



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UNA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA, BOGOTÁ COLOMBIA

Piedad Marcela Guavita Falla¹, Pablo Alfonso Sanabria Ferrand²

1. Médico Cirujano Universidad Militar Nueva Granada. Docente Temporal Semiología Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
2. Psicólogo Magíster en Psicología con énfasis en Salud. Especialista en Epidemiología y Análisis de datos. Docente de Investigación Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

* Correspondencia: piema8@yahoo.com

Resumen

Antecedentes. El trastorno depresivo es una de las entidades clínicas más investigadas en la población médica; también se han estudiado los síntomas depresivos en el ámbito universitario. Los niveles inusualmente altos de estrés y depresión en los estudiantes de medicina tienen implicaciones importantes que se extienden más allá de la educación médica.

Objetivos. Determinar la prevalencia y severidad de la sintomatología depresiva en la población estudiantil de primero a décimo semestres, de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, en la ciudad de Bogotá y valorar posibles factores asociados.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Muestra no aleatoria de 295 estudiantes de medicina de 17-28 años (81 por ciento de la población total de estudiantes). Se administró, en

sus salones de clase, la Escala Auto-aplicada de Zung para depresión. Se obtuvo y clasificó según severidad la prevalencia de sintomatología depresiva, también se obtuvieron datos pertinentes a edad, género, conformación familiar, si el estudiante tenía padre y/o madre militares y semestre académico. Los semestres se clasificaron en niveles bajo, medio y alto, de acuerdo al nivel adaptativo, transición de ciencias básicas a clínicas, exigencias y carga académica. Se realizó un análisis de correlación y de asociación entre los factores mencionados y la prevalencia de los síntomas depresivos.

Resultados. La prevalencia de sintomatología depresiva leve fue de 26,1 por ciento, 21,7 por ciento de moderada y 5,4 por ciento de severa. Con una prevalencia global de 53,2 por ciento. Esta prevalencia disminuyó desde la edad de 21 años en adelante, aunque no de forma relevante; tampoco se halló relación significativa entre la edad y la presencia de síntomas depre-

sivos. Hubo diferencia importante entre hombres y mujeres, hallándose una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el género femenino ($p=0,028$). Se evidenció una relación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y los niveles semestrales bajos ($p=0,004$), los estudiantes que no tenían padres militares ($p=0,012$) y aquellos que convivían con abuelos ($p=0,011$).

Conclusión. La sintomatología depresiva es importante en la población estudiantil médica. Los estudiantes de medicina tuvieron el doble de probabilidad de sufrir de síntomas depresivos que la población general. Los resultados son útiles para el análisis de la salud mental en el medio universitario y como guía para planear estudios longitudinales. Se requieren estudios de mejor diseño para confirmar los hallazgos aquí expuestos. Se requiere intervención mediante actividades de promoción, prevención e identificación de casos en las facultades de medicina.

Palabras clave: síntomas depresivos, estudiantes del área de la salud, clasificación, estudios epidemiológicos, psiquiatría preventiva, salud mental, Colombia. (fuente: DeCS, BIREME)

Summary

Background. Depressive disorder is one of the most investigated clinic entities in medical population and even depressive symptoms have been preliminary studied at medical schools. Unusually high stress and depression levels among medical students have important consequences that are likely to persist beyond the duration of medical education.

Objectives. Determining the prevalence of depressive symptoms, its severity and

associated factors in student population at Universidad Militar Nueva Granada medical school from first to tenth semester in Bogotá city.

Materials and methods. Cross-sectional epidemiological study. Non-probabilistic sample of 295 medical students aged 17-28 (81% from total population). The Zung Self-Rating Depression Scale was administered to the subjects in their classroom obtaining the depressive symptoms prevalence and then classifying it in depressive levels. Factors like age, gender, academic semester, family members, and if student had military parents were evaluated. Each semester was classified in three categories: low, medium and high, according to adaptation, academic workload, and transition from basic to clinic sciences. Correlation analysis and chi-square were used for evaluating the association between depressive symptoms and the factors mentioned above.

Results. Depressive symptoms prevalence was 26, 1% for mild severity level, 21, 7% for moderate level and 5, 4 for severe level. Global prevalence was 53, 2%. It was shown that this prevalence decreased from the age of 21 upward, but like between age and depressive symptoms, there wasn't significant association. It was found an important difference between males and females, with females having more depressive symptoms ($p=0,028$). Also there were significant associations between depressive symptoms and low semester levels ($p=0,004$), students without military parents ($p=0,012$), and subjects living with grandparents ($p=0,011$).

Conclusions. Depressive symptoms have an important representation in medical student population. Medical students had twice probability to suffer depressive symptoms than general population. The results are useful for mental health analysis at university environments and to guide prospective studies. Further epidemiological



investigations and clinic evaluation at medical schools are necessary for reach an exact and reliable diagnostic level. Likewise, promotion and prevention health activities that detect vulnerable subjects are very important at public health and preventive psychiatry.

Key words: depression, students, health occupations, classification, epidemiologic studies, preventive psychiatry, mental health, Colombia (source: MeSH, NLM).

Introducción

La higiene mental en el ámbito médico, se mantiene cuando los individuos pueden desempeñar de manera idónea sus capacidades personales y profesionales en condiciones adecuadas de bienestar psíquico y social. Estos requisitos cobran especial atención en el medio académico, pues este como ninguno estimula la transmisión y perpetuación de actitudes, las cuales posteriormente van a tener impacto en la comunidad (1).

Entre las entidades clínicas más estudiadas en la población médica se encuentra el trastorno depresivo, e incluso se han estudiado los síntomas depresivos de forma general y preliminar, sin diagnóstico por el clínico (2-10). Sin embargo, no todos los estudiantes responden a la educación médica con el desarrollo de estrés o síntomas depresivos, y ha habido un creciente interés en la identificación de individuos vulnerables (2-15). Niveles inusualmente altos de estrés y depresión en estudiantes de medicina tienen implicaciones importantes que se extienden más allá de la educación médica. Los médicos tienen tasas de suicidio más altas que la población general y otros profesionales (5,16,17).

El síntoma predominante de cualquier trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo, trastorno bipolar, etc.), es un periodo de ánimo alte-

rado de forma persistente. Estos pacientes también experimentan cambios del comportamiento, cognoscitivos y psicomotores, los cuales pueden constituir su queja de presentación (18). Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (19). Además las tasas de incapacidad ocupacional, social y física son iguales o mayores que la de pacientes con otras enfermedades crónicas mayores, incluyendo hipertensión, diabetes, enfermedad arterial coronaria, enfermedad pulmonar, enfermedades gastrointestinales y artritis (18).

Se estima que en la población general la prevalencia del trastorno depresivo menor alguna vez en la vida es del 10 por ciento y del 2 por ciento a un año; del 5-7 por ciento alguna vez en la vida para el trastorno depresivo mayor y del 2-7 por ciento en cuanto a prevalencia en curso de esta entidad (20). Una observación casi universal es que tanto trastorno depresivo menor como mayor se presentan con más frecuencia entre las mujeres, con frecuencias hasta del 20-25 por ciento para el trastorno depresivo mayor (20). La prevalencia de los síntomas depresivos y el trastorno depresivo en la población estudiantil médica oscila entre el 7,3-25 por ciento (2,6,10,11,12,14) y de ansiedad o stress asociados a síntomas depresivos está entre el 35-64,5 por ciento (3,7). Los niveles de estrés sólo, reportados entre estudiantes de medicina van del 25-75 por ciento (21). En Colombia hay pocos estudios de prevalencia acerca de los síntomas depresivos o el trastorno depresivo en estudiantes de medicina; un estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia reportó una frecuencia de 26,4 por ciento para el trastorno distímico y de 6,1 por ciento para el trastorno depresivo mayor en estudiantes de diversas facultades, incluyendo medicina (22). Otro estudio reportó la presencia de uno o más diagnósticos psiquiátricos en estudiantes universitarios de

varias facultades de la Universidad Nacional, que presentaban ideación suicida (23).

Es importante considerar que la depresión es común entre los adultos jóvenes pero ni es una parte normal del proceso de maduración ni tampoco es una parte normal del proceso del entrenamiento médico (10).

Se han postulado y estudiado los posibles factores asociados al desarrollo de los síntomas depresivos y al trastorno depresivo en los estudiantes de medicina (2,3, 4, 6,10,13,14,15,24): los rasgos de la personalidad, el sexo femenino, la raza, morbilidad previa al ingreso a la universidad, experiencias vividas en la infancia, historia familiar de enfermedad mental y abuso de sustancias, así como el entrenamiento médico, carga académica y cambio de ciencias básicas a clínicas.

Debido a la asociación de síntomas depresivos con consecuencias tales como deserción de la facultad de medicina, ideación suicida y suicidio, bajo rendimiento académico, impacto en las capacidades de atención al paciente (2,7,10,13, 24, 25), entre otros, se considera que la identificación temprana de los individuos a riesgo es de suma importancia tanto a nivel de salud pública como en psiquiatría preventiva. Los estudios orientados a determinar prevalencia y factores asociados son una guía útil para este fin (26-39). El estudio expuesto en este artículo provee datos importantes acerca de la prevalencia de los síntomas depresivos y factores asociados en una muestra de estudiantes de medicina, lo cual brinda herramientas preliminares para estrategias encaminadas a la prevención y promoción en materia de salud mental en el ámbito médico. Este estudio se realizó en el segundo semestre de 1999, en la facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, en la ciudad de Bogotá.

Material y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. La variable dependiente fue sintomatología depresiva y las variables independientes, la edad, el género, el nivel semestral, el parentesco con militar y la conformación familiar.

Participantes, marco y tamaño muestral. Se escogieron los estudiantes de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en la ciudad de Bogotá. Dichos estudiantes pertenecían a los semestres primero a décimo. Se excluyeron los estudiantes de los dos últimos semestres (Internado Rotatorio) por dificultad en la obtención de la información de los mismos, debido a que la mayoría se encontraban rotando en otras ciudades o en diferentes centros asistenciales de Bogotá en distintos turnos, lo cual, por su escasez, se estimó podría alterar los resultados finales.

Los individuos contaban con edades entre los 17 a 28 años. Se realizó la selección según el número de alumnos que se encontraban en sus salones de clase, de acuerdo a cada semestre. Se trabajó con el 81 por ciento de los estudiantes de primero a décimo semestre. Se agruparon los semestres en niveles bajo, medio y alto. En el nivel bajo, primero a tercer semestre, se obtuvo una muestra de 90 estudiantes de un total de 117. Este nivel se caracterizaba por mayor cantidad de material de aprendizaje, adaptación diferente a los otros dos niveles y una carga académica consistente exclusivamente de ciencias básicas. En el nivel medio, cuarto a sexto semestre, 101 individuos de un total de 109. Este nivel, si bien con alta carga académica, se caracterizaba por mayor nivel adaptativo y la transición de ciencias básicas a clínicas. Y en el nivel alto, séptimo a décimo semestre, 104 sujetos de un total de 136. Este nivel se caracterizaba por un nivel de adaptación mucho mayor, carga académica de mejor manejo por el estudiante y el



aprendizaje exclusivo de ciencias clínicas. Total de la muestra, 295 estudiantes de medicina.

Instrumentos y medidas. Dos estudiantes de último año de medicina administraron la versión en castellano de la Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung a los estudiantes en sus salones de clase, (The Zung Self-Rating Depression Scale, **SDS**). Este es un instrumento estandarizado adaptado y validado al español (27).

El SDS es una medida autoaplicada de 20 ítems para valorar la extensión y severidad de los síntomas depresivos. Estos ítems se agrupan en cuatro factores: depresivo, somático, cognitivo y psicomotor. Los sujetos califican cada ítem de acuerdo a cómo se sintieron la semana precedente. Las respuestas a los ítems se clasifican de 1 a 4, con los números más altos correspondiendo a los síntomas más frecuentes. El índice para el SDS se deriva al dividir la suma de los valores (puntaje bruto) obtenidos en los 20 ítems, por el puntaje máximo posible de 80 y convertido en porcentaje de depresión medible por la escala (llamado el índice SDS). Los puntajes de los índices son luego categorizados en cuatro niveles para ofrecer una impresión clínica global y establecer severidad de los síntomas: índice SDS menor a 50, normal, sin psicopatología; índice SDS de 50-59, presencia de depresión leve; índice SDS de 60-69, presencia de depresión moderada; y SDS mayor o igual a 70, presencia de depresión severa (28-30). Los puntajes del Zung no producen un diagnóstico clínico de depresión pero indican niveles de síntomas depresivos que pueden ser de significancia clínica. Varios estudios han desmostrado que la escala de Zung es instrumento confiable y válido para medir los síntomas depresivos, e incluso con una alta correlación con el diagnóstico clínico y con otras escalas para la medición de los síntomas depresivos (8, 30-38).

Además del Zung SDS, el formato de la recolección incluyó datos como edad, género, semestre, si el estudiante tenía algún padre militar y conformación familiar (si vivía sólo, con amigos, con esposo o hijos o familiares tales como padres, hermanos, tíos, primos o abuelos). Se incluyó la información acerca de padres militares debido a que en la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, muchos estudiantes provienen de familias cuyos progenitores pertenecen a las fuerzas militares y se deseaba valorar esta relación como factor ansiogénico o protector.

Análisis de datos. Con la información obtenida se creó una base de datos en Excel. Se realizó el análisis estadístico con EpiInfo 6. Se calculó la prevalencia de los síntomas depresivos de acuerdo a los índices obtenidos del Zung SDS para cada una de los grados de severidad ya mencionados y de forma global. Se establecieron además las frecuencias de cada variable.

Para determinar la asociación entre cada variable y la prevalencia de síntomas depresivos, se realizó análisis de correlación entre edad y la prevalencia de síntomas depresivos y se calculó el estadístico chi-cuadrado para analizar la asociación entre síntomas depresivos y las demás variables, determinando la significación estadística para dichas asociaciones.

Consideraciones éticas. Se contó con la aprobación de las directivas de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada para la obtención de los datos mediante la aplicación del formato que incluía la Escala de Zung y variables adicionales a valorar. Después de una breve información acerca del propósito del estudio e instrucciones para calificar el SDS, este instrumento fue administrado a los sujetos en sus salones de clase durante horario regular de la facultad de medicina. Se garantizó confiden-

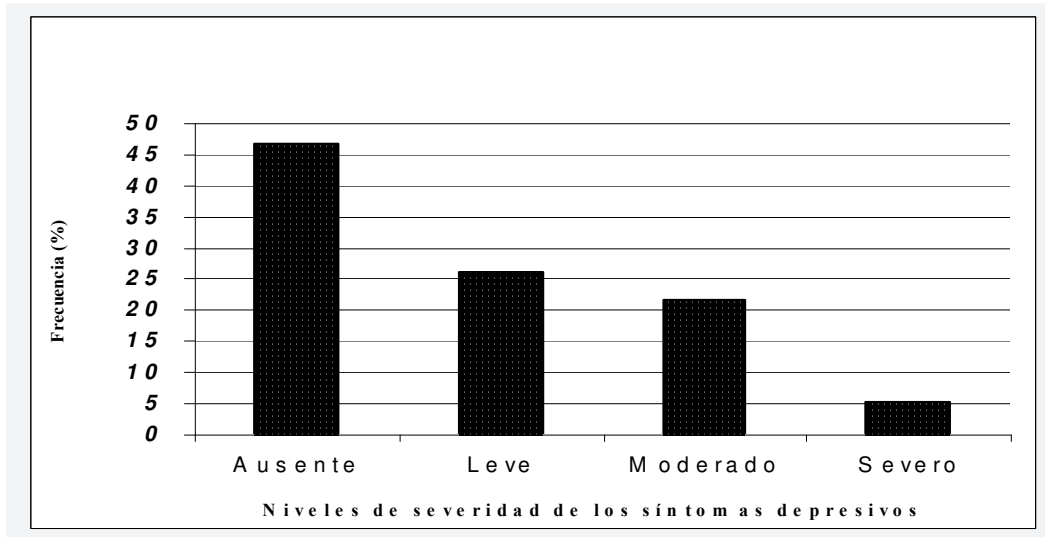


Figura 1. Prevalencia de los síntomas depresivos en la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada.

cialidad de la información y para propósitos de este estudio se mantuvo el anonimato de cada participante, asegurando la veracidad de la información. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resultados

Un total de 295 estudiantes respondieron adecuadamente la escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung, de los cuales el 43,4 por ciento eran de sexo masculino. La edad promedio fue 20 años, con una edad mínima de 17 y una edad máxima de 28 años.

De acuerdo a la clasificación de los síntomas depresivos obtenida de la escala de Zung en niveles de severidad e impresiones clínicas, se observó la siguiente distribución: 46,8 por ciento de los estudiantes no presentaba sintomatología depresiva, 26,1 por ciento presentaba síntomas depresivos leves, 21,7 por ciento tenía síntomas depresivos moderados y 5,4 por ciento clasificó en sintomatología depresiva severa (Figura 1).

Según la clasificación semestral en los niveles

ya mencionados, se obtuvieron 90 estudiantes en el nivel semestral bajo (30,5%), 101 en el nivel semestral medio (34,2%) y 104 en el nivel alto (35,3%). Del total de estudiantes, el 42,4 por ciento tenían padre o madre militar.

Como datos relevantes de la conformación familiar, el 6,8 por ciento de los estudiantes vivía solo y el 93,2 por ciento convivían con otras personas en su hogar. De este último grupo, se resalta que el 73 por ciento vivían con padre o madre, 63,3 por ciento vivían con hermanos, el 5,8 por ciento con tíos, el 5,4 por ciento con primos, el 6,5 por ciento con amigos, el 4,7 por ciento con abuelo(s) y el 1,8 por ciento con otras personas especificadas como cónyuge o hijos. No se estableció qué porcentaje de estudiantes vivían con estos miembros del hogar simultáneamente. Tampoco fue posible estimar un total con cada una de estas frecuencias ya que, naturalmente, una persona puede convivir con hermanos y un padre, con ambos padres y un abuelo, etc. Además, al valorar la variable de la conformación familiar se intentaba determinar si un miembro en particular presentaba alguna relación con los síntomas depresivos.



Tabla 1. Prevalencia de los síntomas depresivos según edad en los estudiantes de medicina de Universidad Militar Nueva Granada

| Edad N=número individuos | Síntomas ausentes | Síntomas leves | Síntomas moderados | Síntomas severos | Prevalencia global de síntomas depresivos |
|-----------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|--|
| 17 años N=13 (4,4)% | 53,8% | 23,1% | 7,7% | 15,4% | 46,2% |
| 18 años N=41 (13,9)% | 31,7% | 29,3% | 34,1% | 4,9% | 68,3% |
| 19 años N=45 (15,3)% | 44,4% | 24,4% | 26,7% | 4,4% | 55,5% |
| 20 años N=53 (18)% | 32,1% | 37,7% | 24,5% | 5,7% | 67,9% |
| 21 años N=56 (19)% | 53,6% | 28,6% | 12,5% | 5,3% | 46,4% |
| 22 años N=35 (11,8)% | 57,1% | 20% | 22,9% | 0% | 42,9% |
| 23 años N=34 (11,5)% | 58,8% | 11,8% | 20,6% | 8,8% | 41,2% |
| 24 años N=14 (4,7)% | 50% | 28,6% | 14,3% | 7,1% | 50% |
| 25 años N=1 (0,33)% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 26 años N=2 (0,68)% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 28 años N=1 (0,33)% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% |

Entre los datos a resaltar de la distribución de los síntomas depresivos por edad, se obtuvo una mayor prevalencia en las edades de 18 y 20 años, seguidos por el grupo de estudiantes que contaban con 19 años. Se observó además una disminución gradual de la prevalencia de la sintomatología depresiva desde los 21 años en adelante, excepto por el grupo de estudiantes de 24 años, en donde se igualaron los porcentajes (Tabla 1). No obstante no se halló una relación estadística significativa entre la edad y la presencia de síntomas depresivos, determinado mediante análisis de correlación de Spearman ($r=0,01$, $p=0,79$).

Se observó una mayor prevalencia de la sintomatología depresiva en el género femenino (58,1%), obteniéndose significancia estadística a través del estadístico chi-cuadrado en la asociación de estas dos variables, $p=0,028$. Así mismo, se evidenció que el 54,7 por ciento de los estudiantes no hijos de militar presentaron algún grado de síntomas depresivos, estableciéndose riesgo significativo por medio del estadístico chi-cuadrado, $p=0,012$ (Tabla 2).

También tuvo significación estadística la asocia-

ción entre síntomas depresivos y nivel semestral bajo, observándose que el 68,9% del total de estudiantes de este nivel presentó algún grado de sintomatología depresiva (estadístico chi-cuadrado), $p=0,004$ (Tabla 2).

Respecto a la conformación familiar, no se halló relación entre el hecho de vivir solo y la presencia de síntomas depresivos, $p=0,98$. Igualmente los 262 estudiantes que convivían con otras personas, exceptuando abuelos, no tuvieron mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva, $p=0,12$. Es preciso aclarar que en este grupo se estableció primero la relación entre síntomas depresivos y la convivencia con cada uno de los integrantes del núcleo familiar, sin embargo, al no hallarse una significancia estadística y debido a que un estudiante puede vivir simultáneamente con varios miembros (padre y tío, padre y primo, etc.), se decidió agrupar a todos estos individuos y clasificarlos como otros.

Sin embargo, a los estudiantes que convivían con abuelos se clasificó como un grupo aparte debido a que se halló una relación importante con la prevalencia de la sintomatología depresiva, in-

Tabla 2. Prevalencia de los síntomas depresivos según género, parentesco con militar y nivel semestral en los estudiantes de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada

| VARIABLES | Categorías N=número individuos | Síntomas ausentes | Síntomas leves | Síntomas moderados | Síntomas severos | Prevalencia global de síntomas depresivos |
|----------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|--|
| Género | Femenino, N=167 (56,6)% | 41,9% | 25,7% | 24% | 8,4% | 58,1% |
| | Masculino, N=128 (43,4)% | 53,1% | 26,5% | 18,8% | 1,6% | 47% |
| Padre y/o madre militar | Si, N=125 (42,4)% | 48,8% | 32,8% | 16% | 2,4% | 51,2% |
| | No, N=170 (57,6)% | 45,3% | 21,2% | 25,9% | 7,6% | 54,7% |
| Nivel semestral | Bajo, N=90 (30,5)% | 31,1% | 30% | 28,9% | 10% | 68,9% |
| | Medio, N=101 (34,2)% | 47,5% | 26,7% | 21,8% | 4% | 52,5% |
| | Alto, N=104 (35,3)% | 59,6% | 22,1% | 15,4% | 2,9% | 40,4% |

Tabla 3. Prevalencia de los síntomas depresivos según conformación familiar en los estudiantes de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada

| Conformación familiar N=número de individuos | Síntomas ausentes | Síntomas leves | Síntomas moderados | Síntomas severos | Prevalencia global de síntomas depresivos |
|---|----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|--|
| Vive solo, N=20 (6,8)% | 45% | 25% | 25% | 5% | 55% |
| Vive con abuelo (s), N=13 (4,4)% | 7,7% | 53,8% | 23,1% | 15,4% | 92,3% |
| Otros, N=262 (88,8)% | 46,9% | 26,2% | 21,4% | 5,5% | 53,1% |

dependiente de si vivían además con otros familiares. De estos individuos, el 92,3 por ciento clasificó como sintomático depresivo en algún nivel de severidad, encontrándose una asociación significativa por medio del estadístico chi-cuadrado, $p=0,011$ (Tabla 3).

Discusión

La prevalencia de los síntomas depresivos en la población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada fue superior al 10 por ciento del trastorno depresivo menor y al 5-25 por ciento de la prevalencia del trastorno depresivo mayor reportados en la población general (20). También fue mayor a lo encontrado en otros estudios realizados en estudiantes de medicina, teniendo en cuenta exclusivamente la sintomatología depresiva tanto a nivel local como internacional (2,6,10,11,12,14,22). Por lo tanto en esta muestra se encontró

dos veces mayor riesgo de sufrir de síntomas depresivos. Pero si consideramos aquellos estudios en población médica de alumnos que valoran estrés o ansiedad asociados a síntomas depresivos, la prevalencia global se encontraría dentro de ese rango (3,7,21).

En relación al género, los resultados obtenidos coinciden con lo expuesto por las estadísticas tanto de pacientes como en algunos de los estudios realizados en estudiantes de medicina (5,14,18,20), donde se observa una prevalencia mayor de síntomas depresivos en las mujeres.

La edad de los participantes y su asociación con la sintomatología depresiva podrían equipararse a lo mencionado por algunos autores, los cuales resaltan que el 50 por ciento de los pacientes inician sus síntomas entre los 20 y 50 años y que tales manifestaciones se están incrementando entre las personas menores de 20 años (18,20).



Pero la limitante de este estudio se debe a que se está analizando una población de estudiantes de medicina y generalmente estas poblaciones difícilmente exceden los 27 años de edad. Por lo tanto podría encontrarse un sesgo concerniente a la edad. Sin embargo, se halló una tendencia a la disminución gradual de los síntomas depresivos al avanzar la edad, lo cual es consistente con otro estudio realizado en una población estudiantil (8). Debido a que no hubo asociación significativa entre la edad y síntomas depresivos, los anteriores hallazgos necesitan confirmación.

El hallazgo de asociación significativa entre síntomas depresivos y niveles semestrales bajos, los cuales se basan en el aprendizaje de las ciencias básicas, no coincide con lo expuesto en ciertos estudios realizados en estudiantes de medicina en los cuales se ha hallado mayor fuente de estrés y síntomas depresivos en los años de entrenamiento en ciencias clínicas (3,5,15,25). En estos estudios se propone que los encuentros iniciales con enfermedad y muerte, mayor falta de tiempo libre, falta de sueño adecuado, aislamiento del estudiante debido a sus rotaciones, nuevo nivel de responsabilidad, entre otros, pueden desenmascarar vulnerabilidades psicológicas. Sin embargo, sí es coincidente el hecho de que los estudiantes, a cualquier nivel de su entrenamiento, se ven sometidos a altos niveles de ansiedad, estrés y preocupación acerca del currículum, rendimiento académico y ambiente de la escuela médica, lo cual puede desencadenar sintomatología depresiva concurrente (2,4,7,12,13). Además es llamativo el hecho que el descontento con el currículum tradicional de la escuela médica es cada vez más extendido (2,25), lo cual puede tener implicaciones en la salud mental de los estudiantes.

La asociación de los síntomas depresivos y tener o no padre o madre militar, es un aspecto

propio de la población de este estudio, debido a que muchos estudiantes de la Universidad Militar Nueva Granada tienen algún parentesco con las fuerzas militares. No obstante, según los resultados y su análisis, al observarse significativo riesgo de aquellos individuos no hijos de militar, se podría plantear una influencia de la formación recibida en el hogar, como factor protector de los síntomas depresivos. También se consideraría que las características particulares del entrenamiento y disciplina de la facultad de medicina de la Universidad Militar influyen en aquellos estudiantes que previamente no habían convivido con este tipo de instrucción. Es necesario, por lo tanto confirmar dichas hipótesis con posteriores estudios.

En otras investigaciones se ha estudiado la influencia de la familia (profesión de los padres, historia familiar de enfermedad de cualquier índole, divorcio, etc.) en la salud mental y éxito académico del estudiante de medicina (2,10,25,26,39). Pero no se había valorado la relación de los miembros del hogar o el hecho de vivir solo específicamente con la presencia de síntomas depresivos. El encontrar una significativa asociación entre sufrir síntomas depresivos y convivir con abuelo(s) es un aporte nuevo. Es probable que compartir con personas de la tercera edad, quienes presentan factores físicos y emocionales propios de esta etapa de la vida, sea un factor de estrés adicional para el estudiante de medicina. Una de las posibles limitantes de este estudio es el uso de un instrumento autoaplicado para la medición de los síntomas depresivos en una población general, es decir de no-pacientes. Sin embargo, existen numerosos estudios que han utilizado la escala de Zung u otras escalas en poblaciones generales para valorar la sintomatología depresiva, con resultados de gran utilidad para salud pública (2-10,37,40-42). Los datos sugieren que hay un gran número de individuos en la población general y en el caso de este es-

tudio, en la comunidad estudiantil médica, que son sintomáticos depresivos, así que un esfuerzo epidemiológico puede localizarlos para ofrecer ayuda y soporte tempranos. Otro punto para observar es la identificación de síntomas sin confirmación con un diagnóstico clínico y esto es debido a que se planeó como un estudio exploratorio de los síntomas depresivos y su clasificación en niveles de severidad. La naturaleza de corte transversal de este estudio es un aspecto a considerar como probable factor de desventaja, no obstante, los hallazgos de muchos estudios de este tipo realizados en la población estudiantil médica y sus resultados similares a la presente investigación, evidencian que de hecho la sintomatología depresiva se está manifestando de una forma importante en este grupo de individuos (3,4,5,6,7,8,10,12,22,24). Son necesarios estudios complementarios a esta investigación exploratoria, para la confirmación de casos por medio de la valoración a través de entrevista clínica psiquiátrica y el análisis de las continuidades o discontinuidades de los síntomas depresivos en el estudiante de medicina y posterior profesional.

Por último cabe resaltar que depresión, ansiedad y hostilidad son respuestas emocionales al estrés. Los síntomas de la depresión en estudiantes de medicina pueden ser difíciles de distinguir de los efectos del estrés inherentes a la vida del estudiante. Por esta razón es de vital importancia implementar estrategias encaminadas a desarrollar capacidades para enfrentar el estrés sanamente, para enseñar a los estudiantes a identificar los síntomas correspondientes a trastornos del estado de ánimo, para remover el estigma colocado a la enfermedad mental y por el cual muchos alumnos y médicos no buscan ayuda, para promover y conservar la salud mental en el medio académico, lo cual finalmente redundará en el bienestar de la sociedad en general.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las directivas de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada por la oportunidad y autorización para la recolección de datos. Al Dr. Ricardo Sánchez, especialista en Psiquiatría y Epidemiología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia, por su valiosa orientación, y al Dr. Mauricio Garzón, especialista en Psiquiatría del Hospital Militar Central, por sus observaciones.

Referencias

1. **León CA.** La Higiene Mental en el Medio Universitario. *Rev Col Psiquiatría.* 1986; XV: 143-163.
2. **Clark DC, Zeldow PB.** Vicissitudes of Depressed Mood During Four Years of Medical School. *JAMA.* 1988; 260: 2521-2528.
3. **Schneider SE, Phillips WM.** Depression and Anxiety in Medical, Surgical, and Pediatric Interns. *Psychol Rep.* 1993; 72: 1145-1146.
4. **Stewart SM, Betson C, Lam TH, Marshall IB, Lee PW, Wong CM.** Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Med Educ.* 1997; 31:163-168.
5. **Helmets KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN.** Stress and Depressed Mood in Medical Students, Law Students, and Graduate Students at Mc Gill University. *Acad Med.* 1997; 72: 708-714.
6. **Foltyn W, Nowakowska ZE, Knopik J, Brodziak A.** The Influence of Early Childhood Experiences on Depression Among Medical Students. Preliminary Study. *Psychiatr Pol.* 1998; 32: 177-185.
7. **Vaz RF, Mabajiorgu EF, Acuda SW.** A Preliminary Study of Stress Levels Among First Year Medical Students at the University of Zimbabwe. *Cent Afr J Med.* 1998; 44: 214-219.
8. **Liu XC, Ma DD, Kurita H, Tang MQ.** Self-reported Depressive Symptoms Among Chinese adolescents. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34: 44-47.
9. **Ling H, Kequin W, Zhaoyun D, Cheng Y, Simons JS, Rosenthal NE.** Seasonal Variations in Mood and Behavior Among Chinese Medical Students. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 133-135.
10. **Tjia J, Givens JL, Shea JA.** Factors Associated with Undertreatment of Medical Student Depression. *J Am Coll Health.* 2005; 53: 219-224.



11. **Givens JL, Tjia J.** Depressed Medical Students' use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Acad Med.* 2002; 77: 918-921.
12. **Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD.** Depression Among Medical Students. *J Affect Dis.* 1986; 11: 91-96.
13. **Zoccolillo M.** Major Depression during Medical Training [editorial]. *JAMA.* 1988; 260: 2560-2561.
14. **Nogueira LA, Neto RF, Macedo PCM.** The Mental Health of Graduate Students at the Federal University of Sao Paulo: a Preliminary Report. *Braz J Med Biol Res.* 2004; 37: 1519-1524.
15. **Rosenthal JM, Okie S.** Depression in Medical School. *N Engl J Med.* 2005; 353: 1085-1088.
16. **Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J.** A Systematic Review on Gender-specific Suicide Mortality in Medical Doctors. *Br J Psychiatry.* 1996; 168: 274-279.
17. **Frank E, Biola H, Burnett C.** Mortality Rates and Causes Among US physicians. *Am J Prevent Med.* 2000; 19: 155-159.
18. **Cutler JL, Marcus ER.** *Psychiatry.* 1st Edition. Philadelphia: Saunders Text and Review Series; 1999: 34-63.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV).* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
20. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Eight Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 1576-1577.
21. **Yiu V.** Supporting the Well-being of Medical Students. *CMA Journal.* 2005; 172: 889-890.
22. **Sánchez R, Cárdenas H, Gómez D.** Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002; 22:407-416.
23. **Calvo JM, Sánchez R, Tejada PA.** Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. Salud pública* 2003; 5: 123-143.
24. **Kilpatrick D, Dubin W, Marcotte D.** Personality, Stress of the Medical Education Process, and Changes in Affective Mood State. *Psychol Rep.* 1974; 34: 1215-1223.
25. **Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD.** Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions [special article]. *Mayo Clin Proc.* 2005; 80: 1613-1622.
26. **Myers M.** On the Importance of Anonymity in Surveying Medical Student Depression. *Acad Psychiatry.* 2003; 27: 19-20.
27. **Conde V, Valverde F.** Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos depresivos. Barcelona: Trébol; 1984.
28. **Zung WWK.** A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiat.* 1965; 12: 63-70.
29. **Zung WWK.** Evaluating Treatment Methods for Depressive Disorders. *Amer J Psychiatry.* 1968; 124(11 suppl): 40-48.
30. **Zung WWK.** From Art to Science. The Diagnosis and Treatment of Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1973; 29: 328-337.
31. **Zung WWK, Richards CB, Short MJ.** Self-Rating Depression Scale in an Outpatient Clinic. *Arch Gen Psychiatry.* 1965; 13: 508-515.
32. **Zung WWK.** Factors Influencing the Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1967; 16:543-547.
33. **Zung WWK.** A Cross-Cultural Survey of Symptoms in Depression. *Amer J Psychiatry.* 1969; 126:116-121.
34. **Biggs JT, Wylie LT, Ziegler VE.** Validity of the Zung Self-Rating Depression Scale. *Brit J Psychiatry.* 1978; 132: 381-385.
35. **Zung WWK, MacDonald J, Zung EM.** Prevalence of Clinically Significant Depressive Symptoms in Black and White Patients in Family Practice Settings. *Am J Psychiatry.* 1988; 145: 882-883.
36. **Fountoulakis KN, Lacovides A, Samolis S, Kleantous S, Kaprinis SG, Kaprinis GS et al.** Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry.* 2001; 1: 1-8.
37. **Yamazaki S, Fukuhara S, Green J.** Usefulness of Five-item and Three-item Mental Health Inventories to Screen for Depressive Symptoms in the General Population of Japan. *BMC Health and Quality of Life Outcomes.* 2005; 3:48.
38. **Aragónés E, Piñol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J.** Prevalence and Determinants of Depressive Disorders in Primary Care Practice in Spain. *Int'l J Psychiatry in Medicine.* 2004; 34: 21-35.
39. **Frischenschlager O, Haidinger G, Mitterauer L.** Factors Associated with Academic Success at Vienna Medical School: Prospective Survey. *Croat Med J.* 2005; 46: 58-65.
40. **Blumenthal MD.** Measuring Depressive Symptomatology in a General Population. *Arch Gen Psychia-*

- try. 1975; 32: 971-978.
41. **Barret J, Hurst WM, DiScala C, Rose RM.** Prevalence of depression over a 12-month period in a non-patient population. *Arch Gen Psychiatry.* 1978; 35: 741-744.
42. **Kawakami N, Takatsuka N, Shimizu H.** Depressive Symptoms and Occurrence of Type 2 Diabetes Among Japanese Men. *Diabetes Care.* 1999; 22: 1071-1077.