniciar sus estudios universitarios o afrontar presiones sociales, también hay otros motivos ya que son más vulnerables a factores como la inestabilidad emocional y laboral, expectativas sociales o dificultades propias de la juventud, por otro lado hubieron edades de 24, 25, 26 y 27 años que es el 25% y equivale a 10 participantes, pero este grupo representa una proporción significativa, posiblemente reflejando desafíos continuos relacionados con responsabilidades laborales y personales.

Grafico 3: Nivel educativo

Gráfico 3 Nivel Educativo

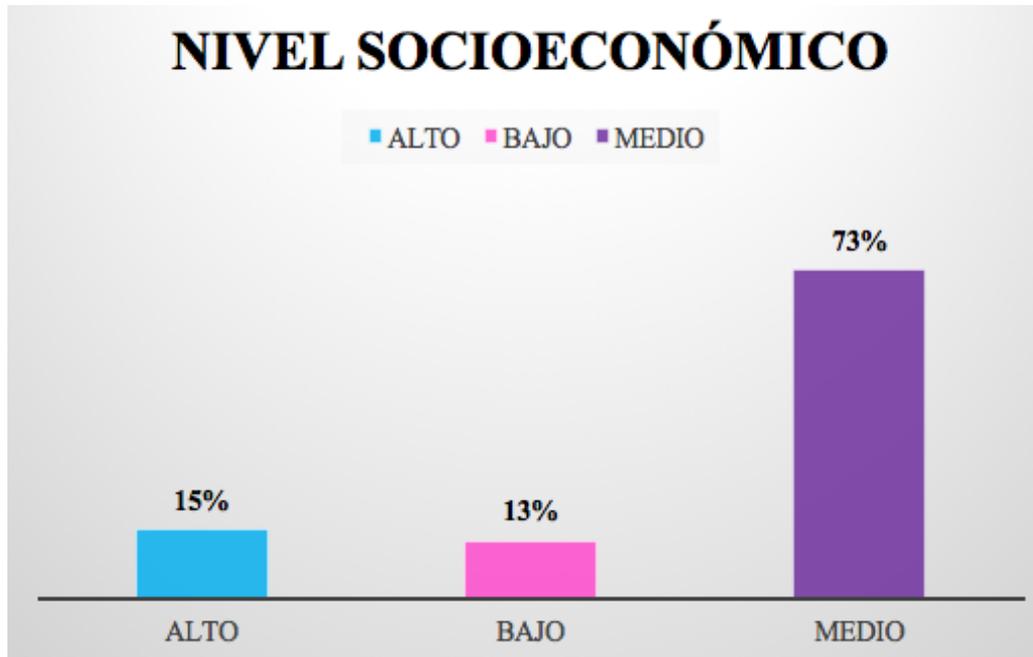


Elaborado por: (Salazar, 2024)

Dentro de la investigación se requería que los participantes fueran solo de la universidad privada para poder realizar la Escala de Hamilton, lo cual el 100% fueron estudiantes universitarios lo que corresponde a la totalidad de 40 participantes. Esto podría indicar que las personas con mayor nivel educativo están más predispuestas a identificar y reportar síntomas de depresión, posiblemente debido a mayor conciencia, también podrían enfrentarse a mayores exigencias en su vida personal o laboral, contribuyendo al estrés y la depresión.

Grafico 4: Nivel socioeconómico

Gráfico 4 Nivel Socioeconómico

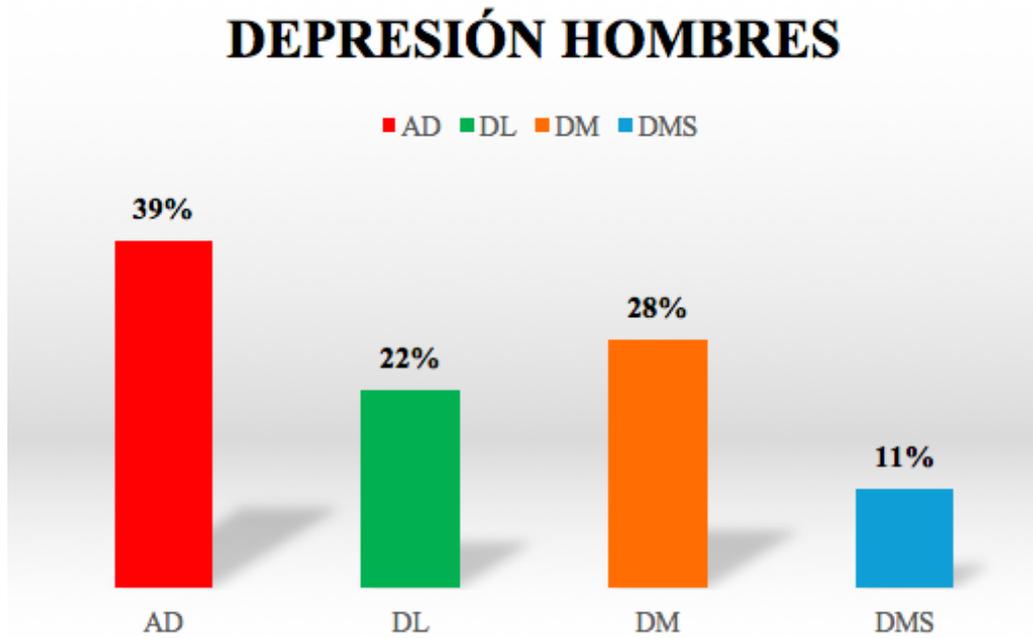


Elaborado por: (Salazar, 2024)

Dentro de la investigación se pudo observar que un 13% son de nivel bajo economicamente lo que equivale a 5 participantes, es la categoría con menor porcentaje pero sigue siendo un grupo importante posiblemente vinculado a condiciones de vulnerabilidad, el 15% son nivel alto economicamente lo que equivale a 6 participantes, las personas en este nivel tienen una incidencia menor, probablemente debido a mayores recursos o mejor acceso de apoyo psicológico, mientras que el 73% es de nivel medio economicamente lo que corresponde a 29 participantes, este nivel socioeconómico medio está particularmente afectado, lo que podría reflejar las presiones características de este grupo, como mantener la estabilidad económica o enfrentar limitaciones de tiempo y recursos para el cuidado de la salud mental.

Grafico 5: Nivel de depresión en Hombres

Gráfico 5 Nivel de depresión en hombres



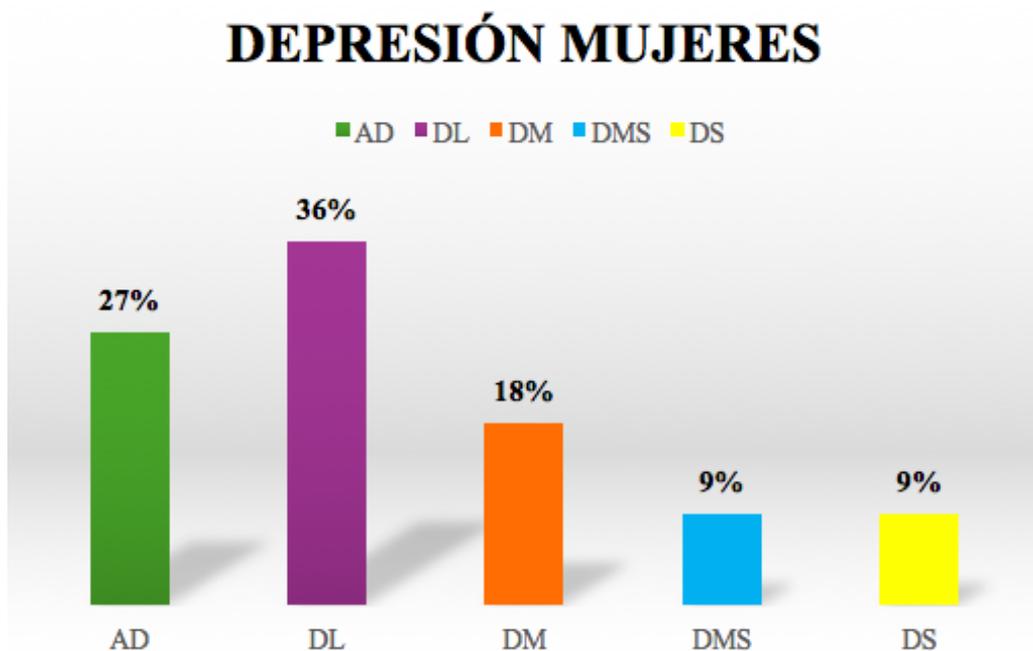
Elaborado por: (Salazar, 2024)

Dentro de la investigación existieron 18 participantes de sexo masculino lo cual el 11% refleja que tiene Depresión muy severa (DMS) que equivale a 2 participantes, tiene menor prevalencia, pero sigue siendo significativa, mientras que el 22% se caracteriza que tiene Depresión ligera (DL) que equivale a 4 participantes, con una incidencia significativa pero es menor, mientras que el 28% se observa que tiene Depresión Moderada (DM) que equivale a 5 participantes, ocupa el segundo lugar en prevalencia, indicando un nivel intermedio de impacto, y por último el restante que es el 39% y es Ausencia de depresión (AD) que son 7 participantes, es la forma más común de manifestación ya que según (Páez Cala & Peña Agudelo, 2018) la depresión se da por varios factores como la presión académica, la falta de apoyo emocional entre otros. También como dice (Estrada et al., 2023) el hecho de que se enfrenten a nuevos cambios a una nueva adaptación académica a experimentar y a nuevos desafíos. La vida universitaria puede tomarse de forma

negativa o positiva ya que con asumir responsabilidades, a enfrentar evaluaciones, tener presiones familiares, económicas y sociales, depende del estudiante para ver la mejor forma y adaptarse de mejor manera.

Grafico 6: Nivel de depresión en Mujeres

Gráfico 6 Nivel de depresión en mujeres



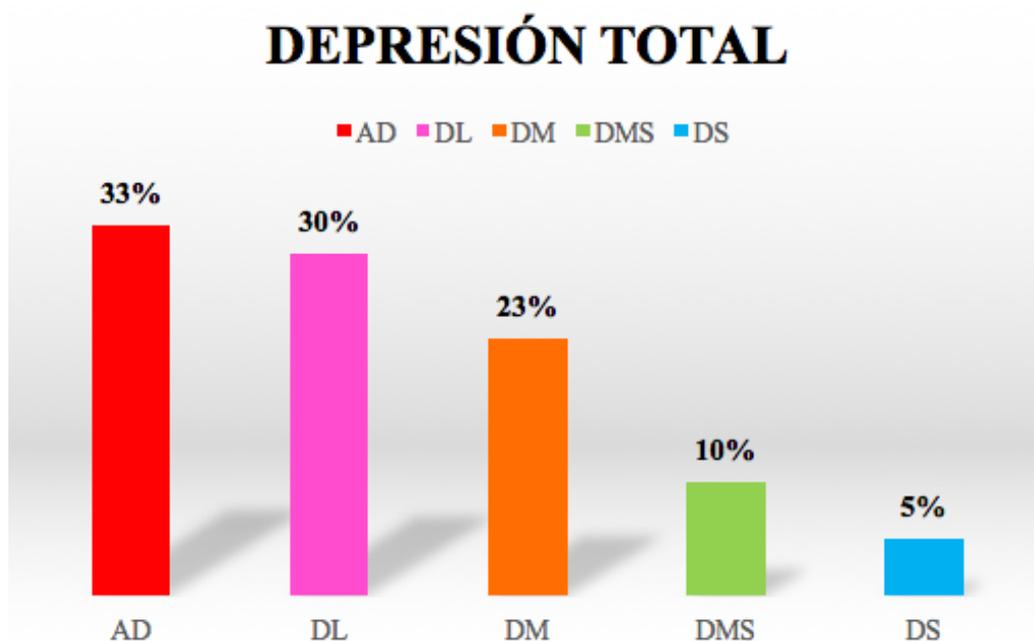
Elaborado por: (Salazar, 2024)

En la investigación existieron un total de 40 participantes pero 22 participantes fueron de género femenino lo cual el 27 % que se caracteriza con Ausencia de depresión (AD) que son 6 participantes, estos resultados significa que el porcentaje es un poco elevado y hay que tomar en cuenta las consecuencias en el futuro, mientras tanto que el 36% equivale a Depresión ligera (DL) que son 8 participantes, se nota que esta población podría experimentar mayores síntomas leves de depresión, por otro lado con el 18% es de Depresión Moderada (DM) que equivale a 4 participantes, es menos común y los porcentajes son mas bajos que ausencia de depresión y depresión ligera, aunque el 9%

representa a Depresión muy Severa (DMS) equivale a 2 participantes, por ultimo el 9% representa a Depresión Severa (DS) que equivale a 2 participantes estos dos últimos tienen la misma prevalencia, pero no son insignificantes, según (World Health Organization, 2023) la depresión se caracteriza por muchos síntomas y como estudiante afecta significativamente ya que pueden experimentar miedo, preocupaciones excesivas y van acompañados con tensión física, también existen otros motivos para que los estudiantes tengan las tareas, el sobrecargo de trabajos, las tareas exigentes y lidiar con los exámenes, ya que en la universidad también exigen estar en actividades extracurriculares como casas abiertas que ayudan a la universidad, pero que afecta a los estudiantes con presión académica, lo cual pueda que tengan síntomas de depresión.

Grafico 7: Nivel de depresión global

Gráfico 7 Nivel de depresión global



Elaborado por: (Salazar, 2024)

En el marco de la investigación, se incluyó a personas de ambos sexos, femenino y masculino, con edades comprendidas entre los 20 y los 27 años, y un nivel educativo de tercer nivel, ya que se requería que los participantes fueran estudiantes de una universidad privada para poder realizar la escala de Hamilton, pero si hablamos del nivel socioeconómico el porcentaje que mas prevalece es el nivel socioeconómico medio con un 73% y se obtuvo los siguientes resultados a nivel total con un 33% con ausencia de depresión (AD) con la participación de 13 personas, en depresión ligera (DL) con un 30% con 12 participantes, en depresión moderada (DM) con un 23% con la participación de 9 personas, en el caso de depresión muy severa (DMS) con un 10% con la participación de 4 personas, y por último el 5% (DS) depresión severa con el total de 2 participantes.

Según (Estrada et al., 2023) para los estudiantes universitarios pueden tener problemas familiares, perdidas familiares, divorcio, consumo de alcohol y muchas cosas más que pueden perjudicar la salud mental de los estudiantes, por lo que en otros casos hay estudiantes que están en un etapa de adolescencia tardía, por lo que se enfrenta a cambios físicos, psicológicos esto hace que pierdan su identidad y su autonomía, por lo que los estudiantes enfrentan a un nuevo proceso de adaptación académica, ya que por la varias dificultades de la universidad muchos optan por abandonar los estudio, se desmotivan, pierden el interés experimentando frustraciones con un estado de ánimo bajo y pierden el interés de estudiar y eso genera estrés.

XIII. Conclusiones y recomendaciones

a. Conclusiones

La depresión en los estudiantes universitarios afecta significativamente su rendimiento académico y su bienestar emocional. Este trastorno no solo compromete la capacidad de concentración y la motivación necesaria para cumplir con las demandas académicas, sino que también fomenta sentimientos de inutilidad y desesperanza.

Factores como la presión por cumplir con exámenes y proyectos aumentan los niveles de estrés y pueden derivar en depresión. Además los estudiantes que experimentan depresión son más propensos a abandonar sus estudios debido a la desmotivación, frustración y la percepción de fracaso. Desde el punto de vista emocional, la depresión puede generar aislamiento social, conflictos familiares y la pérdida de interés en actividades previamente placenteras. Estos efectos, además de dificultar su desarrollo académico, tienen un impacto duradero de salud mental, incluso más allá de la etapa universitaria.

La depresión en estudiantes universitarios es el resultado de una combinación compleja de factores emocionales, académicos, sociales y económicos. Durante la transición de la adolescencia a la adultez, los estudiantes enfrentan una serie de cambios que los hacen particularmente vulnerables. La presión por adaptarse a nuevas responsabilidades, como la gestión del tiempo, las exigencias académicas y la independencia financiera, son detonantes comunes de estrés. Además la falta de apoyo emocional, ya sea de familiares o amigos, intensifica estos efectos negativos, dejando a los estudiantes con una sensación de soledad y desamparo. Asimismo, las dificultades económicas, como pagar matrículas o equilibrar estudios con trabajo, aumentan el riesgo de depresión.

El análisis de la depresión en estudiantes universitarios revela diferencias significativas según el género y el nivel socioeconómico, destacando patrones que exigen una atención específica. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de depresión ligera y moderada, lo que podría estar relacionado con factores culturales y sociales que las hacen más propensas a reconocer y expresar sus emociones. Por otro

lado los hombres suelen mostrar síntomas de depresión más severos, posiblemente debido a la menor tendencia a buscar ayuda temprana, lo que agrava su estado emocional.

b. Recomendaciones

Es crucial que las instituciones educativas implementen estrategias preventivas y de intervención para identificar y apoyar a estudiantes en riesgo. Estas medidas deben incluir servicios de orientación psicológica accesibles, campañas de concienciación y programas que fomenten el bienestar emocional. Solo a través de un enfoque integral es posible reducir los efectos de la depresión en los estudiantes y mejorar tanto su rendimiento como su calidad de vida.

También es vital fomentar una cultura de cuidado colectivo, donde los estudiantes se sientan apoyados por sus compañeros y se reduzca el estigma hacia los trastornos de salud mental. Por lo que las universidades deben promover políticas que prioricen la salud mental como un componente esencial del éxito académico, asegurando que los estudiantes puedan superar los desafíos emocionales y completar su educación con bienestar y resiliencia.

Es fundamental que las universidades reconozcan estos factores y desarrollen estrategias para abordarlos de manera preventiva. Esto incluye crear un entorno de aprendizaje más inclusivo y accesible, brindar talleres sobre gestión emocional y establecer programas que reduzcan el estrés financiero mediante becas y apoyos económicos.

XIV. Referencias bibliográficas:

- Organización Mundial de la Salud . (2020). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- MINSALUD. (Marzo de 2017). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- World Health Organization. (27 de septiembre de 2023). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Rosario, A. N. (2023). Obtenido de <file:///Users/darwinandressalazarcalderon/Downloads/Dialnet-DepresionYSufrimientoHumano-9480218.pdf>
- Coryell, W. (Noviembre de 2023). Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>
- Sabater, V. (s.f.). Obtenido de <https://mejorconsalud.as.com/depresion-estudiantes-universitarios-debes-saber/>
- Sabater, V. (27 de julio de 2023). Obtenido de <https://mejorconsalud.as.com/depresion-estudiantes-universitarios-debes-saber/>
- Mora, A. E. (5 de octubre de 2015). Obtenido de <https://altamira.cut.edu.mx/assets/archivos/articulos/58e307e464ad7-4.DEPRESIO%CC%81N%20EN%20ESTUDIANTES%20UNIVERSITARIOS%20Y%20SU%20CORRELACIO%CC%81N%20CON%20RENDIMIENTO%20ACADE%CC%81MICO.pdf>
- Estrada et al., 2. (21 de julio de 2023). Obtenido de Revista Latinoamericana de ciencias sociales y humanidades:

<https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/download/859/1142/1512>

Ariza et al., 2. (2020). Obtenido de

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/34561/1/2020_depresion_e_estudiante_universitarios.pdf

Lara et al., 2. (octubre de 2021). Obtenido de

<file:///Users/darwinandressalazarcalderon/Downloads/Dialnet-DepresionEnLosEstudiantesUniversitarios-9043056.pdf>

Páez Cala, M. L., & Peña Agudelo, F. J. (06 de noviembre de 2018). Obtenido de

Redalyc:

<https://www.redalyc.org/journal/2738/273857650007/273857650007.pdf>

Gutiérrez et al., 2. (junio de 2010). Obtenido de Scielo:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000100002

Agudelo et al., 2. (10 de junio de 2007). Obtenido de

[file:///Users/darwinandressalazarcalderon/Downloads/Dialnet-CaracteristicasDeAnsiedadYDepresionEnEstudiantesUn-2875674%20\(1\).pdf](file:///Users/darwinandressalazarcalderon/Downloads/Dialnet-CaracteristicasDeAnsiedadYDepresionEnEstudiantesUn-2875674%20(1).pdf)

Retamal, P. (agosto de 1999). Obtenido de

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1kwVmA7st_cC&oi=fnd&pg=PA3&dq=causas+de+la+depresion+&ots=7RSjVwrR30&sig=wJ3E9sJzyTKQFRP8yuaxNejJ3cg#v=onepage&q=causas%20de%20la%20depresion&f=false

Martí, L. S. (2010). Obtenido de

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yC_1xY4jzNUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=causas+de+la+depresion+&ots=nLgNMcOJFW&sig=rozilnQZROQFB8k6nZZvpTZpsyI#v=onepage&q=causas%20de%20la%20depresion&f=false

Ramírez, E. C. (9 de octubre de 2009). Obtenido de

- <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745517008.pdf>
- Arrivillaga et al., 2. (4 de agosto de 2003). Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/647/64730103.pdf>
- Álvaro, J. e. (2010). Obtenido de
<https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328/334>
- Sanz et al., 2. (2017). Obtenido de
<https://www.redalyc.org/journal/778/77853188010/77853188010.pdf>
- Morris, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. (G. E. Cotera, Trad.)
México D.F: Editorial El Manual Moderno.
- Hoyos et al., 2. (21 de mayo de 2012). Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539013.pdf>
- Franco et al., 2. (21 de mayo de 2011). Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552358007.pdf>
- Laurente, M. A. (2020). *Universidad Continental*. Obtenido de
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11231/5/IV_FHU_501_TI_Aguilar_Laurente_2020.pdf
- Neill et al., 2. (2018). Obtenido de
<https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14232/1/Cap.4-Investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20y%20cualitativa.pdf>
- Castillero, O. (14 de julio de 2024). Obtenido de
<https://psicologiaymente.com/clinica/escala-depresion-de-hamilton>
- Salomão, A. (15 de septiembre de 2023). Obtenido de
<https://mindthegraph.com/blog/es/que-es-un-estudio-descriptivo/>

XV. Anexos

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8- INHIBICIÓN _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACIÓN _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos

2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...

3 *Intensa*: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.

3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES _____ []

0 *Ausentes*:

1 *Ligeros*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2 *Intensos*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES _____ []

0 *Ausentes*:

1 *Ligeros*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 *Intensos*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) _____ []

0 *Ausentes*: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 *Ligeros*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 *Intensos*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA _____ []

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 *Moderada*: preocupado por su salud.

3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ []

0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ []

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ []