

Prevalencia de depresión y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Caldas

Maria Alejandra Gallego Henao

Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento de Salud Mental y
Comportamiento Humano
Manizales, Colombia
2021

Prevalencia de depresión y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Caldas

Maria Alejandra Gallego Henao

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Director:

PhD en ciencias biomédicas, Oscar Mauricio Castaño Ramírez

Grupo de Investigación: Salud Mental y Comportamiento Humano
Línea de Investigación: Salud Mental en el departamento de Caldas

Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento de Salud Mental y
Comportamiento Humano
Manizales, Colombia
2021

Resumen

Objetivo: examinar la prevalencia de depresión y los factores asociados en una muestra de estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas - Colombia. **Materiales y métodos:** estudio transversal, cuantitativo, descriptivo, realizado con 211 estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, en Manizales - Colombia en el año 2018. Los participantes respondieron tres encuestas de autoinforme: cuestionario sobre variables demográficas y clínicas, el inventario de depresión de Beck y la escala de estrés percibido. Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando la prueba de chi-cuadrado y un modelo de regresión logística binaria. **Resultados:** el 63% de los participantes tuvo algún grado de depresión. El 17% presentó depresión grave. Se encontraron como factores de riesgo con asociación estadísticamente significativa la percepción elevada de estrés OR: 18,7 (IC 95% 4,4 - 80), la percepción de un mal estado de salud OR: 6,7 (IC 95% 2,7 - 16,7), pasar tiempo solo OR: 4,2 (IC 95% 1,4 - 12,8), el sexo femenino OR: 4,2 (IC 95% 2,2 - 7,9) y los antecedentes familiares de suicidio o de intentos de suicidio OR: 3,5 (IC 95% 1,6 - 7,7). **Conclusiones:** se encontró una alta prevalencia de depresión en los estudiantes de medicina, asociado principalmente a los altos niveles de estrés percibido, por lo cual es necesario implementar medidas adicionales encaminadas al manejo de la depresión y del estrés. En futuras investigaciones se requiere conocer las estrategias de afrontamiento que tienen los estudiantes para manejar el estrés y las variaciones en el estado de ánimo.

Palabras clave: estudiantes de medicina, depresión, estrés, adaptación psicológica, factores de riesgo (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: to examine depression and its associated factors in a sample of medical students from the University of Caldas, in Colombia. **Methods:** A cross-sectional, quantitative, descriptive study, it was designed with 211 students from the medical program at the University of Caldas, in Manizales Colombia, in 2018. Participants answered three self-report surveys that included questions about demographic and clinical variables, Beck's depression inventory, and the perceived stress scale. Statistical analyses were performed using the chi-square test and a binary logistic regression model. **Results:** 63% of the participants had some degree of depression. A total of 17% presented severe depression. Risk factors with statistically significant association included high perception of stress, OR: 18.7 (95% CI 4.4 - 80) perception of poor health, OR: 6.7 (95% CI 2.7 - 16.7) time alone, OR: 4.2 (95% CI 1.4 - 12.8) female gender, OR: 4.2 (95% CI 2.2 - 7.9) family history of suicide or suicide attempts OR: 3.5 (95% CI 1.6 - 7.7). **Conclusions:** a high prevalence of depression was identified in medical students, mainly associated with high levels of perceived stress, which necessitates the implementation of additional measures aimed at managing depression and stress. Further research is necessary, in order to understand which coping strategies students employ to manage stress and mood swings.

Keywords: medical students, depression, stress, adaptation, risk factor (Source: MeSH, NLM).

Tabla de contenido

1. Planteamiento del problema y justificación	8
2. Marco teórico	12
3. Objetivos	18
4. Estrategia metodológica	19
5. Aspectos éticos.....	23
6. Resultados.....	24
6.1 Analítica descriptiva general univariada.....	24
6.2 Analítica inferencial y estimación de riesgo.....	62
6.3 Regresión logística binaria.....	102
7. Discusión	104
8. Conclusiones.....	107
9. Documentos anexos	108
Anexo 1: Carta de aprobación comité de Bioética Universidad de Caldas.....	108
Anexo 2: Consentimiento informado	109
Anexo 3: Encuesta referente a información personal y sociodemográfica	111
Anexo 4: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	113
Anexo 5: Escala de estrés percibido 14 ítems (EEP).....	117
10. Referencias bibliográficas	119

Introducción

Los trastornos mentales representan uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, siendo Colombia uno de los países inmersos en tal fenómeno (1); la carga global de la enfermedad, nos ha permitido dimensionar la verdadera magnitud de estos y posicionarlos como situaciones prioritarias en las agendas de salud pública, entendiendo tal carga en términos de sufrimiento individual, familiar y social, mortalidad, discapacidad y costos para los diferentes actores del sistema de salud (2).

Considerada por muchos como la enfermedad del siglo XXI, la depresión, en especial, se ha convertido en un problema de salud pública por el impacto que tiene en el individuo, su familia y la comunidad (3).

En la actualidad, éste trastorno representa en la sociedad una gran carga en cuanto a morbilidad, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y años perdidos por discapacidad (APD), por lo cual se considera la quinta causa de carga entre todas las enfermedades (4); más preocupante aún es el grado severo de depresión, considerándose la principal causa de discapacidad y la cuarta entre las diez principales causas de carga de morbilidad a nivel mundial (4). Como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe sobre la Salud Mundial* publicado en el año 2001 (4), “*las perspectivas de futuro son todavía más sombrías*”; es precisamente esta tendencia al ascenso de la depresión lo que lleva a que se requiera una actualización permanente de su comportamiento epidemiológico en el contexto. Se estima que para el año 2020, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD, que a nivel mundial sólo será superada por las miocardiopatías; en las regiones desarrolladas, la depresión será para ese momento la primera causa de carga de morbilidad (4).

Según informes de la OMS, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, con una prevalencia en el año 2017 del 4,4%, y aunque generalmente se presenta como un trastorno episódico y recurrente, aproximadamente en el 20% de los casos la depresión sigue una evolución crónica sin remisiones (5) (4).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5) publicada en el año 2013, la prevalencia a doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es del 7 %, con diferencias entre los grupos etarios, de modo que la prevalencia en las personas con edades comprendidas entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de mayor edad. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5 a 3 veces mayores que las de los hombres (6).

En Colombia, según la cuarta encuesta nacional de salud mental realizada en el 2015, la prevalencia de depresión mayor de por vida es 4.3%, (5.4% en mujeres, 3.2% en hombres), lo cual coincide con datos similares a nivel mundial en donde existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres (7). Siguiendo la tendencia nacional, las cifras de depresión en Caldas, han aumentado significativamente, pasando de 573 casos de depresión moderada diagnosticados en 2009 a 1371 en 2015 (3).

Prevalencias de depresión significativamente más altas se han reportado en los estudiantes de medicina (8). Un metaanálisis publicado en el año 2016 evaluó la prevalencia de depresión en 122.356 estudiantes de medicina de 43 países e informó una prevalencia global del 27,2% (9). Investigaciones previas enfocadas en estudiantes de medicina han reportado prevalencias significativamente más elevadas en comparación con la población general, que oscilan entre el 11% y el 62% (10) (11) (12) (8) (13) (14) (15) (16) (17).

Con un alto nivel de exigencia académica y presión psicosocial, los estudiantes de medicina en el transcurso de su formación académica tienden a deprimirse (18), lo que lleva a problemas posteriores en la vida profesional y podría comprometer la calidad humana de la atención de los pacientes (18) (19).

La alta prevalencia de depresión en estudiantes de medicina ha llevado a que el trastorno depresivo sea una de las entidades psiquiátricas más investigadas en la población estudiantil médica. En diversas publicaciones se ha evidenciado cómo en la última década ha venido incrementándose esta prevalencia a pesar de los esfuerzos por implementar medidas preventivas, factor que genera gran preocupación y motiva a continuar investigando los factores de riesgo que se encuentran asociados con el fin de promover intervenciones adicionales encaminadas a la reducción de los mismos.

1. Planteamiento del problema y justificación

La mayor prevalencia de estrés y de trastornos emocionales, en especial de depresión en estudiantes de medicina, ha sido identificada desde hace más de una década como un tema de preocupación por varios investigadores en distintos países (20) (21).

Al revisar la literatura a nivel mundial, se encuentra de forma alarmante la manera en que consistentemente ha ido aumentando la prevalencia del trastorno depresivo en estudiantes de medicina en diferentes lugares. En un estudio realizado en Suecia en el año 2005 se encontró que los estudiantes de medicina tenían tasas de depresión más altas que la población general, con una prevalencia 12.9%, donde las mujeres mostraron tasas más altas que los hombres (16.1% y 8.1% respectivamente) y un total de 2.7% de los estudiantes habían presentado algún intento de suicidio (22). Un estudio realizado en Perú en el 2007 encontró una prevalencia de depresión en estudiantes de medicina del 22% (23). Por su parte, estudios realizados en Brasil en el 2014 encontraron una prevalencia mayor al 30% (24). En el 2015 en Egipto se reportó una prevalencia de depresión del 60,8% en una muestra de estudiantes de medicina (16). Datos similares arrojó un estudio realizado en la India en ese mismo año que encontró que un 58% de los estudiantes de medicina tenían algún grado de depresión (25). En el año 2016 fue llevado a cabo un estudio en Camerún en estudiantes de medicina, que encontró una prevalencia de depresión en un 30.6% de este grupo (18). En un estudio realizado en Ecuador en el 2017 en estudiantes de pregrado medicina de la Pontificia Universidad Católica, determinó que el 61,9% tenían depresión (17).

En Colombia, varios estudios realizados en estudiantes de Medicina han reportado mayor prevalencia de depresión en este grupo en comparación con la población general, es así como lo evidencia un estudio realizado en el año 2006 en estudiantes de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, el cual encontró una prevalencia global de depresión del 53,2% y concluyeron que *“los estudiantes de medicina tuvieron el doble de probabilidad de sufrir de síntomas depresivos que la población general”* (13). Del mismo modo en un estudio realizado en la Universidad

Pontificia Javeriana en Bogotá, en el año 2006 mostró una prevalencia de depresión del 46,95% en estudiantes de pregrado de Medicina (14). En la Universidad de Antioquia se encontró una prevalencia para depresión en estudiantes de Medicina del 27,8 % entre los años 2010 y 2013 (15).

En el departamento de Caldas, la depresión en estudiantes de medicina también ha sido un tema de preocupación, reflejado esto en los estudios que se han realizado. En el año 2000, Fernández y Giraldo, encontraron una prevalencia de depresión en los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas del 24,6% y el rango de edad con mayor prevalencia fue el de veinte a veintinueve años (70,4%), asociado principalmente a pérdidas académicas, pérdida de una relación afectiva, consumo de marihuana y alcohol; respecto al nivel académico con mayor prevalencia, fue VI semestre, con 33,3%, seguido, de IV semestre con 32,8% (10). Asimismo un estudio llevado a cabo en el 2013 arrojó una prevalencia global de 22,7% en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas (11). Posteriormente en un estudio realizado en el 2014 en estudiantes de medicina de la universidad de Caldas y la Universidad de Manizales encontró un incremento en la prevalencia de síntomas depresivos de más de 10 puntos porcentuales con respecto al reporte de 2013 y reportó una prevalencia del 34.5% (12). Lo anterior evidencia como la tendencia ha sido hacia el incremento de la prevalencia de depresión a pesar de la implementación de medidas de bienestar universitario en el ámbito de salud mental que ha hecho la Universidad de Caldas.

Síntomas depresivos se pueden reflejar en bradipsiquia, hipoprosexia e indecisión, lo cual pone en peligro el adecuado desarrollo académico, sus relaciones interpersonales y profesionales (26) (27). Las ideas de minusvalía y el mal afrontamiento del fracaso, pueden conducir también al abuso de sustancias o ideación suicida (28).

Muchos factores se han asumido como disparadores de síntomas y trastornos depresivos en el transcurso de la carrera de medicina tales como la mayor exigencia tanto teórica, al estar en la obligación de asimilar mayor cantidad de información; como práctica, por el hecho de enfrentar situaciones emocionales complejas, a veces de vida o muerte (29), además de tener periodos de entrenamiento mucho más extensos y extenuantes en comparación con estudiantes de otras carreras (30).

El estrés percibido, entendido como la valoración personal de las situaciones de la vida en general, es también una importante condición que se encuentra en directa relación con el desarrollo de depresión en el contexto universitario. Los elementos particulares de mayor presión y exigencia, las demandas de la vida privada, la exposición continua al dolor y a la muerte incluida la muerte por suicidio, por lo cual se convierte en un factor que debe evaluarse en este ámbito (31) (32). En el ámbito individual, los rasgos de personalidad y la falta de recursos para enfrentar situaciones adversas, pueden contribuir al aumento del estrés llevando a una consecuente reducción de su bienestar (33) (34).

Otros factores estresantes encontrados como parte de la educación médica que contribuyen a la problemática, incluyen el miedo a cometer errores, el miedo a tomar la decisión correcta para la atención de los pacientes y la limitada posibilidad de realizar actividades de ocio y autocuidado, lo cual deteriora el estado de bienestar de los estudiantes (35) (36).

Por otra parte, existen estudios que han evidenciado una elevada prevalencia de estrés psicológico, el cual varía entre el 12.2% y el 87.3% en los estudiantes, con una media de 29.6% y se han asociado factores de riesgo tales como los cambios que se generan en el transcurso de la carrera, pudiéndose determinar que puede aumentar a medida que el estudiante avanza en la misma. En algunos estudios se encontró relación entre la presencia de la sintomatología y el género femenino mientras que otros no informaron diferencias entre los sexos. Dentro de los factores sociales y económicos se identificó que los bajos ingresos familiares representan un factor de riesgo para depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de medicina (37). También se han encontrado factores protectores frente a la depresión y el estrés durante el pregrado, tales como el grado de resiliencia, estrategias de afrontamiento de la frustración, el bienestar personal y el apoyo social, como predictores de una adecuada salud mental (38).

Es necesario señalar que en las universidades se forma al estudiante en torno al bienestar del individuo o de la población que atenderá, pero no se le enseñan estrategias que potencien el bienestar propio (8).

Según los estudios realizados previamente y citados aquí, la prevalencia del trastorno depresivo en los estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas no ha

disminuido a pesar de la implementación de medidas por parte de bienestar Universitario en el ámbito de Salud Mental, específicamente consultas con Psiquiatría; y se hace necesario identificar qué variables han aparecido o se han modificado a lo largo del tiempo que puedan contribuir a la aparición del trastorno depresivo.

Partiendo de lo expuesto, es evidente la necesidad y la responsabilidad de autoevaluar y actualizar permanentemente el comportamiento de esta patología en el contexto universitario, específicamente en el Programa de Medicina, posterior a la implementación de medidas de bienestar universitario en el ámbito de salud mental, por esto es que en este estudio se pretende ***evaluar la prevalencia actual de depresión y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Caldas.***

2. Marco teórico

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la combinación de tristeza, desinterés por las actividades y pérdida de energía que duran al menos dos semanas. Otros síntomas que se presentan son la pérdida de confianza y autoestima, sentimientos injustificados de culpabilidad, una menor capacidad de concentración y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación; en ocasiones se acompaña de pensamientos de muerte o ideación suicida (39).

El DSM 5 define el trastorno depresivo mayor como la presencia de al menos cinco síntomas durante un periodo no menor a dos semanas y que representen un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer por todas o casi todas las actividades. Los demás síntomas incluyen pérdida importante de peso sin hacer dieta, aumento de peso o alteraciones en el apetito que pueden ir desde disminución hasta aumento de éste; insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, pensamientos de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes (6).

A su vez, el trastorno depresivo mayor se divide de acuerdo a la gravedad del episodio actual en leve, moderado o grave, basándose en el número de síntomas, la gravedad de éstos y el grado de discapacidad funcional. En el caso del episodio leve, sólo están presentes los síntomas necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, el malestar que ocasionan es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento; en el caso del episodio grave el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad causa gran malestar y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral; en el episodio moderado el número de síntomas, la intensidad de éstos y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve y grave (6). Otra diferenciación que se puede hacer al momento de clasificar es episodio depresivo único o recurrente dependiendo de si ha existido más de un episodio a lo largo de la

vida; y otro especificador es la presencia de síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado para llevar a cabo sus actividades. Finalmente, se puede clasificar como episodio depresivo con síntomas insuficientes cuando existe un afecto deprimido y al menos cuatro de los síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas (6).

En el 30% de los casos la depresión se vuelve crónica y su presencia aumenta la probabilidad de que se desarrollen algunas enfermedades o empeora el desenlace de otras, siendo el suicidio la complicación más grave de la depresión mayor (3).

Se han establecido una serie de factores de riesgo para la aparición del trastorno depresivo, entre ellos se encuentran los factores ambientales, pues se considera que los acontecimientos adversos en la infancia constituyen un potente conjunto de factores de riesgo para contraer un trastorno depresivo mayor, asimismo, los acontecimientos vitales estresantes son reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor (6). Entre los factores genéticos, está claro que los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general de presentar depresión; La heredabilidad es de aproximadamente el 40% (6).

Algunos expertos han definido que quienes tienen mayor riesgo de sufrir depresión son las personas con historia previa de episodio depresivo, historia familiar de depresión, problemas psicosociales o que hayan presentado eventos vitales estresantes; abuso y dependencia de sustancias incluidos alcohol y cigarrillo; personas con otros trastornos psiquiátricos comórbidos y con historia de intentos de suicidio y quienes son sedentarias (3).

Dentro de los factores que se han asociado a la aparición del trastorno depresivo en estudiantes de Medicina se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, pérdidas afectivas, estresores a nivel familiar, carga académica, rendimiento académico, semestre cursado, pérdida de un semestre académico, insatisfacción con la carrera, falta de apoyo económico, separación de la familia de origen, vivir en hogar no familiar, problemas de adaptación a otra ciudad (12) (40) (10). Además, se ha

encontrado una mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino, pero una depresión más severa en los hombres (31). El estrato socioeconómico aparece como un factor fundamental desencadenante del trastorno depresivo, ya que a menor estrato socioeconómico al que pertenezcan los jóvenes, mayor nivel de depresión aparecerá; Asimismo, la depresión grave se concentra más en los estratos 1 y 2 (31).

Existen datos contradictorios respecto a la prevalencia de depresión en el transcurso de la carrera universitaria de Medicina, ya que según un estudio se encontró una mayor prevalencia de depresión en los estudiantes de los semestre preclínicos, es decir los primeros semestres de la carrera y se informó que estos estudiantes tenían 1,63 veces más probabilidades de estar deprimidos en comparación con los estudiantes clínicos (30). Según el estudio realizado por Fernandez y Giraldo (2000) en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, el nivel académico con mayor prevalencia, fue VI semestre, con 33,3%, seguido, de IV semestre con 32,8% (10). Sin embargo, en una revisión sistemática y meta-análisis de 167 estudios transversales y 16 estudios longitudinales de 43 países, las estimaciones de prevalencia no difirieron significativamente entre los estudios de solo estudiantes preclínicos y los estudios de solo estudiantes clínicos (9).

También se ha evaluado la relación entre el estrés percibido y la depresión en estudiantes de Medicina; y se ha encontrado que están estrechamente relacionados y tienen un impacto negativo en los logros académicos (8). El estrés percibido se ve implicado como factor asociado a la aparición de depresión, ya que en el ámbito universitario, por sus características complejas exige nuevas formas de comportamiento para enfrentar diversas situaciones que pueden contribuir a incrementar los niveles de estrés (31).

A nivel mundial se han encontrado cifras variables en el porcentaje de estrés en los estudiantes de Medicina, que oscilan entre el 25% y el 90%, y, como se acaba de mencionar, éste es uno de los factores determinantes para la aparición de depresión, lo cual podría explicar en parte, la mayor prevalencia de depresión en estudiantes de medicina en comparación con la población general (18).

Un estudio llevado a cabo en Rumania entre los años 2016 y 2017 sobre depresión y estrés percibido entre estudiantes de medicina, reportó que los estudiantes de primer

año tuvieron puntuaciones significativamente más altas en el estrés percibido y en la depresión evaluada mediante el inventario de depresión de Beck. Se identificó que existe una correlación positiva entre el estrés percibido y todos los ítems de la escala de depresión de Beck, además encontraron que la mayor puntuación para depresión y estrés percibido estaba relacionada principalmente con el rendimiento académico y exámenes reprobados (8).

En Colombia, en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Bucaramanga en el año 2012, en donde se evaluó el grado de estrés percibido y la prevalencia del trastorno depresivo, se encontró asociación entre altos niveles de estrés y la presencia de síntomas de depresivos (41).

Dentro de los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para detectar y evaluar la gravedad de la depresión se encuentra el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el cual es un autoinforme compuesto por 21 ítems; inicialmente fue propuesto por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996) y la adaptación a la versión española fue realizada por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez (2011). Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes que presentan los pacientes con trastorno depresivo (42).

El BDI-II es el único cuestionario que cubre todos los síntomas del episodio depresivo mayor según el DSM-IV (42). Además, muestra índices de consistencia interna y validez factorial superiores a las versiones anteriores (BDI-I y BDI-IA) (42). La adaptación española del BDI-II también muestra adecuados índices de fiabilidad y validez en muestras clínicas y no clínicas, índices que permiten proponer pautas y puntuaciones de corte útiles para determinar la gravedad de la depresión (42). Este test debe ser aplicado a pacientes adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, depresión ausente o mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (42).

Asimismo, existen escalas validadas para establecer el grado de estrés y entre éstas una de las más utilizadas es la Escala de Estrés Percibido (EEP); ésta consiste en un instrumento autoaplicable construido por Cohen, Kamarck y Mermelstein en el año 1983, la cual fue diseñada para estimar el grado en que los individuos valoran las situaciones de la vida como estresantes. Consta de 14 ítems que interrogan el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar; proporciona información general del estado de estrés percibido en el último mes. Esta escala presenta una estructura de dos factores. El primer factor agrupa los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14, que se consideran negativos, y representan la percepción de desamparo o pérdida de control y sus consecuencias. El segundo factor agrupa los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13, que se consideran positivos, y representan la autoeficacia o control de las situaciones estresantes o amenazantes. Cada ítem se valora en una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = muy a menudo). La puntuación total de la escala va de 0 a 56, teniendo en cuenta que deben invertirse las puntuaciones de los ítems positivos, siendo las puntuaciones más elevadas indicadoras de un mayor nivel de estrés percibido; algunos autores han distinguido tres niveles o situaciones de estrés, según las puntuaciones: nivel bajo de percepción: 0-18; nivel medio o moderado de percepción: 19-37; nivel alto: 38-56 (43).

Remor y Carrobles (2001) validaron la versión española de esta escala (44) y la versión de 14 ítems demostró una adecuada fiabilidad, validez y sensibilidad (45); la escala global presenta una consistencia interna elevada con coeficientes de alfa de Cronbach informados entre 0,74 y 0,89 (46). Además, debido a que ésta escala aprovecha las creencias generales sobre el estrés percibido sin proporcionar a los sujetos una lista de eventos específicos de la vida, los puntajes no están sesgados por el contenido del evento o por el recuerdo diferencial de experiencias pasadas (45).

El enfoque en la evaluación subjetiva sobre el estrés que enfrentan las personas acerca de los diferentes acontecimientos del diario vivir y la manera de percibir la vida, ha sido considerado un factor más importante que centrarse en medidas objetivas, ya que este enfoque reconoce que el impacto de un factor estresante particular variará entre los individuos y un factor clave es la percepción del individuo

de su capacidad para controlar el origen del estrés; La EEP representa una alternativa viable a estas medidas. Según los autores, esta escala fue diseñada no para medir la frecuencia o presencia de eventos estresantes específicos, sino para medir *"el grado en que los individuos valoran las situaciones en sus vidas como estresantes"* (Cohen, 1986). Esta medida no depende de respaldos de eventos específicos sino, más bien, del grado en que las personas experimentan sus vidas como impredecibles, incontrolables y sobrecargadas (47).

3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia actual de depresión y los factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas.

Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población de estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas
- Establecer la prevalencia actual de depresión en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas
- Determinar el grado de depresión en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas
- Evaluar los factores asociados a depresión en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas
- Valorar el grado de estrés percibido en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas
- Evaluar la asociación entre depresión y estrés percibido en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas.

4. Estrategia metodológica

Diseño del estudio: enfoque cuantitativo

Tipo de estudio: observacional, transversal, prospectivo, analítico.

Nivel de investigación: Relacional

Unidad de análisis: cuestionario con preguntas orientadas a la caracterización de la población, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), y Escala de Estrés Percibido de 14 ítems (EEP-14).

Hipótesis nula: No existen cambios en la prevalencia de depresión y en los factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas.

Hipótesis alterna: Existen cambios en la prevalencia de depresión y en los factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Caldas.

Población y muestra: El total aproximado de estudiantes matriculados en el pregrado de medicina de la Universidad de Caldas en el año 2018 es de 500 estudiantes.

Criterios de inclusión: Estudiantes matriculados en el Programa de Medicina de la Universidad de Caldas de primer a undécimo semestre, mayores de edad.

Criterios de exclusión: Estudiantes menores de edad. Estudiantes de otras carreras o universidades. Ausencia del estudiante al momento de la recolección de datos por encontrarse rotando fuera de la ciudad o que por dificultades de asignación de carga asistencial no pueda vincularse.

Técnicas e instrumentos: El estudio fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad de Caldas (Anexo 1), cada estudiante firmó el consentimiento informado para la participación voluntaria (Anexo 2), se implementaron tres instrumentos de recolección de la información autoaplicados, con el acompañamiento del equipo investigador para resolver dudas.

Los instrumentos destinados a la recolección de la información consisten en un cuestionario con preguntas orientadas a la caracterización de la población (Anexo 3), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Anexo 4) y la Escala de Estrés Percibido de 14 ítems (EEP-14) (Anexo 5). El BDI-II en su adaptación española con adecuados índices de fiabilidad y validez (42) y la versión adaptada al español del EEP-14 también con una adecuada fiabilidad, validez y sensibilidad como se mencionó previamente (45).

Tabla de operacionalización de variables

Variable	Indicador (I), definición (D)	Valores finales	Tipo de variable
Sexo	Sexo referido por el encuestado (D)	-Femenino -Masculino	Cualitativa, nominal, dicotómica
Edad	Edad en años cumplidos referida por el encuestado (D)	Número de años cumplidos	Cuantitativa, razón, discreta
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico del lugar donde reside el encuestado, referido por él (D)	Estrato socioeconómico de 0 a 6	Cualitativa, ordinal, politómica
Nacimiento	Ciudad de nacimiento referida por el encuestado (D)	Manizales Otra	Cualitativa, nominal, dicotómica
Estado civil	Estado civil del encuestado referido por él (D)	-Soltero -Casado -Unión libre -Separado -Noviazgo	Cualitativa, nominal, politómica
Semestre	Semestre que cursa actualmente, referido por el encuestado (D)	Semestre que cursa actualmente	Cualitativa, ordinal, politómica
Rotación perdida	Perdida de rotaciones o materias referida por el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, nominal dicotómica
Satisfacción	Grado de satisfacción con la carrera universitaria elegida referido por el encuestado (D)	-Muy satisfecho -Satisfecho -Poco satisfecho -Nada satisfecho	Cualitativa, ordinal, politómica
Sostenimiento	Origen de las finanzas con las que asegura el sostenimiento, referido por el encuestado (D)	-Familia -Ahorros -Trabajo -Préstamo-Beca	Cualitativa, nominal, politómica
Soporte social	Soporte social a quien acude cuando tiene un problema,	-Familia -Amigos	Cualitativa, nominal,

	referido por el encuestado (D)	-Pareja -Compañeros -Nadie	politómica
Tiempo libre	Personas con las que comparte el tiempo libre, referido por el encuestado (D)	-Familia -Amigos -Pareja -Compañeros -Ninguna	Cualitativa, nominal, politómica
Grupo	Participación activa en grupos, referida por el encuestado (D)	-Religioso -Artístico -Político -Deportivo -Social -Voluntariado -Ninguno	Cualitativa, nominal, politómica
Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo de sustancias psicoactivas referido por el encuestado (D)	-Alcohol -Tabaco -Marihuana -Cocaína -Inhalables -Metanfetaminas -Heroína -Benzodiacepinas -Otra	Cualitativa, nominal, politómica
Estado de salud	Percepción de su estado general de salud, referida por el encuestado (D)	-Bueno -Regular -Malo	Cualitativa, ordinal, politómica
Fallecimiento ser querido	Fallecimiento de algún ser querido en los últimos tres meses, referido por el encuestado (D)	-Si -No	-Cualitativa, nominal, dicotómica
Trastorno mental familiar	Antecedentes familiares de trastorno mental (padres,	-Si -No	-Cualitativa, nominal,

	hermanos, tíos, abuelos), referido por el encuestado (D)		dicotómica
Trastorno mental paciente	Antecedentes personales de trastorno mental diagnosticado referido por el encuestado (D)	-Si -No	Cualitativa, nominal, politómica
Tipo trastorno mental	Tipo de trastorno mental diagnosticado en el encuestado (D)	-Trastorno bipolar -Depresión -Ansiedad -TOC -TDAH -Esquizofrenia -Otro, ¿Cuál?	Cualitativa, nominal, politómica
Grado de depresión	Grado de depresión medido por el inventario de depresión de Beck (I)	-Ausente/leve -Moderada -Severa	Cualitativa, ordinal, politómica
Grado de estrés percibido	Grado de estrés percibido medido por la escala EEP-14 (I)	-Leve -Moderado -Severo	Cualitativa, ordinal, politómica

Análisis estadístico

Se llevó a cabo mediante el uso del software IBM SPSS Statistics 23. Se realizó un análisis univariado con estadísticas descriptivas, posteriormente, una estimación de riesgos bivariada mediante pruebas de chi cuadrado de Pearson (variables categóricas dicotómicas), U de Mann-Whitney (variables categóricas ordinales), correlación de Spearman (variables numéricas) para determinar las variables con asociaciones significativas con la variable dependiente depresión. Con las variables independientes cuyo OR fue significativo se realizó una analítica inferencial para estimación de riesgo mediante un modelo de regresión logística binaria. Para predecir la variable dependiente se usó la R cuadrado de Cox y Snell y la R cuadrado de Nagelkerke. Se consideraron significativos los coeficientes de regresión con valores de $p < 0,05$.

5. Aspectos éticos

De acuerdo a la declaración de Helsinki del año 2015 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en el presente proyecto se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones (48):

- Riesgos y beneficios: con el fin de garantizar la confidencialidad de la información, no se conocieron, por parte de los investigadores, los nombres, números de documento de identidad ni códigos estudiantiles de la población de individuos evaluados; los cuestionarios fueron autoaplicados y éstos se entregaron separados de los consentimientos informados. Los beneficios directamente para los participantes del estudio serán en la medida en que posterior a la publicación de los resultados, se pueden mejorar los programas de bienestar universitario en el ámbito de salud mental y la detección oportuna de los trastornos mentales.
- Personas vulnerables: los criterios de exclusión incluyen personas menores de edad que pueden considerarse vulnerables, por tratarse de estudiantes de medicina se considera que no existen otros grupos de personas vulnerables dentro de la investigación.
- Se explicó claramente la investigación y los métodos empleados para la misma a cada participante.
- Esta investigación se declara libre de conflictos de interés.
- Comité de ética de investigación: el protocolo de investigación fue enviado para evaluación y aprobación por el comité de ética de la Universidad de Caldas, el cual no hace parte de la investigación.
- Criterio de voluntariedad: luego de explicar a los participantes el proyecto, utilizando un lenguaje corriente y comprensible, estos accedieron de manera libre y autónoma a firmar el consentimiento informado para ingresar al estudio.
- Garantizar al paciente que la información de sus datos personales se mantendrá bajo reserva de los autores.
- Los datos que se publiquen serán con fines del conocimiento científico y al servicio de los estudiantes de medicina con trastorno depresivo que a futuro se puedan ver beneficiados.

6.Resultados

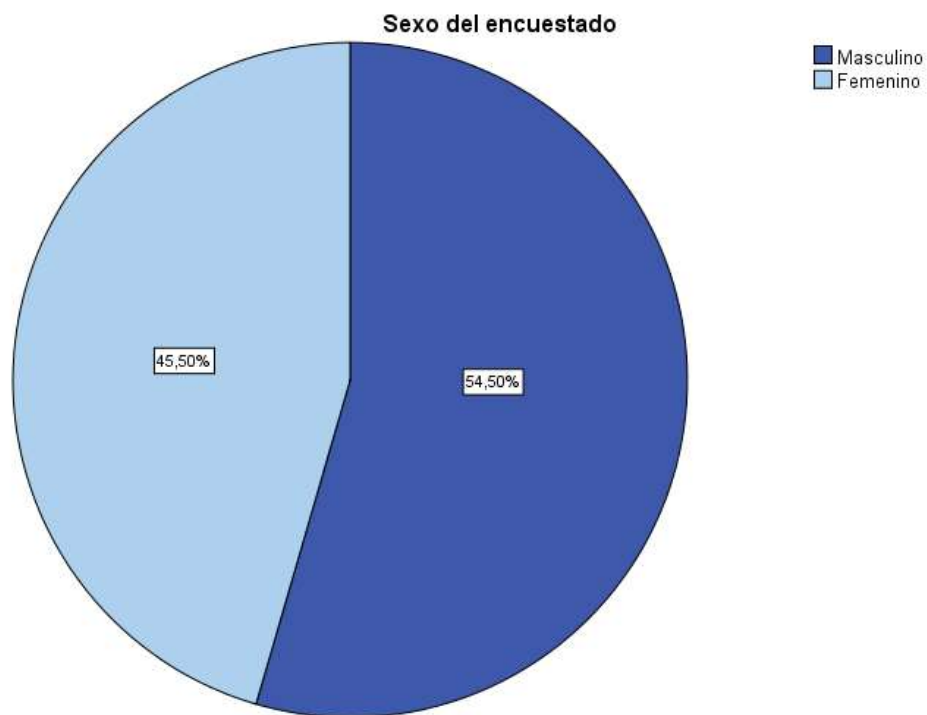
6.1 Analítica descriptiva general univariada

- En este estudio participaron 211 estudiantes del programa de medicina cuya edad promedio fue de 21,3 años; los participantes con menor edad tenían 18 años y los de mayor edad 30 años; el 54,5% fueron hombres y el 45,5% mujeres.
- El 58,8% son de estratos socioeconómicos medios (3 y 4), el 25,1% de estratos socioeconómico altos (5 y 6) y el restante 12,3% de estratos bajos (1 y 2).
- En el 67,3% el origen es fuera de Manizales y el 32,7% nacieron en Manizales.
- El 76,3% manifestaron ser solteros y el 22,7% en una relación.
- La mayoría de los participantes están cursando semestres iniciales del pregrado (47,4%), seguido del 38,9% que cursan semestres intermedios y, por último, el 13,7% semestres finales.
- El 94,8% se encuentra satisfecho con la carrera de Medicina y el 69,2% ha perdido materias o rotaciones.
- El 68,2% pertenece a algún grupo (social, político, académico, religioso, deportivo y/o voluntariado).
- El 37% tiene antecedentes familiares de trastornos mentales (padres, hermanos, tíos, primos o abuelos) y el 24% tiene antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio.
- El 77,3% de los participantes refieren no tener diagnóstico de trastorno mental, y de los que están diagnosticados que corresponden al 22,7%, la mayoría (35,4%) tienen depresión, seguido de trastorno bipolar (20,8%), trastorno mixto de ansiedad y depresión (16,7%) y otros diagnósticos corresponden a ansiedad, TOC y TDAH en menor proporción.
- El 47,4% refiere haber consumido sustancias psicoactivas en los últimos 15 días (42,2% alcohol, 10% cigarrillo, 9,5% marihuana y cerca del 2% inhalables, metanfetaminas y cocaína).
- El 63% de los participantes tuvo algún grado de depresión; El 27% depresión leve, el 19% depresión moderada y el 17% presentó depresión grave. El 33,6% refiere haber tenido pensamientos autolíticos en los últimos 15 días.
- El 21,8% presentó altos niveles de estrés percibido, el 59% niveles moderados y el restante 19% bajos niveles de estrés percibido.

Tabla 1: sexo

sexo del encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	115	54,5	54,5	54,5
	Femenino	96	45,5	45,5	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 54,5% fueron hombres y el 45,5% mujeres.

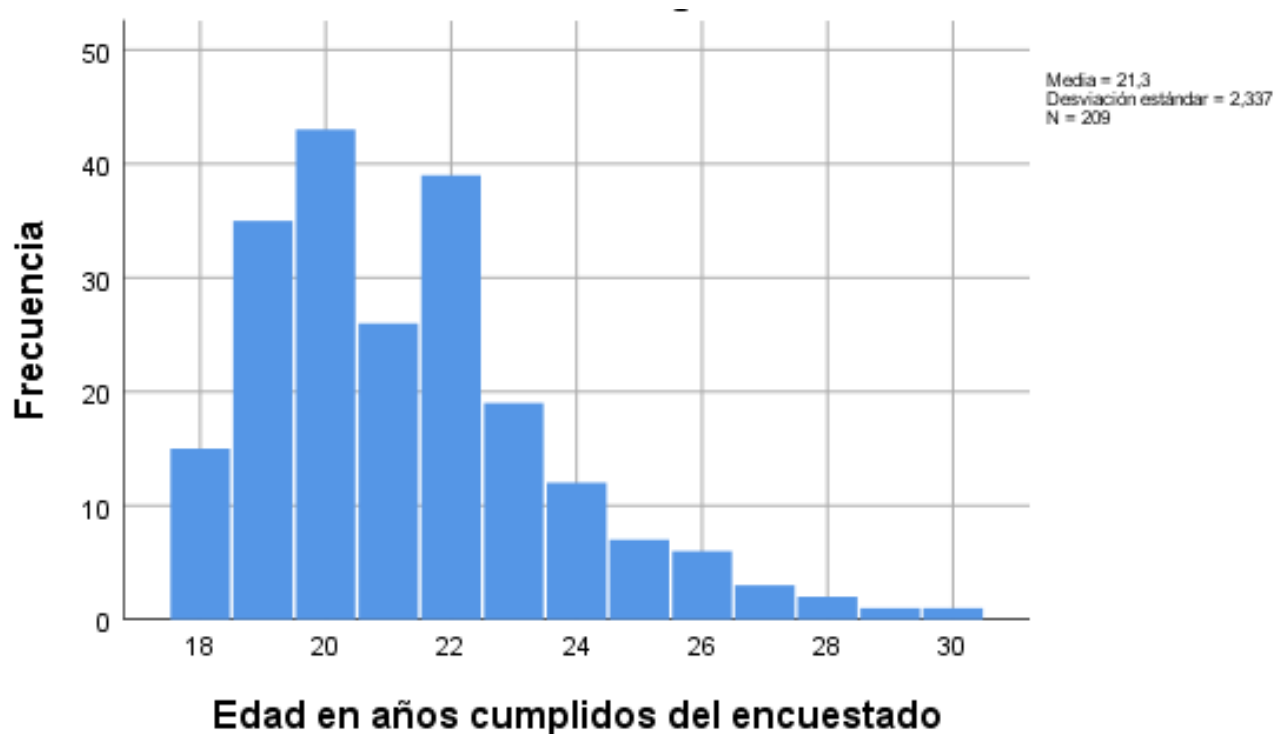
Gráfico 1: sexo


Fuente: elaboración propia

Tabla 2: edad

Edad en años cumplidos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
edad en años cumplidos del encuestado	209	18	30	21,30	2,337
N válido (por lista)	209				

Interpretación: la edad promedio de los participantes fue de 21,3 años; los participantes con menor edad tenían 18 años y los de mayor edad 30 años; 2 participantes no anotaron su edad.

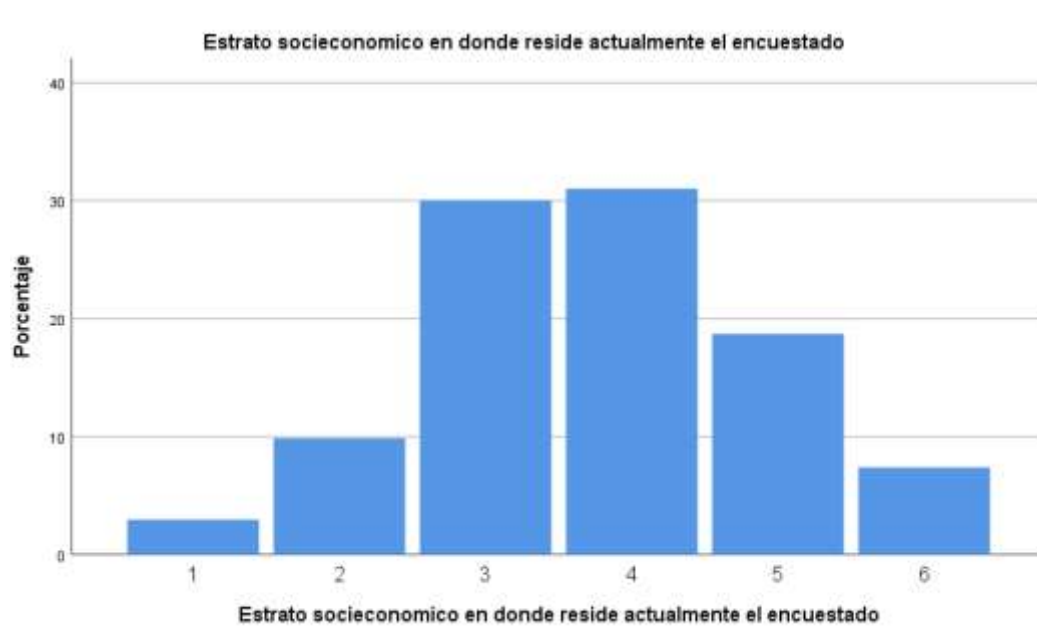
Gráfico 2: edad


Fuente: elaboración propia

Tabla 3: estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico en donde reside actualmente el encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6	2,8	3,0	3,0
	2	20	9,5	9,9	12,8
	3	61	28,9	30,0	42,9
	4	63	29,9	31,0	73,9
	5	38	18,0	18,7	92,6
	6	15	7,1	7,4	100,0
	Total	203	96,2	100,0	
Perdidos	999	8	3,8		
Total		211	100,0		

Interpretación: El 61% son de estratos socioeconómicos medios (3 y 4), el 26,1% de estratos socioeconómico altos (5 y 6) y el restante 12,9% de estratos bajos (1 y 2). 8 participantes no respondieron a que estrato pertenecían.

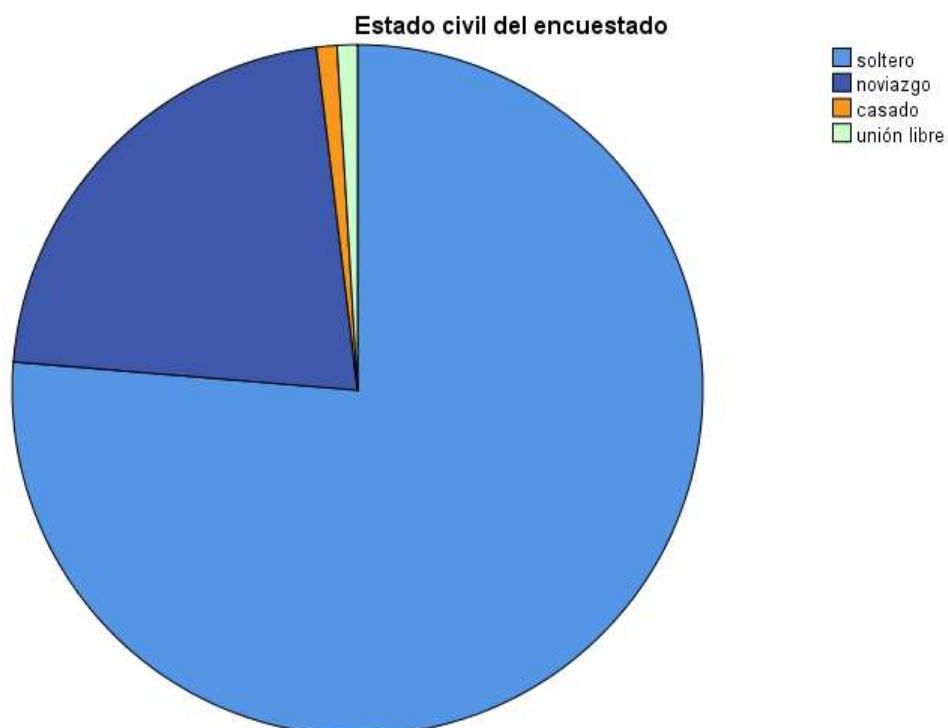
Gráfico 3: estrato socioeconómico


Fuente: elaboración propia

Tabla 4: estado civil

estado civil del encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltero	161	76,3	76,3	76,3
	noviazgo	46	21,8	21,8	98,1
	casado	2	,9	,9	99,1
	unión libre	2	,9	,9	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

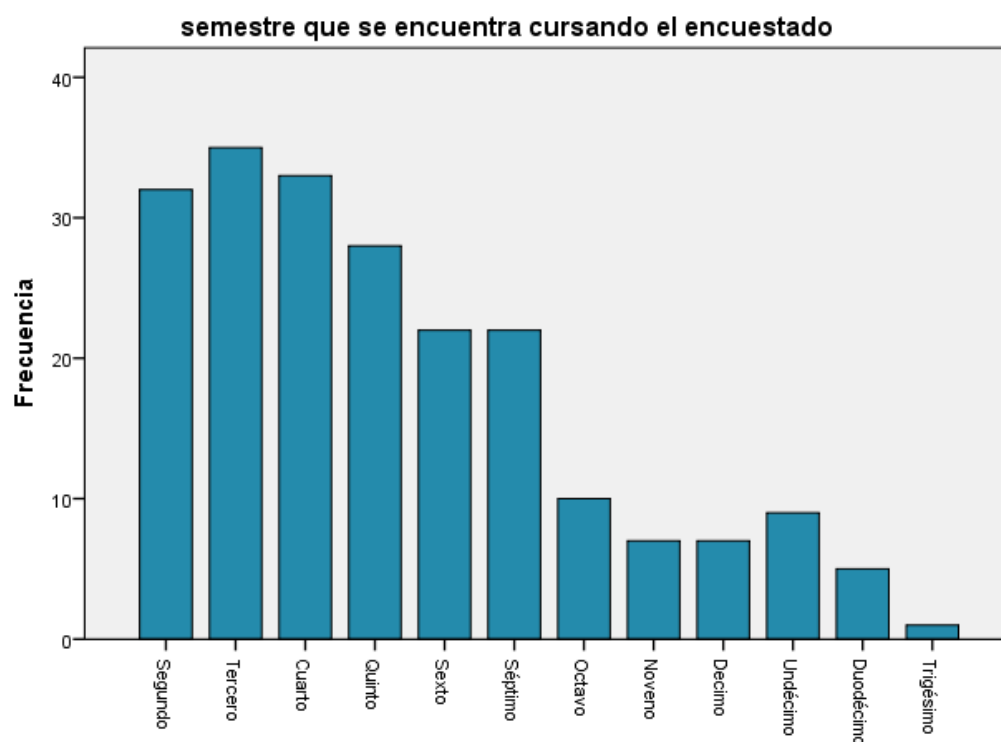
Interpretación: el 76,3% se encuentran solteros, el restante 26,7% se encuentran en una relación (noviazgo, en unión libre o casado).

Gráfico 4: estado civil


Fuente: elaboración propia

Tabla 5: semestre

Semestre que se encuentra cursando el encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Semestre	decimo	7	3,3	3,3	3,3
	undécimo	9	4,3	4,3	7,6
	duodécimo	5	2,4	2,4	10,0
	trigésimo	1	,5	,5	10,4
	segundo	32	15,2	15,2	25,6
	tercero	35	16,6	16,6	42,2
	cuarto	33	15,6	15,6	57,8
	quinto	28	13,3	13,3	71,1
	sexto	22	10,4	10,4	81,5
	séptimo	22	10,4	10,4	91,9
	octavo	10	4,7	4,7	96,7
	noveno	7	3,3	3,3	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

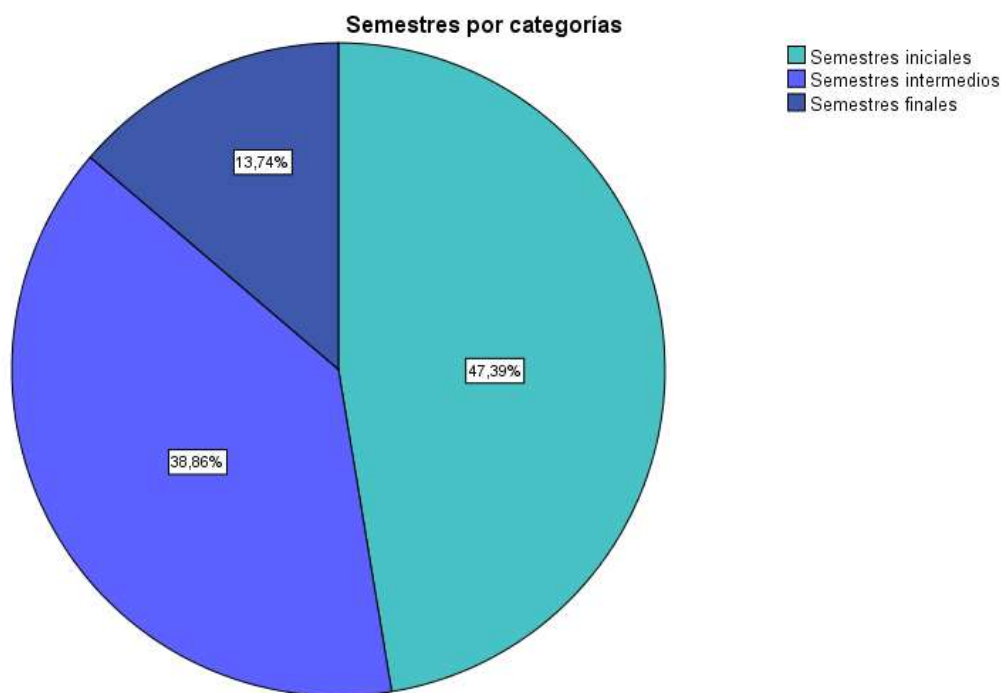
Gráfico 5: semestre


Fuente: elaboración propia

Tabla 6: semestre por categorías

Semestres por categorías					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Semestres iniciales	100	47,4	47,4	47,4
	Semestres intermedios	82	38,9	38,9	86,3
	Semestres finales	29	13,7	13,7	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: la mayoría de los participantes están cursando semestres iniciales del pregrado (47,4%) es decir del segundo al cuarto semestre, seguido del 38,9% que cursan semestres intermedios (de quinto a octavo semestre) y, por último, el 13,7% semestres finales (de noveno a trigésimo semestre).

Gráfico 6: semestre por categorías


Fuente: elaboración propia

Tabla 7: rotaciones o materias perdidas

Rotaciones o materias perdidas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	146	69,2	69,2	69,2
	no	65	30,8	30,8	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: 69,2% ha perdido materias o rotaciones, el restante 30,8% no ha perdido.

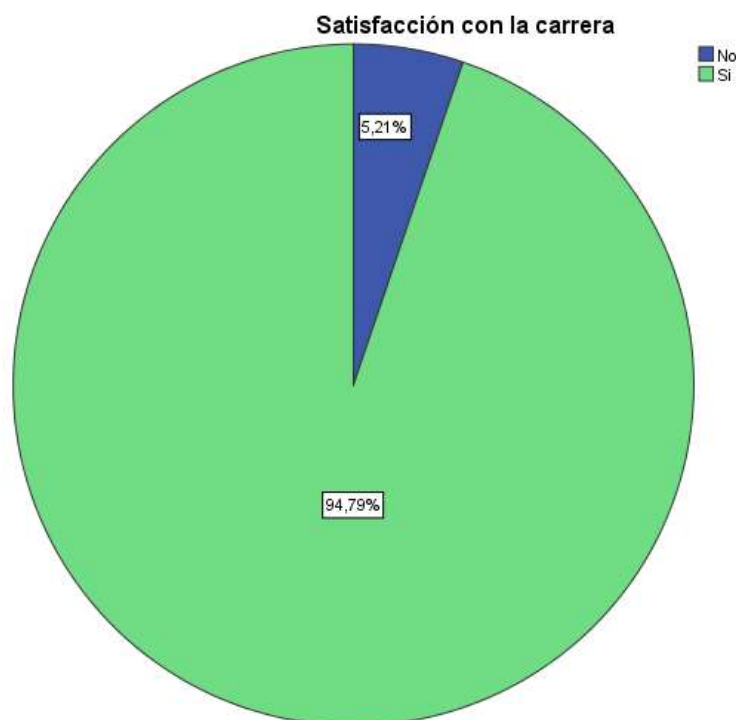
Gráfico 7: rotaciones o materias perdidas


Fuente: elaboración propia

Tabla 8: satisfacción con la carrera

Satisfacción con la carrera					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	11	5,2	5,2	5,2
	Si	200	94,8	94,8	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 94,8% se encuentra satisfecho con haber elegido Medicina como carrera universitaria.

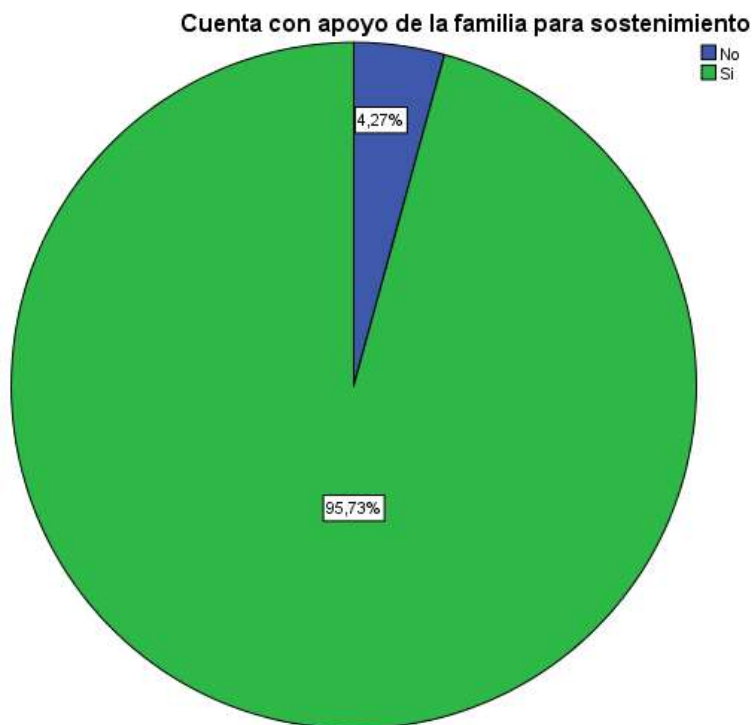
Gráfico 8: satisfacción con la carrera


Fuente: elaboración propia

Tablas 9 a 12: origen de las finanzas para el sostenimiento

Tabla 9: cuenta con apoyo de la familia para el sostenimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	202	95,7	95,7	95,7
	no	9	4,3	4,3	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 95,7% cuenta con el apoyo de la familia para el sostenimiento económico.

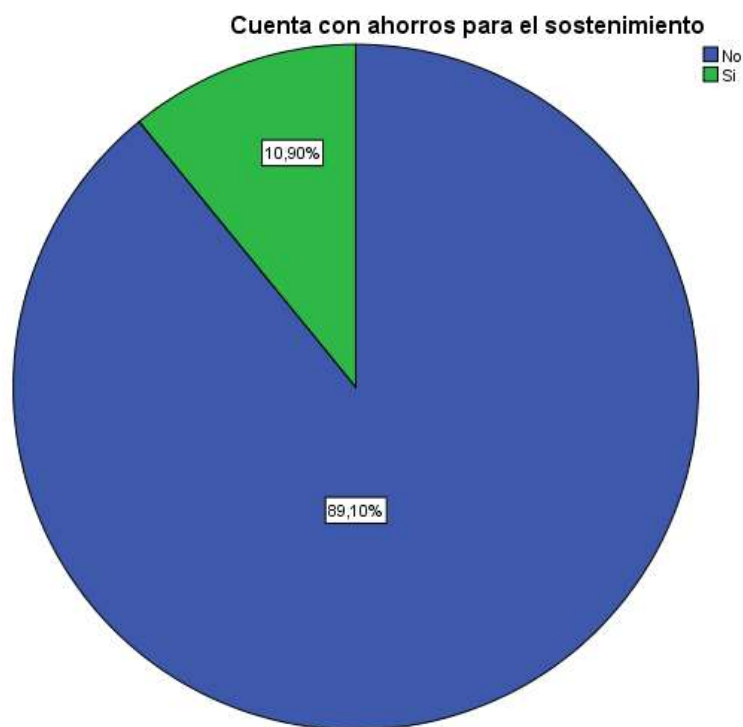
Gráfico 9: Cuenta con apoyo de la familia para el sostenimiento


Fuente: elaboración propia

Tabla 10: cuenta con ahorros para el sostenimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	23	10,9	10,9	10,9
	no	188	89,1	89,1	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 10,9% cuenta con ahorros para el sostenimiento económico.

Gráfico 10: cuenta con ahorros para el sostenimiento

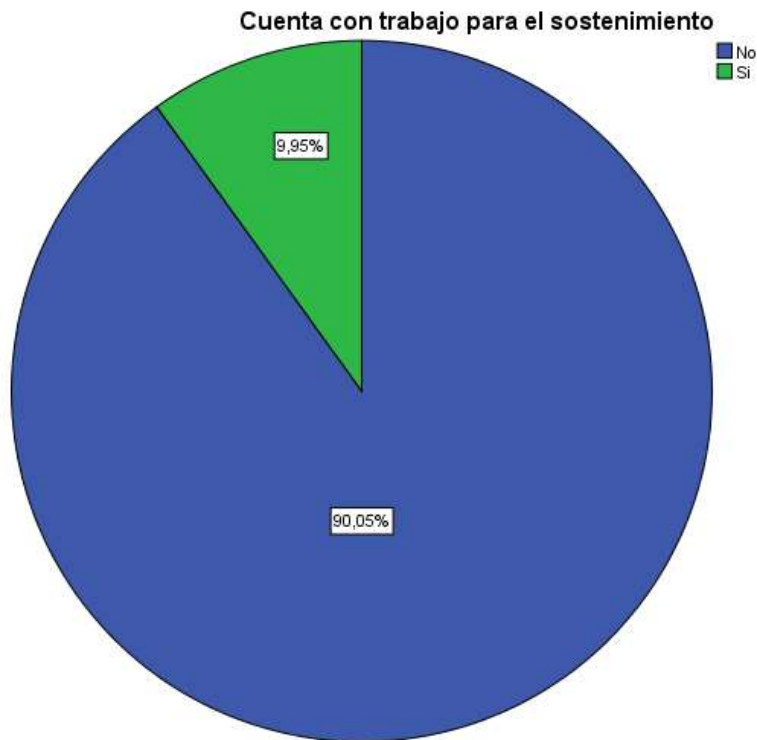


Fuente: elaboración propia

Tabla 11: cuenta con trabajo para el sostenimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	21	10,0	10,0	10,0
	no	190	90,0	90,0	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 10% tiene un trabajo y cuenta con este para su sostenimiento económico.

Gráfico 11: cuenta con trabajo para el sostenimiento

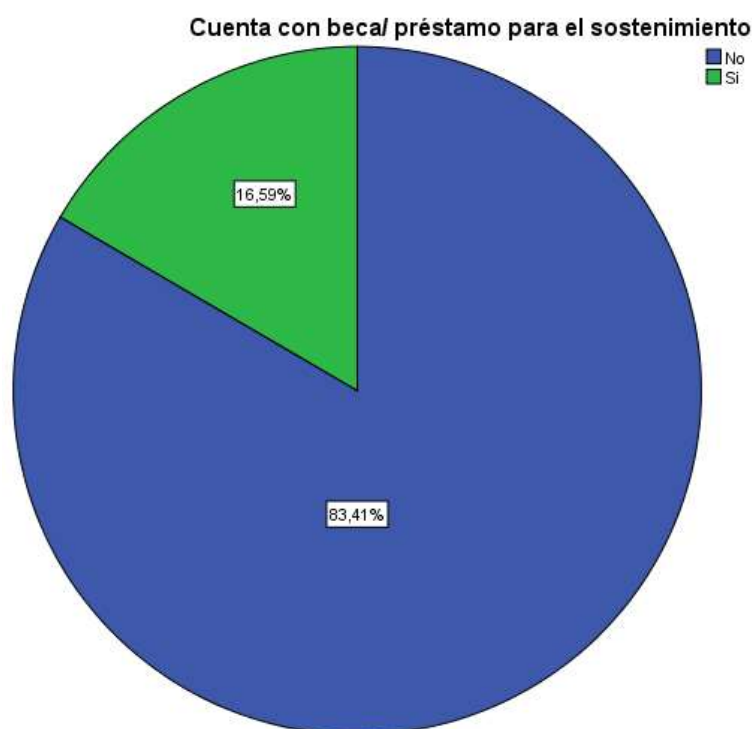


Fuente: elaboración propia

Tabla 12: cuenta con beca/préstamo para el sostenimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	35	16,6	16,6	16,6
	no	176	83,4	83,4	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 16,6% cuenta con un préstamo o una beca para su sostenimiento económico.

Gráfico 12: cuenta con beca/préstamo para el sostenimiento

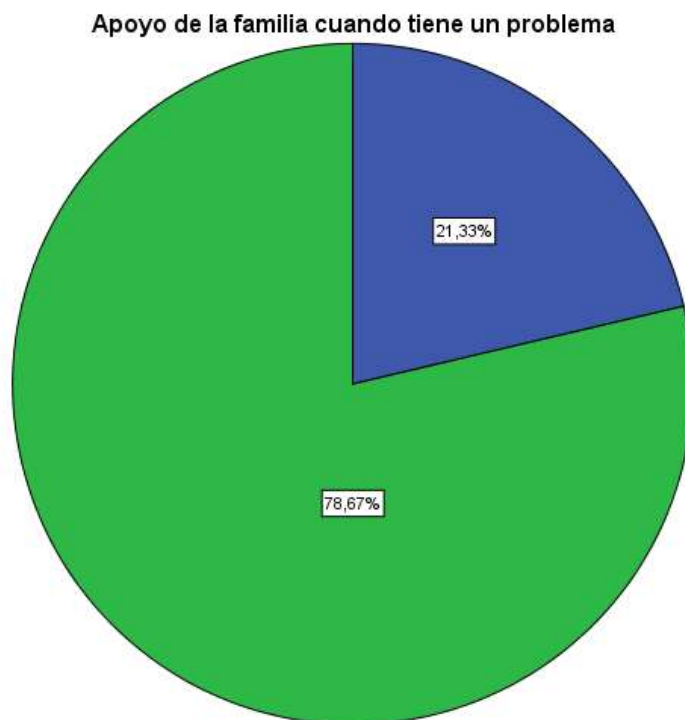


Fuente: elaboración propia

Tablas 13 a 17: soporte social

Tabla 13: cuenta con apoyo de la familia cuando tiene un problema					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	166	78,7	78,7	78,7
	no	45	21,3	21,3	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 78,7% recibe apoyo de la familia cuando tiene un problema.

Gráfico 13: cuenta con apoyo de la familia cuando tiene un problema


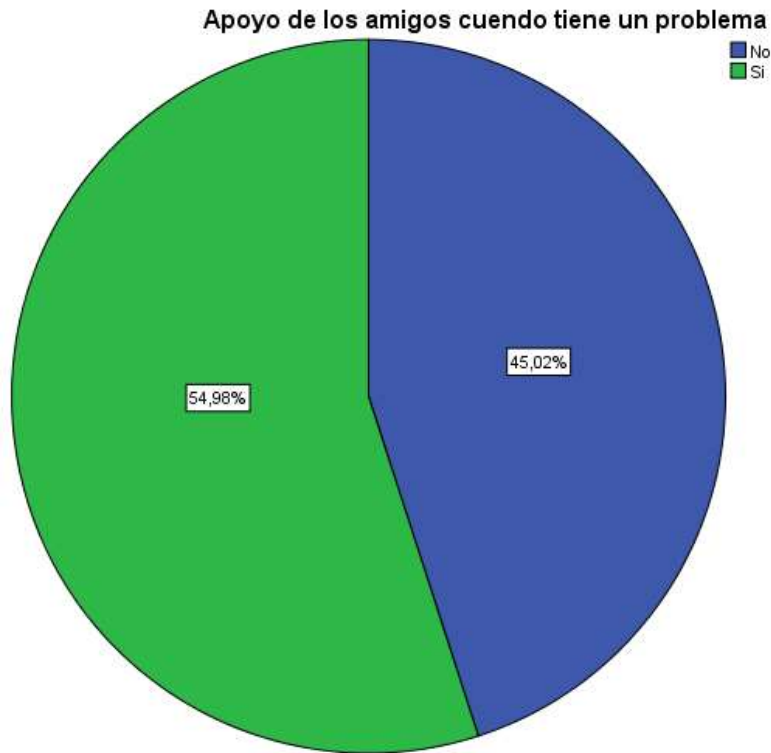
Fuente: elaboración propia

Tabla 14: cuenta con apoyo de los amigos cuando tiene un problema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	116	55,0	55,0	55,0
	no	95	45,0	45,0	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 55% recibe apoyo de los amigos cuando tiene un problema.

Gráfico 14: cuenta con apoyo de los amigos cuando tiene un problema



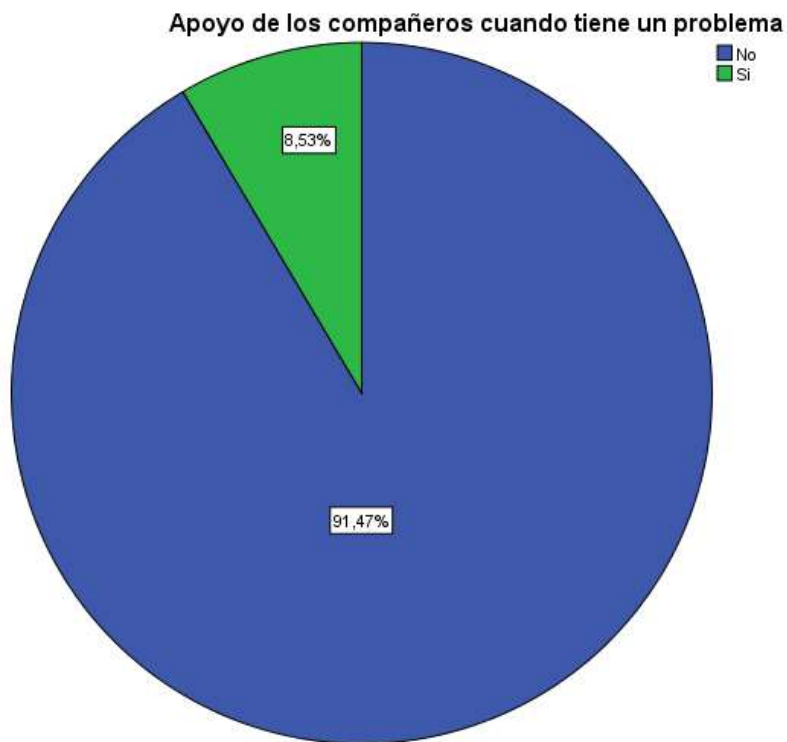
Fuente: elaboración propia

Tabla 15: cuenta con el apoyo de los compañeros cuando tiene un problema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	18	8,5	8,5	8,5
	no	193	91,5	91,5	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 8,5% recibe apoyo de los compañeros cuando tiene un problema.

Gráfico 15: cuenta con el apoyo de los compañeros cuando tiene un problema



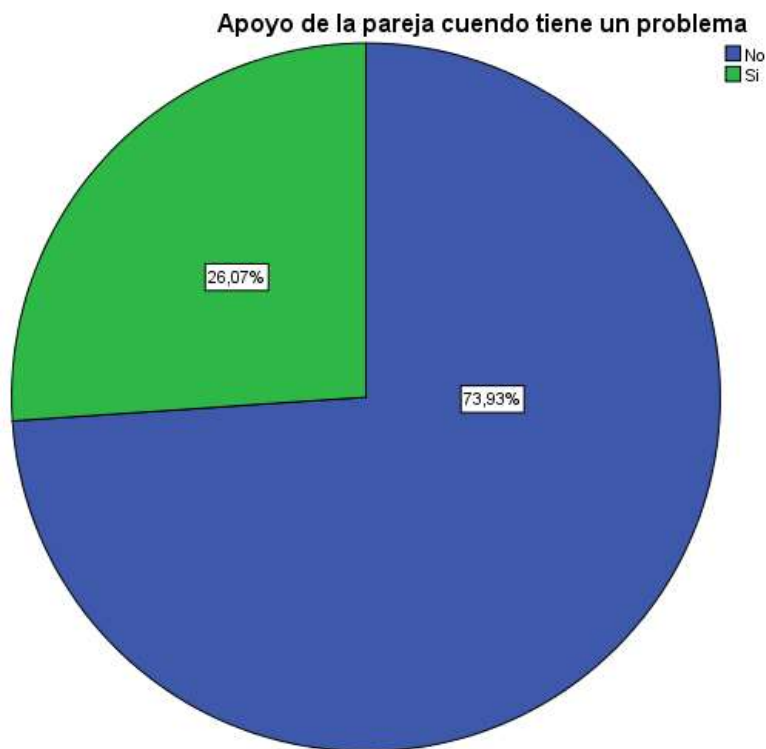
Fuente: elaboración propia

Tabla 16: cuenta con el apoyo de la pareja cuando tiene un problema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	156	73,9	73,9	73,9
	Si	55	26,1	26,1	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 73,9% recibe apoyo de la pareja cuando tiene un problema.

Gráfico 16: cuenta con el apoyo de la pareja cuando tiene un problema

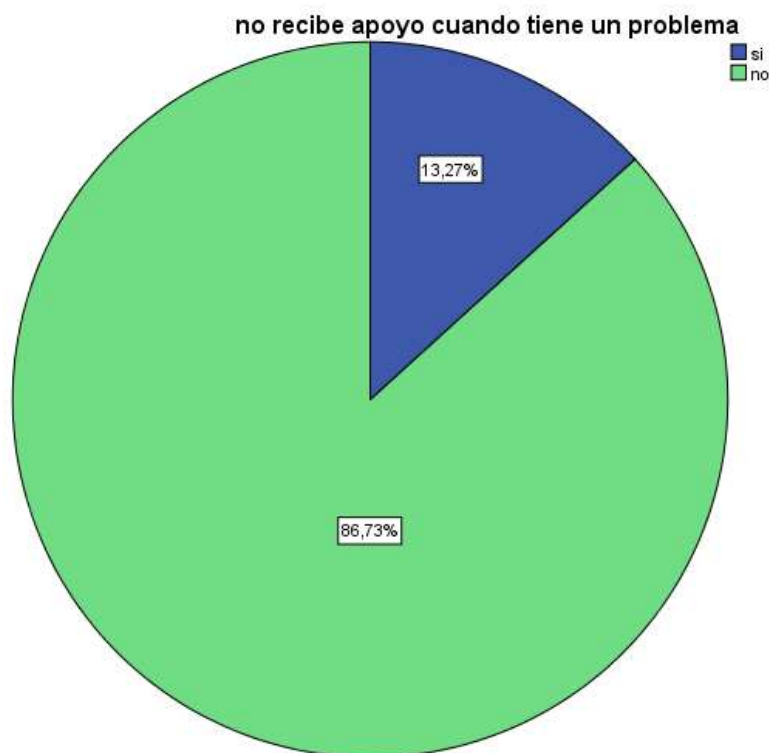


Fuente: elaboración propia

Tabla 17: no recibe apoyo cuando tiene un problema					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	28	13,3	13,3	13,3
	no	183	86,7	86,7	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 13,3% no recibe apoyo de ninguna persona cuando tiene un problema.

Gráfico 17: no recibe apoyo cuando tiene un problema



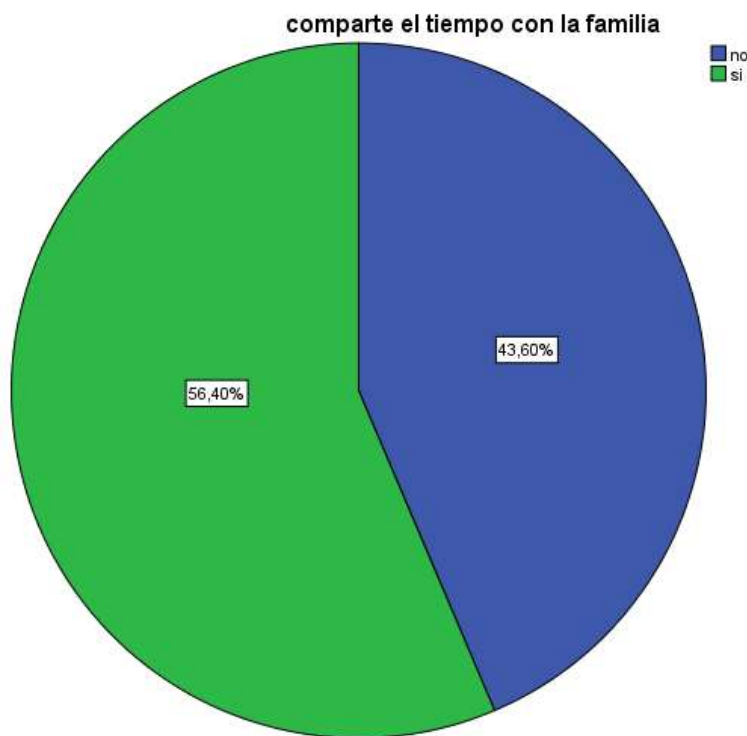
Fuente: elaboración propia

Tablas 18 a 22: personas con las que comparte el tiempo libre

Tabla 18: comparte el tiempo con la familia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	119	56,4	56,4	56,4
	no	92	43,6	43,6	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 56,4% comparte el tiempo libre con la familia, el restante 43,6% no lo hace.

Gráfico 18: comparte el tiempo con la familia



Fuente: elaboración propia

Tabla 19: comparte el tiempo con los amigos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	161	76,3	76,3	76,3
	no	50	23,7	23,7	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 76,3% comparte el tiempo libre con los amigos

Gráfico 19: comparte el tiempo con los amigos



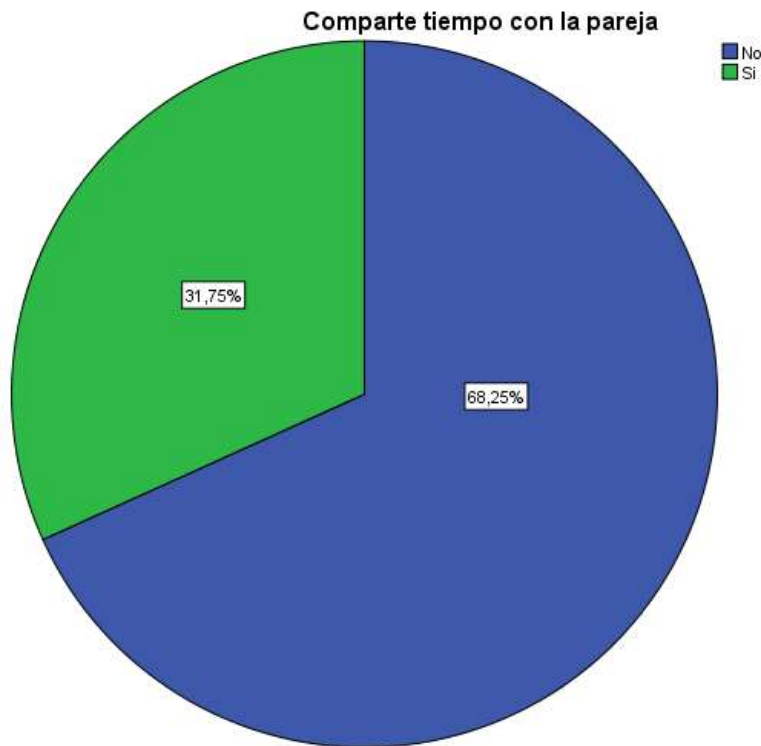
Fuente: elaboración propia

Tabla 20: comparte el tiempo con la pareja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	67	31,8	31,8	31,8
	no	144	68,2	68,2	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 31,8% comparte el tiempo libre con su pareja.

Gráfico 20: comparte el tiempo con la pareja



Fuente: elaboración propia

Tabla 21: comparte el tiempo con los compañeros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	85	40,3	40,3	40,3
	no	126	59,7	59,7	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 40,3% comparte el tiempo libre con los compañeros.

Gráfico 21: comparte el tiempo con los compañeros

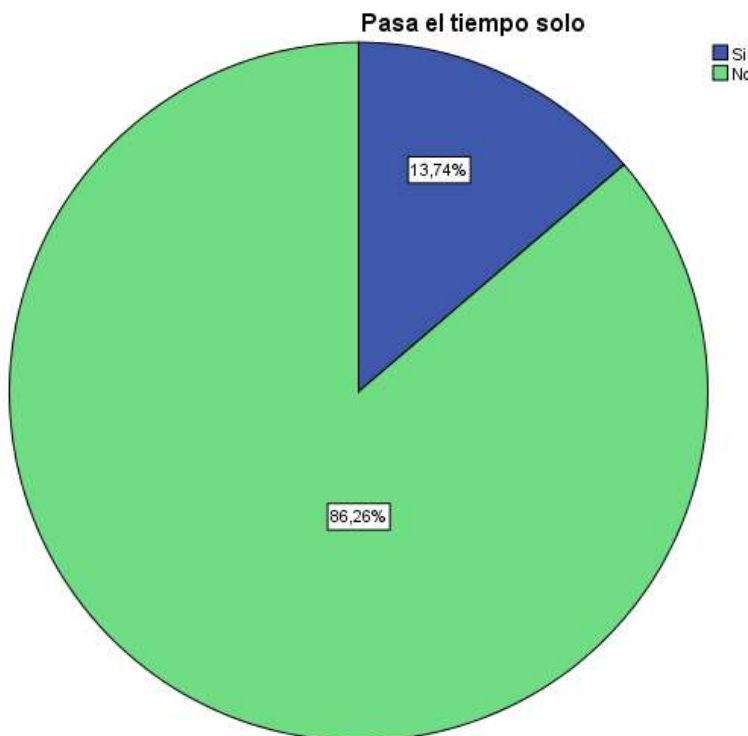


Fuente: elaboración propia

Tabla 22: pasa el tiempo libre solo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	29	13,7	13,7	13,7
	no	182	86,3	86,3	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 13,7% pasa el tiempo libre solo.

Gráfico 22: pasa el tiempo libre solo



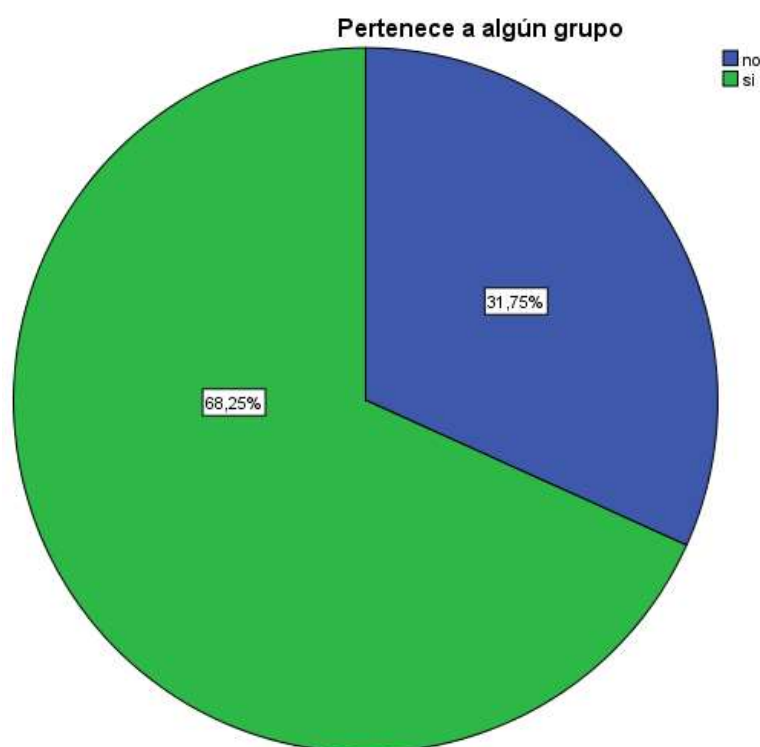
Fuente: elaboración propia

Tabla 23: participación activa en algún grupo (religioso, artístico, político, deportivo, voluntariado o académico)

Pertenece a algún grupo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	67	31,8	31,8	31,8
	si	144	68,2	68,2	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

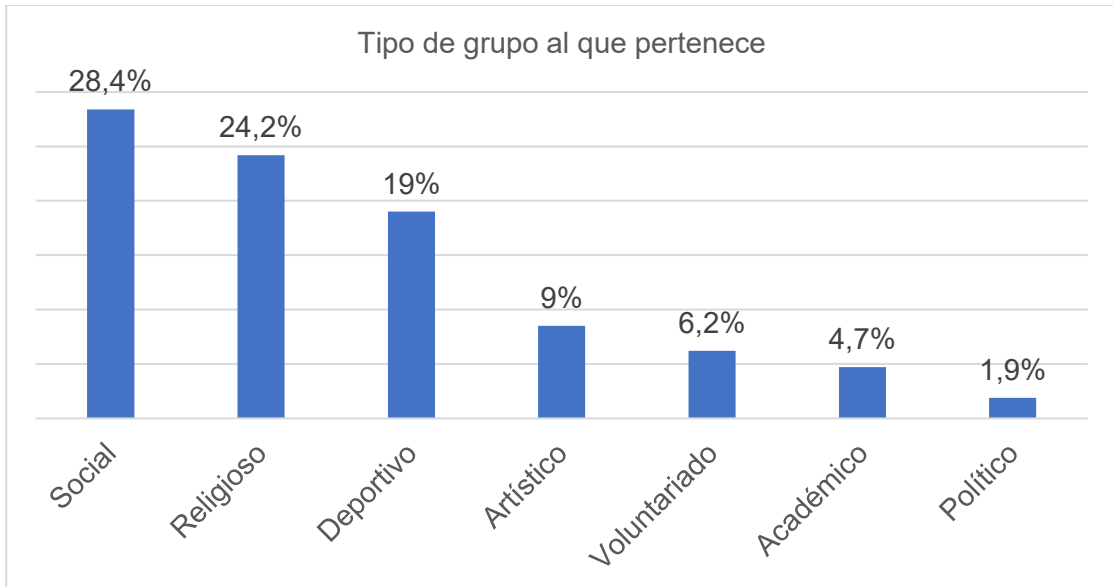
Interpretación: el 68,2% de la población estudio pertenece y participa activamente en algún grupo (religioso, artístico, político, deportivo, voluntariado o académico).

Gráfico 23a: pertenece a algún grupo



Fuente: elaboración propia

Gráfico 23b: tipo de grupo al que pertenece



Fuente: elaboración propia

Interpretación: del total de los estudiantes encuestados el 28,4% pertenece a un grupo social, el 24,2% pertenece a un grupo religioso, el 19% a un grupo artístico, el 6,2% a un voluntariado, el 4,7% a un grupo académico y el 1,9% a un grupo político.

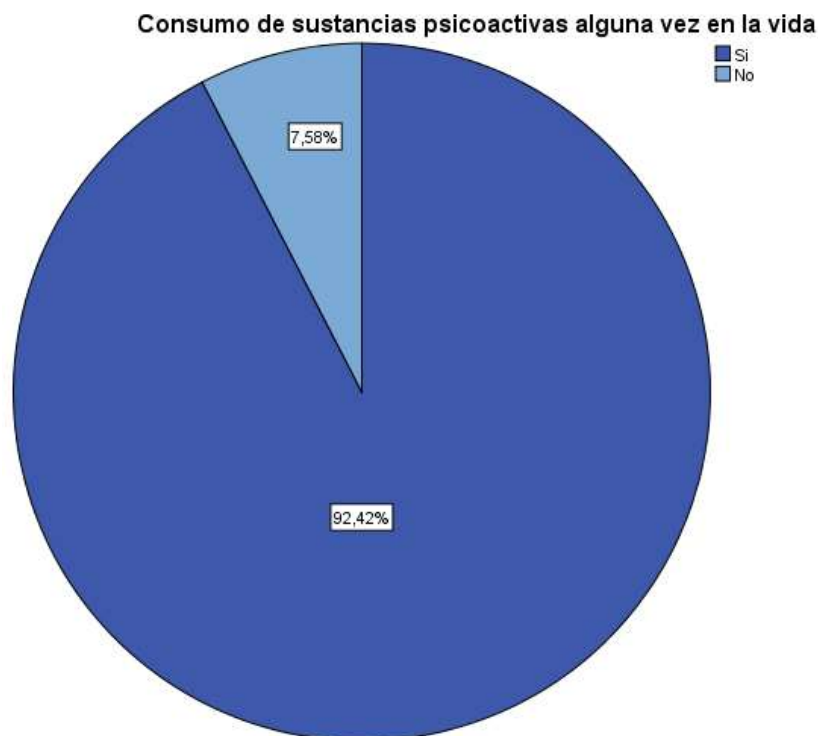
Nota: en esta pregunta los estudiantes podían elegir varias opciones al mismo tiempo, por lo tanto, el cálculo del porcentaje se hizo sobre el total de la población estudiada.

Tabla 24: consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida

Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	195	92,4	92,4	92,4
	No	16	7,6	7,6	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 92,4% refiere haber consumido sustancias psicoactivas alguna vez en la vida.

Gráfico 24: consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida



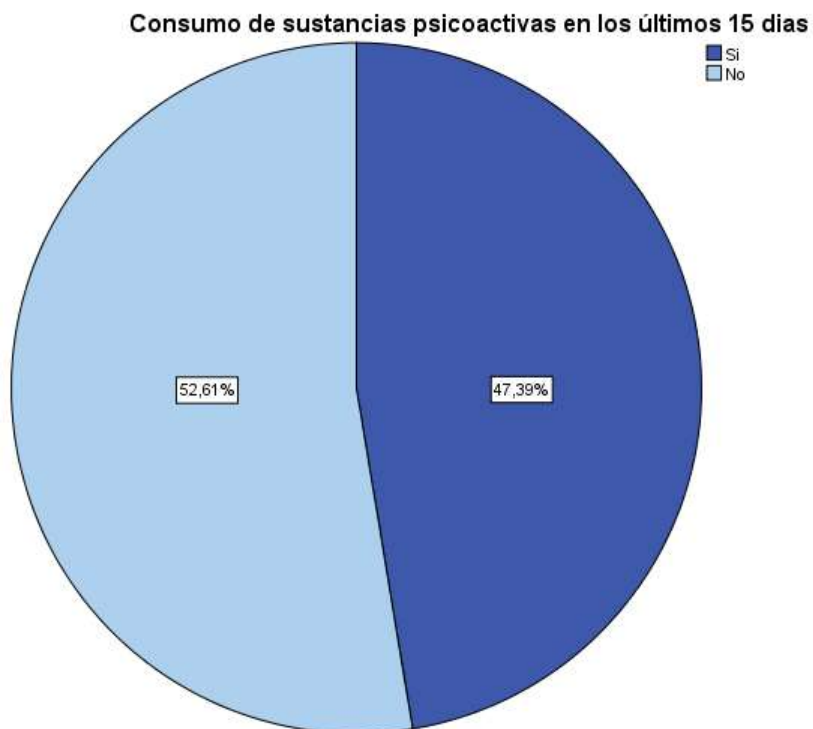
Fuente: elaboración propia

Tabla 25: consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 15 días

Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 15 días					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	100	47,4	47,4	47,4
	No	111	52,6	52,6	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

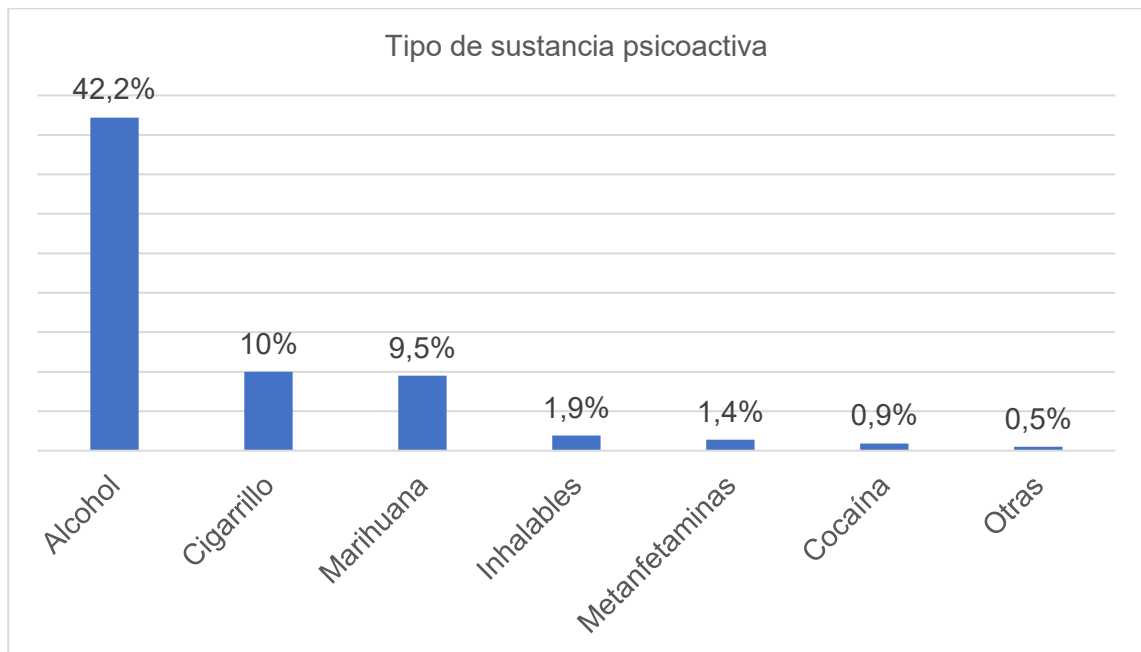
Interpretación: el 47.4% refiere haber consumido sustancias psicoactivas en los últimos 15 días.

Gráfico 25a: consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 15 días



Fuente: elaboración propia

Gráfico 25b: Tipo de sustancia psicoactiva consumida en los últimos 15 días



Fuente: elaboración propia

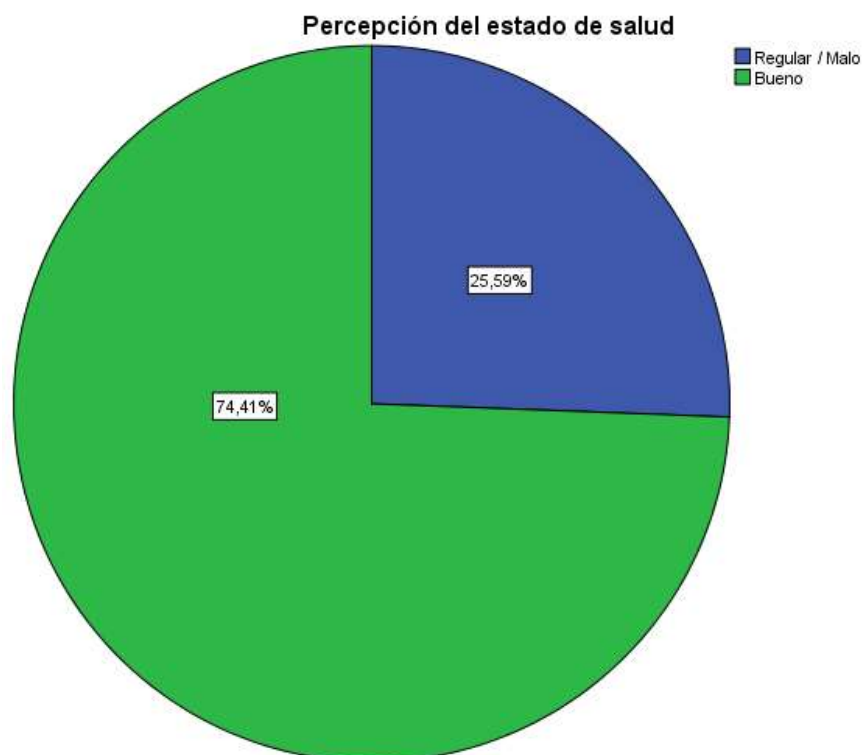
Interpretación: del total de los estudiantes encuestados el 42.2% refiere consumo de alcohol, el 10% cigarrillo, el 9.5% marihuana y cerca del 2% inhalables, metanfetaminas y cocaína en los últimos 15 días. Ninguno refirió haber consumido heroína o benzodiacepinas en los últimos 15 días.

Nota: en esta pregunta los estudiantes podían elegir varias opciones al mismo tiempo, por lo tanto, el cálculo del porcentaje se hizo sobre el total de la población estudiada.

Tabla 26: autopercepción del estado de salud

Percepción del estado de salud					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular / Malo	54	25,6	25,6	25,6
	Bueno	157	74,4	74,4	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 74,4% percibe un buen estado de salud, el restante 25,6% percibe tener un estado de salud regular/malo.

Gráfico 26: autopercepción del estado de salud


Fuente: elaboración propia

Tabla 27: fallecimiento de algún ser querido en los últimos 3 meses

Fallecimiento de algún ser querido en los últimos 3 meses					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	26	12,3	12,3	12,3
	No	185	87,7	87,7	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 12,3% tuvo el fallecimiento de algún ser querido en los últimos 3 meses

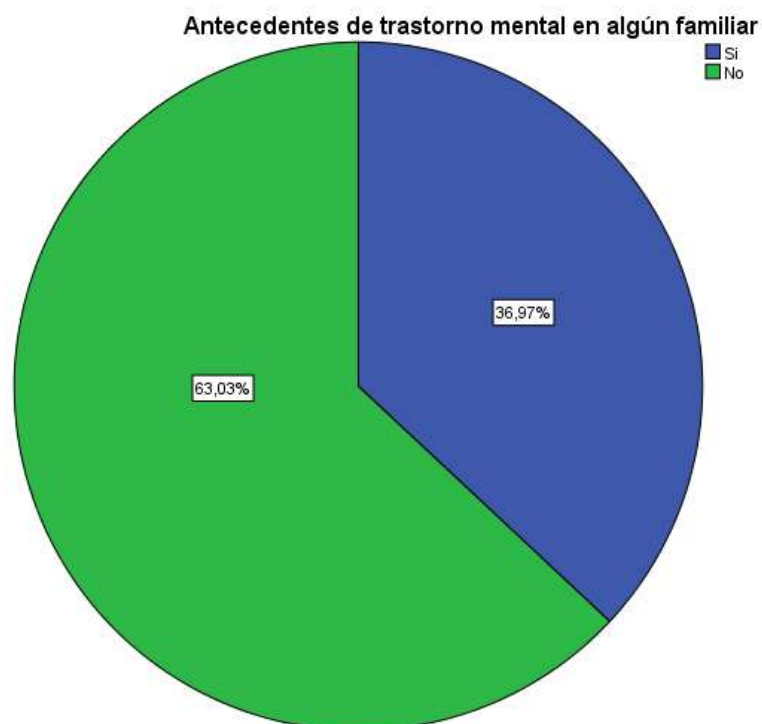
Gráfico 27: fallecimiento de algún ser querido en los últimos 3 meses


Fuente: elaboración propia

Tabla 28: antecedentes familiares de trastorno mental

Antecedentes de trastorno mental en algún familiar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	133	63,0	63,0	63,0
	Si	78	37,0	37,0	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 37% tiene antecedentes familiares de trastornos mentales (padres, hermanos, tíos, primos, abuelos).

Gráfico 28: antecedentes familiares de trastorno mental


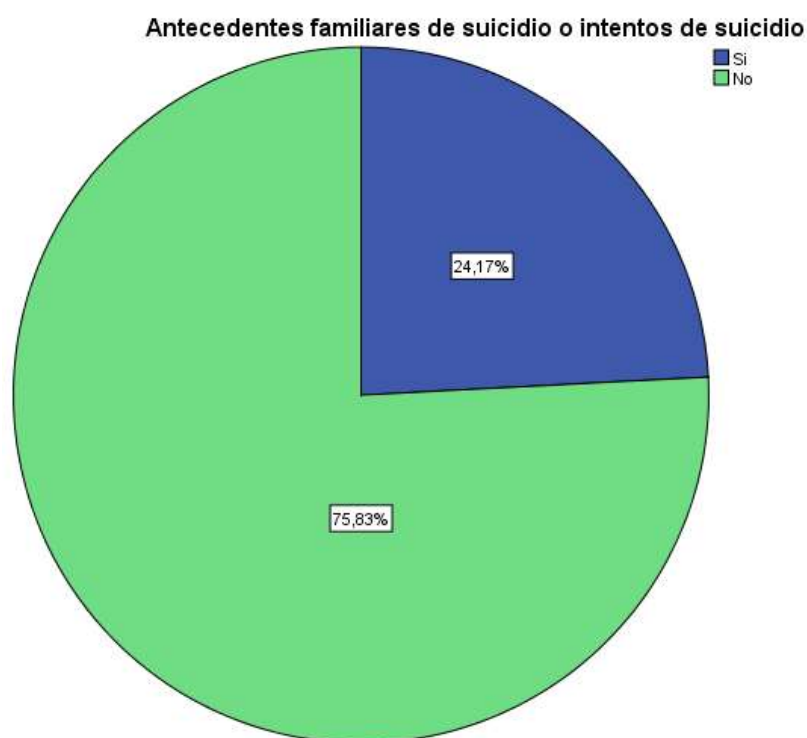
Fuente: elaboración propia

Tabla 29: antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio

Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	51	24,2	24,2	24,2
	No	160	75,8	75,8	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 24% tiene antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio.

Gráfico 29: antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio

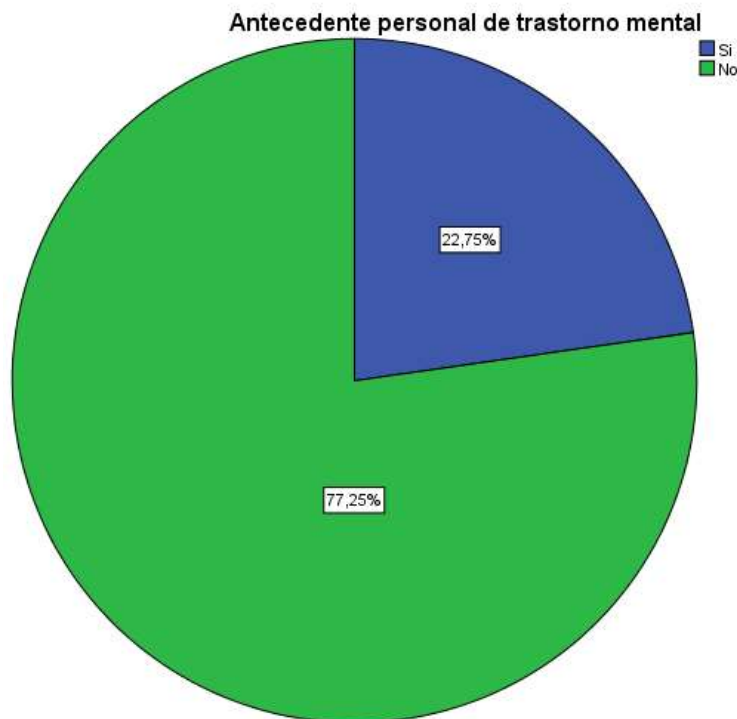


Fuente: elaboración propia

Tabla 30: antecedente personal de algún trastorno mental

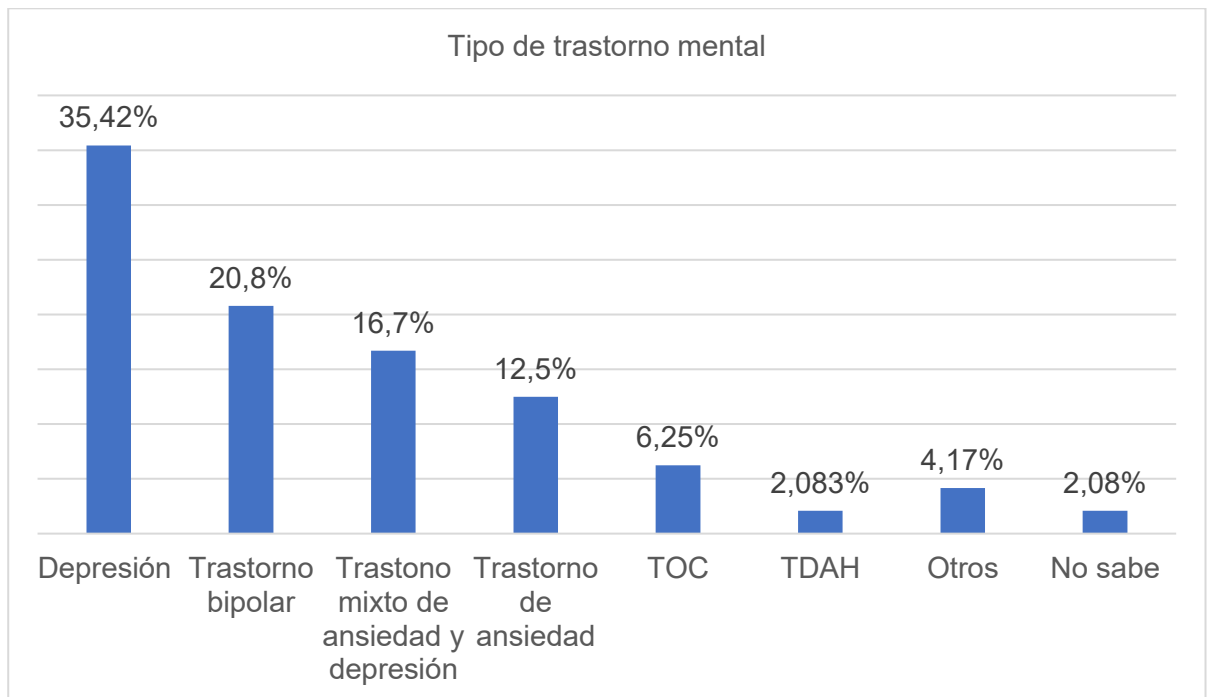
Antecedente personal de algún trastorno mental					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	48	22,7	22,7	22,7
	No	163	77,3	77,3	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 22,7% de los estudiantes encuestados tiene antecedentes de un trastorno mental diagnosticado.

Gráfico 30a: antecedente personal de algún trastorno mental


Fuente: elaboración propia

Gráfico 30b: tipo de trastorno mental diagnosticado



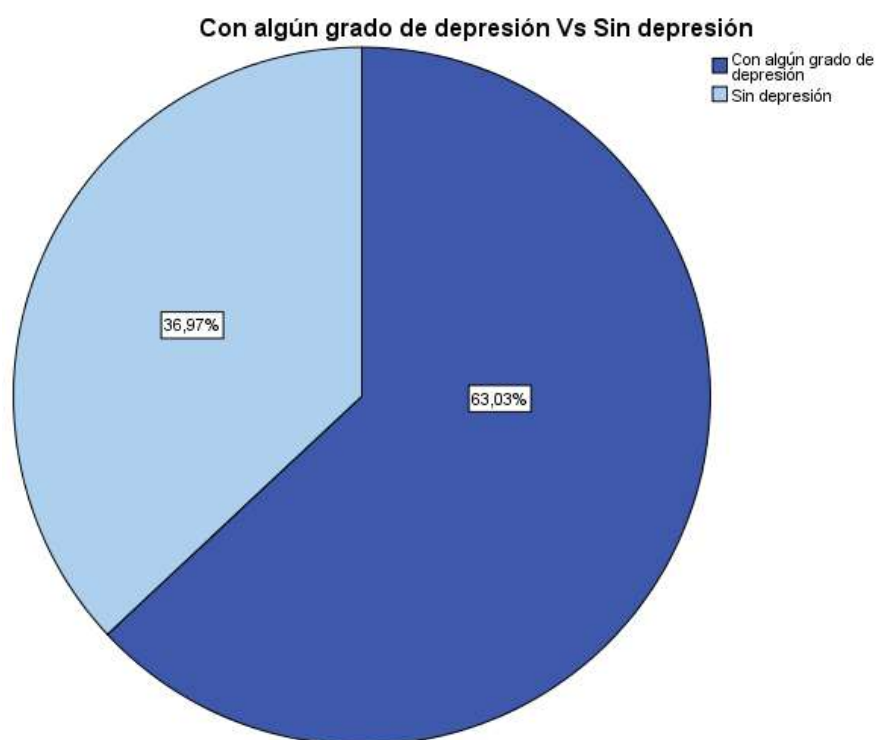
Fuente: elaboración propia

Interpretación: dentro de los estudiantes que tienen antecedentes personales de trastorno mental el 35,4% tienen diagnóstico de depresión, el 20,8% de trastorno bipolar, el 16,7% de trastorno mixto de ansiedad y depresión, el 12,5% de algún trastorno de ansiedad, el 6,25% de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el 2% de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el 4% refirió otros trastornos y el 2% no sabe qué tipo de trastorno mental le diagnosticaron previamente.

Tabla 31: presencia de depresión mediante el Inventario de Beck

Con algún grado de depresión Vs Sin depresión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Con algún grado de depresión	133	63,0	63,0	63,0
	Sin depresión	78	37,0	37,0	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 63% presentó algún grado de depresión.

Gráfico 31: presencia de depresión mediante el Inventario de Beck


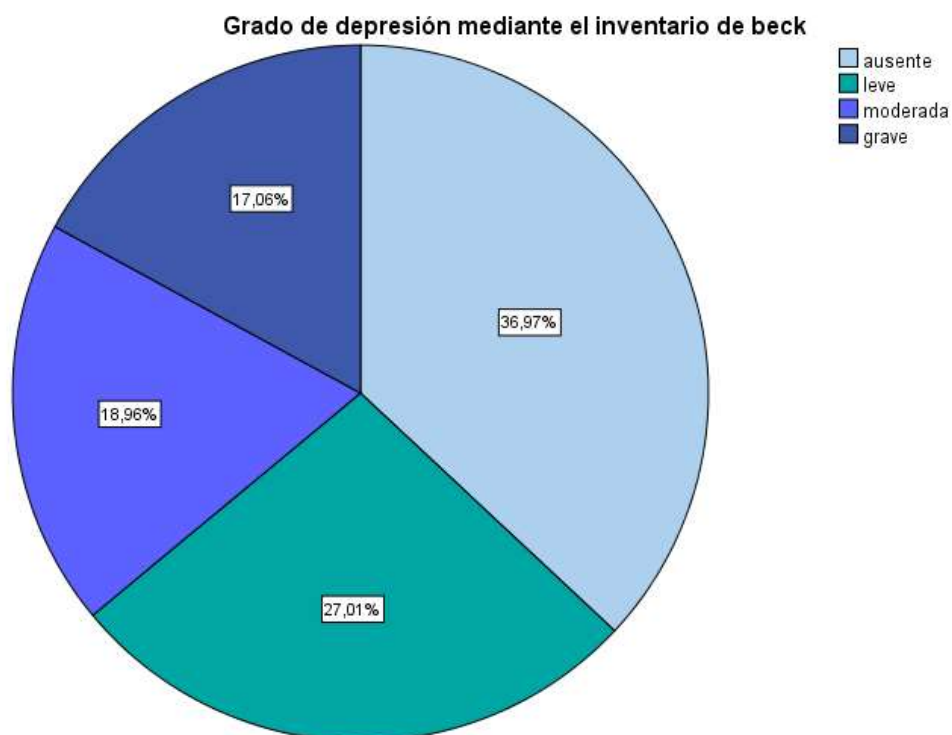
Fuente: elaboración propia

Tabla 32: grado de depresión mediante el Inventario de Beck

Grado de depresión mediante el inventario de Beck					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	78	37,0	37,0	37,0
	Leve	57	27,0	27,0	64,0
	Moderada	40	19,0	19,0	82,9
	Grave	36	17	17	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 63% de los participantes tuvo algún grado de depresión; El 27% depresión leve, el 19% depresión moderada y el 17% presentó depresión grave.

Gráfico 32: grado de depresión mediante el Inventario de Beck

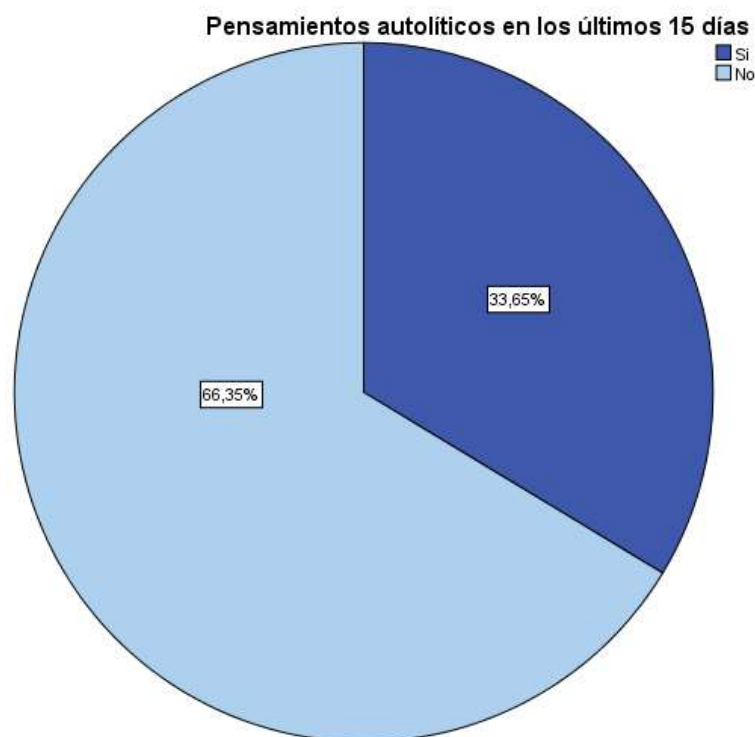


Fuente: elaboración propia

Tabla 33: pensamientos autolíticos en los últimos 15 días

Pensamientos autolíticos en los últimos 15 días					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	71	33,6	33,6	33,6
	No	140	66,4	66,4	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 33,6% de la población de estudio refiere haber tenido pensamientos autolíticos en los últimos 15 días.

Gráfico 33: pensamientos autolíticos en los últimos 15 días


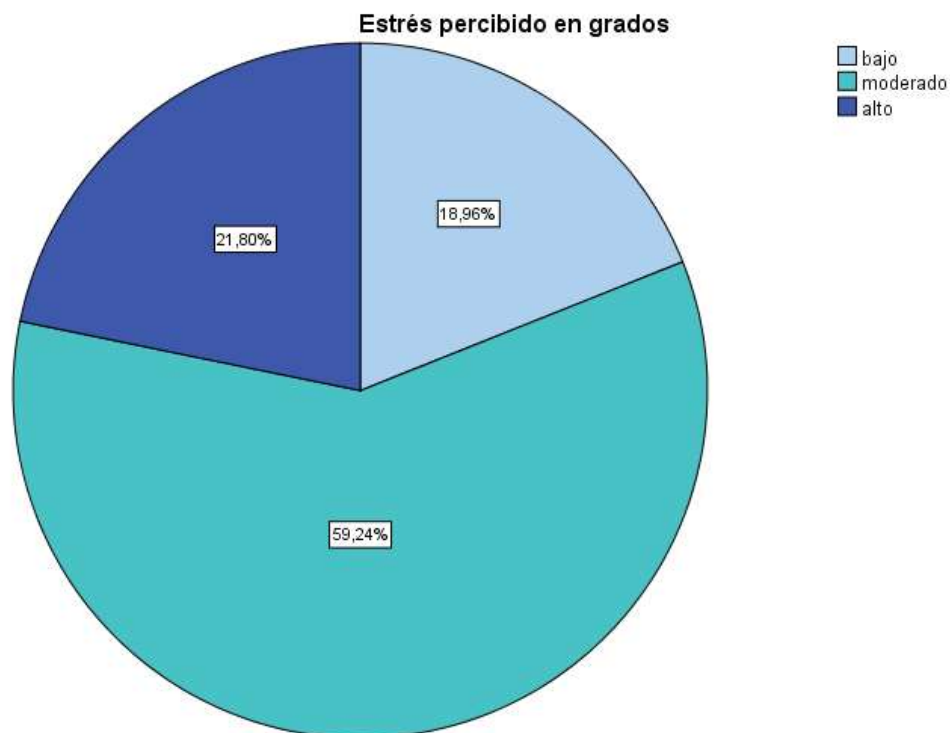
Fuente: elaboración propia

Tabla 34: estrés percibido en grados

Estrés percibido en grados					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	40	19,0	19,0	19,0
	Moderado	125	59,2	59,2	78,2
	Alto	46	21,8	21,8	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

Interpretación: el 21.8% presentó altos niveles de estrés percibido, el 59% niveles moderados y el restante 19% bajos niveles de estrés percibido.

Gráfico 34: estrés percibido en grados



Fuente: elaboración propia

6.2 Analítica inferencial y estimación de riesgo

En el análisis bivariado se relacionan los estudiantes con depresión Vs los factores asociados para determinar cuales se consideran factores de riesgo.

Se mostrarán los gráficos de las variables que presentan asociación estadísticamente significativa con la depresión.

Datos generales:

- De total de las personas con depresión, el 57,9% son mujeres, el 69,9% son de fuera de Manizales, el 73,7% son solteros, el 48,9% están cursando semestres iniciales, el 11,3% están cursando semestres finales, el 69,9% han perdido rotaciones, el 7,5% no están satisfechos con la carrera, el 13,5% han presentado el fallecimiento de algún familiar cercano en los últimos 3 meses, el 40,6% tienen antecedentes familiares de trastorno mental, el 31,6% tiene antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio, el 36,1% perciben su estado de salud como regular o malo y el 33,1% perciben un alto nivel de estrés.
- Partiendo del análisis del sostenimiento económico de las personas con depresión, el 4,5% no cuenta con el apoyo de la familia, el 91% no tiene ahorros, el 88,7% no tiene trabajo y el 80,5% no cuenta con préstamo o beca.
- Tomando como base la red de apoyo social de los participantes con depresión, manifiestan que cuando tienen un problema no cuentan con el apoyo de la familia el 24,8%, de los amigos el 45,9%, de la pareja el 72,2% y de los compañeros el 94%.
- Con relación al tiempo que comparten las personas con depresión con otros; se identifica que el 48,9% no comparte con la familia, el 27,1% no comparte con los amigos, el 66,2% no comparte con la pareja, el 60,9% no comparte con los compañeros y el 18,8% pasa el tiempo solo.
- De las personas con depresión el 31,6% no pertenece a ningún grupo (religioso, artístico, político, deportivo, voluntariado o académico)
- El 48,9% de las personas con depresión manifiestan que han consumido sustancias psicoactivas en los últimos 15 días.
- El 40,6% de las personas con depresión refieren tener antecedentes familiares de algún trastorno mental.

- Llama la atención que de los participantes que tienen depresión, el 69,2% no están diagnosticados.

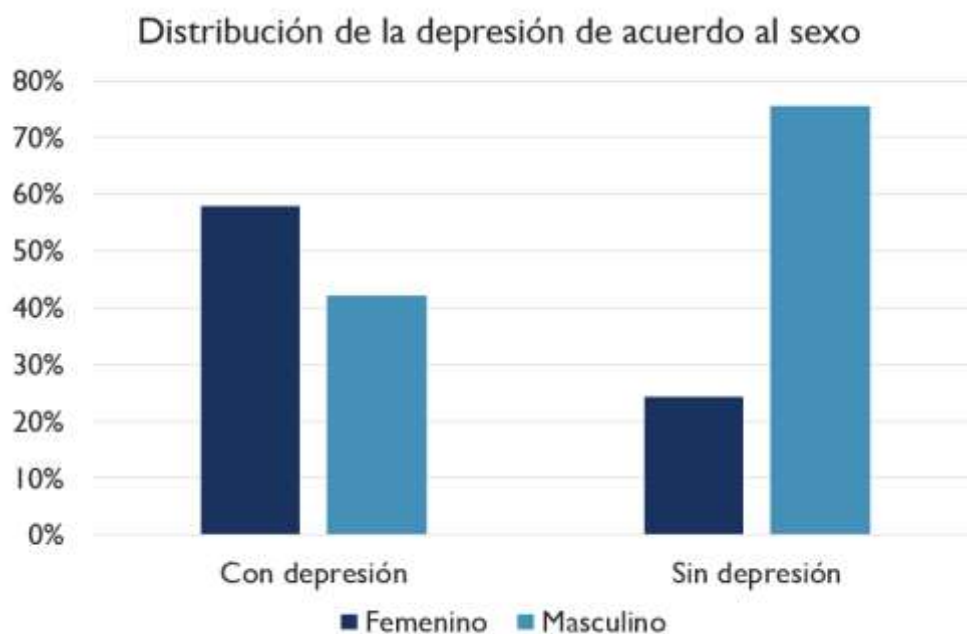
Estimaciones de riesgo:

- Según el análisis realizado mediante chi-cuadrado; se encuentran asociaciones significativas entre depresión y ser mujer, no compartir tiempo con la familia, pasar el tiempo solo, antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio, percepción del estado de salud como malo y percepción elevada de estrés.
- Tomando como base la estimación de riesgos bivariada; las mujeres tienen 4,27 veces más riesgo de depresión que los hombres, no compartir con la familia genera 1,8 veces más riesgo de depresión que compartir con la familia, pasar tiempo solo tiene 4,28 veces más riesgo de depresión que no pasar tiempo solo, quien tiene antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio tiene 3,5 veces más riesgo de sufrir depresión que quien no tiene dichos antecedentes, quienes perciben elevado estrés tienen 18,7 veces más riesgo de depresión que quienes perciben bajos o moderados niveles de estrés.
- Quienes perciben un mal estado de salud tienen 6,7 veces más riesgo de sufrir depresión que quienes perciben un estado de salud regular o bueno (esto es un factor de riesgo, pero también es una consecuencia)
- Aunque hay un OR significativo entre depresión y antecedentes personales de trastorno mental en el encuestado, esto no puede asumirse como factor de riesgo ya que hace parte de un diagnóstico y solo tiene asociación.
- El factor de riesgo más significativo para tener depresión en algún grado en esta población de estudio es la percepción elevada de estrés, seguido de pasar tiempo solo, luego ser mujer, antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y, por último; el riesgo es significativo en quienes no comparten con la familia.

Tabla 35a: distribución de la depresión de acuerdo al sexo

Tabla cruzada: depresión / sexo					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Sexo	Femenino	Recuento	77	19	96
		%	57,9%	24,4%	45,5%
	Masculino	Recuento	56	59	115
		%	42,1%	75,6%	54,5%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: del total de las personas con depresión, el 57,9% son mujeres y el 42% restante son hombres.

Gráfico 35: distribución de la depresión de acuerdo al sexo


Fuente: elaboración propia

Tabla 35b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el sexo del encuestado y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,299 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	20,967	1	,000		
Razón de verosimilitud	23,139	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	22,193	1	,000		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 35,49.

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de depresión (valor p = 0,000)

Tabla 35c: estimación del riesgo de depresión de acuerdo al sexo

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (Femenino / Masculino)	4,270	2,294	7,946
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Con depresión	1,647	1,332	2,037
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Sin depresión	,386	,248	,599
N de casos válidos	211		

Interpretación: las mujeres tienen un riesgo 4, 27 veces mayor de presentar depresión en comparación con los hombres (OR= 4,27 IC 95% 2,29 a 7,94)

Tabla 36: evaluación de la asociación entre la edad y la depresión

Pruebas de normalidad para la edad (variable numérica)

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad en años cumplidos	,156	209	,000	,923	209	,000
a. Corrección de significación de Lilliefors						

Interpretación: la variable edad no tiene una distribución normal, por lo tanto, requiere de realización de pruebas no paramétricas.

Correlaciones				
			Edad	Con depresión Vs Sin depresión
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,104
		Sig. (bilateral)	.	,134
		N	209	209
	Con depresión Vs sin depresión	Coeficiente de correlación	,104	1,000
		Sig. (bilateral)	,134	.
		N	209	211

Interpretación: no existe correlación entre la edad y la depresión (valor p = 0,134)

Tabla 37a: distribución de la depresión de acuerdo al estrato socioeconómico

Tabla cruzada: depresión / grado de estrato socioeconómico					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Grado estrato socioeconómico	Bajo	Recuento	14	12	26
		%	11,0%	15,8%	12,8%
	Medio	Recuento	79	45	124
		%	62,2%	59,2%	61,1%
	Alto	Recuento	34	19	53
		%	26,8%	25,0%	26,1%
Total		Recuento	127	76	203
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: de los estudiantes que tienen depresión el 11% pertenecen a estrato socioeconómico bajo (1 o 2), 62,2% a estrato medio (3 o 4) y el 26,8% a estrato alto (5 o 6).

Tabla 37b: estimación de la asociación entre depresión y estrato socioeconómico

Estadísticos de prueba^a	
	Grado estrato socioeconómico
U de Mann-Whitney	4581,500
W de Wilcoxon	7507,500
Z	-,696
Sig. asintótica (bilateral)	,486
a. Variable de agrupación: Con algún grado de depresión Vs Sin depresión	

Interpretación: no existe asociación entre el estrato socioeconómico y la depresión (valor p = 0,486)

Tabla 38a: distribución de la depresión de acuerdo a la ciudad de origen

Tabla cruzada: depresión /ciudad de origen					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Ciudad de origen	Fuera de Manizales	Recuento	93	49	142
		%	69,9%	62,8%	67,3%
	Manizales	Recuento	40	29	69
		%	30,1%	37,2%	32,7%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: el 69,9% de los que tienen depresión son de fuera de Manizales, el restante 30,1% son de Manizales.

Tabla 38b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre la ciudad de origen y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,128 ^a	1	,288		
Corrección de continuidad	,828	1	,363		
Razón de verosimilitud	1,119	1	,290		
Prueba exacta de Fisher				,292	,181
Asociación lineal por lineal	1,122	1	,289		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25,51.

Interpretación: no existe asociación entre la ciudad de origen y la depresión (valor p = 0,288)

Tabla 39a: distribución de la depresión de acuerdo al estado civil (soltero / en una relación)

Tabla cruzada: depresión / estado civil					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Estado Civil	soltero	Recuento	98	63	161
		%	73,7%	80,8%	76,3%
	En una relación	Recuento	35	15	50
		%	26,3%	19,2%	23,7%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: del total de personas con depresión el 73,7% son solteros y el 26,3% se encuentran en una relación (noviazgo, casados o e unión libre).

Tabla 39b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el estado civil y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,365 ^a	1	,243		
Corrección de continuidad	1,001	1	,317		
Razón de verosimilitud	1,395	1	,238		
Prueba exacta de Fisher				,314	,159
Asociación lineal por lineal	1,358	1	,244		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,48.

Interpretación: no existe asociación entre el estado civil y la depresión (valor p = 0,243)

Tabla 40a: distribución de la depresión de acuerdo al semestre por categorías (iniciales, intermedios y finales)

Tabla cruzada: depresión / semestre por categorías					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Semestres por categorías	Finales	Recuento	15	14	29
		%	11,3%	17,9%	13,7%
	Intermedios	Recuento	53	29	82
		%	39,8%	37,2%	38,9%
	Iniciales	Recuento	65	35	100
		%	48,9%	44,9%	47,4%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: del total de estudiantes con depresión el 48,9% están cursando semestres iniciales, el 39,8% semestres intermedios y 11,3% semestres finales.

Tabla 40b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el semestre cursado y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,848 ^a	2	,397
Razón de verosimilitud	1,799	2	,407
Asociación lineal por lineal	1,119	1	,290
N de casos válidos	211		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,72.

Interpretación: no existe asociación entre el semestre cursado y la depresión (valor p = 0,397)

Tabla 41a: distribución de la depresión de acuerdo a rotaciones o materias perdidas

Tabla cruzada: depresión / rotaciones o materias perdidas					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Rotaciones o materias perdidas	no	Recuento	40	25	65
		%	30,1%	32,1%	30,8%
	si	Recuento	93	53	146
		%	69,9%	67,9%	69,2%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: dentro del grupo de depresión el 69,9% han perdido rotaciones o materias, porcentaje muy similar al grupo sin depresión en donde el 67,9% han perdido rotaciones.

Tabla 41b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre las rotaciones o materias perdidas y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,090 ^a	1	,764		
Corrección de continuidad	,021	1	,884		
Razón de verosimilitud	,090	1	,764		
Prueba exacta de Fisher				,760	,440
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,03.

Interpretación: no existe asociación entre haber perdido rotaciones o materias y la depresión (valor p = 0,764)

Tabla 42a: distribución de la depresión de acuerdo a la satisfacción con la carrera de Medicina

Tabla cruzada: depresión / satisfacción con la carrera					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Satisfacción con la carrera	Si	Recuento	123	77	200
		%	92,5%	98,7%	94,8%
	No	Recuento	10	1	11
		%	7,5%	1,3%	5,2%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: existen más estudiantes con depresión que no están satisfechos con la carrera en comparación con los que no tienen depresión (7,5% vs 1,3%).

Tabla 42b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre la satisfacción con la carrera y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,870 ^a	1	,049		
Corrección de continuidad	2,711	1	,100		
Razón de verosimilitud	4,719	1	,030		
Prueba exacta de Fisher				,058	,042
Asociación lineal por lineal	3,852	1	,050		
N de casos válidos	211				
a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,07.					

Interpretación: no existe asociación entre no estar satisfecho con la carrera de Medicina y la depresión (valor $p = 0,100$)

Tabla 43a: distribución de la depresión de acuerdo al apoyo económico de la familia para el sostenimiento.

Tabla cruzada: depresión / apoyo de la familia para el sostenimiento					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Cuenta con apoyo de la familia para sostenimiento	Si	Recuento	127	75	202
		%	95,5%	96,2%	95,7%
	No	Recuento	6	3	9
		%	4,5%	3,8%	4,3%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: dentro del grupo de depresión, solo el 4,5% no cuenta con el apoyo de la familia, la gran mayoría (95,5%) cuentan con el apoyo económico de la familia para el sostenimiento. Hay menos personas que cuentan con el apoyo de la familia para el sostenimiento económico en el grupo de depresión vs los que no tienen depresión.

Tabla 43b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el apoyo económico de la familia y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado						
		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	,053 ^a	1	,817		
Corrección de continuidad	de	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	de	,054	1	,816		
Prueba exacta de Fisher	de				1,000	,560
Asociación lineal por lineal	de	,053	1	,818		
N de casos válidos		211				
a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,33.						

Interpretación: no existe asociación entre no tener apoyo económico por parte la familia y la depresión (valor p = 1,000)

Tabla 44a: distribución de la depresión de acuerdo a los ahorros para el sostenimiento.

Tabla cruzada: depresión / ahorros para el sostenimiento					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Cuenta con ahorros para el sostenimiento	Si	Recuento	12	11	23
		%	9,0%	14,1%	10,9%
	No	Recuento	121	67	188
		%	91,0%	85,9%	89,1%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: hay más personas en el grupo depresión que no cuentan con ahorros para el sostenimiento económico en comparación con los que no tienen depresión (91% vs 85,9%).

Tabla 44b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el apoyo económico mediante ahorros y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,306 ^a	1	,253		
Corrección de continuidad	,836	1	,361		
Razón de verosimilitud	1,271	1	,260		
Prueba exacta de Fisher				,261	,180
Asociación lineal por lineal	1,300	1	,254		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,50.

Interpretación: no existe asociación entre no contar con ahorros para el sostenimiento económico y la depresión (valor p = 0,253)

Tabla 45a: distribución de la depresión de acuerdo a la presencia de trabajo para el sostenimiento económico

Tabla cruzada: depresión / trabajo para el sostenimiento					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Cuenta con trabajo para el sostenimiento	Si	Recuento	15	6	21
		%	11,3%	7,7%	10,0%
	No	Recuento	118	72	190
		%	88,7%	92,3%	90,0%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo de depresión el 11,3% cuenta con un trabajo para el sostenimiento económico, en el grupo sin depresión el 7,7% cuenta con trabajo.

Tabla 45b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre la presencia de trabajo para el sostenimiento económico y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,705 ^a	1	,401		
Corrección de continuidad	,362	1	,547		
Razón de verosimilitud	,730	1	,393		
Prueba exacta de Fisher				,481	,278
Asociación lineal por lineal	,702	1	,402		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,76.

Interpretación: no existe asociación entre tener un trabajo para el sostenimiento económico y la depresión (valor p = 0,401)

Tabla 46a: distribución de la depresión de acuerdo a la presencia de beca o préstamo para el sostenimiento económico

Tabla cruzada: depresión / beca o préstamo para el sostenimiento					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Cuenta con beca/ préstamo para el sostenimiento	Si	Recuento	26	9	35
		%	19,5%	11,5%	16,6%
	No	Recuento	107	69	176
		%	80,5%	88,5%	83,4%
Total	Recuento		133	78	211
	%		100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión el 19,5% cuenta con beca o préstamo para el sostenimiento económico, en el grupo sin depresión el 11,5% cuenta con estos.

Tabla 46b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre la presencia de beca o préstamo para el sostenimiento económico y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,280 ^a	1	,131		
Corrección de continuidad	1,738	1	,187		
Razón de verosimilitud	2,383	1	,123		
Prueba exacta de Fisher				,179	,092
Asociación lineal por lineal	2,269	1	,132		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,94.

Interpretación: no existe asociación entre tener beca o préstamo para el sostenimiento económico y la depresión (valor p = 0,131)

Tabla 47a: distribución de la depresión de acuerdo al apoyo de la familia cuando tiene un problema

Tabla cruzada: depresión / apoyo de la familia cuando tiene un problema					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Apoyo de la familia cuando tiene un problema	Si	Recuento	100	66	166
		%	75,2%	84,6%	78,7%
	No	Recuento	33	12	45
		%	24,8%	15,4%	21,3%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que no reciben el apoyo de la familia cuando tienen un problema en comparación con el grupo sin depresión (24,8% vs 15,4%).

Tabla 47b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el apoyo de la familia cuando tiene un problema y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,604 ^a	1	,107		
Corrección de continuidad	2,073	1	,150		
Razón de verosimilitud	2,701	1	,100		
Prueba exacta de Fisher				,120	,073
Asociación lineal por lineal	2,592	1	,107		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,64.

Interpretación: no existe asociación entre no recibir el apoyo de la familia cuando el estudiante tiene algún problema y la depresión (valor p = 0,107)

Tabla 48a: distribución de la depresión de acuerdo al apoyo de los amigos cuando tiene un problema

Tabla cruzada: depresión / apoyo de los amigos cuando tiene un problema					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Apoyo de los amigos cuando tiene un problema	Si	Recuento	72	44	116
		%	54,1%	56,4%	55,0%
	No	Recuento	61	34	95
		%	45,9%	43,6%	45,0%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión el 45,9% no recibe el apoyo de los amigos cuando tienen algún problema, en el grupo sin depresión el 43,6% no recibe este apoyo.

Tabla 48b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el apoyo de los amigos cuando tiene un problema y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,103 ^a	1	,748		
Corrección de continuidad	,031	1	,859		
Razón de verosimilitud	,103	1	,748		
Prueba exacta de Fisher				,776	,430
Asociación lineal por lineal	,102	1	,749		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 35,12.

Interpretación: no existe asociación entre no recibir el apoyo de los amigos cuando el estudiante tiene algún problema y la depresión (valor p = 0,748)

Tabla 49a: distribución de la depresión de acuerdo al apoyo de la pareja cuando tiene un problema

Tabla cruzada: depresión / apoyo de la pareja cuando tiene un problema					
			Con depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Apoyo de la pareja cuando tiene un problema	Si	Recuento	37	18	55
		%	27,8%	23,1%	26,1%
	No	Recuento	96	60	156
		%	72,2%	76,9%	73,9%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión el 72,2% no recibe el apoyo de la pareja cuando tienen algún problema, en el grupo sin depresión el 76,9 no recibe el apoyo de la pareja.

Tabla 49b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el apoyo de la pareja cuando tiene un problema y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,574 ^a	1	,449		
Corrección de continuidad	,354	1	,552		
Razón de verosimilitud	,580	1	,446		
Prueba exacta de Fisher				,517	,278
Asociación lineal por lineal	,571	1	,450		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,33.

Interpretación: no existe asociación entre no tener el apoyo de la pareja cuando el estudiante tiene algún problema y la depresión (valor p = 0,449)

Tabla 50a: distribución de la depresión de acuerdo al apoyo de los compañeros cuando tiene un problema

			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Apoyo de los compañeros cuando tiene un problema	Si	Recuento	8	10	18
		%	6,0%	12,8%	8,5%
	No	Recuento	125	68	193
		%	94,0%	87,2%	91,5%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay menos estudiantes que reciben apoyo de los compañeros cuando tienen un problema en comparación con el grupo sin depresión (6% vs 12,8%).

Tabla 50b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el apoyo de los compañeros cuando tiene un problema y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,918 ^a	1	,088		
Corrección de continuidad	2,111	1	,146		
Razón de verosimilitud	2,807	1	,094		
Prueba exacta de Fisher				,124	,075
Asociación lineal por lineal	2,904	1	,088		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,65.

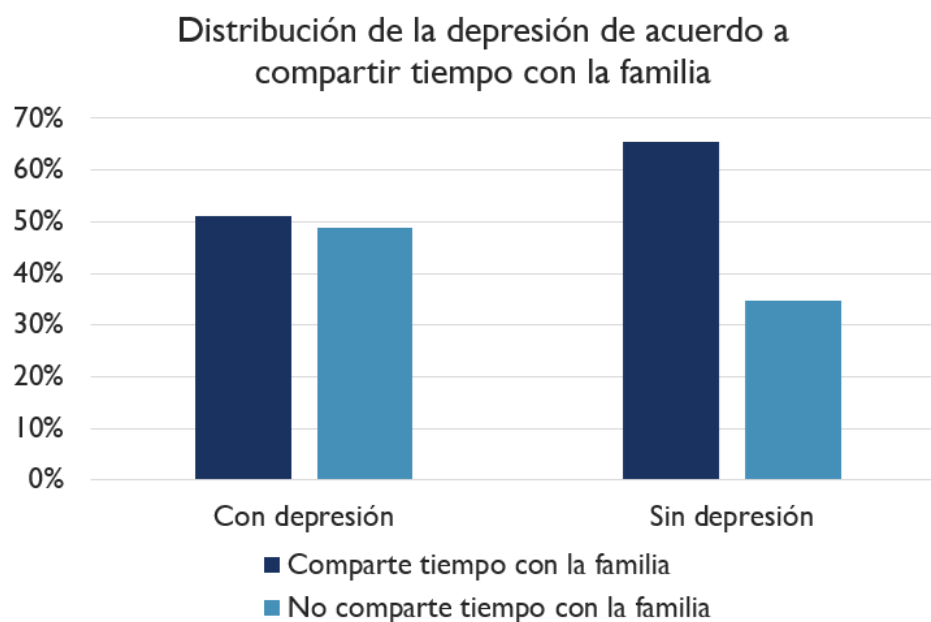
Interpretación: no existe asociación entre no tener el apoyo de los compañeros cuando el estudiante tiene algún problema y la depresión (valor p = 0,088)

Tabla 51a: distribución de la depresión de acuerdo a compartir tiempo con la familia

			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
comparte el tiempo con la familia	si	Recuento	68	51	119
		%	51,1%	65,4%	56,4%
	no	Recuento	65	27	92
		%	48,9%	34,6%	43,6%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que no comparten el tiempo con la familia en comparación con el grupo sin depresión (48,9% vs 34,6%).

Gráfico 36: distribución de la depresión de acuerdo a compartir el tiempo con la familia



Fuente: elaboración propia

Tabla 51b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre compartir el tiempo libre con la familia y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,064 ^a	1	,044		
Corrección de continuidad	3,505	1	,061		
Razón de verosimilitud	4,109	1	,043		
Prueba exacta de Fisher				,046	,030
Asociación lineal por lineal	4,045	1	,044		
N de casos válidos	211				
a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34,01.					

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre no compartir el tiempo con la familia y la presencia de depresión (valor p = 0,044)

Tabla 51c: estimación del riesgo de depresión de acuerdo a no compartir el tiempo con la familia

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para comparte el tiempo con la familia (no / si)	1,806	1,014	3,216
Para cohorte Con algún grado de depresión Vs Sin depresión = Con algún grado de depresión	1,236	1,008	1,516
Para cohorte Con algún grado de depresión Vs Sin depresión = Sin depresión	,685	,469	1,000
N de casos válidos	211		

Interpretación: los que no comparten el tiempo con la familia tienen un riesgo 1,8 veces mayor de presentar depresión en comparación con los que comparten el tiempo con la familia (OR= 1,8 IC 95% 1,01 a 3,21).

Tabla 52a: distribución de la depresión de acuerdo a compartir tiempo con los amigos

Tabla cruzada: depresión / compartir el tiempo con los amigos					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Comparte tiempo con los amigos	Si	Recuento	97	64	161
		%	72,9%	82,1%	76,3%
	No	Recuento	36	14	50
		%	27,1%	17,9%	23,7%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que no comparten el tiempo con los amigos en comparación con el grupo sin depresión (27,1% vs 17,9%).

Tabla 52b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre compartir el tiempo con los amigos y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,261 ^a	1	,133		
Corrección de continuidad	1,785	1	,182		
Razón de verosimilitud	2,328	1	,127		
Prueba exacta de Fisher				,179	,090
Asociación lineal por lineal	2,250	1	,134		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,48.

Interpretación: no existe asociación entre no compartir el tiempo con los amigos y la depresión (valor $p = 0,133$)

Tabla 53a: distribución de la depresión de acuerdo a compartir tiempo con la pareja

			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Comparte tiempo con la pareja	Si	Recuento	45	22	67
		%	33,8%	28,2%	31,8%
	No	Recuento	88	56	144
		%	66,2%	71,8%	68,2%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay menos estudiantes que no comparten el tiempo con la pareja en comparación con los que no tienen depresión (66,2% vs 71,8%).

Tabla 53b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre compartir el tiempo con la pareja y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,719 ^a	1	,396		
Corrección de continuidad	,483	1	,487		
Razón de verosimilitud	,726	1	,394		
Prueba exacta de Fisher				,445	,244
Asociación lineal por lineal	,716	1	,398		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,77.

Interpretación: no existe asociación entre no compartir el tiempo con la pareja y la depresión (valor p = 0,396)

Tabla 54a: distribución de la depresión de acuerdo a compartir tiempo con los compañeros

Tabla cruzada: depresión /compartir el tiempo con los compañeros						
				Depresión		Total
				Con depresión	Sin depresión	
Comparte tiempo con los compañeros	Si	Recuento	52	33	85	
		%	39,1%	42,3%	40,3%	
	No	Recuento	81	45	126	
		%	60,9%	57,7%	59,7%	
Total		Recuento	133	78	211	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que no comparten el tiempo con los compañeros en comparación con los que no tienen depresión (60,9% vs 57,5%).

Tabla 54b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre compartir el tiempo con los compañeros y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,211 ^a	1	,646		
Corrección de continuidad	,098	1	,754		
Razón de verosimilitud	,210	1	,647		
Prueba exacta de Fisher				,665	,376
Asociación lineal por lineal	,210	1	,647		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 31,42.

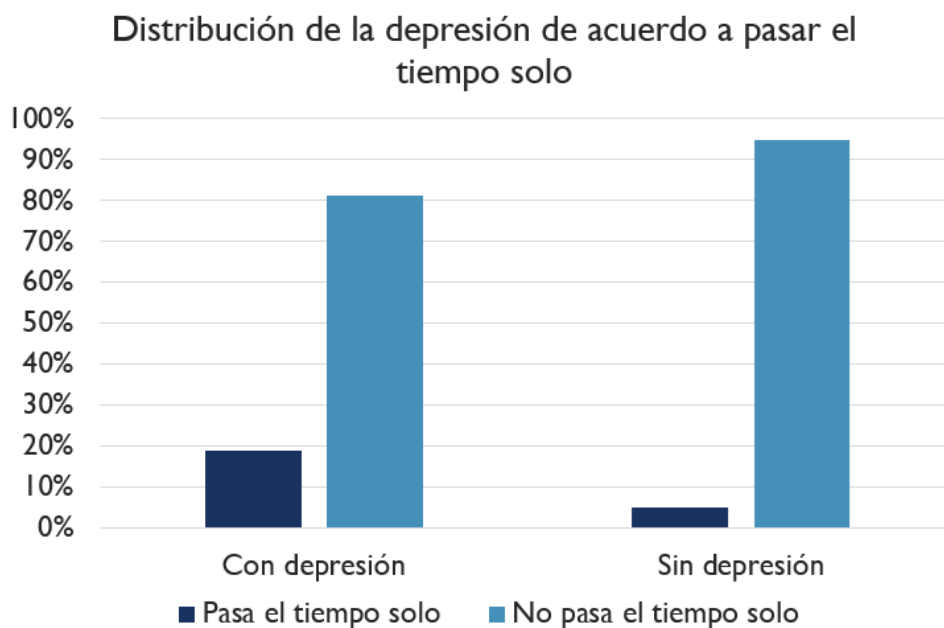
Interpretación: no existe asociación entre no compartir el tiempo con los compañeros y la depresión (valor p = 0,646)

Tabla 55a: distribución de la depresión de acuerdo a pasar el tiempo solo

Tabla cruzada: depresión / pasa el tiempo libre solo					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Pasa el tiempo solo	No	Recuento	108	74	182
		%	81,2%	94,9%	86,3%
	Si	Recuento	25	4	29
		%	18,8%	5,1%	13,7%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que pasan el tiempo solos en comparación con los que no tienen depresión (18,8% vs 5,1%).

Gráfico 37: distribución de la depresión de acuerdo a pasar el tiempo solo



Fuente: elaboración propia

Tabla 55b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre pasar el tiempo solo y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,749 ^a	1	,005		
Corrección de continuidad ^b	6,638	1	,010		
Razón de verosimilitud	8,819	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,006	,003
Asociación lineal por lineal	7,712	1	,005		
N de casos válidos	211				
a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,72.					

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre pasar el tiempo solo y la presencia de depresión (valor p = 0,005)

Tabla 55c: estimación del riesgo de depresión de acuerdo a pasar el tiempo solo

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Pasa el tiempo solo (Si / No)	4,282	1,431	12,815
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Con depresión	1,453	1,203	1,755
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Sin depresión	,339	,134	,857
N de casos válidos	211		

Interpretación: los estudiantes que pasan el tiempo solos tienen un riesgo 4,2 veces mayor de presentar depresión en comparación con los que no pasan el tiempo solos (OR= 4,28 IC 95% 1,43 a 12,81)

Tabla 56a: distribución de la depresión de acuerdo a pertenecer a algún grupo (religioso, artístico, político, deportivo, voluntariado o académico)

Tabla cruzada: depresión / pertenece a algún grupo					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Pertenece a algún grupo	no	Recuento	42	25	67
		%	31,6%	32,1%	31,8%
	si	Recuento	91	53	144
		%	68,4%	67,9%	68,2%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que no pertenecen a algún grupo en comparación con los que no tienen depresión (31,6% vs 32,1).

Tabla 56b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre pertenecer a algún grupo (religioso, artístico, político, deportivo, voluntariado o académico) y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,005 ^a	1	,943		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,005	1	,943		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,531
Asociación lineal por lineal	,005	1	,943		
N de casos válidos	211				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,77.					

Interpretación: no existe asociación entre no pertenecer a algún grupo y la depresión (valor p = 0,943).

Tabla 57a: distribución de la depresión de acuerdo al consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida

Tabla cruzada: depresión / consumo de SPA alguna vez en la vida					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Consumo de SPA alguna vez en la vida	Si	Recuento	122	73	195
		%	91,7%	93,6%	92,4%
	No	Recuento	11	5	16
		%	8,3%	6,4%	7,6%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay menos estudiantes que han consumido sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en comparación con los que no tienen depresión (91,7% vs 93,6%).

Tabla 57b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre haber consumido sustancias psicoactivas alguna vez en la vida y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,243 ^a	1	,622		
Corrección de continuidad	,050	1	,823		
Razón de verosimilitud	,248	1	,618		
Prueba exacta de Fisher				,790	,420
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,91.

Interpretación: no existe asociación entre haber consumido sustancias psicoactivas alguna vez en la vida y la depresión (valor p = 0,622).

Tabla 58a: distribución de la depresión de acuerdo al consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 15 días

Tabla cruzada: depresión / consumo SPA en los últimos 15 días					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Consumo de SPA en los últimos 15 días	Si	Recuento	65	35	100
		%	48,9%	44,9%	47,4%
	No	Recuento	68	43	111
		%	51,1%	55,1%	52,6%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que han consumido sustancias psicoactivas en los últimos 15 días en comparación con los que no tienen depresión (48,9% vs 44,9%).

Tabla 58b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre haber consumido sustancias psicoactivas en los últimos 15 días y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,316 ^a	1	,574		
Corrección de continuidad ^b	,176	1	,675		
Razón de verosimilitud	,316	1	,574		
Prueba exacta de Fisher				,668	,338
Asociación lineal por lineal	,314	1	,575		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 36,97.

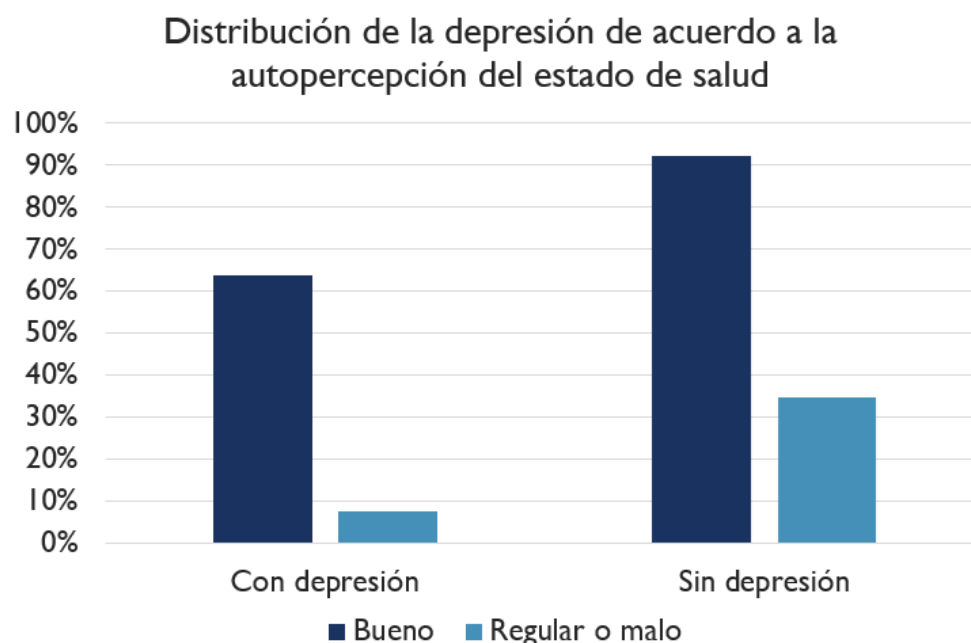
Interpretación: no existe asociación entre haber consumido sustancias psicoactivas en los últimos 15 días y la depresión (valor p = 0,574)

Tabla 59a: distribución de la depresión de acuerdo a la auto percepción del estado de salud

			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Auto percepción del estado de salud	Regular / Malo	Recuento	48	6	54
		%	36,1%	7,7%	25,6%
	Bueno	Recuento	85	72	157
		%	63,9%	92,3%	74,4%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que se perciben con un estado de salud regular o malo en comparación con los que no tienen depresión (36% vs 7,7%).

Gráfico 38: distribución de la depresión de acuerdo a la auto percepción del estado de salud



Fuente: elaboración propia

Tabla 59b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre la autopercepción del estado de salud y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,821 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	19,357	1	,000		
Razón de verosimilitud	23,760	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	20,723	1	,000		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,96.

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre tener una autopercepción del estado de salud regular o mala y la presencia de depresión (valor $p = 0,000$)

Tabla 59c: estimación del riesgo de depresión de acuerdo a la autopercepción del estado de salud

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Percepción del estado de salud (Regular o Malo / Bueno)	6,776	2,742	16,749
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Con depresión	1,642	1,382	1,950
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Sin depresión	,242	,112	,525
N de casos válidos	211		

Interpretación: los estudiantes que autoperciben su estado de salud como regular o malo tienen un riesgo 6,7 veces mayor de presentar depresión en comparación con los que perciben su estado de salud como bueno (OR= 6,77 IC 95% 2,74 a 16,74).

Tabla 60a: distribución de la depresión de acuerdo al fallecimiento de algún familiar cercano en los últimos tres meses

			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Fallecimiento de algún familiar cercano en los últimos 3 meses	Si	Recuento	18	8	26
		%	13,5%	10,3%	12,3%
	No	Recuento	115	70	185
		%	86,5%	89,7%	87,7%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que tuvieron el fallecimiento de algún familiar cercano en los últimos 3 meses en comparación con los que no tienen depresión (13,5% vs 10,3%).

Tabla 60b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el fallecimiento de algún familiar cercano en los últimos 3 meses y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,489 ^a	1	,484		
Corrección de continuidad	,233	1	,630		
Razón de verosimilitud	,500	1	,479		
Prueba exacta de Fisher				,524	,319
N de casos válidos	211				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,61.					

Interpretación: no existe asociación entre haber presentado el fallecimiento de algún familiar cercano en los últimos 3 meses y la depresión (valor p = 0,484)

Tabla 61a: distribución de la depresión de acuerdo al antecedente familiar de trastorno mental

Tabla cruzada: depresión / antecedente familiar de trastorno mental					
			Depresión		Total
			Con algún grado de depresión	Sin depresión	
Antecedente familiar de trastorno mental	Si	Recuento	54	24	78
		%	40,6%	30,8%	37,0%
	No	Recuento	79	54	133
		%	59,4%	69,2%	63,0%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que tienen antecedentes familiares de algún trastorno mental en comparación con los que no tienen depresión (40,6% vs 30,8%).

Tabla 61b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el antecedente familiar de trastorno mental y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,040 ^a	1	,153		
Corrección de continuidad	1,640	1	,200		
Razón de verosimilitud	2,065	1	,151		
Prueba exacta de Fisher				,184	,100
Asociación lineal por lineal	2,030	1	,154		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 28,83.

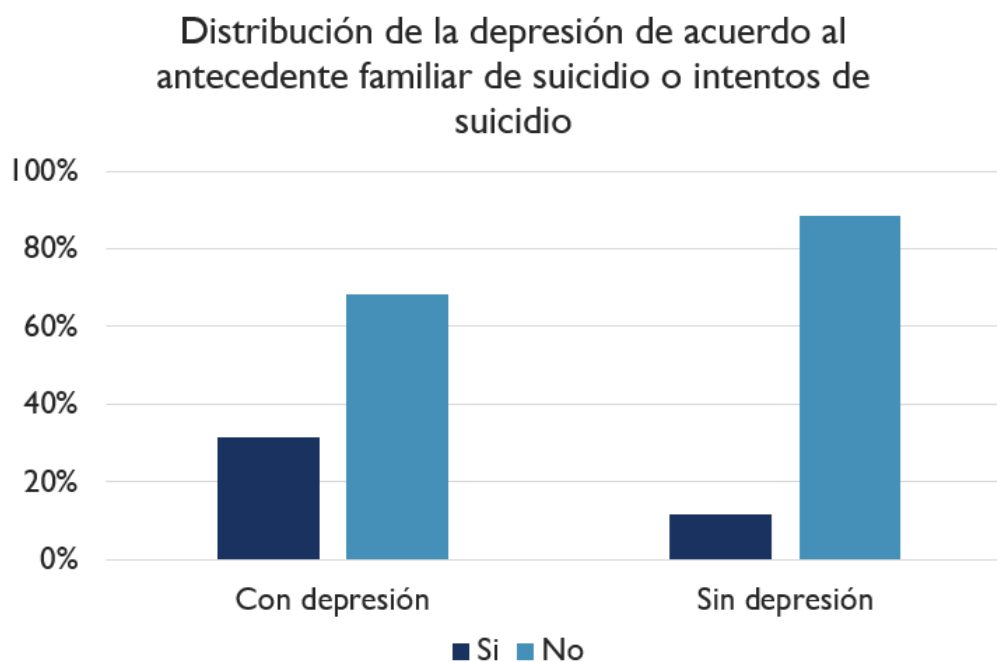
Interpretación: no existe asociación entre tener antecedente familiar de algún trastorno mental y la depresión (valor p = 0,153)

Tabla 62a: distribución de la depresión de acuerdo al antecedente familiar de suicidio o intentos de suicidio

Tabla cruzada: depresión/ Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio					
			Depresión		Total
			Con algún grado de depresión	Sin depresión	
Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio	Si	Recuento	42	9	51
		%	31,6%	11,5%	24,2%
	No	Recuento	91	69	160
		%	68,4%	88,5%	75,8%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que tienen antecedente familiar de suicidio o intentos de suicidio en comparación con los que no tienen depresión (31,6% vs 11,5%).

Gráfico 39: distribución de la depresión de acuerdo al antecedente familiar de suicidio o intentos de suicidio



Fuente: elaboración propia

Tabla 62b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el antecedente familiar de suicidio o intentos de suicidio y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,773 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	9,708	1	,002		
Razón de verosimilitud	11,700	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,722	1	,001		
N de casos válidos	211				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,85.					

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente familiar de suicidio o intentos de suicidio y la presencia de depresión (valor $p = 0,001$)

Tabla 62c: estimación del riesgo de depresión de acuerdo al antecedente familiar de suicidio o intentos de suicidio

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio (Si / No)	3,538	1,614	7,758
Para cohorte Con algún grado de depresión Vs Sin depresión = Con algún grado de depresión	1,448	1,203	1,743
Para cohorte Con algún grado de depresión Vs Sin depresión = Sin depresión	,409	,220	,760
N de casos válidos	211		

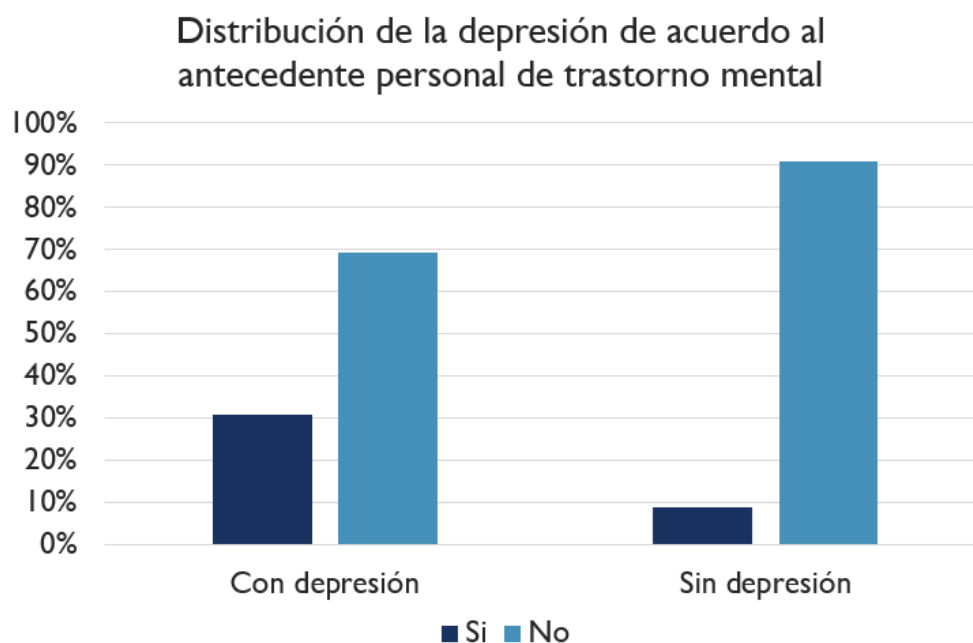
Interpretación: los estudiantes que tienen antecedente familiar de suicidio o intentos de suicidio tienen un riesgo 3,5 veces mayor de presentar depresión en comparación con los no tienen este antecedente familiar (OR= 3,5 IC 95% 1,61 a 7,75).

Tabla 63a: distribución de la depresión de acuerdo al antecedente personal de trastorno mental

			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Antecedente personal de trastorno mental	Si	Recuento	41	7	48
		%	30,8%	9,0%	22,7%
	No	Recuento	92	71	163
		%	69,2%	91,0%	77,3%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que tienen antecedente personal de algún trastorno mental en comparación con los que no tienen depresión (30,8% vs 9%).

Gráfico 40: distribución de la depresión de acuerdo al antecedente personal de trastorno mental



Fuente: elaboración propia

Tabla 63b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el antecedente personal de trastorno mental y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,360 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	12,146	1	,000		
Razón de verosimilitud	14,872	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,297	1	,000		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,74.

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente personal de trastorno mental y la presencia de depresión (valor p = 0,000)

Tabla 63c: estimación del riesgo de depresión de acuerdo al antecedente personal de trastorno mental

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para antecedente personal de trastorno mental (Si / No)	4,520	1,914	10,674
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Con depresión	1,513	1,266	1,809
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Sin depresión	,335	,165	,679
N de casos válidos	211		

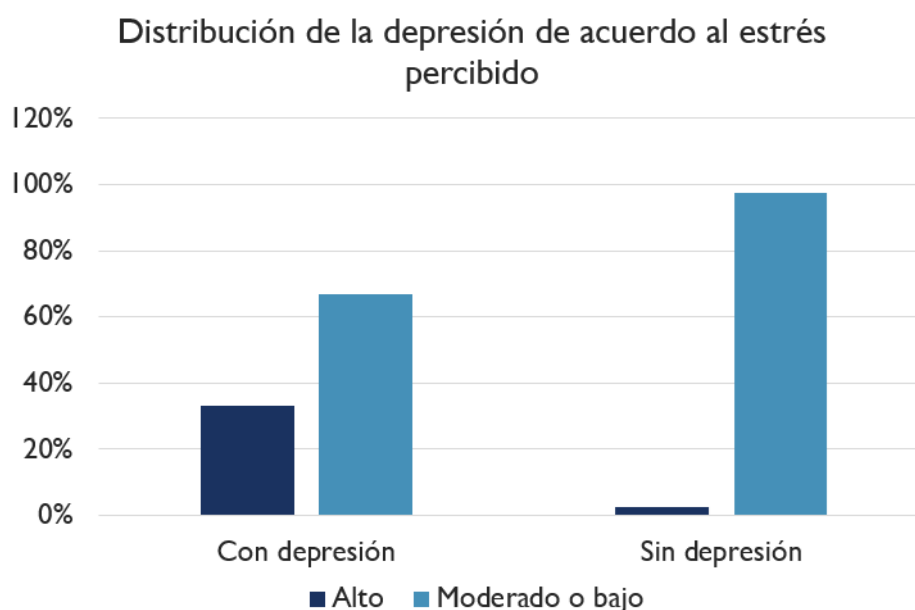
Interpretación: los estudiantes que tienen antecedente personal de algún trastorno mental tienen un riesgo 4,5 veces mayor de presentar depresión en comparación con los no tienen antecedente personal de trastorno mental (OR= 4,5 IC 95% 1,91 a 10,67). Sin embargo, esto no puede asumirse como factor de riesgo ya que hace parte de un diagnóstico y solo tiene asociación.

Tabla 64a: distribución de la depresión de acuerdo al estrés percibido

Tabla cruzada: depresión / estrés percibido					
			Depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Grado de estrés	Alto	Recuento	44	2	46
		%	33,1%	2,6%	21,8%
	Bajo/ Moderado	Recuento	89	76	165
		%	66,9%	97,4%	78,2%
Total		Recuento	133	78	211
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: en el grupo con depresión hay más estudiantes que tienen una percepción alta del estrés en comparación con los que no tienen depresión (33,1% vs 2,6%).

Gráfico 41: distribución de la depresión de acuerdo al estrés percibido



Fuente: elaboración propia

Tabla 64b: prueba de chi cuadrado para evaluar significancia estadística entre el estrés percibido y la depresión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,861 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	25,100	1	,000		
Razón de verosimilitud	33,838	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	26,733	1	,000		
N de casos válidos	211				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,00.

Interpretación: existe una asociación estadísticamente significativa entre tener una percepción alta del estrés y la presencia de depresión (valor p = 0,000)

Tabla 64c: estimación del riesgo de depresión de acuerdo al estrés percibido

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para estrés percibido (Alto / Bajo o Moderado)	18,787	4,408	80,068
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Con depresión	1,773	1,520	2,068
Para cohorte Con depresión Vs Sin depresión = Sin depresión	,094	,024	,370
N de casos válidos	211		

Interpretación: los estudiantes que tienen una percepción alta del estrés tienen un riesgo 18,7 veces mayor de presentar depresión en comparación con los que tiene una percepción moderada o baja del estrés (OR= 18,7 IC 95% 4,40 a 80,06).

Tabla 65: factores con asociación estadísticamente significativa con la depresión*

Factores asociados con depresión	OR (IC 95%)	Valor P
Percepción elevada de estrés	18,7 (4,4 - 80)	0,000
Percepción de un mal estado de salud	6,7 (2,7 - 16,7)	0,000
Pasar el tiempo solo	4,2 (1,4 - 12,8)	0,005
Sexo femenino	4,2 (2,2 - 7,9)	0,000
Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio	3,5 (1,6 - 7,7)	0,001
No comparte tiempo con la familia	1,8 (1,04 – 3,21)	0,044

* Variable dependiente: presencia de depresión (BDI-II \geq 14 puntos)

El factor de riesgo más significativo para tener depresión en algún grado en esta población de estudio es la percepción elevada de estrés, seguido de pasar tiempo solo, luego sexo femenino, antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y por último; el riesgo es significativo en quienes no comparten tiempo con la familia.

6.3 Regresión logística binaria

Tabla 66: Modelo de regresión binaria variable predictora depresión*

Variables en la ecuación	B	Error estándar	wald	Valor de p	OR Exp(B)	IC 95%
Género femenino	1.45	0.38	14.37	< 0.01	4.27	2.01-9.04
Pasar el tiempo solo	1.69	0.63	7.07	< 0.01	5.42	1.56-18.85
No pasar tiempo con la familia	0.72	0.38	3.62	0.05	2.07	0.97-4.38
Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio	1.44	0.49	8.50	< 0.01	4.24	1.60-11.23
Percepción mala del estado de salud	1.74	0.52	11.30	< 0.01	5.74	2.07-15.91
Percepción elevada de estrés	3.21	0.79	16.40	< 0.01	24.83	5.24-117.57

* Variable dependiente: presencia de depresión (BDI-II ≥ 14 puntos)

gL: 1, valor p < 0.001, Cox y Snell $R^2 = 0.348$, Nagelkerke $R^2 = 0.475$

De los factores de riesgo cuyo OR bivariado fue significativo, en la regresión logística en orden de mayor a menor asociación y riesgo para causar depresión en este estudio, se identifica la percepción elevada de estrés, percepción de un mal estado de salud (esto es un factor de riesgo, pero también es una consecuencia), pasar el tiempo solo, el sexo femenino y los antecedentes familiares de suicidio o de intentos de suicidio.

No pasar tiempo con la familia, no fue un factor con significancia estadística en la regresión logística binaria.

Resumen del modelo			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	187,771	,348	,475

Según la prueba de ómnibus en la regresión logística binaria, las variables analizadas en este estudio pueden predecir el padecimiento de depresión; bajo el modelo de Cox y Snell estas variables pueden predecir el padecimiento de depresión hasta en un 34,8% y bajo el modelo de Nagelkerke se puede predecir el padecimiento de depresión hasta en un 47,5% y ambas predicciones tienen significancia estadística ($p < 0,005$).

7. Discusión

El principal hallazgo de este estudio fue una alta prevalencia de depresión en estudiantes de medicina y la asociación significativa entre la depresión y el estrés percibido. Además, se encontró que tener antecedentes familiares de suicidio, antecedentes personales de un trastorno mental, el género femenino y la autopercepción de un mal estado de salud son factores que se asocian a la depresión.

La asociación entre el elevado estrés percibido y la depresión puede ser explicada a partir de la carencia de adecuadas estrategias de afrontamiento de situaciones ambientales que caracteriza a las personas que cursan con depresión, lo cual puede favorecer la aparición de una percepción elevada de estrés. Estudios previos sugieren que la intolerancia a la incertidumbre es un factor de riesgo para la aparición de una amplia variedad de patrones maladaptativos psicológicos (49).

Diversos autores han demostrado altas prevalencias de depresión en estudiantes de medicina, las cuales son superiores a las presentadas en la población general, resultados acordes con el presente estudio (10) (11) (12) (50) (51) (52). Otras investigaciones han encontrado prevalencias más bajas que en este estudio, sin embargo, continúa siendo más alta en comparación con la población general y sus pares no estudiantes de medicina (22).

En otras investigaciones se ha encontrado una asociación directa entre la depresión y el género femenino (8) (22) (53) (31) (54). La segregación cultural histórica podría explicar la diferencia entre los géneros, así como la presión de pares, la violencia de género y otros desencadenantes de estrés percibido en las mujeres.

Por su parte, la soledad se ha definido como un estado emocional negativo que ocurre cuando hay "una discrepancia entre los patrones deseados y logrados de interacción social" (55). Un interesante concepto multidimensional de soledad fue desarrollado por Weiss y lo orientó hacia las esferas social y emocional; plantea que la soledad social está dada por "la ausencia de relaciones socialmente integradoras", mientras que la soledad emocional proviene de la ausencia de "un apego emocional cercano" (56). Durante los últimos años se ha avanzado de manera significativa en la búsqueda de asociaciones entre la soledad y los resultados adversos en la salud

física, donde se ha encontrado que los efectos negativos pueden generarse a través de mecanismos biológicos, psicológicos y/o conductuales (57) (58); en cuanto al ámbito de interés de la presente investigación, Coentre y colaboradores, en 2016, evaluaron la presencia de depresión y comportamiento suicida y los factores asociados a tales eventos, encontrando, dentro de los factores asociados con mayores prevalencias de depresión, el hecho de vivir solo (54).

A pesar del creciente reconocimiento de la importancia de la soledad y el pobre apoyo social en términos de bienestar físico y mental, hasta la fecha no se cuenta con sólidas investigaciones acerca de la relación entre estos factores y los resultados en salud mental (59). En el presente estudio, al igual que en algunos anteriores (12), se encontró asociación significativa entre pasar el tiempo solo y la presencia de depresión, lo cual podría convertirse en una relación a ampliar en posteriores investigaciones centradas en estudiantes de medicina.

Algunos estudios previos reportaron una asociación entre depresión y estar cursando los primeros semestres del programa de medicina (8) (22) (53) (31), sin embargo, en nuestro estudio no se encontró relación con el semestre cursado por el estudiante. Esta relación tampoco ha sido significativa en otras investigaciones (41); esto se podría explicar por la distribución proporcional de la exigencia académica entre los diferentes semestres, además de otras variables que sobrepasan el alcance del presente estudio, lo cual indica que la depresión no se explica, en todos los contextos, por el semestre cursado, sino que deben explorarse también otro tipo de factores como la distribución de la carga académica, el ambiente de clase, el aprendizaje cooperativo y el soporte social (22).

En un estudio realizado por Adonilso y colaboradores (12), donde se relacionaron síntomas depresivos con consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, no se halló una asociación significativa entre estas variables, hallazgos similares a los encontrados en este estudio.

Las principales fortalezas de este estudio radican, en el tamaño representativo de la muestra, en el uso de un diseño de fácil aplicación con escalas validadas y adaptadas al idioma español, además de la evaluación tanto de la depresión como del estrés percibido en relación con variables sociodemográficas.

A pesar de los hallazgos interesantes aquí presentados, este estudio tiene algunas limitaciones, una de ellas es que, aunque se exploró el consumo social y/o experimental de sustancias psicoactivas (SPA), no se profundizó en el patrón de consumo, la tolerancia o dependencia a las mismas; se considera importante para futuras investigaciones buscar la existencia de trastornos por uso de SPA y la presencia de depresión con el fin de encontrar una posible asociación. Además, se deben evaluar con mayor rigurosidad las rupturas sentimentales, teniendo en cuenta que estas constituyen unas de las principales causas de intento de suicidio en el departamento de Caldas.

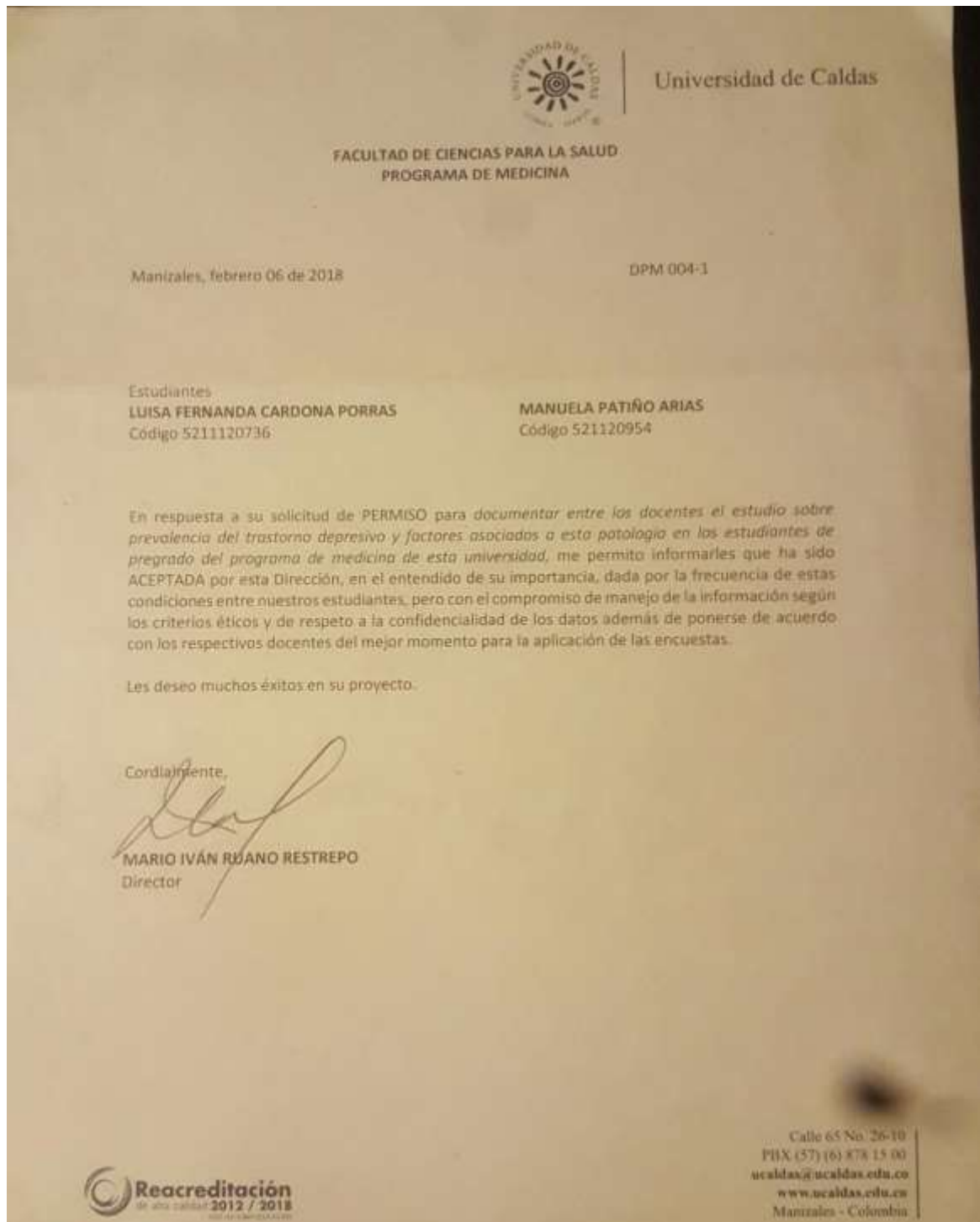
Otros factores que podrían favorecer la aparición de síntomas depresivos en estudiantes de medicina y que deben ser explorados en futuras investigaciones son factores propios de la carrera tales como la intensidad horaria, los turnos clínicos, disminución de horas de sueño por jornadas de estudio, actividades de ocio y otros factores psicosociales.

8. Conclusiones

- Se encontró una alta prevalencia de depresión en los estudiantes de Medicina, asociada principalmente a los elevados niveles de estrés percibido.
- Esta preocupante realidad respaldada por numerosas investigaciones evidencia la necesidad de evaluar a profundidad las causas de tales niveles de estrés percibido en esta población para así diseñar e implementar programas de acompañamiento integral del estudiante que promuevan la salud mental, prevengan la aparición de sintomatología depresiva y de estrés y brinden un manejo integral de los estudiantes con depresión y/o estrés; involucrar a la comunidad académica y a las familias es de crucial importancia.
- Una estrategia terapéutica encaminada a la búsqueda de patrones maladaptativos psicológicos puede ser de utilidad en la disminución de los niveles de percepción del estrés. por lo cual es necesario implementar medidas adicionales encaminadas al manejo de la depresión y del estrés.
- Futuras investigaciones deben estar orientadas a la estructuración de procesos de intervención integrales que incluyan la evaluación de factores específicos de los programas de medicina y del contexto que puedan relacionarse con la presencia de tal sintomatología en los estudiantes, el desarrollo y fortalecimiento de habilidades que permitan afrontar diversas situaciones y problemas además del mejoramiento de estrategias de manejo del estrés haciendo uso de herramientas que se adapten a las características y posibilidades de los estudiantes para así facilitar su implementación.

9. Documentos anexos

Anexo 1: Carta de aprobación comité de Bioética Universidad de Caldas



Anexo 2: Consentimiento informado

Lugar y fecha: _____.

Yo, _____, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía _____ de _____ expreso que he sido informado acerca del estudio que actualmente realizan docentes y estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Caldas con el fin de conocer la prevalencia del trastorno depresivo en los estudiantes de medicina y los factores asociados, estudio integralmente denominado “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A ESTA PATOLOGÍA EN LOS ESTUDIANTES DEL PREGRADO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CALDAS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018”, cuyo desarrollo ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de dicha Universidad.

Conozco que los propósitos del estudio son:

Determinar la prevalencia del trastorno depresivo en los estudiantes de medicina a través de un cuestionario validado para tal fin, al igual que determinar los factores que se encuentran relacionados con esta patología en dicho grupo poblacional.

Reconozco que los investigadores me han informado de los métodos para obtener la información y no existe un método más apropiado y económico para alcanzar los fines que se pretenden con este estudio.

Reconozco que mi participación es libre, espontánea y consistirá en responder a las preguntas contenidas en un cuestionario autoaplicable, de 15 minutos de duración aproximadamente.

No se requiere toma de muestra de secreciones ni la realización de ningún procedimiento invasivo.

Conozco que se me ha informado ampliamente sobre los alcances posibles, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El diseño de la investigación está hecho para que los resultados solamente puedan ser conocidos por las personas que aplican las encuestas y el grupo que realiza la investigación. No obstante, existe una mínima posibilidad de que otras personas podrían tener acceso a los resultados.

Acepto que los datos y resultados obtenidos podrán ser utilizados en otras investigaciones, de carácter anónimo, con fines exclusivamente académicos y derivadas de la misma línea de investigación.

La molestia eventual está representada por el tiempo necesario para la realización del cuestionario.

Me han informado que la investigación tiene un beneficio colectivo, debido a que busca determinar la prevalencia del trastorno depresivo y los factores asociados a dicha la condición, para promover una atención integral de los estudiantes de medicina y mejorar la calidad de vida de los mismos.

Las personas vinculadas con la investigación se han comprometido a responder cualquier pregunta acerca de la investigación desarrollada o eventuales riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

A pesar de que mi nombre aparecerá en el consentimiento informado, la información obtenida en los cuestionarios solo será manejada por el grupo de trabajo, de manera independiente a los consentimientos, con el fin de mantener el anonimato de las respuestas. Se me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que mis datos serán manejados en forma completamente privada.

De acuerdo con lo anterior apruebo mi colaboración con el estudio y en constancia firmamos:

Participante: _____

Anexo 3: Encuesta referente a información personal y sociodemográfica

La siguiente encuesta tiene por objetivo detectar la prevalencia de depresión en los estudiantes de medicina en la Universidad de Caldas. Favor responder con la mayor sinceridad posible. Agradecemos su colaboración.

Marcar con una X una sola respuesta en cada ítem.

1. Sexo: Hombre__ Mujer__
2. Edad en años cumplidos: __
3. Estrato socioeconómico en el que reside actualmente: ____
4. Estado civil:
Soltero__ Casado__ Unión libre__ Separado__ Divorciado__ Viudo(a)__
Noviazgo__
5. Semestre que cursa actualmente: ____
6. ¿Ha perdido rotaciones o materias? Si__ No__ ¿Cuántas? __
7. ¿Se siente satisfecho con la elección de su carrera? Si__ No__
8. Para su sostenimiento usted cuenta con (marque todas las opciones que apliquen en su caso):
Familia__ Ahorros__ Trabajo__ Préstamo – beca__
9. ¿A quién acude cuando necesita resolver un problema? (marque todas las opciones que apliquen en su caso)
Familia__ Amigos__ Pareja__ Compañeros__ Nadie__
10. ¿Con quién comparte su tiempo? (marque todas las opciones que apliquen en su caso)
Familia__ Amigos__ Pareja__ Compañeros__ Vecinos__ Solo__
11. ¿A cuáles grupos pertenece? (tenga en cuenta una asistencia regular, marque todas las opciones que apliquen en su caso)
Religioso__ Artístico__ Político__ Deportivo__ Social (parche)__ Asociación de exalumnos__ Voluntariados__ Ninguno__
12. ¿Ha consumido alguna vez en su vida sustancias psicoactiva?
Si__ No__
13. ¿Ha consumido en los últimos 15 días una de estas sustancias? (marque todas las opciones que apliquen en su caso)

Alcohol__ Cigarrillo__ Marihuana__ Cocaína (incluye “perico” y sus derivados como “basuco”) __ Inhalables (pegantes, “leidys”, “poppers” o similares) __ Ácidos, “pepas”, metanfetaminas __ Heroína (inhalada, inyectada) __ Benzodiacepinas (“Roche, rivotril”) __ Otras__ Cuáles? _____

14. ¿Cómo considera su estado general de salud? Bueno__ Regular__ Malo__
15. ¿Ha tenido el fallecimiento de algún ser querido en los últimos tres meses?
Si__ No__
16. ¿Alguno de sus familiares cercanos (padres, hermanos, tíos, abuelos) ha padecido alguna enfermedad mental? (si la respuesta es negativa, pase a la pregunta número 20) Si__ No__
17. ¿Quién? (puede marcar varias de ser necesario) Padre__ Madre__
Hermanos__ Tíos__ Abuelos__
18. ¿Cuál fue el diagnóstico? _____
19. ¿Existe en su familia antecedente de suicidio o intento de suicidio? Si__
No__
20. ¿Ha sido USTED diagnosticado con algún trastorno mental? Si__ No__
¿Cuál? _____ Si la respuesta fue positiva conteste por favor

Anexo 4: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

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

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 5: Escala de estrés percibido 14 ítems (EEP)

Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación así:

0. Nunca 1. Casi nunca 2. De vez en cuando 3. A menudo 4. Muy a menudo

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

0 1 2 3 4

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

0 1 2 3 4

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

0 1 2 3 4

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?

0 1 2 3 4

5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?

0 1 2 3 4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

0 1 2 3 4

7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

0 1 2 3 4

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

0 1 2 3 4

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

0 1 2 3 4

10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?

0 1 2 3 4

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

0 1 2 3 4

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

0 1 2 3 4

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?

0 1 2 3 4

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

0 1 2 3 4

10. Referencias bibliográficas

1. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
2. (Invertir en Salud Mental, OMS, 2004. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1&isAllowed=>).
3. Ministerio de Salud y Protección social. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. 2001.
5. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. No. WHO/MSD/MER/2017.2. World Health Organization, 2017. 2017.
6. Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante A. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Editorial Médica Panamericana, editor. Madrid; 2014.
7. Ministerio de Salud y Protección social C. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Vol. Tomo I, Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. 344 p.
8. Iorga M, Dondas C, Zugun-Eloae C. Depressed as Freshmen, Stressed as Seniors: The Relationship between Depression, Perceived Stress and Academic Results among Medical Students. *Behav Sci (Basel)* [Internet]. 2018;8(8):70. Available from: <http://www.mdpi.com/2076-328X/8/8/70>
9. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students A Systematic Review and Meta-Analysis. *2016;02115(21):2214–36.*

10. Fernández CJ GH. Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado del programa de Medicina de la Universidad de Caldas, en el segundo semestre del año 2000. Manizales Univ Caldas, Fac Ciencias para la Salud, Dep Salud Ment y Comport Hum. 2001;
11. Pabón JB, Espinosa JFS, Correa YM, Ríos DAV, Gutiérrez UR. Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes del programa de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales - Colombia. Rev Médica Risaralda [Internet]. 2018;24(1):20–3. Available from: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/9401/11041>
12. José David Alonso Polo, José Jaime Castaño Castrillon, Yesica Estefania Cerón Rosero, Davila Menjura, Adomilson Julio De la Rosa, Paola Edith De la Rosa Marrugo A. Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. Estud corte transversal [Internet]. 2014;1:2–17. Available from: [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/2164/1/Articulo depresion estudiantes med mani.pdf](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/2164/1/Articulo%20depresion%20estudiantes%20med%20mani.pdf)
13. Falla PMG, Ferrand PAS. Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. Rev Fac Med Universidad Nac Colomb [Internet]. 2006;54(2):1–12. Available from: <http://168.176.5.108/index.php/revfacmed/article/viewFile/43822/45078>
14. Peñaranda APB. Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana [Internet]. Vol. 1, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. 2007. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis37.pdf>
<http://repositorio.javeriana.edu.co/bitstream/10554/442/1/med3.pdf>
15. Gaviria Mendez AE. La Universidad de Antioquia como institución promotora de la salud (Medellín, Colombia, 2010-2013). Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2015;18(1):13. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/10687>

16. Abdel Wahed WY, Hassan SK. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria J Med* [Internet]. 2017;53(1):77–84. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2090506816000063>
17. Loor SYA, Espinel LKM. Prevalencia y factores de riesgo de depresión en estudiantes de medicina de primero a octavo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en los meses de agosto y septiembre del 2017. 2017.
18. Ngasa SN, Sama C-B, Dzekem BS, Nforchu KN, Tindong M, Aroke D, et al. Prevalence and factors associated with depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017;17(1):216. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1382-3>
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374:1714–1721. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
20. Zeng, W., Chen, R., Wang, X., Zhang, Q., & Deng W. Prevalence of mental health problems among medical students in China: A meta-analysis. *Med* 98 [Internet]. 2019;18(e15337). Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015337>
21. Cova Solar F, Alvial S W, Aro D M, Bonifetti D A, Hernández M M, Rodríguez C C. Mental Health Problems in Students from the University of Concepción. *Ter Psicol*. 2007;25(2).
22. Marie Dahlin; Nils Joneborg & Bo Runeson. Stress and depression among medical students: A cross sectional study. *Med Educ* 2005. 2005;39:594–604.
23. Legua-Flores M, Hugo A-HC. Prevalencia Y Factores Asociados a Sintomatología Depresiva En Estudiantes De Medicina De La Provincia De Ica, Perú. *Rev.méd.panacea*. 2011;1(2):28–33.
24. Moutinho I, Maddalena N, Roland R, Lucchetti A, Tibiriçá S, Ezequiel O, et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2017;63(1):21–8. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000100021&lng=en&tlng=en

25. Singh A, Lal A. Prevalence of Depression Among Medical Students of a Private Medical College in India. *J Heal Allied Scs* [Internet]. 2010;9(4):1393–8. Available from: <http://www.ojhas.org/issue36/2010-4-8.htm%5Cnhttp://cogprints.org/view/subjects/OJHAS.html%5Cnhttp://openmed.nic.in/view/subjects/ojhas.html>
26. Bassols AM, Okabayashi LS, ABd S, Carneiro BB, Feijó F, Guimarães GC et al. First-and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(3):233–40.
27. Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS Jr et al. Patterns of distress in US medical students. *Med Teach.* 2011;33(10):834–9.
28. Outram S KB. “You teach us to listen, ... but you don’t teach us about suffering”: self-care and resilience strategies in medical school curricula. *Perspect Med Educ.* 2014;3(5):371–8.
29. Bond AR, Mason HF, Lemaster CM et al. Embodied health: the effects of a mind–body course for medical students. *Med Educ Online.* 2013;18:1.
30. Cuttilan AN, Sayampanathan AA, Ho RC. Mental health issues amongst medical students in Asia: a systematic review [2000-2015]. *Ann Transl Med* [Internet]. 2016;4(4):72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27004219>
31. Ortega RFF, Barros AC, Cantero OH. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia) *. *Psicol desde el caribe.* 2011;27:40–60.
32. Fink-Miller EL. Provocative work experiences predict the acquired capability for suicide in physicians. *Psychiatry Res.* 2015;229:143–7.
33. Vitaliano PP, Maiuro RD, Mitchell E RJ. Perceived stress in medical school: resistors, persistors, adaptors and maladaptors. *Soc Sci Med.* 1989;28(12):1321–9.

34. Bergmann C, Muth T LA. Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: a qualitative study. *Med Educ Online*. 2019;24(1):1603526.
35. beyondblue. National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students. Hawthorne, VIC: beyondblue, 2013.
36. Pereira, M.A.D., Barbosa MA. Teaching strategies for coping with stress – the perceptions of medical students. *BMC Med Educ*. 2013;13(50).
37. Hope V HM. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. 2014;48(10):963–79.
38. Kötter T, Fuchs S, Heise M et al. What keeps medical students healthy and well? A systematic review of observational studies on protective factors for health and well-being during medical education. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):94.
39. OMS | Depresión. WHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 13]; Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
40. Medina A, Eugenia M, Pérez G, Elena R, Mejía Z. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Rev Colomb Psiquiatr* vol XXXII, núm 4, 2003, pp 341-356.
41. González-Olaya HL, Delgado-Rico HD, Escobar-Sánchez M, Eugenia Cárdenas-Angelone M, Hilda Leonor González Olaya D. Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina Association among stress, depression risk and academic performance in students from the first seme. *www.fundacioneducacionmedica.org FEM*. 2014;17(1):47–54.
42. Sanz J. 50 Años De Los Inventarios De Depresión De Beck: Consejos Para La Utilización De La Adaptación Española Del Bdl-II En La Práctica. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2013;34(3):161–8. Available from: <http://www.redalyc.org/html/778/77828443001/%0Ahttp://www.redalyc.org/pdf/778/77828443001.pdf>

43. Diaz Corchuelo, Angelines, Cordón-Pozo, Eulogio, Rubio-Herrera R. Percepción de estrés en personal universitario. 2015;11(2):207–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.03>
44. Pedrero-Pérez EJ, de León JMR-S, Lozoya-Delgado P, Rojo-Mota G, Llanero-Luque M, Puerta-García C. La “Escala de Estrés Percibido”: estudio psicométricosin restricciones en poblacion no clinicay adictos a sustancias en tratamiento. Behav Psychol / Psicol Conduct [Internet]. 2015;23(2):305. Available from: <http://libproxy.albany.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=109331007&site=eds-live&scope=site>
45. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale. Span J Psychol. 2006;9(1):86–93.
46. Campo Arias A, Bustos Leiton GJ, Romero Chaparro A. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. Aquichan, ISSN 1657-5997, Vol 9, N° 3, 2009, págs 271-280 [Internet]. 2009;9(3):271–80. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3125166>
47. Hewitt PL, Flett GL, Mosher SW. The Perceived Stress Scale: Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. J Psychopathol Behav Assess. 1992;14(3):247–57.
48. Valdespino Gómez JL, García García MDL. Declaración de Helsinki. Gac Med Mex. 2001;137(4):391.
49. Bardeen JR, Fergus TA OH. Examining the specific dimensions of distress tolerance that prospectively predict perceived stress. Cogn Behav Ther. 2017;46(3):211–23.
50. Miranda Bastidas CA, Gutierrez Segura JC; Bernal Buitrago F ECA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2000;XXIX(núm. 3):251–60. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629305.pdf>
51. Bernales A et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a síntomas depresivos en estudiantes de medicina. 2007. Rev Med Cient. 2009;21(12):68-

- 73.
52. Pereyra ER, Ocampo Mascaró J, Silva Salazar V, Vélez Segovia E, da Costa-Bullón AD TPL et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad privada de Lima, Perú 2010. *Rev perú med exp salud publica* [Internet]. 2010;27(4):520–6. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000400005&lng=es.
53. Iqbal S, Gupta S VE. Stress, anxiety and depression among medical undergraduate students and their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res* [Internet]. 2015;141(3):354–357. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442334/>
54. Coentre R, Faravelli C, Figueira M. Evaluación de la depresión y el comportamiento suicida entre estudiantes de medicina en Portugal. *Rev Int Educ Médica*. 2016;7:354–363.
55. Peplau LA PD. *Loneliness: A Sourcebook of current theory, Research, and Therapy*. New York Wiley Interscience. 1982;
56. Weiss RS. *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. US: the MIT press. Cambridge, MA. 1973;
57. Hawkey LC CJ. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;218–227.
58. Petite T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T TL. A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *Open Psychol J*. 2015;8((Suppl 2)):113–132.
59. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R JS. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;18((1)):156. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1736-5>