



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

**Universidad Nacional de Loja**

**Facultad de la Salud Humana**

**Carrera de Medicina Humana**

**Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol  
en estudiantes de Computación de la Universidad  
Nacional de Loja**

Trabajo de titulación previa la obtención  
de título de Médica General

**AUTORA**

María de los Ángeles León Castillo

**DIRECTORA**

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg.

Loja – Ecuador

**2023**

## Certificación

Loja, 03 de marzo del 2022

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

### **CERTIFICO:**

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja**, previo a la obtención del título de **Médica General**, de la autoría de la estudiante **María de los Ángeles León Castillo**, con **cédula de identidad Nro. 1105118101**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:  
ANA CATALINA  
PUERTAS AZANZA

---

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

## **Autoría**

Yo, **María de los Ángeles León Castillo**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

**Firma:**  Firmado electrónicamente por:  
MARÍA DE LOS  
ÁNGELES LEÓN  
CASTILLO \_\_\_\_\_

**Cédula de identidad:** 1105118101

**Fecha:** 22 de junio del 2023

**Correo electrónico:** maria.d.leon@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0967648186

## Carta de Autorización

Yo, **María de los Ángeles León Castillo**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja**, como requisito para optar por el título de **Médica General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintidós días del mes de junio de dos mil veintitrés.

Firma:  Firmado electrónicamente por:  
MARÍA DE LOS  
ÁNGELES LEÓN  
CASTILLO

Autora: María de los Ángeles León Castillo

Cédula: 1105118101

Dirección: Ciudadela Julio Ordoñez, C-11-1

Correo electrónico: maria.d.leon@unl.edu.ec

Teléfono: 0967648186

### Datos Complementarios:

Directora del Trabajo de Titulación: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mgs

### Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Byron Patricio Garcés Loyola. Mg. Sc.

Vocal 1: Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo. Esp.

Vocal 2: Dra. María Susana González García. Mg. Sc.

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de titulación a mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años; que han sido el apoyo fundamental para lograr los objetivos propuestos, ya que, con su ejemplo, me encaminaron a seguir adelante. A mi abuela paterna, quien depositó toda su fe en mí, me acompañó con sus oraciones y me motivó desde el primer día a lo largo de mis estudios. A mi novio y mejor amigo, por su cariño, apoyo incondicional y palabras de ánimo durante todo este proceso, que hicieron de mí una mejor persona y que me acompañan en todos mis ideales. A mis hermanos, por todos los consejos brindados, por ayudarme en los momentos de difícil decisión de mi carrera.

Y a mis amigos por estar siempre presentes, por la ayuda emocional, por ser un soporte a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional de Loja, por ser la sede del conocimiento adquirido en estos años.

Al Dr. Amable Bermeo, Decano de la Facultad de la Salud Humana, por su labor realizada para el beneficio de los estudiantes.

A la Dra. Sandra Mejía, docente de la carrera, por su paciencia, sus consejos y el apoyo brindado que permitieron la realización de este trabajo de titulación.

A mi directora, Dra. Ana Puertas, por dirigir y guiarme, que con su conocimiento contribuyó en la corrección del presente trabajo de titulación.

Al personal de la Facultad de la Energía, Las Industrias y los Recursos Naturales no Renovables de la Universidad Nacional de Loja, quienes me permitieron el desarrollo del trabajo de titulación.

A mis docentes, por haber aportado con conocimientos y experiencias que motivaron a desarrollarme como persona y futuro profesional.

## Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos .....	vii
Índice de tablas .....	xi
Índice de anexos.....	xii
1. Título .....	1
2. Resumen .....	2
2.1 Abstract .....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	7
4.1. Depresión.....	7
4.1.1. Definición.....	7
4.1.2. Epidemiología.....	7
4.1.3. Etiopatogenia. ....	8
4.1.3.1. <i>Genética</i> .....	8
4.1.3.2. <i>Aspectos fisiológicos</i> .....	9
4.1.3.3. <i>Neuroendocrinología</i> .....	10
4.1.3.4. <i>Neurofisiología y neuroanatomía</i> .....	11
4.1.4. Factores de riesgo .....	12
4.1.4.1. <i>Biológicos</i> .....	12
4.1.5. Síntomas .....	12
4.1.6. Criterios diagnósticos.....	13
4.1.7. Clasificación .....	14
4.1.7.1. <i>Episodio depresivo leve</i> .....	14
4.1.7.2. <i>Episodio depresivo moderado</i> .....	14
4.1.7.3. <i>Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos</i> .....	14

4.1.7.4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. ....	14
4.1.7.5. Trastorno depresivo recurrente. ....	14
4.1.8. Recomendaciones para el manejo de depresión. ....	15
4.1.8.1. Depresión leve. ....	15
4.1.8.2. Depresión moderada y grave. ....	15
4.1.9. Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS). ....	15
4.2. Ideación suicida .....	16
4.2.1. Definición. ....	16
4.2.2. Epidemiología. ....	17
4.2.3. Características del pensamiento suicida. ....	17
4.2.3.1. Estructura del pensamiento suicida. ....	18
4.2.3.2. Rigidez y constricción de pensamiento. ....	18
4.2.3.3. Percepción distorsionada del tiempo. ....	18
4.2.4. Factores de riesgo e influencia en la ideación suicida. ....	18
4.2.4.1. Género. ....	18
4.2.4.2. Edad. ....	18
4.2.4.3. Emociones negativas y eventos estresantes. ....	18
4.2.4.4. Interacciones familiares, relaciones conyugales, relaciones interpersonales. ....	18
4.2.4.5. Abuso sexual. ....	19
4.2.4.6. Depresión. ....	19
4.2.4.7. Consumo de sustancias. ....	19
4.2.4.8. Problemas de conducta. ....	20
4.2.5. Teorías que explican la etiología de la ideación suicida .....	20
4.2.5.1. Teoría Neurobiológica. ....	20
4.2.5.2. Teoría Genética. ....	21
4.2.5.3. Teorías Psicológicas. ....	21
4.2.5.4. Teoría de la Crisis. ....	21
4.2.6. Indicadores de ideación suicida. ....	22
4.2.6.1. Actitud hacia la vida/muerte. ....	22
4.2.6.2. Pensamientos/deseos suicidas. ....	22
4.2.6.3. Proyecto de intento suicida. ....	22
4.2.6.4. Desesperanza. ....	23
4.2.7. Formas de presentación. ....	23
4.2.7.1. Deseo de morir. ....	23

4.2.7.2. <i>Representación suicida</i> .....	23
4.2.7.3. <i>Ideación suicida sin un método determinado</i> .....	23
4.2.7.4. <i>Ideación suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico</i> .....	23
4.2.7.5. <i>Ideación suicida con un método determinado sin planificación</i> .....	23
4.2.7.6. <i>Ideación suicida planificada o plan suicida</i> .....	23
4.2.8. Niveles de riesgo.....	23
4.2.8.1. <i>Nivel Bajo</i> .....	23
4.2.8.2. <i>Nivel Medio</i> .....	23
4.2.8.3. <i>Nivel Alto</i> .....	24
4.2.9. Evaluación de las ideas suicidas.....	24
4.2.10. Medidas apropiadas para cada nivel de severidad.....	25
4.2.11. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).....	25
4.3. Consumo de alcohol.....	26
4.3.1. Generalidades.....	26
4.3.2. Epidemiología.....	26
4.3.3. Proceso biológico del alcohol en el organismo.....	27
4.3.4. Trastornos mentales producidos por el consumo de alcohol.....	28
4.3.5. Factores de riesgo.....	28
4.3.5.1. <i>Biológicos</i> .....	29
4.3.5.2. <i>Sociales y ambientales</i> .....	29
4.3.6. Factores protectores.....	29
4.3.7. Tipos de consumo.....	30
4.3.7.1. <i>Consumo de riesgo</i> .....	30
4.3.7.2 <i>Consumo perjudicial</i> .....	30
4.3.7.3 <i>Dependencia del alcohol o alcoholismo</i> .....	30
4.3.8. Criterios diagnósticos.....	30
4.3.9. Curso clínico.....	31
4.3.10. Prevención.....	32
4.3.10.1 <i>Prevención primaria</i> .....	32
4.3.10.2 <i>Prevención secundaria</i> .....	32
4.3.10.3. <i>Prevención terciaria</i> .....	32
4.3.11. Medidas específicas de control y prevención en universitarios.....	33
4.3.12. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).....	33

<b>5. Metodología.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1. Enfoque .....</b>	<b>35</b>
<b>5.2. Tipo de diseño .....</b>	<b>35</b>
<b>5.3. Área de estudio .....</b>	<b>35</b>
<b>5.4. Periodo.....</b>	<b>35</b>
<b>5.5. Universo.....</b>	<b>35</b>
<b>5.6. Muestra .....</b>	<b>35</b>
<b>5.7. Criterios de inclusión .....</b>	<b>35</b>
<b>5.8. Criterios de exclusión.....</b>	<b>35</b>
<b>5.9. Métodos e Instrumentos de recolección.....</b>	<b>36</b>
<b>6. Resultados .....</b>	<b>39</b>
<b>6.1. Resultados según grupo de edad y sexo.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2. Resultados para el primer objetivo.....</b>	<b>40</b>
<b>6.3. Resultados para el segundo objetivo.....</b>	<b>42</b>
<b>6.4 Resultados para el tercer objetivo .....</b>	<b>43</b>
<b>7. Discusión .....</b>	<b>48</b>
<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>53</b>
<b>9. Recomendaciones .....</b>	<b>54</b>
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>55</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>59</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021, según grupos de edad y sexo.....	39
<b>Tabla 2.</b> Grados de depresión según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	40
<b>Tabla 3.</b> Presencia de ideación suicida según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril- septiembre del 2021.....	41
<b>Tabla 4.</b> Consumo de alcohol según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	42
<b>Tabla 5.</b> Relación entre el grado de depresión y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	43
<b>Tabla 6.</b> Chi2. Relación entre grados de depresión y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	43
<b>Tabla 7.</b> Relación entre el grado de depresión y el consumo de alcohol en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	45
<b>Tabla 8.</b> Chi2. Relación entre grados de depresión y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	45
<b>Tabla 9.</b> Relación entre el consumo de alcohol y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	47
<b>Tabla 10.</b> Chi2. Relación entre el consumo de alcohol y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	47
<b>Tabla 11.</b> Relación entre el ciclo académico y el grado de depresión en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.....	81

## Índice de anexos

<b>11.1. Anexo 1.</b> Aprobación y Pertinencia del Trabajo de Titulación.....	59
<b>11.2. Anexo 2.</b> Designación de Director del Trabajo de Titulación .....	60
<b>11.3. Anexo 3.</b> Autorización para Recolección de Datos .....	61
<b>11.4. Anexo 4.</b> Certificación de Traducción .....	62
<b>11.5. Anexo 5.</b> Consentimiento Informado.....	63
<b>11.6. Anexo 6.</b> Escala Auto aplicada de Depresión de Zung.....	68
<b>11.7. Anexo 7.</b> Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).....	71
<b>11.8. Anexo 8.</b> Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol .	75
<b>11.9. Anexo 9.</b> Base de Datos .....	78
<b>11.10. Anexo 10.</b> Tabla Complementaria .....	81
<b>11.11. Anexo 11.</b> Certificado del Tribunal .....	82

## **1. Título**

Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la  
Universidad Nacional de Loja

## **2. Resumen**

La depresión es un factor determinante en la conducta suicida, riesgo que aumenta en personas con problemas de consumo de alcohol. La presente investigación tuvo como finalidad identificar el grado de depresión y la presencia de ideación suicida, valorar el tipo de consumo de alcohol según el grupo de edad y sexo y establecer su relación en los estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja, con enfoque cuantitativo de corte transversal, en una muestra de 125 participantes, mediante la escala auto aplicada de depresión de Zung, escala de ideación suicida de Beck y el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Obteniendo que 79,2% (n=99) son varones y 20,8% (n=26) mujeres. De los cuales 43,2% (n=54) presentaron depresión leve y 37,6% (n=47) moderada, predominando en hombres con 24,8% (n=31) y 16%(n=20) respectivamente. La ideación suicida se mostró en 17,6% (n=22); prevaleciendo en hombres con 8,8% (n=11). Al valorar el consumo de alcohol se evidenció que predomina el nivel de riesgo con 14,4% (n=18), destacando en varones con 7,2% (n=9). Datos que sobresale en el grupo etario de 20-24 años. Al relacionar las variables, aplicando la prueba Chi cuadrado, con una confianza del 95%, se demostró que existe asociación estadísticamente significativa únicamente entre la depresión e ideación suicida con un valor de  $p=0,0014$ . Demostrando que la depresión puede ser un predictor importante en el pensamiento y en el riesgo de suicidio.

### **Palabras Claves:**

Trastornos de adaptación, conducta autodestructiva, adulto joven

## **2.1 Abstract**

Depression is a determining factor in suicidal behaviour, a risk that increases in people with alcohol consumption problems. The aim of this research was to identify the degree of depression and the presence of suicidal ideation, to assess the type of alcohol consumption according to age group and sex, and to establish their relationship in Computer Science students of the National University of Loja, with a cross-sectional quantitative approach, in a sample of 125 participants, using the self-applied Zung depression scale, the Beck suicidal ideation scale and the alcohol consumption disorders identification test. We found that 79.2% (n=99) were male and 20.8% (n=26) female. Of these, 43.2% (n=54) showed mild depression and 37.6% (n=47) moderate depression, with males predominating with 24.8% (n=31) and 16% (n=20) respectively. Suicidal ideation was reported in 17.6% (n=22); males predominated with 8.8% (n=11). When alcohol consumption was assessed, it was observed that the risk level predominated with 14.4% (n=18), with males standing out with 7.2% (n=9). This was particularly significant in the 20-24 age group. When the variables were related, applying the Chi-square test, with 95% confidence, it was shown that there is a statistically significant association only between depression and suicidal ideation with a value of  $p=0.0014$ . Demonstrating that depression may be an important predictor in suicidal thinking and risk.

### **Key words:**

Adjustment disorders, self-destructive behaviour, young adult.

### 3. Introducción

La salud mental es una de las áreas más desatendidas de la salud pública; ya que cerca de 1000 millones de personas viven con un trastorno mental, 3 millones de personas mueren cada año por el consumo nocivo de alcohol y una persona se suicida cada 40 segundos. Sin embargo, relativamente pocas personas en todo el mundo tienen acceso a servicios de salud mental de calidad; sobre todo, en los países de ingresos bajos y medios, más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias no reciben ningún tratamiento para su afección. Además, el acceso limitado a una atención de salud mental de calidad y asequible en el mundo antes de la pandemia, y en particular en las situaciones de emergencia humanitaria y de conflicto, ha disminuido aún más debido a COVID-19, ya que la pandemia ha perturbado los servicios de salud en todo el mundo (OMS, 2020a).

Almudena (citado por Meza, 2019) menciona que: “La depresión es un estado anímico que se caracteriza porque prevalece un sentimiento de tristeza, melancolía, pesimismo, infelicidad, abatimiento y decaimiento del tono afectivo, estos estados son generalmente transitorios y de una corta duración” (p. 25). En Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres, registrando que de las asistencias ambulatorias atendidas en el Ministerio de Salud Pública (MSP), el número de casos de ellas triplica a los de los hombres; ubicando a la depresión como el principal trastorno mental de riesgo para el suicidio y un intento previo de suicidio es el principal factor general de riesgo del mismo.

Otra situación inquietante, es la ideación suicida, presentándose cuando el sujeto tiene pensamientos de llevar a cabo conductas relacionadas con el suicidio, como la idea de quitarse la vida, los pensamientos de falta de valor o los deseos de muerte; término que debe diferenciarse del intento suicida, que es un comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal, pero hay evidencia explícita o implícita de que la persona intentó suicidarse (Flores et al., 2019). Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo; puede producirse a cualquier edad, registrándose globalmente que en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años; así mismo; el suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones, observando que, en 2016, más del 79% de los suicidios tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019).

Así mismo, los expertos en salud mental indican que un motivo más de preocupación es el aumento del consumo de bebidas alcohólicas. El alcohol, es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia y su consumo nocivo conlleva una pesada carga social, económica y sanitaria. Es un factor causal asociado al riesgo de desarrollar un sinnúmero de

problemas de salud incluyendo los trastornos mentales y comportamentales (OMS, 2018b). El INEC en el 2012, indicó que en un 41.8% de la población en general consumen alcohol de manera semanal, de este porcentaje el 12% son personas que comprenden la edad de 19 a 24 años, quienes en su mayoría se encuentran en formación universitaria. (Villacrés, 2017, p.13)

Debido a que la depresión constituye uno de los trastornos mayormente registrados como principal motivo de consulta en universitarios, da la relevancia de profundizar en esta población. El interés de desarrollar este proyecto en los estudiantes de Computación radica en que existen limitados trabajos previos de investigación acerca de la salud mental enfocados en alumnos de ingeniería y que algunos otros se han aproximado al análisis sobre los riesgos del consumo de alcohol, pues se ha demostrado que existe un alto grado de consumo; sin establecer una relación con problemas emocionales. Así mismo, no están exentos del incremento de estresores cotidianos que comprenden los compromisos académicos, falta de tiempo para estudiar y para desarrollar sus tareas, la excesiva cantidad de materia para estudio, el distanciamiento con su familia, los diversos desplazamientos desde sus ciudades de orígenes y en algunos casos los compromisos laborales, la disminución de la red de apoyo y el incremento de la ansiedad; factores que, al afrontarlos diariamente interrumpen de manera negativa el desarrollo de un proyecto de vida.

Conjuntamente con el contexto universitario que combina dos elementos que pueden resultar altamente propicios para facilitar el consumo de sustancias psicoactivas: primero, es un ambiente de socialización y, para muchos estudiantes jóvenes, es la puerta de ingreso a la vida social universitaria; y en segundo, es un ambiente relativamente tenso por las presiones académicas inherentes a la dinámica universitaria y muchos estudiantes pueden encontrar en el consumo una forma de dispersión como intento de reducir el malestar que llegue a generar la presión académica; también es probable que los jóvenes ingresen a la universidad con este hábito ya adquirido y que el contexto universitario contribuya negativamente (Restrepo et al., 2018). Es por ello que, resulta de interés conocer el consumo de alcohol, no solo por la edad de esta población sino, particularmente, por las implicaciones que puede tener sobre su proyecto profesional y las consecuencias sociales y económicas que podrían desprenderse.

Todos estos factores pueden influir y conllevar a un problema complejo como es el suicidio, que muchas de las veces son prevenibles; es por ello, que se pretende identificar estas conductas y en caso de que existieran prevenirlas a partir de actividades que exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, basándose en una detección temprana con el fin de impulsar programas ya establecidos que han mostrado ser efectivos y que están orientados a fomentar la actividad física, la vida social y controlar los patrones de riesgo; y así lograr evitar

conductas perjudiciales para la salud y que a la larga puede dirigir a una noción suicida y acabar con la vida.

Por lo tanto, en base a lo descrito anteriormente y a las líneas de prioridades de investigación en salud, propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se realizó el siguiente proyecto, en base a la línea 3: Salud enfermedad del adulto y adulto mayor; enfocándose en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja en el periodo abril 2021-marzo 2022. Encaminado al objetivo general: Determinar el grado de depresión y su relación con la ideación suicida y el consumo de alcohol en los estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja en el periodo abril 2021-marzo 2022; y objetivos específicos: Identificar el grado de depresión y la presencia de ideación suicida, valorar el tipo de consumo de alcohol según el grupo de edad y sexo; y establecer la relación entre el grado de depresión, la ideación suicida y el consumo de alcohol en los estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja.

## 4. Marco teórico

### 4.1. Depresión

**4.1.1. Definición.** Desde el paradigma diátesis-estrés la depresión es concebida como el resultado de la interacción entre eventos vitales estresantes (estrés) y factores cognitivos aprendidos que confieren vulnerabilidad a un individuo (diátesis). La teoría de la depresión por desesperanza postula la existencia de un estilo atribucional depresivo que se desarrolla en los primeros años de vida y confiere vulnerabilidad cognitiva a la depresión en la edad adulta (Hermosillo & Rivera, 2019).

Según la OMS (2017): La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más. Así mismo, la definen como un estado anímico que se caracteriza porque prevalece un sentimiento de tristeza, melancolía, pesimismo, infelicidad, abatimiento y decaimiento del tono afectivo, estos estados son generalmente transitorios y de una corta duración (Meza, 2019).

**4.1.2. Epidemiología.** La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas; es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un serio problema de salud, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2020b).

Así mismo, más de la mitad de afectados y más del 90 % en algunos países, no reciben tratamiento; entre los obstáculos para una atención eficaz de este trastorno se sitúan la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Además, debido a su inicio temprano, su impacto funcional, y su tendencia a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y representa, por sí sola, el 4,3 % de la carga global de enfermedad. A lo largo de los años, OMS ha insistido en situar una tendencia creciente del trastorno, proyectándola hacia el 2030 como la segunda causa de carga de enfermedad a escala mundial (MSP, 2017a).

En el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el MSP, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres.

Observándose en datos más recientes que corresponden a 2015, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres. Además, de acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios del INEC de 2015, en Ecuador existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión; así como también, en el año 2014 se registraron 734 casos de muerte por lesiones autoinfligidas; de múltiples causas, entre ellas la depresión(MSP, 2021)

**4.1.3. Etiopatogenia.** Para describir la etiopatogenia Vallejo (2015) se basa en una división en categorías de las depresiones que incluyen las de causa orgánica, de manera que quedan diferenciados en dos tipos fundamentales: depresiones endógenas (bipolares y unipolares) y psicógenas. Las primeras constituyen un grupo más delimitado clínicamente, aunque el conjunto de datos avala la distinción entre bipolares y unipolares y se refiere a los casos donde la enfermedad está escrita en los genes, mientras que las segundas, más heterogéneas, se extienden a través de un amplio espectro que enlaza con los trastornos de angustia, con los cuales mantienen indudables conexiones.

La causa en ambos tipos de depresión es sustancialmente distinta, ya que, los factores biológicos son básicos en las depresiones endógenas; mientras que, el conflicto psicológico es el núcleo etiológico de las depresiones psicógenas. Es así que las principales teorías etiopatogénicas que permiten entender los presupuestos fisiológicos y psicológicos de la depresión son las siguientes:

**4.1.3.1. Genética.** Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos, sin embargo, aún quedan cuestiones por aclarar, como el modo de transmisión.

Esta enfermedad no sigue un patrón clásico de herencia mendeliana, sino que se considera que sigue un modelo de umbral de susceptibilidad; es decir, hay una variable que es “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” y que ésta se reparte de forma continua en la población, de manera que solo los que superen un determinado umbral de esta variable manifestarán el trastorno. Se cree que están involucrados una serie de genes de efecto menor la expresión de los cuales podría estar modulada por un gran número de factores ambientales(M. Hernández et al., 2016).

Para investigar la base genética de la depresión se utilizan estudios de familia, de gemelos o de adopción. Estos estudios observan las familias y la prevalencia del trastorno entre sus miembros, cosa que permite calcular el riesgo familiar de padecer la enfermedad. Gracias a estudios familiares se ha podido ver que la prevalencia de la depresión aumenta en familiares de primer grado, es decir, padres y hermanos (50% de genes compartidos), respecto a la

observada en la población general. Aun así, estos estudios tienen como inconveniente que no se puede controlar el factor ambiental. Así que son indispensables los estudios de gemelos y de adopciones en los que sí es posible controlar el factor ambiental (M. Hernández et al., 2016).

En los estudios basados en gemelos lo que se hace es comparar las tasas de concordancia del trastorno en gemelos monocigóticos (que comparten el 100% de sus genes) con las tasas de concordancia del mismo trastorno en gemelos dicigóticos (que comparten el 50% de sus genes). Gracias a esta comparación se consigue dar la heredabilidad del trastorno. Aunque hay discordancia en el porcentaje de heredabilidad de la depresión (algunos estudios afirman que el 70% mientras otros les atribuyen números bastante menores como un 40%), así mismo otros estudios sugieren una concordancia en monocigóticos es del 65% frente a la de los dicigóticos, que sólo alcanza el 14% (Vallejo, 2015; Hernández et al., 2016)

Los estudios de adopción tratan de comparar el riesgo de sufrir la enfermedad que tienen los hijos de padres biológicos afectados por el trastorno y que están criados en una familia adoptiva sana en relación con el riesgo de hijos de padres afectados criados en su familia biológica. Gracias a éstos, se ha demostrado que los niños con padres biológicos con el trastorno criados en familias sanas tienen tasas de depresión mayores a las esperadas en la población general (M. Hernández et al., 2016).

La depresión tiene un gran peso de los genes, aunque también tiene un componente ambiental que puede cambiar la predisposición de padecer o no la enfermedad; no obstante, los genes no tienen la última palabra a la hora de determinar si una persona va a sufrir o no depresión, dado que el ambiente es también un factor importante y un entorno favorable puede anular la predisposición escrita en el ADN. Así mismo, se ha demostrado que también se puede tener depresión sin predisposición genética si se está en un entorno desfavorable (M. Hernández et al., 2016).

Por otro lado, el modo de transmisión es controvertido, ya que se señala la inexistente asociación entre trastornos afectivos y grupos sanguíneos, así como los confusos resultados con el sistema HLA y la haptoglobina -todavía en fase de estudio- y con los nuevos marcadores de DNA (gen del receptor D4, gen de la tirosín-hidroxilasa, gen de la MAO y, sobre todo, los genes codificadores de receptores de 5-HT, etc.), de todo lo cual todavía no se derivan datos concluyentes que confirmen alelos de susceptibilidad para estos trastornos (Vallejo, 2015, p.653)

#### ***4.1.3.2. Aspectos fisiológicos.***

***4.1.3.2.1. Bioquímica.*** Existen varias hipótesis de la bioquímica de la depresión. Entre estas está la noradrenérgica, según la cual los trastornos afectivos depresivos serían el resultado de

un déficit central de noradrenalina (NA), lo cual se apoyan, especialmente en la evidencia de que la acción antidepresiva-estimulante que puede conseguirse por diversas vías (antidepresivos, terapéutica electroconvulsiva, dopa, anfetaminas, salbutamol) incrementa el nivel de NA, mientras que la depresión-sedación está relacionada con sustancias (reserpina,  $\alpha$ -metildopa, propanolol,  $\alpha$ -metilparatirosina), que producen disminución o bloqueo de la NA central (Vallejo, 2015).

En la línea de la hipótesis noradrenérgica de la depresión, se han interpretado ciertos datos frecuentes en la depresión (hipersecreción de cortisol, descenso de la respuesta de la hormona del crecimiento a la hipoglucemia insulínica o a la clonidina, aumento del binding plaquetario de receptores presinápticos alfa-2-adrenérgicos, aumento de receptores betaadrenérgicos postsinápticos) como prueba de que un déficit en la actividad de los sistemas noradrenérgicos centrales, producido por una disregulación hipotalámica, sería la base de algunas depresiones endógenas.

Por otro lado, la hipótesis indolamínica es también importante y mantiene en la depresión un déficit de serotonina (5-HT) en el que participa como elemento importante el transportador de serotonina, ya que datos importantes procedentes del estudio del 5-HIAA (metabolito de la serotonina) en el LCR, medido directamente o a través de la prueba del probenecid (compuesto que bloquea la salida del 5-HIAA fuera del LCR). Se ha observado que la disminución sólo ocurre en el 30-40% de los pacientes con depresión endógena, los que precisamente tienen más conductas autoagresivas. La mayoría de trabajos han confirmado la relación del descenso de serotonina con el módulo sintomático suicidio-agresión-pérdida del control de impulsos; mientras que en sujetos con depresión grave, el descenso de 5-HIAA en LCR parece asociado a bajos valores de folato. (Vallejo, 2015)

**4.1.3.3. Neuroendocrinología.** Existen claras pruebas de que el complejo hipotálamo-hipofisario se encuentra alterado en las depresiones endógenas; estas anomalías han sido relacionadas con las aminas biógenas que de alguna manera controlan estas hormonas y los factores liberadores correspondientes. Especial relevancia como marcador neuroendocrinológico ha tenido el *test de supresión por dexametasona* (TSD), aplicado y estandarizado por Carroll, en 1981, en psiquiatría, para el estudio de la melancolía. En un 25-40% de estos pacientes no se produce la frenación normal de cortisol plasmático que acontece a las 16 horas de administrar 1 mg de dexametasona, de forma que melancolía detectada en los primeros trabajos y situada alrededor del 95% ha disminuido notablemente (50%), pues el TSD se ha encontrado alterado en varios trastornos psíquicos (catatonías, esquizofrenias, alcoholismo, TOC, crisis de angustia, trastornos de alimentación, dolor crónico, etc.) y por

variadas circunstancias (BZ, estrés, embarazo, mujeres normales —20%—, pérdida de peso). No existe un perfil clínico diferencial entre depresivos supresores y no supresores, excepto los antecedentes familiares afectivos, las hipersomnias y las ideas de insuficiencia, más frecuentes entre los no supresores

Otro marcador neuroendocrino, más incierto que el TSD, es el *test de estimulación de TSH por TRH*, ya que en un 25-30% de depresivos endógenos unipolares se aprecia un aplanamiento de la respuesta normal del TSH. En un 50% de casos la mejoría clínica no se correlaciona con la normalización del test y se liga a mayor riesgo de recaídas. El test de TSH-TRH puede alterarse según ciertas variables (edad, sexo, litio, trastornos endocrinos, renales o hepáticos) y en patologías diversas (alcoholismo, manía, anorexia, dolor crónico, trastorno límite de la personalidad), refiriéndose a alteraciones centrales del eje hipotálamo-hipofisario y más recientemente a hiporregulación de los receptores de TRH de la hipófisis. (Vallejo, 2015).

**4.1.3.4. Neurofisiología y neuroanatomía.** Tiende a señalarse en las depresiones un estado de hiperactivación neurofuncional y disfunciones de la actividad vegetativa, así como escasa reactividad o arreactividad, especialmente en los depresivos inhibidos. Desde una nueva perspectiva con el uso de la computoelectroencefalografía, se ha sugerido disfunciones de las regiones frontales anteriores y temporales del hemisferio no dominante; así como también en otros estudios se apunta a una desconexión interhemisférica y hacia una desorganización del hemisferio no dominante, de forma que el déficit de diversas funciones como la atención, abstracción, memoria y aprendizaje no verbal; podrían ser consecuencia de una disfunción de las regiones frontotemporales.

En base estudios de imagen cerebral (TC, RM, SPECT) y/o neuropsicología, confirman que en la depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex prefrontal (hipofrontalidad) y temporal (amígdala especialmente), ángulo anterior y núcleo caudado, así como resultados discrepantes en relación con una disminución del volumen hipocampal,

especialmente en depresivos severos o bipolares con sintomatología psicótica, así como depresivos mayores en los que se han constatado anomalías neuroanatómicas (aumento de los ventrículos cerebrales), similares a las de los esquizofrénicos, que sugieren disfunciones del circuito corticolímbico- estriotalámico.(Vallejo, 2015)

El estudio del sueño igualmente es importante, ya que se ha detectado un perfil específico de los depresivos endógenos, caracterizado por trastornos de la continuidad y eficacia del sueño; disminución de los estadios 3 y 4; acortamiento de la latencia REM por debajo de 60 min; acumulación REM en la primera mitad de la noche, y aumento de la cantidad y densidad REM. Es posible que la reducción de la LREM sea no sólo un marcador de estado, sino también de

rasgo en función de la base genética de la vulnerabilidad colinérgica implicada en el disparo REM, la relación acortamiento de LREM y prevalencia de familiares depresivos, y persistencia de anomalías en depresivos endógenos remitidos clínicamente, así como por la presencia de acortamiento LREM y anormalidades polisomnográficas en sujetos con riesgo familiar de depresión, todo lo cual indica que tales anomalías pueden preceder al episodio clínico y ser útiles para identificar a sujetos de alto riesgo)(Vallejo, 2015).

**4.1.4. Factores de riesgo.** Entre los factores de riesgo se ha observado un mayor predominio en las mujeres, historia familiar de trastorno bipolar, primer episodio por debajo de los 50 años en el 80% de casos y alto nivel socioeconómico.

#### **4.1.4.1. Biológicos.**

*4.1.4.1.1. Genéticos.* En este caso la historia familiar va a diferenciar tanto los tipos de depresiones unipolares, así como va a predecir la endogeneidad en depresiones aparentemente neuróticas.

*4.1.4.1.2. Marcadores biológicos.* La persistencia de MHPG urinario y 5-HIAA en LCR, disminuidos tras la recuperación clínica, indican riesgo de recidivas; además, la latencia REM acortada, junto a otros datos (hipersomnias), caracteriza un grupo de depresiones aparentemente caracteriales, pero que son de base biológica. Así mismo, se ha demostrado que los pacientes depresivos, incluso recuperados, tienen un umbral bajo de descarga del sueño REM frente a la arecolina, lo cual se interpreta como una vulnerabilidad genética ligada al sistema colinérgico y a los mecanismos neurobiológicos en general

*4.1.4.1.3. Síndrome premenstrual.* Acumulación entre mujeres con trastornos afectivos de antecedentes con síntomas depresivos premenstruales.

*4.1.4.1.4. Anomalías morfo biológicas.* Específicamente las anomalías cerebrales predicen mala respuesta a la psicoterapia y aconsejan tratamientos biológicos.

**4.1.5. Síntomas.** Según León (2019) en la depresión no todas las personas padecen los mismos síntomas, pero son habituales los siguientes signos:

- Sentimiento persistente de tristeza, ansiedad, vacío, desesperanza y pesimismo.
- Sentimiento de culpa, inutilidad o impotencia.
- Irritabilidad o inquietud.
- Pérdida de confianza en uno mismo y/o en los demás.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos habituales de los que antes disfrutaba, incluso de las relaciones sexuales.
- Pérdida de la libido y del interés en las relaciones sexuales.
- Pérdida de la capacidad de disfrutar.

- Cansancio exagerado, incluso después de pequeños esfuerzos, y falta de energía.
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Pérdida de apetito o comer de manera excesiva.
- Ideas de muerte o intentos de suicidio.
- Dolores y malestares persistentes: dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Los pacientes con cualquier forma de depresión tienen más probabilidades de padecer abuso del alcohol o de otras sustancias psicotrópicas, en un intento de tratar por sí mismos los trastornos de sueño o los síntomas de ansiedad; sin embargo, la depresión es una causa menos frecuente de alcoholismo y de abuso de sustancias de lo que se pensaba antiguamente. (León, 2019, p.18)

**4.1.6. Criterios diagnósticos.** Los criterios generales para un episodio depresivo comprenden: el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico y la no existencia de síntomas hipomaniacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maníaco en ningún período de la vida del individuo(MSP, 2017).

Además, debe existir al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad, disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

Así como también, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

- Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad.
- Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Cualquier tipo de alteración del sueño.

- Cambios en el apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso(MSP, 2017b).

#### **4.1.7. Clasificación.**

**4.1.7.1. Episodio depresivo leve.** Se presenta ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad son considerados como síntomas típicos de la depresión, y deben estar presentes dos síntomas, al menos, para hacer un diagnóstico definitivo. Este episodio debe tener una duración de al menos dos semanas, un enfermo con un episodio depresivo leve, suele afectarse por los síntomas y tiene una leve dificultad para ejecutar sus actividades laborales y sociales, sin embargo, no las deje por completo (León, 2019).

**4.1.7.2. Episodio depresivo moderado.** Es necesario que se presenten al menos dos síntomas típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. El episodio depresivo moderado tiene una duración de al menos dos semanas (León, 2019).

**4.1.7.3. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.** Por lo común, están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias. Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”(MSP, 2017a).

**4.1.7.4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.** Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes; así como también, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (MSP, 2017a)

**4.1.7.5. Trastorno depresivo recurrente.** Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo, sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepressivo.

Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maniaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses (MSP, 2017a)

#### **4.1.8. Recomendaciones para el manejo de depresión.**

**4.1.8.1. Depresión leve.** El tratamiento de la depresión en el adulto debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional (incluyendo aspectos como la actividad física y una nutrición adecuada. Se recomienda indicar un programa estructurado de actividad física para el tratamiento de personas con depresión. En el manejo de pacientes adultos con depresión leve, se recomienda aplicar las siguientes estrategias

- Explorar y hablar con el paciente de los eventos estresantes recientes
- Programar citas de seguimiento hasta cada 15 días por tres meses consecutivos.
- Recomendar ejercicio entre 30 y 45 minutos tres veces por semana durante 10 a 14 semanas.
- Recomendar mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludables [34]. - Promover higiene del sueño.

Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar los síntomas depresivos leves debido a que el riesgo-beneficio no lo amerita; además, no se recomienda prescribir inductores del sueño de rutina por riesgo de abuso y dependencia; y en caso de que, durante las citas de seguimiento, el paciente adulto con diagnóstico de depresión leve no ha presentado mejoría o empeoran los síntomas, se lo debe referir a una consulta especializada de salud mental y/o psiquiatría (MSP, 2017a).

**4.1.8.2. Depresión moderada y grave.** En los pacientes con depresión grave, se debe iniciar primero el manejo antidepresivo y, cuando se observe respuesta, iniciar la intervención en crisis con apoyo del psicólogo. Se recomienda una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia; así como también, es aconsejable que todos los pacientes con depresión moderada tratados con medicamentos sean valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento y antes de ocho días en el caso de depresión grave (MSP, 2017a).

**4.1.9. Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS).** La ESD-Z fue creado en el año 1965 por Zung, mide sintomatología depresiva y puede ser auto aplicado. Para su construcción

se tomaron en cuenta la mayoría de criterios diagnósticos que identifican a la depresión como son: aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. (Pillcorema, 2019, p.42)

Al igual que la escala de Hamilton esta hace más énfasis en el componente somático conductual de la depresión. Los ítems positivos van de una puntuación de 4 (nunca o casi nunca) a 1 (siempre o casi siempre), mientras que los ítems negativos van de 1 (nunca o casi nunca) a 4 (siempre o casi siempre), en una puntuación de una escala de tipo Likert. (Pillcorema, 2019, p.42)

El puntaje más alto en este test es 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50%. Para la interpretación encontramos varias corrientes como se indica a continuación. Las corrientes españolas proponen los siguientes puntos de corte:

- 20-35: depresión ausente
- 36-51: depresión subclínica y variantes normales
- 52-67: depresión media-severa
- 68-80: depresión grave

Cuando se transforma la puntuación bruta en un índice porcentual (puntuación X 100/80) se utilizan los siguientes cortes:

- < 50% no depresión
- 50-59% depresión leve
- 60-69% depresión moderada
- 70% depresión grave.

A pesar de que esta escala desde sus inicios no fue elaborada para cribado, muestra una sensibilidad de 85 % y especificidad del 75% cuando es usada en el campo hospitalario para estudios de casos de depresión (Pillcorema, 2019).

## **4.2. Ideación suicida**

**4.2.1. Definición.** El suicidio es considerado un fenómeno universal, atemporal y con diversas concepciones culturales y sociopolíticas y se define como el acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; es decir, a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado(Cañón & Carmona, 2018).

Todo empieza con la ideación suicida, que es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la consumación de la idea: el suicidio. De este modo se define a la ideación suicida como los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método; considerándose a la amenaza suicida como

la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo(Cañón & Carmona, 2018).

Flores, Romero, Espinel, Vega, Valle & Robles (2019) consideran la ideación suicida, cuando el sujeto tiene pensamientos de llevar a cabo conductas relacionadas con el suicidio, como la idea de quitarse la vida, los pensamientos de falta de valor o los deseos de muerte; término que debe diferenciarse del intento suicida, que es un comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal, pero hay evidencia explícita o implícita de que la persona intentó suicidarse.

Es así que, los sujetos con idea suicida, por lo regular, planean y desean suicidarse, mas no han realizado intento reciente de suicidio, pero fantasean y piensan en él como una solución a sus conflictos; es decir, la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento de la persona e imagina que lo lleva a cabo mediante una ideación o fantasías suicidas. Por tanto, el sujeto piensa y ensaya un método, lo cual inicia un proceso autónomo que cobra fuerza hasta que se comete suicidio (Flores et al., 2019).

**4.2.2. Epidemiología.** De acuerdo a la OMS (2019) anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo; se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años; afectando a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos(OMS, 2019).

En Ecuador, entre 2001 y 2014 se registraron 4 855 muertes por suicidio de adolescentes y jóvenes, 2 738 de adolescentes (10-19 años) y 4 144 de jóvenes (15–24 años). La mayoría de los fallecidos eran varones de 15 a 24 años de edad. La tasa de suicidio más alta fue 10,5 por 100 000 en 2007 (13,4 en hombres y 7,7 en mujeres), seguida por 9,6 en 2012 (12,5 en hombres y 6,7 en mujeres), y la más baja, 6,4 (7,4 en hombres y 5,5 en mujeres), seguida por 6,5 en 2014 (8,6 en hombres y 4,4 en mujeres). El mayor porcentaje de suicidios se registró en zonas urbanas y el método más frecuente fue el ahorcamiento, seguido por el envenenamiento con pesticidas. Observándose que la tasa de mortalidad ha variado entre 2001 y 2014, con picos entre 2006 y 2008 y entre 2011 y 2012. Sin embargo, a partir de 2013, se aprecia una disminución del número de muertes por esta causa en jóvenes y adolescentes (de 10 a 24 años de edad).(Gerstner et al., 2018)

**4.2.3. Características del pensamiento suicida.** Se señalan tres características del pensamiento suicida:

**4.2.3.1. Estructura del pensamiento suicida.** Comprende tres aspectos: el pensamiento catalogico el cual hace referencia a un raciocinio basada en falacias lógicas, la segundo es desorganización semántica que se identifican con las estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento que se mantiene relacionado con el temor de morir, y finalmente la tercera es el pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento lo que significa la carencia de oportunidades o puntos medios. (Michán & Vargas, 2020, p.21)

**4.2.3.2. Rigidez y constricción de pensamiento.** “Es la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conducta, este tipo de raciocinio hace que la persona se siente en una situación sin escape” (Michán & Vargas, 2020, p.22).

**4.2.3.3. Percepción distorsionada del tiempo.** Es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; incapacidad del individuo de incorporar el pasado y de prever acciones para el futuro, razón por la cual los individuos observan los hechos o acontecimientos en el tiempo de manera diferente a la de los demás, por lo cual limita que se pueda identificar situaciones positivas y oportunidades que podrían lograr en un futuro. (Michán & Vargas, 2020, p.22).

#### **4.2.4. Factores de riesgo e influencia en la ideación suicida.**

**4.2.4.1. Género.** Se ha reportado que los suicidios consumados son más frecuentes en el género masculino, mientras que la ideación y los intentos de suicidio son más frecuentes en el género femenino. De acuerdo a esto, se informa en países desarrollados que la frecuencia de suicidios en varones es cuatro veces mayor que en mujeres. (Michán & Vargas, 2020, p.24).

**4.2.4.2. Edad.** Está bien establecido que las tasas de suicidio y las conductas suicida aumentan con la edad (Michán & Vargas, 2020).

**4.2.4.3. Emociones negativas y eventos estresantes.** En investigaciones en estudiantes universitarios, se determinó que los más propensos a presentar ideación suicida son los menos optimistas, con menos habilidades sociales y un menor apoyo social percibido (Cañón & Carmona, 2018).

Entre otros factores que se manifestaron están la excesiva rumiación y valoración especial de las emociones negativas, no presentar claridad emocional y procesar la información emocional desadaptadamente hasta manifestar ideas autodestructivas; por lo que, reportan dificultades en las habilidades emocionales para atender, comprender y regular las emociones, contrario a quienes no presentan ninguna idea de autolesión (Cañón & Carmona, 2018).

#### **4.2.4.4. Interacciones familiares, relaciones conyugales, relaciones interpersonales.**

Entre las razones más comunes para el intento de suicidio en jóvenes, se ha registrado los conflictos interpersonales debido al estilo de pensamiento egocéntrico asociado con ese periodo

de la vida. Por otra parte, la pertenencia a un grupo y el deseo de tener una relación sentimental puede llevar a un adolescente a desarrollar ideas suicidas cuando termina una relación afectiva o cuando tiene una desavenencia con un amigo. (Cañón & Carmona, 2018; Michán & Vargas, 2020).

De la misma forma, se ha asociado a problemas con los padres, seguidos de problemas con la pareja y problemas con los coetáneos. Se ha relacionado la ideación suicida de manera significativa con no tener buena relación con el padre, no contar con una buena relación consigo mismo, tener un compañero cercano que cometió suicidio, conocer a un estudiante cercano que haya realizado un intento de suicidio, realizar actos que pongan en riesgo la vida y omitir conductas que protejan la vida. También se ha encontrado que existe una relación positiva o negativa entre los estilos parentales y la ideación suicida, los que se han formado en un estilo parental comunicativo afectivo regularmente tienen mejor desarrollo emocional y psicológico, mayor autoestima y menos vulnerabilidad a desarrollar depresión e ideas suicidas, contrariamente a los que se desarrollan dentro de un estilo parental más autoritario (Cañón & Carmona, 2018).

**4.2.4.5. Abuso sexual.** El impacto de sufrir abuso sexual y violencia familiar influye como un factor de riesgo alto para el desarrollo de ideas suicidas; reportándose como efectos a largo plazo problemas tales como estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento de suicidio, la inestabilidad emocional, cefaleas, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales adicción al alcohol y sustancias psicoactivas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja. Se ha identificado que el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en mujeres que habían sido víctimas del abuso sexual, en los varones y en las mujeres que habían intentado suicidarse (Michán & Vargas, 2020).

**4.2.4.6. Depresión.** Los problemas de salud mental como la depresión llevan a desarrollar pensamientos suicidas, pero en algunos de ellos los síntomas son atípicos y las personas de su entorno no se percatan de ello o es posible que la familia no se sienta preparada para asumir esta situación. Por ende, la depresión es un factor muy fuerte como predictor de las ideas suicidas pues su principal característica es la desesperanza. Se ha encontrado una alta prevalencia entre trastornos depresivos e ideación suicida; hasta un 60% de las víctimas presentan algún trastorno depresivo al momento de su muerte. Asimismo, entre un 40-80% de los adolescentes con intentos de suicidio cumplen con criterios diagnósticos para depresión (Michán & Vargas, 2020).

**4.2.4.7. Consumo de sustancias.** Un factor de riesgo asociado a las ideas y conductas suicidas es el consumo de sustancias asociado a problemas de conducta y trastornos afectivos;

como es el caso del alcoholismo que se presenta como un desinhibidor que puede llevar a cometer el acto suicida (Michán & Vargas, 2020).

**4.2.4.8. Problemas de conducta.** Es otro factor de riesgo, específicamente la impulsividad y la agresividad, la relación entre estas variables radica en que comparte situaciones de riesgo como familias disfuncionales, consumo de sustancias, abuso sexual, pobreza, desempleo, acceso armas, baja tolerancia a la frustración (Michán & Vargas, 2020).

#### **4.2.5. Teorías que explican la etiología de la ideación suicida**

**4.2.5.1. Teoría Neurobiológica.** Se menciona que el comportamiento suicida se inicia por la interacción de cinco factores importantes: biológicos, rasgos de la personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales en historia familiar y genética, dicha interacción podría explicar porque los trastornos mentales ocasionan mayor número de ideación suicida o suicidio (Michán & Vargas, 2020).

Conforme Michán & Vargas (2020) se han propuesto varias conjeturas para explicar la neurobiología relacionada a la conducta suicida, entre estas tenemos:

- Correlación entre la disminución de la serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio.
- Modelo estrés- diátesis donde manifiesta que los estresores como eventos vitales, dificultades financieras, pérdida afectiva, enfermedad depresiva, son los causantes de un acto suicida; asimismo la diátesis o vulnerabilidad se caracterizan por tener tendencia al pesimismo, la desesperanza, presencia de agresividad o impulsividad
- Disminución en la acción de la serotonina 5 HT (5HT) que está implicada en las conductas depresivas, agresivas, y de trastornos de control de los impulsos, asociados a eventos suicidas, o de agresión.
  - Disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral prefrontal.
  - Niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolismo principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem.
  - Falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se evidencia debilidad por los estados depresivos, exceso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos.

Por otro lado, manifiestan que puede existir una asociación entre las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio; igualmente, se ha evidenciado una elevada excreción urinaria de 17 hidrocorticosteroides en víctimas de intentos de suicidios y suicidios consumados. Asimismo, elevados niveles de cortisol en sangre en suicida e incluso valores

arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcados biológicos de alto riesgo de suicidio (Michán & Vargas, 2020).

**4.2.5.2. Teoría Genética.** Los factores genéticos podrían ser un predisponente a tendencias suicidas en ciertos individuos y estudian el papel del gen que codifica el triptofanhidroxilasa (TPH), que es la enzima limitadora del ritmo en la biosíntesis de la serotonina, en la predisposición genética al suicidio. Se han realizado análisis de siete polimorfismos del gen TPH; y se encontraron relaciones significativas entre algunas variantes de este gen (especialmente de la variante “3’ part” o región 3 no codificadora) y los intentos de suicidio. Dicha variante estaba más presente en personas que habían intentado el suicidio por medios violentos y que tenían cuadros de depresión. Es así que, la variante “3’ part” del gen TPH puede ser uno de los factores de vulnerabilidad para un fenotipo (grupo de personas con una determinada característica genética visible) en el que se combina las conductas suicidas, las alteraciones anímicas e impulsos agresivos. (Michán & Vargas, 2020, p.29-30).

**4.2.5.3. Teorías Psicológicas.** Se ha relacionado la “Triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando se encuentra deprimida, de esta manera adquiere un pensamiento negativo de sí mismo, del futuro y del mundo que lo rodea. Asimismo, en la teoría Psicoanalítica Sigmund Freud fue el primero en explicar psicológicamente al suicidio, y postula que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde el individuo no siempre es consciente de sus actos. Además, sus mecanismos de defensa como la negación es una forma de huir de la vida, de sus problemas, optando como una solución por el suicidio. (Michán & Vargas, 2020, p.31)

Dicho esto, aparece actitudes que inducen al niño a un proceso de angustia básica; y a medida que el menor se esfuerza por vencer su angustia básica puede desarrollar sentimientos de superioridad; es por ello que se produce un tipo de fracasos del desarrollo del yo, una disparidad entre el desarrollo del yo idealizado y del verdadero yo, dando lugar a la “alienación del yo”. Los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. El repliegue interior de la ira del individuo se evidencia como un deseo insatisfecho de depender de alguien; así como la ira dirigida contra sí mismo, en donde su propósito adaptativo de reparación, y la esperanza de ser perdonado y reconciliarse son lo que le provoca frustración. La Psicología Cognitiva indica que la desesperanza está ligada a la consumación del suicidio, por lo que se debería encaminar a la corrección de pensamientos negativos e infundir esperanza. (Michán & Vargas, 2020, p.32)

**4.2.5.4. Teoría de la Crisis.** La conducta suicida es una situación en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, ya que presenta incapacidad para manejar situaciones

dolorosas y amenazantes como resultado de los recursos adaptativos de la persona (Michán & Vargas, 2020).

**4.2.6. Indicadores de ideación suicida.** Existen indicadores a ser evaluados relacionados con la ideación suicida, basándose en que las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos. (Loaiza, 2018, p.11)

**4.2.6.1. Actitud hacia la vida/muerte.** El ser humano es la única especie de los seres vivos, que realiza ante la muerte un ritual funerario lleno de símbolos; quien ha podido creer y que a menudo cree en el renacimiento de los difuntos; en definitiva, la única especie para la cual la muerte biológica, hecho natural, se ve constantemente desbordada como hecho de la cultura. Las actitudes cambian con el transcurrir del tiempo, a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales; en la cual se reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria e individual de la muerte. (Loaiza, 2018, p.11)

Las actitudes hacia la muerte se pueden ver de varias perspectivas: Aceptación neutral, es aquella donde no se teme, ni se desea, simplemente se acepta como un hecho inalterable de la vida y donde lo que se busca es sacar el máximo provecho de una vida finita. Aceptación de acercamiento; es cuando hay una creencia de que hay una vida feliz después de la muerte y se relaciona con las creencias y prácticas religiosas que ha vivido la persona. Aceptación de escape, es cuando la muerte es vista como el único escape que hay cuando el dolor y el sufrimiento agobian a la persona (M. Ortiz & Lasso, 2018).

**4.2.6.2. Pensamientos/deseos suicidas.** La ideación suicida es considerada como la presencia de pensamientos, planes y deseos constantes de realizar la conducta suicida; así mismo, se refiere a los pensamientos pasivos que suponen una necesidad de querer estar muerto; mientras que, otras conceptualizaciones plantean que se encuentra relacionada con la inconformidad por la vida y el desarrollo de planes explícitos para atentar contra la propia vida (Alvarado, 2020).

Los pensamientos suicidas pueden ser un síntoma de depresión o señales de no poder afrontar las situaciones problemáticas que pueden ser familiares o personales, las cuales en su momento le parecen insostenibles (Loaiza, 2018).

**4.2.6.3. Proyecto de intento suicida.** “Es la disposición que la persona se ha formado para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con su vida” (Michán & Vargas, 2020, p.35).

**4.2.6.4. Desesperanza.** Es el sentimiento de no tener expectativas de futuro y que frecuentemente se acompaña de la ausencia de un sentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o al acto suicida (Sifuentes, 2018).

#### **4.2.7. Formas de presentación.**

La ideación suicida puede presentarse en distintas formas de pensamiento:

**4.2.7.1. Deseo de morir.** Es la puerta de entrada a la ideación suicida. Es considerado como el primer eslabón de disconformidad de la persona con su manera de vivir; por lo que es común la expresión “No merece la pena vivir”, “Yo debería morirme”, “Para vivir así mejor estar muerto”, “Desearía estar muerto y no pasar por esto”, entre otros términos (Loaiza, 2018).

**4.2.7.2. Representación suicida.** Son fantasías o imaginaciones pasivas de suicidio. El sujeto se imagina ahorcado o cómo sería la vida sin él (Loaiza, 2018).

**4.2.7.3. Ideación suicida sin un método determinado.** Es la idea de autodestrucción o suicidio sin tener pensado mediante que método efectuarlo; en este caso el sujeto desea suicidarse, pero no tiene premeditado un método para realizarlo (Loaiza, 2018).

**4.2.7.4. Ideación suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico.** Se refiere cuando el individuo desea suicidarse sin tener un método específico, por consiguiente, al preguntarle el cómo, responde que de cualquier forma; diversas posibilidades sin mostrar preferencia (Loaiza, 2018).

**4.2.7.5. Ideación suicida con un método determinado sin planificación.** La persona expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una planificación de cómo ejecutarlo (Loaiza, 2018).

**4.2.7.6. Ideación suicida planificada o plan suicida.** El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito (Loaiza, 2018).

**4.2.8. Niveles de riesgo.** Se han identificado tres niveles:

**4.2.8.1. Nivel Bajo.** Presencia de ideación suicida, sin planificación. En este caso rectifica conducta y hay autocrítica. Existen algunos pensamientos de muerte, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no tiene ningún plan (Loaiza, 2018).

**4.2.8.2. Nivel Medio.** Presencia de ideación y existencia de planificación suicida, no inmediata o clara, factores de riesgo adicionales y posibles intentos previos. Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos (Loaiza, 2018).

**4.2.8.3. Nivel Alto.** Presencia de un plan definido e inmediato, medios para llevarlo a cabo, intentos previos, existencia de factores de riesgo y planea hacerlo inmediatamente (Loaiza, 2018).

**4.2.9. Evaluación de las ideas suicidas.** Existen varias dimensiones importantes para evaluar las ideas suicidas, que son la frecuencia, duración e intensidad de los episodios. La frecuencia puede ser elevada y la ideación es descrita como continua, sin embargo, puede presentarse en episodios breves, con una duración de segundos, o puede persistir durante minutos hasta horas; en forma general podemos indicar que los episodios de mayor duración se dan entre una o más horas o muy frecuentes entre varias veces al día, los cuales son más severos. En cuanto a la intensidad de la ideación suicida puede ser variable y puede experimentarse como imágenes “me veo cayendo” o de manera verbal, como cadenas de pensamiento que pueden prolongarse en el tiempo como rumiaciones suicidas (Michán & Vargas, 2020).

Según Michán & Vargas (2020):

Las ideas suicidas pueden aparecer en relación a situaciones interpersonales como experiencias negativas en su vida, asimismo puede asociarse a estados sintomáticos severos de angustia, depresión, o disfórico; dichos pensamientos pueden aparecer o agravarse al consumir alcohol o sustancias. En ciertos casos, los individuos experimentan sensaciones positivas tras pensar en el suicidio (ideación egosintónica) y debe ser considerado una señal de riesgo. Lo contrario es cuando sienten angustia, culpa o vergüenza (ideación egodistónica).

La actitud del individuo frente a sus propios pensamientos suicidas tiene gran importancia, algunos indican que acogen las ideas como una solución de terminar con el sufrimiento, minimizando el impacto del suicidio sobre los demás, o sosteniendo que estarían mejor. Los pensamientos suicidas pueden variar en grado de concreción, entre un individuo que dice que ha estado considerado la muerte sin tener un plan o un método definido, o cuando refieren un plan concreto y elaborado. (Michán & Vargas, 2020, p.36)

Asimismo, existen grados de variables (he pensado en tres cosas, pero no lo he definido). Tras de detección de ideas o planes autodestructivas, se debe indagar sobre el propio sentido de capacidad o coraje que tiene el individuo para llevarlas a efecto, así como de la existencia de factores disuasivos y capacidad de autocontrol. Es importante preguntar por el peor momento vivido: “¿Cuándo estado más cerca de intentar el suicidio?”, “¿Qué paso, por qué no realizó el acto suicida?”, por otro lado, para evaluar la propia capacidad de autocontrol, puede consultarse “¿Qué haría si vuelve a sentir en estos días deseos de suicidarse?” “¿Cree que lo podría evitar?”. También es de vital importancia clarificar si junto a la ideación suicida existe una intención

suicida, ambas pueden estar dissociadas “a veces se me pasa la idea de matarme, pero pierda cuidado, es algo que nunca haría”, por último, debe valorarse la actitud del individuo, puesto que la renuencia de ideas o propósitos autolíticos es un indicador de riesgo. (Michán & Vargas, 2020, p.36)

**4.2.10. Medidas apropiadas para cada nivel de severidad.** El término zona suicida se refiere a un área de riesgo formado por ideas, planes y conductas suicidas. El nivel de riesgo leve, no existe intentos suicidas y la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas, no existe intención suicida ni planificación de intentos. Los síntomas son leves y el autocontrol esta conservado; los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables. Debe evaluarse seriamente la suicidalidad, monitoreando la ideación suicida. (Michán & Vargas, 2020, p.38)

En el nivel de riesgo moderado las ideas suicidas son más intensas, frecuentes y persistentes, la desesperanza es moderada, existen planes vagos, pero no hay intención explícita de cometer suicidio; los síntomas son moderados y existe buen autocontrol. Dado que este es un nivel moderado de severidad, la suicidalidad debe evaluarse de modo continuo, asimismo debe incorporarse a la familia y estar dispuesta a solicitar atención terapéutica. (Michán & Vargas, 2020, p.38)

En relación al nivel severo la ideación es frecuente, intensa y persistente, existen planes específicos de suicidio, e indicadores de intención suicida (elección o búsqueda de un método, escritura de cartas, testamento), ha afectado conductas preparatorias (búsqueda de un lugar). Existe un método accesible o disponible, y deterioro de autocontrol, síntomas disfóricos severos, múltiples factores de riesgo y escasos factores protectores. En cuanto al nivel extremo de severidad la principal la diferencia es que no existe factores protectores, los rasgos anteriores están más acentuados en este nivel, dado que es de alto riesgo, la medida inmediata es la internación voluntaria o involuntaria, y debe definirse medidas de vigilancia y protección (lugar donde puede estar, tipo de habitación, retiro de elementos que pueden servir para dañarse) y estrategias terapéuticas que permitan controlar el riesgo con prontitud. (Michán & Vargas, 2020, p.39)

**4.2.11. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).** Es un instrumento creado por Beck, Kovacs y Weissman en 1979; fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos. Su objetivo se enfoca en evaluar las características de las tentativas de suicidio la actitud de la vida y la muerte y esto se evidencia a través de sus pensamientos y conductas(Velasco, 2018).

El test consta de 19 preguntas cuyo objetivo conocer las características de una persona que ha buscado realizarse daño así mismo, las respuestas expresaran lo que ha pensado, sentido y experimentado últimamente en su vida. Se califica dependiendo las respuestas de cada pregunta en una escala de 3 ítem constando de 0 puntos, 1 punto y 2 puntos; la puntuación total es la suma de las puntuaciones de cada pregunta. (Velasco, 2018, p.46)

De igual forma, el test se encuentra distribuidos en cuatro dimensiones: Actitud de la vida hacia la muerte empieza desde la pregunta 1 hasta 5, siguiendo por la segunda dimensión características de los pensamientos o deseos de muerte que va desde la pregunta 6 hasta la 11, en cambio en la tercera dimensión mide las características del intento planeado va desde la pregunta 12 hasta la 15 y la cuarta dimensión la actualización de la tentativa que va desde la pregunta 16 hasta la 19. Esto determinará la cantidad de participantes encuestados que presentan ideación suicida. La puntuación total se obtiene sumando todas las preguntas dando como resultados entre 0 y 39 puntos. En cuanto a la validez y confiabilidad, el test tiene una alfa de Cronbach es 0.89 lo que significa que la confiabilidad del test es buena. (Velasco, 2018)

### **4.3. Consumo de alcohol**

**4.3.1. Generalidades.** El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades; así como también, puede perjudicar a otras personas como familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad (OMS, 2018b).

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (OMS, 2018b).

**4.3.2. Epidemiología.** Según un informe publicado por la OMS (2018), en el 2016 murieron más de 3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa 1 de cada 20 muertes; de las cuales más de las tres cuartas correspondieron a hombres.

En general, el consumo nocivo de alcohol causa más del 5% de la carga mundial de morbilidad. Se estima que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol. La mayor prevalencia entre hombres y mujeres se registra en la Región de Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%);

observándose que estos trastornos son más frecuentes en los países de ingresos altos(OMS, 2018a).

Más de una cuarta parte (27%) de los jóvenes de 15-19 años son bebedores. Las mayores tasas de consumo de alcohol entre los jóvenes de 15-19 años corresponden a Europa (44%), las Américas (38%) y el Pacífico Occidental (38%). Las encuestas escolares indican que, en muchos países, el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años, con diferencias muy pequeñas entre niños y niñas(OMS, 2018a).

A nivel mundial, el 45% del alcohol total registrado se consume en forma de bebidas espirituosas. La cerveza es la segunda bebida alcohólica en términos de alcohol puro consumido (34%), seguida del vino (12%). Desde 2010, solo se han producido cambios menores en las preferencias de bebidas alcohólicas. Los cambios más importantes tuvieron lugar en Europa, donde el consumo de bebidas espirituosas disminuyó en un 3%, mientras que el de vino y cerveza aumentó. En contraste, más de la mitad (57%) de la población mundial de más de 15 años (3100 millones de personas) se abstuvo de beber alcohol en los últimos 12 meses(OMS, 2018a).

**4.3.3. Proceso biológico del alcohol en el organismo.** El alcohol es ingerido por las personas, pasa por el tubo digestivo para después llegar a la sangre, afecta a nuestro cerebro, donde alcanza su máxima concentración en un periodo de tiempo de 15 a 20 minutos de haber ingerido la sustancia, posteriormente es procesado por el hígado para ser eliminado del organismo. Posteriormente pasa por el tubo digestivo hasta llegar al estómago; en donde se absorbe el 20% del alcohol ingerido completándose su absorción en el intestino delgado para llegar a la circulación general hasta el cerebro (Amagua, 2019).

El hígado metaboliza el alcohol a un ritmo constante, los riñones recolectan las sustancias que son filtradas y luego enviadas a la vejiga. Aquí se almacena la orina, que es más abundante que la normal, luego será eliminada. Una mínima parte se elimina por exhalación. De igual manera el alcohol ingerido en una bebida es absorbido en el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas. Pocos minutos después de haber bebido, pueden aparecer una serie de efectos cuya manifestación varía según la cantidad que se haya bebido y las características de la persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración en el organismo, estos efectos son los siguientes:

- Desinhibición
- Euforia
- Relajación

- Aumento de la sociabilidad
- Dificultad para hablar
- Dificultar para asociar ideas
- Descoordinación motora
- Intoxicación aguda

Los efectos del alcohol en el organismo pueden ocurrir alterando diversos sentidos y órganos como el hígado, el estómago, los intestinos, la piel e inclusive los músculos. Cuando el nivel de concentración de alcohol en la sangre alcanza o supera los 3 gramos de alcohol por litro pueden parecer apatía y somnolencia, coma o incluso muerte. (p. 81 – 87) 11 Es necesario enfatizar que lo referido por los autores señalados anteriormente, sería pertinente y conveniente que los adolescentes sean conscientes de lo que ocurre en su cuerpo y mente cuando consumen alcohol y en ocasiones abusan de él. Es responsabilidad de los adultos que mantenemos relaciones con ellos, el informarles sobre esta dinámica

**4.3.4. Trastornos mentales producidos por el consumo de alcohol.** Los trastornos mentales relacionados con el alcohol pueden ser de dos tipos: inducidos por la ingesta de alcohol y que se agrupan en los manuales diagnósticos, como la CIE-10 como psicosis alcohólicas, y trastornos mentales que sin estar inducidos por el alcohol se presentan de forma simultánea con relativa continuidad, tal es el caso del trastorno disocial de la personalidad, otras drogodependencias, trastornos del humor o trastornos de ansiedad (Larrea, 2019).

- Trastornos psicóticos: Delirium, alucinosis alcohólica y trastorno delirante inducido por alcohol
  - Síndrome amnésico
  - Trastornos del humor (afectivos): depresión, disforia e ideación suicida
  - Suicidio
  - Trastornos de ansiedad
  - Trastornos del sueño

**4.3.5. Factores de riesgo.** Se entiende por factor de riesgo para el consumo de sustancias a un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que van a aumentar la probabilidad de uso y/o abuso de drogas según su inicio, o un cambio entre el nivel de implicación con las mismas hablando así de mantenimiento. (Ortiz & Robalino, 2019, p.13)

Los factores de riesgo de consumo de alcohol son: macrosociales, microsociales y personales. Entre los factores macrosociales se encuentran la disponibilidad de la sustancia y el

inadecuado uso del tiempo libre; los microsociales incluyen estilos educativos inadecuados, consumo familiar de alcohol y la influencia del grupo de amigos; en el nivel personal la desinformación y prejuicios, la dificultad para resistir presiones grupales y la baja autoestima. Así mismo, se presentan diferencias entre jóvenes y adultos, en cuanto al consumo de alcohol. En los jóvenes las relaciones familiares, con compañeros de estudios y maestros pueden verse perjudicadas significativamente; hay un bajo rendimiento escolar, agresiones, conductas violentas, daño del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir bajo los efectos del alcohol, así como actividades sexuales sin protección, que conllevan embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Por tanto, los estudiantes que beben grandes cantidades de alcohol, comparados con los que no beben, exhiben más conductas de riesgo para sí mismos y para los demás (Ortiz & Robalino, 2019).

**4.3.5.1. Biológicos.** Los factores de riesgo de tipo individual tratan de las características internas del individuo, entre ellas su forma estado de ánimo, emociones, su forma de sentirse y formas de comportamiento. Algunos estudios relacionan los rasgos de personalidad con la falta de control de impulsos, como la desinhibición, extroversión y agresividad, aumentando el consumo de alcohol. (Ortiz & Robalino, 2019, p.14)

**4.3.5.2. Sociales y ambientales.** De acuerdo Ortiz & Robalino (2019) los predictores fiables de conducta de consumo se establecen por los valores, creencias hacia las drogas, la autoestima, los cuales vienen determinados, primero en el seno familiar en un contexto portador y trasmisor de las mismas, además de la presión de los iguales.

Se determina que el consumo de alcohol podría ser una estrategia de afrontamiento adecuado, lo que puede aumentar el consumo; si la misma situación se repite y se produce por más tiempo, el consumo de alcohol se puede tornar abusivo. Otros factores que pueden explicar el consumo de alcohol y otras drogas, está la necesidad de experiencias nuevas, la adaptación al mundo social, el manejo adecuado del tiempo de ocio, formas de combatir el aburrimiento. Está claro que el periodo de adaptación a la vida universitaria puede generar mucho estrés, relacionadas con nuevas exigencias académicas, lo que puede hacer a los universitarios más propensos al consumo de alcohol. La aceptación de los pares es importante, siendo el consumo de alcohol un favorecedor social, que reduce la tensión y ayuda a superar el estrés académico. (Ortiz & Robalino, 2019, p.14)

**4.3.6. Factores protectores.** Los factores de protección son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática, también son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo; por lo tanto, se entiende que un factor de protección es un atributo o

característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o el cambio en el nivel de implicación con las mismas (Ortiz & Robalino, 2019).

Entre los factores protectores se encuentran las actividades extracurriculares y complementarias realizadas en las instituciones educativas, notándose menor participación de los alumnos en el consumo de alcohol. En algunos estudios se ha establecido correlación negativa entre el consumo de alcohol y el tiempo dedicado a actividades deportivas; otras actividades a tomar en cuenta es la participación social, como el voluntariado, asociacionismo, etc. El apoyo social, el monitoreo parental, una comunicación asertiva, el tiempo de interacción entre padres-hijos, así como la religiosidad, pueden considerarse como factores protectores. Además, el papel que tiene la familia para prevenir el consumo de alcohol es importante ya que las buenas relaciones familiares, la funcionalidad, los límites semipermeables actúan como factores protectores desde edades tempranas para evitar patrones de consumo riesgoso de alcohol. (Ortiz & Robalino, 2019, p.15)

#### **4.3.7. Tipos de consumo.**

**4.3.7.1. Consumo de riesgo.** Es el nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste. No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo; sin embargo, cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos; definiéndose como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (Amagua, 2019).

**4.3.7.2 Consumo perjudicial.** Hace referencia a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física y en su salud mental. La OMS (2014), se explica como el consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (Amagua, 2019).

**4.3.7.3 Dependencia del alcohol o alcoholismo.** Se trata de un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar su consumo (Amagua, 2019).

**4.3.8. Criterios diagnósticos.** El consumo de alcohol, que suele iniciar con una frecuencia de forma esporádica, podría llegar a niveles en los que la salud física y mental adquiera connotaciones de gravedad y perjuicio. Por ende, según la CIE-10 existen criterios diagnósticos para el síndrome de dependencia, definiéndolo como un conjunto de fenómenos

comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física (Amagua, 2019).

La dependencia es un fenómeno expresado en comportamientos fisiológicos y cognitivos por el consumo permanente de bebidas alcohólicas a pesar de los efectos y consecuencias negativas. Se presentan simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante periodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un periodo de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
3. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en 8 realidad conocimiento o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño (Amagua, 2019).

**4.3.9. Curso clínico.** Según León (2019) los síntomas más comunes que se pueden observar en una persona que tienen dependencia al consumo de alcohol, son los siguientes:

- Un fuerte deseo/necesidad de beber alcohol.
- Incapacidad para controlar el inicio y el fin de la bebida.
- Incapacidad para controlar la cantidad de la bebida.
- Pérdida de interés: cosas que antes generaban interés pasan a segundo plano.
- Consumo de alcohol preferentemente a primera hora de la mañana, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

El síndrome de abstinencia, es la característica principal de la patología, aparecen tras seis horas de abstinencia y puede manifestarse inicialmente con síntomas menores como temblor, ansiedad, sudoración, palpitaciones, en ocasiones convulsiones por abstinencia, alucinaciones visuales y puede progresar hasta la forma más grave, y desencadenar en un delirium tremens, caracterizado por desorientación, alucinaciones, taquicardia, hipertensión, fiebre, agitación y sudoración (León, 2019).

**4.3.10. Prevención.** Es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir tanto el consumo excesivo de sustancias legales e ilegales, la realización de determinadas actividades sociales que comprometan el estilo de vida saludable del ser humano, así como a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas adicciones químicas o sociales. Para la prevención del consumo de alcohol, se han definido:

**4.3.10.1 Prevención primaria.** Las acciones que se ejecuten deben estar destinadas a toda la población, al sistema educacional y de salud pública, entre las modalidades a implementar son:

- Capacitaciones
- Medios de comunicación masiva (radio, televisión, cine, video, literatura, etc)
- Conferencias y charlas
- Políticas, estrategias y actividades que promuevan estilos de vida saludables, como la práctica deportiva, actividades recreacionales y culturales, concursos, maratones

**4.3.10.2 Prevención secundaria.** Interviene solo sobre grupos de riesgo ya que es posterior a la aparición del problema, además de que no aparezcan las complicaciones posteriores. La importancia radica en el cambio de estilo de vida por lo que las modalidades que se pueden implementar son:

- Acciones humanas fundamentadas en: la consejería, persuasión, sugestión, inspiración.
- Intervención en crisis.
- Rehabilitación espontánea, motivada por presión familiar, laboral, amorosa o religiosa.
- Rehabilitación con atención psiquiátrica, como tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, técnicas y recursos alternativos.
- Desintoxicación con seguimiento externo, tales como consultas psiquiátricas, grupos de ayuda mutua.
- Desintoxicación ambulatoria o con internamiento, pudiendo ser breve: de 7 a 10 días, o tardía: de 14 a 28 días

**4.3.10.3. Prevención terciaria.** Ayuda a eliminar las secuelas físicas, psíquicas y sociales causadas por el abuso del consumo de alcohol mediante métodos de rehabilitación y reinserción de los ex consumidores a la sociedad. Cuando no se pueda obtener una abstinencia total del consumo de alcohol, el objetivo se centra en disminuir las cantidades consumidas y lograr períodos de abstinencia más largos, además de mejorar las condiciones de la familia y del entorno laboral. Entre las actividades a tomar en cuenta tenemos:

- Reinserción social
- Actividades destinadas a prevenir las recaídas

- Disminuir las secuelas de la adicción

**4.3.11. Medidas específicas de control y prevención en universitarios.** Las intervenciones de prevención indicada de consumo de alcohol que más se han estudiado alrededor del mundo son las Intervenciones Breves (IB), cuya efectividad ha sido ampliamente comprobada a nivel de atención primaria en salud (Ortiz & Robalino, 2019).

Corresponde a una conversación estructurada de no más de 10 minutos acerca de una conducta específica, con el objetivo de informar sobre riesgos y apoyar en el proceso de cambio conductual (Troncoso, Barticevic & Mora, 2018).

Se debe aclarar que la IB implementada como estrategia de prevención indicada no tiene como objetivo la disminución de la aparición de nuevos casos de consumo problemático, sino la reducción de los indicadores de consumo problemático ya existentes. Además, su alcance no se extiende al tratamiento de personas con dependencia o con psicopatologías complejas asociadas, aunque en los procesos de identificación temprana suelen detectarse a estos sujetos y la IB es una excelente herramienta para la derivación de éstos a un tratamiento terapéutico especializado y aumentar la adherencia al mismo (Ortiz & Robalino, 2019).

Según Ortiz & Robalino (2019) la IB al ser una intervención de duración corta, tiene como objetivo promover un cambio en una conducta de riesgo previamente y describe seis elementos comunes que han mostrado ser efectivas, las cuales se pueden resumir en el acrónimo FRAMES, que se traduce en:

F: dar retroalimentación sobre el estado de salud y el consumo de alcohol

R: hacer énfasis en la responsabilidad de la persona en el cambio

A: dar consejo claro

M: ofrecer un menú de posibles estrategias

E: expresar empatía

S: autoeficacia

**4.3.12. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).** El test fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve; tiene por objetivo identificar el nivel de riesgo en el que se encuentra el sujeto de acuerdo al consumo de alcohol (Mayorga, 2021).

La herramienta evalúa tres dominios, consta de 10 preguntas de selección múltiple con 4 ítems cada una de ellas. El primer dominio es consumo de riesgo de alcohol que valora la frecuencia de consumo, la cantidad típica, la periodicidad de consumo elevado; el segundo dominio son síntomas de dependencia como pérdida del control sobre el consumo, incremento

de la preeminencia del consumo, consumo matinal; mientras que el tercer dominio es el consumo nocivo de alcohol con sentimiento de culpa a partir del consumo, lagunas de mentales, lesiones relacionadas con el alcohol y ajenos, alarmados por el consumo. (Mayorga, 2021, p.32)

En cuanto a la puntuación, cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol. Los autores Valenzuela y Echeverría en 2017, realizaron modificaciones para la homologar el AUDIT a la población ecuatoriana, evaluaron las propiedades psicométricas que arroja una consistencia interna con un alfa de cronbach de 0.89, se considera válido y consistente en la población. Además, de la aplicación test- retest a través del coeficiente de correlación de Person con 0.94, se considera con alta confiabilidad y validez. (Mayorga, 2021, p.32)

## **5. Metodología**

Este trabajo de titulación se realizó durante el periodo abril 2021 a marzo 2022, en estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, facultad ubicada en la Ciudad Universitaria “Guillermo Falconí Espinosa”. Av. Pío Jaramillo Alvarado y Reinaldo Espinosa, La Argelia, Loja, con el fin de determinar el grado de depresión y su relación con la ideación suicida y el consumo de alcohol.

### **5.1 Enfoque**

Cuantitativo

### **5.2 Tipo de diseño**

El estudio realizado correspondió a una investigación de tipo descriptivo.

### **5.3 Área de estudio**

Se realizó en la Facultad de la Energía, Las Industrias y los Recursos Naturales no Renovables de la Universidad Nacional de Loja, ubicado en la Ciudad Universitaria “Guillermo Falconí Espinosa”. Av. Pío Jaramillo Alvarado y Reinaldo Espinosa, La Argelia, Loja.

### **5.4 Periodo**

La investigación se llevó a cabo con los estudiantes de 1<sup>ero</sup> a 6<sup>to</sup> ciclo de la carrera de Computación, en el periodo académico abril -septiembre del 2021.

### **5.5 Universo**

Se conformó por 191 estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja.

### **5.6 Muestra**

La muestra estuvo conformada por 125 estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **5.7 Criterios de inclusión**

- Personas que desearon participar y firmaron el consentimiento informado.
- Personas de todas las edades.
- Personas de ambos sexos.
- Personas que se encontraron legalmente matriculados y asistiendo regularmente a clases, en el periodo establecido de la carrera de Computación.

### **5.8 . Criterios de exclusión**

- Personas con diagnóstico y tratamiento de depresión y alcoholismo que se encontraron en tratamiento.
- Personas que no completaron de manera correcta la encuesta.

## **5.9. Métodos e Instrumentos de recolección**

### **5.9.1. Métodos.**

A los estudiantes que cursaron el 1<sup>er</sup> al 6<sup>to</sup> ciclo la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, se les aplicó el Consentimiento Informado, la Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS), la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

### **5.9.2. Instrumentos.**

**5.9.2.1. Consentimiento informado. Anexo 5.** Este consentimiento informado fue dirigido a los estudiantes de 1<sup>ro</sup> a 6<sup>to</sup> ciclo de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, invitándolos a ser parte del estudio “Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja”; destacando que la participación es voluntaria y que los datos obtenidos serán tratados con completa confidencialidad por parte del investigador. Este documento contó con la siguiente información del estudio: investigador, director del proyecto de titulación, introducción, propósito, tipo de intervención de la investigación, selección de participantes, participación voluntaria, beneficio, riesgos, confidencialidad, compartiendo resultados, derecho a negarse o retirarse, a quien contactar, nombre de participante, numero de contacto, firma de participante y la fecha correspondiente.

**5.9.2.2. Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS). Anexo 6.** Esta escala desarrollada por Zung en 1965, se aplicó a cada uno de los participantes con la finalidad de cuantificar la frecuencia de los síntomas, teniendo gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Consta de 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con 2 ítems referentes al estado de ánimo y otros 2 a síntomas psicomotores. Se cuantifica la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El rango de valores es de 20–80 puntos. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: no depresión <28; depresión leve 28-41; depresión moderada 42-53; depresión grave >53.

**5.9.2.3. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Anexo 7.** Es un instrumento creado por Beck, Kovacs y Weissman en 1979; fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos. La escala está enfocada en evaluar las características de las tentativas de suicidio, la actitud de la vida y la muerte y esto se evidencia a través de sus

pensamientos y conductas. Consta de 19 preguntas cuyo objetivo conocer las características de una persona que ha buscado realizarse daño así mismo, las respuestas expresaran lo que ha pensado, sentido y experimentado últimamente en su vida. El test se encuentra distribuidos en cuatro dimensiones: Actitud de la vida hacia la muerte empieza desde la pregunta 1 hasta 5, siguiendo por la segunda dimensión características de los pensamientos o deseos de muerte que va desde la pregunta 6 hasta la 11, en cambio en la tercera dimensión mide las características del intento planeado va desde la pregunta 12 hasta la 15 y la cuarta dimensión la actualización de la tentativa que va desde la pregunta 16 hasta la 19. Esto determinara la cantidad de participantes encuestados que presentan ideación suicida. La puntuación total se obtiene sumando todas las preguntas dando como resultados entre 0 y 39 puntos. El punto de corte planteado es una puntuación mayor o igual a 10 que indicaría que existe ideación suicida.

**5.9.2.4. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Anexo 8.** El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve; fue perfeccionado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Con el puntaje obtenido en el test se determina en qué categoría de consumo de alcohol se encuentra, entre 8 y 15 puntos es un consumo de riesgo; entre 16 y 19 puntos es un consumo perjudicial; entre 20 puntos o más es dependencia. Así mismo, se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT: puntajes entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo; entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado; mayores o iguales a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

## **5. 10. Procedimiento**

Posterior a la revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la Carrera de Medicina, la designación del director del proyecto de titulación y por consiguiente la solicitud de permiso para la recolección de datos. Una vez aprobados dichos documentos se inició la aplicación de los instrumentos a los estudiantes de 1<sup>ro</sup> a 6<sup>to</sup> ciclo de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, que incluyen el consentimiento informado (Anexo 5), la escala auto aplicada de depresión de Zung (SDS) (Anexo 6), la escala de ideación suicida de Beck (SSI) (Anexo 7) y el test de identificación de

los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) (Anexo 8), cumpliendo los correspondientes criterios de inclusión y exclusión.

Al finalizar la recolección de información, se utilizó el programa Microsoft Excel para ordenar, tabular y categorizar los datos recopilados; la información fue exportada al programa SPSS y analizados estadísticamente aplicando Chi cuadrado para encontrar si existe asociación entre las variables.

Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas de frecuencia y porcentaje, permitiendo desarrollar las respectivas conclusiones y recomendaciones del estudio.

## **5. 11. Recursos**

**5.11.1 Recursos humanos:** Tesista y director del trabajo de investigación.

**5.11.2 Recursos materiales:** Computadora, impresora, red inalámbrica de internet, datos móviles, artículos de papelería y oficina

## 6. Resultados

### 6.1. Resultados según grupo de edad y sexo

*Tabla 1. Estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021, según grupos de edad y sexo.*

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		f	%
	f	%	f	%		
15-19 años	34	27,2	12	9,6	46	36,8
20-24 años	57	45,6	14	11,2	71	56,8
25-29 años	8	6,4	0	0	8	6,4
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>79,2</b>	<b>26</b>	<b>20,8</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

*f: frecuencia; % porcentaje*

*Fuente: Instrumento de recolección de datos*

*Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo*

**Análisis:** 125 estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja firmaron el consentimiento informado y cumplieron con los criterios de inclusión; 79,2% (n=99) corresponden al sexo masculino y 20,8% (n=26) al sexo femenino, destacando en ambos el grupo etario de 20-24 años, representado por el 56,8% (n=71).

## 6.2. Resultados para el primer objetivo

Identificar el grado de depresión y la presencia de ideación suicida según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja.

*Tabla 2. Grados de depresión según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril - septiembre del 2021.*

Grados de depresión	Grupos de edad y sexo												Total	
	Masculino						Femenino							
	15-19 años		20-24 años		25-29 años		15-19 años		20-24 años		25-29 años		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
<b>No depresión</b>	5	4	4	3,2	1	0,8	0	0	1	0,8	0	0	11	8,8
<b>Leve</b>	14	11,2	31	24,8	2	1,6	4	3,2	3	2,4	0	0	54	43,2
<b>Moderada</b>	12	9,6	20	16	3	2,4	4	3,2	8	6,4	0	0	47	37,6
<b>Grave</b>	3	2,4	2	1,6	2	1,6	4	3,2	2	1,6	0	0	13	10,4
<b>Total</b>	34	27,2	57	45,6	8	6,4	12	9,6	14	11,2	0	0	125	100

*f: frecuencia; % porcentaje*

*Fuente: Instrumento de recolección de datos- escala auto aplicada de depresión de Zung (SDS)*

*Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo*

**Análisis:** Con la aplicación de la escala auto aplicada de depresión de Zung, se evidenció que 43,2% (n=54) presentan depresión: leve, destacando en hombres de 20-24 años de edad con 24,8% (n=31) y en mujeres de 15-19 años de edad con 3,2% (n=4); moderada con 37,6% (n=47), en edades de 20-24 años en ambos sexos, el masculino con 16% (n=20) y el femenino con 6,4% (n=8); y grave 10,4% (n=13) en la edad de 15-19 años, con 2,4% (n=3) en varones y 3,2% (n=4) en mujeres; mientras que, no presentaban depresión 8,8% (n=11), correspondiendo a 5% (n=4) en hombres de 15-19 años de edad y 0,8 (n=1) en mujeres de edades de 20-24 años.

**Tabla 3. Presencia de ideación suicida según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril-septiembre del 2021.**

Ideación suicida	Grupos de edad y sexo												Total	
	Masculino						Femenino							
	15-19 años		20-24 años		25-29 años		15-19 años		20-24 años		25-29 años			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
<b>Ausente</b>	30	24	<b>46</b>	<b>36,8</b>	5	4	9	7,2	<b>13</b>	<b>10,4</b>	0	0	<b>103</b>	<b>82,4</b>
<b>Presente</b>	4	3,2	<b>11</b>	<b>8,8</b>	3	2,4	<b>3</b>	<b>2,4</b>	1	0,8	0	0	22	17,6
<b>Total</b>	34	27,2	57	45,6	8	6,4	12	9,6	14	11,2	0	0	125	100

f: frecuencia; % porcentaje

Fuente: Instrumento de recolección de datos- escala de ideación suicida de Beck (SSI)

Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo

**Análisis:** Al utilizar la escala de ideación suicida de Beck, se muestra que 82,4% (n=13) tuvieron ausencia de ideación suicida, predominando en los hombres y mujeres de 20-24 años de edad con 36,8% (n=46) y 10,4% (n=13) respectivamente; a diferencia del 17,6% (n=22) de estudiantes en quienes se evidenció ideación suicida, hombres del grupo etario de 20-24 años con 8,8% (n=11) y mujeres de 15-19 años de edad con 2,4% (n=3).

### 6.3. Resultados para el segundo objetivo

Valorar el tipo de consumo de alcohol según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja

*Tabla 4. Consumo de alcohol según el grupo de edad y sexo en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril - septiembre del 2021.*

Consumo de alcohol	Grupos de edad y sexo												Total	
	Masculino						Femenino							
	15-19 años		20-24 años		25-29 años		15-19 años		20-24 años		25-29 años			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Consumo de riesgo</b>	3	2,4	<b>9</b>	<b>7,2</b>	3	2,4	1	0,8	<b>2</b>	<b>1,6</b>	0	0	18	14,4
<b>Consumo perjudicial</b>	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>0,8</b>	0	0	0	0	1	0,8
<b>Dependencia</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	3	2,4	9	7,2	3	2,4	2	1,6	2	1,6	0	0	19	15,2

*f: frecuencia; % porcentaje*

*Fuente: Instrumento de recolección de datos- test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)*

*Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo*

**Análisis:** Los resultados con la aplicación del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, demostraron que predomina el consumo de riesgo en los alumnos de 20-24 años de edad de ambos sexos, con 7,2% (n=9) en varones y 1,6% (n=2) en mujeres, a su vez el consumo perjudicial se muestra en el 0,8% (n=1), correspondiendo únicamente al sexo femenino de 15-19 años edad con 0,8% (n=1).

## 6.4 Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre el grado de depresión, la ideación suicida y el consumo de alcohol en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja.

**Tabla 5. Relación entre el grado de depresión y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021**

Grados de depresión	Ideación suicida				Total	
	Ausente		Presente		f	%
	f	%	f	%		
<b>No depresión</b>	<b>11</b>	<b>8,80</b>	0	0	11	8,80
<b>Leve</b>	<b>50</b>	<b>40,00</b>	4	3,20	54	43,20
<b>Moderada</b>	<b>35</b>	<b>28,00</b>	12	9,60	47	37,60
<b>Grave</b>	<b>7</b>	<b>5,60</b>	6	4,80	13	10,40
<b>Total</b>	103	82,40	22	17,60	125	100,00

f: frecuencia; % porcentaje

Fuente: Hoja de recolección de datos- escala auto aplicada de depresión de Zung (SDS) y escala de ideación suicida de Beck

Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo

**Tabla 6. Chi2. Relación entre grados de depresión y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021**

Grados de depresión	Ideación suicida	
	<b>Chi- cuadrado</b>	15,565
<b>Grados de Libertad</b>	3	
<b>Significación (p)</b>	0,0014	

El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0,5.

Fuente: Hoja de recolección de datos- escala auto aplicada de depresión de Zung (SDS) y escala de ideación suicida de Beck

Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo

**Análisis:** Comparando la información conseguida de las escalas auto aplicada de depresión de Zung e ideación suicida de Beck, del 82,40% (n=103) de participantes que no presentaban ideación suicida, tenían depresión: leve 40% (n=50), moderada 28% (n=35) y grave 5,6% (n=7), a diferencia del 8,8% (n=11) que no presentaban estados depresivos; comparado con 17,60% (n=22) que cursaban con ideación suicida, predominando depresión moderada 9,6% (n=12), grave 4,8% (n=6) y leve 3,2% (n=4). La relación entre depresión e ideación suicida, luego de

aplicar la prueba Chi cuadrado, con una confianza del 95%, mostró un resultado del valor de  $p= 0,0014$ , es decir, son dependientes, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 7. Relación entre el grado de depresión y el consumo de alcohol en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021.**

Grados de depresión	Consumo de alcohol					
	Consumo de riesgo		Consumo perjudicial		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>No depresión</b>	1	0,8	0	0	1	0,8
<b>Leve</b>	4	3,2	0	0	4	3,2
<b>Moderada</b>	<b>9</b>	<b>7,2</b>	0	0	<b>9</b>	<b>7,2</b>
<b>Grave</b>	<b>4</b>	<b>3,2</b>	1	0,8	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	18	14,4	1	0,8	19	15,2

f: frecuencia; % porcentaje

Fuente: Hoja de recolección de datos- escala auto aplicada de depresión de Zung y el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol

Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo

**Tabla 8. Chi<sup>2</sup>. Relación entre grados de depresión y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021**

Grados de depresión	Consumo de alcohol	
	<b>Chi- cuadrado</b>	2.956
<b>Grados de Libertad</b>	3	
<b>Significación (p)</b>	0,3985	

El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0,5.

Fuente: Hoja de recolección de datos- escala Auto aplicada de depresión de Zung y el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol

Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo

**Análisis:** Al relacionar los datos obtenidos de la escala auto aplicada de depresión de Zung y el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, se mostró una ingesta de riesgo de 14,4% (n=18), correspondiendo 7,2% (n=9) a depresión moderada y 3.2% (n=4) a depresión leve y grave; en comparación con el consumo perjudicial de 0,8% (n=1) quienes presentaron depresión grave.

Al realizar la prueba Chi cuadrado, con una confianza del 95%, se obtiene un valor de p= 0,3985, mostrando que son variables independientes, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula,

concluyendo que no existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y consumo de alcohol.

**Tabla 9. Relación entre el consumo de alcohol y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021**

Consumo de alcohol	Ideación suicida				Total	
	Ausente		Presente		f	%
	f	%	f	%		
<b>Consumo de riesgo</b>	<b>10</b>	<b>8,00</b>	<b>8</b>	<b>6,40</b>	18	<b>14,40</b>
<b>Consumo perjudicial</b>	1	0,80	0	0,00	1	0,80
<b>Total</b>	11	8,80	8	6,40	19	15,20

f: frecuencia; % porcentaje

Fuente: Hoja de recolección de datos- escala de ideación suicida de Beck y test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol

Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo

**Tabla 10. Chi2. Relación entre el consumo de alcohol y la presencia de ideación suicida en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021**

Consumo de alcohol	Ideación suicida	
	Chi- cuadrado	
		0,768
	Grados de Libertad	1
	Significación (p)	0,3809

El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0,5.

Fuente: Hoja de recolección de datos- escala de Ideación Suicida de Beck test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol

Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo

**Análisis:** Tras la evaluación de la escala de ideación suicida de Beck y el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, se evidenció que 14,4% (n=18) manifestaron consumo de riesgo de alcohol, de los cuales, 6,4% (n=8) presentaron ideación suicida a diferencia de 8% (n=10) que tuvieron ausencia de la misma. Aplicando la prueba Chi cuadrado, con una confianza del 95%, se presenta un valor de  $p= 0,3809$ , evidenciando que son independientes, por lo cual, se acepta la hipótesis nula y se confirma que no existe asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol e ideación suicida.

## 7. Discusión

La depresión es un problema importante en salud pública que afecta a un gran porcentaje de la población, incrementa la morbilidad, los gastos relacionados con la atención médica y genera gran impacto en el funcionamiento y bienestar de los pacientes. Se define como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (J. Hernández & Barrera, 2021). Hay distintos factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de desarrollar síntomas de enfermedades mentales como producto de la exposición prolongada a estímulos estresores. Por ende, deben tenerse en cuenta que en estudiantes universitarios se han encontrado niveles de ansiedad y depresión más elevados que a nivel nacional, por lo que, el ámbito educativo ha mostrado ser una variable de importancia (Prieto et al., 2020). Particularmente, el presente proyecto se ha enfocado a determinar el grado de depresión y su relación con la ideación suicida y el consumo de alcohol, en los estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja en el periodo abril 2021-marzo 2022.

Existen varios estudios orientados a identificar la depresión en universitarios, sin embargo, son pocos los desarrollados en estudiantes de ingeniería. En nuestra investigación con el fin de determinar el grado de depresión, se observó que, de 125 universitarios, 91,2% presentaron un determinado grado de depresión, 40,2% corresponde a leve, 37,6% a moderada, y 10,4% a grave; mientras que 8,8% no lo presentaba. Prevalencias inferiores fueron encontradas en un análisis realizado en 262 estudiantes de licenciatura en Ingeniería del Tecnológico Nacional de México (TecNM) Campus Tuxtla Gutiérrez y Campus Mérida, México, aplicado en el periodo académico enero-junio 2020, cuyo objetivo fue correlacionar el grado de depresión, ansiedad y/o estrés entre los estudiantes de 2 licenciaturas diferentes con su nivel de desempeño académico; mostraron que, del total de participantes, 86,3% no presentan depresión, 12,1% muestran depresión leve y se percibe depresión moderada y grave, ambas con 0,8%. (P. Ortiz et al., 2020). Datos que destacan similitud en ambos trabajos es que la percepción de depresión leve se da en un porcentaje mínimo, la cual, se observa en ciclos que se encuentra en los extremos, es decir, en los primeros y últimos ciclos; diferente de, el aumento de este grado de depresión que se muestra en niveles intermedios: cuarto y quinto ciclo, como es en el caso de la presente investigación.

Otro estudio realizado con la finalidad de identificar la prevalencia de depresión y sus factores asociados en 272 estudiantes foráneos de la carrera de medicina, de la Universidad de

Cuenca, Universidad del Azuay y Universidad Católica, de la ciudad de Cuenca, en el semestre marzo-julio 2019; los resultados obtenidos revelaron 48,2% de depresión en mujeres y 18,8% en hombres, misma característica, que es considerado un factor de riesgo; datos que difieren con nuestra investigación en la cual muestra que 71,2% corresponde al sexo masculino y 20% al femenino. Así como también en el estudio comparativo prevalecía la depresión en el 57% de estudiantes menores de 23 años; de manera similar se evidencia en el presente trabajo que el 85,6% pertenecía a los universitarios menores de 24 años.

La ideación suicida son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. De acuerdo con esto, el suicidio es considerado un fenómeno universal, atemporal y con diversas concepciones culturales y sociopolíticas y se define como el acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto (Cañón & Carmona, 2018). La ideación suicida envuelve desde pensamientos momentáneos de que la vida no es buena para vivir, pasando por varias ideas sobre morir, generalmente de manera pasiva, llegando a veces a un plan cuidadoso sobre cómo acabar la propia vida (Pimentel & Ferreira, 2021). En este proyecto encaminado a identificar la presencia de ideación suicida, fue evidenciada entre los universitarios, en el cual, 17,6% idealizaron el suicidio, mientras que 82,4% de encuestados no lo hicieron. Prevalencias aproximadas fueron encontradas en un trabajo efectuado en 637 estudiantes de la Universidad Federal de Mato Grosso, UFMT, en Brasil, cuya finalidad fue analizar los factores asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios, estuvo demostrada su presencia con 9,9% de los encuestados. Comparando frecuencias en sexo y grupo de edad se observa que, en nuestra investigación predomina el sexo masculino con 18,2% frente al 15,4% en el femenino; lo que difiere en el estudio de comparación que se observa la ideación suicida en 11,5% de las mujeres frente al 8,0% de los hombres (Barros et al., 2017). En ambas investigaciones, prevalece en los grupos de edad menores de 24 años con 15,2% y 10,8% respectivamente.

De acuerdo con la OMS, el consumo de alcohol ocupa el segundo lugar entre los factores de riesgo para la calidad de vida. Alrededor de 320,000 jóvenes, entre 15 y 29 años mueren cada año a causa del consumo de alcohol y en América Latina, los estudiantes universitarios presentan altas prevalencias de consumo, lo cual representa el 60% de la población en general. Por lo que, este comportamiento es calificado como endémico, demanda un problema en la salud pública y es el principal problema en los centros universitarios en diferentes países (Quezada & Vélez, 2021). Al valorar el tipo de consumo de alcohol, los resultados demostraron que el 15,2% de estudiantes presentan cierto nivel de consumo, observado en mayor media el consumo de riesgo con 14,4%, además se evidencia que el sexo masculino predomina en su

ingesta con 15,1% frente al 11,5% del femenino. Además, este consumo de riesgo predomina en los alumnos de 20-24 años de edad en ambos sexos, con 8,8%; sin evidenciar datos significativos a nivel del consumo perjudicial y la dependencia al alcohol. En concordancia con estas cifras, en un estudio ejecutado en 512 estudiantes universitarios de las Facultades de Ciencias de la Salud (n=184), Ciencias Políticas y Administrativas (n=137) e Ingeniería (n=191) de la Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador, en el año 2018, mostró que 26.7% declaró ingerir bebidas alcohólicas, un consumo de riesgo (20,5%), consumo perjudicial (2,9 %) y dependencia (3,3 %); en cuanto al sexo, se observó predominio de ingesta en varones con 35,3%, frente al 18,9% de mujeres, situación que refleja la necesidad de establecer medidas al respecto, sobre todo entre los estudiantes de sexo masculino. Así mismo llama la atención que la facultad de Ingeniería, fue la de peores resultados en cuanto los indicadores, reflejando un 32.5% del cual más de un 5% de consumo perjudicial y dependencia. Con un total de 191 estudiantes de ingeniería, se mostró que 21,5% presentan un consumo de riesgo, 5,2% consumo perjudicial y 5,8% dependencia. (Ponce, 2018). Determinando en ambos proyectos la población estudiada que resultó prevalente en el consumo de alcohol fueron los varones.

Comparando las variables estudiadas, en 17,60% universitarios que cursaban con ideación suicida, predominó depresión moderada con 9,6%; mientras que, 82,40% de participantes que no presentaban, tenían depresión leve 40%, observando con la aplicación de Chi cuadrado que existe asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,0014$ ), lo cual presenta una relación semejante, con una indagación hecha en la Universidad Nacional de Ucayali, Perú, con una muestra de 431 estudiantes, se determinó que 42,3% presentó un cuadro depresivo y el 15 % tenía ideación suicida media-alta, existiendo asociación (valor  $p<0,01$ ) entre la ideación suicida y la depresión que tuvieron los estudiantes encuestados según las escalas (Astocondor et al., 2019).

En cuanto al consumo de alcohol, se mostró una ingesta de riesgo de 14,4%; de los cuales, 7,2% corresponden a estudiantes que cursa con depresión moderada; sin encontrar asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,3985$ ), parecido a un trabajo realizado en los universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el periodo académico junio- diciembre del 2018, en el cual, al relacionar el consumo de riesgo de alcohol con síntomas de depresión se encontró que no existe asociación ( $p=0,41$ ) entre estas variables (Ortiz & Robalino, 2019).

En un estudio ejecutado entre junio y septiembre del 2019, con 380 adultos de 11 unidades básicas de salud en Brasil, se observó que entre las personas que consumen alcohol, la prevalencia observada de ideación suicida fue de 18,6% y en el análisis no hubo asociación entre las variables ( $p= 0,435$ ); datos que de la misma manera se evidenció en la presente

investigación, del 14,4% que manifestaron consumo de riesgo de alcohol, 6,4% correspondían a estudiantes que presentaron ideación suicida, sin existir asociación estadísticamente significativa ( $p=0,3809$ ) entre consumo de alcohol e ideación suicida.

Es importante destacar que la elevada prevalencia de las variables estudiadas existente en el sexo masculino, se relaciona con el mayor número de participantes que conforman la muestra; por consiguiente, el hecho de que en la actual investigación la depresión se presente considerablemente en varones, se opone a la evidencia de varios estudios internacionales que han descrito importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, pues son las mujeres las que reportan y resultan diagnosticadas con más frecuencia de algún problema de este tipo. No obstante, esta realidad, es más compleja cuando se analiza según los diferentes trastornos mentales, mientras en las mujeres se observa el doble de prevalencia de depresión y ansiedad, y también son más frecuentes en ellas otros malestares psicosociales con síntomas inespecíficos, en los hombres se observan con más frecuencia problemas mentales asociados a consumos excesivos de alcohol y sustancias (Bacigalupe et al., 2020).

Otro de los problemas demostrados y que requiere especial atención, es la conducta suicida, debido que, constituye un problema de salud pública muy importante, pero en gran medida prevenible. Observando que, las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado a nivel global un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años, grupo etario que corresponde la edad predominante de nuestro estudio, además de que, generalmente se suicidan más hombres que mujeres.

Adicionalmente, según la OPS/OMS (2019), la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es inferior en los adolescentes de 15 a 19 años, pero alcanza su punto máximo a la edad de 20 a 24 años, momento en el que es mayor que en la población total. Así mismo, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres; puesto que, existen menos mujeres que sean consumidoras actuales; y cuando lo son, beben menos que los varones, características que concuerdan con los resultados presentados.

Finalmente es indispensable asociar la prevalencia de depresión a los posibles estresores académicos como es la elevada carga académica, la relación entre estudiantes y docentes, y entre compañeros, usualmente reportadas como una situación generadora de estrés y las expectativas sobre el futuro; lo que conlleva a ser necesario la implementación de intervenciones para ayudar a los estudiantes; sin embargo, reconociendo que existen múltiples factores asociados a la presencia de depresión y al existir una relación clara con los pensamientos suicidas; es importante que este estudio se convierta en la base para adelantar

procesos investigativos que permitan determinar las causas y factores que estén involucrados en el comportamiento de esta problemática, basándose en que la prevención del suicidio comienza con la vigilancia, seguida de la identificación de los factores de riesgo y de protección, y una vez identificados se proceda a desarrollar una intervención y su posterior evaluación; por tanto, la implementación de la intervención es clave para tratar el problema.

## **8. Conclusiones**

Una vez presentados los resultados obtenidos de la presente investigación y cumplir con los objetivos propuestos, se concluye que:

Los estudiantes de la carrera de Computación, de la Universidad Nacional de Loja, que cursaron 1<sup>ero</sup> a 6<sup>to</sup> ciclo en el periodo académico abril -septiembre del 2021, presentaron prevalencia de depresión leve; así mismo, existe un mínimo número de estudiantes que presentan ideación suicida, ambas características prevalecen en el sexo masculino en el grupo de edad de 20-24 años. La presencia de este trastorno podría estar asociada a la dificultad de las temáticas dictadas, docentes estrictos y el estrés causado por la acumulación de proyectos finales, factores a los que pudieran estar sometidos cotidianamente los universitarios. Así mismo, las exigencias de cumplimiento por parte del alumnado que le demanda la profesión pueden ser un factor que genere autopercepción de ineficacia y baja autoestima, lo cual podría llevar a los estudiantes a desarrollar afecciones mentales.

Valorando el consumo de alcohol se demostró que existe nivel de riesgo en alumnos de 20 a 24 años de edad prevaleciendo en los hombres, tomando en cuenta que este grupo es predominante en el estudio; datos que concuerdan con estudios globales realizados. Este patrón aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste.

Al establecer la relación entre las variables estudiadas, depresión, ideación suicida y consumo de alcohol, se determinó que solo existe asociación estadísticamente significativa entre depresión e ideación suicida, confirmando lo que estudios han demostrado que la depresión juntamente con los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, son marcadores de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la consumación del acto. Por otra parte, el consumo de alcohol actualmente forma parte de la vida cotidiana y sin importar la edad, la educación o la clase social que se tengan, se cree que beber alcohol ayuda a aliviar la tristeza, impulsar valor, atenuar el temor o provocar alegría.

## **9. Recomendaciones**

A la Universidad Nacional de Loja, mediante el departamento de Bienestar Universitario, implementar sistemas de detección temprana de casos críticos y programas de asesoramiento para los estudiantes, con ayuda de consejeros o apoyo de pares con la finalidad de reducir los síntomas ansiosos-depresivos; además de mejorar los vínculos y la comunicación entre la comunidad universitaria y unidades asistenciales de salud para facilitar la derivación en casos de mayor complejidad.

A los docentes, educar y sensibilizar con información pertinente para la identificación de signos iniciales de problemas de salud mental y detección de conductas de riesgo, con el fin de que exista mayor comprensión de estos temas y mejor la vinculación con los estudiantes.

A los padres de familia, informarse sobre señales de alerta en el hogar y factores de riesgo, con la finalidad de percibir cambios conductuales, dándole la importancia que merecen, sin atribuir a cosas típicas de la edad.

A los estudiantes, practicar empatía hacia las personas que puedan estar expresando sentimientos diferentes a los suyos, mantenerse conectados con otras personas, practicar la atención plena (mindfulness), limitarse a la exposición excesiva a medios de comunicación, atender sus necesidades básicas a través del ejercicio, higiene del sueño y alimentación regular.

## 10. Bibliografía

- Alvarado, M. (2020). *Ideación suicida y Regulación Emocional en Adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de Trujillo*. Universidad Privada del Norte.
- Amagua, E. (2019). *Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes del Colegio Municipal Fernández Madrid* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/17513/1/T-UCE-0007-CPS-074.pdf>
- Astocondor, J., Ruiz, L., & Mejia, C. (2019). Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana Influence of depression on suicidal ideation in students from the Peruvian jungle ARTÍCULO ORIGINAL. *Horizonte Médico (Lima)*, 19, 54–55. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.9>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M., & Martín, U. (2020). El género como determinante Delaware la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911120301813?token=1C2D1E1D9B4622A31EC4189AB964E97CF6B13D217EDE6168F83CC349D55071364CD5391DF1F7F802CBA35DC17904DD60&originRegion=us-east-1&originCreation=20220106114114>
- Barros, H., Reschetti, S., Martínez, M., Nunes, M., & Cabral, P. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 3–4. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Braganza, M. (2017). *Determinantes Sociales y Económicos del Consumo de Alcohol en Ecuador*. <http://dspace.udla.edu.ec/jspui/bitstream/33000/7774/1/UDLA-EC-TEC-2017-12.pdf>
- Cañón, S., & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 20, 387–388. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
- Flores, M., Romero, C., Espinel, M., Vega, M., Valle, M., & Robles, J. (2019). *Síntomas depresivos en personas adultas mayores con ideación suicida*. *Anales En Gerontología*. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/39950/40814>
- Gerstner, R., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49163/v42e1002018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Hermosillo, A., & Rivera, M. (2019). Vista de Depresión, recursos psicológicos y vulnerabilidad cognitiva a la depresión en jóvenes estudiantes universitarios. *Investigación y Práctica En Psicología Del Desarrollo*, 5, 3–4. <https://revistas.uaa.mx/index.php/ippd/article/view/2470/2238>
- Hernández, J., & Barrera, M. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), 85–91. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
- Hernández, M., Marañón, Q., & Mato, X. (2016). *Genética de la Depresión*. [http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica\\_gen201516/portfolio/Genética de la depresión2016\\_6\\_20P8\\_43\\_9.pdf](http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen201516/portfolio/Genética%20de%20la%20depresión2016_6_20P8_43_9.pdf)
- Larrea, V. (2019). *Estrés académico y consumo de alcohol en estudiantes* [Universidad Técnica de Ambato]. [https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/30307/2/TESIS COMPLETA VALERIAL %281%29.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/30307/2/TESIS%20COMPLETA%20VALERIAL%20%281%29.pdf)
- León, J. (2019). *Alcoholismo y Depresión en Estudiantes Universitarios, Ambato, 20219* [Universidad Nacional de Chimborazo]. [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7125/1/TESIS JORGE LUIS LEÓN ANDRADE-PSC.pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7125/1/TESIS%20JORGE%20LUIS%20LEÓN%20ANDRADE-PSC.pdf)
- Loaiza, T. (2018). *Estrategias de Afrontamiento e Ideación Suicida en Adolescentes entre 14 a 16 años del Colegio de Bachillerato Beatriz Cueva de Ayora del Cantón Loja* [Universidad Nacional de Loja]. [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21434/1/Tesis CD.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21434/1/Tesis%20CD.pdf)
- Mayorga, P. (2021). *La salud mental y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescente de la provincia de Tungurahua* [Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3158/1/77320.pdf>
- Meza, S. (2019). *SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN DOCENTES DE SECUNDARIA DE LA UGEL YAULI – 2017* [Universidad Nacional del Centro del Perú]. [http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/5264/Meza Suares.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/5264/Meza%20Suarez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Michán, K., & Vargas, N. (2020). *Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca en el año 2020*. [http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1408/Tesis Kiana-Nathalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1408/Tesis%20Kiana-Nathalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- MSP. (2017a). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. *Guía de Práctica Clínica (GPC)*, 15–16. [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)
- MSP. (2017b). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo

- recurrente en adultos. *Guía de Práctica Clínica*. [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)
- MSP. (2021). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos” – Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- OMS. (2018a). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres*. <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
- OMS. (2018b, September 21). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS. (2019, September 2). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OMS. (2020a). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*. <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- OMS. (2020b, January 30). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS/OMS. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.
- Ortiz, M., & Lasso, L. (2018). *Actitud ante la Muerte Propia como una Valoración Indirecta frente a la Muerte en General en Estudiantes de un Programa de Salud de Una Universidad de Girardot, periodo 2018* [Universidad de Gundinamarca]. [https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/1286/Actitud Ante la Muerte Propia Como Valoración Indirecta Frente a la Muerte General en Estudiantes de Un Programa de Salud en Una Universidad de Girardot Periodo 2018..pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/1286/Actitud%20Ante%20la%20Muerte%20Propia%20Como%20Valoraci%C3%B3n%20Indirecta%20Frente%20a%20la%20Muerte%20General%20en%20Estudiantes%20de%20Un%20Programa%20de%20Salud%20en%20Una%20Universidad%20de%20Girardot%20Periodo%202018..pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ortiz, P., Basave, R., Sánchez Patricia, & Ortiz, P. (2020). Análisis sobre la presencia de depresión, estrés o ansiedad y su relación con el desempeño académico en estudiantes de licenciatura. *Revista de Educación Superior*, 4(11), 37–38. <https://doi.org/10.35429/JHS.2020.11.4.34.41>
- Ortiz, V., & Robalino, A. (2019a). *Asociación entre el consumo de alcohol con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE 2018*. [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16872/Tesis%2C Ortiz V.%2C Robalino A.%2C Septiembre 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16872/Tesis%2C%20Ortiz%20V.%2C%20Robalino%20A.%2C%20Septiembre%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ortiz, V., & Robalino, A. (2019b). *Asociación entre el Consumo de Alcohol con Síntomas de*

- Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios de Primer Nivel de la PUCE 2018* [Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16872/Tesis%2C Ortiz V.%2C Robalino A.%2C Septiembre 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16872/Tesis%2C%20Ortiz%20V.%20Robalino%20A.%20Septiembre%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pillcorema, J. (2019). *Depresión y sus determinantes sociales en adolescentes del bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Ecuador 2017- 2018.* <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32268/1/Tesis.pdf>
- Pimentel, C., & Ferreira, C. (2021). Niveles de ideación suicida asociados con el consumo de alcohol. *Enfermería Global*, 20(63), 127–161. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.451351>
- Ponce, C. (2018). Consumo de alcohol en estudiantes en tres facultades de la Universidad Nacional de Chimborazo. *Revista de La Facultad de Ciencias de La Salud Eugenio Espejo*, 12(2), 45–46. <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/75/221>
- Prieto, D., Aguirre, G., de Pierola, I., Victoria-de Bona, G., Merea, L., Lazarte, C., Uribe, K., & Zegarra, Á. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), 425. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v26n2/1729-4827-liber-26-02-e425.pdf>
- Quezada, R., & Vélez, G. (2021). *Calidad de vida y consumo de alcohol en estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Cuenca en el periodo septiembre – febrero 2020* [Universidad de Cuenca]. [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35432/1/Trabajo de Titulacion.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35432/1/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf)
- Restrepo, J., Sánchez, O., Calderón, G., Castañeda, T., Osorio, Y., & Diez, P. (2018). DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EL ESTRÉS ACADÉMICO Y LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS COLOMBIANOS. In *Health and Addictions* (Vol. 18, Issue 2). Mayo.
- Sifuentes, F. (2018). *Clima Social Familiar e Ideación Suicida en Adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas, 2017* [Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]. [http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1325/Fany Yaquelin Sifuentes Zabaleta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1325/Fany%20Yaquelin%20Sifuentes%20Zabaleta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vallejo, J. (2015). Trastornos depresivos. In *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8th ed., pp. 654–658). ELSEVIER MASSON.
- Velasco, M. (2018). “*FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.*”

## 11. Anexos

### 11.1. Anexo 1. Aprobación y Pertinencia del Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

#### MEMORÁNDUM Nro.0591 DCM-FSH-UNL

**PARA:** Srta. María de los Ángeles León Castillo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 21 de Julio de 2021

**ASUNTO:** **APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL PROYECTO DE TESIS**

---

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **“Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja”**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 20 de julio, enviado el 21 de 2021 por la Dra. Ana Puertas, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



Escaneado con el código QR por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo.  
TVCP/NOT

---

## 11.2. Anexo 2. Designación de Director del Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

### MEMORÁNDUM Nro.0607 DCM-FSH-UNL

**PARA:** Dra. Ana Puertas  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 27 de Julio de 2021

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

---

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como Directora de tesis del tema: **“Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja”**, autoría de la Srta. María de los Ángeles León Castillo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo, Estudiante.  
TVCP/NOT

---

### 11.3. Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

#### MEMORÁNDUM Nro.0630 DCM-FSH-UNL

**PARA:** Ing. Michael Valarezo Riofrío, Mgs.  
**DECANO DE LA FACULTAD DE LA ENERGÍA, LAS INDUSTRIAS Y  
LOS RECURSOS NATURALES NO RENOVABLES**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 2 de agosto de 2021

**ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización a la **Srta. María de los Ángeles León Castillo**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para realizar encuestas a través del correo electrónico a los estudiante de primero a sexto ciclo de la Carrera de Computación, matriculados en el presente periodo académico y además se le facilite un listado con los nombres y apellidos, correo, celular, paralelo y ciclo de los estudiantes; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "**Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja**"; trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Ana Puertas**, Catedrática de nuestra Carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**Contacto del Estudiante:** Celular: 0967648186, correo: maria.d.leon@unl.edu.ec

C.c.- Archivo, Estudiante.

TVCP/NOT



Firmado digitalmente por  
PABLO FERNANDO  
ORDONEZ ORDONEZ  
Razón: Se apertura los datos  
solicitados adjuntos  
unicamente para fines de  
investigación  
Ubicación: Loja

Sumilla Director CIS/C

---

## 11.4. Anexo 4. Certificación de Traducción

### Certificación del idioma de inglés

**Lic. Luz América Jiménez Gaona**  
**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE**  
**IDIOMA INGLÉS, CON REGISTRO 1008-02-151163 DE SENESCYT.**

#### **CERTIFICA:**

Que el documento aquí presentado es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la Tesis "**Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja** autoría de **María de los Ángeles León Castillo** con número de cédula **1105118101**, estudiante de la carrera Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente documento en lo que estime conveniente.

Loja, 26 de abril de 2023



**Lic. Luz América Jiménez Gaona**  
**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE**  
**IDIOMA INGLÉS**

## 11.5. Anexo 5. Consentimiento Informado



**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Carrera De Medicina Humana**

### **Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS)**

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, a quienes se invita participar en el presente estudio denominado “Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja”.

**Tesista:** María de los Ángeles León Castillo

**Director de trabajo de titulación:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

#### **Introducción**

Yo, **María de los Ángeles León Castillo**, con cédula de identidad, **1105118101**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando un estudio para analizar la relación que existe entre la depresión, la ideación suicida y el consumo de alcohol en estudiantes de Computación, lo cual se determinará con la aplicación de la escala auto aplicada de depresión de Zung (SDS), la escala de ideación suicida de Beck (SSI) y el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).

A continuación, pongo a su disposición la información y le invito a participar de este estudio, cualquier duda estoy a su disposición.

#### **Propósito**

Conociendo que la salud mental es una de las áreas más desatendidas de la salud pública; ya que cerca de 1000 millones de personas viven con un trastorno mental, 3 millones de personas mueren cada año por el consumo excesivo de alcohol y una persona se suicida cada 40 segundos. Por ende, la depresión es el principal trastorno mental de riesgo para el suicidio. Debido a que en estudiantes universitarios se ha observado un incremento de estresores que pueden conllevar a cierto grado depresión, es importante determinar esta alteración como un mediador entre el consumo de alcohol y la ideación suicida; analizando la correlación que existe entre estas variables.

### **Tipo de intervención de la investigación**

Incluye los datos personales de los estudiantes con la aplicación de la Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS), la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

### **Selección de participantes**

Los participantes serán los estudiantes que estén cursando el 1<sup>ro</sup> al 6<sup>to</sup> ciclo de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja

### **Participación voluntaria**

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Puede elegir libremente de participar o no hacerlo; así como de tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio. En caso de que usted acepte a participar en este trabajo, se le pedirá completar los siguientes cuestionarios adjuntados, los cuales le tomará aproximadamente 15 minutos en realizarlos.

### **Información sobre el cuestionario**

La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS) es una escala enfocada a cuantificar la frecuencia de los síntomas de depresión y tienen gran peso tanto los síntomas somáticos como los cognitivos relacionadas con la patología; la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) está enfocada en evaluar las características de las tentativas de suicidio la actitud de la vida y la muerte y esto se evidencia a través de sus pensamientos y conductas; y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

### **Procedimiento y protocolo**

Para la recolección de la información se aplicará 3 cuestionarios a los participantes: la Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS), la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT); los cuales deben ser leídos minuciosamente y respondidos de acuerdo a las instrucciones.

### **Duración**

La duración en la que se desarrollará la aplicación de los cuestionarios es: en caso de la Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS)  $\leq 5$  minutos, en la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) un tiempo  $\leq 5$  minutos y en el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) alrededor de 5 minutos.

### **Beneficios**

Al participar en esta investigación, es beneficiario de conocer si padece cierto grado de depresión y si este se relaciona con la presencia de ideación suicida en caso de que existiese;

además, de conocer el tipo de riesgo de consumo de alcohol, con la finalidad de ser priorizado en la atención médica, el seguimiento y la promoción de la salud tanto física, mental y social, facilitado por Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Loja.

### **Confidencialidad**

Esta investigación se realizará en los estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja que hayan aceptado participar. La información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y será solo de conocimiento del investigador.

### **Compartiendo los resultados**

Toda la información obtenida será manejada con absoluta cautela y confidencialidad; no se divulgará información personal de ninguno de los participantes. Al finalizar el estudio los resultados obtenidos serán socializados con el repositorio institucional de la Universidad Nacional de Loja; además, en caso de que los resultados lo ameriten serán referidos al departamento de Bienestar Estudiantil y a la Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional.

### **A quien contactar**

Cualquier inquietud por favor comunicarse al correo electrónico [maria.d.leon@unl.edu.ec](mailto:maria.d.leon@unl.edu.ec) o al número celular 0967648186.



**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Consentimiento informado**

Yo \_\_\_\_\_ portador de la C.I. \_\_\_\_\_ he sido invitado a participar en la investigación denominada denominada “Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja”; he sido informado del propósito del estudio y la importancia del mismo por la estudiante María de los Ángeles León Castillo, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Para la recolección de la información se le aplicará 3 cuestionarios, los cuales deben ser leídos minuciosamente y respondidos de acuerdo a las instrucciones. Las respuestas colocadas en los test serán utilizadas únicamente para fines de investigación en el área de Salud. De antemano se agradece su voluntaria participación.

<b>Información General</b>	
<b>Nombre</b>	
<b>Número de cédula</b>	
<b>Edad (años cumplidos)</b>	
<b>Sexo</b>	<b>M ( )</b> <b>F ( )</b>
<b>Ciclo que está cursando</b>	

## 11.6. Anexo 6. Escala Auto aplicada de Depresión de Zung



**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Carrera De Medicina Humana**

### **Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (SDS)**

SDS creada por el William Zung en 1965. Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con el trastorno depresivo, las cuales sirven para cuantificar la frecuencia de los síntomas, tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre), obteniendo un rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

#### **Punto de corte:**

**No depresión:** <28 puntos

**Depresión leve:** 28-41 puntos

**Depresión moderada:** 42-53 puntos

**Depresión grave:** >53 puntos

Por favor lea cada enunciado y marque (X) con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido.

<b>Por favor marque (X) la columna adecuada.</b>	<b>Nunca o muy pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>La mayoría del tiempo o siempre</b>
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				

3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

**Gracias por su colaboración**

## 11.7. Anexo 7. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)



**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Carrera De Medicina Humana**

### **Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)**

SSI es un instrumento creado por Beck, Kovacs y Weissman en 1979; fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos. La escala está compuesta por 19 ítems. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2, que indican un grado creciente de severidad y/o intensidad de la intencionalidad suicida, la suma total indica la severidad 40 de las ideas suicida, los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados: Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5); características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11); características del intento planeado (ítems 12 a 15); actualización de la tentativa (ítems 16 a 19). El punto de corte planteado es una puntuación mayor o igual a 10 que indicaría que existe ideación suicida.

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

#### **I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte.**

##### **1. Deseo de vivir**

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco
- 2. Ninguno (No tiene)

##### **2. Deseo de morir**

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

##### **3. Razones para vivir/morir**

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Aproximadamente iguales
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

**4. Deseo de intentar activamente el suicidio**

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

**5. Deseos pasivos de suicidio**

- 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
- 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
- 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

**NOTA: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0” deje de contestar el cuestionario**

**II. Característica de los pensamientos/deseos de suicidio**

**6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)**

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

**7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)**

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

**8. Actitud hacia la ideación/deseo**

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

**9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out**

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

**10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)**

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

**11. Razones para el intento contemplado**

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 - 2

2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

### **III. Características del intento**

#### **12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)**

0. No considerado
1. Considerado, pero detalles no calculados
2. Detalles calculados/bien formulados

#### **13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)**

0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
2. Método y oportunidad accesibles
2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

#### **14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento**

0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
1. Inseguridad sobre su valor
2. Seguro de su valor, capacidad

#### **15. Expectativas/espera del intento actual**

0. No
1. Incierto
2. Sí

### **IV. Actualización del intento**

#### **16. Preparación actual para el intento contemplado**

0. Ninguna
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, consigue el instrumento.)

#### **17. Nota suicida**

0. Ninguna
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
2. Nota terminada

#### **18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)**

0. Ninguno
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

**19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado**

0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir

## 11.8. Anexo 8. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol



**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Carrera De Medicina Humana**

### **Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)**

AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve; determina el consumo de riesgo, perjudicial y una posible dependencia.

Es un cuestionario de 10 preguntas, las primeras 3 preguntas hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol es decir la cantidad y frecuencia, las preguntas 4 a 6 hacen referencia a síntomas de dependencia que corresponde a pérdida de control sobre el consumo, aumento de la relevancia del consumo y consumo matutino. Las preguntas 7 a 10 corresponde al consumo perjudicial de alcohol es decir hay sentimiento de culpa tras el consumo, lagunas de memoria, lesiones relacionadas con el alcohol, otros se preocupan por el consumo. Este cuestionario valora el consumo durante el último año. Las 8 primeras preguntas tienen 5 respuestas posibles y su puntuación es de 0 a 4; en las preguntas 8 y 9 tienen respuestas posibles y su puntuación es de 0-2-4. La calificación global es de 0 a 40 puntos. Con el puntaje obtenido en el test se determina en que categoría de consumo de alcohol se encuentra:

#### **Puntuación**

- **Consumo de riesgo:** entre 8 y 15 puntos
- **Consumo perjudicial:** entre 16 y 19 puntos
- **Dependencia:** mayor o igual a 20 puntos

Lea las preguntas y registre las respuestas cuidadosamente. Se entiende por bebidas alcohólicas a bebidas típicas como cerveza, puntas, guanchaca, trago, guaro, licor, cocteles, preparados, vinos, bebidas fermentadas de producción casera o artesanal. Recuerde que 1 bebida estándar es aproximadamente una lata de cerveza mediana, media botella de cerveza grande, una copa de vino, un corto de licor (combinado suave)

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

<b>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</b>	<b>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en</b>
---	---

<p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p><b>ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</b></p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p><b>2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</b></p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p><b>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b></p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p><b>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b></p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p><b>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</b></p>	<p><b>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</b></p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p><b>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</b></p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p><b>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</b></p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>

(4) A diario o casi a diario	
<b>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</b> (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="text"/> (4) A diario o casi a diario	<b>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</b> (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año <input type="text"/> (4) Sí, el último año.
<b>Registre el puntaje aquí</b>	<input type="text"/>

**Gracias por su colaboración**

### 11.9. Anexo 9. Base de Datos

Información general				Escala Auto aplicada de Depresión de Zung	Escala de Ideación Suicida de Beck	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol
No.	Edad en años cumplidos	Sexo	Ciclo	Grado de depresión	Categoría	Categoría
1	20	Femenino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
2	19	Femenino	3°	Grave	Ausencia	Sin riesgo
3	21	Femenino	6°	No	Ausencia	Sin riesgo
4	24	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
5	24	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
6	19	Femenino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
7	20	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
8	19	Masculino	4°	Grave	Ausencia	Sin riesgo
9	19	Masculino	4°	No	Ausencia	Sin riesgo
10	20	Masculino	3°	Leve	Presencia	Consumo de riesgo
11	19	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
12	22	Masculino	4°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
13	18	Masculino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
14	20	Masculino	3°	Moderada	Presencia	Consumo de riesgo
15	20	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
16	21	Masculino	4°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
17	19	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
18	27	Masculino	3°	Grave	Presencia	Sin riesgo
19	18	Masculino	3°	Moderada	Ausencia	Consumo de riesgo
20	20	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Consumo de riesgo
21	18	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
22	20	Femenino	1°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
23	20	Masculino	4°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
24	18	Femenino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
25	19	Masculino	3°	Grave	Ausencia	Sin riesgo
26	23	Masculino	3°	No	Ausencia	Sin riesgo
27	19	Masculino	1°	No	Ausencia	Sin riesgo
28	18	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
29	20	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
30	20	Masculino	3°	No	Ausencia	Consumo de riesgo
31	23	Femenino	6°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
32	20	Femenino	3°	Grave	Ausencia	Sin riesgo
33	18	Femenino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
34	20	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
35	19	Femenino	3°	Grave	Presencia	Sin riesgo
36	25	Masculino	3°	Moderada	Ausencia	Consumo de riesgo
37	18	Femenino	1°	Grave	Ausencia	Sin riesgo
38	20	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
39	21	Masculino	6°	Leve	Ausencia	Sin riesgo

40	21	Masculino	3°	Leve	Presencia	Sin riesgo
41	19	Masculino	2°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
42	20	Masculino	2°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
43	27	Masculino	2°	Moderada	Presencia	Consumo de riesgo
44	20	Femenino	3°	Leve	Ausencia	Consumo de riesgo
45	19	Masculino	3°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
46	18	Masculino	2°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
47	20	Masculino	3°	Grave	Presencia	Consumo de riesgo
48	19	Masculino	1°	Moderada	Ausencia	Consumo de riesgo
49	19	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
50	20	Masculino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
51	21	Femenino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
52	19	Masculino	2°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
53	19	Femenino	1°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
54	18	Masculino	1°	Leve	Presencia	Sin riesgo
55	22	Masculino	5°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
56	22	Masculino	6°	Moderada	Presencia	Consumo de riesgo
57	22	Masculino	6°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
58	19	Masculino	3°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
59	19	Masculino	3°	No	Ausencia	Sin riesgo
60	19	Femenino	4°	Moderada	Presencia	Consumo de riesgo
61	20	Femenino	3°	Moderada	Ausencia	Consumo de riesgo
62	22	Femenino	4°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
63	22	Masculino	3°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
64	19	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
65	20	Femenino	3°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
66	20	Masculino	5°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
67	27	Masculino	2°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
68	23	Femenino	3°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
69	19	Femenino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
70	24	Masculino	6°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
71	20	Masculino	1°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
72	27	Masculino	6°	Grave	Presencia	Consumo de riesgo
73	19	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
74	18	Masculino	2°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
75	20	Masculino	3°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
76	21	Femenino	5°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
77	24	Masculino	5°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
78	20	Masculino	5°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
79	24	Masculino	5°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
80	22	Masculino	5°	No	Ausencia	Sin riesgo
81	21	Masculino	5°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
82	19	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
83	19	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
84	22	Masculino	5°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
85	17	Femenino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
86	22	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
87	22	Femenino	5°	Grave	Presencia	Sin riesgo

88	20	Masculino	4°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
89	20	Femenino	3°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
90	20	Masculino	1°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
91	26	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
92	20	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
93	21	Masculino	5°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
94	19	Masculino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
95	21	Masculino	1°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
96	21	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
97	18	Masculino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
98	18	Masculino	1°	No	Ausencia	Sin riesgo
99	20	Masculino	6°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
100	19	Masculino	4°	No	Ausencia	Sin riesgo
101	21	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Consumo de riesgo
102	18	Masculino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
103	24	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Consumo de riesgo
104	28	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
105	18	Femenino	1°	Grave	Ausencia	Consumo perjudicial
106	23	Masculino	3°	No	Ausencia	Sin riesgo
107	21	Masculino	3°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
108	18	Masculino	1°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
109	21	Masculino	6°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
110	21	Masculino	5°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
111	20	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
112	24	Masculino	5°	Moderada	Presencia	Sin riesgo
113	20	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
114	18	Masculino	1°	Grave	Ausencia	Consumo de riesgo
115	21	Masculino	6°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
116	24	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
117	19	Masculino	2°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
118	18	Masculino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
119	19	Femenino	2°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
120	18	Masculino	1°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
121	21	Masculino	2°	Leve	Presencia	Sin riesgo
122	20	Masculino	4°	Moderada	Ausencia	Sin riesgo
123	20	Masculino	3°	Grave	Presencia	Consumo de riesgo
124	21	Masculino	6°	Leve	Ausencia	Sin riesgo
125	27	Masculino	6°	No	Ausencia	Sin riesgo

### 11.10. Anexo 10. Tabla Complementaria

*Tabla 11. Relación entre el ciclo académico y el grado de depresión en los estudiantes de la carrera de Computación de la Universidad Nacional de Loja, régimen 2009, periodo académico abril -septiembre del 2021*

		Grados de depresión									
		No depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Ciclos</b>	<b>Primero</b>	2	1,60	12	9,60	7	5,60	3	2,40	24	19,20
	<b>Segundo</b>	0	0,00	11	8,80	8	6,40	0	0,00	19	15,20
	<b>Tercero</b>	4	3,20	15	12,00	11	8,80	7	5,60	37	29,60
	<b>Cuarto</b>	2	1,60	4	3,20	13	10,40	1	0,80	20	16,00
	<b>Quinto</b>	1	0,80	5	4,00	6	4,80	1	0,80	13	10,40
	<b>Sexto</b>	2	1,60	7	5,60	2	1,60	1	0,80	12	9,60
	<b>Total</b>	11	8,80	54	43,20	47	37,60	13	10,40	125	100,00

*f: frecuencia; % porcentaje*

*Fuente: Instrumento de recolección de datos*

*Elaborado por: María de los Ángeles León Castillo*

## 11.11. Anexo 11. Certificado del Tribunal



### CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 14 de junio de 2023

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado **“Depresión, ideación suicida y consumo de alcohol en estudiantes de Computación de la Universidad Nacional de Loja”**, de la autoría de la Srta. María de los Ángeles León Castillo portador de la cédula de identificación Nro. 1105118101 previo a la obtención del título de Médica General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

**APROBADO**



Estimado electrónicamente por:  
BYRON PATRICIO  
GARCÉS LOYOLA

---

**Dr. Byron Patricio Garcés Loyola.**

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO.**



Estimado electrónicamente por:  
PATRICIO RAFAEL  
ESPINOSA JARAMILLO

---

**Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo.**  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Estimado electrónicamente por:  
MARÍA SUSANA  
GONZÁLEZ GARCÍA

---

**Dra. María Susana González García.**  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**