Artículo **Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud**
Septiembre 2017 Vol.1 No.1 30-40

Trastorno Depresivo en Estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana

MARÍN-LAREDO, Ma. Martha†*, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, JIMÉNEZ-IZQUIERDO, Vanessa y MORA-TÉLLEZ, Juan Cristóbal

Recibido 30 de Junio, 2017; Aceptado 1 de Septiembre, 2017

Resumen

La depresión es un desorden afectivo multifactorial que se puede manifestar como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos. Objetivo. Analizar la prevalencia de trastorno depresivo en estudiantes de las Facultades de Enfermería, Químicofarmacobiología y la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Material y métodos. Estudio no experimental, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra se conformó por 291 estudiantes. Muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento fue elaborado por los investigadores con una confiablidad de .885 con alfa de Cronbach, consta de 23 ítems con una escala tipo Likert. Resultados. El 66.3% (193) corresponden al género femenino. El 50.9% (148) viven en el interior del estado de Michoacán. EL 9.6% (28) de los estudiantes de la Facultad de Quimicofarmacobiología refiere que siempre, casi siempre y a veces presentan depresión; el 8.9% (26) estudiantes de Enfermería manifestaron lo mismo y el 5.5% (16) de Salud Pública refieren las mismas opciones de respuesta. Al correlacionar el sentimiento de tristeza según Facultad se precisa que 6.9% (20) son de Químicofarmacobiología; el 6.8% (20) corresponde a Enfermería y el 4.8% (14) a Salud Pública. P=. 000.

Ansiedad, tristeza, culpabilidad, concentración escolar

Abstract

Depression is a multifactorial affective disorder that can manifest itself as a series of both physical and psychological symptoms. Objective. To analyze the prevalence of depressive disorder in students of the Faculties of Nursing, Chemistry, Pharmacybiology and the School of Nursing and Public Health of the Michoacan University of San Nicolás de Hidalgo. Material and methods. Non-experimental, descriptive, correlational and cross-sectional study. The sample consisted of 291 students. Non-probabilistic sampling for convenience. The instrument was developed by the researchers with a confidence of .885 with Cronbach's alpha, consists of 23 items with a Likert scale. Results. The 66.3% (193) correspond to the feminine gender. 50.9% (148) live in the interior of the state of Michoacán. The 9.6% (28) of the students of the Faculty of Quimicofarmacobiologia refers that always, almost always and sometimes they present depression; 8.9% (26) Nursing students reported the same and Public Health 5.5% (16) reported the same response options. When correlating the feeling of sadness according to Faculty, it is stated that 6.9% (20) are from Chemotherapy Pharmacobiology; 6.8% (20) corresponds to Nursing and 4.8% (14) to Public Health. P =. 000.

Anxiety, sadness, guilt, school concentration

Citación: MARÍN-LAREDO, Ma. Martha, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, JIMÉNEZ-IZQUIERDO, Vanessa y MORA-TÉLLEZ, Juan Cristóbal. Trastorno Depresivo en Estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana. Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud. 2017. 1-1:30-40

† Investigador contribuyendo como primer autor.
*Correspondencia al Autor Correo Electrónico: marthita_marin@yahoo.com.mx

© ECORFAN-Perú

Introducción

Este estudio surge a través de la experiencia y observación de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, así como de las diferentes carreras de las Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), ya que se identifica una sobrecarga de estrés debido a que los estudiantes realizan prácticas clínicas, tienen que acudir a clase, hacer tareas, investigaciones así mismo los estudiantes tienen un tiempo reducido para abarcar todo el contenido semestral de cada unidad de aprendizaje, lo que en muchas ocasiones hace que los estudiantes padezcan alguna sintomatología de trastorno depresivo.
Otro factor observado que influye en los estudiantes para la aparición de la depresión es el económico, debido a que la mayoría de los casos los estudiantes no cuentan con el suficiente recurso económico, ya sea por falta de apoyo de sus padres o dificultad para conseguir una beca o un apoyo de tipo monetario, para poder solventar sus gastos académicos y personales, orillando al estudiante a conseguir trabajos de extensas horas laborales: como cuidar pacientes en su domicilio, en hospitales, en centros comerciales, entre otros, que realiza en horas en que no se encuentra presente en la Facultad reduciendo así su tiempo para realizar sus actividades académicas, con la consecuencia de sufrir un trastorno depresivo.

También las condiciones de salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la Universidad Michoacana pueden verse afectadas por las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo de aprendizaje, la adquisición de destrezas que plantean situaciones de fracaso o éxito, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, así como los cambios en el horario de su alimentación, debido a sus horarios mixtos o que no se tiene el tiempo a veces de consumir los alimentos.

Los cambios en el ciclo sueño-vigilia, pueden propiciar diversas enfermedades entre ellas, la depresión.

En diferentes artículos se ha observado que la prevalencia de trastorno depresivo se presenta más en las mujeres que en los hombres, así como también se ha identificado en la carrera de la Licenciatura en Enfermería ya que en ésta, predomina el sexo femenino.

Estudiar una carrera de Ciencias de la Salud ya sea Enfermería, Quimicofarmacobiología o Salud Pública implica más exigencia académica, debido a que tienen que atender las necesidades de salud de la población sana o enferma, enfrentándose a situaciones muchas veces dolorosas como pacientes en fase terminal niños o adultos o la muerte de éstos, creando estrés y depresión, aunado a esto, a los problemas personales, laborales y sociales.

Este trabajo está estructurado en tres apartado. En el primero se aborda la situación que guardan los estudiantes de las diferentes carreras objeto de estudio de Ciencias de la Salud de la UMSNH acerca de la depresión, se efectúa un acercamiento a la problemática de la depresión a nivel internacional, se hacen cuestionamientos acerca de la prevalencia de la depresión en las Facultades y Escuela objeto de estudio y se plantean los objetivos de la investigación. En un segundo apartado se precisa las generalidades del trastorno depresivo, epidemiología, panorama nacional, clasificación, cuadro clínico y complicaciones de la depresión. En el tercer apartado se menciona la metodología, resultados, conclusiones y bibliografía en la cual se sustenta este estudio.

ISSN 2523-0352
ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Acercamiento a problemática de la depresión

Según la OMS, en la actualidad, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. En Europa, representa más del 7.0% de la mortalidad prematura. En Esp aña, el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%), mientras que el porcentaje de personas que padece anualmente la enfermedad es del 4.0 %.La "depresión es un desorden afectivo multifactorial que se puede manifestar como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece". (Pereyra & Ocampo, J, 2010, p. 521). La depresión constituye un reto para la Salud Pública, ya que su prevalencia es alta: el número de personas que la sufren a lo largo de su vida se sitúa entre el 8.0% y el 15.0%. 350 millones de personas sufren depresión en el mundo. Según la OMS, en la actualidad, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. En Europa, representa más del 7.0% de la mortalidad prematura. (EFE:SALUD, 2015). El trastorno depresivo es una las entidades clínicas más investigadas en la población médica; también se han estudiado los síntomas depresivos en el ámbito universitario. Los niveles inusualmente altos de estrés y depresión en los estudiantes de medicina tienen implicaciones importantes que se extienden más allá de la educación médica (Guavita, 2006, p. 76). En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50.0% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado, es decir, de por lo menos cuatro sesiones de psicoterapia y, en el caso de prescripción de psicotrópicos, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo (Berenzon S, 2016, p. s/p).

Ante lo expuesto se hacen los siguientes planteamientos:

Preguntas de investigación

Central

¿Cuál es la prevalencia de trastorno depresivo en estudiantes de las carreras de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo?

Secundarias

¿Cuáles son los principales síntomas del trastorno depresivo que se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes de las Ciencias de la Salud?

¿En qué sexo se presenta con mayor frecuencia el trastorno depresivo?

¿Cuál carrera de Ciencias de la Salud presentan mayor prevalencia de trastorno depresivo?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos (edad, lugar de procedencia, sexo, ingresos económicos y estado civil) y académicos (horas de estudio, semestre, tiempo de prácticas, turno.) que influyen en la presencia del trastorno depresivo?

Objetivos

General

Analizar la prevalencia de trastorno depresivo en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Específicos

Identificar los principales síntomas del trastorno depresivo que se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes de las Ciencias de la Salud.

Detectar en qué sexo se presenta con mayor frecuencia el trastorno depresivo.

Determinar qué carrera de Ciencias de la Salud presenta mayor prevalencia del trastorno depresivo.

Asociar los factores sociodemográficos (edad, lugar de procedencia, género, nivel socioéconomico y estado civil) y académicos (horas de estudio, semestre, tiempo de prácticas, turno) que influyen en la presencia del trastorno depresivo en los estudiantes.

Generalidades del trastorno depresivo

La higiene mental se mantiene cuando los individuos pueden desempeñar de manera idónea sus capacidades personales y profesionales en condiciones adecuadas de bienestar psíquico y social (Guavita, 2006).

El trastorno depresivo es un "desorden afectivo multifactorial que se puede manifestar como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece" (Pereyra & Ocampo, J, 2010, p. 2).

En la lengua inglesa el concepto de depresión aparece durante el siglo XVII (Jackson, 1986). En la actualidad, este término ha sustituido al de melancolía en el lenguaje biomédico. Uno de los problemas en la historia de la depresión y la melancolía es que han sido utilizados para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario.

Un padecimiento crónico, entre otros. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo. (Psicológicos & Diagnósticos, 2015)

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra, esencial para explicar su patogénesis (Conti, 2007). A lo largo de la Edad Media, San Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra "depression" en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de "estar deprimido en profunda tristeza y melancolía". Robert Whytt, en 1764, relaciona "depresión mental" con "espíritu bajo", hipocondría y melancolía (Jackson, 1986). Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utiliza el término "locura depresiva" en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra "depresión" para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le pertenece (Conti, 2007). Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Se llegó a la redundancia de nominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para nominarlos simplemente como depresión. (Korman & Sarudiansky, 2011, p. 2).

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

ISSN 2523-0352
ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves (OMS, 2016). Los síntomas principales que definen la depresión son: tristeza patológica, desgano y anhedonia, ansiedad, insomnio, alteraciones del pensamiento, alteraciones somáticas, alteraciones del comportamiento, modificaciones del apetito y del peso, perdida del placer, culpa excesiva, pensamiento suicida y disminución de la energía así como la cefalea. (Rozados, 2016, p. s/p).

Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, en una proporción de 2 a 1; en las personas de mayor edad; en sujetos con bajos recursos económicos; en individuos con pobre apoyo familiar, carentes de un confidente o de una relación afectiva estable. (Campo-Cabal G, 2001).

Epidemiología

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800, 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnósticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnósticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS) adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales (OMS, 2016, p. s/p).

Se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. La OMS prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres.

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50.0% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración. Estudios con población adolescente muestran que, entre los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida, se encuentran los depresivos; 7.8% de los jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% con aquéllos de distimia. Estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes debido a que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida. Es probable que la presencia de síntomas depresivos se relacione con el maltrato, la falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros factores (Rosado, s.f.)

Panorama Nacional

Los análisis realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardiacas o la artritis. Menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado.

ISSN 2523-0352
ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Diversos factores se asocian con la reducida solicitud de ayuda, tales como el estigma, los horarios de atención poco convenientes, las largas listas de espera para obtener una cita, el diferimiento de las consultas, el hecho de no contar con alguien que cuide a los hijos mientras se asiste a consulta, el desconocimiento del tratamiento o las dificultades para trasladarse al servicio, entre otros. Un factor más tiene que ver con la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas de la población y el tipo de asistencia que se ofrece; es decir, mientras la población suele definir y expresar las necesidades en términos de problemas cotidianos que tienen como consecuencia la presencia de estrés o tristeza (laborales, económicos, con la pareja, la familia), lo que ameritaría consejo, entendimiento o empatía, la atención de los servicios está basada en realizar diagnósticos psiquiátricos y dirige el tratamiento hacia los trastornos detectados. Esta falta de coincidencia en la manera de vivir y entender la enfermedad también dificulta que la población acuda y permanezca en los servicios (Berenzon S, 2016, p. s/p).

Clasificación de los trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor

Es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores que es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, el sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas, que incluyen cambios de apetito o peso, sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación.

Planes o intentos suicidas, los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto con que aparecen los síntomas, la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable perdida de interés o del placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Los síntomas pueden provocar, malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno distímico

Se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años, solo se establece el diagnóstico de trastorno distímico, con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del trastorno depresivo mayor o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor antes del inicio del trastorno distímico

Trastorno esquizoafectivo

Difiere del trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos por la exigencia de que en el trastorno esquizoafectivo tiene que haber al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados. (Pichot, López, & Valdés, 1995, pp. 345-350)

ISSN 2523-0352
ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Cuadro clínico

1. Tristeza patológica: un estado de ánimo que alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda. Tanto, que la persona con depresión se siente "en baja", sin ganas de hacer nada, pierde el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa, lo que ocasina que el 15.0 % de los deprimidos termina suicidándose.

2. Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada.

3. Ansiedad: suele siempre estar acompañado de la depresión, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad se presenta en el cuadro clínico, se denomina una depresión ansiosa.

4. Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos pueden presentar hipersomnia.

5. Alteraciones del pensamiento: surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

6. Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación (enfermedad infecciosa viral) y sudoración nocturna. Se experimenta una sensación de fatiga.

7. Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

8. Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

9. Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

10. Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

11. Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

12. Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde. (Rozados, 2016)

Complicaciones de la depresión

La depresión no tratada puede dar como resultado, los problemas de comportamiento y de salud emocionales que afectan a todas las áreas de tu vida. La astenia y la perdida de interés dejan atrás a los pacientes y las dificultades para recordar.

ISSN 2523-0352
ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Concentrarse y tomar decisiones, alteran su capacidad para completar cualquier tarea que comienzan. (Moore, 2005, p. 136). El suicidio, es la complicación más grave de la depresión.

El suicidio es una conducta casi exclusivamente humana que se presenta en la totalidad de las culturas, con diversa afectación en función de las mismas, y que ha estado siempre presente a lo largo de la historia. Es conocido que la actitud hacia la conducta suicida ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura que han actuado o no, según los casos, como freno de los actos auto- agresivos.

En la actualidad, el suicidio es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. Esta temática se torna aún más grave en la población adolescente, puesto que los suicidios en este grupo etario, son cada vez más frecuentes, constituyéndose en la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50.0 % de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos.

Si la depresión no se trata incrementa el riesgo de suicidio o de otros actos violentos. El 6.0% de las personas diagnosticadas de depresión cometerán suicidio. Esta cifra sube al 10-15% en aquellos que han sido hospitalizados por depresión, lo que constituye una tasa 30 veces superior a la de la población general. En los pacientes con un episodio depresivo mayor actualmente un 20.0 a un 25.0% intentarán suicidarse. El tratamiento reducirá a la mitad el riesgo de suicidio, especialmente para los varones de menos de 30 años.

El abuso de alcohol o drogas, el desempleo, el aislamiento social y la impulsividad aumentan el riesgo de suicidio. (Bousoño, Baca, Álvarez, Eguiluz, Martín, & et al, 2008). La depresión constituye el factor más importante de los suicidios consumados y en torno al 60.0% de los mismos presentan trastornos depresivos cuando se realiza la autopsia psicológica. La tasa anual de suicidio en los pacientes depresivos es de 20 a 40 veces mayor que en la población general y tienen más antecedentes de tentativas suicidas que otros grupos diagnósticos. Las tasas de intentos de suicidio encontradas en diferentes muestras de pacientes con trastornos del estado de ánimo oscilan entre el 14.0 y el 50.0 % para las depresiones unipolares y el 20.0 y el 58.0% para los bipolares. La mayor parte de los cuadros depresivos cursan con ideas suicidas y son un buen indicador de la gravedad del trastorno. En este sentido se ha intentado relacionar la gravedad del intento de suicidio con el subtipo de depresión (melancolía) o con la presencia de síntomas psicóticos, pero aún no se dispone de datos definitivos (Bousoño, Baca, Álvarez, Eguiluz, Martín, & et al, 2008).

Metodología

Estudio no experimental, descriptivo, correlacional y transversal. Previo consentimiento informado se encuestaron a 291 estudiantes de octavo semestre de las Facultades de Quimicofarmacobiología (106) Enfermería (92) y la escuela de Salud Pública (93) de la Universidad Michoacana de San Nicolád de Hidalgo. Se incluyeron estudiantes que desearon participar en la investigación del turno matutino, vespertino y jornada mixta. Se empleó como técnica de recolección de datos la encuesta y un instrumento creado por los autores de este trabajo, tomando como referencia el DSM IV (Pichot, López, & Valdés, 1995, pp. 345-350).

ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Consta de dos partes: factores sociodemográficos e institucionales, seis dimensiones con 23 ítems con escala tipo Likert. La confiabilidad del instrumento fue de .885 con alfa de Cronbach y por el Método de Mitades de .847 y .845 (Spearman- Brown y Guttman) respectivamente. Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados

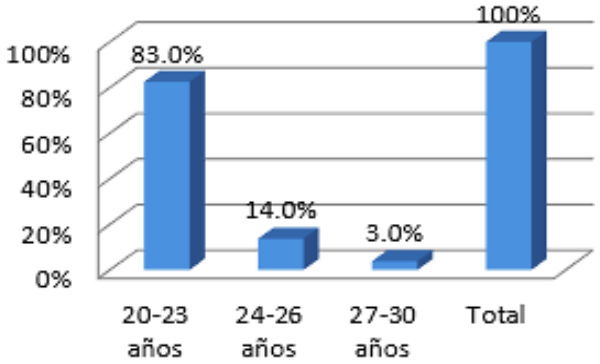

Gráfico 1 Edad de los estudiantes de Ciencias de la Salud
Fuente: 291 cuestionarios aplicados

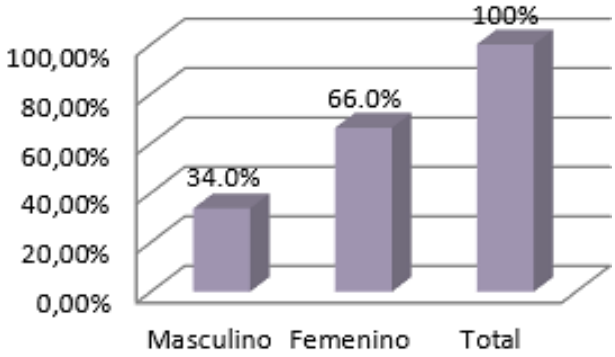

Gráfico 2 Sexo de los estudiantes de Ciencias de la Salud
Fuente: 291 cuestionarios aplicados

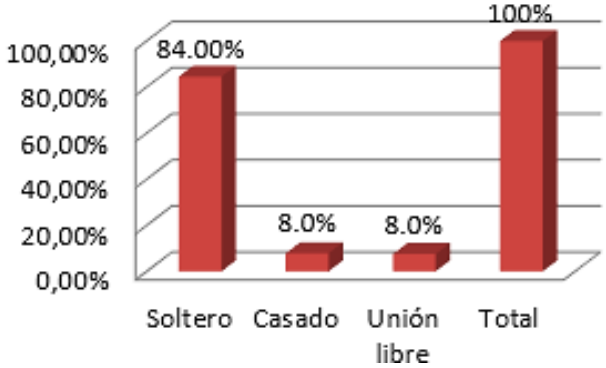

Gráfico 3 Estado civil de los estudiantes de Ciencias de la Salud
Fuente: 291 cuestionarios aplicados

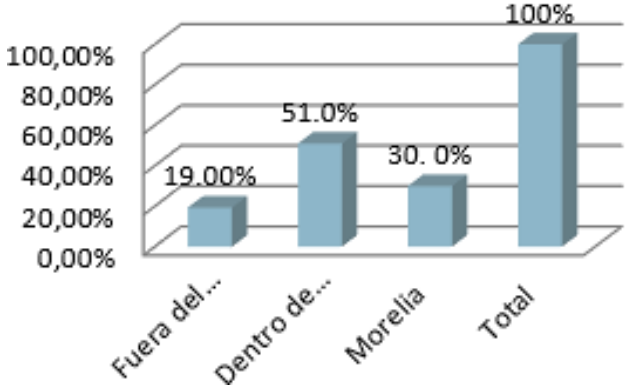

Gráfico 4 Lugar de procedencia de los estudiantes de Ciencias de la Salud
Fuente: 291 cuestionarios aplicados

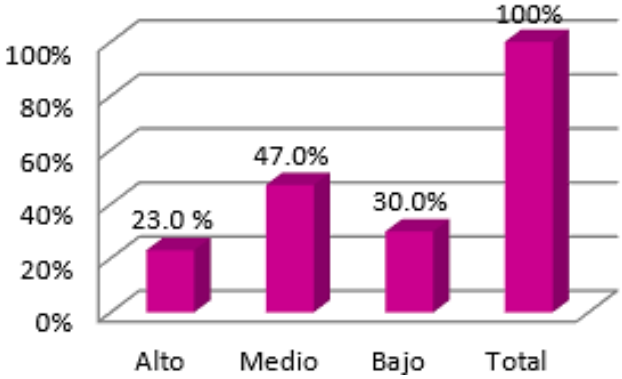

Gráfico 5 Nivel socioeconómico de los estudiantes de Ciencias de la Salud. Fuente: 291cuestionarios aplicados

ISSN 2523-0352
ECORFAN® Todos los derechos reservados.

En relación a la prevalencia de depresión de los estudiantes de las Facultades y Escuela objeto de estudio se precisa que los estudiantes que presentaron siempre y casi siempre mayor depresión fueron los de la Facultad de Quimicofarmacobiología con un 2.7% (8).

En seguida la Escuela de Salud Pública con 1% (3) y por último la Facultad de Enfermería con un .7% (2).

En la asociación de la tristeza en los estudiantes según Facultad y Escuela se precisa que presentaron siempre y casi siempre mayor tristeza fue Quimicofarmacobiología con 6.9% (20) y Enfermería con 6.8% (20) y Salud Pública con 4.8% (14). P=000.

En la asociación ansiedad en los estudiantes según Dependencia Académica se observa que siempre y casi siempre los estudiantes de la Facultad de Quimicofarmacobiología presentaron ansiedad en un 8.6%% (25) y Enfermería en un 7.3%(21). P=.013.

En la asociación a la dificultad para concentrarse en los estudios según Dependencia Académica se precisa que respondieron siempre y casi siempre los estudiantes de la facultad de Quimicofarmacobiología con 6.9% (20) Enfermería con 6.6% (19) y la escuela de Salud Pública con 3.4% (19).P=.042.

En relación a la agresividad entre los estudiantes del sexo masculino y femenino de las Facultades y escuela objeto de estudio se precisa que las estudiantes femeninas respondieron siempre y casi siempre con 8.2% (24) y los masculinos 4.8% (14). P=.034.

Conclusiones

Respecto a los objetivos de la investigación se precisa:

El nivel de depresión de los estudiantes objeto de estudio es bajo, sin embargo se presentan mayormente en mujeres y las principales manifestaciones en ambos géneros es tristeza, ansiedad y dificultad para concentrarse en sus estudios.

Predomina la agresividad en las mujeres. Los estudiantes de la Facultad de Químicofarmacobiología son los que mayormente presentan algunas manifestaciones de depresión. Los estudiantes mencionaron que el consumo de bebidas alcohólicas es una forma de solucionar los factores que les causan depresión

Referencias

Berenzon S, L. M. (07 de 11 de 2016). Salud Pública de México. Obtenido de Salud Pública de MExico: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796

Bousoño M, B. B. (2008). Complicaciones de la depresión. Actas especiales de psiquiatria , 44.

Bousoño, M., Baca, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., & et al. (s.f de s.f. de 2008). Psiquiatría.com. Recuperado el 17 de 07 de 2017, de Psiquiatria. com.

Campo-Cabal G., G. S. (2001). Psicopatología en estudiantes Universitarios. revista colombiana de psiquiatria .

Código civil. (12 de 09 de 2016). Enciclopedia Jurídica. Obtenido de Enciclopedia Juridica.: http://www.enciclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm

Covarrubias, R. (07 de 11 de 2016). ¿Cómo prevenir la depresión? La segunda online. , págs. 3-4.

ECORFAN® Todos los derechos reservados.

Diccionario ABC. (09 de 12 de 2016). Definicion abc. Obtenido de Definicion abc: http://www.definicionabc.com/economia/nivel-socioeconomico.php

Diccionario de la lengua española Larousse. (09 de 12 de 2016). The freee dictionary. Obtenido de The freee dictionary: http://es.thefreedictionary.com/turn%C3%B3

EFE:SALUD. (01 de 10 de 2015). EFE:SALUD. Recuperado el 10 de 07 de 2017, de www.efesalud.com/las-cifras-de-la-depresión

Guavita, S. P. (2006). Prevalencia de Sintomatología Depresiva. Revista de la Facultad De Medicina De Bogota Colombia , 76-87.

Korman, P., & Sarudiansky, M. (2011). Dialnet. Recuperado el 4 de noviembre de 2016, de Dialnet: file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-ModelosTeoricos ClinicosParaLaConceptualizacionYTr-5205687.pdf

Matud, G. (6 de abril de 2005). AEPC. Recuperado el 5 de noviembre de 2016, de AEPC: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-163.pdf

Moore, D. J. (2005). Manual de Psiquiatria Medica. españa: Elsevier.

OMS. (03 de 11 de 2016). Organización Mundial De La Salud. Recuperado el 06 de 12 de 2016, de Organizacion Mundial De La Salud.: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

Palenzuela DL, G. C. (07 de 11 de 2016). Dialnet. Obtenido de Dialnet: http://www.psicothema.com/pdf/140.pdf

Pereyra, R. O., & Ocampo, J. (octubre/ diciembre de 2010). Scielo Perú. Recuperado el 05 de octubre de 2016, de Scielo Perú: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000400005&script=sci_arttext

Pérez, J. G. (09 de 12 de 2016). Definición. De. Obtenido de Definición. De: http://definicion.de/procedencia/

Pichot, P., López, j., & Valdés, M. (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadistĺco de los tratornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.

Psicológicos, & Diagnósticos. (2015). Grupo 403024A_ 224. Recuperado el 17 de 07 de 2017, de Grupo 403024A-224.

Real academia española. (09 de 12 de 2016). Diccionario de la lengua española. Obtenido de Diccionario de la lengua española.: http://dle.rae.es/?id=EN8xffh

Rosado, R. (s.f.). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción. Por Esto , pág. 1.

Rozados, R. (03 de 11 de 2016). Psicomag. Recuperado el 15 de 02 de 2017, de Psicomag: http://www.depresion.psicomag.com/signos_y_sinto.php

ECORFAN® Todos los derechos reservados.