

# Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina.

Anxious and depressive symptomatology in medical students.

Jorge Osada<sup>1</sup>, Miguel Rojas<sup>1</sup>, César Rosales<sup>1</sup>, Johann M. Vega-Dienstmaier<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Antecedentes:** La ansiedad y la depresión son síndromes psiquiátricos con gran prevalencia en el mundo (5-50%) que por lo general se presentan juntos y generan a la sociedad una importante carga social y económica. Los alumnos universitarios, especialmente los que tienen alta carga académica como los estudiantes de medicina, son vulnerables a estos trastornos. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en alumnos de medicina y relacionarla a variables como edad, sexo y año de estudios. **Material y Métodos:** Se evaluó a 378 estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de 4 años de estudio intercalados de la carrera (primero, tercero, quinto y séptimo) de un total de 467 (80,9%). Se utilizó la Escala de Goldberg para Ansiedad y Depresión (sensibilidad y especificidad mayores a 80%). Se presentan los resultados según edad, sexo y años de estudio; y se analizan las diferencias. **Resultados:** Se halló una prevalencia de sintomatología ansiosa de 34,1% (129/378); depresiva, de 29,9% (113/378); y conjunta (ansiosa+depresiva), de 20,6% (78/378). En relación con la edad se encontraron diferencias en las personas con sintomatología ansiosa ( $p=0,005$ ) y conjunta ( $p=0,004$ ); respecto a los años de estudio, se hallaron diferencias en los alumnos con sintomatología ansiosa ( $p=0,001$ ), depresiva ( $p=0,002$ ) y conjunta ( $p=0,004$ ). No hubo diferencias según sexo. **Conclusiones:** Las sintomatologías ansiosa y depresiva tienen una alta prevalencia en estudiantes de medicina en comparación con la población general. Se debe organizar programas preventivos e investigar las posibles causas de esta alta prevalencia. (*Rev Neuropsiquiatr* 2010;73:15-19).

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, prevalencia.

## SUMMARY

**Background:** Anxiety and depression are highly prevalent syndromes in the world (5-50%) frequently occurring together and thus generating a great social and economical burden to society. University students, especially those with high academic burden like medical students, are particularly vulnerable to these disorders. **Objectives:** To measure the prevalence of anxious and depressive symptoms among medical students in relation to variables such as age, sex and year of medical school education. **Material and methods:** Three hundred and seventy eight out of

---

<sup>1</sup> Médico. Universidad Peruana Cayetano Heredia.Lima, Perú.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Hospital Nacional Cayetano Heredia.Lima, Perú.

467 (80.9%) medical students from the first, third, fifth and seventh year of Universidad Peruana Cayetano Heredia were evaluated. The Goldberg Anxiety and Depression Scale was used (sensitivity and specificity greater than 80%). The results were described by age, gender and career years; and their differences analyzed. **Results:** The prevalence found for anxiety symptoms was 34.1% (129/378), depressive symptoms 29.9% (113/378) and both 20.6% (78/378). Differences according to age were found in students with anxious ( $p=0.005$ ) and combined ( $p=0.004$ ) symptoms; and there were differences according to study years in subjects with anxious ( $p=0.001$ ), depressive ( $p=0.002$ ) and combined ( $p=0.004$ ) symptoms. No differences were found between sexes. **Conclusions:** Anxious and depressive symptoms have a high prevalence among medical students in comparison with general population. Preventive programs and more active search for the possible causes of these highly prevalent conditions should be considered. (*Rev Neuropsiquiatr* 2010;73:15-19).

KEYWORDS: Anxiety, depression, students, medical.

## INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en el mundo y varían de acuerdo a las poblaciones o regiones geográficas entre 5 y 50% (1). Estas condiciones representan una carga social y económica al repercutir de manera importante en la calidad de vida de las personas afectadas y en su entorno laboral y social (1,2). Debido a esto, se considera a éstas como un tema de salud pública emergente y desde hace algunos años se han empezado a generar políticas de salud para abordar dichos problemas.

La ansiedad y la depresión son síndromes relacionados, considerándose que tienen un origen común y que cualquiera de ellas puede predisponer a la otra (2,3). Es importante entonces describir la presencia de ambas sintomatologías de forma individual y conjunta, y evaluar cómo se afectan entre sí.

En nuestro país hay poca información acerca de la prevalencia de la ansiedad y la depresión en la población general. Estudios del Instituto Nacional de Salud Mental "Delgado-Noguchi" (4) y otros, en el extranjero, indican que se encuentra entre el 10 y 15% (5,6). Esta prevalencia es más alta en poblaciones con mayor cantidad de estresores como las estudiantiles, especialmente en las carreras con alta carga académica (7). Los alumnos de medicina humana son especialmente sensibles, encontrándose niveles más elevados de estos síndromes en comparación a otros grupos académicos (8,9).

Los síntomas ansiosos y depresivos afectan las relaciones sociales, y el rendimiento funcional y académico de los estudiantes. Por esta razón nos propusimos determinar su prevalencia en relación con la edad, el sexo y el año de estudios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se basa en un análisis de datos secundario de un trabajo de investigación previo realizado en estudiantes de medicina humana de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) (10), que evaluó la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el consumo de cafeína. Dicho estudio fue de carácter descriptivo y transversal, y fue aprobado por la Facultad de Medicina y el Comité de Ética de la UPCH.

Se reclutó a estudiantes de medicina humana del primer, tercer, quinto y séptimo años de estudio; planeándose trabajar con el total de alumnos de esos años (467 individuos de un total aproximado de 800 alumnos en toda la facultad). Para el presente trabajo se decidió utilizar al total de participantes del trabajo original.

Se excluyó a 6 estudiantes que participaron en el estudio como investigadores o colaboradores, o que indicaron consumir sustancias adictivas regularmente (con excepción del tabaco, por su alta prevalencia de consumo), debido a la asociación existente entre estas sustancias y la patología ansiosa y/o depresiva.

Se tomó una encuesta autoaplicada, anónima y estructurada desarrollada por los investigadores a cada participante de forma individual y privada. Las preguntas y opciones establecidas como respuestas a esta encuesta fueron realizadas basándose en una revisión bibliográfica de estudios anteriores y en la experiencia de los autores, además se realizó un estudio piloto con 20 estudiantes de medicina que cursaban años no incluidos en el estudio. La información fue obtenida luego del consentimiento de cada participante y se almacenó de forma codificada en un formato electrónico con acceso sólo para los autores.

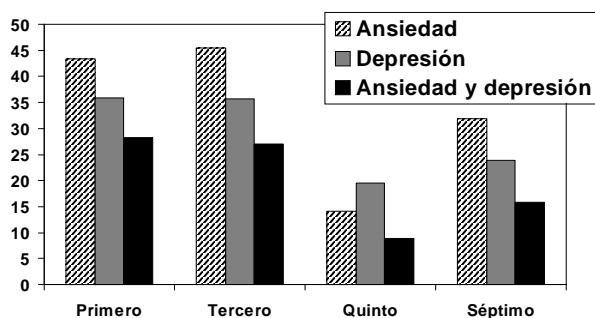
Para la medición de sintomatología ansiosa y depresiva se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (11). Dicho instrumento se encuentra validado en castellano en España (12) y consta de dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Sí/No). Cada sub-escala se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las anteriores. Los puntos de corte usados fueron de 4 respuestas afirmativas para ansiedad y 3 para depresión, lo que indicaría una elevada probabilidad de tener la enfermedad en sí (sensibilidad y especificidad entre 80 y 90% para ambos trastornos).

Las pruebas de sintomatología ansiosa y depresiva, si bien no aseguran la presencia de ansiedad o depresión tienen una alta correlación con éstas y son de mucha utilidad para un tamizaje rápido, siendo necesaria una evaluación posterior por un psiquiatra para confirmar el diagnóstico.

El análisis actual describe las prevalencias de sintomatología ansiosa y depresiva de forma individual y conjunta y su relación con las variables: edad, sexo y año de estudios. Se comparó las diferencias en la prevalencia de dichos síndromes usando la prueba de Wilcoxon y el test exacto de Fisher según corresponda.

Debido a las altas prevalencias encontradas en el estudio original (mayores a 10%) se realizó un análisis multivariado de tipo GLM (*generalized linear model*) para evaluar la relación entre sintomatología ansiosa y depresiva, y la relación entre estos síndromes y las variables edad, sexo y año de estudios.

**Gráfico N°1: Prevalencia (%) de sintomatología ansiosa y depresiva por año de estudios.**



**Tabla N°1: Análisis de sintomatología ansiosa y depresiva**

|                        | Ansiedad y Depresión |            | P       |
|------------------------|----------------------|------------|---------|
|                        | Sí (N=78)            | No (N=300) |         |
| Edad media (DE)        | 20,4 (2,2)           | 21,3 (2,5) | 0,004*  |
| <i>Género</i>          | %                    | %          |         |
| Hombres (N=195)        | 18,5                 | 81,5       | 0,138** |
| Mujeres (N=183)        | 22,95                | 77,05      |         |
| <i>Año de estudios</i> |                      |            |         |
| 1er año (N=106)        | 28,3                 | 71,7       | 0,004** |
| 3er año (N=105)        | 25,7                 | 74,3       |         |
| 5to año (N=79)         | 8,9                  | 91,1       |         |
| 7mo año (N=88)         | 15,9                 | 88,1       |         |

\* Prueba de Wilcoxon

\*\* Prueba exacta de Fisher

## RESULTADOS

Se intentó evaluar a 384 individuos, incluyéndose en el estudio a 378, distribuidos en los años primero, tercero, quinto y séptimo de la siguiente manera: 106, 105, 79 y 88 personas, respectivamente. Los individuos restantes no desearon participar o dejaron la encuesta en blanco. Se obtuvo los datos del 80,9% del universo propuesto para el estudio (87,6%, 88,2%, 65,8% y 82,2% por cada año de estudios, respectivamente).

El número total de participantes fue de 195 varones (51,6%) y 183 mujeres (48,4%), con una edad promedio de  $21,1 \pm 2,5$  años.

Se halló una prevalencia de 34,1% de sintomatología ansiosa, 29,9% de sintomatología depresiva y 20,6% de sintomatología conjunta (Gráfico 1).

La tabla 1 muestra el análisis de la sintomatología ansiosa y depresiva de manera conjunta y las variables independientes de interés (edad, sexo y año de estudios). Se encontró que el promedio de edad era significativamente menor en los individuos con sintomatología ansiosa ( $p=0,005$ ), ansiosa y depresiva ( $p=0,004$ ), pero no en los que tenían sintomatología depresiva ( $p=NS$ ). La prevalencia de sintomatología

ansiosa y/o depresiva fue significativamente diferente por año de estudio (ansiosa,  $p=0,001$ ; depresiva,  $p=0,002$ ; ambas,  $p=0,004$ ). Al realizar un análisis entre los diferentes años de estudio, se encontró una prevalencia menor significativa entre el quinto año y el resto de años estudiados.

Al realizar el análisis multivariado se encontró una disminución no significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva (conjunta e individualmente) con el aumento de los años de estudio. Se encontró una relación significativa ( $p<0,001$ ) entre la presencia de sintomatología ansiosa y la depresiva, ajustada por las variables edad, sexo y año de estudios; se observó que la presencia de sintomatología ansiosa aumenta la posibilidad de tener sintomatología depresiva en 4,5 veces y de manera inversa en 3,4 veces (Tabla 2).

## DISCUSIÓN

Se halló una prevalencia de sintomatología ansiosa o depresiva en estudiantes de medicina (29,9-34,1%) mayor a lo esperado para la población general (10-15%), sobre todo en los primeros años de estudio, hecho corroborado por la literatura (8-9). Si bien las pruebas de sintomatología ansiosa y/o depresiva no se usan para el diagnóstico de dichas patologías (siendo el diagnóstico por un especialista el *gold standard*), son un indicador bastante sugerente de las mismas. Además, es importante mencionar que si bien la EADG se encuentra validada en español, la población que se usó para evaluarla podría tener características diferentes a la nuestra.

**Tabla 2: Análisis multivariado de sintomatología ansiosa y depresiva.**

| Depresión y Ansiedad | Razón de Prevalencias | IC-95%  | p    |
|----------------------|-----------------------|---------|------|
| Edad                 | 1,0                   | 0,8-1,2 | 0,93 |
| Sexo                 | 1,5                   | 1,0-2,2 | 0,05 |
| Año de estudios      | 0,9                   | 0,7-1,0 | 0,12 |

| Depresión | Razón de Prevalencias * | IC-95%  | p     |
|-----------|-------------------------|---------|-------|
| Ansiedad  | 4,5                     | 3,3-6,3 | <0,01 |

| Ansiedad  | Razón de Prevalencias * | IC-95%  | p     |
|-----------|-------------------------|---------|-------|
| Depresión | 3,4                     | 2,6-4,5 | <0,01 |

\*Ajustado por edad, sexo y año de estudios

Existen diferencias en la distribución de la sintomatología ansiosa y depresiva de manera conjunta entre los años de estudio de los estudiantes universitarios de medicina. A diferencia de los estudios revisados, se encontró que esta diferencia, sólo significativa en el quinto año, podría indicar una disminución de la ansiedad y la depresión con el tiempo de permanencia en la universidad. Muchos factores podrían explicar dicha disminución, tales como, diferencias poblacionales, adaptación progresiva a la carga académica o el abandono de estudios en los primeros años por parte de los individuos con patología ansiosa o depresiva.

Teniendo en cuenta que el estudio se realizó en los últimos meses del año, es importante mencionar que durante el quinto año se cursa la asignatura de psiquiatría, por lo que la prevalencia disminuida con respecto a otros años podría responder a que haya una mayor conciencia de enfermedad y tratamiento debido a este curso académico.

El estudio tuvo un porcentaje de rechazo de casi 20%, con el porcentaje más alto en el quinto año. Si bien el número total de alumnos evaluados puede considerarse una cifra significativa de la muestra planteada; los alumnos no incluidos en la muestra pueden haber modificado las prevalencias halladas en el estudio.

La presencia de estas patologías puede disminuir las capacidades de estos estudiantes en su entorno social y académico. Debido a la alta prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva hallada en los estudiantes de medicina en relación a la población general, es muy posible que sean condiciones importantes que afecten a este grupo; por lo que sería necesario identificar los factores que desencadenan estos trastornos para generar programas de control de enfermedad, así como de detección y tratamiento en esta población.

### Correspondencia:

Jorge Osada Lij, MD, MSc(c)  
Av. O.R. Benavides 2619 - D, Lima 01, Peru.  
Correo electrónico: j\_osada@hotmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE, Barrett JE, Blacklow RS, Keller MB, et al. Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. Arch Fam Med 1995;4(10):857-61.

2. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press; 1990.
3. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
4. Instituto Especializado de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General*. *Anales de Salud Mental* 2002; (18): 1-2.
5. Gwynn RC, McQuiston HL, McVeigh KH, Garg RK, Frieden TR, Thorpe LE. Prevalence, diagnosis, and treatment of depression and generalized anxiety disorder in a diverse urban community. *Psychiatr Serv* 2008; 59(6): 641-647.
6. Bunce D, Handley R, Gaines SO Jr. Depression, anxiety, and within-person variability in adults aged 18 to 85 years. *Psychol Aging* 2008; 23(4):848-58.
7. Khan MS, Mahmood S, Badshah A, Ali SU, Jamal Y. Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2006; 56(12):583-6.
8. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry* 2008; 32(1):31-8.
9. Smith CK, Peterson DF, Degenhardt BF, Johnson JC. Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. *Psychol Health Med* 2007; 12(1):31-9.
10. Osada J, Rojas M, Rosales C, Vega J. Consumo de cafeína en estudiantes de medicina, y coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva. *Rev Med Hered* 2008; 19(3):102-7.
11. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988; 297: 897-899.
12. Montón C, Pérez MJ, Campos R, García J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-9.