

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**NIVEL DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE SÉPTIMO AÑO QUE ROTAN EN LAS ÁREAS DE MEDICINA
INTERNA Y CIRUGÍA DE ENERO A MARZO 2025**

Presentado por:

Brenda Verónica Guerrero Ramos.
Eduardo David Vásquez Hernández.

Para optar al grado de:

Doctor en Medicina

Asesor:

Dr. María Eduviges Santos Argueta.

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa" 26 de mayo del 2025.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Msp. Mónica Raquel Ventura de Ramos

CONTENIDO

I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	2
III. OBJETIVOS.....	1
General.....	1
Específicos	1
IV. MARCO TEÓRICO.....	2
4.1 La salud mental.....	2
4.1.1 Generalidades.....	2
4.1.2 Importancia de la Salud Mental.....	3
4.1.3 Qué son problemas de salud mental:.....	3
4.1.4 Los trastornos mentales son:.....	3
4.1.4 Las razones por las que las enfermedades mentales existen son:	4
4.2 DEPRESIÓN.....	4
4.2.1 Generalidades	4
4.2.2 Trastornos Depresivos:	6
4.2.3 Trastorno de depresión mayor	6
4.2.3.1 Características diagnósticas	6
4.2.3.2 Criterios diagnósticos.....	10
4.2.3.3 Factores de riesgo y pronósticos	11
4.2.3.4 Aspectos diagnósticos relacionados con el género.....	12
4.2.4 Trastorno depresivo persistente (Distimia) 300.4 (F34.1).....	13
4.2.4.1 Características diagnósticas	13
4.2.4.2 Criterios Diagnósticos:	14
4.2.4.4 Especificación de la gravedad:.....	15
4.2.5 Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3).....	15
4.2.5.1 Características diagnósticas	15
4.2.5.2 Características asociadas que apoyan el diagnóstico	16
4.2.5.3 Criterios diagnósticos.....	17
4.2.6 Otro trastorno depresivo especificado. 311 (F32.8)	18
4.2.7 Otro trastorno depresivo no especificado.....	19
4.2.7.1 Con características atípicas:	22
4.2.7.2 Con características psicóticas	22
4.2.7.3 Con patrón estacional	22
4.3 VALORACIÓN DE NIVELES DE DEPRESIÓN	23
4.3.1 Instrumento de valoración de niveles de Depresión con el Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9.	23
4.3.1.1 Ficha Técnica del Cuestionario para Salud del Paciente PQH-9.....	23
4.3.1.2 Fundamentación Teórica.....	24
4.3.1.3 Puntuación e interpretación de la puntuación:	24
4.3.1.4 Validez y confiabilidad.....	25
4.3.1.5 Aseveraciones del Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9.....	26
4.4 IDEACIÓN SUICIDA.....	27
4.4.1 Generalidades	27

4.4.2	Personas que podrían tener un mayor riesgo de suicidio.	29
4.4.3	El comportamiento que presenta una persona que quiere suicidarse.	29
4.5	VALORACIÓN DEL RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA	30
4.5.1	Instrumento de valoración del riesgo de ideación con la Escala de Desesperanza de Beck	30
4.5.1.1	Ficha Técnica de la Escala de Desesperanza de Beck.....	30
4.5.1.3	Descripción	31
4.5.1.4	Corrección e Interpretación	32
4.5.1.6	Aseveraciones de la escala de la desesperanza de Beck	33
V.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
5.1	Tipo de investigación:	34
5.2	Población	34
5.3	Muestra	34
5.4	Criterios de Selección	35
5.4.1	Criterios de inclusión.....	35
5.4.2	Criterios de exclusión.....	35
5.5	Definición de variables.....	35
5.5.1	Variable 1: Nivel de Depresión	35
5.5.2	Variable 2: Riesgo de Ideación Suicida	35
5.7	Operacionalización de variables	36
5.8	Fuentes de Información.....	38
5.9	Técnicas de obtención de la información	38
5.9.1	Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9	38
5.9.2	Escala de Desesperanza de Beck.....	38
5.10	Mecanismo de confidencialidad y resguardo de la información.....	39
5.11	Procedimiento y análisis de la información	39
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
VII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
7.1	Gráficas de cada pregunta del Cuestionario PHQ-9.....	41
7.2	Nivel de Depresión presentado por la población en estudio.	48
	Interpretación de resultados del Nivel de Depresión	48
7.3	Gráficas de cada pregunta de la Escala de Desesperanza de Beck.	49
7.4	Riesgo de Ideación Suicida presentado por la población en estudio.....	63
	Interpretación de resultados del Riesgo de Ideación Suicida	63
VIII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	64
IX.	CONCLUSIONES	67
X.	RECOMENDACIONES.....	68
XII.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	70

XIII. ANEXOS	75
Anexo 1: Distribución de las edades de los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.....	75
Anexo 2: Distribución del sexo en los estudiantes de séptimo año de que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.....	75
Anexo 3: Distribución del área de trabajo de los estudiantes de séptimo año de que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.....	76
Anexo 4: Cuestionario para la Salud del Paciente PHQ-9.....	77
Anexo 5: Total de las respuestas (en Porcentaje) de los participantes del Cuestionario PQH-9.....	78
Anexo 6: Interpretación de resultados según indica el instrumento PQH-9.....	79
Anexo 7: Interpretación Adaptada de resultados del Cuestionario PQH-9.....	79
Anexo 8: Escala de Desesperanza de Beck	80
Anexo 9: Total de las respuestas (en Porcentaje) de los participantes de la Escala de Desesperanza de Beck.	81
Anexo 10: Total de las respuestas (en Porcentaje) de los participantes de la Escala de Desesperanza de Beck.	82
Anexo 11: Documento de Google Forms	83
Anexo 12: Consentimiento Informado	85
PARTE I: INFORMACIÓN	85
PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO	87

I. RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el trastorno mental más común es la depresión y el suicidio es un resultado del trastorno depresivo. La depresión implica un estado de ánimo abatido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. Ideación suicida son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. La amenaza suicida se considera la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo. Los objetivos de la investigación son establecer el nivel de depresión en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando el cuestionario PQH-9 e identificar el riesgo de ideación suicida en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando la escala de desesperanza de Beck. El método de investigación fue descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron los estudiantes de séptimo año de la carrera de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador. La muestra fue un total de 53 estudiantes participantes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Mediante los resultados obtenidos se pudo evidenciar que el nivel de depresión de los estudiantes de la carrera de medicina presenta un 60% de signos de trastorno depresivo y respecto al riesgo de ideación suicida se obtuvo que los estudiantes fueron asintomáticos con un 70%. Por lo cual, se concluye que se permitió identificar que el 60% de los participantes poseen un nivel de episodios depresión leve y el 40% de participantes no posee ningún signo de episodios de depresión. Con lo anterior, no se está adjudicando un diagnóstico definitivo de los episodios de depresión sino más bien se evidencia la presencia de indicadores característicos de un trastorno depresivo. Además, se encontró que los participantes son asintomáticos a ideación suicida ya que no presentan ningún signo. El tema de salud mental continúa considerándose un tema de poca relevancia para las personas.

PALABRAS CLAVES: Nivel, Depresión, Riesgo, Ideación, Suicidio, Salud, Trastorno, Enfermedades, Factores, Diagnóstico.

II. INTRODUCCIÓN

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. (1)

Las alteraciones de la salud mental, afectan a las personas e interfieren en su vida diaria, y pueden derivar en problemas complejos y difíciles de manejar. Es importante tener en cuenta que al menos el 50% de los adultos padece de trastornos mentales como la depresión en algún momento de su vida. (2)

Para hablar sobre la importancia de la salud mental, es necesario resaltar su relación con la calidad de vida de las personas y qué impacto pueden llegar a tener los trastornos mentales en ellas. (3)

Pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el trastorno mental más común es la depresión (4) y el suicidio es un resultado del trastorno depresivo. (5)

En los tiempos prehistóricos, las causas de los trastornos mentales estaban influenciados por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus. (6) ¹

El sistema mágico-religioso influía en los métodos curativos preventivos, puede considerarse como intento de introducir racionalidad y de saber necesidades socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo. La depresión es casi la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y literatura médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente como cualquier observador

¹ OMS. Trastornos mentales. Who.int. 2022

² Plena Inclusión. Salud mental y alteraciones

³ Bupasalud. Conoce la importancia de la salud mental y aplica algunas estrategias para cuidarla

⁴ OMS. Depresión. [Online]; 2023

⁵ Comunidad Madrid. Depresión y conducta suicida.

⁶ Stuco. Historia de la Psiquiatría, Antecedentes Histórico

moderno; y no solo la describieron si no que la distinguieron de otras alteraciones mentales, puntualizaron sus características y surgieron esquemas razonables para esa época. Hipócrates aproximadamente en el año 450 A de C., acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de la enfermedad. Durante la Edad Media, un largo período de oscurantismo invadió la Psiquiatría predominando la creencia general de fuerza sobrenaturales, demología, pecado, etc.

En el siglo XIX Pinel, (7) Falret (8) y Bailarger (9) conceptuaron con mayor precisión este tipo de alteración, marcando Esquirol que la melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva. Hasta a finales del siglo Kraepelin (10) en su tratado sobre las enfermedades mentales, agrupa y clasifica todos los síndromes depresivos. Fue el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de una misma enfermedad. (11)

Los estudiantes de medicina en formación tienen más problemas de salud mental comparado con otras profesiones a causa del estrés. (12)

El futuro de la profesión médica depende, en gran medida, de quienes aprenden Medicina hoy en las aulas. El proceso que atraviesa un estudiante desde que llega a la Facultad hasta que se gradúa, es determinante para la calidad del servicio que prestará a la sociedad como profesional, desde un punto de vista técnico y humano. (13)

El último año es evidente el aumento de situaciones socio ambientales que pueden causar en los estudiantes de medicina padecimientos psicológicos. Ya que, el proceso

⁷ La Enciclopedia Libre. Philippe Pinel

⁸ Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Jean Pierre Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica.

⁹ Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica

¹⁰ Britannica. Emil Kraepelin.

¹¹ CE ZZ. Depresión

¹² Hernández León ML, Cruz Martínez I, Téllez Veranes T, Rodríguez Fernández MC. Estrés académico en estudiantes de Medicina diagnosticados en la Unidad de Orientación Estudiantil

¹³ Arantxa Santa MM. Salud mental en estudiantes de medicina y su relación con factores socio académicos

de formación en medicina y especialmente en el séptimo año rotatorio implica que tengan condiciones que les afectan el bienestar y la salud mental lo que puede repercutir negativamente en su rendimiento tanto laboral como académico. (14)

Hoy en día se tienen en cuenta no sólo las respuestas fisiológicas del organismo, sino también los numerosos acontecimientos vitales, las características del ambiente social y determinados valores personales que, en distinta medida, actúan en las personas como estresores o como amortiguadores de los efectos negativos del estrés sobre la salud mental y bienestar. (15)

Y este aspecto, es lo relevante ya que el futuro profesional en la salud puede pasar por alto la valoración de su salud mental y ejerciendo la profesión puede detectar un diagnóstico de depresión y una ideación suicida y no dar el manejo adecuado o la referencia oportuna debido al manejo de su situación y lo que implica acudir a una consulta psicológica o psiquiátrica.

La depresión es uno de los temas de salud mental que complica la búsqueda de ayuda (16) y la ideación suicida es uno de los temas relacionados a la salud mental que genera controversia debido a los mitos y creencias erróneas que la engloban, lo cual ha dificultado su estudio como problemática social y de salud mental. (17)

¹⁴ Salazar Flórez JE, Arias Castro CE, Quintero Pinzón D, Velásquez Peláez, Segura Cardona, Giraldo Cardona LS. Salud mental en estudiantes de medicina: un reto más allá del estrés académico

¹⁵ Sarubbi De Rearte, Castaldo RI. Factores causales del estrés

¹⁶ OPS. Depresión [Internet]. Paho.org. 2023

¹⁷ OPS. Prevención del suicidio [Internet]. Paho.org. 2023

III. OBJETIVOS

General

Describir el nivel de depresión y riesgo de ideación suicida en estudiantes de medicina de séptimo año que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.

Específicos

1. Establecer el nivel de depresión en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando el Cuestionario PHQ-9.
2. Identificar el riesgo de ideación suicida en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando la escala de Desesperanza de Beck.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 La salud mental

4.1.1 Generalidades

Para hablar del concepto de salud mental es menester hacer referencia primero al concepto de salud propiamente dicha, que etimológicamente viene del latín “salus”, entendida como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. (18)

La OMS define que la salud mental cómo un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. (19)

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. (20)

El término salud mental es de manera análoga al de salud física, lo que quiere decir que no tiene sentido hablar de salud mental diferenciándola del concepto de salud física aunque sean ramas distintas. A demás, abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS de que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (21)

¹⁸ Marco Referencial

¹⁹ Mental DdPyS. Concepto de Salud Mental y Normalidad

²⁰ Comunidad Madrid. Salud Mental

²¹ Wikipedia contributors. Salud mental. Wikipedia, The Free Encyclopedia

4.1.2 Importancia de la Salud Mental

La salud mental se relaciona con el raciocinio, las emociones y el comportamiento frente a diferentes situaciones de la vida cotidiana. También ayuda a determinar cómo manejar el estrés, convivir con otras personas y tomar decisiones importantes. Al igual que otras formas de salud, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta y la madurez. (22)

De acuerdo con estadísticas de la OPS, los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15 % de la carga mundial de la enfermedad. (23)

El déficit en la salud mental contribuiría a muchas enfermedades somáticas y afectivas como la depresión. El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente sociocultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. (24)

4.1.3 Qué son problemas de salud mental:

Cuando se habla de problemas de salud mental y cuando éstos son concretos, es decir, agrupables bajo un diagnóstico, también se les llama trastornos psiquiátricos, trastornos mentales, enfermedad mental.

Los problemas de salud mental pueden afectar a las personas con discapacidad intelectual como a cualquier otra persona. (25)

4.1.4 Los trastornos mentales son:

Actualmente no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas

²² MedlinePlus en español

²³ OPS. Salud Mental

²⁴ Leiva Peña, Rubí González, Vicente Parada. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos.

²⁵ Fundación Carmen Pardo Valcarce. Discapacidad intelectual y Salud mental.

de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales los cuales son el CIE-10 (26) y DSM-V que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos. El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como: su duración, Coexistencia (mezcla), Intensidad. (27)

4.1.4 Las razones por las que las enfermedades mentales existen son:

No hay una causa o razón única para la aparición de una enfermedad mental en una persona. De hecho, para su surgimiento confluyen una serie de factores agrupados en tres categorías:

Factores biológicos

Algunas situaciones particulares pueden generar alteraciones bioquímicas y metabólicas, que afecta en el funcionamiento psicológico de la persona.

Factores psicológicos

Ciertas experiencias vividas por el sujeto, pueden provocarle traumas o dejar huellas psicológicas en su vida. El aprendizaje también forma parte de esta categoría.

Factores sociales

La cultura en la que una persona nace, su familia y el ámbito social en el que se desenvuelve, resultan determinantes a la hora de que pueda padecer o no, una enfermedad mental. (28)

4.2 DEPRESIÓN

4.2.1 Generalidades

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. Afecta los sentimientos, los

²⁶ OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma

²⁸ Policlínica Metropolitana. Top 5 enfermedades mentales más comunes

pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que tengas dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, las personas sientan que no vale la pena vivir.
(29)

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos. Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo a mediados de la adolescencia, en la tercera y la cuarta década de la vida. En la atención primaria, aproximadamente el 13% de los pacientes tiene un diagnóstico de depresión.

El término depresión se utiliza a menudo para describir un estado de ánimo bajo o de desánimo que es consecuencia de decepciones (p. ej., crisis financieras, catástrofes naturales, enfermedades graves) o pérdidas (p. ej., el fallecimiento de un ser querido). Sin embargo, los términos más adecuados para estos estados de ánimo son la desmoralización y la pena.

Los sentimientos negativos de desmoralización y dolor, a diferencia de los de la depresión, hacen lo siguiente:

- ✓ Ocurren en oleadas que tienden a estar ligadas a pensamientos o recordatorios del evento incitante
- ✓ Se resuelven cuando las circunstancias o los eventos mejoran.
- ✓ Se pueden intercalar con períodos de emoción positiva y humor
- ✓ No están acompañados por sentimientos generalizados de inutilidad y autodesprecio.

El estado de ánimo deprimido dura habitualmente días en lugar de semanas o meses, y los pensamientos suicidas y la pérdida prolongada de la funcionalidad son mucho menos probables. (30)

4.2.2 Trastornos Depresivos:

Según la Clasificación del Manual de Trastornos Mentales (DSM-5) (31) son los siguientes:

4.2.3 Trastorno de depresión mayor

4.2.3.1 Características diagnósticas

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes, pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante. El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "por los suelos" (Criterio A1). En algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero ésta se puede reconocer posteriormente a través de la entrevista (p. ej., al señalar que parece que el sujeto está a punto de llorar). En algunos pacientes que se quejan de sentirse "sosos", sin sentimientos, o que se sienten ansiosos se podría deducir la presencia de un ánimo deprimido a partir

³⁰ Coryell. Trastornos depresivos.

³¹ Asociación Americana de Psicología (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

de la expresión facial del paciente y de su conducta. Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar de manifestar sentimientos de tristeza. Muchos pacientes refieren o presentan un aumento de la irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con accesos de ira o culpabilizando a los otros, o un exagerado sentido de la frustración por acontecimientos menores).

Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los hobbies, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social o el abandono de los pasatiempos con los que disfrutaban (p. ej., el que había sido un ávido jugador de golf deja de jugar, o un niño que solía disfrutar del fútbol se excusa para no practicarlo). En algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual.

La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. Otros pueden comer más y pueden tener ansia por determinadas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando los cambios del apetito son graves (en cualquier dirección), hay una pérdida o ganancia significativa de peso, y en los niños no se alcanza la ganancia ponderal esperada (Criterio A3).

Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo (Criterio A4). Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volverse a dormir). También puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido). Los pacientes que presentan un exceso de sueño (hipersomnia) pueden presentar períodos de sueño prolongado durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento son las alteraciones del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen la agitación (p. ej., la incapacidad para sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o tocarse o frotarse la piel, la ropa u otros objetos) y la lentificación (p. ej., discurso, pensamiento y

movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del contenido del discurso, o mutismo) (Criterio A5). La agitación y el retardo psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otras personas y no deberían representar únicamente sensaciones subjetivas.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga mantenida sin haber realizado ningún esfuerzo físico. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo considerable. Es posible que se reduzca la eficiencia con la que se realizan las tareas. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que lavarse y vestirse por las mañanas resulta extenuante y requiere el doble de tiempo de lo habitual.

El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado (Criterio A7). Estos pacientes a menudo malinterpretan los acontecimientos diarios neutros o triviales como si probasen los propios defectos personales y tienen un exagerado sentido de la responsabilidad hacia los acontecimientos inapropiados. La sensación de inutilidad o de culpa puede alcanzar proporciones delirantes (p. ej., el paciente está convencido de que es personalmente responsable de la pobreza en el mundo). Es muy frecuente que el paciente se culpe a sí mismo de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades laborales o interpersonales como consecuencia de la depresión, pero esta actitud, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir este criterio.

Muchos pacientes refieren incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones (Criterio A8). Pueden parecer fácilmente distraíbles o se quejan de problemas de memoria. Aquellos pacientes involucrados en actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de llevarlas a cabo. En los niños, un descenso abrupto de las notas puede reflejar poca concentración. En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo

desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio (Criterio A9). Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumir el suicidio. Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el posparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general.

En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. Las definiciones de episodios de depresión mayor que se han modificado para incluir sólo esos síntomas no vegetativos parecen identificar casi los mismos pacientes que cuando se utilizan todos los criterios.

4.2.3.2 Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

4.2.3.3 Factores de riesgo y pronósticos

Temperamentales. El neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor, y parece que unos

niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes.

Ambientales. Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor. Los acontecimientos vitales estresantes están bien reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor, pero la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos próximos al comienzo de los episodios no parece ser útil para el pronóstico ni la elección del tratamiento. Genéticos y fisiológicos. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40 %, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

Modificadores del curso. Esencialmente, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Los episodios de depresión mayor que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir con frecuencia un curso más refractario. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento.

4.2.3.4 Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la mayor frecuencia en las mujeres es el hallazgo más reproducido en la epidemiología del trastorno depresivo mayor, no hay diferencias claras entre sexos en cuanto a síntomas, curso, respuesta al tratamiento y consecuencias funcionales. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos de suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor. La disparidad entre las tasas de suicidio de ambos sexos no es tan grande en los pacientes con trastornos depresivos como en la población general.

4.2.2.5 Riesgo de suicidio

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio.

4.2.4 Trastorno depresivo persistente (Distimia) 300.4 (F34.1)

4.2.4.1 Características diagnósticas

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (Criterio A). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor.

Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos". Durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., "siempre he sido así"), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses (Criterio C).

4.2.4.2 Criterios Diagnósticos:

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo). H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

4.2.4.4 Especificación de la gravedad:

Leve, Moderado, Grave.

4.2.5 Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)

4.2.5.1 Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer. Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen

síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. Los síntomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

4.2.5.2 Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, aunque son raros. Algunos consideran la fase premenstrual un período con riesgo de suicidio.

Procedimientos de registro

Si los síntomas no se han confirmado mediante las evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar "provisional" después del nombre del diagnóstico (es decir, "trastorno disfórico premenstrual, provisional").

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Los factores ambientales que se asocian a la presentación del trastorno disfórico premenstrual son el estrés, los antecedentes de traumas interpersonales, los cambios estacionales y a los aspectos socioculturales de la conducta sexual femenina en general y del papel del género femenino en particular.

Genéticos y fisiológicos. No se conoce la heredabilidad del trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, se estima que el rango de heredabilidad para los síntomas premenstruales oscila entre un 30 y un 80 %, siendo la estimación de la heredabilidad de un 50 % para el componente más estable de los síntomas premenstruales.

Modificadores de curso. Es posible que las mujeres que usan anticonceptivos orales tengan menos síntomas premenstruales que las mujeres que no los usan.

Los síntomas deben producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro obvio y notable de la capacidad para funcionar en el plano social u ocupacional en la semana previa a la menstruación. El deterioro del funcionamiento social puede

manifestarse a través de desavenencias matrimoniales y de problemas con los niños, con otros miembros de la familia o con los amigos. No se deberían confundir los problemas matrimoniales o laborales crónicos con la disfunción que aparece solamente asociada al trastorno disfórico premenstrual. Consecuencias funcionales del trastorno disfórico premenstrual.

4.2.5.3 Criterios diagnósticos

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnias o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. B.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

E El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

4.2.6 Otro trastorno depresivo especificado. 311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración"). Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente. Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días). Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes. Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

4.2.7 Otro trastorno depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo

específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Especificadores para trastornos depresivos

Especificar si:

a). Con ansiedad La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-severo: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

b) Con características mixtas A. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor: 1. Estado de ánimo elevado, expansivo.

2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
6. Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual, en contraste con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.

C. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II. D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

c). Con características melancólicas

A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

4.2.7.1 Con características atípicas:

Este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente o trastorno depresivo persistente.

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).

B. Dos (o más) de las características siguientes:

1. Notable aumento de peso o del apetito.
 2. Hipersomnia. 3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
 4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante.
- C. No se cumplen los criterios para "con características melancólicas" o "con catatonía" durante el mismo episodio.

4.2.7.2 Con características psicóticas

Con características psicóticas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: El contenido de todos los delirios y alucinaciones está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no implica los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

4.2.7.3 Con patrón estacional

Este especificador se aplica al trastorno de depresión mayor recurrente.

A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un momento del año particular (p. ej., en otoño o invierno). Nota: No incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las estaciones (p. ej., desempleo regularmente cada invierno).

B. Las remisiones totales (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía) también se producen en un momento del año característico (p. ej., la depresión desaparece en primavera).

C. En los últimos dos años se han producido dos episodios de depresión mayor que demuestran la relación estacional definida más arriba y episodios de depresión mayor no estacional durante el mismo período.

D. El número de episodios de depresión mayor estacionales (como se han descrito más arriba) supera notablemente el de episodios de depresión mayor no estacionales que pueden haber sucedido a lo largo de la vida del individuo.

4.3 VALORACIÓN DE NIVELES DE DEPRESIÓN

4.3.1 Instrumento de valoración de niveles de Depresión con el Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9.

4.3.1.1 Ficha Técnica del Cuestionario para Salud del Paciente PQH-9

Ficha Técnica del Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9	
Nombre	Cuestionario de Salud del Paciente
Autor	Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL.
Tipo de instrumento	Estructurada
N.º de ítems	9
Tipo de administración	Autoaplicada
Tiempo de administración:	9 min
Población:	Adultos
Área terapéutica	Diagnóstico Varios

(32)

Trastorno	Depresivos
------------------	-------------------

4.3.1.2 Fundamentación Teórica

El PHQ-9 es la escala de depresión de nueve ítems del Cuestionario de Salud del Paciente y es una herramienta ampliamente utilizada para ayudar a los médicos de atención primaria a identificar la depresión, así como a monitorear el tratamiento.

El PHQ-9 se basa directamente en los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) e interroga sobre los síntomas de las dos semanas previas. El PHQ-9 es una herramienta ampliamente utilizada para la detección, el diagnóstico y el seguimiento de la depresión, tanto en entornos clínicos como no clínicos. En la práctica clínica, facilita la planificación del tratamiento y el seguimiento de los cambios en los síntomas, mientras que, en entornos no clínicos, como escuelas o lugares de trabajo, sirve como herramienta de detección inicial para identificar a las personas que podrían necesitar una evaluación adicional. El PHQ-9 es apropiado para personas mayores de 13 años, lo que lo hace adecuado para adolescentes y adultos.

4.3.1.3 Puntuación e interpretación de la puntuación:

Se presenta una puntuación bruta (de 0 a 27) donde las puntuaciones más altas indican más síntomas depresivos.

La escala clasifica a los individuos en distintas categorías de gravedad en función de sus puntuaciones brutas, de la siguiente manera:

- **Depresión mínima o nula – Puntuaciones de 0 a 4:** Las puntuaciones en este rango sugieren síntomas depresivos mínimos que no afectan significativamente el funcionamiento diario. La mayoría (76 %) de las personas de la comunidad se encuentra dentro de este rango.

³² Cibersam. Ficha Técnica del instrumento PQH-9

- **Depresión leve – Puntuaciones entre 5 y 9:** Las puntuaciones en este rango sugieren síntomas depresivos que pueden causar dificultades en las actividades cotidianas. Aproximadamente el 18 % de la comunidad se encuentra dentro de este rango.
- **Depresión moderada – Puntuaciones entre 10 y 14:** Las puntuaciones en este rango sugieren síntomas depresivos moderados que probablemente interfieren con la vida diaria y el bienestar. Las personas con puntuaciones en este rango probablemente cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.
- **Depresión moderadamente-grave: puntuaciones entre 15 y 19:** las puntuaciones en este rango sugieren síntomas depresivos pronunciados consistentes con un trastorno depresivo mayor que afectan sustancialmente el funcionamiento diario y la calidad de vida.
- **Depresión grave – Puntuaciones entre 20 y 27:** Las puntuaciones en este rango sugieren síntomas depresivos graves que alteran profundamente las actividades cotidianas y requieren atención inmediata. Las puntuaciones en este rango son compatibles con un trastorno depresivo mayor grave. (33)

4.3.1.4 Validez y confiabilidad

Kroenke, Spitzer y Williams realizaron una investigación sobre la validez y confiabilidad del PHQ-9 en 2001. Con respecto a la confiabilidad, encontraron que el alfa de Cronbach para el PHQ-9 fue de 0,89 en una muestra de 3000 pacientes de atención primaria y de 0,86 entre 3000 pacientes de ginecología y obstetricia. Sin embargo, algunas investigaciones sugieren que la escala no es puramente unidimensional, ya que refleja dos factores latentes: factores somáticos y cognitivos/afectivos. Por el contrario, los resultados del estudio masivo de Bianchi et al. (2022) indican que la puntuación total del PHQ-9 es esencialmente unidimensional.

La fiabilidad test-retest resultó excelente. La correlación entre las puntuaciones del PHQ-9 obtenidas en entrevistas presenciales y telefónicas con los mismos pacientes

³³ Novo Psych. Cuestionario de salud del paciente

fue de 0,84. El PHQ-9 mostró propiedades psicométricas aceptables en una población rural de la India. En general, la investigación psicométrica respalda el uso de puntuaciones totales, es decir, la suma de las puntuaciones de los ítems, tanto en la investigación como en la práctica. (34)

4.3.1.5 Aseveraciones del Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9 (Ver anexo N° 4)

1. Poco interés o placer en hacer las cosas.
2. Se ha sentido decaído (a), deprimido (a) o sin esperanza.
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a), o ha dormido demasiado.
4. Se ha sentido cansado (a) o con poca energía.
5. Sin apetito o ha comido en exceso.
6. Se ha sentido mal con usted mismo (a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo (a) o con su familia.
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer o ver televisión.
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario- muy inquieto (a) o agitado (a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto (a) o de lastimarse de alguna manera.

Si marco cualquiera de los problemas, ¿Que tanta dificultad le ha dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, ¿o llevarse bien con otras personas? (35)

³⁴ La Enciclopedia Libre. Examen PHQ-9

³⁵ Oncology Nursing Society. Cuestionario PHQ-9.

4.4 IDEACIÓN SUICIDA

4.4.1 Generalidades

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), define la ideación suicida como aquellos pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte. En este sentido, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión 11 (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la plantea de la siguiente forma: Pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la vida propia, desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes detallados para suicidarse. (36)

El suicidio es muerte causada por el mismo individuo como resultado de un comportamiento en el cual había clara intencionalidad. Es muerte causada por el mismo individuo como resultado de un comportamiento en el cual había clara intencionalidad.

La claridad es la pretensión de pasar al acto con un suicidio consumado, la palabra comportamiento agrupa una acción y simultáneamente un pensamiento. El apoyo de la anterior referencia son dos definiciones operativas: Ideación suicida e Intento suicida.

Ideación suicida: Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida. Estos pensamientos pueden variar desde ideas transitorias de querer morirse hasta planes específicos de cómo hacerlo

Intento suicida: Es aquella conducta potencialmente dañina que es realizada por un individuo contra sí mismo con intencionalidad de causarse la muerte.

El suicidio puede explicarse desde dos conceptos principales, los pensamientos y las conductas suicidas, que son comunes y compartidas por varios autores. El pensamiento puede darse durante o después de un estresante importante y cuando ocurren se dan con actos deliberados de autolesión o suicidio consumado.

³⁶ La Enciclopedia Libre. Ideación suicida

Pensamiento Suicida

El pensamiento suicida se divide en: ideación suicida, intención suicida y plan suicida. El primer concepto se refiere a pensamientos, fantasías, reflexiones y preocupaciones sobre la muerte, la autolesión y la muerte autoinfligida.

Cuanto mayor sea la dimensión y la persistencia de los pensamientos suicidas mayor es el riesgo de eventual suicidio.

La intención suicida se refiere a la expectativa y el compromiso del paciente de morir por suicidio. La fuerza de la intención del paciente de morir puede reflejarse en la creencia subjetiva del paciente en la letalidad del método elegido, que puede ser más relevante que la letalidad objetiva del método elegido.

El plan suicida es la acción premeditada de elaborar detalladamente el objetivo de suicidarse, prestando atención a un método y la particularidad de su letalidad y accesibilidad. El momento elegido y el escenario de igual manera hacen parte del plan suicida. A nivel mundial los métodos comunes de suicidio son la ingestión de pesticidas, el uso de armas de fuego y la sobredosis de medicamentos. Escribir una nota de suicidio, preparar un testamento, regalar pertenencias personales o bienes, acciones tomadas para asegurar o garantizar el acceso a medios o métodos de suicidio son características de un plan premeditado y bien pensado.

El comportamiento suicida incluye los intentos de suicidio, intentos abortados u otro comportamiento autodestructivo o autolesivo, se especifica que el comportamiento es un factor de riesgo significativo para el suicidio. Es necesario recalcar que el momento, la intención, el método y las consecuencias corresponden a detalles precisos de conocer. De igual forma el contexto de vida, si ocurrieron con intoxicación o uso crónico de alcohol u otras sustancias y los sentimientos actuales del paciente sobre los comportamientos. (37)

Las personas afectadas de depresión grave presentan un riesgo suicida mayor que la población general. El suicidio constituye un problema de salud pública importante, y en gran medida prevenible. Se trata, como la depresión, de un fenómeno complejo de

³⁷Sánchez Echeverri JC. Factores de riesgo relacionados con el pensamiento y conducta suicida en una adolescente.

origen multifactorial, siendo los factores de riesgo diversos, de carácter biológico, psicológico y ambiental. La depresión se puede curar y el suicidio se puede prevenir. A pesar de ser una enfermedad frecuente, sin embargo, como advierte la Organización Mundial de la Salud, sólo una minoría de las personas depresivas solicita o reciben tratamiento. (38)

4.4.2 Personas que podrían tener un mayor riesgo de suicidio.

Existen varios factores que podrían influir a la hora de intentar o consumar un suicidio, aunque el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir. Los más frecuentes son:

- ✓ Haber tenido un intento de suicidio previo.
- ✓ Antecedentes de depresión o de otro trastorno mental.
- ✓ Abuso de drogas o alcohol.
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio o violencia.
- ✓ Padecer una enfermedad física o tener desesperanza.
- ✓ Antecedentes de abuso sexual en la infancia.
- ✓ Tendencias impulsivas o agresivas.

4.4.3 El comportamiento que presenta una persona que quiere suicidarse.

La persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento habitual.

Entre estos cambios podemos encontrar: Tristeza, Ideas de suicidio, Escribir notas de despedida, Entrega de posesiones valiosas, Aislamiento, Incremento de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas, Presencia de trastornos del sueño y del apetito. (39)

³⁸ Comunidad Madrid. Depresión y Conducta Suicida

³⁹ La Confederación Salud Mental España. La Conducta Suicida.

4.5 VALORACIÓN DEL RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA

4.5.1 Instrumento de valoración del riesgo de ideación con la Escala de Desesperanza de Beck

4.5.1.1 Ficha Técnica de la Escala de Desesperanza de Beck.

Ficha Técnica de la Escala de Desesperanza de Beck	
Nombre	Escala de Desesperanza de Beck (BHS)
Autor	Beck, A., Steer R. Psychological Corporation (1988)
Edición original	Beck, A., Steer R. Psychological Corporation (1988)
Forma de aplicación	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación	10 minutos en promedio
Edad de aplicación	A partir de 16 años
Significación	Evaluación de la desesperanza (pesimismo) uno de los componentes de la triada cognitiva del modelo de la depresión de Beck

(40)

4.5.1.2 Fundamentación teórica

Se utilizó la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) Adaptación: Mikulic, I. M. Dicha escala fue construida por Aaron T. Beck y sus colaboradores en el Centro de Terapia Cognitiva (CCT) del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, para evaluar el pesimismo en los pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio, pero a posterior se la utilizó con poblaciones normales de adultos y adolescentes (Greene, 1981; Johnson y Mc Cutcheon, 1981). La Desesperanza es un constructo psicológico que ha sido tenido en cuenta en el momento de definir una serie de desórdenes mentales. Después de revisar la bibliografía referida a este constructo, Stotland llega a la conclusión de que a pesar de que muchos clínicos creen

⁴⁰ Studuco. Ficha Técnica Desesperanza de Beck

que la desesperanza es muy difusa como para evaluarla sistemáticamente, hay suficiente consenso para construir un instrumento que evalúe las actitudes negativas que se refieren al sí mismo y al propio futuro. Beck y sus colaboradores construyen un instrumento a partir de enunciados pesimistas sobre el futuro que fueron seleccionados de las descripciones realizadas por pacientes psiquiátricos sobre pensamientos desesperanzados. Estas afirmaciones se seleccionaron para reflejar un amplio espectro de actitudes negativas acerca del futuro que los pacientes mencionaban frecuentemente. Las veinte proposiciones se administraron a una muestra al azar de pacientes depresivos y no depresivos. Se informaba a los pacientes del objetivo de la prueba y se les pedía que evaluaran la claridad y relevancia de cada proposición. Las proposiciones eran revisadas por varios clínicos para asegurar que fueran válidas y comprensibles antes de realizar una prueba piloto con esta escala a la que denominaron Escala de Expectativas Generales. En 1974, se cambiaron algunas palabras en ciertas proposiciones y se presentó en forma definitiva la actual versión de la Escala de Desesperanza BHS. (41)

4.5.1.3 Descripción

Es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como Verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18, y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos.

Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15, y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

⁴¹ Mikulic IM, Cassullo GL, Crespi MC, Marconi A. Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina.

4.5.1.4 Corrección e Interpretación

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro): La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

Factor motivacional (pérdida de motivación): La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro): La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.

En la función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-3 puntos: Ningún o mínimo riesgo.

4-8 puntos: Riesgo bajo (leve) de cometer suicidio.

9-14 puntos: Riesgo moderado.

15-20 puntos: Riesgo alto. (42)

4.5.1.5 Confiabilidad y validez

El BHS se correlaciona moderadamente con el Inventario de Depresión de Beck , aunque las investigaciones muestran que el BDI es más adecuado para predecir el comportamiento de ideación suicida. Los coeficientes de fiabilidad interna son razonablemente altos (r de Pearson = 0,82 a 0,93 en siete grupos de normas), pero los coeficientes de fiabilidad test-retest del BHS son modestos (0,69 después de una semana y 0,66 después de seis semanas)

Dowd y Owen evaluaron positivamente la eficacia del instrumento, y Dowd concluyó que el BHS era "un instrumento bien construido y validado, con una confiabilidad adecuada". (43)

⁴² Studuco. Escala de Desesperanza de Beck

⁴³ La Enciclopedia Libre. Escala de desesperanza de Beck

4.5.1.6 Aseveraciones de la escala de la desesperanza de Beck

(Ver anexo N° 8)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.
7. Mi futuro me parece oscuro.
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.
15. Tengo una gran confianza en el futuro.
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro
18. El futuro me parece vago e incierto.
19. Espero más bien épocas buenas que malas.
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré. (44)

⁴⁴ La Enciclopedia Libre. Escala de desesperanza de Beck.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de investigación:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal.

De tipo **descriptivo** (45) porque la investigación buscó, describir de manera detallada las dos variables estudiadas en la investigación que fueron nivel de depresión y riesgo de ideación suicida, sin manipular las variables, donde el objetivo de la investigación fue proporcionar información detallada sobre cómo fue y como se manifestaron ciertos aspectos de la realidad de los estudiantes de medicina sin tratar de explicar la causa que le produjeron las dos variables estudiadas y donde se usó técnicas de recolección de datos estructuradas.

De **corte transversal** (46) porque la investigación realizada sobre el nivel de depresión y riesgo de ideación suicida, se llevó a cabo en un grupo de personas, con una característica en común y es que todos son estudiantes de séptimo año de medicina y realizan rotaciones en las áreas de medicina interna y cirugía. A demás, que fue llevada en un momento determinado y fue de enero a marzo del 2025, sin dar seguimiento a lo largo del tiempo.

5.2 Población

La población objeto de estudio fue constituida por 95 estudiantes, 47 del área de medicina y 48 del área de cirugía. Estudiantes del séptimo año de la carrera de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador que rotan en esas áreas.

(Información oficial fue obtenida por Dirección de Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador).

5.3 Muestra

El total de la muestra fue de 53 estudiantes de séptimo año que realizan rotaciones en las áreas de medicina interna y área de cirugía que participaron en la investigación.

(Ya que hubo un total de 22 personas que dijeron que no participarían del estudio)

⁴⁵ Question Pro. ¿Qué es la investigación Descriptiva

⁴⁶ Question Pro. ¿Qué es un estudio transversal?

5.4 Criterios de Selección

5.4.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de séptimo año de la carrera de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador que realizan rotaciones en medicina interna y cirugía.
- Estudiantes que estén dispuestos a participar en la investigación independientemente si presentaban o no síntomas depresivos o ideación suicida.

5.4.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes de otras carreras.
- Estudiantes de otras Universidades del país.
- Estudiantes que roten en otras áreas.

5.5 Definición de variables

5.5.1 Variable 1: Nivel de Depresión

Concepto: Se puede clasificar como leve, moderado o grave, según la intensidad y duración de los síntomas, así como su impacto en la vida diaria. Los síntomas incluyen tristeza, pérdida de interés, fatiga, cambios en el sueño y apetito, y pensamientos negativos o suicidas. Un profesional de la salud mental puede evaluar el nivel de depresión utilizando cuestionarios y entrevistas para determinar el diagnóstico y tratamiento adecuado. (47)

Clasificación de variables cualitativa ordinal.

5.5.2 Variable 2: Riesgo de Ideación Suicida

Concepto: Pensamientos, planes y actos preparatorios para el suicidio. (48)

Clasificación de variables cualitativa ordinal

⁴⁷ Nivel de Depresión.

⁴⁸ Manual MSD. Conducta Suicida.

5.7 Operacionalización de variables

Objetivos Específico: Establecer el nivel de depresión en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía.					
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valor	Instrumento
Nivel Depresión	Se puede clasificar como leve, moderado o grave, según la intensidad y duración de los síntomas, así como su impacto en la vida diaria. Los síntomas incluyen tristeza, pérdida de interés, fatiga, cambios en el sueño y apetito, y pensamientos negativos o suicidas. Un profesional de la salud mental puede evaluar el nivel de depresión utilizando cuestionarios y entrevistas para determinar el diagnóstico y tratamiento adecuado.	Puntaje obtenido en el instrumento del Cuestionario para la salud del Paciente 9(PHQ) establecer el nivel de depresión que presentan los estudiantes.	Depresión mínima. Depresión leve. Depresión moderada. Depresión moderadamente grave. Depresión grave.	1-4 5-9 10-14 15-19 20-27	Cuestionario para la salud del Paciente 9(PHQ)

Objetivo Específico: Identificar el riesgo de ideación suicida en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valor	Instrumento
Riesgo de Ideación Suicida	Pensamientos, planes y actos preparatorios para el suicidio.	Puntaje obtenido en el instrumento de la Escala de Desesperanza de Beck para establecer la severidad de ideas suicidas presentes en los estudiantes.	Normal o Asintomática. Leve Moderado Severa	0-3 4-8 9-14 15-20	Escala de Desesperanza de Beck

5.8 Fuentes de Información

La fuente de información que se empleó para el desarrollo de la investigación fue primaria, debido a que los datos se obtuvieron de manera directa de los estudiantes de medicina que rotan en el área de medicina interna y área de cirugía. Mediante una encuesta estructurada que se aplicó de manera digital.

La encuesta virtual para los estudiantes se dividió en las partes siguientes:

- La primera parte presentó la información general (proporcionó información sobre el estudio).
- La segunda parte consistió en el formulario del Consentimiento (**Ver anexo N°12**) (para la autorización del participante si estuvo de acuerdo o no en participar).
- La tercera parte consistió en la recolección de los datos sobre las características sociodemográficas: edad y sexo, área de trabajo.
- La cuarta parte fue para el Cuestionario para la Salud del Paciente PHQ-9 y la Escala de Desesperanza de Beck con lo cual se obtuvieron los datos deseados.

5.9 Técnicas de obtención de la información

Las técnicas de obtención de información fueron las siguientes:

5.9.1 Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9

El cuestionario está compuesto por 9 ítems con respuesta tipo Likert con valores entre 0 y 3. La puntuación total del cuestionario PHQ-9 oscila entre 0 y 27. Los puntos de corte propuestos son: De 1-4: Depresión mínima. De 5-9: Depresión leve. De 10-14: Depresión moderada. De 15-19: Depresión moderadamente grave. De 20-27: Depresión grave. Las puntuaciones elevadas se correlacionan fuertemente con un diagnóstico de depresión mayor. Sin embargo, es esencial recordar que no todas las personas con una puntuación alta en el PHQ-9 tendrán depresión mayor.

5.9.2 Escala de Desesperanza de Beck

La puntuación de la Escala de Desesperanza de Beck por ser una escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (verdadero o falso). Cada

respuesta puntuará con un 0 o un 1. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto y los que no, con 0 puntos siendo el puntaje máximo de 20 puntos.

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

5.10 Mecanismo de confidencialidad y resguardo de la información

Al momento que se aplicó el instrumento se le notificó a cada uno/a de los y las participantes por su autorización personal, mediante un consentimiento informado (**Anexo 12**), en el cual se explicó la finalidad de la recolección de información, que sería utilizada con propósitos académicos y que no se divulgarían o compartirían los datos personales de cada uno/a de los participantes que realizó el cuestionario y la escala. Los datos obtenidos se tabularon en el programa Excel manipulado solo por los integrantes del grupo de investigación.

5.11 Procedimiento y análisis de la información

Cuando se realizó la ejecución de la aplicación del instrumento fue mediante la plataforma de Cuestionarios de Google forms, cuyo enlace fue el siguiente: https://docs.google.com/forms/d/1oUQF_vv6TAGTHQcEP40sPQQpztgFKQn6a5mk-q90h38/edit (**Ver anexo 11**) que fue proporcionado a los estudiantes de séptimo año que rotan en área de medicina interna y cirugía por medio de su correo electrónico estudiantil. En el documento de Google se centraron las 10 aseveraciones del Cuestionario del Paciente PHQ-9 y las 20 aseveraciones de la Escala de Desesperanza de Beck. Los datos obtenidos serán mediante la plataforma de Google, revisados y tabulados en el programa Excel. Donde, posteriormente se realizaron las respectivas gráficas con la información recolectada. Por último, se realizó el análisis datos y la discusión de los resultados.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proceso de recolección de información de la presente investigación se llevó a cabo con base en las consideraciones de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki. (49)

Los principios generales que se utilizaron en esta investigación son los siguientes:

➤ **Comités de ética de la investigación**

El protocolo debe enviarse para consideración, comentario, orientación y aprobación al comité de ética de la investigación correspondiente antes de comenzar la investigación.

Este comité debe ser transparente en su funcionamiento y tener independencia y autoridad para resistir influencias indebidas del investigador, patrocinador u otros.

➤ **Privacidad y confidencialidad**

Se tomaron todas clase de precauciones para resguardar la privacidad de los participantes de la investigación y la confidencialidad de su información personal.

➤ **Consentimiento libre e informado**

El consentimiento libre e informado es un componente esencial del respeto de la autonomía individual. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

En la investigación se les notifico a los participantes que al momento que realizaron los instrumentos de recolección de información de la manera siguiente:

CONFIDENCIALIDAD

Toda información que brinde en la investigación será confidencial y dentro de lo permitido por las leyes y regulaciones pertinentes, no estarán a disposición pública. **Si se publican los resultados del estudio, la identidad del sujeto será confidencial. (Ver en Anexo 3)**

Los médicos u otras personas cualificadas deben obtener el consentimiento libre e informado de los participantes de la investigación para la recolección, procesamiento, almacenamiento y uso secundario previsible y datos identificables o re identificables.

⁴⁹ Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

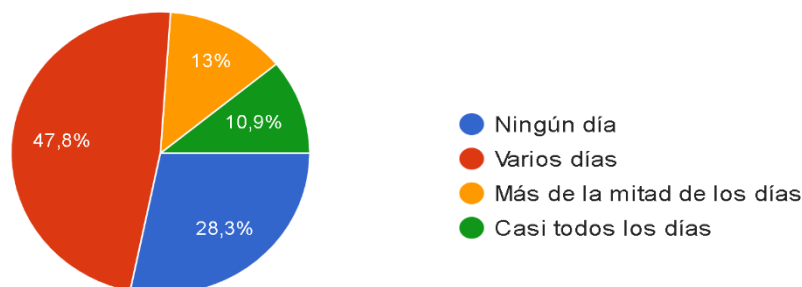
Objetivo 1: Establecer el nivel de depresión en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando el Cuestionario PHQ-9.

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento fue el siguiente:

7.1 Gráficas de cada pregunta del Cuestionario PQH-9

Gráfico N°1

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio presenta poco interés o placer en hacer las cosas.

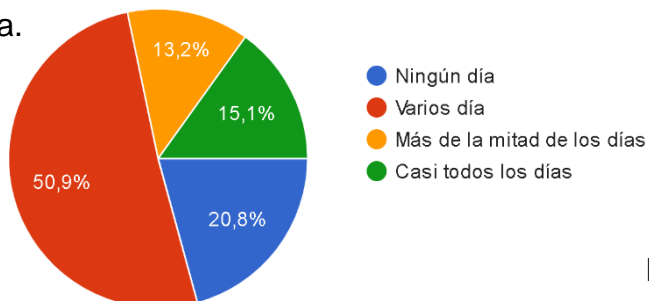


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°1, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondió con el 47.8% Varios días los participantes sienten poco placer en realizar sus cosas. El 28.3% respondió Ningún día. El 13% de los participantes respondió Más de la mitad de los días. Y el 10.9% respondió Casi todos los días.

Gráfico N°2

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio ha sentido decaída (a), deprimido (a) o sin esperanza.

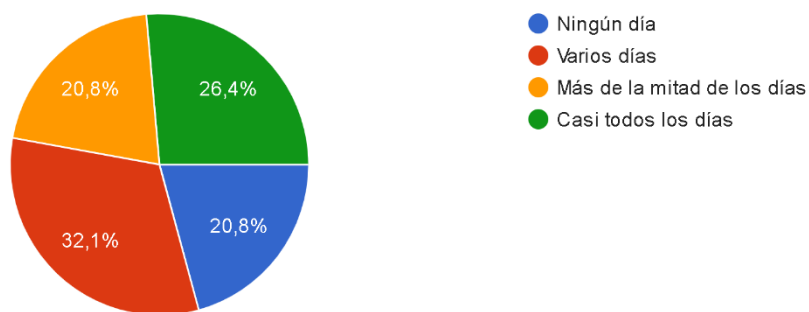


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°2, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondió con el 50.9% Varios días los participantes se han sentido decaídos, deprimidos y sin esperanzas. El 20.8% respondió Ningún día. El 15.1% respondió Casi todos los días y el 13.2% de los participantes respondió Más de la mitad de los días.

Gráfico N°3

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.



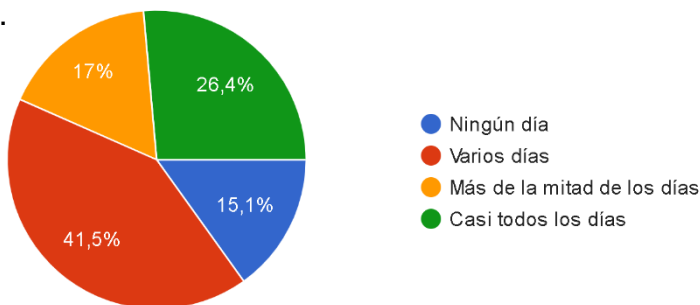
Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°3, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondió con el 32.1% Varios días ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a o dormido/a demasiado. El 20.8% respondió Ningún día. El

20.8% respondió Más de la mitad de los días y el 26.4% de los participantes respondieron Casi todos los días.

Gráfico N°4

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio ha sentido cansada (a) o con poca energía.

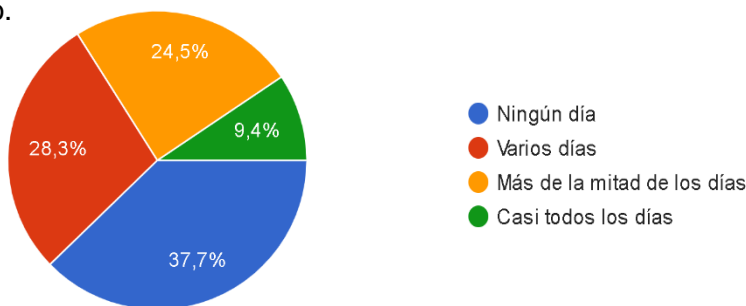


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°4, de los 53 estudiantes que de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador que respondió con el 41.5% Varios días los participantes se han sentido cansando o poca energía. El 26.4% respondió Casi todos los y el 17% respondió Más de la mitad de los días y 15.1 % de los participantes respondió Ningún día.

Gráfico 5

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio ha sentido sin apetito o comido con exceso.

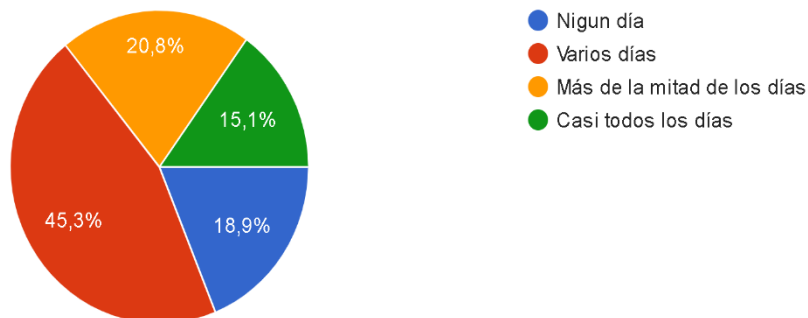


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°5, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondió con el 37.7% respondió Ningún día los participantes se han sentido sin apetito o comido en exceso. El 28.3% respondió Varios días. El 24.5% respondió Más de la mitad de los días y el 9.4% de los participantes respondió Casi todos los días.

Gráfico 6

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio ha sentido mal con ellos mismos (a) o que ha quedado mal con usted (a) o con su familia.

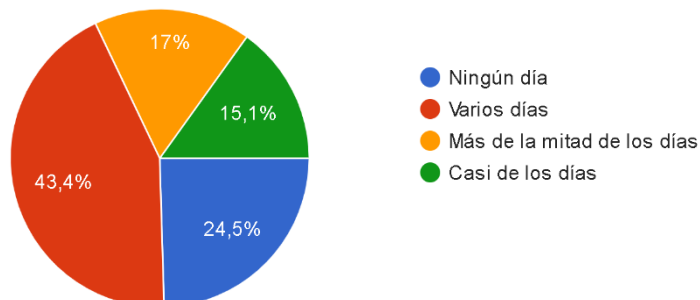


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°6, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondió con el 45.3% Varios días los participantes se han sentido mal con ellos mismos o que son un fracaso o han quedado mal consigo mismos. El 20.8% respondió más de la Mitad de los días. El 18. 9% respondió Ningún día y el 15.1% de los participantes respondió Casi todos los días.

Gráfico 7

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer o ver televisión.

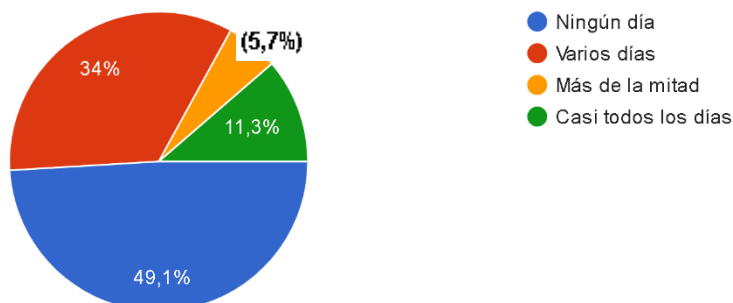


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°7, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador que respondió con el 43.4% respondió Varios días los participantes han tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades tales como leer o ver televisión. EL 24.5% respondió Ningún día. El 17% respondió Más de la mitad de los días y el 15.1% respondió Casi más de la mitad de los días.

Gráfico 8

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlos notado o lo contrario, muy inquieto (a) o agitado (a) que han estado moviéndose mucho más de lo normal.

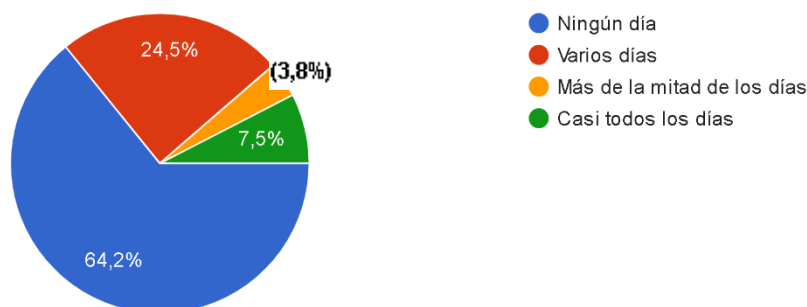


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°8, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador que respondió con el 49.1% Ningún día los participantes se han movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado o lo contrario muy inquieto/a o agitado/a que han estado moviéndose mucho más de lo normal. El 34% respondió Varios días. El 11.3% respondió Casi todos los días y el 5.7% de los participantes respondió Más de la mitad de los días.

Gráfico 9

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio han tenido pensamientos de que estarían mejor muertos (as) o de lastimarse de alguna manera.

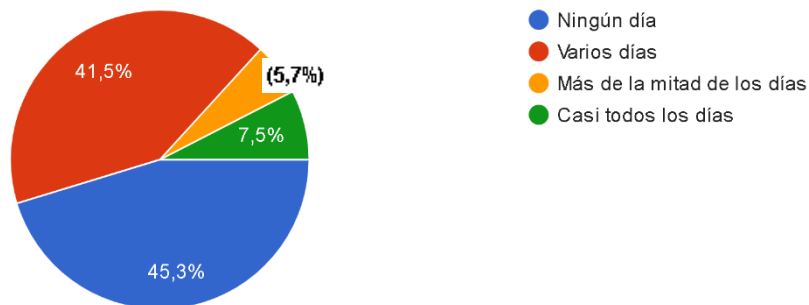


Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°9, de los 53 estudiante de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador que respondió con el 64.2% respondió Ningún día los participantes han tenido pensamientos que estarían mejor muertos o de autolastimarse de alguna manera. El 24.5% respondió Varios días. El 7.5% respondió Casi todos los días y el 3.8% de los participantes respondió Más de la mitad de los días.

Gráfico 10

Frecuencia de días a la semana que la población en estudio marca cualquiera de los problemas, que tanta dificultad les han dado a estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar ¿o llevarse bien con otras personas?



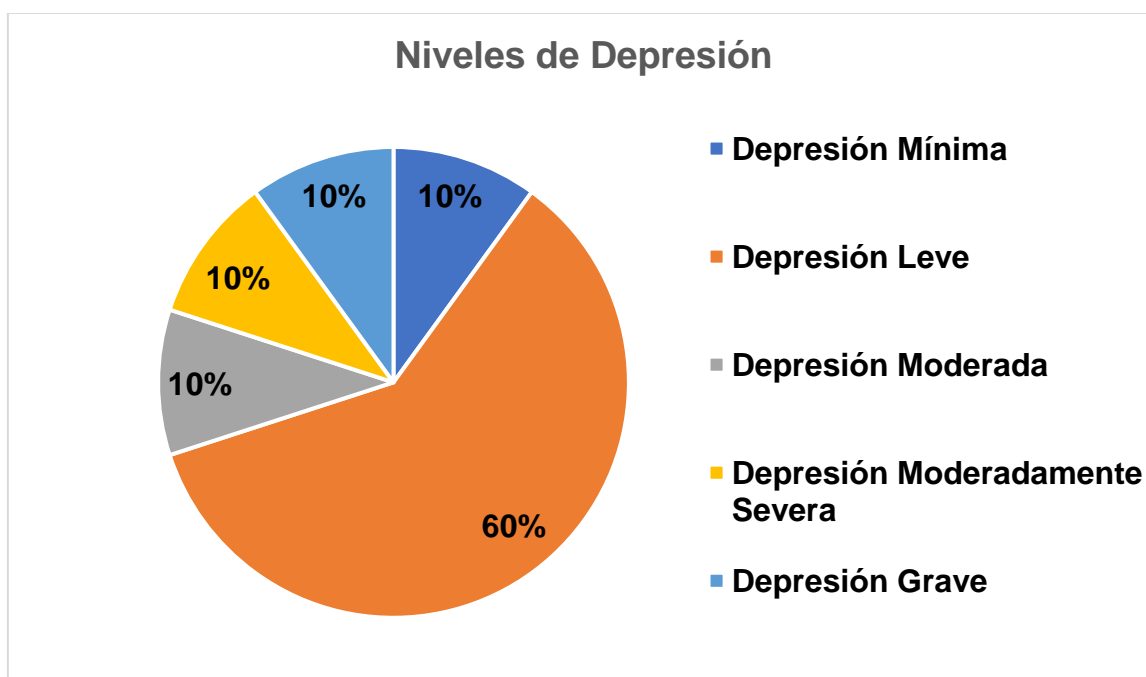
Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°10, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador que respondió con el 45.3% respondió Ningún día los participantes han tenido tanta dificultad de los problemas en las preguntas anteriores para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas. El 41.5% respondió Varios días. El 7.5% respondió Casi todos los días y el 5.7% de los participantes respondió Más de la mitad de los días.

Gráfico 11

7.2 Nivel de Depresión presentado por la población en estudio.

(Ver anexo 7)



Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación de resultados del Nivel de Depresión

El nivel de depresión de los estudiantes de medicina que realizan rotaciones en las áreas de medicina interna y cirugía fue del 60% (**Ver Anexo 5 y 6**) y según el instrumento aplicado se considera una **Depresión leve.** (**Ver anexo 7**)

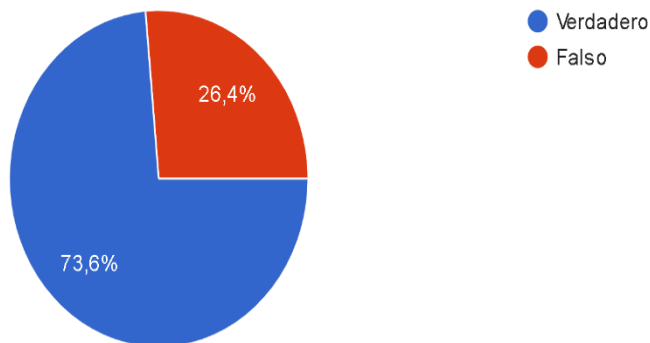
Objetivo 2: Identificar el riesgo de ideación suicida en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando la escala de Desesperanza de Beck.

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento fue el siguiente:

7.3 Gráficas de cada pregunta de la Escala de Desesperanza de Beck.

Gráfico 12

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con esperar el futuro con esperanza y entusiasmo.

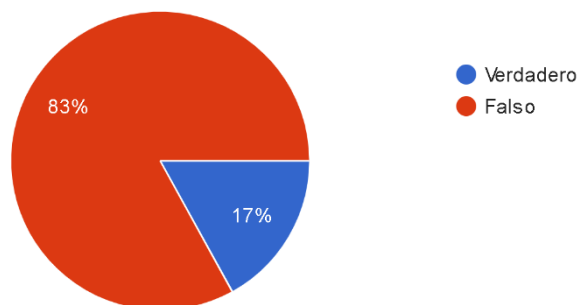


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°12, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador que respondieron con el 73.6% de los participantes con un Verdadero que espera un futuro con esperanza y entusiasmo y el 26.4% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 13

La población en estudio se encuentra identificada positiva y negativamente que pueden darse por vencido, renunciar, ya que no pueden hacer mejor las cosas por sí mismo.

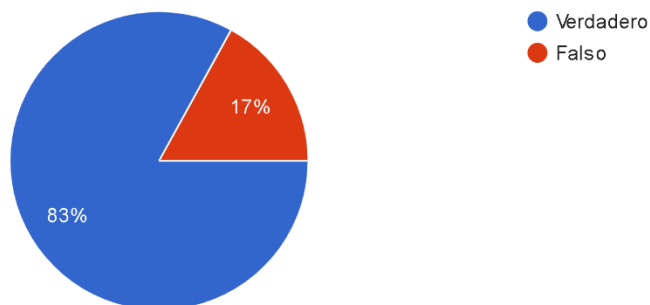


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°13, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 83% de los participantes con un Falso que se puedan dar por vencidos/as, renunciar y que no puedan hacer mejor las cosas por sí mismos/as y el 17% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 14

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente aliviados al saber que cuando las cosas van mal, esas cosas no pueden permanecer tiempo así.

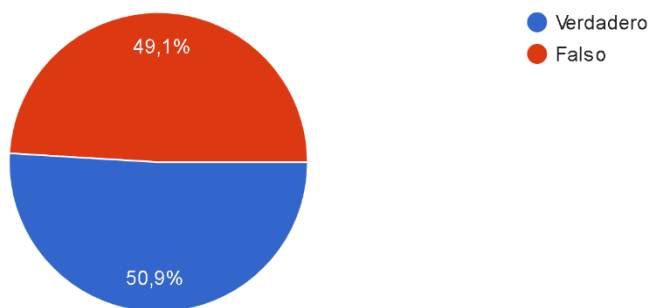


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°14, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 83% de los participantes con un Verdadero que cuando las cosas van mal les alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así y el 17% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 15

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente al imaginar cómo será su vida dentro de diez años.

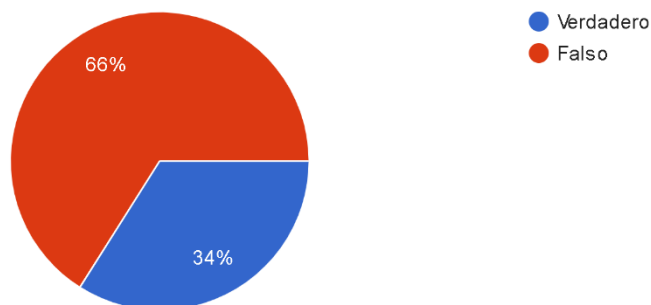


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el periodo enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°15, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 50.9% de los participantes con un Verdadero que pueden imaginar cómo será su vida dentro de 10 años y el 49.1% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 16

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con el hecho de que tiene bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quieran poder hacer.

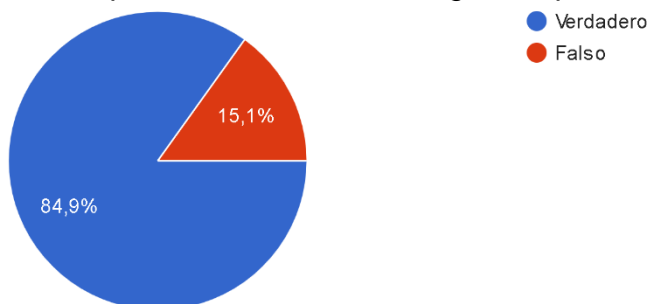


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°16, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 66% de los participantes con un Falso que no tienen bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer y el 34% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 17

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con el hecho de que puedan esperar en el futuro conseguir lo que les pueda interesar.

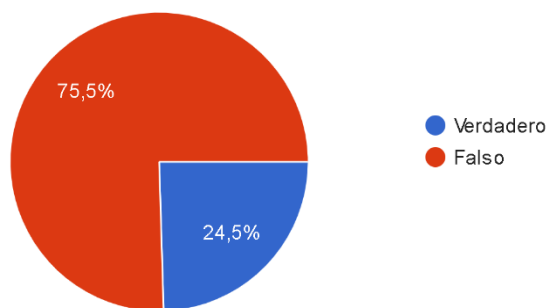


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el periodo enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°17, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 84.9% de los participantes con un Verdadero que en el futuro esperan conseguir lo que les interesa y el 15.1% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 18

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con respecto que el futuro les parece oscuro.

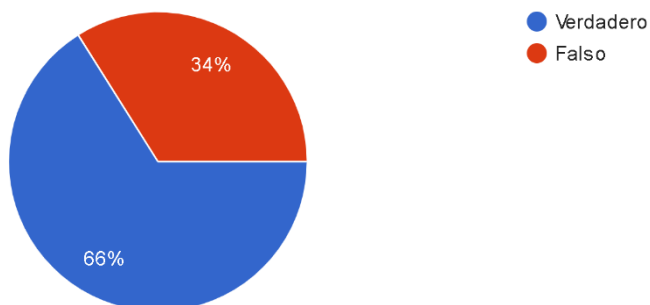


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°18, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 75.51% de los participantes con un Falso que su futuro les parezca que sea oscuro y el 24.5% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 19

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.

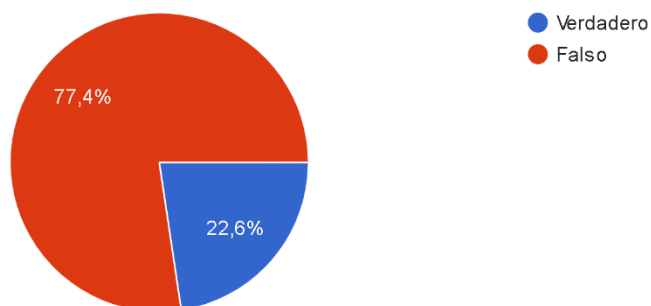


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°19, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación en Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 66% de los participantes con un Verdadero que esperan más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio y el 34% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 20

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con lograr hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro.

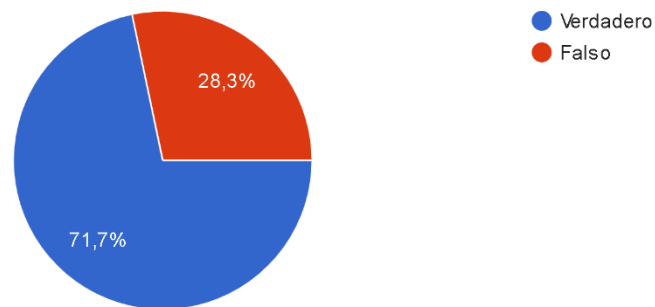


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°20, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 77.4% de los participantes con un Falso que no logran hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que puedan en el futuro y el 22.6% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 21

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con las pasadas experiencias los han preparado bien para su futuro.

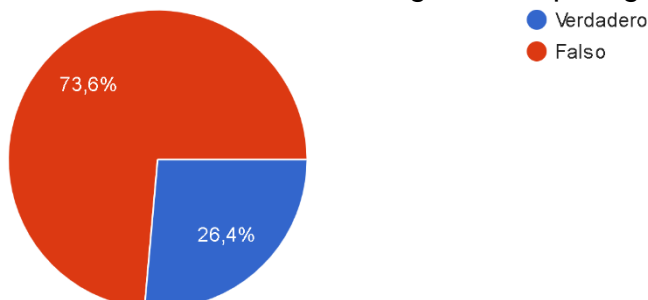


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°121, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 71.7% de los participantes con un Verdadero que respecto a sus pasada experiencias los/las han preparado bien para su futuro y el 28.3% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 22

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con que todo lo que pueden ver por delante sí mismo es más desagradable que agradable.

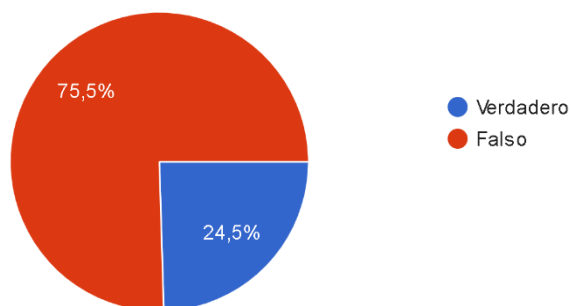


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°22, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 73.6% de los participantes con un Falso que todo lo que pueden ver por delante de ellos/as es más desagradable que agradable y el 26.4% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 23

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con esperar conseguir lo que realmente desean.

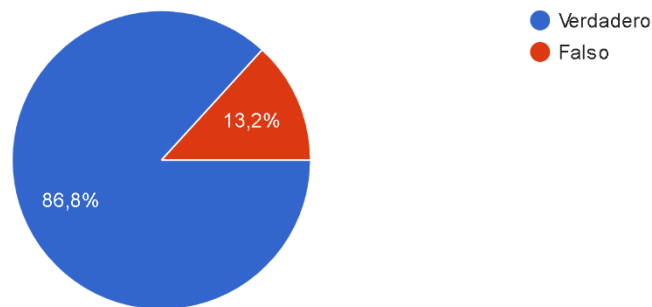


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°23, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación en Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 75.5% de los participantes con un Falso que no esperan conseguir lo que realmente desean y el 24.5% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 24

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente que cuando miran hacia el futuro esperan que serán más felices de lo que son ahora.

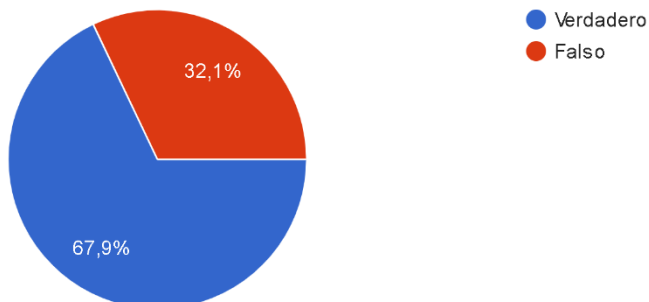


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°24, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 86.8% de los participantes con un Verdadero que cuando miran hacia el futuro, esperan que serán más feliz de lo que son ahora y el 13.2% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 25

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente que las cosas no marchan como quisieran.

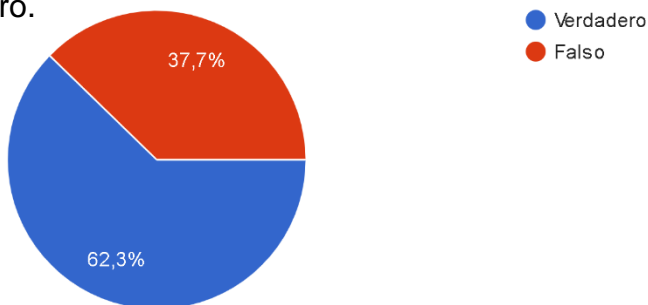


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°25, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 67.9% de los participantes respondió con un Verdadero que las cosas no marchan como quisieran y el 32.1% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 26

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente que tienen una gran confianza en el futuro.

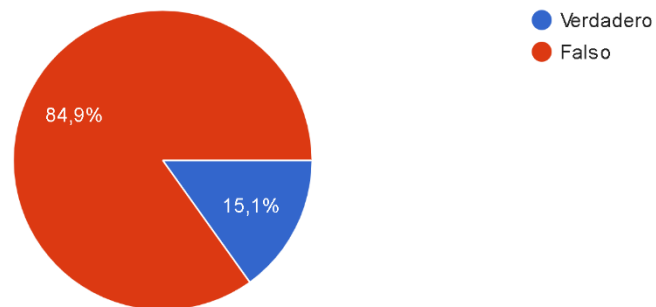


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°26, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 62.3% de los participantes con un Verdadero que tienen una gran confianza en el futuro y el 37.7% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 27

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente que nunca consiguen lo que desean, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.

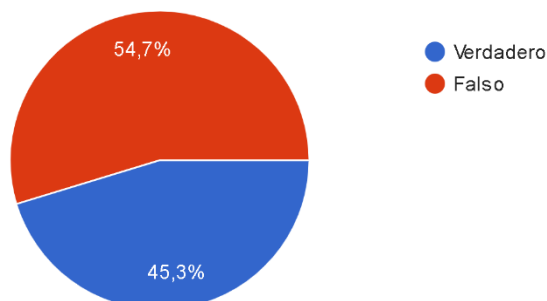


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°27, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 84.9% de los participantes con un Falso que nunca consiguen lo que desean pero que es absurdo desear cualquier cosa y el 15.1% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 28

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente que es muy improbable que puedan lograr una satisfacción real en el futuro.

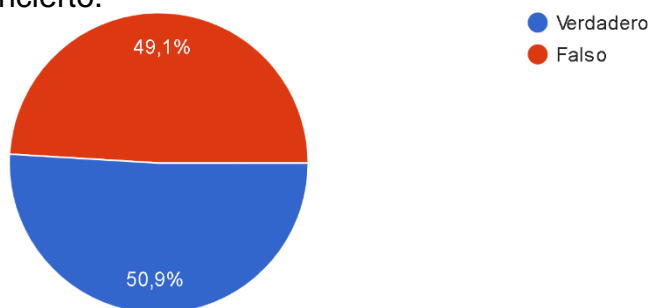


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°28, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 54.7% de los participantes con un Falso que es muy improbable que puedan lograr una satisfacción real en el futuro y el 45.3% de los participantes respondió Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 29

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente que el futuro les parece vago e incierto.

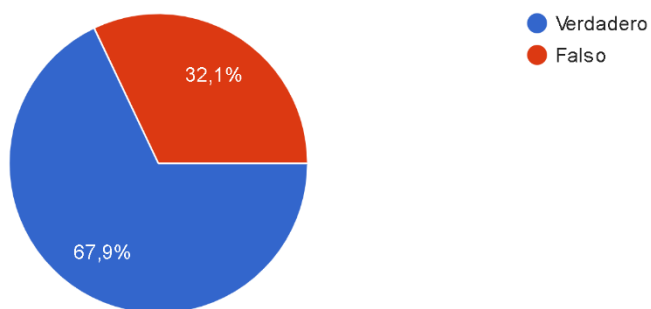


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°29, de los 53 estudiantes de medicina del 7° Año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 50.9% de los participantes con un Verdadero que el futuro les parece vago e incierto y el 49.1% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 30

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente con esperar más bien épocas buenas que malas.

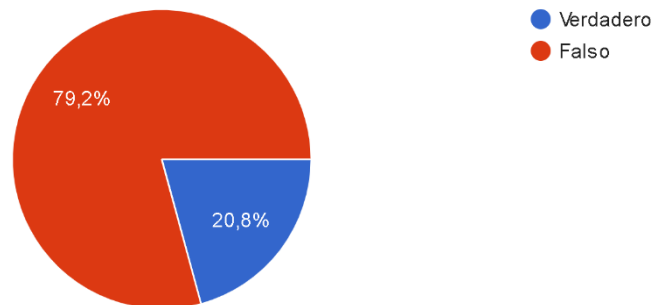


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el periodo enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°30, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador respondieron con el 67.9% de los participantes con un Verdadero que esperan más bien épocas buenas que malas y el 32.1% de los participantes respondió Falso dando a conocer lo contrario.

Gráfico 31

La población en estudio se encuentra identificada positiva o negativamente que merece la pena que intenten conseguir algo que deseen porque probablemente no lo lograrán.



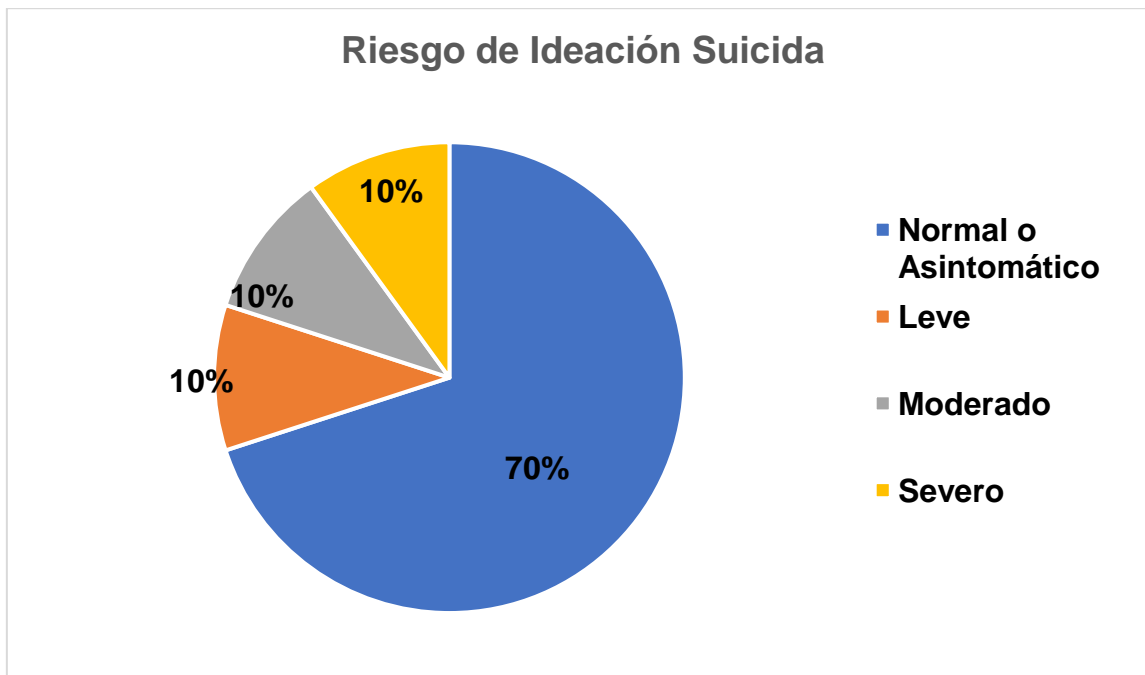
Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. En el cuestionario de Google Forms dirigido a Estudiantes de Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Interpretación: Según indica el gráfico de la pregunta N°31, de los 53 estudiantes de medicina del 7° año en rotación de Medicina interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador que respondieron con el 79.2% de los participantes respondió con un Falso que no merece la pena que intenten conseguir algo que deseen, porque probablemente no lo lograrán y el 20.8% de los participantes respondieron con Verdadero dando a conocer lo contrario.

Gráfico 32

7.4 Riesgo de Ideación Suicida presentado por la población en estudio.

(Ver anexo 10)



Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck. Aplicado a estudiantes en Medicina de 7° Año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Interpretación de resultados del Riesgo de Ideación Suicida

Mediante los resultados obtenidos se puede observar que, de los 53 estudiantes encuestados, se obtuvo que no hubo ningún riesgo de desesperanza en los participantes ya que solo se obtuvieron tres puntos que son equivalentes al 70%. **(Ver Anexo 9)**. Lo que indica que no existe ningún riesgo de ideación suicida en los estudiantes de medicina de séptimo año, que hacen rotación en las áreas de medicina interna y cirugía. Ya que, el 70% de los participantes es asintomático.

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio la muestra de participante fue de 53 estudiantes activos séptimo año de la carrera de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador, que realizan rotaciones en las áreas de medicina interna y cirugía.

La información se obtuvo mediante la resolución de un cuestionario el cual se dividió en cuatro partes, en la primera parte se presentó la información que proporcionó información sobre el estudio. La segunda parte consistió en el formulario de Consentimiento (para autorizar si está de acuerdo en participar). La tercera parte consistió en los datos sobre las características sociodemográficas: edad y sexo, área de trabajo. Y la última parte fueron el cuestionario PQH-9 y la Escala de Desesperanza de Beck con el objetivo de poder establecer el nivel de depresión y el riesgo de ideación suicida en los estudiantes de dicha muestra.

La interpretación de los resultados obtenidos en relación con los objetivos de esta investigación mediante los cuales se buscó establecer el nivel de depresión e identificar el riesgo de ideación suicida de los estudiantes en medicina que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.

Los resultados que se obtuvieron permitieron lo antes mencionado haciendo énfasis que de acuerdo a las respuestas de los 53 estudiantes encuestados se pudo evidenciar que respecto al objetivo 1 de establecer el nivel de depresión en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando el Cuestionario PHQ-9. Se obtuvo que de las preguntas 1, 2, 3, 4, 6 y 7 los participantes puntuaron como mayoría de puntos la opción Varios días.

Por lo que se obtuvo un 60% de nivel de depresión leve en los participantes y según se menciona en la pág. 14, donde dice sobre el trastorno depresivo mayor en la parte de las características diagnósticas del trastorno menciona que:

“Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes.

Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo (Criterio A4). Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volverse a dormir). También puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido). Los pacientes que presentan un exceso de sueño (hipersomnia) pueden presentar períodos de sueño prolongado durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento son las alteraciones del sueño.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "por los suelos"

Por lo consiguiente, los participantes manifestaron mayormente su puntuación en tener la presencia de un grado desanimado, momentos depresivos, un grado de pérdida del interés o del placer, a la vez un grado de presencia de fatiga como alteración del sueño y esto los lleva presentar dificultades de concentración y a la vez sentirse mal consigo mismos. Lo que se puede inferir que los participantes presentan episodios depresivos que los estudiantes de medicina no deberían de dejar de pasar desapercibidos, ya que pueden volverse recurrentes y establecerse como un trastorno de depresión.

Y respecto al objetivo 2 de Identificar el riesgo de ideación suicida en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando la escala de Desesperanza de Beck. Se obtuvo que los participantes puntuaron de manera positiva en 17 preguntas

Y según se menciona en la pág. 34 y 35 donde dice sobre el concepto de ideación suicida que:

“El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), define la ideación suicida como aquellos pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte. En este sentido, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión 11 (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la plantea de la siguiente forma:

Pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la vida propia, desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes detallados para suicidarse”.

“Ideación suicida: Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida. Estos pensamientos pueden variar desde ideas transitorias de querer morirse hasta planes específicos de cómo hacerlo”.

Por lo que, según lo anterior los participantes no presentan ningún signo de ideación suicida, ya que no hubo ningún riesgo de desesperanza en los participantes pues solo se obtuvieron tres puntos. Lo que significa que el 70% de los participantes es asintomático de presentar una ideación suicida.

Por lo consiguiente, se puede apreciar que, según los datos recolectados en esta investigación a los 53 estudiantes, el nivel de depresión y el riesgo de ideación suicida fue bajo.

Aunque, así como se menciona en el marco teórico que la carga de estrés puede llevar a una persona a presentar daños en su salud mental y puede llevarlos al apareamiento de altos niveles de depresión y en el peor de los casos a manifestar una ideación suicida. Por lo que, cada estudiante de medicina debería procurar poner más atención a su autocuidado y así podrán mantener una estabilidad en salud mental.

IX. CONCLUSIONES

Objetivo 1

1. Establecer el nivel de depresión en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando el Cuestionario PHQ-9.

Conclusión

- Según los datos obtenidos el nivel de depresión de los estudiantes en Medicina de la Universidad de El Salvador es del 60% de los participantes, permitió identificar que poseen un nivel de episodios depresión leve, y el 40% no posee ningún signo de episodios de depresión. Con lo anterior, esto no se está adjudicando un diagnóstico definitivo de los episodios de depresión sino más bien se evidencia la presencia de indicadores característicos de un trastorno depresivo.

Objetivo2

2. Identificar el riesgo de ideación suicida en estudiantes de medicina de séptimo año en las rotaciones de medicina interna y cirugía utilizando la escala de Desesperanza de Beck.

Conclusión

- Según los datos obtenidos el riesgo de ideación Suicida de los estudiantes de medicina de la Universidad de El Salvador según el instrumento aplicado de Desesperanza de Beck se encontró que los participantes puntuaron con un 70% que son asintomáticos ya que no presentan una ideación suicida.

Conclusión Final (De lo que menciona en la parte de la muestra).

Ya que hubo un total de 22 personas que dijeron que no participarían del estudio.

- En cuanto al tema de salud mental continúa considerándose un tema de poca relevancia para las personas; y para los futuros profesionales de la salud tener una estabilidad en su salud mental debería ser prioridad por la labor que realizan. Pero el hecho que 22 estudiantes entraron al cuestionario virtual y decidieron no participar nos lleva a inferir que de alguna manera una de las dos variables de investigación puede estar latente en sus vidas.

X. RECOMENDACIONES

A las Autoridades de la Facultad de Medicina

- Concientizar sobre la importancia de la salud mental en los estudiantes de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador, teniendo una participación activa para una detección temprana de cualquier alteración, así como de un tratamiento oportuno.

- Crear una Unidad de Apoyo estudiantil que brinde atención psicológica y psiquiátrica a aquellos estudiantes que lo soliciten.

- Establecer programas orientados a la salud mental, dando oportunidad de crear espacios y entornos de agradables para los estudiantes de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador.

- Realizar campañas de promoción de Salud Mental dirigidas a estudiantes de Medicina, sobre la importancia del buen manejo del estrés, técnicas de relajación, y la importancia de consulta psicológica y/o psiquiátrica en caso de presentar algún tipo de alteración.

A las Autoridades del Hospital Nacional Rosales

- Establecer grupos de apoyo en el Hospital Rosales a estudiantes que se encuentren con episodios depresivos e ideación suicida.
- Gestionar con ONG para un grupo de atención psicológica o psiquiátrica para médicos internos en dicha institución.
- Modificar el área de descanso del médico interno para que pueda obtener un alivio al estrés que es sometido y pueda trabajar así su salud mental.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Trastornos mentales. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
2. Plena Inclusión. Salud mental y alteraciones. [Online]. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf.
3. Bupalud. Conoce la importancia de la salud mental y aplica algunas estrategias para cuidarla. [Online]. Disponible en: <https://www.bupalud.com/salud/importancia-de-la-salud-mental>.
4. OMS. Depresión. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
5. Comunidad Madrid. Depresión y conducta suicida. [Online]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/depresion-conducta-suicida>.
6. Stuco. Historia de la Psiquiatría, Antecedentes Histórico. [Online]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-veracruzana/psiquiatria/historia-de-la-psiquiatria-antecedentes-historicos/24444543>.
7. La Enciclopedia Libre. Philippe Pinel. [Online]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel.
8. Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Jean Pierre Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica. [Online]. Disponible en: http://www.ascane.org/tmp/lecturas/50-59_Jean%20Pierre%20Falret%20y%20la%20construccio.pdf.
9. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Jules Gabriel François Baillarger. [Online]. Disponible en: https://alcmeon.com.ar/19/05_Locdobleforma_buschiazzo.pdf.
10. Emil Kraepelin. [Online]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin

11. CE ZZ. Depresión. [Online]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>.
12. Hernández León ML, Cruz Martínez I, Téllez Veranes T, Rodríguez Fernández MC. Estrés académico en estudiantes de Medicina diagnosticados en la Unidad de Orientación Estudiantil. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368475187007/html/>.
13. Arantxa Santa MM. Salud mental en estudiantes de medicina y su relación con factores socio académicos. [Online]; 2013. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/667959/santa_maria_morales_arantxa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
14. Salazar Flórez JE, Arias Castro CE, Quintero Pinzón D, Velásquez Peláez , Segura Cardona , Giraldo Cardona LS. Salud mental en estudiantes de medicina: un reto más allá del estrés académico. [Online]; 2024. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2024000100005.
15. Sarubbi De Rearte, Castaldo RI. Factores causales del estrés. [Online]; 2013. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/466.pdf>.
16. OPS. Depresión. [Online]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20condici%C3%B3n,la%20probabilidad%20de%20padecer%20de%20depresi%C3%B3n>.
17. OPS. Prevención del suicidio. [Online]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
18. Marco Referencial. [Online]. Disponible en: <https://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/30020/capitulo%203.pdf>.
19. Mental DdPyS. Concepto de Salud Mental y Normalidad. [Online]. Disponible en: <https://psiquiatria.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2024/06/Unidad-1.-Concepto-de-Salud-Mental-y-Normalidad-2.pdf>.
20. Comunidad Madrid. Salud Mental. [Online]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>.
21. La Enciclopedia Libre. Salud mental. [Online]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental.

22. MedlinePlus en español. Salud mental. [Online]; 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>.
23. OPS. Salud Mental. [Online]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>.
24. Leiva Peña, Rubí González, Vicente Parada. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. [Online]; 2021. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8678097/>.
25. Fundación Carmen Pardo Valcarce. Discapacidad intelectual y Salud mental. [Online]. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013833.pdf>.
26. OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. [Online]. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. [Online]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>.
28. Policlínica Metropolitana. Top 5 enfermedades mentales más comunes. [Online]. Disponible en: <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/enfermedades-mentales-mas-comunes/>.
29. Mayo Clinic. Depresión. [Online]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.
30. Coryell. Trastornos depresivos. [Online]; 2023. Acceso <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos> de. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>.
31. Asociación Americana de Psicología (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. [Online]. Disponible en: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>.

32. Cibersam. Ficha Técnica del instrumento PQH-9. [Online]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?ld=239>.
33. Novo Psych. Cuestionario de salud del paciente: depresión (PHQ-9). [Online]. Disponible en: <https://novopsych.com.au/assessments/depression/patient-health-questionnaire-depression-phq-9/>.
34. La Enciclopedia Libre. Examen PHQ-9. [Online]. Disponible en: <https://en.wikipedia.org/wiki/PHQ-9>.
35. Oncology Nursing Society. Cuestionario PQH-9. [Online]. Disponible en: https://www.ons.org/sites/default/files/2017-06/PatientHealthQuestionnaire9_Spanish_0.pdf.
36. La Enciclopedia Libre. Ideación suicida. [Online]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Ideaci%C3%B3n_suicida.
37. Sánchez Echeverri JC. Factores de riesgo relacionados con el pensamiento y conducta suicida en una adolescente. [Online]; 2019. Disponible en: <https://repository.eafit.edu.co/server/api/core/bitstreams/82205e95-8bea-4ab1-bd50-427c35f51fd5/content>.
38. Comunidad Madrid. Depresión y Conducta Suicida. [Online]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/depresion-conducta-suicida>.
39. La Confederación Salud Mental España. La Conducta Suicida. [Online]; 2010. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Laconductasuicida.pdf>.
40. Studocu. Ficha Técnica Desesperanza de Beck. [Online]. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santa-ana/psicologia/ficha-tecnica-de-beck-resumen-psicologia/79498886>.
41. Mikulic IM, Cassullo GL, Crespi MC, Marconi A. Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. [Online]; 2009. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100035.
42. Studocu. Escala de Desesperanza de Beck. [Online]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/escuela-libre-de-psicologia/psicologia/escala-de-desesperanza-de-beck/49822268>.

43. La Enciclopedia Libre. Escala de desesperanza de Beck. [Online]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Hopelessness_Scale#cite_note-Dowd-4.
44. Valdez M. Escala de desesperanza. [Online]; 2022. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/escala-de-desesperanza-251098244/251098244>.
45. Question Pro. ¿Qué es la investigación Descriptiva? [Online]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-descriptiva/>.
46. Question Pro. ¿Qué es un estudio transversal? [Online]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>.
47. Nivel de depresión [Online]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=nivel+de+depresi%C3%B3n&sca_esv=7878407e435a1be3&rlz=1C1ALOY_esSV1124SV1127&sxsrf=AHTn8zqPPUzo2t8CKBdJWidk2Se0ROoyRA%3A1747540792588&ei=OFspaNjTI9iGwbkPyan_iAs&oq=nivel&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiBW5pdmVsKgIIATIEECMYJzIKECMYgAQYJxiKBTIEECMYJzIKEAAYgAQYQxiKBTIKEAAYgAQYQxiKBTIKEAAYgAQYQxiKBTIKEAAYgAQYQxiKBTIKEAAYgAQYQxiKBTIFEAAyGARizjNQpAVY8RxwAngAkaEDmAGeAaAB5BWqAQQwLjlyuAEBByAEA-
48. Manual MSD. Conducta Suicida. [Online]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
49. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. [Online]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

XIII. ANEXOS

Anexo 1: Distribución de las edades de los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.

Distribución por rango de edad de los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.		
EDAD	ESTUDIANTES	PORCENTAJE
20 a 25	16	7.4%
26 a 30	30	83.2%
31 a 35	5	5.8%
36 a 40	2	3.6%

Fuente: Del cuestionario de Google Forms a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Anexo 2: Distribución del sexo en los estudiantes de séptimo año de que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.

Distribución por sexo de edad de los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.		
SEXO	ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Femenino	34	65.4%
Masculino	19	34.6%
Total	53	100%

Fuente: Del cuestionario de Google Forms a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Anexo 3: Distribución del área de trabajo de los estudiantes de séptimo año de que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.

Distribución del área de trabajo de los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía.		
ÁREA DE TRABAJO	ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Medina Interna	34	34%
Cirugía	19	66%
Total	53	100%

Fuente: Del cuestionario de Google Forms a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025.

Anexo 4: Cuestionario para la Salud del Paciente PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Anexo 5: Total de las respuestas (en Porcentaje) de los participantes del Cuestionario PQH-9

Vaciado de resultados del Nivel de Depresión en los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas medicina interna y cirugía.

Número	Niveles de Depresión en los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas medicina interna y cirugía.			
	Ningún día	Varios Días	Más de la mitad de los Días	Casi todos días
1	28.3%	47.8%	13%	10.9%
2	20.8%	50.9%	13.2%	15.1%
3	20.8%	32.1%	20.8%	26.4%
4	15.1%	41.5%	17%	26.4%
5	37.7%	28.3%	24.5%	9.4%
6	18.9%	45.3%	20.8%	15.1%
7	24.5%	43.4%	17%	15.1%
8	49.1%	34%	5.7%	11.3%
9	64.2%	24.5%	3.8%	7.5%
10	45.3%	41.5%	5.7%	7.5%
	TOTAL			
Total	355%	280.8%	142.30%	147.60%

Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Anexo 6: Interpretación de resultados según indica el instrumento PQH-9

Calificación del Cuestionario			
Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3

Fuente: Cuestionario PQH-9

Anexo 7: Interpretación Adaptada de resultados del Cuestionario PQH-9.

Interpretación del puntaje según cuestionario	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión moderadamente severa	Depresión grave
Puntuación de preguntas	1-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Interpretación del puntaje ADAPTADA	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión moderadamente severa	Depresión grave
Puntuación de preguntas	10-40	50-90	100-140	150-190	200-270
Sumatoria de las preguntas	0	10	20	30	

Fuente: Del cuestionario PQH-9 aplicado a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Anexo 8: Escala de Desesperanza de Beck

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 9: Total de las respuestas (en Porcentaje) de los participantes de la Escala de Desesperanza de Beck.

Número de pregunta (La pregunta que supere el 50% se puntura con 1)	Riesgo de Ideación Suicida en los estudiantes de séptimo año que rotan en las áreas medicina interna y cirugía.
	Verdadero
2	17%
4	50.9%
7	24.5%
9	22.6%
11	26.4%
12	24.5%
14	86.8%
16	15.1%
17	45.3%
18	50.9%
20	20.8%
Total	3 puntos


Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck aplicado a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Anexo 10: Total de las respuestas (en Porcentaje) de los participantes de la Escala de Desesperanza de Beck.

Interpretación de puntaje de la Escala de Beck			
Normal o asintomático	Leve	Moderado	Severo
0-3	4-8	9-14	15- 20
70%	10%	10%	10%
Interpretación de Adaptada			
<p>De las preguntas 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 solamente tres preguntas puntúan más del 50% del 100% que equivale a 1 punto.</p>		<p>Por lo cual, esas tres preguntas superan el 50% y tienen el valor de un punto. Entonces, la severidad de desesperanza es de: 3 puntos que son equivalentes al 70%.</p>	

Fuente: De la Escala de Desesperanza de Beck aplicado a estudiantes en Medicina de 7° año, en rotaciones de Medicina Interna y Cirugía de la Universidad de El Salvador en el período enero a marzo 2025. En un cuestionario de Google Forms.

Anexo 11: Documento de Google Forms



CUESTIONARIOS SOBRE LA SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN Y SUICIDIO.

pb08016@ues.edu.sv [Cambiar de cuenta](#)

*Indica que la pregunta es obligatoria

Correo *

pb08016@ues.edu.sv

Siguiente Página 1 de 7 [Borrar formulario](#)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio).
- Formulario de Consentimiento (para autorizar si está de acuerdo en participar).

A. PARTE I: INFORMACIÓN

1). INTRODUCCIÓN

Como estudiantes del séptimo año nos encontramos en la realización de tesis con el nombre de: "Niveles de depresión y severidad de la ideación suicida en médicos internos en las áreas de medicina interna y cirugía en médicos internos que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía de enero 2025." En caso de necesitar más información acerca de la investigación puede escribir, al equipo investigador. Como a la vez, puede tomarse el tiempo que desee para reflexionar si quieren participar o no. Y si

2). PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Esta investigación pretende estudiar el nivel de depresión y severidad de una ideación suicida en los estudiantes de medicina que realizan rotaciones en las áreas de medicina interna y cirugía, siendo áreas de mucha demanda; los estudiantes de medicina desempeñan una labor importante para mejorar la salud de la población. Ya que, en este año de internado, los estudiantes que realizan rotaciones se enfrentan a diferentes situaciones dañando así su salud mental produciéndoles afectaciones que pueden producirles síntomas de depresión e ideas suicidas.

3). TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio **Descriptivo y de corte Transversal**. De tipo **descriptivo** porque, busca, como su propio nombre indica, describir de manera detallada alguna variable relacionada con el estudio, como pueden ser las características de la población, un fenómeno concreto. De **corte transversal** es un estudio de tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido. Por lo que, este medio se determinará el nivel de depresión y severidad de una ideación suicida en estudiantes de medicina que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía. Según el periodo y secuencia del estudio será de tipo transversal debido a que las variables se estudiarán durante un periodo comprendido entre enero y 2025

4). SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Este estudio se realizará a estudiantes del séptimo año de la carrera de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador porque son ellos los que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía y se podrá establecer el nivel de depresión y severidad de ideas suicidas.

5). PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Se hace de conocimiento que la participación en la encuesta es voluntaria y que estén dispuestos a participar en la investigación independientemente si presentaban o no síntomas depresivos o ideación suicida.

6). PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLO

Las pruebas que se utilizarán son: el Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9 donde le pediremos su colaboración será de responder a 10 preguntas. A cada uno de los enunciados tendrán 4 opciones de respuestas y deberá responder como se siente. Y la Escala de Desesperanza de Beck donde le pediremos su colaboración respondiendo a unos enunciados expresando si es Falso o Verdadero y según su sentir.

7). CONFIDENCIALIDAD

Anexo 12: Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA DOCTORADO EN MEDICINA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información sobre el estudio).**
- **Formulario de Consentimiento (para autorizar si está de acuerdo en participar).**

PARTE I: INFORMACIÓN

1). INTRODUCCIÓN

Como estudiantes del séptimo año nos encontramos en la realización de tesis con el nombre de: “Niveles de depresión y severidad de la ideación suicida en médicos internos en las áreas de medicina interna y cirugía en estudiantes de medicina que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía de enero 2025.” En caso de necesitar más información acerca de la investigación puede escribir, al equipo investigador. Como a la vez, puede tomarse el tiempo que desee para reflexionar si quieren participar o no. Y si en el desarrollo de la encuesta si no entiende alguna de las palabras o conceptos, tenga la confianza de consultar.

2). PRÓPOSITO

Esta investigación pretende estudiar el nivel de depresión y severidad de una ideación suicida en los estudiantes de medicina que realizan rotaciones en las áreas de medicina interna y cirugía, siendo áreas de mucha demanda; los estudiantes de medicina desempeñan una labor importante para mejorar la salud de la población. Ya que, en este año de internado, los estudiantes que realizan rotaciones se enfrentan a diferentes situaciones dañando así su salud mental produciéndoles afectaciones que pueden producirles síntomas de depresión e ideas suicidas.

3). TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio **Descriptivo y de corte Transversal**. De tipo **descriptivo** Porque, busca, como su propio nombre indica, describir de manera detallada alguna variable relacionada con el estudio, como pueden ser las características de la población, un fenómeno concreto. De **corte transversal** es un estudio de tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido. Por lo que, este medio se determinará el nivel de depresión y severidad de una ideación suicida en estudiantes de medicina que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía. Según el periodo y secuencia del estudio será de tipo transversal debido a que las variables se estudiarán durante un periodo comprendido entre enero y 2025.

4). SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Este estudio se realizará a estudiantes del séptimo año de la carrera de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador porque son ellos los que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía y se podrá establecer el nivel de depresión y severidad de ideas suicidas.

5). PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Se hace de conocimiento que la participación en la encuesta es voluntaria y que estén dispuestos a participar en la investigación independientemente si presentaban o no síntomas depresivos o ideación suicida.

6). PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLO

Las pruebas que se utilizarán son: el Cuestionario para la salud del Paciente PHQ-9 donde le pediremos su colaboración será de responder a 10 preguntas. A cada uno de los enunciados tendrán 4 opciones de respuestas y deberá responder cómo se siente. Y la Escala de Desesperanza de Beck donde le pediremos su colaboración respondiendo a unos enunciados expresando si es Falso o Verdadero y según su sentir.

7). CONFIDENCIALIDAD

Toda información que brinde en la investigación será confidencial y dentro de lo permitido por las leyes y regulaciones pertinentes, no estarán a disposición pública. **Si se publican los resultados del estudio, la identidad del sujeto será confidencial.**

8). DERECHO DE NEGARSE O RETIRARSE

La participación la **puede rechazar su participación o abandonar el estudio sin penalización** en el momento que desee.

En caso de necesitar obtener información o surgiera algún inconveniente puede consultar a cualquiera de los siguientes contactos (equipo investigador):

- Brenda Verónica Guerrero Ramos. GR12082
- Eduardo David Vásquez Hernández. VH13012

Este formulario ha sido revisado y aprobado por el COMITÉ DE ÉTICA, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se proteja de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, esta es su información de contacto.

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Título de la Investigación: “Niveles de depresión y severidad de la ideación suicida en médicos internos en las áreas de medicina interna y cirugía en estudiantes de medicina médicos internos que rotan en las áreas de medicina interna y cirugía de enero 2025”

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

SI ACEPTO

NO ACEPTO