

UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE PSICOLOGÍA

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA:

Título: Relación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.

Autores:

Br. Joseling Jannel Espinoza Duarte.

Br. Samanta Isabel Hernández Berrios.

Asesor Metodológico: Lic. Donald Josué Leiva Mercado.

Asesor Científico: Msc. John Concepción Delgado Almendárez.

Managua, Nicaragua, marzo de 2025.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

"Ignitio Ad Verum Duceit"

CARTA AVAL TUTOR /METODOLOGO(A)

Dra. Luisa Mendieta
Decana de la Facultad de Ciencias Medicas
UCN – Sede Central

Su Despacho

Por medio de la presente hago constar que he verificado el informe final del trabajo monográficos elaborado por el/los egresados(s) **Br (es) Joseling Jannel Espinoza Duarte y Samanta Isabel Hernández Berrios**; para optar al título de Licenciatura en psicología, cuyo título de la Monografía es: *Relación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.*

El cual considero que cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el **art 89 y 91** del reglamento académico; para ser presentado ante el Comité Evaluador.

En La Ciudad de managua a los 3 días del mes de marzo del año 2025.

Tutor(a) Metodológico

CC: Archivo.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

"Ignitio Ad Verum Ducit"

CARTA AVAL TUTOR - CIENTIFICO

Dra. Luisa Mendieta
Decana de la Facultad de Ciencias Medicas
UCN- Sede Central

Su Despacho

Por medio de la presente hago constar que he verificado el informe final del trabajo monográfico elaborado por las egresadas **Br. Joseling Jannel Espinoza Duarte** y **Br. Samanta Isabel Hernández Berrios**; para optar al título de Licenciado en Psicología, cuyo título de la Monografía es: **Relación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.**

El cual considero que cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el art. 89 y 91 del reglamento académico; para ser presentado ante el Comité Evaluador.

En La Ciudad de managua a los 3 días del mes de marzo del año 2025.

Tutor Científico

CC: Archivo.

DEDICATORIA

Esta monografía es dedicada, en primer lugar, a Dios, fuente infinita de amor, sabiduría y fortaleza, quien nos ha guiado en cada paso de este camino, brindándonos resiliencia y claridad en los momentos más desafiantes. A nuestros padres, pilares fundamentales de nuestro crecimiento, cuyo apoyo incondicional, consejos valiosos y motivación constante nos permitieron descubrir y desarrollar habilidades que desconocíamos poseer. A la universidad y a nuestros docentes, por compartir con nosotros el conocimiento que hoy nos forma como profesionales. A nuestros tutores, por su orientación y paciencia durante este proceso. Y, finalmente, a nosotras mismas, por no rendirnos, por perseverar y confiar en nuestras capacidades, demostrando que con dedicación y esfuerzo es posible alcanzar grandes logros.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos, ante todo, a Dios por su amor y misericordia, que han sido nuestra fortaleza en cada etapa de este proceso. Sin Su guía, no habríamos llegado hasta aquí. Este camino ha estado lleno de emociones diversas, momentos de alegría y también de desafíos, pero cada uno de ellos nos ha enseñado a crecer y a confiar en que, con fe y perseverancia, todo es posible.

Nuestro profundo agradecimiento a nuestros padres, quienes han sido nuestro soporte emocional e intelectual. Su constante motivación y consejos nos inspiraron a dar lo mejor de nosotras en cada página de este trabajo. Gracias por creer en nosotras incluso cuando dudábamos de nosotras mismas.

Reconocemos también el invaluable aporte de la universidad y de nuestros docentes, quienes nos han brindado las herramientas y conocimientos necesarios para formarnos como profesionales competentes. De manera especial, queremos reconocer a nuestros tutores, gracias por su orientación, dedicación y guía en cada etapa de esta investigación.

Finalmente, agradecemos a nosotras mismas por no rendirnos, por mantenernos firmes en nuestro compromiso y por confiar en nuestras capacidades. Este logro es el resultado de horas de dedicación, esfuerzo y perseverancia, y nos llena de orgullo saber que hemos dado lo mejor de nosotras para alcanzar este objetivo.

Con gratitud y humildad,

Jannel Espinoza y Samanta Hernández.

2. RESUMEN

El estudio titulado "Relación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024", tuvo como objetivo principal determinar la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes universitarios. La investigación de enfoque cuantitativo y diseño correlacional retrospectivo, analizó una muestra de 12 estudiantes que asistieron al Centro de Atención Integral. Se utilizaron instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y una ficha de recolección de datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que el 67% de los estudiantes presentaron algún nivel de depresión, siendo la depresión leve o media la más frecuente (25%), seguida de la depresión severa (25%). En cuanto a los factores sociodemográficos, se observó que las mujeres presentaron una mayor incidencia de depresión severa en comparación con los hombres. Los estudiantes más jóvenes (18-20 años) mostraron mayor tendencia a síntomas depresivos graves, además, los de Psicología y Medicina presentaron niveles más altos de depresión moderada y severa, posiblemente debido a la carga académica y emocional de estas carreras. La mayoría de los participantes provenían de zonas urbanas (83.3%), y no se encontró una relación directa entre la religión y los niveles más graves de depresión. Estos hallazgos confirman la hipótesis de que existe una relación significativa entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos, destacando la necesidad de diseñar estrategias de intervención adaptadas a los grupos de mayor riesgo y fortalecer los servicios de apoyo psicológico en la universidad.

Palabras claves: *Síntomas depresivos, factores sociodemográficos, atención clínica psicológica, bienestar psicológico, salud mental, adaptación universitaria.*

3. ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido

2. RESUMEN	6
3. ÍNDICE DE CONTENIDO.....	7
4. ÍNDICE DE TABLAS	9
5. ÍNDICE DE FIGURAS	10
6. INTRODUCCIÓN	11
6.1. ANTECEDENTES	12
ANTECEDENTES NACIONALES:	12
ANTECEDENTES INTERNACIONALES:	13
6.2. CONTEXTO DEL PROBLEMA	14
6.3. OBJETIVOS.....	15
Objetivo General:	15
Objetivos Específicos:	15
6.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	16
6.5. JUSTIFICACIÓN	17
6.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	19
6.7. HIPÓTESIS	20
6.8. VARIABLES	21
6.9. MARCO CONTEXTUAL.....	22
7. MARCO TEÓRICO.....	23
Depresión.....	23
Concepto:.....	23
Características Principales:	24
Signos y síntomas	25
Criterios Diagnósticos.	26
Epistemología.....	27
Prevalencia	28
Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura	29
Aspectos diagnósticos relacionados con el género	29
Según el DSM V - TR.	30
Tipología.....	33
Población Afectada:.....	37

Riesgos en estudiantes universitarios:	38
7.1. ESTADO DEL ARTE	39
7.2. TEORÍAS Y CONCEPTUALIZACIONES ASUMIDAS	41
Salud Mental:	46
Concientización y Prevención:	47
Atención Psicológica:	48
Acceso a servicios de atención psicológica:	48
Factores sociodemográficos:	49
Palabras Claves:	51
8. MÉTODOS - DISEÑO METODOLÓGICO	52
8.1. Tipo de Investigación: Correlacional, Retrospectivo.....	52
8.2. Población y selección de la muestra:	52
Variables (Operacionalización de Variables)	53
8.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados:.....	55
8.4. Confiabilidad y validez de los instrumentos:	55
8.5. Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos:.....	57
9. RESULTADOS	60
10. CONCLUSIONES.....	74
11. RECOMENDACIONES	76
12. REFERENCIAS	78
13. ANEXOS	81

4. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n° 1 – Sintomatología depresiva:	86
Tabla n° 2 – Sexo:	86
Tabla n° 3 – Edad:	86
Tabla n° 4 – Carrera:	87
Tabla n° 5 – Procedencia:	87
Tabla n° 6 – Religión:	87
Tabla n° 7 – Sexo y sintomatología depresiva:	88
Tabla n° 8 – Edad y sintomatología depresiva:	89
Tabla n° 9 – Carrera y sintomatología depresiva:	90
Tabla n° 10 – Procedencia y sintomatología depresiva:	91
Tabla n° 11 – Religión y sintomatología depresiva:	92
ANOVA - TABLAS RESULTADOS	93
Tabla n°12 – Descriptivo (Sexo y Sintomatología Depresiva):	93
Tabla n°13 – ANOVA (Sexo y Sintomatología Depresiva):	93
Tabla n°14 – Descriptivo (Edad y Sintomatología Depresiva):	94
Tabla n°15 – ANOVA (Edad y Sintomatología Depresiva):	94
Tabla n°16 – Descriptivo (Carrera y Sintomatología Depresiva):	94
Tabla n°17 – ANOVA (Carrera y Sintomatología Depresiva):	95
Tabla n°18 – Descriptivo (Procedencia y Sintomatología Depresiva):	95
Tabla n°18 – ANOVA (Procedencia y Sintomatología Depresiva):	95
Tabla n°19 – Descriptivo (Religión y Sintomatología Depresiva):	96
Tabla n°19 – ANOVA (Religión y Sintomatología Depresiva):	96
Tabla n° 20 – Estadísticos:	96

5. ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico n° 1 – Sintomatología depresiva:	60
Gráfico n° 2 – Sexo:	61
Grafico n° 3 – Edad:	62
Grafico n° 4 – Carrera:	63
Grafico n° 5 – Procedencia:	64
Gráfico n° 6 – Religión:	65
Gráfico n° 7 – Sexo y sintomatología depresiva:.....	66
Grafico n° 8 – Edad y sintomatología depresiva:.....	67
Gráfico n° 9 – Carrera y sintomatología depresiva:.....	68
Gráfico n° 10 – Procedencia y sintomatología depresiva:	70
Gráfico n° 11 – Religión y Sintomatología Depresiva:	71

6. INTRODUCCIÓN

La salud mental es una parte fundamental de la vida del ser humano. Cada individuo tiene la posibilidad de proteger su salud, tanto física, a través de una buena alimentación, ejercicio físico y monitoreo médico, como su salud emocional, a través de mantener relaciones positivas, compartir momentos especiales consigo mismo y practicar la autoconciencia.

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud mental a nivel global y afecta de manera significativa a la población universitaria, un grupo particularmente vulnerable debido a las múltiples demandas académicas, sociales y personales que enfrentan. En el contexto de Nicaragua, y específicamente en los estudiantes universitarios, los síntomas depresivos pueden intensificarse debido a factores sociodemográficos como el género, la edad, el estado civil, las condiciones económicas y el entorno familiar. Estos factores, en interacción con las exigencias académicas, pueden generar un entorno propicio para el desarrollo de síntomas depresivos.

Dicho esto, la investigación se basa en los estudiantes de la Universidad Central de Nicaragua como un grupo de interés debido a su acceso al Centro de Atención Integral, un espacio destinado a brindar apoyo psicológico y clínico. Sin embargo, el acceso a estos servicios podría estar influenciado por diversos factores sociodemográficos que, a su vez, podrían tener una relación directa con la prevalencia e intensidad de los síntomas depresivos en esta población.

Este contexto, ofrece una oportunidad valiosa en donde se analizó cómo los factores sociodemográficos influyen en la aparición de síntomas depresivos, lo que permitió identificar patrones y áreas de vulnerabilidad específicas dentro de esta población. Comprender estas relaciones es crucial para diseñar estrategias que aborden de manera eficaz la salud mental en los estudiantes universitarios.

6.1.ANTECEDENTES

En el desarrollo de esta investigación monográfica, es fundamental comprender el contexto que enmarca el tema de estudio. Para ello, se analizó antecedentes que proporcionan una perspectiva amplia y contextualizada con variables relacionadas al tema de estudio. A continuación, se presenta la recopilación de investigaciones que lo anteceden.

ANTECEDENTES NACIONALES:

En la tesis “Factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de medicina, UNAN-León, II trimestre 2022”, desarrollada por Rivera et. al. (2022) su objetivo fue identificar en los estudiantes de primeros años de medicina la prevalencia de trastornos depresivos menores respecto a los factores familiares asociados. El enfoque utilizado fue mixto y el tipo de estudio Transversal Analítico, tomando una muestra de 243 estudiantes. Se utilizó como instrumento para Medición de la variable el Test de Beck y en sus resultados se obtuvo que el 35.4% de los estudiantes presentan Trastorno Depresivo Menor, así el 15.7% es moderado y 19.7% grave. Llegó a concluir que la disfunción, cohesión inadecuada y codependencia familiar aumenta el riesgo de sufrir dicho trastorno.

De igual forma en otra investigación del año 2021, se investiga la “Ansiedad, depresión y calidad del sueño en los estudiantes de medicina de la UNAN Managua en junio y agosto del año 2021”, según Martínez et. al., el objetivo es correlacionar la ansiedad, la depresión y calidad de sueño en estudiantes de V y VI año de la facultad de medicina, basados en un enfoque cuantitativo, correlacional de corte transversal, aplicando la escala de pittsburgh de calidad de sueño y los inventarios de ansiedad y de Beck con una muestra de 76 estudiantes en donde la frecuencia de ansiedad fue del 92%, la depresión del 81% y la mala calidad del sueño 98%, mostrando que las mujeres tienen mayor prevalencia de síntomas ansiosos depresivos en relación a los varones.

Examinar antecedentes a nivel internacional proporciona una perspectiva más amplia para evidenciar los aspectos variados que pueden involucrarse en el tema de investigación, así mismo como en los antecedentes nacionales.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Según la investigación sobre “Depresión en Universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja”, realizado por Páez et. al. (2018) en Colombia, tiene como objetivo identificar las conceptualizaciones teóricas e investigativas que se han formulado sobre la depresión en jóvenes universitarios activos, bajo una perspectiva cualitativa y tipología correlacional, sobre los estudiantes universitarios quienes afrontan diversas situaciones potencialmente estresantes, siendo valorados a través de la escala del desarrollo Psicosocial de Erik Erickson, concluyendo que es necesario realizar un acercamiento contextual, abordaje integral e interdisciplinario ante entidades complejas para abordar este fenómeno.

Continuamente se desarrolló una investigación sobre “Depresión en Estudiantes Universitarios”, desarrollada por Aguilar et. al. (2020) en Perú, menciona tener como objetivo analizar artículos varios de información relacionada a la depresión en jóvenes universitarios, a través de un enfoque cualitativo de tipo explicativo, alcanzando una muestra de 17 artículos. Entre sus resultados se muestran las diversas causas de la depresión en estudiantes universitarios tales como antecedentes familiares, separaciones, consumo de sustancias, así como edad, género, estatus social y contexto. Concluyendo que la depresión es una perturbación mental que genera perturbaciones personales, desadaptación e incluso la muerte.

6.2.CONTEXTO DEL PROBLEMA

La vida universitaria implica no sólo la adquisición de conocimientos académicos, sino también la buena gestión psicológica de cada universitario, que puede ser afectada ya que es el inicio de una nueva etapa de transición y formación profesional, que suele estar marcada por altos niveles de estrés, incertidumbre y cambios en las dinámicas personales, lo que puede derivar en el desarrollo de síntomas depresivos.

Por esto, se busca conocer si los factores sociodemográficos (sexo, edad, carrera, procedencia y religión) condicionan o no la aparición de dichos síntomas depresivos. En el caso del Centro de Atención Integral de la Universidad Central de Nicaragua, según los registros en el año 2024 el 53% de los pacientes fueron estudiantes de dicha universidad, por esto, es necesario comprender cómo estas características influyen en la prevalencia y manifestación de la depresión en los estudiantes que asisten al servicio.

En este contexto, el problema adquiere relevancia ya que la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes universitarios no solo compromete su bienestar emocional y académico, sino que también tiene implicaciones a largo plazo en su desarrollo profesional y personal. Si no se identifican y abordan adecuadamente los factores sociodemográficos que condicionan la aparición de estos síntomas, se corre el riesgo de perpetuar un ciclo de malestar psicológico que afectará negativamente la formación integral de los estudiantes.

Esto, a su vez, podría limitar su capacidad para desempeñarse de manera efectiva en sus futuras carreras, impactando no solo su vida individual, sino también el entorno social y laboral al que se integrarán. Por lo tanto, comprender y atender esta problemática es fundamental para garantizar una transición universitaria saludable y un futuro profesional exitoso, lo que justifica la necesidad de investigar y proponer estrategias de intervención adecuadas en el ámbito universitario.

6.3.OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los síntomas depresivos, categorizados por niveles, en los estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre de 2024.
2. Describir los factores sociodemográficos (sexo, edad, carrera, procedencia y religión) de los estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.
3. Establecer la relación entre los síntomas depresivos, categorizados por niveles, y los factores sociodemográficos en los estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.

6.4.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024?

6.5.JUSTIFICACIÓN

Este estudio se realizó con el propósito de generar información que permita entender cómo las características sociodemográficas influyen en la salud mental de los estudiantes universitarios. En el contexto universitario, el alumnado durante cada etapa de su carrera debe adaptarse a distintos escenarios a los cuales debe enfrentarse, estos factores pueden incrementar la vulnerabilidad y llevar a experimentar síntomas de depresión como tristeza, vacíos, llanto o irritabilidad, afectando la calidad de vida y rendimiento académico.

El análisis de esta relación es crucial porque la depresión en estudiantes universitarios no solo afecta su desempeño académico, sino también su bienestar general. A nivel local, existe acceso a servicios psicológicos, como los ofrecidos en el Centro de Atención Integral, en donde se permite detectar y atender estos problemas, sin embargo, se desconoce en qué medida los factores sociodemográficos limitan o potencian este acceso y su impacto en los síntomas depresivos. Este vacío de información justifica la necesidad de investigaciones que aborden estas dinámicas.

Además, la viabilidad del estudio es garantizada debido a que el Centro de Atención Integral cuenta con registros de atención psicológica que permitió identificar a estudiantes que presentan síntomas depresivos, así como recopilar información sociodemográfica relevante. Esto aseguro que la investigación pueda llevarse a cabo con los recursos disponibles y dentro de los plazos establecidos, maximizando la precisión y relevancia de los resultados obtenidos.

Los resultados de la investigación servirán para diseñar estrategias de intervención más efectivas y focalizadas, que respondan a las necesidades específicas de los estudiantes en función de su contexto sociodemográfico. Esto contribuirá a la mejora de los servicios de atención psicológica y a la implementación de programas preventivos más inclusivos.

Dicho esto, la importancia social y educativa de la investigación se alinea con los objetivos del Plan Nacional de Lucha Contra la Pobreza y para el Desarrollo Humano (PNCL-DH 2022-2026) - Acceso Universal y Gratuito a la Salud, que resalta la necesidad de garantizar el acceso a servicios de atenciones psicológicas como parte de la mejora de la calidad de vida y el bienestar integral de los individuos, así como la necesidad de fortalecer la infraestructura de salud mental en el sistema educativo y de salud pública. Esto permitiría aumentar la accesibilidad social, apoyar el bienestar integral de los jóvenes y contribuir al desarrollo humano sostenible, favoreciendo una mayor inclusión e impacto positivo en la sociedad (PNCL-DH 2022-2026, 19 Jul 2021, pág. 32).

Respecto a las líneas de investigación que expone la Universidad Central de Nicaragua en la carrera de psicología, la Salud Emocional es la línea principal en la que se enmarca el presente estudio, ya que se analiza la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en los estudiantes que asistieron al Centro de Atención Integral, siendo la salud emocional un componente fundamental en la calidad de vida y el bienestar psicológico.

El aporte social de esta investigación permitirá sensibilizar a las autoridades universitarias y a otros actores involucrados sobre la importancia de invertir en recursos y políticas que prioricen el bienestar mental de los estudiantes. De esta manera, se fortalecerá la capacidad institucional para atender las necesidades emocionales de esta población y se contribuirá al desarrollo de un entorno educativo más saludable.

6.6.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El tiempo limitado para realizar la investigación, ya que solo se dispone de cuatro meses para llevar a cabo el estudio completo.
- Recursos financieros para solventar los costos necesarios de los materiales didácticos a utilizar.
- Dificultad en búsqueda y revisión de los expedientes clínicos debido a construcción en la bodega de la UCN e inconveniente con los horarios para citar a los participantes.

6.7.HIPÓTESIS

Hi: Existe una relación significativa entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.

Ho: No existe una relación significativa entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.

6.8.VARIABLES

Las variables del estudio se dividen en:

1. Variable dependiente (VD):

- Síntomas depresivos
- Tipo: Cualitativa ordinal (según la gravedad: mínima, leve o media, moderada y severa) o cuantitativa discreta (según una escala de medición, como el BDI-II).

2. Variables independientes (VI):

- Factores sociodemográficos, que incluyen:
 - Edad - Cuantitativa continua.
 - Sexo - Cualitativa nominal.
 - Religión – Cualitativa nominal.
 - Carrera – Cualitativa nominal.
 - Lugar de procedencia - Cualitativa nominal (urbano/rural).

3. Variable de relación:

- Relación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos
- Tipo: Variable de asociación (determina si existe una correlación entre la VD y las VI).

6.9.MARCO CONTEXTUAL

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Atención Integral de la Universidad Central de Nicaragua ubicado en la Sede Central. Este centro es un espacio dedicado a brindar atención psicológica y clínica a los estudiantes de la universidad, con el objetivo de apoyar su bienestar emocional y mental durante su trayectoria académica.

Este centro se caracteriza por ser un lugar agradable y bien acondicionado, con instalaciones que promueven un ambiente de confianza y tranquilidad para los estudiantes que acuden en busca de ayuda. Sin embargo, se observó que el espacio físico es relativamente pequeño, lo que podría limitar la capacidad de atención en momentos de alta demanda. Sería ideal que la infraestructura fuera más amplia para poder atender a un mayor número de estudiantes y ofrecer un servicio más cómodo y libre.

El personal que labora en el centro está conformado por profesional capacitado además, se cuenta con la participación de estudiantes practicantes de la carrera de Psicología, quienes brindan atención bajo la supervisión constante del profesional a cargo. Esta supervisión garantiza que las intervenciones psicológicas sean adecuadas y de calidad, lo que contribuye a la formación integral de los practicantes y a la confianza de los pacientes en el servicio.

En cuanto al contexto del problema, se observa que los estudiantes universitarios enfrentan una serie de desafíos emocionales y psicológicos derivados de la transición a la vida universitaria, la presión académica, los cambios en las dinámicas personales y las demandas propias de su formación profesional. Estas situaciones pueden generar altos niveles de estrés, ansiedad y, en algunos casos, síntomas depresivos. En el año 2024, según los registros del centro, el 53% de los pacientes atendidos fueron estudiantes de la UCN, lo que evidencia la relevancia de este problema en la población estudiantil.

7. MARCO TEÓRICO

Este marco referencial tiene como objetivo proporcionar una base teórica y científica que permita comprender la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la UCN-Sede Central. A través de la revisión de literatura relevante, se examinarán tanto los factores que contribuyen a la prevalencia de los síntomas depresivos en los estudiantes universitarios.

Depresión

Históricamente la depresión ha evolucionado notoriamente, la pérdida de interés en actividades cotidianas, profunda tristeza y vacío personal son algunos de los signos que muestra la depresión según el (DSM-5-TR, 2022). Afecta en una proporción significativa a la población mundial, siendo más común en mujeres que en hombres, la valoración sociodemográfica de la investigación monográfica definirá la realizada contextualizada en los estudiantes universitarios.

Concepto:

La depresión (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento»). Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), define la depresión como un trastorno mental común que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido persistente o la pérdida de interés o placer en actividades durante períodos prolongados. Este trastorno difiere de las fluctuaciones normales del estado de ánimo y los sentimientos cotidianos, y puede impactar negativamente en todos los aspectos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de

amistad y comunitarias. Además, la depresión puede surgir a partir de problemas escolares o laborales, así como contribuir a su desarrollo.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión revisada del texto (DSM-5-TR, 2022), la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una profunda sensación de tristeza, vacío o desesperanza, junto con la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El trastorno depresivo mayor incluye síntomas como cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse y pensamientos de suicidio. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas y causar un deterioro significativo en el funcionamiento social, laboral o académico del individuo.

Como investigadores, consideramos que la depresión es un trastorno mental multifacético que se manifiesta principalmente a través de un estado de ánimo persistente de tristeza, desesperanza y desinterés por las actividades diarias. Este trastorno impacta significativamente el bienestar personal, social y académico de los estudiantes universitarios, especialmente aquellos en sus primeros años, cuando se enfrentan a desafíos emocionales y académicos complejos. Reconocemos que la depresión tiene causas biológicas, psicológicas y sociales, y por ello, su abordaje debe ser integral, combinando una adecuada atención clínica psicológica, intervención médica y una red de apoyo social adecuada para prevenir su progresión y mejorar el bienestar de los estudiantes.

Características Principales:

Comparten como característica principal la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de alteraciones que impactan de manera significativa la capacidad de funcionamiento del individuo. Estas alteraciones pueden incluir cambios somáticos y cognitivos, como los observados en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo

persistente. Sin embargo, se diferencian entre sí por aspectos como la duración, el momento de aparición o presunta etiología.

Signos y síntomas

Los signos y síntomas de la depresión incluyen los siguientes, los cuales deben persistir durante al menos dos semanas y representar un cambio en el funcionamiento previo del individuo:

- Estado de ánimo, deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida marcada de interés o placer en todas o casi todas las actividades.
- Cambios significativos en el peso o el apetito (aumento o disminución).
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor observables por otros.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrentes sin un plan específico, intento de suicidio o un plan para cometerlo.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR, 2022), los criterios diagnósticos generales para la depresión incluyen la presencia de al menos cinco síntomas durante un período mínimo de dos semanas, que representen un cambio respecto al funcionamiento previo. Estos síntomas deben incluir, necesariamente, un estado de ánimo deprimido o una pérdida marcada de interés o placer en casi todas las actividades. Otros síntomas pueden incluir alteraciones del sueño, cambios en el apetito o peso, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Además, los síntomas deben causar un deterioro significativo en las áreas sociales, laborales o de otras actividades importantes y no ser atribuibles a efectos de sustancias o condiciones médicas.

Criterios Diagnósticos.

Los criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-5-TR incluyen la presencia de al menos cinco de los siguientes nueve síntomas durante un período de dos semanas. Al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer. Estos síntomas deben representar un cambio en el funcionamiento previo de la persona y no ser atribuibles a otra condición médica o al uso de sustancias (DSM-5-TR, 2022).

Criterios A: Síntomas

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días (puede ser informado por la persona u observado por otros).
- En niños y adolescentes, puede manifestarse como irritabilidad.
- Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

Cambio significativo de peso o apetito:

- Pérdida o aumento de peso significativo sin estar en un plan dietético.
- Aumento o disminución del apetito.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor, observable por otros (no solo sensación subjetiva).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, casi todos los días.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones, casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente, un plan específico o intento de suicidio.

Criterios B y C: Condiciones adicionales

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento (social, laboral, educativo, etc.).

C. Los síntomas no se explican mejor por los efectos de una sustancia, otra afección médica o un trastorno mental distinto (como trastorno esquizoafectivo).

Exclusiones y especificaciones

Exclusión de duelo: En ediciones previas, se excluían episodios de duelo reciente; sin embargo, en el DSM-5-TR, el duelo puede coexistir con la depresión si los síntomas cumplen los criterios y son clínicamente significativos.

Especificadores:

- Con características ansiosas.
- Con características melancólicas.
- Con características psicóticas.
- Entre otros.

Epistemología.

La epistemología de la depresión según el DSM-5-TR se relaciona con cómo el manual conceptualiza y estructura el conocimiento sobre el trastorno depresivo desde una perspectiva biopsicosocial, basada en la evidencia científica (DSM-5-TR, 2022).

Considera la depresión como un trastorno identificable basado en criterios específicos que distinguen a los individuos afectados de los no afectados, aunque reconoce la naturaleza dimensional de los síntomas en algunos casos.

El DSM-5-TR enfatiza la interacción de factores biopsicosociales en el desarrollo y la manifestación de la depresión, sin priorizar un único origen etiológico:

Factores biológicos:

- Alteraciones en neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina).
- Cambios estructurales y funcionales en el cerebro (por ejemplo, disminución del volumen en el hipocampo).
- Influencias genéticas y epigenéticas.

Factores psicológicos:

- Patrones de pensamiento negativos, distorsiones cognitivas.
- Factores de vulnerabilidad como baja autoestima y habilidades de afrontamiento deficientes.

Factores sociales:

- Eventos estresantes de vida (duelo, pérdidas económicas, desempleo).
- Relaciones interpersonales disfuncionales y aislamiento social.
- Factores culturales y de género.

Dimensionalidad y comorbilidad

Aunque la clasificación es categórica, el DSM-5-TR aborda el carácter dimensional de los síntomas depresivos y cómo estos pueden variar en severidad.

Existe comorbilidad con otros trastornos, como la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad, sugiriendo que estos pueden compartir mecanismos subyacentes.

Prevalencia

La prevalencia de los síntomas depresivos en un período de doce meses se estima en aproximadamente un 7 %, con diferencias significativas según el grupo etario. En personas de entre 18 y 29 años, la prevalencia es hasta tres veces mayor en comparación con aquellos de

60 años o más. Además, las mujeres presentan tasas de síntomas depresivos entre 1,5 y 3 veces superiores a las de los hombres, siendo común que estos síntomas se presenten desde la adolescencia temprana (American Psychiatric Association, 2022).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los estudios sobre los síntomas depresivos en diferentes culturas han revelado variaciones de hasta siete veces en las tasas de prevalencia a lo largo de doce meses. Sin embargo, se observa mayor uniformidad en la proporción de mujeres y hombres afectados, en las edades promedio de inicio y en la relación entre la presencia de síntomas depresivos. Estos hallazgos apuntan a diferencias culturales significativas en la expresión de los síntomas depresivos, pero no permiten establecer asociaciones simples entre culturas específicas y la probabilidad de presentar síntomas particulares. Es importante que los clínicos consideren que la mayoría de los casos de depresión no son reconocidos en los centros de atención primaria en muchos países y que, en varias culturas, los síntomas somáticos suelen ser la queja principal. Entre los síntomas más comunes del Criterio A, el insomnio y la pérdida de energía se presentan de manera más uniforme (American Psychiatric Association, 2022).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la mayor frecuencia de síntomas depresivos en mujeres es uno de los hallazgos más consistentes en la epidemiología, no se observan diferencias claras entre sexos en términos de síntomas, evolución, respuesta al tratamiento o consecuencias funcionales. Sin embargo, las mujeres presentan un mayor riesgo de intentos de suicidio, mientras que el riesgo de suicidio consumado es menor. Cabe destacar que la disparidad en las tasas de suicidio entre ambos sexos no es tan pronunciada en personas con síntomas depresivos como en la población general (American Psychiatric Association, 2022).

Según el DSM V - TR.

Clasificación

El DSM-5-TR clasifica la gravedad del trastorno depresivo con los siguientes niveles:

Leve:

El trastorno depresivo leve se caracteriza por la presencia de pocos síntomas, que exceden el umbral diagnóstico pero que son manejables y tienen un impacto limitado en la funcionalidad del individuo. Los síntomas pueden ser perceptibles pero no incapacitan significativamente al paciente en su vida diaria.

Aunque hay malestar clínico, la persona generalmente puede mantener cierto grado de funcionamiento en las áreas sociales, laborales o escolares. La intensidad de los síntomas permite que las estrategias de afrontamiento personales sean, en ocasiones, suficientes para lidiar con ellos.

Moderado:

El trastorno depresivo moderado presenta un mayor número de síntomas o una intensidad más elevada de los mismos en comparación con el nivel leve. Estos síntomas comienzan a interferir de manera más significativa en la vida diaria del paciente, aunque no necesariamente llegan a ser completamente incapacitantes.

Las áreas funcionales como las relaciones interpersonales, el desempeño laboral o académico y el cuidado personal pueden verse afectadas de manera moderada. La persona puede experimentar dificultades considerables para gestionar las demandas cotidianas sin apoyo adicional.

Moderado-severo:

Este nivel se sitúa entre moderado y severo, caracterizándose por síntomas numerosos y de mayor intensidad que afectan significativamente la funcionalidad del individuo. Las limitaciones funcionales son evidentes en múltiples áreas de la vida diaria.

Aunque la persona puede mantener cierta capacidad de funcionamiento, esta se encuentra gravemente comprometida y puede requerir intervenciones terapéuticas más intensivas. La carga emocional es elevada, y los síntomas suelen estar presentes durante la mayor parte del tiempo.

Severo:

El trastorno depresivo severo implica la presencia de muchos síntomas o de síntomas particularmente intensos que incapacitan al individuo en su funcionamiento diario. Las actividades básicas como trabajar, socializar o incluso cuidar de sí mismo pueden verse profundamente afectadas o imposibles de realizar.

El malestar emocional es extremo, y la persona puede presentar pensamientos persistentes de inutilidad, desesperanza o ideación suicida. Este nivel de gravedad requiere atención clínica urgente y puede involucrar intervenciones intensivas como hospitalización.

Con rasgos psicóticos:

En esta clasificación, los síntomas depresivos severos se acompañan de episodios psicóticos, como delirios o alucinaciones. Los delirios suelen estar congruentes con el estado de ánimo, reflejando temas de culpa, inutilidad o catástrofe.

La presencia de estos rasgos agrava la funcionalidad del individuo y puede requerir un manejo especializado, que combine tratamiento antidepresivo con antipsicóticos y, en algunos casos, hospitalización.

En remisión parcial:

Se refiere a un estado en el que algunos síntomas depresivos todavía están presentes, pero no cumplen completamente los criterios para un episodio depresivo mayor. El individuo puede experimentar mejoras significativas, pero sigue siendo vulnerable a recaídas.

En este estado, es crucial mantener el tratamiento y el seguimiento clínico para consolidar la recuperación y prevenir el regreso a un episodio completo de depresión.

En remisión completa:

En esta etapa, el individuo ya no presenta síntomas significativos de depresión, y su funcionalidad ha sido restaurada por completo. Sin embargo, aún puede haber un riesgo latente de recaída dependiendo de la naturaleza del trastorno y los factores de vulnerabilidad.

Aunque no se detecten síntomas, el mantenimiento del tratamiento preventivo (farmacológico o psicoterapéutico) puede ser necesario para evitar futuros episodios depresivos.

Sin especificar:

Esta categoría se utiliza cuando no hay suficiente información para clasificar el episodio depresivo en términos de gravedad, remisión o presencia de características adicionales. También se puede aplicar si el cuadro no se ajusta completamente a las descripciones específicas.

Es una herramienta útil en situaciones en las que los datos clínicos son limitados o el diagnóstico aún está en proceso de clarificación. Se recomienda un seguimiento continuo para reevaluar y ajustar la clasificación según sea necesario.

Tipología

Subtipos de Trastornos Depresivos según el DSM-5-TR

Cada uno de los siguientes subtipos tiene características específicas que permiten su diferenciación:

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDD) F34.81:

El TDD afecta principalmente a niños y adolescentes y se caracteriza por episodios frecuentes de irritabilidad severa y explosiones de temperamento desproporcionadas respecto a las circunstancias. Estas explosiones pueden manifestarse como berrinches verbales o físicos, que ocurren al menos tres veces por semana. Entre estos episodios, los niños suelen presentar un estado de ánimo persistentemente irritable o enojado, observable por los padres, maestros u otras figuras de autoridad.

El TDD se diferencia de otros trastornos depresivos por su enfoque específico en la irritabilidad crónica y la dificultad para regular las emociones, que pueden impactar severamente la vida social, escolar y familiar del niño. Este diagnóstico busca reducir el sobrediagnóstico de trastorno bipolar infantil, dado que el TDD no incluye episodios maníacos o hipomaníacos característicos de dicho trastorno.

Trastorno Depresivo Mayor (TDM) F32.1:

El Trastorno Depresivo Mayor es el tipo más conocido de depresión. Se caracteriza por episodios intensos de ánimo deprimido que duran al menos dos semanas y afectan de manera significativa la funcionalidad de la persona. Además del estado de ánimo deprimido, los síntomas principales incluyen una marcada pérdida de interés o placer en actividades previamente disfrutadas (anhedonia), cambios significativos en el apetito o el peso, insomnio o hipersomnia, fatiga constante, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

El TDM puede presentarse con especificadores adicionales, como características ansiosas, melancólicas, psicóticas o atípicas. Su curso puede ser recurrente o presentar episodios aislados, pero siempre requiere una intervención terapéutica adecuada para mitigar su impacto en la vida del paciente.

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) F34.1:

La distimia es una forma crónica de depresión en la que los síntomas son menos intensos que en el TDM pero persisten durante un periodo prolongado: al menos dos años en adultos o un año en niños y adolescentes. Los individuos con distimia suelen experimentar un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días, acompañado de baja autoestima, sentimientos de desesperanza y dificultades para tomar decisiones o concentrarse.

Aunque los síntomas no son incapacitantes de manera aguda, su naturaleza crónica afecta significativamente la calidad de vida del paciente. Muchas personas con distimia también pueden experimentar episodios de depresión mayor.

Trastorno de Depresión Inducida por Sustancias/Medicamentos F10.14:

Este subtipo se caracteriza por síntomas depresivos que surgen como consecuencia directa del consumo de sustancias (como alcohol, drogas o medicamentos) o durante la abstinencia de las mismas. Los síntomas pueden incluir ánimo deprimido, falta de energía, anhedonia y dificultad para concentrarse, y suelen coincidir temporalmente con el uso o retirada de la sustancia.

El diagnóstico se establece cuando existe evidencia clara de que la sustancia o el medicamento es el desencadenante directo de los síntomas depresivos, y estos no pueden explicarse mejor por otro trastorno depresivo independiente. Un manejo efectivo requiere abordar tanto la dependencia a la sustancia como los síntomas depresivos asociados.

Trastorno Depresivo Debido a Otra Condición Médica F06.31:

La depresión puede ser secundaria a una enfermedad médica subyacente, como enfermedades neurológicas (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular), condiciones endocrinas (hipotiroidismo) o enfermedades crónicas como cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares. En estos casos, los síntomas depresivos son una consecuencia directa de la condición médica.

El diagnóstico requiere evidencia de que la condición médica es el factor causal de los síntomas. El tratamiento suele implicar un enfoque multidisciplinario que aborde tanto la enfermedad subyacente como los síntomas depresivos mediante terapias farmacológicas y psicoterapéuticas.

Otro Trastorno Depresivo Especificado F32.89:

Esta categoría incluye presentaciones de depresión que no cumplen con los criterios diagnósticos completos de los subtipos mencionados, pero que aun así causan un malestar clínicamente significativo o deterioro funcional. Ejemplos incluyen episodios depresivos breves recurrentes (síntomas duran menos de dos semanas) o depresión con síntomas mixtos.

El uso de esta categoría permite flexibilidad en el diagnóstico y garantiza que los pacientes con cuadros depresivos atípicos reciban la atención adecuada. Es fundamental documentar claramente las razones para utilizar esta clasificación.

Trastorno Depresivo No Especificado F3.A:

Se aplica cuando no hay suficiente información para clasificar el episodio depresivo en una de las categorías anteriores, pero los síntomas son consistentes con un trastorno depresivo. Esta clasificación también se utiliza en entornos donde no es posible realizar una evaluación completa o el cuadro clínico es ambiguo.

Es una categoría provisoria en muchos casos, que puede ser reevaluada y actualizada una vez que se disponga de más información clínica o diagnóstica.

Trastorno del estado de ánimo no especificado F39:

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del estado de ánimo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que en el momento de la evaluación no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos. En las clases diagnósticas de trastornos bipolares o depresivos y en los que es difícil elegir entre trastorno bipolar no especificado y trastorno relacionado y trastorno depresivo no especificado (p. ej., agitación aguda).

Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) F3.81:

El Trastorno Disfórico Premenstrual es un subtipo de trastorno depresivo que afecta a mujeres en la fase lútea del ciclo menstrual (después de la ovulación y antes de la menstruación). Se caracteriza por síntomas emocionales y físicos que incluyen irritabilidad extrema, cambios de ánimo, tristeza intensa, ansiedad, dificultad para concentrarse, fatiga, cambios en el sueño y el apetito, así como sensibilidad mamaria y otros síntomas somáticos.

Estos síntomas interfieren significativamente con la funcionalidad diaria, laboral o social de la persona y suelen aliviarse con el inicio de la menstruación. El diagnóstico requiere un monitoreo prospectivo de los síntomas durante al menos dos ciclos menstruales consecutivos, y su tratamiento puede incluir cambios en el estilo de vida, psicoterapia y, en algunos casos, farmacoterapia.

Población Afectada:

La prevalencia de 12 meses del trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos es de aproximadamente 7%, con marcadas diferencias por grupo de edad, de modo que la prevalencia en personas de 18 a 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en personas de 60 años o más. El hallazgo más reproducible en la epidemiología del trastorno depresivo mayor ha sido una mayor prevalencia en mujeres, un efecto que alcanza su punto máximo en la adolescencia y luego se estabiliza *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2022).

Las mujeres experimentan tasas aproximadamente dos veces más altas que los hombres, especialmente entre la menarquía y la menopausia. Las mujeres informan más síntomas atípicos de depresión caracterizados por hipersomnia, aumento del apetito y parálisis de plomo en comparación con los hombres *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2022).

No hay efectos claros de la edad actual sobre el curso o la respuesta al tratamiento del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, existen algunas diferencias en los síntomas, de modo que la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en las personas más jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular los trastornos psicomotores, son más comunes en las personas mayores. Las depresiones con edades de inicio más tempranas son más familiares y es más probable que impliquen alteraciones de la personalidad. El curso del trastorno depresivo mayor dentro de los individuos generalmente no cambia con el envejecimiento. Los tiempos medios de recuperación no cambian a lo largo de varios episodios, y la probabilidad de estar en un episodio generalmente no aumenta ni disminuye con el tiempo *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2022).

Riesgos en estudiantes universitarios:

La depresión es un trastorno mental común entre los estudiantes universitarios, afectando significativamente su bienestar y rendimiento académico. Diversos factores de riesgo contribuyen al desarrollo de síntomas depresivos en esta población. A continuación, se detallan algunos de los más relevantes:

Estrés Académico: La presión por mantener un alto rendimiento académico, cumplir con fechas límite y enfrentar evaluaciones constantes puede generar niveles elevados de estrés, aumentando el riesgo de depresión. La alta exigencia académica es un factor determinante en la prevalencia de la depresión entre los universitarios.

Transición a la Vida Universitaria: El cambio de entorno, la adaptación a nuevas responsabilidades y la separación del hogar familiar pueden provocar sentimientos de soledad y ansiedad, predisponiendo a los estudiantes a desarrollar síntomas depresivos. La elección de cursos, la competitividad con los compañeros y el inicio de nuevas relaciones amorosas son factores de riesgo asociados a esta transición.

Factores Socioeconómicos: La preocupación por la estabilidad financiera, la gestión de gastos y la posible falta de recursos económicos pueden generar estrés y ansiedad, contribuyendo al desarrollo de la depresión. La precariedad económica es uno de los factores de riesgo identificados en estudiantes universitarios.

Falta de Apoyo Social: La ausencia de una red de apoyo sólida, como amigos y familiares, puede incrementar la sensación de aislamiento y vulnerabilidad emocional, elevando el riesgo de depresión. La falta de apoyo social es un factor de riesgo significativo en la salud mental de los estudiantes universitarios.

7.1. ESTADO DEL ARTE

Los síntomas depresivos en estudiantes universitarios han sido objeto de diversas investigaciones en los últimos años. A continuación, se presentan algunos estudios relevantes:

Prevalencia de Depresión en Estudiantes Universitarios: Un estudio publicado en Atención Primaria destaca que los factores de riesgo para la depresión en estudiantes universitarios incluyen la elección de cursos, la competitividad con los compañeros, el acoso escolar y el inicio de nuevas relaciones amorosas. Para afrontar las situaciones complicadas, los jóvenes adoptan roles defensivos y utilizan herramientas como la esperanza, el coraje, la tenacidad y la empatía. Ante esto, las instituciones deben proporcionar un ambiente acogedor que tenga en cuenta el estado anímico e intelectual de los estudiantes.

Estudio sobre la Salud Mental en Estudiantes Universitarios Españoles: El Ministerio de Universidades de España publicó un estudio en marzo de 2022 que revela que más del 50% del estudiantado ha percibido la necesidad de apoyo psicológico por problemas de salud mental recientes durante el pasado cuatrimestre. Además, la prevalencia de ansiedad moderada o grave es de aproximadamente uno de cada dos estudiantes. El estudio incluye propuestas de mejora del bienestar emocional del estudiantado en las universidades, como el fomento de espacios de encuentro entre el estudiantado y el profesorado o la mejora en la difusión sobre los servicios específicos de apoyo a la salud mental.

Depresión en Estudiantes Universitarios: La California State University define la depresión universitaria como un trastorno del estado de ánimo que aparece en estudiantes de entre 17 y 25 años. Aunque no es una entidad diagnóstica que aparezca como tal en manuales como el DSM-V, es fácil identificarla por sus características propias. Es una realidad condicionada por unas particularidades concretas, como la transición de la adolescencia a la época adulta, los problemas relacionales, la presión académica y las dificultades económicas.

Estos estudios evidencian la importancia de abordar los síntomas depresivos en el entorno universitario, considerando factores de riesgo y estrategias de intervención efectivas, etcétera.

Investigaciones de otros autores:

Autores que han investigado y reflexionado sobre la depresión en estudiantes universitarios, los cuales brindaron los siguientes aportes:

(Serrano, et. al., 2013), los síntomas más frecuentes de depresión que presentan los estudiantes universitarios son el insomnio, la falta de apetito y la pérdida de peso. También existen síntomas afectivos, como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia ante las exigencias. A esto se agregan los síntomas de tipo cognitivo, volitivo, e incluso, síntomas somáticos.

(Páez, et. al., 2018) En su artículo titulado “Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja”, exploran diferentes enfoques teóricos e investigativos relacionados con la depresión en jóvenes universitarios. Su trabajo destaca la importancia de considerar una perspectiva integral y multidimensional al abordar la depresión en este grupo.

Este artículo enfocó el interés en estudiantes universitarios, la relevancia de profundizar en esta población radica en que en este contexto poblacional existe un incremento de estresores a afrontar en la vida universitaria y esto puede derivar al desarrollo de un trastorno depresivo.

(Vargas, M., 2021) En el artículo “Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: una revisión sistemática”, se analizan los diferentes factores que influyen en la depresión en estudiantes universitarios. Se seleccionaron 17 artículos científicos publicados entre 2019 y 2020 para comprender mejor los elementos que afectan la salud mental de los universitarios. Los factores identificados incluyen aspectos situacionales (como la carga laboral

y el bajo rendimiento académico), factor sociodemográficos, calidad del sueño, estado físico y problemas en las relaciones personales.

7.2.TEORÍAS Y CONCEPTUALIZACIONES ASUMIDAS

Teorías sobre la depresión.

La depresión ha sido objeto de diversas teorías que buscan explicar sus causas y manifestaciones. A continuación, se presentan las teorías de Aaron T. Beck y Sigmund Freud, dos enfoques fundamentales en la comprensión de este trastorno.

Autores Relevantes en la Psicología.

Teoría de la Depresión de Aaron T. Beck:

La Teoría Cognitiva de la Depresión, desarrollada por Aaron T. Beck en los años 60, sostiene que los trastornos depresivos se deben en gran parte a distorsiones cognitivas y patrones de pensamiento negativos que el individuo mantiene sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Este enfoque fue fundamental para el desarrollo de la Terapia Cognitiva, que se ha mostrado efectiva para tratar la depresión y otros trastornos.

Tríada Cognitiva: Beck identificó que las personas con depresión tienen una visión negativa de tres elementos clave en sus vidas:

1. **De sí mismos:** La persona se ve a sí misma de manera crítica, percibiéndose como inútil, defectuosa o incapaz.
2. **Del mundo:** El individuo interpreta el mundo como hostil y lleno de obstáculos insuperables.
3. **Del futuro:** La visión del futuro está marcada por el pesimismo, la desesperanza y la creencia de que las cosas nunca mejorarán.

Esta tríada de pensamientos negativos perpetúa y profundiza el estado depresivo, creando un círculo vicioso donde la persona se siente incapaz de cambiar su situación.

Distorsiones Cognitivas: Las distorsiones cognitivas son patrones de pensamiento erróneos que afectan la forma en que los individuos perciben los eventos y las experiencias. Algunos ejemplos son:

Pensamiento todo o nada (blanco y negro): Ver las situaciones como extremas, sin matices (por ejemplo, si no soy perfecto, soy un fracaso total).

Sobregeneralización: Sacar conclusiones amplias basadas en un solo evento negativo (por ejemplo, Me rechazaron en una entrevista, nunca conseguiré trabajo).

Personalización: Asumir responsabilidad por eventos fuera del control del individuo (por ejemplo, La discusión de hoy fue culpa mía).

Filtraje negativo: Centrar toda la atención en los aspectos negativos de una situación y omitir los aspectos positivos (por ejemplo, Aunque todo salió bien, cometí un pequeño error, lo que arruinó todo).

Objetivo de la Terapia Cognitiva: El objetivo principal de la Terapia Cognitiva es ayudar a los pacientes a identificar y desafiar estos patrones de pensamiento distorsionados. A través de técnicas como la reestructuración cognitiva, se busca reemplazar las creencias disfuncionales con pensamientos más realistas y equilibrados. Además, se utilizan técnicas conductuales para mejorar el bienestar general del paciente, como la programación de actividades placenteras y la exposición gradual a situaciones que generan ansiedad.

Estructura de las Sesiones:

- **Revisión de Tareas:** Analizar las actividades asignadas entre sesiones y discutir dificultades encontradas.

- **Establecimiento de Objetivos:** Definir los problemas a abordar y las técnicas a utilizar.
- **Asignación de Nuevas Tareas:** Proponer actividades para la próxima sesión, como experimentos para comprobar hipótesis y autorregistros de pensamientos y actividades.

Técnicas Utilizadas:

- **Técnicas Cognitivas:** Incluyen la identificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva y pruebas de realidad.
- **Técnicas Conductuales:** Como la programación de actividades, entrenamiento en resolución de problemas y exposición gradual.

Teoría Psicoanalítica de la Depresión (Sigmund Freud):

Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis, presentó una visión de la depresión desde un enfoque psicodinámico. En su obra, Freud sugirió que la depresión puede entenderse como una manifestación de la respuesta emocional frente a una pérdida, tanto real como simbólica. Su teoría ha sido influyente en el desarrollo del psicoanálisis y en la comprensión profunda de los mecanismos internos que subyacen a la depresión.

Pérdida Real o Simbólica: Freud propuso que la depresión es a menudo el resultado de una pérdida significativa, ya sea de una persona querida (como la muerte de un ser cercano) o de una parte importante del yo (como la pérdida de una expectativa o un sueño). Cuando el individuo no puede aceptar o elaborar esta pérdida, comienza a internalizar la figura o el objeto perdido, generando sentimientos de culpa y auto-reproche.

Identificación con el Objeto Perdido: En el proceso de duelo, Freud sugirió que los individuos tienden a identificarse con el objeto perdido. Por ejemplo, si alguien pierde a un ser querido, esa persona puede internalizar la pérdida como una parte de sí misma, desarrollando

sentimientos de tristeza y angustia profunda. Esta identificación puede llevar a una crítica interna, ya que la persona comienza a verse a sí misma como culpable de la pérdida, lo que puede desembocar en la depresión.

El Rol de la Culpa y la Autocrítica: Destacó que la depresión está fuertemente relacionada con la culpa interna. El individuo puede reprocharse por no haber hecho más para evitar la pérdida o, en algunos casos, puede percibir que la pérdida fue merecida. Este sentimiento de culpa es central en la depresión, ya que implica una relación conflictiva entre el individuo y su mundo interno.

Inhibición de la Energía Psíquica: Freud también observó que la depresión puede estar vinculada a la inhibición de la energía psíquica. La persona deprimida se siente incapaz de llevar a cabo actividades cotidianas debido a la parálisis emocional y la falta de interés por el mundo exterior. Este fenómeno se relaciona con la represión de los deseos y las emociones, lo que lleva a la desconexión con el entorno y consigo mismo.

La Depresión Como Respuesta Adaptativa: Aunque Freud veía la depresión como un trastorno patológico, también la consideraba una forma de respuesta adaptativa ante una pérdida significativa. En algunos casos, el proceso depresivo podría servir para ayudar al individuo a lidiar con el dolor y a reintegrar el sentido de sí mismo tras la pérdida. Sin embargo, si la depresión se prolonga sin resolución, puede convertirse en un trastorno debilitante.

Tratamiento Psicoanalítico de la Depresión: En el enfoque psicoanalítico, el tratamiento de la depresión se centra en explorar los conflictos internos inconscientes que están en la raíz de los sentimientos de culpa y tristeza. A través de la interpretación de los sueños, la asociación libre y la transferencia en la relación terapéutica, el paciente puede llegar a un mayor entendimiento de sus sentimientos y procesos internos.

Teorías Ambientales y Socioculturales.

La depresión al ser un trastorno complejo puede ser influenciada por diversos factores ambientales y/o socioculturales. A continuación, se presentan algunas teorías relevantes que abordan estos aspectos:

Teoría de la indefensión aprendida: Propuesta por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978, esta teoría sugiere que las personas que experimentan situaciones incontrolables y aversivas pueden desarrollar una sensación de impotencia, lo que aumenta el riesgo de depresión. Este estilo atribucional depresivo implica interpretar eventos negativos como resultados de factores internos, estables y globales, lo que perpetúa la sensación de indefensión.

Teoría de la depresión por desesperanza: Esta teoría, también desarrollada por Abramson, postula que la depresión se origina cuando las personas perciben que sus esfuerzos no conducen a resultados positivos, lo que genera una sensación de desesperanza. La percepción de que los eventos negativos son incontrolables y que no hay solución a los problemas contribuye al desarrollo de la depresión.

Teoría de la depresión como adaptación social: Esta teoría propone que la depresión puede haber evolucionado como una estrategia para enfrentar amenazas sociales. Situaciones que implican amenazas sociales se representan en regiones del cerebro como la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior, lo que sugiere que la depresión podría haber servido como una respuesta adaptativa para manejar conflictos sociales.

Teoría de la depresión y factores ambientales: Esta teoría destaca la influencia de factores ambientales, como la contaminación atmosférica, en el riesgo de desarrollar depresión. Estudios han encontrado que la exposición a contaminantes como el dióxido de nitrógeno (NO₂) y las partículas finas (PM 2,5) puede incrementar el riesgo de alteraciones psiquiátricas, incluyendo la depresión unipolar.

Teoría de la depresión y factores socioculturales: Esta teoría enfatiza cómo las concepciones culturales sobre la depresión pueden influir en su manifestación y tratamiento. La teoría de consenso cultural permite explorar los dominios culturales relacionados con la depresión, identificando elementos que conforman las creencias y actitudes hacia este trastorno en diferentes culturas.

Salud Mental:

Concepto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental se refiere al estado de bienestar emocional, psicológico y social de una persona. Permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, e integrarse en su entorno.

La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales. Está determinada por una interacción de factores individuales, sociales y estructurales. Algunos de estos factores son: presiones socioeconómicas, condiciones de trabajo estresantes, discriminación, exclusión social, modos de vida poco saludables y violaciones de los derechos humanos.

Importancia de la Salud Mental:

La salud mental es fundamental para el bienestar general, ya que influye en cómo pensamos, sentimos y actuamos, permitiéndonos enfrentar los desafíos de la vida diaria. Una buena salud mental es esencial para tomar decisiones informadas, establecer relaciones satisfactorias y mantener un equilibrio emocional.

En el contexto de los estudiantes universitarios, la salud mental adquiere una relevancia particular, ya que esta etapa implica una transición significativa que puede generar estrés, ansiedad y otros trastornos mentales. Los estudiantes universitarios enfrentan altos niveles de estrés y ansiedad, lo que puede afectar su rendimiento académico y bienestar general.

La atención clínica psicológica es crucial para abordar estos desafíos. La disponibilidad de apoyo psicológico permite a los estudiantes gestionar el estrés, la ansiedad y otros problemas emocionales, promoviendo un entorno académico más saludable y favoreciendo su éxito académico y personal. Además, la atención temprana a los problemas de salud mental puede prevenir complicaciones mayores y mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Concientización y Prevención:

La salud mental es un tema crucial en todas las etapas de la vida, y los estudiantes universitarios no son la excepción. Su importancia radica en que cuidar la salud mental de los estudiantes universitarios no solo impacta su rendimiento académico, sino también su calidad de vida y su futuro profesional.

Promoción de entornos saludables: La salud mental es fundamental para el adecuado desarrollo académico de los estudiantes universitarios. Las universidades deben crear entornos que fomenten el bienestar emocional y psicológico de sus alumnos.

Esto implica ofrecer servicios de apoyo psicológico, espacios de relajación, actividades deportivas y culturales, entre otros. Todo esto contribuye a fortalecer la salud mental de la comunidad estudiantil.

Prevención de trastornos mentales: En el ámbito universitario, factores como el estrés académico, la presión social y la adaptación a un nuevo entorno pueden afectar la salud mental de los estudiantes.

Es crucial implementar programas de sensibilización, campañas de prevención y acceso a servicios de salud mental para evitar problemas emocionales y psicológicos que puedan interferir en el rendimiento académico y la calidad de vida de los universitarios.

Apoyo emocional y psicológico: Brindar apoyo emocional y psicológico es esencial. Los estudiantes deben saber que no están solos y que hay recursos disponibles para ellos.

Al proporcionar un entorno acogedor, promover el bienestar emocional y ofrecer recursos adecuados, las instituciones pueden contribuir significativamente a la salud mental y al éxito académico de los jóvenes estudiantes.

Atención Psicológica:

La atención psicológica se refiere al conjunto de intervenciones y tratamientos diseñados para abordar y mejorar el bienestar emocional, psicológico y social de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, e integrarse en su entorno.

La atención psicológica incluye diversas modalidades, como la psicoterapia, que es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un espacio seguro para explorar pensamientos, emociones y comportamientos, con el objetivo de promover el autoconocimiento y el cambio positivo.

Estas intervenciones son esenciales para tratar trastornos mentales, mejorar la calidad de vida y fomentar el desarrollo personal. La disponibilidad y la atención psicológica son fundamentales para garantizar que las personas reciban el apoyo necesario para mantener y mejorar su salud mental.

Acceso a servicios de atención psicológica:

El acceso a servicios de atención psicológica se refiere a la disponibilidad y posibilidad que tienen las personas para recibir apoyo profesional en salud mental. Estos servicios incluyen evaluaciones, diagnósticos y tratamientos proporcionados por psicólogos y otros profesionales especializados, dirigidos a abordar problemas emocionales, conductuales y sociales que afectan el bienestar de los individuos.

La atención psicológica es esencial para promover la salud mental, definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En la Universidad Central de Nicaragua-Sede Central, existe un Centro de Atención Integral el cual brinda atención psicológica a los alumnos de manera gratuita. El acceso adecuado a estos servicios permite a las personas manejar el estrés, relacionarse de manera efectiva con los demás y tomar decisiones informadas, contribuyendo así a una mejor calidad de vida.

Factores sociodemográficos:

Sexo (Femenino y Masculino):

El sexo se refiere a las características biológicas que distinguen a los seres humanos como femeninos o masculinos. Estas diferencias incluyen aspectos genéticos, hormonales y anatómicos. Según proyecciones del Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), en 2021, Nicaragua contaba con una población total de 6,664,364 personas de las cuales 3,375,956 eran mujeres y 3,288,408 eran hombres (INIDE, 2021).

Edad:

La edad es una variable demográfica que indica el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona. Es un factor crucial en estudios poblacionales, ya que influye en diversas dinámicas sociales, económicas y de salud.

Carrera:

En el contexto educativo, la carrera se refiere al programa de estudios o disciplina académica que un estudiante elige cursar en una institución de educación superior. La elección de carrera puede estar influenciada por diversos factores, incluyendo intereses personales, oportunidades laborales y contextos socioculturales.

Procedencia (Zona Rural o Urbana):

La procedencia indica el origen geográfico de una persona, ya sea de una zona rural o urbana. Las áreas urbanas se caracterizan por una mayor densidad poblacional y desarrollo de infraestructura, mientras que las zonas rurales suelen tener menor densidad y están más vinculadas a actividades agrícolas. Según el Censo de Población de 2005, en Nicaragua, municipios como Managua y Ciudad Sandino tienen más del 97% de su población en áreas urbanas, mientras que San Francisco Libre y Villa El Carmen tienen más del 75% en áreas rurales.

Religión (Católica, Testigos de Jehová, Evangélica, Sin Religión y Otras):

La religión es un sistema de creencias y prácticas relacionadas con lo sagrado o lo divino. En Nicaragua, la distribución religiosa ha mostrado cambios en las últimas décadas. En 2005, el 58.5% de la población se identificaba como católica y el 21.6% como protestante evangélica. Para 2010, la proporción de católicos disminuyó al 47.5%, mientras que los evangélicos aumentaron al 34.6%. Otros grupos religiosos presentes en el país incluyen a los Testigos de Jehová, adventistas y pentecostales.

Palabras Claves:

Síntomas depresivos: Manifestaciones emocionales y físicas relacionadas con la depresión, como tristeza persistente, pérdida de interés, fatiga, alteraciones en el sueño y concentración, y sentimientos de desesperanza.

Factores sociodemográficos: Son características sociales y demográficas de una población o de un grupo de individuos que permiten analizar y comprender sus dinámicas, comportamientos y necesidades en diferentes contextos.

Atención clínica psicológica: Servicios profesionales brindados por psicólogos para tratar problemas emocionales, conductuales y mentales, como la depresión, mediante diversas modalidades de intervención terapéutica.

Bienestar psicológico: Estado de equilibrio emocional y mental que permite a los individuos manejar el estrés, las relaciones interpersonales y las demandas de la vida cotidiana de manera efectiva.

Salud mental: Estado de bienestar emocional, psicológico y social, en el que una persona puede enfrentar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad.

Adaptación universitaria: Proceso de ajuste que experimentan los estudiantes cuando ingresan a la universidad, el cual involucra el manejo de nuevas responsabilidades académicas, sociales y emocionales.

8. MÉTODOS - DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Tipo de Investigación: Correlacional, Retrospectivo.

El presente estudio es de tipo retrospectivo, ya que se enfoca en analizar datos correspondientes al período comprendido entre julio y noviembre del año 2024. Además es un estudio correlacional porque analiza la relación entre dos variables, los síntomas depresivos y factores sociodemográficos en los estudiantes.

Área de estudio: Centro de Atención Integral de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central.

Enfoque del Estudio: El enfoque del estudio es cuantitativo, ya que implica la medición y el análisis de variables utilizando métodos cuantitativos para examinar la relación estadística entre ellas.

Unidad de Análisis: Se trabajará con estudiantes femeninos y masculinos, que asistieron al Centro de Atención Integral del turno regular, en la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, durante el segundo semestre del 2024.

8.2. Población y selección de la muestra:

Universo: El universo del estudio está conformado por un total de 26 estudiantes de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del año 2024. Este grupo incluye estudiantes de todos los turnos: regular, sabatino y dominical.

Población: Para este estudio, la población se delimita a 20 estudiantes pertenecientes específicamente al turno regular, quienes asistieron al Centro de Atención Integral en el período comprendido entre julio y noviembre del 2024.

Muestra: Dado que la población es reducida, se trabajó con una totalidad de 12 estudiantes, debido al acceso a esta.

Tipo de Muestreo: Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que la selección de los participantes se basa en su disponibilidad y en el cumplimiento del criterio de haber asistido activamente al Centro de Atención Integral durante el período de estudio.

Variables (Operacionalización de Variables)

Dimensión	Variable	Definición Conceptual	Indicador	Instrumento
Sociodemográficas	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos, las cuales se agrupan en dos categorías: hombre y mujer.	Femenino. Masculino.	Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
	Edad	El periodo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento determinado en el tiempo.	18-20 años. 21-25 años. Más de 25 años.	
	Carrera	Es un programa académico que forma profesionales en un área específica, combinando teoría y práctica, y culmina con	Psicología, Administración de Empresas, Medicina, Farmacia, Enfermería, Ingeniería en Sistemas, Medicina Veterinaria,	

		un título que certifica sus competencias.	Contabilidad Pública y Auditoría, Mercadotecnia, Administración Turismo y Hotelería, Relaciones Internacionales y Comercio Exterior, Derecho.	
	Procedencia	Entorno físico, geográfico donde vive una persona.	Urbana. Rural.	
	Religión	Sistema de creencias, prácticas, valores y símbolos que conecta a las personas con lo trascendental, lo sagrado o lo divino.	-Católica. -Evangélica. -Testigo de Jehová. -Sin religión. -Otro.	
Depresión	Sintomatología general.	La depresión se caracteriza por un conjunto de síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales que afectan al individuo.	1-10 puntos: Depresión mínima. 11-17 puntos: Depresión leve o media. 18-29 puntos: Depresión moderada. 30-63: Depresión severa.	Inventario de Depresión de Beck (BDI).

8.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados:

Plan de recolección de datos:

Se utilizará Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos e Inventario de Beck de la Depresión.

Técnicas de recolección de datos:

1. Registro estructurado de datos: Esta técnica se empleará para recopilar información cuantitativa relacionada con las variables principales del estudio.
2. Autoinforme: Los participantes completarán el Inventario de Beck de Depresión (BDI).

Instrumentos de recolección de datos:

1. Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
2. Inventario de Beck de Depresión (BDI).

8.4. Confiabilidad y validez de los instrumentos:

Nombre original del instrumento: Beck Depression Inventory (BDI).

Autores: Beck y Steer (1961).

Descripción: El BDI (Beck Depression Inventory) es un cuestionario de autoinforme diseñado para medir la severidad de los síntomas depresivos en individuos.

Adaptación: Aunque no hay una versión oficial en nuestro país, existe una adaptación al español de la revisión de 1978 que describe los criterios de calidad en muestras españolas (Vázquez y Sanz, 1999). El BDI-II tiene una versión en español (no adaptada a muestras de nuestro país) de los propios autores.

Aplicación: Individual y colectivo.

Edad de aplicación: A partir de 13 años.

Duración de la prueba: De 5 a 10 minutos.

Estandarización: Se utiliza para la depresión y su gravedad.

Formato de ítem: Tipo likert.

Número de ítems: 21

Objetivo del test: Tiene como objetivo principal servir como instrumento de medida, estandarizado, sencillo y de fácil aplicación e interpretación, de la depresión y de sus cambios a lo largo del tiempo.

Materiales: Manual de interpretación, cuestionario, lápiz y borrador.

Confiabilidad: El Inventario de Depresión de Beck (BDI) muestra una alta consistencia interna, con coeficientes alfa que oscilan entre 0,73 y 0,95. En promedio, el BDI tiene un coeficiente alfa de 0,87, mientras que el BDI-II (versión revisada) alcanza 0,92. La fiabilidad test-retest para intervalos cortos (una semana) se encuentra entre 0,81 y 0,83, lo que indica estabilidad en los resultados a lo largo del tiempo.

Validez: La validez de contenido del BDI ha mejorado con la versión BDI-II, que incluye todos los criterios DSM-IV, abordando una crítica frecuente a la validez de la prueba. En términos de validez concurrente, se han encontrado correlaciones significativas entre el BDI y otras medidas de depresión. Las correlaciones con otras escalas de depresión van desde 0,55 a 0,96 en pacientes psiquiátricos y de 0,55 a 0,73 en personas sin trastornos.

Criterio de calificación: La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3 el rango de la puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos.

Ficha de recolección de datos sociodemográficos:

Este instrumento recopilará información básica de los participantes tales como el sexo, edad, carrera, procedencia y religión. Su diseño incluye preguntas cerradas y de selección múltiple, facilitando su procesamiento.

Validez: Para garantizar su validez, la ficha fue diseñada en base a datos que identifiquen los factores sociodemográficos relevantes para nuestro estudio.

8.5.Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos:

El procesamiento y análisis de los datos se realizará de manera organizada, garantizando la integridad y calidad de la información recolectada.

Proceso de aplicación:

Aplicación formal: Los instrumentos se aplicarán en una sesión programa en la UCN - SEDE CENTRAL, garantizando la confidencialidad y el consentimiento informado de los participantes.

Organización de los datos:

Los datos obtenidos serán codificados y registrados en una base de datos digital, asegurando un control preciso y seguro de la información.

Análisis estadístico:

Para el análisis de los datos, se utilizará el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), el cual permitirá realizar descripciones, pruebas de hipótesis y correlaciones pertinentes. Se generarán tablas, gráficos y estadísticas descriptivas que faciliten la interpretación de los resultados.

Para sustentar la hipótesis del estudio y determinar si existe o no una relación significativa entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes, se aplicó el Análisis de Varianza (ANOVA). Para la interpretación de los resultados y sustentación de la hipótesis, los hallazgos obtenidos a través del ANOVA fueron analizados en conjunto con los datos descriptivos. Además, se verificó si el resultado del ANOVA indicaba diferencias estadísticamente significativas con un valor $p < 0.05$, con el fin de evaluar si hay evidencia suficiente para determinar cuál es la hipótesis acertada.

Interpretación de los datos:

Los resultados obtenidos serán interpretados en función de los objetivos de la investigación, relacionándolos con el marco teórico y estudios previos.

Gestión de la información:

Se implementarán medidas de seguridad y confidencialidad para proteger los datos personales de los participantes.

Consideraciones Éticas:

- Confidencialidad y protección de datos.
- Consentimiento informado.
- Derechos de autor.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes mayores a 18 años de edad.
- Participación voluntaria.
- Estudiantes del turno regular que hayan presentado síntomas depresivos y que hayan asistido al Centro de Atención Integral de la Universidad Central de Nicaragua, sede central, entre julio y noviembre de 2024.

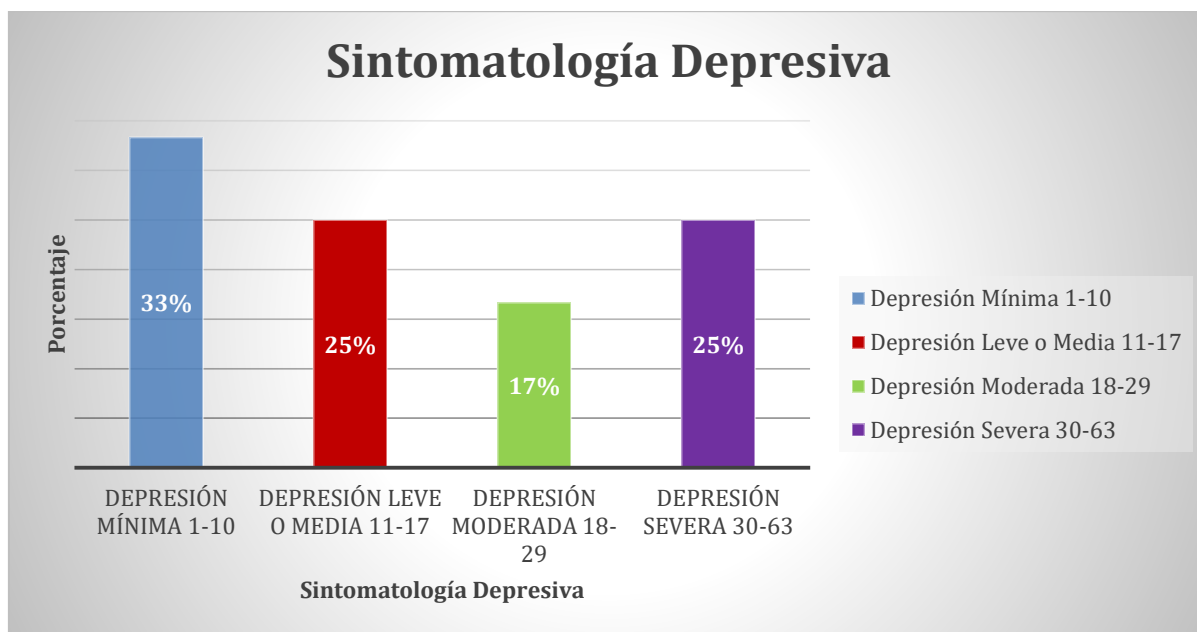
Criterios de Exclusión:

- Estudiantes menores de edad.
- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.
- Estudiantes del turno regular que no hayan presentado síntomas depresivos y que no hayan asistido al Centro de Atención Integral de la Universidad Central de Nicaragua, sede central, entre julio y noviembre de 2024.

9. RESULTADOS

Resultado del 1er. Objetivo: Síntomas depresivos, categorizados por niveles.

Gráfico n° 1 – Sintomatología depresiva:



Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI).

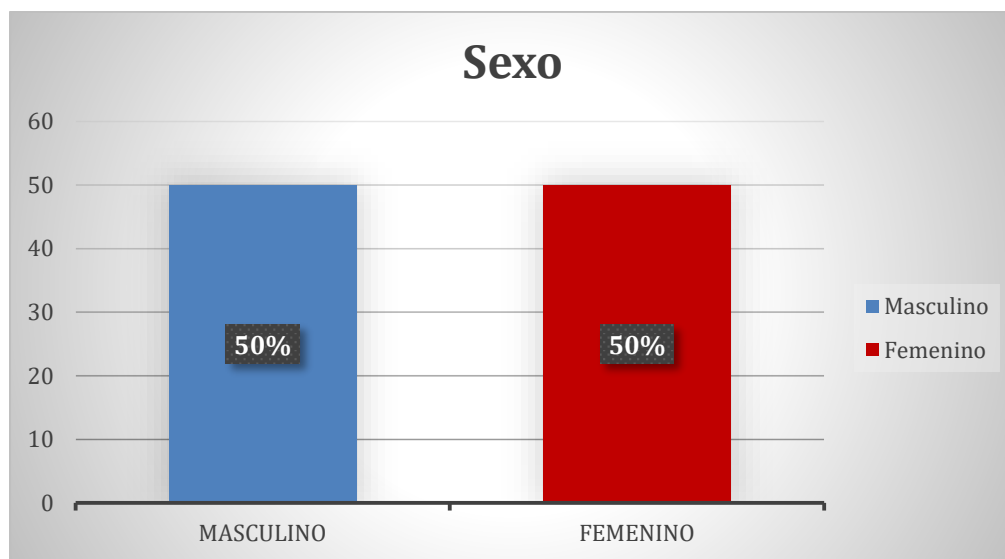
El gráfico de columna presenta la distribución de la sintomatología depresiva, categorizada en cuatro niveles según la gravedad de los síntomas. El 33% de los individuos presenta depresión mínima, lo que indica una presencia leve de síntomas depresivos. El 25% se encuentra en el rango de depresión leve o media. El 17% muestra depresión moderada, indicando una mayor intensidad de los síntomas. Finalmente, el 25% presenta depresión severa, lo que refleja una afectación significativa y grave. Este gráfico resalta que la mayoría de los individuos (67%) experimenta algún nivel de depresión más allá del mínimo.

Estos hallazgos son comparables con la investigación de Rivera et al. (2022) en estudiantes de medicina de la UNAN-León encontró que el 35.4% de los estudiantes presentaban trastorno depresivo menor, con un 15.7% en nivel moderado y un 19.7% en nivel grave. En comparación, en el presente estudio, los niveles de depresión moderada (17%) y severa (25%) son similares en cuanto a distribución, aunque la prevalencia general de síntomas

depresivos en nuestra población de estudio es más alta. Asimismo, la investigación de Martínez et al. (2021) en estudiantes de V y VI año de medicina de la UNAN-Managua reportó una prevalencia de depresión del 81%, superior a la encontrada en este estudio (67%). No obstante, ambos estudios coinciden en que la sintomatología depresiva es frecuente en estudiantes universitarios.

Resultado del 2do. Objetivo: Factores sociodemográficos (sexo, edad, carrera, procedencia y religión).

Gráfico n° 2 – Sexo:



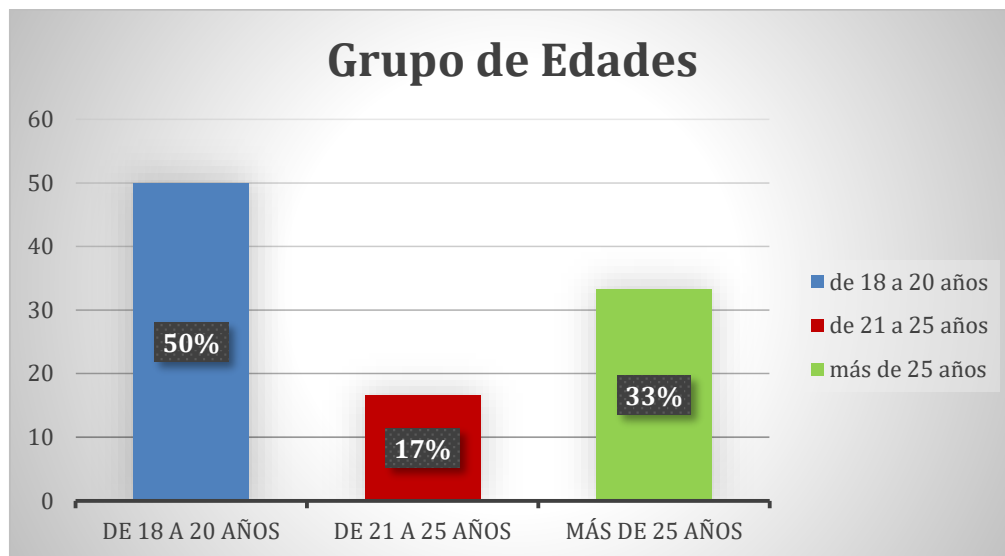
Fuente: Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna muestra la distribución por sexo de la muestra, dividida equitativamente entre hombres y mujeres. El 50% de la muestra corresponde al sexo masculino y el otro 50% al sexo femenino. Esto indica que la muestra está balanceada en términos de género.

Sin embargo, según la literatura DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), la prevalencia del trastorno depresivo mayor es significativamente mayor en mujeres, lo que sugiere que, a pesar de la distribución balanceada de la muestra, se podría esperar una mayor

representación de síntomas depresivos en mujeres. Aunque no se observan diferencias claras entre sexos en términos de evolución o respuesta al tratamiento, las mujeres presentan un mayor riesgo de intentos de suicidio, lo que resalta la importancia de considerar factores de género al interpretar los resultados y diseñar estrategias de intervención.

Grafico n° 3 – Edad:



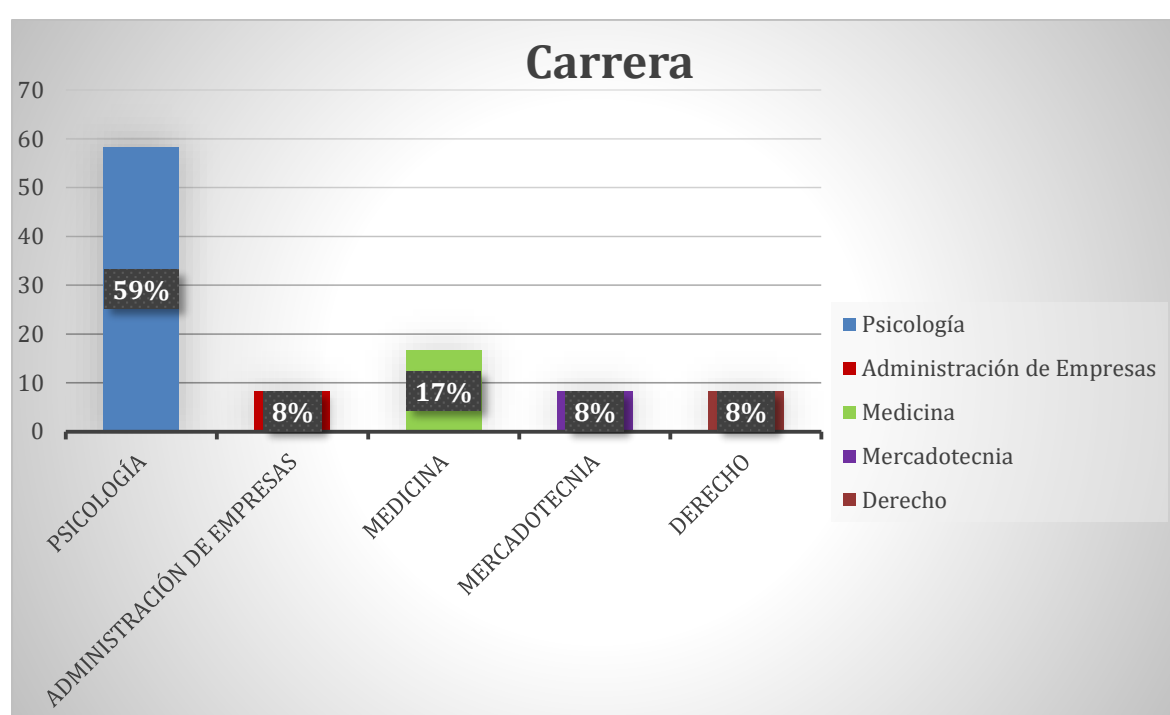
Fuente: Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna presenta la distribución por grupos de edad de la muestra. El 50% de los individuos se encuentra en el rango de 21 a 25 años, lo que representa la mayoría de la muestra. El 33% corresponde al grupo de 18 a 20 años, y el 17% restante tiene más de 25 años. Este gráfico refleja que la mayor parte de la muestra está compuesta por adultos jóvenes, específicamente en el rango de 21 a 25 años, lo que sugiere que este grupo es el más representativo en el estudio. La presencia de un porcentaje menor de personas mayores de 25 años indica que la muestra incluye una diversidad de edades, aunque con predominio de la población joven.

La distribución etaria de la muestra, con un predominio del grupo de 21 a 25 años (50%) y una representación significativa de jóvenes entre 18 y 20 años (33%), es consistente con los

hallazgos epidemiológicos del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), que indican una mayor prevalencia del trastorno depresivo mayor en personas de 18 a 29 años en comparación con adultos mayores. Esta tendencia sugiere que la población joven universitaria podría ser particularmente vulnerable a síntomas depresivos, lo que puede estar relacionado con factores propios de esta etapa, como las exigencias académicas, la incertidumbre sobre el futuro y la transición a la vida adulta.

Grafico n° 4 – Carrera:



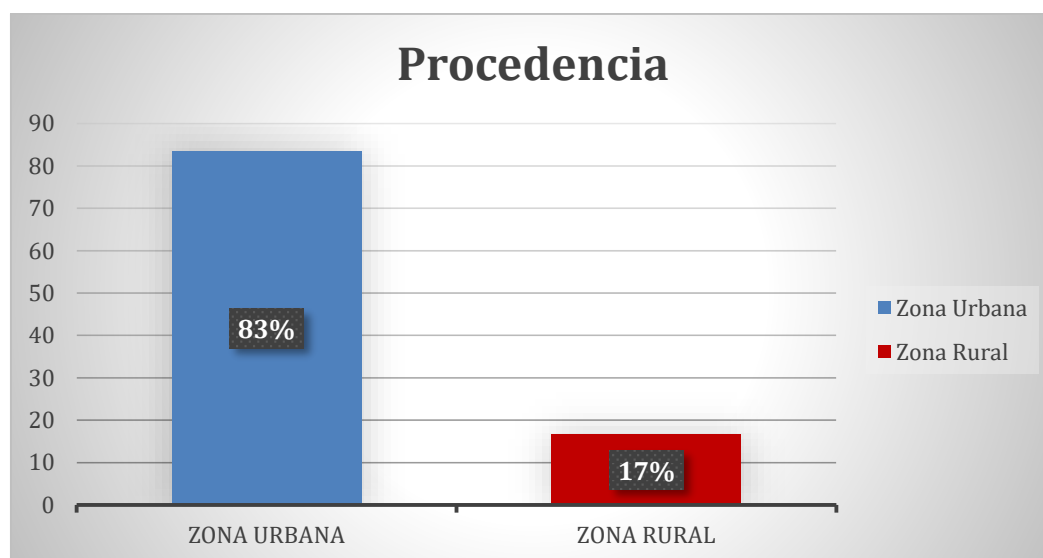
Fuente: Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna muestra la distribución de estudiantes según su carrera. La carrera con mayor representación es Psicología, lo que equivale al 59% del total, siendo la más predominante. En segundo lugar se encuentra Medicina, que representan el 17% de la muestra. Las carreras de Administración de Empresas, Mercadotecnia y Derecho tienen cada una el 8% del total respectivamente. Este gráfico refleja una mayor concentración de estudiantes en Psicología, seguida por Medicina, mientras que las otras carreras tienen una presencia

minoritaria en la muestra. Esto sugiere que Psicología es la carrera más común entre los participantes del estudio.

Se encontró una mayor concentración de estudiantes de Psicología (59%), seguida por Medicina (17%), mientras que carreras como Administración de Empresas, Mercadotecnia y Derecho tuvieron menor representación (8% cada una). Este hallazgo sugiere que los estudiantes de Psicología pueden tener una mayor disposición a buscar atención psicológica o bien, que en esta carrera existe una mayor conciencia sobre la importancia del bienestar mental. El estudio de Rivera et al. (2022) en la UNAN-León se enfocó en estudiantes de Medicina y encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos. En este estudio, aunque la mayoría de la muestra pertenece a Psicología, la presencia de estudiantes de Medicina en el segundo lugar (17%) refuerza la necesidad de analizar cómo las exigencias académicas pueden influir en la salud mental, especialmente en carreras de ciencias médicas.

Grafico n° 5 – Procedencia:



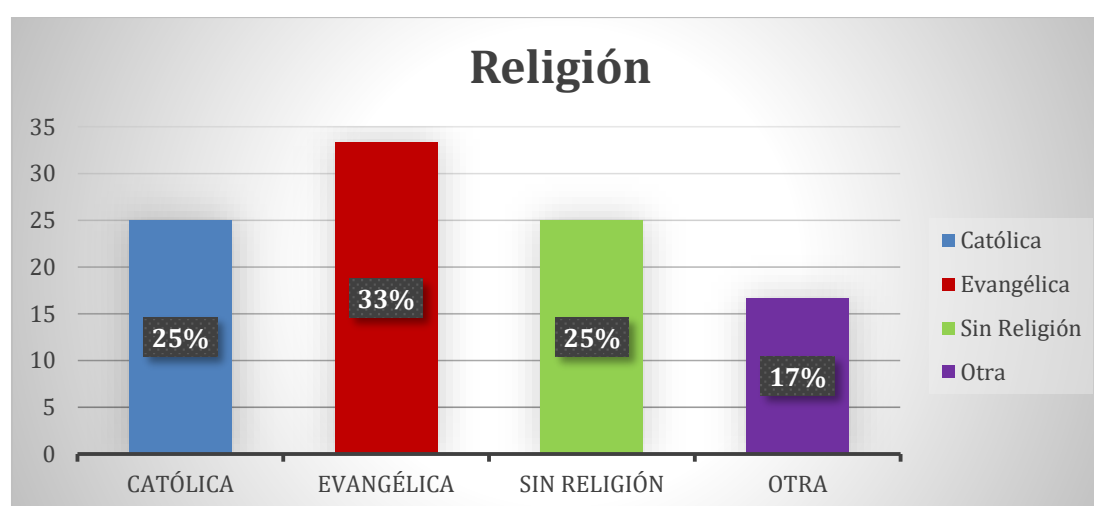
Fuente: Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna presenta la distribución de la procedencia de la muestra, diferenciando entre zona urbana y zona rural. La mayoría (83%) provienen de la zona urbana,

lo que refleja una predominancia significativa de individuos de áreas urbanas en la muestra. Por otro lado, el (17%) son de la zona rural, lo que indica una menor representación de áreas rurales en el estudio. Estos datos sugieren que la población encuestada está compuesta principalmente por personas de entornos urbanos.

Estudios como el de Aguilar et al. (2020) en Perú han señalado que el estatus social y el contexto influyen en la prevalencia de síntomas depresivos. En este sentido, la menor representación de estudiantes rurales en esta muestra podría estar asociada con limitaciones en el acceso a servicios de salud mental, lo que sugiere la importancia de estrategias de intervención dirigidas a esta población.

Gráfico n° 6 – Religión:



Fuente: Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

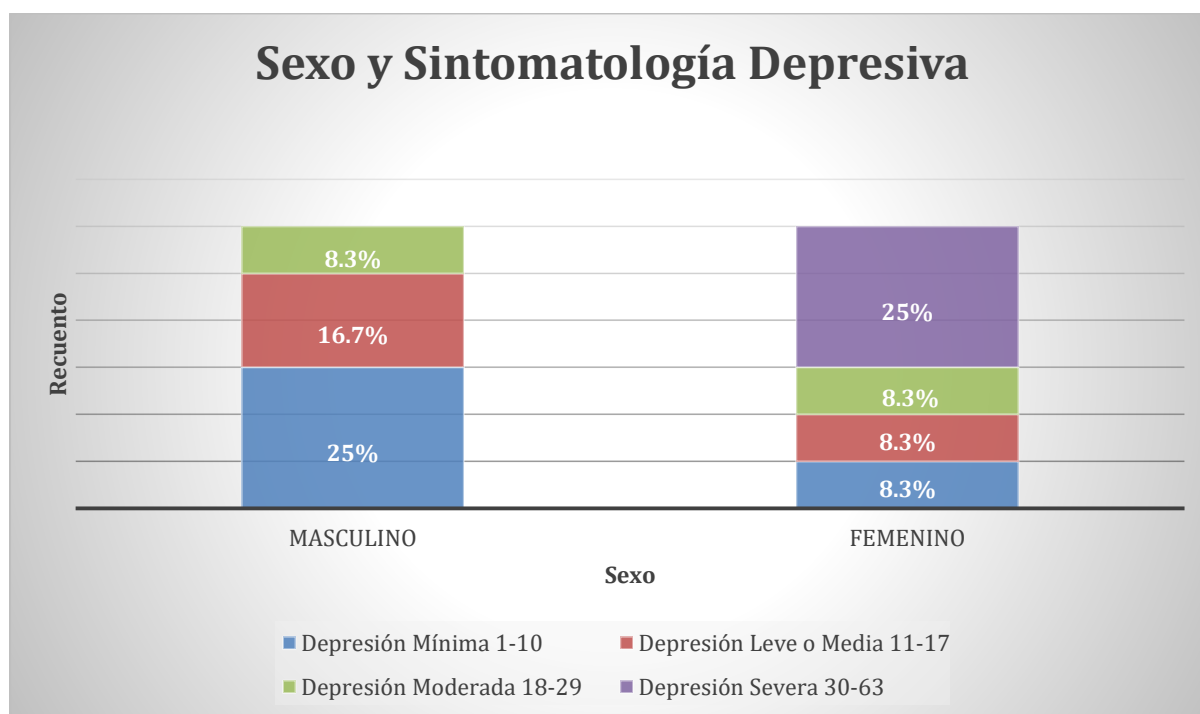
El gráfico columna muestra la distribución de la muestra según su religión. La mayor proporción corresponde a personas de religión evangélica, con un (33%). Tanto la religión católica como quienes no tienen religión están representados cada uno por un (25%). Además, el (17%) pertenecen a otra religión. Esto indica que el 58% de los encuestados son evangélicos o católicos, y al incluir a quienes no tienen religión, se alcanza el 83% de la muestra. La categoría “Otra” completa el 100%. Estos datos reflejan una diversidad religiosa en el grupo,

con una mayor representación de personas evangélicas, seguida por católicos y aquellos sin afiliación religiosa.

El estudio de Páez et al. (2018) en Colombia destacó la necesidad de considerar factores psicosociales en el abordaje de la depresión. La religión puede ser un factor protector o de riesgo dependiendo del contexto y las creencias individuales. En este estudio, la diversidad religiosa refleja un panorama en el que la espiritualidad podría desempeñar un papel relevante en la percepción y manejo de la salud mental de los estudiantes.

Resultado del 3er. Objetivo: Síntomas depresivos, categorizados por niveles, y los factores sociodemográficos.

Gráfico n° 7 – Sexo y sintomatología depresiva:



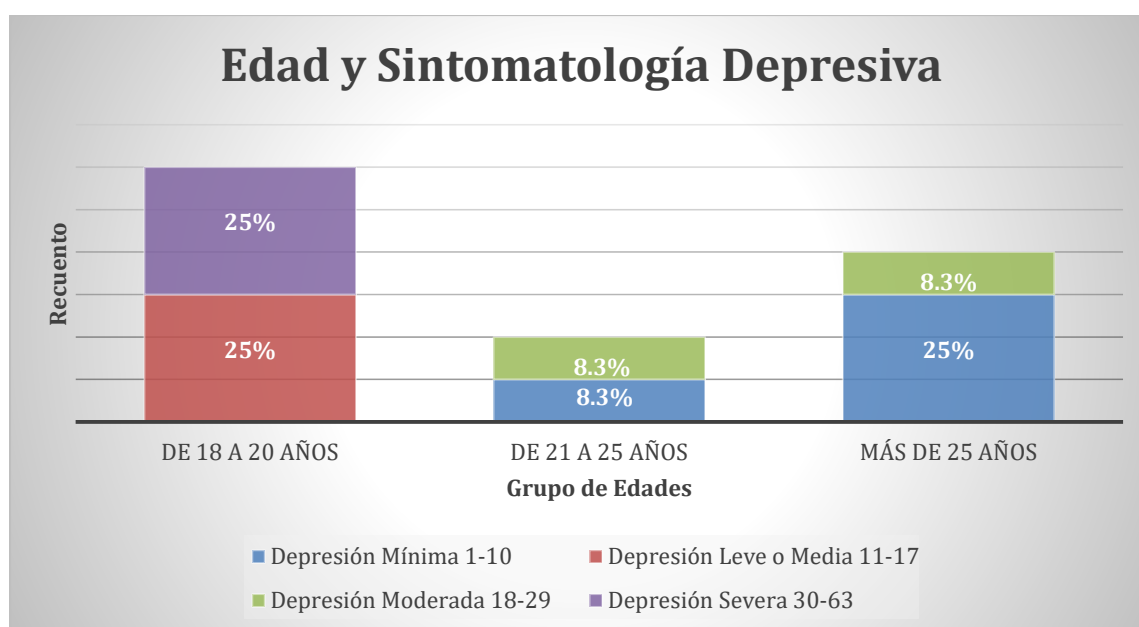
Fuente: Inventario de Depresión de Beck y Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna muestra la relación entre el sexo y la sintomatología depresiva en la muestra, dividida equitativamente entre hombres y mujeres. En el caso de los hombres, el 25% presenta síntomas de depresión mínima (1-10), el 16.7% tiene depresión leve o media

(11-17), y el 8.3% muestra depresión moderada (18-29), sin casos de depresión severa (30-63). Por otro lado, en las mujeres, el 8.3% se encuentra en cada una de las categorías de depresión mínima, leve o media y moderada, pero el 25% presenta depresión severa. Esto indica que, dentro de la muestra, las mujeres tienen una mayor incidencia de depresión severa en comparación con los hombres, quienes tienden a presentar síntomas menos graves.

Estos resultados pueden compararse con la investigación de Martínez et al. En donde indicaron que las mujeres presentaban mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en comparación con los varones, lo que sugiere que el género podría ser una variable relevante a considerar, posiblemente debido a diferencias biológicas, sociales y culturales.

Grafico n° 8 – Edad y sintomatología depresiva:



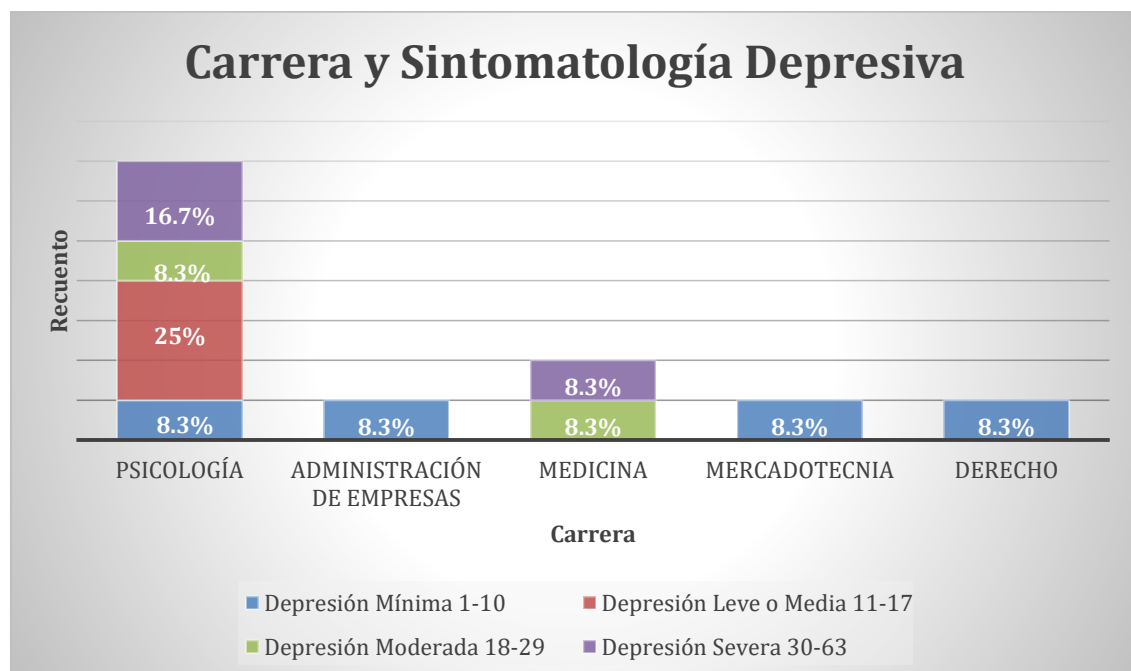
Fuente: Inventario de Depresión de Beck y Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna muestra la relación entre los grupos de edad y la sintomatología depresiva en la muestra. En el grupo de 18 a 20 años, el 25% presenta depresión leve o media (11-17), mientras que el otro 25% tiene depresión severa (30-63), sin casos de depresión mínima o moderada. En el grupo de 21 a 25 años, el 8.3% muestra depresión mínima (1-10), el 8.3% muestra depresión moderada (18-29), y no hay casos de depresión leve o media o severa. En el grupo de más de 25 años, el 25% muestra depresión mínima (1-10), el 8.3% muestra depresión moderada (18-29), y no hay casos de depresión leve o media o severa.

el 8.3% tiene depresión moderada (18-29). En el grupo de mayores de 25 años, el 25% presenta depresión mínima (1-10) y el 8.3% tiene depresión moderada (18-29), sin casos de depresión leve o severa. En general, la mayor parte de la muestra presenta síntomas de depresión mínima o leve, lo que sugiere que, aunque hay casos de depresión más grave en el grupo más joven (18-20 años), la mayoría de los individuos en los otros grupos experimentan síntomas menos severos. Esto refleja una variabilidad en la gravedad de los síntomas depresivos según la edad.

Este resultado concuerda con la investigación de Páez et al. (2018) en Colombia, que destacó la importancia de factores psicosociales en la aparición de síntomas depresivos en estudiantes universitarios. Los primeros años de la universidad pueden representar una etapa de mayor vulnerabilidad, debido a la adaptación a nuevas exigencias académicas y sociales.

Gráfico n° 9 – Carrera y sintomatología depresiva:



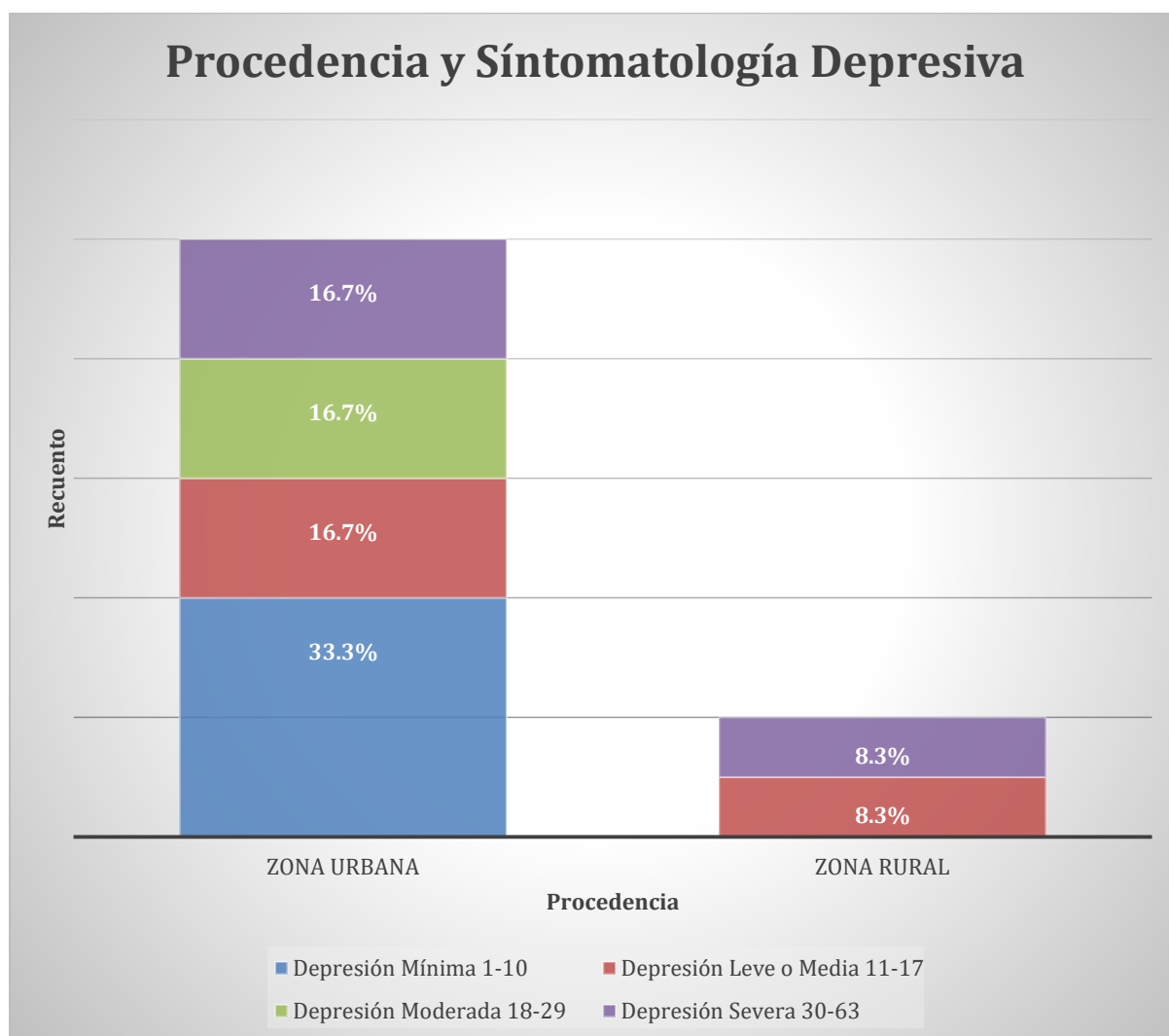
Fuente: Inventario de Depresión de Beck y Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna muestra la distribución de la sintomatología depresiva según la carrera universitaria en la muestra. La mayoría de los casos de depresión se concentran en

estudiantes de Psicología, que representan el 58.3% del total, con síntomas que van desde depresión mínima (8.3%) hasta severa (16.7%). En contraste, las carreras de Administración de Empresas, Mercadotecnia y Derecho presentan un solo caso cada una, todos con depresión mínima (1-10), lo que equivale al 8.3% en cada una. En Medicina, el 8.3% presentan depresión moderada (18-29) y el otro 8.3% depresión severa (30-63). En general, los estudiantes de Psicología y Medicina muestran una mayor incidencia de depresión moderada y severa, mientras que los de Administración de Empresas, Mercadotecnia y Derecho presentan síntomas más leves.

Estos hallazgos comparándolos con el estudio de Rivera et al. (2022), que identificó una alta prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de Medicina. La exigencia académica y la carga emocional en carreras como Psicología y Medicina podrían explicar esta tendencia. Esto sugiere que los estudiantes de estas áreas pueden estar expuestos a un mayor estrés académico, además de una mayor sensibilidad a temas de salud mental.

Gráfico n° 10 – Procedencia y sintomatología depresiva:



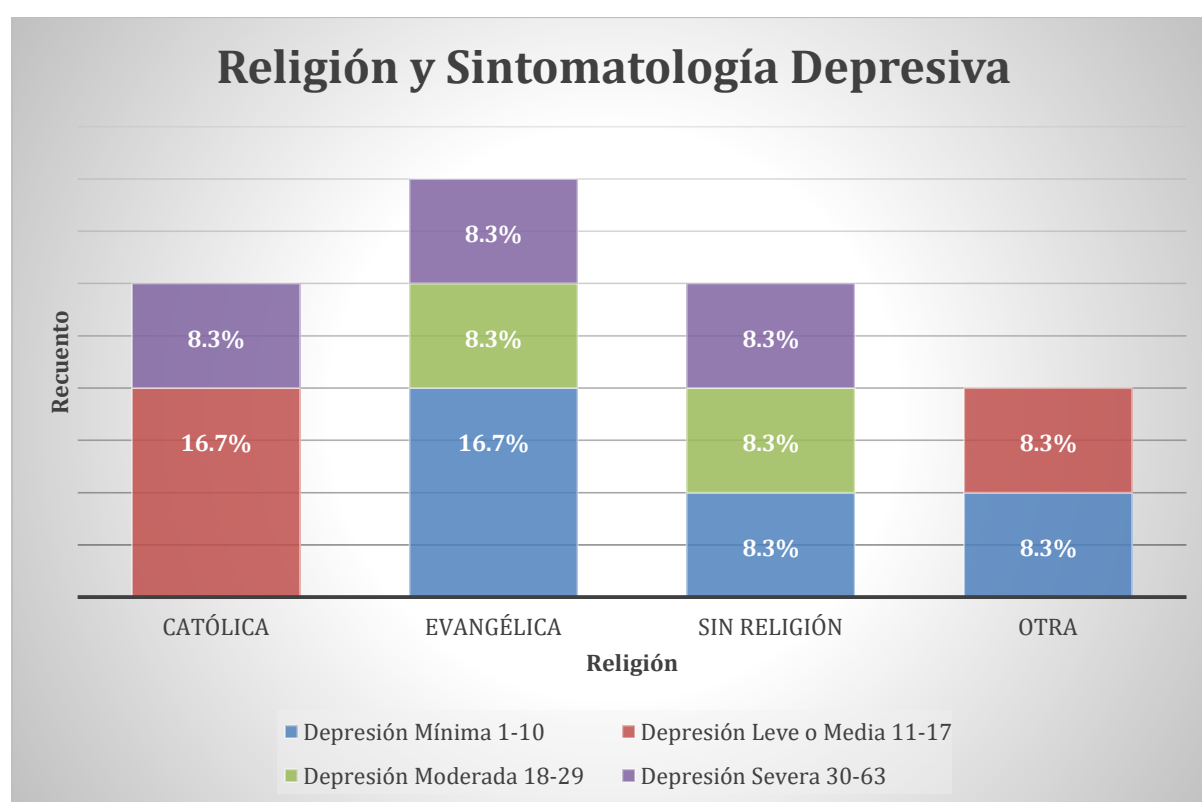
Fuente: Inventario de Depresión de Beck y Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna muestra la relación entre la procedencia (zona urbana o rural) y la sintomatología depresiva en la muestra. La mayoría de los casos (83.3%) provienen de la zona urbana, mientras que solo el 16.7% son de la zona rural. En la zona urbana, los síntomas se distribuyen en todos los niveles de depresión, con mayor presencia en la categoría de depresión mínima (33.3%), seguida de depresión leve o media (16.7%), moderada (16.7%) y severa (16.7%). En contraste, en la zona rural, solo hay dos casos: uno con depresión leve o media (8.3%) y otro con depresión severa (8.3%). A nivel general, los mayores porcentajes se concentran en depresión mínima (33.3%) y depresión severa (25%), lo que sugiere que, aunque

la mayoría de los casos provienen de áreas urbanas, la gravedad de los síntomas varía significativamente entre ambas zonas, con una mayor diversidad de niveles en la zona urbana y una distribución más polarizada en la zona rural.

El estudio de Aguilar et al. (2020) en Perú resaltó que factores sociodemográficos como el contexto urbano o rural pueden influir en la prevalencia de síntomas depresivos. La mayor representación de estudiantes urbanos en este estudio podría estar relacionada con un mayor acceso a servicios de salud mental, aunque la distribución polarizada en la zona rural sugiere que estos estudiantes podrían enfrentar dificultades adicionales que influyen en la severidad de los síntomas.

Gráfico n° 11 – Religión y Sintomatología Depresiva:



Fuente: Inventario de Depresión de Beck y Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos.

El gráfico de columna muestra la relación entre la religión y la sintomatología depresiva en la muestra. La mayoría de los casos se distribuyen entre personas de religión evangélica (33.3%), sin religión (25%) y católicos (25%), mientras que un menor porcentaje (16.7%) pertenece a la categoría "otra". Dentro del grupo católico, la mayor parte presenta depresión leve o media (16.7%), mientras que en los evangélicos, la depresión mínima (16.7%) es la más común. En las personas sin religión, hay una distribución más uniforme, con presencia en depresión mínima, moderada y severa. Por otro lado, el grupo "otra" muestra casos solo en depresión mínima y depresión leve o media. En términos generales, la sintomatología depresiva se distribuye de manera variada en todas las categorías religiosas, sin una clara predominancia de un grupo específico en los niveles más graves de depresión.

La investigación de Páez et al. (2018) enfatizó la influencia de factores psicosociales en la salud mental, entre ellos la religión. La espiritualidad puede actuar como un factor protector ante la depresión en algunos casos, pero también puede generar sentimientos de culpa o estrés en otros. La distribución uniforme en personas sin religión podría indicar que la falta de creencias religiosas no necesariamente protege o agrava la sintomatología depresiva, sino que su impacto varía según el contexto individual.

RESULTADOS – ANOVA

Para determinar cuál de las dos hipótesis es acertada según los resultados del ANOVA realizado, se revisó la columna de "Sig." (Significación estadística) en las tablas de ANOVA realizadas en el SPSS.

Resultados de ANOVA (ver tablas en anexos):

- Sexo: $p = 0.055$ → No es significativo.
- Edad: $p = 0.154$ → No es significativo.
- Carrera: $p = 0.233$ → No es significativo.
- Procedencia: $p = 0.428$ → No es significativo.
- Religión: $p = 0.770$ → No es significativo.

Dado que todos los valores de significación son mayores a 0.05, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una relación significativa entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos. Por lo tanto, la hipótesis acertada según los resultados del ANOVA es la hipótesis nula (H_0).

10. CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024. Los resultados obtenidos permitieron evidenciar que la sintomatología depresiva está presente en distintos niveles dentro de la población estudiada, con variaciones en su gravedad según el sexo, la edad, la carrera, la procedencia y la religión.

En relación con los síntomas depresivos, se identificó que la mayoría de los estudiantes presentaron algún nivel de depresión, siendo la depresión leve o media la más frecuente, seguida de la depresión severa. Esto indica la presencia significativa de sintomatología depresiva en los estudiantes que acudieron al Centro de Atención Integral, lo que resalta la importancia de seguir brindando atención psicológica en este espacio.

Respecto a los factores sociodemográficos, se observó que la muestra estaba equilibrada en términos de género, con predominio de estudiantes jóvenes. Las carreras más representadas fueron Psicología y Medicina, lo que sugiere que los estudiantes de estas disciplinas tienen una mayor conciencia sobre la salud mental y que están más expuestos a factores de estrés académico y emocional. Asimismo, la mayoría de los participantes provenían de zonas urbanas, lo que refleja una mayor accesibilidad a los servicios psicológicos del centro. En cuanto a la religión, se encontró diversidad de creencias entre los estudiantes.

Al analizar la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos, se identificó que las mujeres presentaron una mayor incidencia de depresión severa en comparación con los hombres que tienden a presentar síntomas menos graves. La edad también resultó ser un factor relevante, con los estudiantes más jóvenes (18-20 años) mostrando una mayor tendencia a síntomas depresivos graves.

Por otro lado, se encontró que los estudiantes de zonas urbanas presentaron síntomas depresivos en distintos niveles, mientras que en la zona rural la distribución fue más polarizada, con casos de depresión leve y severa. En cuanto a la religión, los resultados no evidenciaron una relación directa con los niveles más graves de depresión, aunque se observó una distribución variada de la sintomatología en todos los grupos religiosos.

A partir de estos hallazgos, el análisis de varianza (ANOVA) demostró que la hipótesis acertada según los resultados es la hipótesis nula, que plantea que no existe una relación significativa entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en los estudiantes evaluados.

Finalmente, en respuesta a la pregunta de investigación, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en los estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024. Esto sugiere que, dentro de la muestra analizada, los factores sociodemográficos considerados no representan un determinante clave en la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, se recomienda profundizar en futuros estudios con muestras más amplias y diseños metodológicos que exploren otras variables potencialmente influyentes.

11. RECOMENDACIONES

Se proponen las siguientes recomendaciones, las cuales beneficiarían tanto a la UCN como a los estudiantes, y contribuirían a formar profesionales más resilientes y preparados para enfrentar los desafíos de su campo.

- **Mejorar el acceso a la atención psicológica:** Ampliar los horarios de atención en el Centro de Atención Integral, especialmente durante períodos de alta demanda académica, como la época de exámenes o el final del semestre, cuando los estudiantes experimentan mayores niveles de estrés y ansiedad. Esto permitiría brindar apoyo oportuno a quienes lo necesiten, reduciendo barreras de acceso y fomentando un entorno académico más saludable.
- **Fomentar la conciencia sobre salud mental:** Implementar campañas permanentes de sensibilización dirigidas a toda la comunidad universitaria, con el objetivo de informar sobre la importancia de la salud mental, los síntomas de la depresión y cómo acceder a los servicios disponibles. Estas campañas podrían incluir charlas, folletos informativos y actividades (manejo del estrés, técnicas de relajación y promoción del autocuidado) durante la semana de la salud mental, con el fin de prevenir problemas emocionales antes de que se agraven.
- **Optimizar infraestructura y recursos:** Garantizar una atención de calidad, es prioritario ampliar y mejorar las instalaciones del Centro de Atención Integral, ofreciendo espacio más amplio y cómodos, con los recursos necesarios para las atenciones.
- **Implementar seguimiento y evaluación continua:** Establecer un sistema de seguimiento para estudiantes con síntomas depresivos diagnosticados, que incluya citas periódicas con psicólogos y evaluaciones regulares de su bienestar

emocional. Asimismo, se sugiere realizar encuestas anuales de salud mental al inicio de cada ciclo académico, con el objetivo de identificar de manera temprana a estudiantes en riesgo y ofrecerles apoyo preventivo.

- **Enfoque especial en carreras de ciencias médicas:** Dado que los resultados del estudio indican que los estudiantes de carreras de ciencias médicas fueron los más afectados por síntomas depresivos, es crucial priorizar su atención. Esto puede incluir talleres enfocados en el manejo del estrés asociado a sus cargas académicas y prácticas clínicas, así como la creación de redes de apoyo entre pares.

12. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, ed. rev. Trad. Washington, DC, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022.
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Salud mental. Recuperado de: <https://www.who.int/es>
- American Psychological Association (APA). (n.d.). Recuperado de: <https://www.apa.org/>
- Martínez, L. (n.d.). La tríada cognitiva de Beck: ¿en qué consiste? Psicología y Mente. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/triada-cognitiva-beck>
- IPSIA Psicología. (n.d.). Aaron T. Beck: Desarrollo de la terapia cognitiva. IPSIA Psicología. Recuperado el 17 de enero de 2025, de <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva>
- Psicología y Mente. (2020). La tríada cognitiva de Beck. Psicología y Mente. Recuperado el 17 de enero de 2025, Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/triada-cognitiva-beck>
- Consejo General de la Psicología de España (COP). (n.d.). Terapia cognitiva de Beck: Depresión. Recuperado el 17 de enero de 2025, Recuperado de: <https://www.cop.es/colegiados/pv00520/depresion6.pdf>
- Silva, L., & Martínez, P. (2002). La depresión en el contexto de la psicopatología: La teoría cognitiva de Beck. Revista Latinoamericana de Psicología, 34(1), p. 25-34. Recuperado de: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500004&script>
- Psiquiatría.com. (n.d.). Cogniciones depresivas de Beck. Recuperado el 17 de enero de 2025. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/glosario/cogniciones-depresivas-de-beck>
- Freitas, R. M. (2021). La depresión en Freud: Teoría psicoanalítica y tratamiento. Revista de Psicología y Salud, 33(1), 45-60. Recuperado de: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382021000100005>
- Morales, L. (2018). Estrés académico en estudiantes universitarios: Un análisis contextual. Revista de Psicología y Ciencias Sociales, 34(2), p. 78-91. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273857650007/html/>
- Aguilar Laurente, A. (2020). Tesis: Análisis de la relación entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Universidad Continental. Recuperado de: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11231/5/IV_FHU_501_TI_Aguilar_Laurente_2020.pdf

- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León). (2022). Factores familiares asociados a la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes universitarios de UNAN-León. Recuperado de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/9580/1/252280.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. (2021). Correlación entre Ansiedad, Depresión y Calidad del sueño en estudiantes de medicina. (junio-agosto 2021). Revista Ciencias de la Salud. Recuperado de: <https://revistas.unan.edu.ni/index.php/Salud/article/view/4299>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Estudio de la población en zonas rurales y urbanas en Nicaragua. Recuperado de: <https://www.inide.gob.ni/estadisticas/poblacion>
- Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, ed. rev. Trad. Washington, DC, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022.
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Salud mental. Recuperado de: <https://www.who.int/es>
- American Psychological Association (APA). (n.d.). Recuperado de: <https://www.apa.org/>
- Páez Cala, M. L., & Peña Agudelo, F. J. (2018). Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. Archivos de Medicina (Col), 18(2). <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2747.2018>
- Aguilar Laurente, A. (2020). Tesis: Análisis de la relación entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Universidad Continental. Recuperado de: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11231/5/IV_FHU_501_TI_Aguilar_Laurente_2020.pdf
- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León). (2022). Factores familiares asociados a la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes universitarios de UNAN-León. Recuperado de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/9580/1/252280.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. (2021). Correlación entre Ansiedad, Depresión y Calidad del sueño en estudiantes de medicina. (junio-agosto 2021). Revista Ciencias de la Salud. Recuperado de: <https://revistas.unan.edu.ni/index.php/Salud/article/view/4299>
- Martínez, L. (n.d.). La tríada cognitiva de Beck: ¿en qué consiste? Psicología y Mente. Recuperado de: <https://psicologaiymente.com/clinica/triada-cognitiva-beck>

- IPSIA Psicología. (n.d.). Aaron T. Beck: Desarrollo de la terapia cognitiva. IPSIA Psicología. Recuperado el 17 de enero de 2025, de <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva>
- Psiquiatría.com. (n.d.). Cogniciones depresivas de Beck. Recuperado el 17 de enero de 2025. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/glosario/cogniciones-depresivas-de-beck>
- Consejo General de la Psicología de España (COP). (n.d.). Terapia cognitiva de Beck: Depresión. Recuperado el 17 de enero de 2025, Recuperado de: <https://www.cop.es/colegiados/pv00520/depresion6.pdf>
- Psicología y Mente. (2020). La tríada cognitiva de Beck. Psicología y Mente. Recuperado el 17 de enero de 2025, Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/triada-cognitiva-beck>
- World Health Organization. (2023). Depression OMS. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- La Moncloa. (2023, 7 de julio). Estudio salud mental en universitarios, de: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/universidades/paginas/2023/070723-estudio-salud-mental-universitarios>.
- California State University, Stanislaus. (n.d.). Depresión en estudiantes universitarios. Retrieved February 25, 2025, de: <https://www.csustan.edu/CAPS/recursos-para-padres/depresion-en-estudiantes-universitarios>
- Serrano, et. al., (2013). El impacto de la depresión en la salud mental de los estudiantes universitarios. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
- Vargas Granda, S. M. (2021). Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: Una revisión sistemática. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/362647609 Factores que inciden en la depresion en estudiantes universitarios una revision sistematica](https://www.researchgate.net/publication/362647609_Factores_que_inciden_en_la_depresion_en_estudiantes_universitarios_una_revision_sistemica)
- PPC, University of Pennsylvania. (n.d.). LH reformulation. Retrieved Abramson, et. al., (1978) <https://ppc.sas.upenn.edu/sites/default/files/lhreformulation.pdf>
- Wikipedia contributors. (n.d.). Religión en Nicaragua. Wikipedia. Retrieved February 25, 2025, from [https://es.m.wikipedia.org/wiki/Religión en Nicaragua](https://es.m.wikipedia.org/wiki/Religión_en_Nicaragua)

13. ANEXOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

"Agnitio Ad Verum Ducit"

Facultad de Ciencias Médicas



Managua, 07 de febrero del 2025

Licenciada. Sara Mora.

Directora de Bienestar Estudiantil.

Su Despacho.

Estimada Lic. Mora Un gusto saludarle y desearle éxitos en sus funciones.

Por la presente solicito su autorización para el inicio de la investigación correspondiente al trabajo monográfico titulado: **"Relación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024"**.

Realizado por los estudiantes:

Br. Joseling Jannel Espinoza Duarte. Br. Samanta Isabel Hernández Berrios.

Los estudiantes se encuentran bajo la tutoría científica y tutoría metodológica:

Msc. John Concepción Delgado Almendarez. Lic. Donald Josué Leiva Mercado.

Esta investigación se llevará a cabo por los estudiantes con estricto cumplimiento de las normativas éticas nacionales e institucionales, garantizándola confidencialidad de la información de los pacientes y su uso exclusivo para fines académicos. Agradezco de antemano la oportunidad de colaborar en esta importante labor científica. Quedo a su disposición para aclarar cualquier duda o ampliar la información proporcionada en esta solicitud.

Sin otro particular, quedo a espera de su respuesta.

Atentamente.


Dra. Luisa Mendizábal
Decana
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central de Nicaragua-UCN
decanaturafcm@ucn.edu.ni



Autorizado por el CNU en sesión No. 10-98, del 18 de noviembre de 1998

Recinto Central: De los semáforos del Zumen 3 cuadras abajo 1 cuadra al norte, 2279-1160 2269-310

Recinto Doral: De la Entrada al Mayoreo 2C. Arriba 1 C. al Sur Praderas del Doral, Teléfonos: 50522240684 /50522240699

Recinto Jinotepe: De la Iglesia San Antonio 3C. al Oeste Teléfonos: +50525323106 /50525321429

Recinto Esteli: De la Entrada al Rosario, 500 mts al oeste, 200 mts al norte, Barrio el Jazmín 27102628 27102627 27102626

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN:

Título de la investigación: Relación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024.

Objetivo de la investigación: Determinar la relación entre los síntomas depresivos y los factores sociodemográficos en estudiantes del turno regular de la Universidad Central de Nicaragua, Sede Central, que asistieron al Centro de Atención Integral durante el segundo semestre del 2024, con el propósito de contribuir al entendimiento de cómo estos factores pueden influir en el bienestar psicológico de la población estudiantil.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que proporcione será tratada con la máxima confidencialidad. Los datos recopilados no se asociarán con su identidad personal y serán utilizados exclusivamente para fines académicos en el contexto de esta investigación. Los resultados del estudio serán presentados de manera general y no individualizada.

He leído la información proporcionada anteriormente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas (si las tuviese). Entiendo los objetivos del estudio, y aceptó participar en este estudio de forma voluntaria.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: Por favor, complete la siguiente información de manera clara y precisa. Los datos serán utilizados únicamente con fines de investigación y se mantendrán confidenciales.

Nombre: _____

Edad: _____ años.

Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Otro: _____

Carrera Universitaria: _____

Año que cursa actualmente: _____

Religión:

☐ Católica ☐ Evangélica

☐ Testigos de Jehová ☐ Sin religión

☐ Otra: _____

Procedencia:

Departamento: _____

Zona: ☐ Urbana (Ciudad) ☐ Rural (Campo)

Nota: Si tiene alguna duda al completar la ficha, no dude en consultarlo con el personal encargado.

Fecha de llenado: _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

BDI-II

Nombre: Edad: Sexo:
Estado civil: Profesión: Estudios:

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1. Tristeza 0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. 2. Pesimismo 0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán. 3. Sentimientos de fracaso 0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada. 4. Pérdida de placer 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 5. Sentimientos de culpa 0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.	6. Sentimientos de castigo 0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado. 7. Insatisfacción con uno mismo 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto. 8. Autocríticas 0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede. 9. Pensamientos o deseos de suicidio 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad. 10. Llanto 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.
---	---

_____ Puntuación página 1

Continúa en la página siguiente →

11. Agitación 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo. 12. Pérdida de interés 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo. 13. Indecisión 0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. 14. Inutilidad 0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil. 15. Pérdida de energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada. 16. Cambios en el patrón de sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1 a Duermo algo más de lo habitual. 1 b Duermo algo menos de lo habitual. 2 a Duermo mucho más de lo habitual. 2 b Duermo mucho menos de lo habitual. 3 a Duermo la mayor parte del día. 3 b Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	17. Irritabilidad 0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente. 18. Cambios en el apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1 a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual. 2 a Mi apetito es mucho menor que antes. 2 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual. 3 a He perdido completamente el apetito. 3 b Tengo ganas de comer continuamente. 19. Dificultad de concentración 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada. 20. Cansancio o fatiga 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes 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 por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.
---	---

_____ Puntuación página 1

_____ Puntuación página 2

_____ Puntuación total (págs. 1 + 2)

TABLAS – RESULTADOS:

Tabla n° 1 – Sintomatología depresiva:

Sintomatología Depresiva					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Depresión Mínima 1-10	4	33.3	33.3	33.3
	Depresión Leve o Media 11-17	3	25.0	25.0	58.3
	Depresión Moderada 18-29	2	16.7	16.7	75.0
	Depresión Severa 30-63	3	25.0	25.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla n° 2 – Sexo:

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	6	50.0	50.0	50.0
	Femenino	6	50.0	50.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla n° 3 – Edad:

Grupo de Edades					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	de 18 a 20 años	6	50.0	50.0	50.0
	de 21 a 25 años	2	16.7	16.7	66.7
	más de 25 años	4	33.3	33.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla n° 4 – Carrera:

Carrera					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Psicología	7	58.3	58.3	58.3
	Administración de Empresas	1	8.3	8.3	66.7
	Medicina	2	16.7	16.7	83.3
	Mercadotecnia	1	8.3	8.3	91.7
	Derecho	1	8.3	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla n° 5 – Procedencia:

Procedencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Zona Urbana	10	83.3	83.3	83.3
	Zona Rural	2	16.7	16.7	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla n° 6 – Religión:

Religión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	3	25.0	25.0	25.0
	Evangélica	4	33.3	33.3	58.3
	Sin Religión	3	25.0	25.0	83.3
	Otra	2	16.7	16.7	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla n° 7 – Sexo y sintomatología depresiva:

Tabla cruzada Sexo*Sintomatología Depresiva							
			Sintomatología Depresiva				Total
			Depresión Mínima 1- 10	Depresión Leve o Media 11- 17	Depresión Moderada 18-29	Depresión Severa 30- 63	
Sexo	Masculino	Recuento	3	2	1	0	6
		% dentro de Sexo	50.0%	33.3%	16.7%	0.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	75.0%	66.7%	50.0%	0.0%	50.0%
		% del total	25.0%	16.7%	8.3%	0.0%	50.0%
	Femenino	Recuento	1	1	1	3	6
		% dentro de Sexo	16.7%	16.7%	16.7%	50.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0%	33.3%	50.0%	100.0%	50.0%
		% del total	8.3%	8.3%	8.3%	25.0%	50.0%
Total		Recuento	4	3	2	3	12
		% dentro de Sexo	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0%

Tabla n° 8 – Edad y sintomatología depresiva:

Tabla cruzada Grupo de Edades*Sintomatología Depresiva							
			Sintomatología Depresiva				Total
			Depresión Mínima 1-10	Depresión Leve o Media 11-17	Depresión Moderada 18-29	Depresión Severa 30-63	
Grupo de Edades	de 18 a 20 años	Recuento	0	3	0	3	6
		% dentro de Grupo de Edades	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	50.0 %
		% del total	0.0%	25.0%	0.0%	25.0%	50.0 %
	de 21 a 25 años	Recuento	1	0	1	0	2
		% dentro de Grupo de Edades	50.0 %	0.0%	50.0%	0.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0 %	0.0%	50.0%	0.0%	16.7 %
		% del total	8.3%	0.0%	8.3%	0.0%	16.7 %
	más de 25 años	Recuento	3	0	1	0	4
		% dentro de Grupo de Edades	75.0 %	0.0%	25.0%	0.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	75.0 %	0.0%	50.0%	0.0%	33.3 %
		% del total	25.0 %	0.0%	8.3%	0.0%	33.3 %
Total		Recuento	4	3	2	3	12
		% dentro de Grupo de Edades	33.3 %	25.0%	16.7%	25.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	100.0 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0 %
		% del total	33.3 %	25.0%	16.7%	25.0%	100.0 %

Tabla n° 9 – Carrera y sintomatología depresiva:

Tabla cruzada Carrera*Sintomatología Depresiva							
			Sintomatología Depresiva				Total
			Depresión Mínima 1- 10	Depresión Leve o Media 11- 17	Depresión Moderada 18-29	Depresión Severa 30- 63	
Carrera	Psicología	Recuento	1	3	1	2	7
		% dentro de Carrera	14.3%	42.9%	14.3%	28.6%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0%	100.0%	50.0%	66.7%	58.3%
		% del total	8.3%	25.0%	8.3%	16.7%	58.3%
	Administración de Empresas	Recuento	1	0	0	0	1
		% dentro de Carrera	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%
		% del total	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%
	Medicina	Recuento	0	0	1	1	2
		% dentro de Carrera	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	0.0%	0.0%	50.0%	33.3%	16.7%
		% del total	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	16.7%
	Mercadotecnia	Recuento	1	0	0	0	1
		% dentro de Carrera	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%
		% del total	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%
	Derecho	Recuento	1	0	0	0	1
		% dentro de Carrera	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0 %
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%
		% del total	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%
Total		Recuento	4	3	2	3	12
		% dentro de Carrera	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0 %

	% dentro de Sintomatología Depresiva	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0%

Tabla n° 10 – Procedencia y sintomatología depresiva:

Tabla cruzada Procedencia*Sintomatología Depresiva							
			Sintomatología Depresiva				Total
			Depresión Mínima 1-10	Depresión Leve o Media 11-17	Depresión Moderada 18-29	Depresión Severa 30-63	
Procedencia	Zona Urbana	Recuento	4	2	2	2	10
		% dentro de Procedencia	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	100.0%	66.7%	100.0%	66.7%	83.3%
		% del total	33.3%	16.7%	16.7%	16.7%	83.3%
	Zona Rural	Recuento	0	1	0	1	2
		% dentro de Procedencia	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	16.7%
		% del total	0.0%	8.3%	0.0%	8.3%	16.7%
Total		Recuento	4	3	2	3	12
		% dentro de Procedencia	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0%

Tabla n° 11 – Religión y sintomatología depresiva:

Tabla cruzada Religión*Sintomatología Depresiva							
			Sintomatología Depresiva				Total
			Depresión Mínima 1-10	Depresión Leve o Media 11-17	Depresión Moderada 18-29	Depresión Severa 30- 63	
Religión	Católica	Recuento	0	2	0	1	3
		% dentro de Religión	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	25.0%
		% del total	0.0%	16.7%	0.0%	8.3%	25.0%
	Evangélica	Recuento	2	0	1	1	4
		% dentro de Religión	50.0%	0.0%	25.0%	25.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	50.0%	0.0%	50.0%	33.3%	33.3%
		% del total	16.7%	0.0%	8.3%	8.3%	33.3%
	Sin Religión	Recuento	1	0	1	1	3
		% dentro de Religión	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0%	0.0%	50.0%	33.3%	25.0%
		% del total	8.3%	0.0%	8.3%	8.3%	25.0%
	Otra	Recuento	1	1	0	0	2
		% dentro de Religión	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	25.0%	33.3%	0.0%	0.0%	16.7%
		% del total	8.3%	8.3%	0.0%	0.0%	16.7%
Total		Recuento	4	3	2	3	12
		% dentro de Religión	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0%
		% dentro de Sintomatología Depresiva	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	33.3%	25.0%	16.7%	25.0%	100.0%

ANOVA - TABLAS RESULTADOS

El ANOVA evaluó si hay diferencias significativas en los síntomas depresivos según distintos factores sociodemográficos. Como en todos los casos el valor de significación (sig.) (p) es mayor a 0.05, no hay suficiente evidencia estadística, por esto, la hipótesis nula es la acertada.

Tabla n°12 – Descriptivo (Sexo y Sintomatología Depresiva):

Descriptivos								
Sintomatología Depresiva								
					95% del intervalo de confianza para la media			
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Masculino	6	1.67	.816	.333	.81	2.52	1	3
Femenino	6	3.00	1.265	.516	1.67	4.33	1	4
Total	12	2.33	1.231	.355	1.55	3.12	1	4

Tabla n°13 – ANOVA (Sexo y Sintomatología Depresiva):

ANOVA					
Sintomatología Depresiva					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	5.333	1	5.333	4.706	.055
Dentro de grupos	11.333	10	1.133		
Total	16.667	11			

Tabla n°14 – Descriptivo (Edad y Sintomatología Depresiva):

Descriptivos								
Sintomatología Depresiva								
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media			Máxim o
					Límite inferior	Límite superior	Mínim o	
de 18 a 20 años	6	3.00	1.095	.447	1.85	4.15	2	4
de 21 a 25 años	2	2.00	1.414	1.000	-10.71	14.71	1	3
más de 25 años	4	1.50	1.000	.500	-.09	3.09	1	3
Total	12	2.33	1.231	.355	1.55	3.12	1	4

Tabla n°15 – ANOVA (Edad y Sintomatología Depresiva):

ANOVA					
Sintomatología Depresiva					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	5.667	2	2.833	2.318	.154
Dentro de grupos	11.000	9	1.222		
Total	16.667	11			

Tabla n°16 – Descriptivo (Carrera y Sintomatología Depresiva):

Descriptivos								
Sintomatología Depresiva								
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínim o	Máxim o
					Límite inferior	Límite superior		
Psicología	7	2.57	1.134	.429	1.52	3.62	1	4
Administración de Empresas	1	1.00	.	.	.	.	1	1
Medicina	2	3.50	.707	.500	-2.85	9.85	3	4
Mercadotecnia	1	1.00	.	.	.	.	1	1
Derecho	1	1.00	.	.	.	.	1	1
Total	12	2.33	1.231	.355	1.55	3.12	1	4

Tabla n°17 – ANOVA (Carrera y Sintomatología Depresiva):

ANOVA					
Sintomatología Depresiva					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	8.452	4	2.113	1.801	.233
Dentro de grupos	8.214	7	1.173		
Total	16.667	11			

Tabla n°18 – Descriptivo (Procedencia y Sintomatología Depresiva):

Descriptivos								
Sintomatología Depresiva								
					95% del intervalo de confianza para la media			
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Zona Urbana	10	2.20	1.229	.389	1.32	3.08	1	4
Zona Rural	2	3.00	1.414	1.000	-9.71	15.71	2	4
Total	12	2.33	1.231	.355	1.55	3.12	1	4

Tabla n°18 – ANOVA (Procedencia y Sintomatología Depresiva):

ANOVA					
Sintomatología Depresiva					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1.067	1	1.067	.684	.428
Dentro de grupos	15.600	10	1.560		
Total	16.667	11			

Tabla n°19 – Descriptivo (Religión y Sintomatología Depresiva):

Descriptivos								
Sintomatología Depresiva								
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media			
					Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Católica	3	2.67	1.155	.667	-.20	5.54	2	4
Evangélica	4	2.25	1.500	.750	-.14	4.64	1	4
Sin Religión	3	2.67	1.528	.882	-1.13	6.46	1	4
Otra	2	1.50	.707	.500	-4.85	7.85	1	2
Total	12	2.33	1.231	.355	1.55	3.12	1	4

Tabla n°19 – ANOVA (Religión y Sintomatología Depresiva):

ANOVA					
Sintomatología Depresiva					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2.083	3	.694	.381	.770
Dentro de grupos	14.583	8	1.823		
Total	16.667	11			

Tabla n° 20 – Estadísticos:

Estadísticos							
		Grupo de Edades	Sexo	Carrera	Religión	Procedencia	Sintomatología Depresiva
N	Válido	12	12	12	12	12	12
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		1.83	1.50	3.00	3.08	1.17	2.33
Mediana		1.50	1.50	1.00	3.00	1.00	2.00
Moda		1	1 ^a	1	3	1	1
Desv. Desviación		.937	.522	3.643	1.443	.389	1.231
Varianza		.879	.273	13.273	2.083	.152	1.515
Rango		2	1	11	4	1	3
Mínimo		1	1	1	1	1	1
Máximo		3	2	12	5	2	4
Suma		22	18	36	37	14	28

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Cronograma para el desarrollo de la asignatura Monografía

Actividades Principales	nov-24			dic-24			ene-25				feb-25				mar-25		
	1S	2S	3S	4S	5S	6S	7S	8S	9S	10S	11S	12S	13S	14S	15S	16S	
1.Antecedentes y contexto del problema																	
2.Objetivos (General y específicos)																	
3.Preguntas de investigación																	
4.Justificación																	
5.Limitaciones																	
1.Variables																	
2.Categorías, temas y patrones emergentes de la investigación																	
3.Supuestos básicos																	
4.Técnicas de redacción científica																	
1.Estado del arte																	
2.Perspectiva teórica asumida																	
3. Contexto de la investigación																	
Diseño de Poster en base al Índice institucional (según el formato CNEA 2024)																	
Enfoque Cuantitativo																	
1.Tipo de diseño																	
2.Población y muestra																	
3.Variables (operacionalización de variables)																	
Enfoque cualitativo																	
4.Enfoque cualitativo asumido y justificación Muestra teórica y sujetos del estudio																	
Enfoque Mixto																	
PRESENTACION POSTER																	
1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.																	
2. Confiabilidad y validez de los instrumentos																	
1. Procesamiento de datos y análisis de información.																	
2. Métodos y técnicas para el procesamiento de datos y análisis de información.																	
3. Criterios de calidad: Credibilidad, confiabilidad, transferibilidad y triangulación																	
1. Manejo de Excel																	
1. Uso del SPSS y su relación con tablas y grafico de análisis para la comprensión de los resultados de investigación																	
Inteligencia Artificial																	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS																	
*Análisis críticos y comparación con la bibliografía y su correspondencia con marco teórico y antecedentes																	
*Revisión y aprobación del informe según las normas establecidas																	
CONCLUSIÓN																	
*Elaboración de conclusiones																	
*Bibliografía según las normas utilizadas																	
Procedimiento y selección de anexo																	
EJERCICIO DE PRESENTACION DEL INFORME FINAL ARGUMENTATIVO																	
DEFENSA																	