



SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudiante: Estefania Pereira: 4.893.200-5

Tutor: Dr. Lisandro Vales

Revisora: Dra. Rossana Perrone

Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Montevideo, 31 de octubre de 2023

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
<u>Capítulo 1. Fundamentación y antecedentes</u>	4
1.1. Fundamentación.....	4
1.2. Antecedentes.....	6
<u>Capítulo 2. Marco conceptual</u>	9
2.1 Definición y clasificación de la depresión	9
2.2 Etiología y epidemiología de la depresión.....	10
2.2.1. Etiología de la depresión.....	11
2.2.2. Epidemiología de la depresión.....	12
<u>Capítulo 3. Problemas y preguntas de investigación</u>	13
3.1. Problemas de investigación.....	13
3.2. Preguntas de investigación.	15
3.2.1. Hipótesis de investigación.....	15
<u>Capítulo 4. Objetivos generales y específicos</u>	15
4.1. Objetivos generales.....	15
4.2 Objetivos específicos.....	15
<u>Capítulo 5. Metodología</u>	15
5.1. Diseño de investigación.....	15
5.2. Población y muestra de estudio.....	16
5.3. Validación de la herramienta y confiabilidad del instrumento.....	17
5.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	18
<u>Capítulo 6. Cronograma de ejecución</u>	19

<u>Capítulo 7. Consideraciones éticas</u>	20
<u>Capítulo 8. Resultados esperados y plan de difusión</u>	20
8.1. Resultados esperados	20
8.2. Plan de difusión.....	22
<u>Referencias bibliográficas</u>	23
<u>Anexos</u>	26

Resumen

La depresión es un trastorno de salud mental común que afecta a millones de personas en todo el mundo, lo que constituye un problema de salud por su alta prevalencia. Los síntomas que se presentan tienen en común la presencia de ánimo triste o irritable, dificultad en la concentración, acompañado de cambios somáticos y cognitivos, sentimientos de culpa, baja autoestima, pensamientos de muerte o suicidio. Puede afectar significativamente a cualquier persona en todos los ámbitos de la vida, en sus relaciones de amistad, personales o dentro de su comunidad, incidiendo más en mujeres que en hombres. El objetivo de esta investigación es analizar la prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes que ingresan a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La modalidad será un proyecto de investigación cuantitativo, transversal con diseño descriptivo, a través de la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI-II) como instrumento de medición, acompañado de la creación de un cuestionario sociodemográfico, se realizará el análisis de las variables encontrando relaciones, si las hay, causales entre las características de los estudiantes que comienzan su vida universitaria.

Palabras claves: *depresión, estudiantes de psicología, universidad, sintomatología depresiva, inventario de depresión de Beck.*

Abstract

Depression is a common mental health disorder that affects millions of people worldwide, constituting a significant health issue due to its high prevalence. The symptoms that manifest typically include a persistent sad or irritable mood, difficulty concentrating, accompanied by somatic and cognitive changes, feelings of guilt, low self-esteem, and thoughts of death or suicide. It can significantly impact individuals in various aspects of life, such as friendships, personal relationships, or within their community, with a higher incidence in women than in men. The objective of this research is to analyze the prevalence of depressive symptoms in students entering the Faculty of Psychology at the University of the Republic. The research will take the form of a quantitative, cross-sectional study with a descriptive design. The Beck Depression Inventory (BDI-II) will be employed as a measurement instrument, accompanied by the creation of a sociodemographic questionnaire. The analysis of variables will aim to identify any causal relationships, if present, between the characteristics of students as they embark on their university life.

Keywords: *Depression, Psychology students, University, Depressive symptoms, Beck Depression Inventory.*

Capítulo 1. Fundamentación y antecedentes

1.1. Fundamentación

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). Afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial 280 millones de personas aproximadamente tienen depresión, es distinta a las alteraciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves que se dan a los problemas de la vida cotidiana, pudiéndose convertir en un problema de salud serio si es recurrente. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y en el peor de los casos llevar al suicidio. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Según La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) la depresión ha sido una de las enfermedades mentales con más incidencia en el mundo en los últimos años, viéndose incrementada debido a la emergencia sanitaria por covid-19, en consecuencia, aumentando la posibilidad de desarrollar algún tipo de trastorno mental, afectando en el primer año de emergencia sanitaria por covid-19 la prevalencia mundial de tener ansiedad y depresión en un 25%.

En las Américas, según la OPS/OMS (2017) la depresión afecta a todas las personas sin discriminar edad o raza e interfiere con su capacidad para ganarse la vida, afectando así su autoestima. Es una enfermedad tratable y se puede superar si se realiza un tratamiento adecuado. Uno de los obstáculos que tiene esta enfermedad mental son los prejuicios y discriminación que experimentan las personas que la padecen junto al estigma que genera tener un trastorno de salud mental.

(...) Se entiende por salud mental, un estado de bienestar en el cual la persona, consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley N°19.529, 2017). (Plan de Salud Mental 2020-2027, p. 15)

Esta investigación busca poner el foco en el cuidado de la salud mental de los estudiantes de la Facultad de Psicología, conocer las causas concomitantes y la sintomatología depresiva nos permitirá tener indicadores para su clasificación, prevención y detección temprana, ante uno de los trastornos mentales más comunes en nuestro país y el mundo que afecta a millones de personas.

En Uruguay en respuesta a la emergencia sanitaria por covid-19, gracias a la colaboración entre el sector sanitario y académico, la Academia Nacional de Medicina (ANM) apoyó la toma de decisiones para atender los posibles efectos negativos en salud mental que podía producir el aislamiento social, por eso desarrollaron la llamada línea de apoyo emocional (0900 1920) para los sectores más vulnerables y todos los pedidos de apoyo psicológico. Comenzó a funcionar un mes y un día después de declarada la emergencia sanitaria el 14 de abril de 2020 (Bagattini, et al. 2020).

Esta línea es un recurso muy valioso para toda la sociedad uruguaya y puede ser utilizada como un recurso fundamental para los estudiantes de psicología que necesitan ayuda psicológica, se debería promocionar su existencia, funcionamiento e incentivar su uso. Además, cuenta con un software para que las llamadas recibidas se puedan derivar directamente al 911 (emergencias de todo tipo) y también a las otras líneas de ayuda tales como la Línea VIDA (para riesgo de suicidio) y la Línea de atención a usuarios de drogas y familiares. Dentro de los motivos de consulta en nuestro país, como lo que sucedió en otros países del mundo, se reportaron síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, de soledad y aislamiento que llevaron a la necesidad de escucha y orientación.

“En el marco de una estrategia institucional, el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA), en el marco del Convenio ASSE-Asistencia Integral/Udelar/Facultad de Psicología, se propuso ofrecer un dispositivo de atención en crisis que pudiera dar respuesta inmediata a todos los trabajadores de la salud y sus núcleos familiares” (Bagattini, et al. 2020, p.120)

Implementar este dispositivo de atención inmediata dentro de una estrategia institucional que tenga como objetivo brindar ayuda psicológica a todos los estudiantes de psicología que así lo requieran, es una estrategia que se podría llevar a cabo a través de un convenio con el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA).

Otra estrategia gratuita para la asistencia psicológica en respuesta a la emergencia sanitaria por covid- 19, se llevó a cabo en la Facultad de Psicología, donde se ofreció atención

por parte de estudiantes avanzados, contando con el apoyo de docentes de la Facultad. Esta misma estrategia puede ser implementada para los propios estudiantes de psicología como primer contacto, para ofrecer una primera escucha y contención. Habría que desarrollar un plan de atención que contemple luego una adecuada derivación.

1.2. Antecedentes

Este proyecto de investigación se desarrolla y fundamenta a partir de una búsqueda de trabajos precedentes tanto en Uruguay como en América Latina. Pretende intervenir en un campo que ya viene siendo estudiado en otros países y contextos psicosociales.

(...) la depresión continúa ocupando la principal posición entre los problemas de salud mental prevalentes, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se estima que en 2015 la prevalencia de trastornos depresivos en la Región de las Américas fue entre 4% en hombres y casi 6% en mujeres. (...) En Uruguay la discapacidad por enfermedades no transmisibles ocupa casi el 90% del total de los ADP (años perdidos por discapacidad) y los TM (trastornos mentales) el 33%. Considerando la discapacidad por trastornos específicos, la depresión y ansiedad son los que ocupan los mayores porcentajes 7,6% y 5,2% respectivamente. (Plan de Salud Mental 2020-2027, p. 15 y 16)

Según el Plan de Salud Mental (2020-2027) los datos hospitalarios codificados por la CIE-10 (OMS) advierten que cada año en nuestro país se producen aproximadamente 12.500 internaciones por diagnósticos de salud mental, siendo las primeras cinco causas de internación los episodios depresivos, representando el 18,5% del total de egresos por problemas de salud mental.

El estudio más reciente realizado en Uruguay sobre la prevalencia de la depresión en estudiantes universitarios mostró que las cifras fueron muy elevadas en comparación con cifras de otras investigaciones de población en general e investigaciones universitarias de la región. Se llevó a cabo en estudiantes de la facultad de medicina de la UDELAR en el año 2022, en una muestra que alcanzó a 2215 estudiantes que fueron quienes respondieron la encuesta electrónica, representando el 25% de los convocados. Los datos demostraron que la prevalencia de depresión en esta población fue de un 64,2%, correspondiendo a un 20,3% depresión leve, 24,5% moderada y 19,4% severa. Teniendo en cuenta la depresión moderada y severa su prevalencia es del 43,9%. Predominó la depresión en el sexo femenino en un 79,5%

sobre el sexo masculino, dato esperable en comparación con las cifras poblacionales mundiales y la moda para la edad fue de 23 años para la muestra (Pérez, et al. 2022).

Dentro de sus objetivos específicos uno de ellos era estudiar la presencia de ideas de muerte en los estudiantes. El 30,9% de los encuestados respondieron *he tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría* y una suma de 3,7% entre los que contestaron *qué querría matarme y me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo*. Esta investigación en estudiantes de la facultad de medicina de la UDELAR demostró que más de la mitad de la muestra analizada presenta puntajes compatibles con el padecimiento de depresión según las técnicas utilizadas (Pérez, et al. 2022).

En la Universidad Católica de Pereira en Colombia, se realizó una investigación en una muestra de 80 estudiantes de Psicología con el objetivo de identificar cual es la relación que existe entre la depresión y la adicción a las redes sociales. Las edades se ubican entre los 16 y los 30 años, encontrándose la media en los 22,5 años. Las plataformas de medios sociales se han convertido en una herramienta comúnmente utilizada por los adolescentes para interactuar entre ellos, lo que aporta diversas ventajas para quienes las emplean y al mismo tiempo, también conllevan una serie de amenazas que pueden afectar la salud mental, como la aparición de la depresión y sus consecuencias para aquellos que las utilizan de forma frecuente, llegando al punto de desarrollar una posible adicción. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron un cuestionario ad-hoc, el Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales (ARS) y el Inventario de Depresión De Beck (BDI-2). El 59% de los estudiantes de la muestra presentó un nivel de depresión mínima, el 18% una depresión leve, el 14% depresión moderada y el 9% una depresión grave. Se observó que hay una relación positiva entre el uso excesivo de las redes sociales y un aumento en los niveles de depresión, lo que sugiere que un mayor número de síntomas depresivos está asociado con un mayor riesgo de desarrollar una adicción a estas plataformas (Tangarifey, 2021).

En la Universidad del Cono Sur de las Américas en Asunción, Paraguay, se realizó una investigación de tipo descriptivo-correlacional con el objetivo de describir la prevalencia de ansiedad y depresión, además de la relación con los rasgos de personalidad en una muestra compuesta por 69 estudiantes de psicología, aplicando los instrumentos el Test de Depresión de Zung (1965), Test de Ansiedad de Zung (1971) y el Inventario de Personalidad de Diez Ítems TIPI de Gosling (2003), seleccionados en el periodo 2011-2016. Los resultados de esta investigación con respecto a la ansiedad y depresión comprueban que está presente en un 17% y 22% respectivamente, y los valores muestran que es mayoritario en mujeres que en

hombres. Este valor fue superior a lo esperado con respecto a la población general. La representación de la muestra fue mayoritaria en adultos jóvenes en comparación con adultos medios (Ruiz, et al. 2017).

Dos estudios realizados en nuestro país sobre síntomas depresivos, uno en el año 1998 y el otro en el año 2008, mostraron un incremento en la prevalencia de la depresión pasando de un 16% a un 18 % en mujeres y de un 6% a un 11 % en hombres, siendo más prevalente su presencia en mujeres cómo lo es en comparación con la población mundial. En el periodo 1999-2000 un estudio realizado en el Hospital de Clínicas por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (Udelar), comprueba qué en nuestro país una de las patologías mentales más frecuentemente tratada era la depresión (Almada, et al. 2014).

La investigación realizada en pacientes del del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela (Almada, et al. 2014) para saber cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna, se llevó a cabo a través de una encuesta realizada a todos los pacientes consultantes de las policlínicas y se les aplicó el inventario de depresión de Beck. Su resultado fue una alta prevalencia de pacientes identificados cómo deprimidos con un valor del 22,2%. Comparando esas cifras con los valores según el DSM-5 para la población general, son superiores, teniendo en cuenta que en mujeres es del 5 a 9 % y en hombres de 2 a 3 %, superando también los valores de la investigación antes mencionada en nuestro país en el año 2008.

En el año 2007, en la investigación Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, se utilizó una muestra representativa formada por 500 estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de las carreras Ciencias de la salud, Humanidades, Ciencias básicas, Ciencias empresariales, Ingenierías, distribuidos por género y por bloque académico, utilizando el instrumento de la escala HADS. En 219 estudiantes mujeres los resultados para depresión fueron de 15,35% (depresión leve), 3,45% (depresión moderada) y 0.70% (severa), frente a un 5,30 % (depresión leve), 2,30% (depresión moderada) y 0.50% (severa) en 281 estudiantes varones. Los valores promedios para ansiedad fueron de 9,25 en mujeres frente a 8,97 en hombres. La depresión y la ansiedad se manifiestan con mayor intensidad en mujeres que en varones (Riveros, et al. 2007).

La investigación realizada en Colombia, sobre la Caracterización de la depresión en jóvenes Universitarios estudiantes de las carreras de pregrado de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali, arrojó los resultados a partir de una muestra conformada por 218 jóvenes (135

mujeres y 83 hombres) entre los 16 a 35 años. Se confirma la presencia de depresión según los instrumentos utilizados como la Escala de Auto aplicada para la Depresión de Zung, donde se encontró que el 25% de la muestra se ubicó en algún nivel de depresión y de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck se ubicó en un 30,3%, distribuidos en depresión leve 22,9%, depresión moderada 6% y depresión severa 1,4%. En los tres niveles de depresión evaluados se presenta la planeación suicida y el 100% de los jóvenes ubicados en el nivel de depresión severa ya habían tenido un intento de suicidio. En cuanto al estrato socioeconómico, la relación entre depresión y las características sociodemográficas muestra que mientras mayor es el nivel de depresión, menor es el estrato socioeconómico al que pertenecen los jóvenes. Se pudo constatar, que los jóvenes que presentaban algún nivel de depresión ya habían experimentado algún episodio depresivo en el pasado. Según el género para los dos instrumentos, la presencia de depresión en las mujeres fue significativamente mayor (Arrivillaga, et al. 2004).

Dado que los datos pueden verse afectados por la falta de equilibrio de género en la muestra, es recomendable buscar evidencia adicional antes de tomar decisiones o hacer afirmaciones basadas en estos datos. Puede ser que ciertos patrones o relaciones sean válidos y relevantes a pesar de la desproporción. Además, se debe considerar el contexto y las posibles implicaciones de la desigualdad de género en la muestra para evitar conclusiones sesgadas o inapropiadas. El grupo mayoritario de edad en las muestras fue en adultos jóvenes y media de edad de 22,5 y 23 años. La posible relación entre la sintomatología depresiva y los estudiantes que cursan la Facultad de Psicología es algo que aún no está cuantificado en Uruguay. Debido a esta carencia de información se vuelve una dificultad la creación de estrategias de detección precoz adecuadas para la población específica que se pretende estudiar. Es de interés para esta investigación que los estudiantes puedan transitar sus estudios alcanzando su mejor rendimiento académico para poder insertarse de una manera exitosa al campo laboral.

Capítulo 2. Marco conceptual

2.1 Definición y clasificación de la depresión

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia) el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica,

otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (DSM-5. American Psychiatric Association [APA], 2014).

Estos trastornos según el DSM-5 (2014) tienen en común la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. En el trastorno depresivo mayor los episodios están determinados por al menos dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto y la cognición, entre otros y se debe considerar especial diferencia a la tristeza normal y a la tristeza del episodio depresivo mayor. Otro diagnóstico más crónico de depresión es el trastorno depresivo persistente (distimia), que es cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Cuando se asocian varias sustancias de abuso y afecciones médicas el diagnóstico se conoce como el trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Durante un episodio depresivo los síntomas que se presentan incluyen dificultad en la concentración, sentimientos de culpa, baja autoestima, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio o de falta de energía. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas como el desempleo, luto o eventos traumáticos, tienen más probabilidades de sufrir depresión (OMS 2023).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2019) la depresión se incluye entre los trastornos de estado de ánimo. Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, por la presencia de tristeza, irritación, sensación de vacío o pérdida de placer que va acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar. Los episodios depresivos se pueden clasificar en trastorno depresivo de episodio único, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico, trastorno mixto de depresión y ansiedad, otros trastornos depresivos especificados y trastornos depresivos, sin especificación.

2.2. Etiología y epidemiología de la depresión

La depresión puede afectar a cualquier persona de igual forma incluso a quienes parecen vivir en circunstancias relativamente ideales. Es posible que los latinos nos enfrentemos a barreras del sistema y de las instituciones, las cuales inciden en el riesgo de padecer el trastorno, como las barreras culturales, lingüísticas y financieras para acceder a

diagnósticos y recursos de salud, además qué se busca menos ayuda (American Psychiatric Association, 2020).

2.2.1. La etiología de la depresión

El trastorno depresivo se conoce cómo multifactorial y comprende al menos tres vías qué llevan a desarrollar esta patología. Es una combinación entre los factores biológicos, genéticos y psicosociales (Piñar, et. al. 2020).

Factores genéticos

Se ha demostrado que las diferencias en determinadas sustancias químicas del cerebro pueden contribuir para desarrollar los síntomas de la depresión (APA 2020). Estudios realizados a familias han demostrado qué los familiares de primer grado en individuos con depresión tienen mayor riesgo de padecer depresión de 2 a 3 veces en algún momento de sus vidas, en comparación a individuos qué no tienen antecedentes familiares (Teruel, 2015; Thapar et al., 2012, como se citó en Batista, 2022).

En relación a los factores químicos, las alteraciones en las vías de los neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina, glutamato y serotonina son las que tienen relación con la fisiopatología de la depresión, en especial la serotonina en el cual se ha visto qué cualquier alteración de secreción o absorción se relaciona con la esquizofrenia y depresión, etc (Tortero, 2015, cómo se citó en, Restrepo, 2017).

Tener antecedentes familiares de depresión puede aumentar la probabilidad de desarrollarla, cómo por ejemplo en el caso de los gemelos idénticos, sí uno tiene depresión existe la evidencia qué en un 70% el otro tiene posibilidades de desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida (APA, 2020). La herencia familiar incide cuando un padre tiene un trastorno de ánimo, debido a que el riesgo qué su hijo lo presente también es del 10 al 25%, y sí ambos padres lo presentan es el doble de riesgo (Piñar, et. al. 2020).

Factores ambientales

Existen una serie de factores ambientales que se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar depresión, entre ellos la exposición constante a la violencia, al abandono, a eventos traumáticos cómo el abuso físico o emocional, o la pobreza, puede hacer que algunas personas sean más vulnerables al desarrollo de la depresión (APA, 2020).

Factores psicológicos

Algunos factores psicológicos, como tener baja autoestima, personalidad pesimista o abrumarse ante el manejo del estrés, aumentan las probabilidades de sufrir depresión (APA, 2020). Es importante tener en cuenta que la depresión es una afección compleja y cada caso puede ser único. La interacción entre estos diferentes factores puede variar de una persona a otra y no todas las personas expuestas a los mismos factores desarrollarán depresión. Haber experimentado eventos traumáticos estresantes en la niñez no siempre llevan al desarrollo de un trastorno depresivo mayor. En casos con redes de apoyo positiva disminuye el riesgo de presentarla, representando el 48% de las personas que sufren eventos importantes durante su desarrollo (Piñar, et. al. 2020).

Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo asociados con la sintomatología depresiva, cómo las comorbilidades y aspectos psicosociales, sin embargo, en múltiples estudios se resaltan factores de riesgo comunes que incluyen enfermedad médica concomitante, eventos de vida adversos, rasgos de personalidad, antecedente de enfermedad mental, entre otros (Piñar, et. al. 2020).

2.2.2. La epidemiología de la depresión

En el trastorno depresivo se puede identificar cómo grupo de alto riesgo a las mujeres, en las cuales la prevalencia de la depresión es un 50% aproximadamente más frecuente en comparación con los hombres y en todo el mundo más del 10% tanto de embarazadas cómo mujeres qué acaban de dar a luz experimentan depresión. Una de las consecuencias de este trastorno mental se ve reflejado en los suicidios. Cada año se registran que mueren más de 700.000 personas a causa de suicidios en el mundo (OMS, 2023).

La prevalencia de la depresión en todo el mundo fue aumentando con los años, llegando a lo largo de la vida a cifras en países desarrollados del 18% y en países en vías de desarrollo es de 9,2%. Su presentación se estima qué es del doble en mujeres qué en hombres pudiendo afectar a personas de todas las edades. Estudios realizados indican qué se presenta mayormente en adultos jóvenes y luego pasa a manifestarse en adultos mayores debido a su asociación con otros factores de riesgo cómo múltiples comorbilidades, aumentando así las probabilidades de padecer depresión (Piñar, et. al. 2020).

La depresión puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectando la capacidad para llevar a cabo actividades diarias, trabajar, mantener relaciones saludables y disfrutar de la vida en general. Es una de las enfermedades más incapacitantes del mundo, aumentando el riesgo de suicidio y otras causas de muerte, por eso debería ser abordada de manera precoz (Piñar, et. al. 2020).

En suma, la epidemiología de la depresión es un campo vital para comprender la magnitud y los factores que influyen en esta enfermedad.

Capítulo 3. Problemas y preguntas de investigación

3.1. Problema de investigación

Según la APA (2020) la depresión afecta aproximadamente a uno de cada 15 adultos por año y una de cada seis personas experimentará depresión en algún momento de su vida. Puede ocurrir en cualquier momento, pero aparece en promedio entre los últimos años de la adolescencia y alrededor de los 25 años. Las mujeres son más propensas a sufrir depresión que los hombres, estimándose según algunos estudios que un tercio de las mujeres tendrá un episodio de depresión mayor en su vida. Cuando los familiares de primer grado (padres, hijos o hermanos) tienen depresión, el factor hereditario influye en un 40% aproximadamente de los casos.

Para la OMS (2023) la depresión es un trastorno mental común que implica un estado de ánimo deprimido, perdiendo así el interés o el placer por actividades durante largo periodos de tiempo. Puede afectar a cualquier persona en todos los ámbitos de la vida, en sus relaciones de amistad, personales o dentro de su comunidad, siendo más propensas las personas que han vivido situaciones de abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes, pudiendo llevar al suicidio.

En Uruguay se ha evaluado la frecuencia de la depresión en una investigación realizada a los pacientes que consultaron en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Se pudo constatar que la depresión es una de las enfermedades con mayor prevalencia y es una causa importante de mortalidad debido a su vinculación con el suicidio, existiendo también una vinculación con las enfermedades médicas. Esta patología es la causa del 64% de los suicidios y un 15 % de los pacientes con un episodio depresivo mayor severo comete suicidio (Almada, et. al. 2014).

Como la depresión puede llevar al suicidio se convierte en una problemática aún más compleja a investigar. En nuestro país según la noticia publicada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) el pasado 17 de julio, en el día nacional para la prevención del suicidio en Uruguay, se informa que a pesar que los análisis internacionales caracterizan a Uruguay cómo uno de los países de América Latina más seguros y felices, la tasa de suicidios local dobla el promedio de la región. Las causas del suicidio se pueden deber a fenómenos multifactoriales en donde intervienen varios aspectos estructurales, sociales, biológicos y personales. En nuestro país desde los años 90 su aumento ha sido sostenido (MSP, 2023).

La franja etaria de la tasa de mortalidad por suicidio aumenta en nuestro país entre los 25 y 29 años con 31.6 muertes cada 100.000 habitantes. En la emergencia sanitaria por covid-19 la tasa de mortalidad por suicidio registró en Uruguay un aumento, en el año 2021 fue del 21.6 y siguió en aumento en el año 2022 llegando al 23.2 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes, representando un total de 823 fallecimientos en el año (MSP, 2023).

La sintomatología depresiva está asociada a múltiples factores. Datos recabados en una investigación realizada acerca de la depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja, arrojó que los resultados de violencia doméstica contra la mujer en Montevideo son del 28,9%, correspondiendo a un 25,3% de violencia psicológica, el 7,5% de violencia física y el 7,0% de violencia sexual. Resultando ser la depresión uno de los problemas de salud mental más frecuente que surge del padecimiento de la violencia de pareja (VP). La frecuencia de depresión es significativamente mayor en víctimas de (VP) a la encontrada en personas que no han estado expuestas a (VP) (Llosa y Canetti, 2019).

Otra de las conductas asociadas a esta violencia doméstica es la ideación suicida, que abarca el intento de autoeliminación, pasando por el para suicidio, hasta llegar al suicidio consumado (Canetti, 2017, cómo se citó en Llosa y Canetti, 2019).

El parasuicidio es un comportamiento perjudicial hacia uno mismo que simula ser suicidio, pero carece de la firme intención de morir, aunque podría resultar en la pérdida de vida por accidente o descuido. Se trata de una señal de alerta, llamada de atención, que puede manifestarse como una conducta impulsiva o autodestructiva (Real Academia Nacional de Medicina de España, 2012).

En el Informe Generación de Ingreso 2022, del Programa de Renovación de la Enseñanza (2022) en la Facultad de Psicología, se registró el ingreso de 2373 estudiantes nuevos, representando el 78,8% de los estudiantes que completaron el formulario según los

datos de la generación de ingreso proporcionados por bedelía de la Facultad. Su media de edad es de 25,2 años, el 75.3% de los estudiantes que ingresan tienen entre 17 y 29 años y la distribución de estudiantes según el género alcanzó el 76,4% de la feminización siendo las $\frac{3}{4}$ partes de la generación, tendencia histórica en nuestra Facultad como en toda la Udelar.

Esta información como punto de referencia nos permite comparar las cifras regionales y reflexionar sobre la importancia de indagar la sintomatología depresiva en el proceso de formación de estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología, teniendo en cuenta que la mayor prevalencia de depresión a nivel mundial se manifiesta en mayor medida en los últimos años de la adolescencia y los 25 años y se da en mayor porcentaje en mujeres que en hombres, podemos estudiar su relación con los estudiantes de ingreso, teniendo como referencia la información de la última generación de ingreso 2022 en donde la media de edad fue de 25,2 años con un porcentaje que superó los tres tercios en ingresos de mujeres.

3.2. Preguntas de investigación

¿Por qué indagar la sintomatología depresiva en el proceso de formación de estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología?

Teniendo en cuenta los elementos mencionados, se plantean interrogantes que se desprenden del análisis de los datos recabados: ¿cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva en los estudiantes de la Facultad de Psicología? ¿Se asemeja a las estadísticas encontradas en los países de la región? ¿Será igual su prevalencia como a nivel mundial, con cifras mayores en mujeres que en hombres? ¿La edad predominante será en los últimos años de la adolescencia y alrededor de los 25 años como arrojan las estadísticas mundiales?

3.2.1. Hipótesis de investigación

Se estima que la sintomatología depresiva tendrá un alto porcentaje en los estudiantes de la Facultad de Psicología. Esta afirmación se desprende del análisis de las estimaciones nacionales y mundiales de su incidencia, de su etiología y epidemiología.

Capítulo 4. Objetivos generales y específicos

4.1. Objetivo general:

- Analizar la prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes que ingresan a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República

4.2. Objetivos específicos:

- Observar la sintomatología depresiva (SD) en estudiantes que ingresan a la Facultad de Psicología.
- Analizar la SD según la edad y el género.
- Estudiar la relación de la SD en estudiantes de psicología de la UDELAR, con las cifras encontradas en las universidades de los países de la región.

Capítulo 5. Metodología

5.1. Diseño de investigación

La modalidad será un proyecto de investigación cuantitativo y transversal con diseño descriptivo. El enfoque cuantitativo implica emplear la recopilación de datos con el propósito de verificar hipótesis mediante la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de identificar tendencias en el comportamiento y corroborar teorías. Los diseños transversales descriptivos buscan explorar cómo se manifiestan diferentes modalidades o niveles de una o varias variables en una población. El proceso implica identificar grupos de personas u otros elementos como seres vivos, objetos o situaciones en una o más variables, con el propósito de ofrecer una descripción detallada. Estos estudios son fundamentalmente descriptivos y, en caso de plantear hipótesis, estas también se centran en describir (por ejemplo, predecir valores específicos o cifras) (Hernández, et. al. 2010). Esta modalidad fue elegida para poder generalizar los resultados encontrados y confirmar o predecir los fenómenos investigados.

Para llevar a cabo la realización de las técnicas se establece cómo criterio de exclusión que la persona esté atravesando por un duelo desde las últimas dos semanas incluido el día en que se le aplican los cuestionarios, para ser consistente con los criterios del DSM-5 de depresión mayor. Se aplica este criterio porque la depresión es diferente de la tristeza, la aflicción o el duelo, y es normal que ante la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo o la finalización de una relación surjan sentimientos de tristeza como respuesta a esas situaciones adversas. Es por eso que estar triste no es lo mismo que tener depresión (APA, 2020).

5.2. Población y muestra de estudio

La población de estudio será seleccionada entre los estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología que deseen participar de forma voluntaria y anónima de la investigación.

Se llamará a participar a los estudiantes de la generación de ingreso, ciclo inicial, semestre impar, que al momento de aplicar las técnicas, estén matriculados en al menos una materia de la carrera. Su muestra será representativa de la cantidad de estudiantes que acepten participar de la misma. Las invitaciones y los formularios de consentimiento informado se enviarán por correo electrónico. Esta convocatoria se llevará a cabo antes de que finalice el segundo semestre del mismo año de ingreso.

La elección de esta población de estudiantes se basa en los datos recabados y expuestos anteriormente en donde las investigaciones señalan que a nivel mundial se da un aumento del trastorno depresivo en los adultos jóvenes que se encuentran en los últimos años de la adolescencia y alrededor de los 25 años, manifestándose mayoritariamente en mujeres que en hombres. La población de estudios comparte estas características en la media de edad de la última generación de ingreso 2022 fue de 25,2 años y la feminización alcanzó el 76,4% del total de los estudiantes.

De la investigación sobre la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Udelar, se pudo constatar que los estudiantes que cursan el primer trienio de la carrera tienen 1,32% más posibilidades de estar deprimidos, habiendo más correlación entre la depresión y los estudiantes que cursan los primeros años de la carrera (Pérez, et al. 2022).

El objetivo es conocer cómo se relaciona la sintomatología depresiva con la población seleccionada a través de la aplicación de técnicas pertinentes que nos permitirá su detección y análisis de las variables encontrando relaciones, si las hay, causales entre las características de los estudiantes que comenzaron sus estudios en la Facultad de Psicología.

5.3. Validación de la herramienta y confiabilidad del instrumento

Para la recolección de datos se va a utilizar la adaptación del inventario de depresión de Beck versión argentina 2006 (BDI-II). Debido a sus características, como la calidad de sus mediciones, su facilidad y rapidez en la administración, y su precisión para detectar síntomas depresivos de acuerdo con los estándares del DSM-IV, esta evaluación es una herramienta valiosa tanto para psicólogos, psiquiatras como neurólogos, ya que les permite identificar de manera eficaz y rápida posibles casos de depresión (Brenlla, M. E, Rodríguez, C. M. 2006).

Los resultados obtenidos sugieren que la versión argentina del *Inventario de Depresión de Beck-II* cumple con los estándares psicométricos necesarios para ser utilizada de manera

efectiva en nuestro medio. Se ha demostrado la consistencia interna y la confiabilidad en la repetición de las pruebas del BDI-II en muestras de pacientes externos, individuos de la población en general y estudiantes universitarios. Además, se han obtenido pruebas de su validez tanto en términos de su relación con otras medidas (validez convergente y discriminante) como en su estructura interna (validez factorial). Asimismo, se ha verificado que el BDI-II es eficaz para identificar adecuadamente a pacientes con trastornos mentales, y los puntos de corte propuestos por Beck y colaboradores en 1996, son adecuados para distinguir los diferentes niveles de depresión (Brenlla, M. E, Rodríguez, C. M. 2006).

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones que son preguntas cerradas, donde cada una tiene un puntaje de 0- 3. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Las 21 afirmaciones indagan entre otras, tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño y el apetito, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o Fatiga, etc.

Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta.

Se llevará a cabo la creación de un cuestionario sociodemográfico mediante la plataforma Google Forms, con el objetivo de analizar la asociación entre variables independientes, que nos permitirá su posterior análisis junto a la otra herramienta utilizada.

La aplicación del cuestionario sociodemográfico se realizará utilizando la herramienta de Google Forms, de forma colectiva, autoadministrada y anónima. Se enviará a cada participante un enlace a su correo electrónico para que puedan acceder al formulario y completarlo. Se les asignará un número aleatorio como referencia en el formulario, que se utilizará para relacionar los datos de los dos instrumentos. La aplicación del BDI-II se realizará también de manera colectiva, autoadministrada y anónima, utilizando papel y lápiz. Una vez completadas ambas

técnicas, el estudiante puede retirarse del salón y debe dejar la hoja en el escritorio asignado. El primer instrumento que se utilizará es el cuestionario Sociodemográfico autoadministrado de Google Forms, seguido por el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

5.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se hará un análisis descriptivo y bivariante utilizando el software pspp 1,62. Los test que se van a usar son el Inventario de Depresión de Beck versión argentina 2006 (BDI-II) y un cuestionario sociodemográfico a través de la herramienta de Google Forms.

6. Cronograma de ejecución

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Convocatoria					
Aplicación de técnicas					
Análisis de datos					
Realización de informes					
Presentación de datos					

Durante el mes de agosto, se realizará la convocatoria para formar parte de la investigación: *Sintomatología depresiva en estudiantes de la Facultad de Psicología (UDELAR)*. Esta investigación es llevada a cabo en el marco de la tesis de grado de Estefanía Pereira, bajo la tutela del Dr. Lisandro Vales y con la revisión de la Dra. Rossana Perrone. La difusión de la convocatoria será a través de la página web de la Facultad de Psicología y se extiende una invitación a todos los estudiantes de la generación de ingreso correspondiente a ese año mediante correos electrónicos. En el mismo se les solicita confirmar su participación, quedando a su disposición nuestros contactos para responder cualquier pregunta o inquietud.

La aplicación de las técnicas se llevará a cabo en septiembre de forma presencial en la Facultad de Psicología, convocando a todos los participantes que hayan confirmado su asistencia y aceptado antes de comenzar la aplicación de las técnicas, firmar el consentimiento

informado qué avala su participación voluntaria, otorgando todas las garantías éticas de su anonimato.

Para asegurar un mejor distanciamiento entre los estudiantes, se realizará en grupos de 20 estudiantes, considerando que si se asigna un salón con capacidad para hasta 40 estudiantes aproximadamente, solo se convocará a la mitad. Se organizará en intervalos de 30 minutos entre cada bloque, teniendo en cuenta que los instrumentos a utilizar por su formato y extensión no tomarán más de 20 minutos en total. El proceso se repetirá hasta alcanzar a todos los estudiantes que hayan confirmado su participación.

Durante el mes de octubre se procederá a analizar los datos recabados, mientras que en noviembre se procederá a elaborar los informes pertinentes. Como paso final, en diciembre se presentarán los datos al comité de ética de la Facultad de Psicología.

Capítulo 7. Consideraciones éticas

La investigación se llevará adelante con todos los resguardos éticos. Se informará sobre el consentimiento qué deben firmar para autorizar el uso de la información brindada y todos los datos recabados serán tratados de conformidad con la Ley N° 18331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción Habeas Data. Se informará a todos los participantes las características del estudio, cómo serán las instancias de convocatoria y participación de la investigación. Se especifica qué su participación será de carácter voluntaria y anónima, así como la independencia de sus estudios en la Facultad de Psicología, pudiendo abandonar la instancia en cualquier momento.

Capítulo 8. Resultados esperados y plan de difusión

8.1. Resultados esperados

La recopilación de datos en esta investigación pretende producir conocimiento y establecer una base de datos confiable que sirva como el primer registro de sintomatología depresiva en los estudiantes de la Facultad de Psicología de la UDELAR. Asimismo, se busca promover nuevas inquietudes que orienten futuras investigaciones.

Investigaciones realizadas para comprobar la eficacia en tratamientos de farmacoterapia y tratamientos terapéuticos como la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal para la depresión mayor, comprobaron ser tratamientos eficaces aplicados por separado o en combinación con el tratamiento farmacológico para la depresión mayor. Una de las teorías y enfoques terapéuticos más efectivos en el tratamiento de la depresión es la teoría cognitiva y la

terapia cognitivo-conductual de Beck. Hasta la fecha, numerosos estudios clínicos han demostrado la eficacia de esta terapia en el abordaje del trastorno depresivo mayor. Estudios sugieren que la terapia cognitiva conductual tanto como tratamiento independiente o en conjunto con la farmacoterapia, ha demostrado ser efectiva en el tratamiento agudo de la depresión (Pérez-Padilla, et al. 2017).

Estudios realizados por diferentes autores, muestran los hallazgos de la recuperación de los pacientes comparando el uso de la farmacoterapia, terapia cognitiva y el tratamiento combinado para la depresión. El estudio llevado a cabo por Derubeis y colaboradores, comparó el uso de la terapia cognitivo conductual con el tratamiento farmacológico en pacientes con depresión moderada o grave. El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de investigación de la Universidad de Pensilvania y la Universidad de Vanderbilt, con un total de 240 pacientes (120 en cada grupo), los cuales fueron asignados al azar. Después de 16 semanas de terapia, se observó que el 85% en el grupo que recibió terapia cognitiva y del 84% en el grupo que recibió farmacoterapia permanecieron en tratamiento. Mediante el uso de la escala de Hamilton, se determinó que las tasas de mejoría fueron del 46% en el grupo de medicamentos y del 40% en el grupo de terapia cognitiva. Los resultados mostraron que las tasas de finalización del tratamiento fueron similares tanto en el grupo de terapia cognitiva como en el grupo de medicación (Derubeis y cols. 2005, citado en Pérez-Padilla, et al. 2017).

En otro estudio llevado a cabo por Hollon y colaboradores, se comparó el tratamiento con terapia cognitiva y la farmacoterapia, tanto individualmente como en combinación en 107 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a los diferentes tratamientos. Los resultados de este estudio no encontraron diferencias significativas en las mediciones de los síntomas depresivos entre los grupos de tratamiento. En terapia cognitiva el porcentaje de pacientes con recuperación fue del 50%, en terapia farmacológica un 53% y en tratamiento combinado el 78%. La terapia cognitiva fue igual de efectiva que el tratamiento farmacológico (Hollon y cols. 1992, citado en Pérez-Padilla, et al. 2017).

Beck y colaboradores, en un estudio que abarcó un período de 12 semanas y contó con la participación de 33 pacientes sometidos a tratamiento farmacológico y terapia cognitiva para la depresión, se evidenció la efectividad de ambos enfoques. Tanto la terapia cognitiva como el tratamiento combinado demostraron ser eficaces en el manejo de la depresión, con tasas de recuperación del 58% para la terapia cognitiva y del 82% para el tratamiento combinado (Beck et al., 1985, citado en Pérez-Padilla, et al. 2017).

Los resultados en el uso de la farmacoterapia, terapia cognitiva y el tratamiento combinado para la depresión muestran que los pacientes mejoraron. Si observamos los porcentajes de la farmacoterapia y la terapia cognitiva aplicada individualmente vemos que los porcentajes no presentan una diferencia muy significativa, pero si los comparamos con el tratamiento combinado vemos que es mayor el porcentaje de recuperación de los pacientes.

Por tal motivo, habilitar la posibilidad de una escucha profesional dentro de la institución educativa sería posible, por ejemplo, desde una perspectiva que incluya el trabajo interdisciplinario entre psicólogos y psiquiatras para dar comienzo a la formación de un comité de recepción que junto con la colaboración y coordinación de los respectivos Institutos y docentes contemple la atención de los estudiantes. Esto llevaría a la realización de una derivación y posterior tratamiento para una atención psicológica al que todos puedan acceder durante su formación académica, mejorando la calidad de vida de todos los estudiantes, para el cuidado de la salud mental de los futuros profesionales.

8.2. Plan de difusión

En primer lugar será publicado en la plataforma Colibrí que es el repositorio institucional de la Universidad de la República, una colección digital de acceso abierto que reúne y preserva la producción académica de la universidad.

Los hallazgos de este estudio también serán divulgados a través de una revista científica arbitrada e indexada.

Se pretende dar a conocer mediante la exposición en congresos, comunicaciones orales y publicaciones.

Referencias bibliográficas

- Almada, R. Miraballes, R. Agrafojo, S. (2014). *Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela*. Revista de Psiquiatría del Uruguay 78(2):116-130 Recuperado de [Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela](#).
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Psychiatric Association. (octubre, 2020). *¿Qué es la depresión?* Recuperado de [Psychiatry.org - ¿Qué es la depresión?](#)
- Arrivillaga Quintero, M., Cortés García, C., Goicochea Jiménez, V. L., & Lozano Ortiz, T. M. (2004). *Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios*. Universitas Psychologica, 3(1), 17-26.
- Bagattini Nicolas, Dogmanas Denisse, Villalba Luis, Bernardi Ricardo. (2020). *Atención en salud mental y covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay**. Revista Psiquiátrica Uruguay; 84(2):111-129 | doi: 10.46706/PSI/84.2.4. Recuperado de [Atención en salud mental y covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay*](#)
- Batista Beltrán, V. (2022) *Relación entre depresión y autoestima* [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República]. Recuperado de [Relación entre depresión y autoestima](#)
- Brenlla, M. E. & Rodríguez, M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A.T. Beck, R.A., Steer & G. K. Brown (Eds.), BDI-II. Inventario de Depresión de Beck (pp. 11-37). Buenos Aires: Paidós.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. CIE-11. (2019). Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Recuperado de [CIE-11](#)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2010). Metodología de la investigación 5ta edición. México: Editorial Mexicana. Recuperado de [\(PDF\) Metodología de la Investigación 5ta edición - Roberto Hernández Sampieri | Juvanny Rodríguez - Academia.edu](#)
- Ley No 18331 (2008). Ley de protección de datos personales. IMPO. Centro de información oficial. Normativa y avisos legales del Uruguay. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Llosa Martínez, S., & Canetti, A. (2019). *Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja*. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 9(1), 178-204. Recuperado de [Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja | Llosa Martínez | Psicología, Conocimiento y Sociedad](#)

- Ministerio de Salud Pública. (2020). Plan de Salud Mental 2020-2027 (p. 15 y 16). Montevideo: Ministerio de Salud. Recuperado de [Plan Nacional de Salud Mental](#)
- Ministerio de Salud Pública. (2023). 17 de julio: día nacional para la prevención del suicidio. Salud mental; una prioridad para Uruguay. Recuperado de [17 de julio: día nacional para la prevención del suicidio. Salud mental; una prioridad para Uruguay. | Ministerio de Salud Pública](#)
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). Recuperado de [Depresión](#)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2017). Recuperado de [hablemos". dice la OMS. mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad](#)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022). Recuperado de [La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
- Pérez, B, Hernández, C, García Da Rosa, F, Núñez, J, García Del Ré, L, García Gamboa y L, Moreira A. (2022) *Prevalencia de depresión en estudiantes de Facultad de Medicina, Udelar*. [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República]. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/37719>
- Pérez-Padilla, Elsy Arlene, Cervantes-Ramírez, Víctor Manuel, Hijuelos-García, Nayeli Alejandra, Pineda-Cortés, Juan Carlos, & Salgado-Burgos, Humberto. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. Recuperado de [Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor | Pérez-Padilla | REVISTA BIOMÉDICA](#)
- Piñar SG, Suárez BG, De La Cruz VN. (2020). *Actualización sobre el trastorno depresivo mayor*. *Revista Médica Sinergia*, 5(12):1-16. Recuperado de [Actualización sobre el trastorno depresivo mayor](#)
- Programa de Renovación de la Enseñanza (Proren). Informe Generación de Ingreso 2022. Licenciatura en Psicología Udelar. Recuperado de [Informe Generación de Ingreso 2022 Licenciatura en Psicología Udelar](#)
- Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario de términos médicos © 2012. Recuperado de <https://dtme.ranm.es/terminos/parasuicidio.html?id=160>
- Restrepo-Arango, M., Sánchez-Díaz, E., Vélez-Peláez, M. C., Marín-Cárdenas, J. S., Martínez-Sánchez, L. M., & Gallego-González, D. (2017). *Trastorno depresivo mayor: una mirada genética*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294. Recuperado de [Trastorno depresivo mayor: una mirada genética](#)
- Riveros Q, M, Hernández V, H, Rivera B, J. (2007). *Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana*. *Revista de investigación en psicología*, ISSN-e 1609-7475, ISSN 1560-909X, Vol. 10, N.º. 1, 2007, págs. 91-102. Recuperado de

[Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana - Dialnet](#)

Ruiz Diaz, H; Insfran, K; Andrada, F and Ayala, J. (2017). *Investigación sobre la prevalencia de Ansiedad y Depresión en estudiantes de psicología y su relación con los rasgos de Personalidad*. Revista Científica de la UCSA [online], vol.4, n.1, pp.17-28. ISSN 2409-8752. Recuperado de [Investigación sobre la prevalencia de Ansiedad y Depresión en estudiantes de psicología y su relación con los rasgos de Personalidad](#)

Tangarife Arias, H. V (2021). *Niveles de depresión en estudiantes de Psicología de la Universidad Católica de Pereira y su relación con el uso problemático de las Redes Sociales*. Artículo de investigación (Psicología), Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación, Pereira. Recuperado de [Niveles de depresión en estudiantes de Psicología de la Universidad Católica de Pereira y su relación con el Uso problemático](#)

Anexos

1. Consentimiento informado
2. Cuestionario Sociodemográfico
3. Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

1. Consentimiento libre informado

El formulario de consentimiento libre informado se adjuntará al correo electrónico de invitación dirigido a los estudiantes para participar en la investigación. Su aceptación será necesaria para avanzar en el proceso.

El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes que ingresan a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Su participación consistirá en asistir de forma voluntaria a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Se le ofrecerán diferentes días y horarios para que pueda elegir el más conveniente.

Esta investigación se enfoca en recopilar datos a través de dos cuestionarios (uno en formato electrónico y el otro en papel) que los participantes completaran por sí mismos. Consta solo de una instancia presencial. No hemos encontrado ningún peligro para la salud asociado con la participación en el estudio. Las molestias principales podrían estar relacionadas con el tiempo que lleva responder las encuestas, el cual no supera los 20 minutos. Los beneficios de este estudio están relacionados con la posibilidad de que en el futuro se desarrollen herramientas que permitan a los estudiantes avanzar en su carrera con menos riesgo de desarrollar problemas de salud mental, lo que a su vez podría mejorar su salud y desempeño académico.

La confidencialidad de los datos está garantizada tanto en su manejo como en su divulgación. No se incluirán nombres personales ni información que pueda identificar a los participantes. Los investigadores no tienen conocimiento de la identidad de los encuestados. La participación es completamente voluntaria, y pueden cerrar el cuestionario de la investigación en cualquier momento sin necesidad de proporcionar una razón, y esto no tendrá ningún impacto negativo en su situación financiera, su reputación moral, ni afectará de ninguna manera su evaluación como estudiante. Es importante destacar que participar en el estudio no conlleva ningún tipo de compensación económica.

Después de haber entendido completamente la información proporcionada y haber aclarado todas mis preguntas, decido de manera voluntaria unirme a este estudio. Al firmar usted está aceptando participar del estudio.

Fecha: _____

Firma del estudiante

Aclaración (en imprenta)

Firma de la investigadora

Aclaración (en imprenta)

2. Cuestionario Sociodemográfico

Se realiza un cuestionario sociodemográfico con el fin de cotejar la asociación de los resultados entre las variables y la otra herramienta aplicada.

- **Edad**
 - De 17 a 29 años
 - De 30 a 39 años
 - De 40 a 49 años
 - 50 y más años.
- **Género**
 - Mujer
 - Varón
 - No definido
 - Otros
- **Ascendencia**
 - Afro o Negra
 - Asiática o Amarilla
 - Blanca

- Indígena
- Otra
- **Estado Civil**
- Soltero/a
- Casado/a
- Unión libre
- Divorciado/a
- Separado/a
- Viudo/a
- **Lugar de nacimiento**
- Montevideo
- Interior del país
- Exterior del país
- **Residencia actual**
- Montevideo
- Interior del país
- **Año de finalización de Bachillerato**
- Casillero libre para ingresar el año
- **Año de ingreso a la Facultad de psicología**
- Casillero libre para ingresar el año
- **¿Está cursando actualmente?**
- No
- Sí:
- una materia
- de dos a tres materias
- más de cuatro materias por semestre
- **¿Cuenta con redes de apoyo?**
- No
- Sí:
- Pareja
- Madre
- Padre
- Abuelo/a
- Amigos/as

- Compañeros/as de trabajo
- Otros
- **¿Está expuesto a situaciones de violencia de pareja?**
- No
- Sí
- **¿Hay antecedentes de depresión en sus familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos)?**
- No
- Sí:
- Padres
- hermanos
- hijos
- **¿Qué lo motivó para estudiar Psicología?**
- Para ayudar a otros que lo necesiten
- Para trabajar como psicólogo/a
- Para conocerme mejor
- Para poder comprender mejor a los demás
- Para lograr un cambio personal a través de la profesión
- Para tener mayor formación académica
- Para tener formación complementaria a otras profesiones

3. Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Estado Civil: Edad: Sexo:

Ocupación Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.