

**CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL Y CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.
2017-2019.**



WILMER NEIL MOLINA BOTINA

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POPAYÁN – CAUCA
2019**

**CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL Y CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.**

2017-2019

WILMER NEIL MOLINA BOTINA

Tutores:

Dra. Sandra Yamile Martínez asesora metodológica

Dr. Carlos Arturo Erazo asesor científico

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POPAYÁN – CAUCA**

2019

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Sandra Yamile Martínez, por su ayuda y colaboración incansable en el desarrollo de esta investigación.

A mi familia por ser el motor y mi mayor estímulo para lograr mis sueños.

Con gratitud,

Wilmer Molina Botina

Tabla de contenido

Introducción	12
1. Planteamiento del problema.....	14
1.1 Depresión.....	14
1.2 Estilos de vida saludable.....	17
2. Estado del arte	20
2.1 Estilos de vida saludable.....	22
3. Justificación.....	29
4. Título del proyecto	30
5. Pregunta de investigación	31
6. Objetivos	32
6.1 Objetivo general	32
6.2 Objetivos específicos	32
7. Metodología.....	33
7.1 Tipo de estudio y definición de caso	33
7.2 Universo y muestra	33
7.3 Criterios de inclusión y exclusión	34
7.4 Técnicas de recolección de la información.....	34
7.5 Variable dependiente	35
7.6 Variables independientes	35
7.7 Operacionalización de variables	35
8. Plan de análisis	36
9. Consideraciones éticas	38
10. Resultados	41
10.1 Variables sociodemográficas de los estudiantes de medicina de la Universidad del Cauca	41
10.2 Caracterización psicosocial de la población con depresión en	

estudiantes de medicina de la Universidad del Cauca.....	44
10.3 Caracterización clínica de la depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Cauca	46
10.4 Caracterización de depresión según estilos de vida ..	48
10.5 Dinámica de estilos de vida saludables en la depresion en estudiantes de medicina de la Universidad del Cauca.....	51
10.6 Relación hábitos de vida saludables y depresión en estudiantes de medicina. Regresión logística binomial.	54
11. Discusión	55
12. Comentario.....	57
12.1 Recomendaciones para disminuir esta patología.....	57
13. Conclusiones.....	59
14. Bibliografía	68

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Caracterización sociodemográfica de la depresión.

TABLA 2. Caracterización psicosocial de la depresión.

TABLA 3. Caracterización clínica de la depresión.

TABLA 4. Caracterización de depresión según estilos de vida saludables.

TABLA 5. Dinámica de estilos de vida saludables.

TABLA 6. Relación hábitos de vida saludables y regresión logística binomial.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Instrumentos (Test de Zung, Test Fantástico).

ANEXO B: Tabla caracterización de variables.

ANEXO C: Consentimiento instaurado.

RESUMEN

Introducción: En la actualidad preocupa el evidente incremento en la incidencia de síntomas depresivos y suicidio en personas jóvenes, llama la atención el reporte de estos hallazgos en facultades de ciencias de la salud, principalmente en la carrera de medicina.

Objetivo: Del presente trabajo fue caracterizar psicosocial y clínicamente la depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Cauca. 2017-2019.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en 242 estudiantes de Medicina; previo consentimiento informado se les aplicó vía online una encuesta que incluyó variables sociodemográficas, tamiz para depresión (test de Zung) y estilos de vida saludables (Test fantástico). Las características sociodemográficas y clínicas fueron descritas en frecuencias absolutas y relativa y finalmente se empleó la regresión logística binomial para evaluar los factores asociados, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de depresión fue del 22% con mayor frecuencia en mujeres 71,7% y en los semestres clínicos 81,1 %. El 73,6% presentó inadecuados estilos de vida saludable; en ellos se destaca: dificultades en la expresión y recepción de afecto $OR=6,380$ $p < 0,000$, pensamiento pesimista $OR=6,312$ $p < 0,000$ e insatisfacción en el trabajo y actividades diarias $OR=6,224$ $P < 0,001$ y la actividad física $OR=0,441$ $p < 0,042$ se comportó como factor protector. Conclusiones: Existe una alta prevalencia de síntomas depresivos en la población estudiada, mayor que el reporte de la población general. Los inadecuados estilos de vida saludable como: dificultades en la expresión de afecto, pensamiento pesimista e insatisfacción en el trabajo y actividades

diarias, pueden explicar la depresión en estudiantes de medicina. En el grupo el ejercicio físico, se comportó como un factor protector.

Palabras claves: Depresión, estilos de vida saludables, estudiantes de medicina.

ABSTRACT

Introduction: Currently there is concern about the evident increase in the incidence of depressive symptoms and suicide in young people, the report of these findings in health sciences faculties, mainly in the medical career, calls our attention.

Objective: The present work was to characterize psychosocially and clinically depression in medical students of the Universidad Del Cauca. 2017-2019.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out in 242 medical students; prior informed consent was applied online via a survey that included sociodemographic variables, sieve for depression (Zung test) and healthy lifestyles (fantastic test). The sociodemographic and clinical characteristics were described in absolute and relative frequencies and finally the binomial logistic regression was used to evaluate the associated factors, considering a level of significance of $p < 0.05$.

Results: the prevalence of depression was 22% more frequently in women 71.7% and in the clinical semesters 81.1%. The 73.6% presented inadequate healthy lifestyles; in them it stands out: difficulties in the expression and reception of affect OR = 6,380 $p < 0,000$, pessimistic thinking OR = 6,312 $p < 0,000$ and dissatisfaction in work and daily activities OR = 6,224 $P < 0,001$ and physical activity OR = 0,441 $p < 0.042$ behaved as a protective factor.

Conclusions: There is a high prevalence of depressive symptoms in the studied population, higher than the general population report. Inadequate healthy lifestyles such as: difficulties in the expression of affection, pessimistic thinking

and dissatisfaction at work and daily activities, can explain depression in medical students. In the group physical exercise, behaved as a protective factor.

Key words: Depression, healthy lifestyles, medical students

INTRODUCCIÓN

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 350 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015.

Investigaciones realizadas en estudiantes universitarios, indican que los trastornos depresivos y de ansiedad tiene tasas más altas que en la población general. Este aumento se debe a que el ambiente universitario pone a prueba competencias y habilidades propias de cada estudiante. El rendimiento académico de los alumnos es el resultado de numerosos aspectos: es producto de su esfuerzo, dedicación, y las relaciones interpersonales. Los síntomas depresivos causan restricciones en las actividades sociales, estos factores sumados a estilos de vida no saludables como el consumo de alcohol, tabaquismo, marihuana, el sedentarismo, mala alimentación son causa frecuente de frustración, culpa y baja autoestima, todo lo cual puede llevar a su vez a deterioro en el rendimiento académico, dañando las relaciones sociales y familiares, actitud hostil hacia los pacientes, o conducta suicida.

Según resultados de un meta-análisis, más de una cuarta parte de los estudiantes de medicina experimentan depresión o síntomas depresivos y cerca del 10% de éstos admitieron tener impulsos suicidas; sin embargo, sólo una minoría buscaron ayuda. Encontrando en este estudio que la prevalencia global estimada de depresión en los estudiantes de medicina fue del 27,2% (Rotenstein et al., 2016).

La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento; al mismo tiempo, una cuestión de cultura médica es que los problemas de salud mental no se han

considerados tan seriamente como los problemas físicos, y en general se ha aceptado más el tratamiento que la prevención.

Por lo que, la salud mental de los estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina es motivo de preocupación y estudio en diferentes países del mundo, ya que existen varios factores que inciden en su rendimiento académico, es fundamental identificar estos factores para evitar así alteraciones en la salud mental y dar una atención temprana e intervención de este problema, en busca de mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, en un periodo de al menos dos semanas consecutivas, y con una frecuencia diaria o interdiaria, acompañándose de trastornos en el apetito, sueño, actividades psicomotoras, sentimientos de infravaloración, culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones (1).

El trastorno depresivo según datos de la organización mundial de la salud se presenta entre 8% y 25% de la población mundial, de los cuales aproximadamente el 8% corresponde a personas jóvenes (2).

Según la OMS, la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, de ellos solo del 25% tiene acceso a tratamientos efectivos. Una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, por su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad (2).

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe, al ser la depresión la más común con un 5%, seguida por los trastornos de ansiedad 3,4%, la distimia 1,7% y el trastorno obsesivo compulsivo 1,4% (3).

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año; la mayoría a causa de depresión sin diagnóstico temprano ni tratamiento oportuno. Para el 2012 se presentó cerca de 804 mil suicidios; corresponde a 1.4% del total de muertes en todo el mundo, situación que la ubica en la décimo quinta causa de muerte en ese año, con una tasa de 11.4 suicidios por cada 100 mil habitantes, según sexo la tasa es de 14.5 por cada 100 mil hombres y de 8.2 por cada 100 mil mujeres (4).

Con una proyección hacia el 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad, después de la enfermedad cardiovascular. El 1% del Producto interno bruto (PIB) de la Unión Europea (UE) se destina a gastos relacionados con el tratamiento de la depresión y se estima que se pierden 150 millones de días de trabajo por bajas relacionadas con esta enfermedad (5).

Colombia no es ajena a este problema, La Encuesta Nacional de Salud mental – ENSM (2015), incluyó a 15.351 personas residentes en 13.200 hogares de áreas urbanas y rurales del país, de 7 años en adelante, de estas 0.870 correspondían a personas mayores o iguales a 18 años se le aplicaron diferentes instrumentos para detectar presencia de enfermedad mental en esta población, la encuesta en los últimos 12 meses evidenció, que la prevalencias de las mujeres son mayores que las prevalencias de los varones, y el trastorno más prevalente es la depresión mayor (1,6 %) con una relación hombre: mujer de 1:2,6, con una mayor prevalencia en los adultos de zona urbanas (6 %) que en la rural (3,3 %) (6).

La población con mayor exposición a este riesgo son los jóvenes y más aún, los estudiantes universitarios de carreras relacionadas con ciencias de la salud como lo son los estudiantes de medicina, quienes representan un grupo vulnerable para desarrollar depresión, como consecuencia del estrés generado por múltiples factores, tales como el exceso de estudio, los exámenes, las restricciones en las actividades sociales, la prolongada duración de la carrera, la presión económica,

cursan asignaturas teóricas y prácticas, cubren muchas horas de atención a pacientes en su práctica clínica con horarios irregulares de sueño, alimentación algunas actitudes abusivas por parte de algunos docentes y el desprendimiento del núcleo familiar que causan frustración, culpa y baja autoestima, todo lo cual puede llevar a su vez a deterioro en el rendimiento académico, las relaciones sociales, familiares, abuso de sustancias y conducta suicida (6).

Se conoce que los estudiantes de Medicina experimentan mayor número de síntomas psicológicos que en la población general, con una la prevalencia de estrés de hasta 64.5% en alumnos del primer año (4, 5,6) y que los estudiantes de años superiores y conforme se asciende en los cursos académicos, el estrés académico, y la depresión disminuyen, lo cual podría ser explicado, en parte, por los mecanismos de adaptación y los estilos de vida que se adquieren con los años.

La prevalencia de los síntomas depresivos y el trastorno depresivo en la población estudiantil a nivel mundial oscila entre 7,3-25%, ansiedad o stress asociados a síntomas depresivos entre el 35-64,5%, (7).

Estudios en Latinoamérica, como es el caso de México Fouilloux Morales, et al. 2013, encontró en estudiantes de primer año síntomas depresivos en un 23% (hombres 12.3%, mujeres 28.4%), un estudio realizado en Perú por (Pereyra et al. 2010), afirma que aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes de medicina, presentan síntomas depresivos, Valle et al. 2013, reportó que el 23,3% de los encuestados manifestaron síntomas depresivos, la frecuencia en los tres primeros años fue 29,6% y en aquellos de los tres últimos años 14,6%, concluyeron que la frecuencia de síntomas depresivos es menor conforme avanzan los semestres.

En Colombia hay pocos estudios de esta problemática en estudiantes de medicina; Guavita, Sanabria, Ferrand. 2006, encontraron sintomatología depresiva

en un 26,1% leve 21,7% de moderada y 5,4% severa con una prevalencia global de 53,2% y predominio en el sexo femenino con un 58%,1%, también existe mayor prevalencia en mujeres (31%) sobre los hombres (21%), entre aquellos con depresión un 65% tiene rango de depresión leve, un 29% de depresión moderada y un 6% de depresión severa.

En relación a depresión en las facultades de Ciencias de la Salud Ferrel Ortega et al. 2011, en un estudio sobre depresión en los programas de medicina, odontología y enfermería en la Universidad de magdalena encontró que el 52% sufre de algún grado de depresión, 8% depresión severa, 19% depresión moderada y 25% depresión leve. El mayor porcentaje lo presentó Medicina (5,7%), seguido de Odontología (1,5%), Enfermería (0,5%).

En cuanto a ideas suicidas como consecuencia a síntomas depresivos Pinzón amado et al. 2013, en 3 universidades de Santander, encontró que el porcentaje de idea suicida oscila entre el 13,9% y el 15.7%. Los inadecuados estilos de vida saludable juegan un papel importante para padecer síntomas de depresión, como lo son; el número adecuado en horas de sueño, buena alimentación, ejercicio físico, consumo de cigarrillo, alcohol, buenas redes de apoyo tanto familiares como de la sociedad.

1.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Hacia los años 50 surgen en EE. UU. Las primeras escuelas de Medicina Preventiva y sus determinantes, que asumen la salud como un proceso complejo, multifactorial y dinámico, hacia 1974 Marc Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de salud, que incluye el estilo de vida, el ambiente, la biología y la organización de servicios de salud (7).

El estilo de vida saludable se define como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona y patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (8). Los estilos de vida saludable incluyen: patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida en forma integral. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal (9).

Los estilos de vida saludable en el área de la salud concretamente en las escuelas de medicina (Loyola et al 2013 en una universidad privada del Perú) en una muestra de 39 estudiantes encontró que 58,97% de los alumnos presento una cantidad de horas de sueño alterada, asimismo, durante las 48 horas previas a la evaluación, los participantes reportaron estudiar en promedio 14,49 horas y dedicar entre el 7,25 y 5,19 horas diarias para dormir, el 33,3% consumieron algún producto para mantenerse despierto una noche previa a la evaluación. De estos, un 30,8% reportó haber consumido más de un producto a la vez. Café fue el producto de mayor consumo, 17,95%, seguido de soda 15,38% y bebidas energizantes 5,13%.

En la universidad Nacional de Bogotá, en un estudio de estilos de vida saludable en estudiantes de medicina se utilizó una encuesta para obtener información acerca del consumo de bebidas alcohólicas, hábito de fumar, horas de sueño y auto percepción del stress. Aproximadamente la mitad de los estudiantes dormía entre 4 y 6 horas. La mayoría de los estudiantes manifestó no presentar estrés antes de su ingreso a la universidad, los estudiantes que afirmaron sentir algún nivel de estrés lo catalogaron como bajo o medio. En cuanto al consumo de alcohol el 61,1% no lo consumía, el 42,2% de los hombres entre 14-18 años

consumía alcohol, comparado con el 15,6% de las mujeres de esta edad. El 89% de los estudiantes no fumaba y el 44% que lo hacía, era de manera ocasional (10).

La correcta formación académica de los futuros profesionales en Medicina requiere un estado óptimo de salud física y mental; sin embargo esta condición no suele cumplirse, dado que una combinación de factores como el exceso de trabajo, la falta de tiempo, la incompatibilidad entre las relaciones interpersonales, obligaciones formativas, el de otros departamento, trastornos del sueño, dieta no apropiada, sedentarismo y edad, entre otros, crean una alta prevalencia de malestar psicológico y físico dentro de la población universitaria (11).

2. ESTADO DEL ARTE

Las alteraciones en salud mental son enfermedades que se caracterizan por generar cambios en el pensamiento, afecto, emociones y comportamiento. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos que alteran el funcionamiento normal del individuo afectado, su desarrollo personal, social y profesional.

Entre el año 2001 y el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó la encuesta mundial de salud mental, mediante la aplicación de una entrevista diagnóstica altamente estructurada evaluaron a 60.463 adultos, en Colombia participaron 4.544 sujetos y encontraron que la prevalencia de trastornos del estado del ánimo para toda la vida fue del 15%, la de los últimos 12 meses fue de 6,9% y de los últimos 30 días fue 2,1%; y de los trastornos de ansiedad la prevalencia fue del 19,3% para toda la vida, 11,7% en los últimos 12 meses y 5,1% en últimos 30 días (1).

En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental del 2005 estimó la prevalencia de trastornos mentales en adultos de 18 a 65 años, e identificó factores asociados a ellos. Se encontró que 8 de cada 20 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida; 3 de cada 20 los presentaron durante el último año, mientras que uno de cada 14 los presentó en el último mes. Los trastornos de ansiedad fueron los padecidos con más frecuencia alguna vez en la vida (19,3%), seguido por los síntomas depresivos.

Diversos autores han destacado que el acceso a la universidad supone un cambio importante en el individuo, que puede influir en su estilo de vida lo que convierte a este grupo poblacional vulnerable para presentar síntomas depresivos como seres en permanente desarrollo y transformación, es así, que necesitan condiciones favorables que se deben ofrecer desde la esfera biológica, psicológica,

socioeconómica y cultural, para ese 30% de la población colombiana que está representada por adolescentes y jóvenes entre 10 y 29 años de edad.

De esta forma, tomando las referencias mundiales los trastornos de salud mental en estudiantes de las escuelas de medicina se puede determinar que la prevalencia de trastornos depresivos oscila entre el 25-55%, teniendo en cuenta factores psicológicos, ambientales, físicos, biológicos, familiares y conductuales.

En un estudio en la India, Sidana S, et al., 2013) en cuanto a los síntomas depresivos y de ansiedad en estudiantes de medicina, se obtuvo como resultado un diagnóstico de depresión leve en el 21.5% de los estudiantes, y trastorno depresivo mayor en un 7.6%. Factores como el nivel académico y el desempeño tenían una asociación significativa con el cuadro depresivo.

En Latinoamérica, como en el caso de México Fouilloux Morales, 2013, encontró en estudiantes de primer año síntomas depresivos en un 23% (hombres 12.3%, mujeres 28.4%), en Chile, Santander T, et al., 2011, encontró que un 25% de los estudiantes se deprimían con un máximo de 35% en primer año descendiendo linealmente hasta un mínimo de 8% en séptimo año, lo que muestra que la depresión en mayor en semestres iniciales.

En Colombia se han reportado estudios de la depresión en diferentes ciudades, en un estudio en la ciudad de Bucaramanga en la Universidad Pontificia Bolivariana-Bucaramanga, 2005, se encontró estudiantes con rasgos depresivos en un 12%, mientras que en estudiantes de la Universidad del Valle la prevalencia fue de 36,4% (Miranda, et al., 2000) y en la Universidad de Caldas fue del 24,6% (Fernández & Giraldo, 2000).

La División de Salud de la Universidad Nacional de Colombia estimó en el año 2004 que cerca del 60% de los admitidos a esta institución presentaban

características emocionales con tendencia a la tristeza, la depresión, la ansiedad, la autoagresión o antecedentes familiares de hospitalización psiquiátrica.

2.1 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (2).

Los estilos de vida saludable incluyen conductas de salud de las personas, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida en forma integral. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal (3).

Estos están influenciados por diversos factores que son aprendidos y por tanto modificables durante el curso de vida, por ejemplo, las costumbres, hábitos, modas y valores existentes en un determinado momento, contexto y época. Alude a la forma de vivir de las personas y se interrelaciona estrechamente con los componentes motivacionales y conductuales. Es decir, hace referencia a la forma personal en que el ser humano se realiza como ser social, en condiciones específicas y particulares (4).

Dentro de los hábitos saludables se encuentran no sólo la alimentación sana y la realización de ejercicio físico, sino también el sueño, la sexualidad, el consumo de drogas ilegales, costumbres perjudiciales para la salud como el alcohol y tabaco; así como las conductas adecuadas en seguridad vial.

Los estilos de vida se ven modificados por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico a los que se deben enfrentar durante su proceso de formación. Lo anterior, puede ocasionar diferentes problemas que se reflejan en el estado de salud física y mental, que pueden conducir a comportamientos considerados no saludables y, por ende, se convierten en factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles (5).

Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presentan mayor riesgo de malos hábitos de vida saludable y por tal motivo alteración en la salud mental como lo es la depresión, en razón a los cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos (6,7).

La correcta formación académica de los futuros profesionales en Medicina requiere un estado óptimo de salud física y mental; sin embargo esta condición no suele cumplirse, dado que una combinación de factores como el exceso de trabajo, la falta de tiempo, la incompatibilidad entre las relaciones interpersonales, obligaciones formativas, el de otros departamento, trastornos del sueño, dieta no apropiada, sedentarismo y edad, entre otros, crean una alta prevalencia de malestar psicológico y físico dentro de la población universitaria (8,9).

En la universidad Nacional de Bogotá en un estudio de estilos de vida saludable en estudiantes de medicina se utilizó una encuesta para obtener información acerca del consumo de bebidas alcohólicas, hábito de fumar, horas de sueño y auto percepción del stress. Aproximadamente la mitad de los estudiantes dormía entre cuatro y seis horas y el restante lo hacía por más tiempo. La mayoría de los estudiantes manifestó no presentar estrés antes de su ingreso a la universidad (10).

Consumo de cigarrillo

De los estudios revisados las mayores cifras de consumo de cigarrillo son del 46,1%, las reporta Chiang et al., en 1999, estudio realizado para evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre 18 y 25 años de la Universidad de Concepción en Chile (11), Álvarez et al., en la universidad de Manizales en el 2006 encontró en cuanto al tabaquismo universitario, que un 68,8% de la población no fuma, y del 31,2% que lo hace, solo un 4,3% tiene dependencia a este hábito (12).

Becerra et al., en el 2011, en un estudio de estilos de vida saludable en Bogotá, encontró que el 89% de los estudiantes no fumaba antes de su ingreso a la universidad. Por género el 13,2% de los hombres fumaba antes de su ingreso a la universidad en comparación con el 1,8% de las mujeres. El 44% de los estudiantes que fumaba lo hacía con una frecuencia ocasional (13).

Cáceres et al., encontró que el consumo de tabaco inicia entre los 12 y los 17 años (82%); y en edades inferiores a los 12 años un 5,3%; con una mediana de inicio del consumo de 15,27 años. Entre los que consumen actualmente (33,2%), el 61,3% de ellos son hombres; el 55,6% tiene entre 18 y 20 años. Se encontró que son más los que nunca han consumido (41,3%), que aquellos que lo hacen en el presente (14).

Hábitos de sueño

Castaño y Páez en el 2008, en estudios realizados con estudiantes de Psicología y de Medicina de la Universidad de Manizales-Caldas identificaron que aproximadamente la mitad de los estudiantes dormía entre cuatro y seis horas (52% mujeres y 49,6% hombres) y el restante lo hacía por siete o más horas. Más de la mitad de los estudiantes (68%) que trabajaba antes de su ingreso a la

Universidad dormía de cuatro a seis horas diarias, mientras que cerca de la mitad (52,3%) de los que no trabajaba dormía siete o más horas (15).

Stress

Becerra et al., encontró que la mayoría de los estudiantes (75,4%) manifestaron no presentar estrés antes de su ingreso a la universidad. Por otra parte, los estudiantes que afirmaron sentir algún nivel de stress lo catalogaron como bajo o medio (91,8%). Por género la percepción de quienes manifestaron algún nivel de estrés fue en hombres de 24,5% y en mujeres de 19,6% (16).

Consumo de alcohol

Becerra et al., encontró que el 61,1% de los estudiantes no consumía alcohol antes de su ingreso a la universidad. El 42,2% de los hombres entre 14-18 años consumía alcohol antes de su ingreso a la universidad, comparado con el 15,6% de las mujeres en dicho rango de edad. El 55,9 % de los hombres y el 45,4% de las mujeres mayores de 18 años consumían alcohol antes de su ingreso a la universidad y el 54,5% de los estudiantes lo hacía de manera ocasional. El 5,5% de los estudiantes hombres de 14 a 18 años consumía alcohol una vez por semana y el 7,3% lo hacía de manera mensual. De los estudiantes mayores de 18 años, el 5,9% de los hombres lo consumía una vez por semana y el 36,4 % de las mujeres lo consumía de manera quincenal u ocasional (16).

Cáceres et al., el consumo de alcohol se inicia en promedio en la mayoría de los jóvenes entre los 12 y 17 años 84,3%, un 8,8% reportó hacerlo desde antes de los 12 años; con una mediana global de 14,93 años. El alcohol es la sustancia más consumida entre los universitarios: el 97,4% lo ha tomado al menos una vez en su vida, y de éstos, el 74,5% mantiene el consumo. El 52% de los consumidores son mujeres; el 50,8% tiene entre 18 y 20 años y el 39% tiene entre 21 y 25 años. Las

bebidas alcohólicas que más consumen son la cerveza 88,5%, el aguardiente 86,2% y el vino 74,7% (14).

En el estudio de Arrivillaga y Salazar en el 2003 sobre consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, Se hallaron creencias positivas como que el “el alcohol es dañino para la salud” en el 76% de los jóvenes en contraposición de creencias negativas como “consumir uno o dos cigarrillos al día no es dañino para la salud” (17).

Redes familiares

Al Analizar la incidencia de las redes familiares en la adopción de los estilos de vida cobra importante relevancia. Zaborskis et al., en el 2007, en seis países europeos: Finlandia, Lituania, República Checa, Ucrania, Groenlandia y España, con 17.761 jóvenes de secundaria entre 13 y 15 años, confirman que las redes familiares inciden en la adopción de los estilos de vida en adolescentes y jóvenes. En su estudio focalizan la asociación entre las actividades de integración familiar y el desarrollo de comportamientos saludables, centradas en ocho aspectos: Ver televisión o videos, compartir juegos en el hogar, compartir durante las comidas, ir a caminar, visitar amigos y lugares, juegos deportivos y el dialogo familiar sobre diversos temas. Encontraron una mayor tendencia a compartir con su familia por parte de los varones, en comparación con las mujeres.

Los autores identificaron diferencias y semejanzas en los patrones de integración padres-hijos en estos seis países: desde una perspectiva transnacional, las diferencias en el tiempo compartido en familia son relativamente pequeñas, en comparación con las variables relacionadas con la edad de los menores y el género, en toda la población estudiada. Estos autores concluyen que, aunque las actividades conjuntas de integración padres – hijos declinan durante esta edad, son un factor importante en el desarrollo de estilos de vida saludables.

Relaciones sexuales

Castaño y Páez en el 2008, en estudios realizados con estudiantes de Psicología y de Medicina de la Universidad de Manizales-Caldas identificaron que, a pesar de ser estudiantes universitarios con mayor conocimiento sobre riesgos y protección, coincide para ambas facultades altos indicadores de riesgo: o no se protegen o esta protección no se da siempre. Si bien el 94,9% de estudiantes de Medicina y el 87,2% de los de Psicología se protegen contra embarazo, esta práctica sólo se aplica siempre en el 82% de estudiantes de Medicina y en el 79,5% de Psicología, cifra muy cercana para ambas facultades. Contra ETS se protegen cerca del 80,7% de estudiantes de Medicina y el 65% de estudiantes de Psicología, pero sólo se protegen siempre el 64,8% de estudiantes de Medicina y el 59,8% de estudiantes de Psicología (14).

Según el estudio de Luengo y cols. Realizado a jóvenes universitarios de Alicante, la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales fue de 17,8 años. Las prácticas sexuales más frecuentes fueron el coito vaginal y el sexo oral. Cerca del 30% utilizó la píldora poscoital. Sólo 3 de cada 10 universitarios afirmaron utilizar el preservativo en todas sus relaciones.

Actividad física, alimentación.

En un estudio descriptivo realizado en el año 2006 en la Universidad de Manizales, a partir de una muestra aleatoria de 301 estudiantes de las diferentes facultades, con un promedio de edad de la población estudiantil de 22,4 años, se encontró que el 33,2% tenía baja actividad física y el 31,2% fumaba.

En la Pontificia universidad Javeriana de Cali en un estudio Universidad de corte transversal en estudiantes de medicina de 2 y 5 de un total de 131 estudiantes se encontró que a prevalencia de alimentación inadecuada fue de 74,8%, el

sedentarismo es mayor en el quinto año (45,5% frente a 25,9%; $p=0,028$), el 29,9% de los estudiantes de quinto año opina que la facultad promueve hábitos saludables, y el 61% considera que hay énfasis en la prevención durante su formación. Los conocimientos sobre prevención fueron mejores en el quinto año (0,55 frente a 0,45; p), Tovar et al., en el 2016 en la Universidad del Rosario Bogotá, en un estudio descriptivo con 61 estudiantes de primer año y 62 de quinto año de medicina en relación a actividad física y factores de riesgo se encontró que 21,3% de los estudiantes reportó no realizar ningún tipo de actividad física, en la misma categoría el 8,1% de los estudiantes reportó no realizar ningún tipo de actividad, el antecedente factor de riesgo con mayor presencia fue el tabaquismo 41%, seguido por la hipercolesterolemia 34,1%. En los estudiantes de quinto año el factor de riesgo con mayor reporte fue la hipercolesterolemia 56,5% seguido por el tabaquismo con un 53,2%.

3. JUSTIFICACIÓN

La depresión en los estudiantes universitarios es un problema de salud pública en varios países incluyendo el nuestro, y que nuestra facultad no está exenta. Conocer la prevalencia de la presión durante la formación médica es importante para unir esfuerzos dirigidos a la prevención, el tratamiento y la identificación de las causas que lleva a alterar el rendimiento académico en los estudiantes de medicina.

La importancia de los síntomas depresivos en estudiantes de medicina radica en su elevada prevalencia según las estadísticas nacionales e internacionales, en su carácter de 9 enfermedad psíquica y en la afección de la calidad de vida de quienes la padecen generando una carga social y familiar importante.

El presente estudio busca evidenciar la elevada tasa de estudiantes deprimidos en la Facultad de Medicina de la Universidad del Cauca y la relación existente con factores de riesgo sociales, culturales, personales, que afectan el rendimiento académico y la estabilidad emocional que alteran de manera importante la salud mental.

4. TITULO DEL PROYECTO

**CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL Y CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.
2017-2019**

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la caracterización psicosocial y clínica de la depresión en estudiantes de medicina de la universidad del cauca? 2017-2019?

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar psicosocial y clínicamente la depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Cauca. 2017-2019.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.
- Determinar la frecuencia de depresión en la población a estudio.
- Caracterizar psicosocialmente la depresión en la población a estudio.
- Caracterizar clínicamente la depresión en la población a estudio.
- Identificar los estilos de vida saludable en la dinámica de la depresión en la población a estudio.

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO Y DEFINICIÓN DE CASO

El presente trabajo se desarrolló por medio de un estudio descriptivo transversal.

7.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Población

La población total fue 546 estudiantes de medicina de la Universidad del Cauca, matriculados para el período académico 2018 1 y 2.

Muestra

El total de estudiantes de la carrera de medicina excluyendo internado fue de 546 personas, el tamaño de la muestra a estudiar fue 226 estudiantes y se incrementó a 242 estudiantes para recuperar la tasa de no respuesta del 10%. A esta población se le aplicó el Test de Zung de 20 ítems como tamiz para la depresión, y la escala de estilos de vida saludable Fantástico, escalas validadas para Colombia: además cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

La Muestra de los sujetos se realiza con la siguiente formula con los siguientes valores: Prevalencia de depresión del 25% con un índice de confiabilidad del 95% y un margen de error permitido del 5%.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$$

N = Total de la población

Z = 1.962 (seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (25%)

q = $1 - p$ (en este caso $1 - 0.25 = 0.75$)

d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Estudiantes de Medicina matriculados y con asistencia regular entre los semestres 1 y 11 con previa firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes de Medicina que soliciten retiro del proyecto una vez este en curso.
- Estudiantes de medicina a quienes se realice tres citaciones a la encuesta y no asistan.
- Estudiantes de medicina a quienes en el momento de la encuesta se encuentren en franca crisis psicótica o bajo efectos de sustancia psicoactivas.
- Estudiantes cuyo instrumento de recolección de información no se encuentre completo.

7.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Inicialmente se sistematizó la información tanto de los datos sociodemográficos, test de Zung, test fantástico por medio del programa google forms, posteriormente se envió al correo personal institucional de cada seleccionado para que

respondiera los ítems de las encuestas por este medio. Proceso que ocurrió durante los periodos 1 y 2 del 2018. A todos los estudiantes que en este tiempo no habían diligenciado las encuestas, se les envió hasta 3 recordatorios para hacerlo. A quienes no respondieron pese a los 3 recordatorios se excluyeron del estudio. La información recogida de las encuestas se almacenaba en la nube en un sistema de tabulación creado en Excel, que posteriormente se utilizó para el respectivo proceso de análisis.

7.5 VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión: La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, en un periodo de al menos dos semanas consecutivas, y con una frecuencia diaria o interdiaria, acompañándose de trastornos en el apetito, sueño, actividades psicomotoras, sentimientos de infravaloración, culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones (OMS).

7.6 VARIABLES INDEPENDIENTES

Incluye a las variables sociodemográficas: edad sexo, estado civil, lugar de procedencia, actividad laboral, actividades del hogar, tiempo libre, apoyo familiar y social, deporte, recreación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo o estimulantes, alimentación.

7.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VER ANEXO B.

8. PLAN DE ANALISIS

La descripción de las características sociodemográficas

- Las características sociodemográficas de la población se van a analizar con las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, ocupación, estado civil, semestre, nos clasifica la distribución de la población la variable edad para efectos de un análisis bivariado se recodificará en rangos de edad o grupos etáreos.
- La variable procedencia, sexo, ocupación, estado civil, semestre se analizará con frecuencia y proporciones.
- Las variables edad, para efectos de un análisis bivariado se recodificará en rangos de edad o grupos etareos.

Frecuencia de depresión a estudio de la población

- La frecuencia de la población a estudio se determinará con el test de Zung que se describirá con frecuencias y proporciones.

Identificación de estilos de vida Saludable

La identificación de los estilos de vida saludable de la población a estudio se realizara con el Test fantástico , inicialmente se tomaran valores absolutos en cada uno de los participantes y se analizaran medidas de tendencia central y dispersión para ver cómo se distribuyen esos hábitos en la población, posteriormente con el valor absoluto se recodificara para categorizar el grado de estilos de vida saludable, dichas categorías se describirán para determinar en frecuencias y proporciones. Todo el proceso estadístico se desarrolló con el programa SPSS versión 23.

Los estilos de vida saludable y depresión

Para determinar los estilos de vida y la dinámica de la depresión se utilizará variables cualitativas: frecuencias y proporciones, OR crudo, regresión logística binomial con OR multivariado.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizará en seres humanos aplicando los principios fundamentales de la ética; no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia con el objetivo de guiar el desarrollo de conductas dentro del proceso de investigación, a la luz de que prevalezca el criterio del respecto a la dignidad de cada individuo, la protección de sus derechos y su bienestar por lo que se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación.

Principio de Beneficencia: Los resultados tendrán como beneficiarios a los estudiantes de Medicina de la facultad ciencias de la salud, se espera generar conocimiento que contribuya a esclarecer el desarrollo en la atención integral física y mental y que justifique la implementación de intervenciones psicosociales en grupos vulnerables, permitiendo el fortalecimiento y la reorientación en el programa de atención a estudiantes deprimidos.

Principio de no maleficencia: La confidencialidad en el manejo de los registros estará a cargo del investigador principal quien velará por la custodia de estos. La investigación contará con el aval del Comité de Ética de la Universidad del Cauca y de la institución donde se realizará el estudio (Universidad del Cauca). Se respetará la confidencialidad de la información registrada en las encuestas pertinentes, con el fin de asegurar confidencialidad se omitirán nombres de las personas que han suministrado la información según artículo 8 de la resolución 8430, del Ministerio de la protección social los datos de los registros serán manejados por numero consecutivo y el número de la entrevista estará encriptado, el uso de la información del estudio será estrictamente para los fines de la investigación y serán custodiados por el departamento de medicina social de la universidad del Cauca.

Principio de autonomía: los individuos a estudio son libres de elegir si serán o no ingresados en el estudio, por tal motivo se les solicitara permiso para ser ingresados, permiso que otorgarán por medio del consentimiento informado.

Principio de Justicia: La no aceptación de participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión sobre la calidad de la atención. En el estudio no se publicarán nombres ni número de identificación; se mantendrán en reserva y únicamente serán conocidos por el investigador. Los resultados serán reportados anónimamente y de manera que no exista forma alguna de identificación a fin de proteger la privacidad del entrevistado, exceptuando que, si durante el proceso se haga la necesidad de intervenciones psicológicas y el individuo acepte dicha situación, se derivara a la especialidad necesaria para su atención.

Los investigadores, los colaboradores: El equipo de investigación cuenta con la suficiente idoneidad, calidad y trayectoria para desarrollar la investigación, no presenta conflictos de interés, tiene un alto grado de compromiso y respaldo institucional. El interés de los investigadores es principalmente del aporte al conocimiento de un problema de salud mental además de cumplir con el requisito exigido por la universidad de Cauca para obtener el título de especialista en Medicina Familiar.

Consentimiento informado: Se obtendrá consentimiento informado de la muestra establecida que cumplan con los criterios de inclusión para la investigación, además se solicitara permiso institucional a la entidad educativa participante, respetando el derecho que tienen a la confidencialidad de sus bases de datos.

Clasificación de las investigaciones: De acuerdo con el Artículo 28 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, en la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas

para la investigación en salud, el estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo, dado que los datos proceden de estadísticas claras y que la intervención(entrevista) representa una experiencia razonable y comparable con aquella inherentes a su actual situación médica, psicológica, social o educativa.

Esta investigación tiene como principales beneficiarios los estudiantes del área de medicina y la facultad de ciencias de la salud, quienes pueden implementar programas de promoción y prevención en depresión, implementado estilos de vida saludables orientadas al fortalecimiento en lo individual, social y familiar. De esta manera, los resultados que se obtengan en esta investigación serán insumos de importancia para la generación de conocimiento, planeación, desarrollo y ajustes en nuevas políticas institucionales de bienestar estudiantil.

10.RESULTADOS

10.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

La edad promedio de la población fue de 21,94 años con una mediana de 22, moda de 22, desviación estándar 3,28, con un valor mínimo de 17 años y un máximo de 36 años, para organizar esta variable se recodifico en grupos etareos y se encontró la siguiente distribución: El 68,2% (165) son adultos jóvenes y el 31,8% (77) son adolescentes. Respecto al sexo la mayoría fue población femenina con 52,9% (128) y masculino con 47,1% (114). Todas las variables sociodemográficas se observan en la **tabla 1**.

TABLA N° 1. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA n= 242

VARIABLE	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION	
EDAD	Media	21,94
	Moda	22
	Mediana	22
	Desviación estandar	3,287
	Mínimo	17
	Máximo	36
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRUPO ETAREO		
Adolescente	77	32,8
Adulto joven	165	68,2
SEXO		
Masculino	114	47,1
Femenino	128	52,9
ESTADO CIVIL		
Soltero	233	96,3
Casado	3	1,2
Unión libre	6	2,5
OCUPACION		
Estudia	227	93,8
Estudia y trabaja	15	6,2
ESTRATO SOCIOECONOMICO		
Uno	25	10,3
Dos	39	16,1
Tres	95	39,3
Cuatro	75	31
Cinco	7	2,9
seis	1	0,4

SEMESTRE		
Uno	12	5
Dos	30	12,4
Tres	15	6,2
Cuatro	3	1,3
Cinco	24	9,9
Seis	35	14,5
Siete	24	9,9
Ocho	33	13,6
Nueve	20	8,3
Diez	19	7,9
Once	27	11,2
ESTRATO SOCIECONOMICO		
Bajo	64	26,4
Medio	170	70,3
Alto	8	3,3
SEMESTRE		
Básico	60	24,8
Clínico	182	75,2
DEPARTAMENTO DE ORIGEN		
Antioquia, Guaviare, Meta	3	1,2
Caqueta	5	2,1
cauca	138	57
Cundinamarca	7	2,9
Huila	11	4,5
Nariño	50	20,7
Putumayo	5	2,1
Valle	23	9,5
CONVIVENCIA		
Nucleo familiar	133	54,9
Solo	58	24
Casa de estudiantes	17	7
Un familiar	10	4,1
Casa de familia	24	9,9

El estado civil predominante fue soltero 96,3% (233), seguido de unión libre 2,5% (6) y por último casado 1,2% (3) estudiantes. En esta población se encontró que existe un grupo que además de estudiar se desempeña en un rol laboral, en este sentido el 93,8% (227) solo estudia y el 6,2% (15) estudia y trabaja.

En cuanto al estrato socioeconómico donde actualmente residen se encontró que el 39,3 % (95) pertenecen al estrato tres, el 31% (75) pertenecen al estrato cuatro,

el 16,1% (39) al estrato dos, el 10,3% (25) al estrato uno, el 2,9% (7) al estrato cinco y el 0,4% (1) al estrato seis, esta variable se recodifico a estrato bajo que corresponden los estratos uno y dos con un 26,4% (64), el estrato medio corresponde a los estratos tres y cuatro con un 70,3% (170) y alto corresponde a estratos cinco y seis con el 3,3% (8).

En relación al semestre se encontró que el 14,5% (35), cursa sexto semestre, el 13,6% (33) octavo semestre, el 12,4% (30) segundo semestre, el 11,4% (27) onceavo semestre, para los semestres quinto y séptimo comparten el mismo porcentaje respectivamente de 9,9% (24), el 8,3% (20) noveno semestre, el 7,9% (19) decimo semestre, el 6,2% (15) tercer semestre, el 5% (12) primer semestre, y el 1,2% (3) cuarto semestre. Esta variable se recodifico en dos niveles, básico que corresponde a los semestres uno y cuarto, y nivel clínico que corresponde a los semestres cinco a once y se encontró la siguiente distribución: El 24,8% (60) pertenecen a nivel básico y 75,2% (182) corresponden al nivel clínico.

En cuanto al lugar de procedencia tenemos que el 57% (138) son originarios del departamento del Cauca, 20,7% (50) del departamento de Nariño, 9,5% (23) del Valle del Cauca, 4,5% (11), del Huila, 2,9 (7) de Cundinamarca, 2,1% (5) del Caquetá, y un 2,1% (5) de Putumayo, Antioquia, Guaviare y meta 1,2% (3) un estudiante por cada departamento.

En relación a la convivencia, con el núcleo familiar vive el 54,9% (133), solo 24% (58), casa de familia 9,9% (24), casa de estudiantes 7% (179), con un familiar vive el 4,1% (10).

10.2 CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE LA POBLACIÓN CON DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

TABLA. N° 2. CARACTERIZACION PSICOSOCIAL DE LA DEPRESION EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2017-2019. N 53				
VARIABLE	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION		FRECUENCIA	PORCENTAJE
PUNTAJE TEST DE ZUNG	Mediana	54		
	Moda	54		
	Media	55,13		
	Desviacion estandar	4,528		
	Mínimo	50		
	Máximo	71		

De los estudiantes con test positivo para depresión, la mediana fue de 54 puntos, una moda de 54, media de 55,13, desviación estándar de 4,528, mínimo 50, y máximo 71 puntos. Todas las variables psicosociales de la población deprimida se observan en la **tabla 2**.

EDAD	Mediana	21		
	Moda	21		
	Media	22,26		
	Desviacion estandar	3,5		
	Mínimo	17		
	Máximo	36		
GRUPO ETAREO				
Adolescente			15	71,7
Adulto joven			38	28,3
SEXO				
Femenino			38	71,7
Masculino			15	28,3
ESTADO CIVIL				
Soltero			50	94,3
Casado			2	3,8
Union libre			1	1,9
OCUPACIÓN				
Estudia			49	92,5
Estudia y Trabaja			4	7,5
DEPARTAMENTO DE ORIGEN				
Cauca			33	62,3
Nariño			10	18,9
Otros (Cundinamarca, Caqueta, Guaviare, Huila, Meta Putumayo)			6	11,4
Valle			4	7,5
ESTRATO SOCIECÓNOMICO				
Bajo			19	35,8
Medio			32	60,4
Alto			2	3,9
SEMESTRE				
Clínico			41	77,4
Básico			12	22,6
CONVIVENCIA				
Acompañado			43	81,2
solo			10	18,9
CONVIVENCIA				
Nucleo familiar			34	64,2
Solo			10	18,9
Casa de estudiantes			4	7,5
Un familiar			3	5,7
Casa de familia			2	3,8

La edad promedio de la población fue de 22,26 años con una mediana de 21, moda de 21, desviación estándar 3,504, con un valor mínimo de 17 años y un máximo de 36 años, para organizar esta variable se recodifico en grupos etareos y se encontró la siguiente distribución: El 71,7% (38) son adultos jóvenes y el 28,3% (15) son adolescentes.

Respecto al sexo la mayoría fue población femenina con 71,1% (38) y masculino con 28,3% (15). En cuanto al estado civil la población soltera fue mayoría con 93% (50), seguido de casado con 3,8% (2) y finalmente unión libre con 1,9%(1).

Refiriéndonos a la ocupación el 92,5%(49) solo estudia, mientras que el 7,5% (4) estudia y trabaja. El departamento origen con mayor frecuencia fue Cauca (62,3% (33), Nariño aportó 18,9% (10), Valle del Cauca 7,5% (4) y los departamentos de Cundinamarca, Caquetá, Guaviare, Huila, Meta y Putumayo cada uno con 1,9% (1), es decir que entre estos se encontraba el 11,4% (6). La mayor parte de la población pertenece al estrato cuatro 32,1% (17), seguido de estrato tres 28,3% (15), luego el estrato dos 26,4% (14), estrato uno 9,4% (5) y estrato cinco con 3,8% (2), al recodificar esta variable a binomial en estrato bajo (estratos uno y dos), representa el 35,8% (19), el estrato medio (estrato 3 y 4) corresponde al 60,4% (32), y el estrato alto (estrato 5 y 6) representa el 3,9% (2).

El 77,4% (41) estaba cursando un semestre clínico y el 22,6% (12) estaba cursando un semestre básico. En cuanto a la convivencia, el 64,2% (34) convive con el núcleo familiar, el 18,9% (10) solo; el 7,5% (4) viven en casa de estudiantes, el 5,7% (3) con un familiar y el 3,8% (2) viven en casa de familia, al recodificar esta variable en binomial el 81,2% (43) vive acompañado y el 18,9% (10) vive solo.

10.3 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

De los estudiantes con un test de Zung positivo, el 86,8% (46) se clasificaron como ligeramente deprimidos, seguidos de moderadamente deprimidos con un 11,3% (6) y se identificó un estudiante severamente deprimido 1,9% (1). Las variables de caracterización clínica de la depresión se observan en la **tabla 3**.

TABLA. N° 3. CARACTERIZACION CLÍNICA DE LA DEPRESION EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2017-2019 N.53		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATEGORIA DEPRESION		
Ligeramente deprimido	46	86,8
Moderadamente deprimido	6	11,3
Severamente deprimido	1	1,9
DIAGNOSTICO PREVIO DE DEPRESION		
No	32	64,4
Si	21	39,6
TRATAMIENTO PARA DEPRESION		
No	41	77,4
Si	12	22,6
ESTRÉS ACADEMICO		
Si	50	94,3
No	3	5,7
SOBREPESO		
Mas de 5 kilos	7	13,2
Normal o hasta 4 kilos	46	86,8

El 64,4% (32) de los estudiantes en quienes se identificó algún grado de depresión no había tenido un diagnóstico previo de esta patología, comparado con el 39,6% (21) que sí refirió haber sido diagnosticado previamente, de estos últimos, el 22,6% (12) recibió un tratamiento para la depresión, el 94,3% (50) de los estudiantes con depresión refirió tener estrés académico comparado con el 5,7% (3) que negaron esta condición.

En cuanto al estado nutricional, El 86,8% se encontraba en su peso normal o tenía hasta 4 kilos por encima de su peso normal y el 13,2% (7) tenía más de 5 kilos por encima de su peso normal.

10.4 CARACTERIZACIÓN DE DEPRESIÓN SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

En cuanto a los estilos de vida saludables según el test fantástico en los estudiantes con depresión, el 64,2% (34) fueron clasificados con estilos vida regulares, seguidos con 22,6% (12) con estilos de vida adecuados, 9,4% (5) con estilos de vida inadecuados y 3,8% (2) con buenos estilos de vida. La caracterización de la depresión según estilos de vida saludable se observa en la **tabla 4**.

Emocionalmente, de los estudiantes con algún grado de depresión según el test de Zung, se encontró que el 90,6% (48) casi nunca se encontraban tensionados comparado con un 9,4% (5) que casi siempre se sentían tensionados.

El 94,3% (50) estaban enojados o agresivos a menudo, comparado con el 5,7% (3) que casi nunca se encontraban de esta manera. Se encontró que el 58,5% (31) nunca estaban acelerados comparados con un 41,5% (22) que estaban acelerados algunas veces.

El 92,5% (49) de los estudiantes casi nunca disfrutaban el tiempo libre comparado con el 7,5% (4) que lo disfrutaban casi siempre.

En cuanto al manejo del estrés el 96,2% (51) casi nunca se siente capaz de manejar el estrés, y sólo un 3,8% (2) casi siempre se siente capaz de hacerlo.

TABLA N° 4. CARACTERIZACION DE DEPRESION SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2017-2019 N: 53		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLASIFICACION ESTILOS DE VIDA		
Adecuados	12	22,6
Buenos	2	3,8
Regulares	34	64,2
Inadecuados	5	9,4
EMOCIONES		
TENSIONADO		
Casi nunca	48	90,6
Casi siempre	5	9,4
ENOJADO O AGRESIVO		
A menudo	50	94,3
Casi nunca	3	5,7
ACELERADO		
Algunas veces	22	41,5
Nunca	31	58,5
DISFRUTE TIEMPO LIBRE		
Casi nunca	49	92,5
Casi siempre	4	7,5

En lo referente a las conductas en los estilos de vida de los estudiantes con depresión, el 77,4% (41) de los estudiantes refirió que consume café ocasionalmente y un 22,6% (12) lo consumen a menudo. El 84,9% (45) de los estudiantes refirió no haber consumido nunca SPA, y el 15,1% (8) lo hace de manera ocasional.

El 69,8% (37) casi nunca usan el cinturón de seguridad y el 30,2% (16) lo usan casi siempre. En cuanto al sueño, el 92,5% (49) refieren casi nunca dormir bien y el 7,5% (4) refieren dormir bien casi siempre. El 98,1% (52) estudiantes manifestaron que nunca han conducido bajo los efectos del alcohol y sólo el 1,9% (1) lo ha hecho.

CONSUMO DE CAFE		
A menudo	12	22,6
Ocasionalmente	41	77,4
CONSUMO DE SPA		
Ocasionalmente	8	15,1
Nunca	45	84,9
USO CINTURON DE SEGURIDAD		
Casi nunca	37	69,8
Siempre	16	30,2
DORMIR BIEN		
Casi nunca	49	92,5
Casi siempre	4	7,5
CONDUCCION CON ALCOHOL		
A menudo	52	98,1
Nunca	1	1,9
BEBER MAS DE 4 TRAGOS EN LA MISMA OCASIÓN		
A menudo	40	75,5
Nunca	13	24,5
DIETA HIPERCALORICA		
Si	49	92,5
No	4	7,5
DIETA BALANCEADA		
Casi nunca	16	30,2
Casi siempre	37	69,8
ACTIVIDAD FISICA		
Casi nunca	36	67,9
Casi siempre	17	32,1

En cuanto al consumo de alcohol, el 75,5% (40) refiere a menudo beber más de 4 tragos en la misma ocasión y un 24,5% (13) no beben más de 4 tragos en la misma ocasión nunca. En el 92,5% (49) de los estudiantes se encontró una dieta hipercalórica comparado con el 7,5% (4) la dieta no fue hipercalórica. En el 69,8% (37) de los estudiantes se encontró una dieta balanceada casi siempre comparado con 30,2% (16) que casi nunca tenían una dieta balanceada. Respecto a la

actividad física, el 67,9% (36) de los estudiantes casi nunca realiza esta actividad y el 32,1% (17) la realizan casi siempre.

10.5 DINAMICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA DEPRESION EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Cuando se dicotomizaron los estilos de vida como adecuados o inadecuados, se encontró que 73,6% (39) de los estudiantes con depresión tenían estilos de vidas inadecuados comparados con 17,98% (34) de los estudiantes sin depresión. De los estudiantes deprimidos, el 26,4% (14) tenían estilos de vida adecuados, comparado con el 82,01% (155) de los estudiantes sin depresión (OR 12,7 IC 6,21 - 25,9).

En la evaluación de la exposición a tabaco se encontró que haber fumado cigarrillo en el último año, que corresponde al 22,7% (55) de la población encuestada, es un factor de riesgo para presentar depresión en relación a los que no fumaron en los últimos 5 años, 77,2% (187), (OR: 12,7; IC: 6,21-25,9); además, fumar más de 1 cigarrillo al día que también se muestra como un factor predisponente para desarrollar depresión si se compara con los que no fuman de (OR: 2,22; IC: 1,01 - 4,85), un 14% (34) de la población total fuma más de un cigarrillo al día y un 85,9 % (208) no fuma. Por otro lado, el ítem “recibir cariño a veces”, se asoció con riesgo de presentar depresión comparado a “recibir cariño siempre” (OR: 8,54; IC: 417-1748). La dinámica de estilos de vida saludables en la depresión en estudiantes de medicina se observa en la **tabla 5**.

TABLA N° 5. DINAMICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA DEPRESION EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2017-2019 n: 242

VARIABLE	DEPRIMIDO	SIN DEPRESION	OR	IC
ESTILOS DE VIDA				
Inadecuados	39	34	12,7	6,21 - 25,9
Adecuados	14	155		
FUMAR CIGARRILLO				
Si en el último año	19	36	2,37	1,21 - 4,63
No en los ultimos 5 años	34	153		
FUMAR CIGARRILLO				
1 y mas de 10	12	22	2,22	1,01 - 4,85
No fumar	41	167		
RECIBIR CARIÑO				
A veces	41	54	8,54	4,17-17,48
Casi siempre	12	135		
COMUNICACIÓN				
A veces	41	68	6,1	2,9 - 12,3
Casi siempre	12	121		
EJERCICIO FISICO (al menos 20 minutos al día)				
Menos de 3 veces por semana	14	86	0,43	0,21 - 0,84
Mas de 4 veces por semana	39	103		
PENSAMIENTO POSITIVO				
Casi nunca	47	96	7,58	3,1 - 18,5
Casi siempre	6	93		
SATISFACCION LABORAL				
Casi nunca	13	7	8,4	3,17 - 22,52
Casi siempre	40	182		
AUTOMEDICACIÓN				
A menudo	12	19	2,61	1,17 - 5,8
Ocasionalmente	41	170		

La falta de comunicación de los estudiantes de medicina evidenciada por tener “a veces comunicación” aumenta el riesgo de desarrollar depresión comparado a tener “siempre comunicación” (OR: 6,1; IC: 2,9 - 12,3), el 45% (109) respondieron a la opción “a veces” y el 55% (133) a “siempre”. De las personas que realizaban al menos 20 minutos de ejercicio al día <3 veces por semana 5,7% (14) estaban deprimidos y 9% (22) no presentaban depresión, en cuanto a los que realizaban > 3 veces por semana 16,11% (39) estaban deprimidos y 42,5% (103) no lo estaban.

Se encontró asociación en tal que realizar ejercicio físico al menos 20 minutos al día más de 3 veces por semana fue un factor protector de depresión (OR: 0,43 IC 0,21-0,84).

En cuanto al pensamiento positivo, de las personas que respondieron casi nunca, 19,4% (47) estaban deprimidas y 39,66% (96) no estaban deprimidas, las personas que respondieron casi siempre, en este ítem, se encontró que 2,47% (6) estaban deprimidas y 38,42% (93) no estaban deprimidas. Se identificó que tener, casi nunca un pensamiento positivo es un factor de riesgo relacionado con depresión (OR: 7,58; IC: 3,1-18,5). Del total de las personas que tenían satisfacción laboral casi siempre, el 17,35% (40) estaban deprimidas y 75,2% (182) no lo estaban, las personas que casi nunca tenían satisfacción laboral 5,3% (13) estaban deprimidas y 2,8% (7) no lo estaban.

Una percepción de casi nunca tener satisfacción social fue un factor de riesgo para presentar depresión (OR: 8,4; IC: 3,17-22,52). De las personas que se automedicaban a menudo, 7,8% (19) tenían depresión y 4,9% (12) no tenían depresión, de las personas que se automedicaban ocasionalmente 16,9% (41) presentaba depresión y 70% (170) no la presentaba. La automedicación que se realiza a menudo es un factor de riesgo de depresión (OR: 2,61 IC: 1,17-5,8).

Se identificaron como factores de riesgo: el no tener pensamiento positivo casi nunca (OR: 0,43 IC 0,21-0,84), casi nunca tener satisfacción social (OR: 8,4; IC: 3,17-22,52), automedicarse a menudo (OR: 2,61 IC: 1,17-5,8).

10.6 RELACIÓN HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA. REGRESIÓN LOGISTICA BINOMIAL.

Las variables que finalmente con la regresión logística binomial presentan significancia estadística $p < 0,005$ y puedan explicar la presencia de depresión en los estudiantes de medicina, estas variables fueron: Dificultades en la expresión y recepción de afecto (OR= 6,38; $p < 0,000$) pensamiento pesimista (OR= 6,312; $p < 0,000$), insatisfacción en el trabajo y actividades diarias (OR= 6,24; $p < 0,001$) y hacer ejercicio al menos 3 veces a la semana (OR= 0,441; $p < 0,042$). Las variables estilos de vida, fumar cigarrillo, no tener con quien hablar y automedicación perdieron significancia estadística. La relación hábitos de vida saludables y depresión se observa en la **Tabla 6**.

TABLA N° 6. RELACIÓN HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y DEPRESIÓN ESTUDIANTES DE MEDICINA. REGRESIÓN LOGISTICA BINOMIAL		
VARIABLES	VALOR p	OR
No dar ni recibir cariño	0,000	6,38
Realizar ejercicio	0,042	0,441
Pensamiento pesimista	0,000	6,312
Insatisfacción con el trabajo y actividades	0,001	6,224

11.DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión que se encontró en este estudio fue de 22%, con una depresión leve en un 86,8%, moderada 11,3% y severa 1,9%, lo cual tiene relación con estudios acerca de este problema, con es el caso de Fouilloux Morales et al, en el año 2013, en la Universidad Autónoma de México (UNAM), se evidencio que el porcentaje de estudiantes con síntomas depresivos fue del 23% (hombres 12.3%, mujeres 28.4%). De igual forma Pereyra et al. en el año 2010 realizaron una investigación en una universidad de Lima Perú, afirman que aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes de medicina, presentan síntomas depresivos (20). Así mismo, Valle et al. en el año 2013 reportaron que el 23,3% de los encuestados manifestaron síntomas depresivos (21), en Colombia en la Universidad de Manizales se encontró una prevalencia del 22,7% (22) que es muy similar a la nuestra, pero con la Universidad del Valle si hubo una discrepancia amplia la prevalencia reportada fue del 36,4 % (8) aunque solo se estudió los estudiantes de los semestres básicos (primero segundo y tercero) que como se conocen son los que más se deprimen, aunque en nuestro estudio no ocurrió esta situación, tuvimos mayor proporción en semestres clínicos los cuales iguales o mayores a quinto semestre.

En cuanto al sexo, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar síntomas depresivos que los hombres a nivel general, en el caso de los estudiantes de medicina en nuestro estudio encontramos una prevalencia de 71,7% que guarda relación con valores encontrados en otros estudios como es el caso de Morales et al., y Guatavita (23) que encontraron una prevalencia del 60% y 56%. En relación a estado civil y si viven o no acompañados, las personas solteras fueron las más deprimidas, al igual de quienes viven acompañadas con un 94,3 y 81,2% respectivamente, llama la atención el hecho de vivir acompañado ya que no guarda relación con la literatura, porque el compartir e intercambiar opiniones,

ideas con una pareja o familia es un factor protector para alteraciones en la salud mental.

En cuanto a estilos de vida saludables y riesgos para presentar depresión más del 90% de los estudiantes afirmo tener estrés académico, lo cual nos hace pensar que este factor detonante muy importante para esta patología, igualmente lo reporta, Ibal et al quien reporto un estrés académico de 53%, asociado a ansiedad y depresión (24), es los estudiantes deprimidos encontramos que el 76,3% tiene malos hábitos de vida saludable en los cuales se destacan, no dar ni recibir cariño, o disfrutar del tiempo libre, no ser optimista, y el ejercicio físico se comportó como factor protector con (OR= 0,43 IC 0,21-0,84), que se documenta muy bien en la literatura ya que el ejercicio físico aumenta la liberación de endorfinas periféricas y produce vasodilación en sistema nervioso central, como lo reporta AKandere et al., (25).

Las posibles variables de hábitos de vida saludables que se asocian con depresión se encontró valores significativos en: Inadecuados estilos de vida (OR=12,8; IC 95%, 6,21 - 25,9), no recibir cariño (OR=8,54; IC 95%, 4,17-17,48), no tener un pensamiento positivo (OR=7,58; IC 95%, 3,1 - 18,5), insatisfacción con mi trabajo o actividades (OR= IC 95%, 8, 43,17 - 22,52), que al compararlos con estudios similares. Los hallazgos señalados muestran una población vulnerable que en algunos aspectos presenta mayores problemas que la población general, situación preocupante si consideramos que en este grupo existen personas que poseen los conocimientos necesarios para llevar a cabo adecuadas conductas pero que, aparentemente, no perciben el riesgo, siendo quienes menos conductas saludables realizan.

12.COMENTARIO

La depresión es una patología que afecta a una gran proporción de personas en el mundo, una de estas es la población juvenil estudiantil, siendo los más afectados los estudiantes de ciencias de la salud y de estos, el programa de medicina tiene la mayor prevalencia alcanzando cifras hasta de un 65%, a este problema se suman situaciones de la vida diaria que exacerban la sintomatología o al contrario, son el factor desencadenante para padecer síntomas depresivos como los son: una inadecuada alimentación, sedentarismo, consumo de sustancias psicoactivas, estrés académico, entre otras.

Ahora bien, el problema es cada día más frecuente, los jóvenes cada vez tienen menos tolerancia a la frustración y menos redes de apoyo familiar e institucionales que puedan brindar un manejo integral al problema, disminuyendo así el continuo riesgo de consecuencias mayores como es el caso del suicidio.

Por lo anterior, la necesidad de concientizar a la comunidad académica sobre este problema, la importancia del diagnóstico precoz, facilitar rutas de atención, insistir en programas de prevención destacando estilos de vida saludable, luchar contra el estigma de la depresión y planear estrategias de detección de la patología fortalecer la promoción de la salud y crear espacios para el desarrollo integral de los estudiantes

12.1 RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR ESTA PATOLOGÍA

- Al ingreso al programa de medicina. Pruebas psicológicas, aplicación del test de Zung para determinar la presencia de síntomas depresivos.
- Si pruebas positivas ingresar a tratamiento psicológico, valoración psiquiátrica y seguimiento semestral de su evolución a carga de bienestar institucional, además de intervención a la familia.

- Quienes estén en riesgo valoración semestral, para intervenir de manera oportuna y temprana.
- Recuperación de horas de esparcimiento y ocio, como lo eran las horas lúdicas pérdidas desde hace más de 10 años.
- Fomentar la actividad física y la alimentación adecuada.

13.CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión en los estudiantes de la Universidad del Cauca es del 22% que es similar a los estudios publicados en Colombia y en el mundo (15-55%).
- Las mujeres son las más afectadas por la sintomatología, independiente del grupo atareó, semestre, estado civil, o procedencia
- Los estratos económicos medios son los más afectados, y los estratos bajos son un factor protector para no padecer depresión, que se puede explicar por las conductas psicológicas, sociales, de adaptación que se traen desde el hogar.
- La depresión leve es la más frecuente siendo mayor al 50%, lo cual hace que una intervención integral oportuna, disminuya en gran medida su evolución natural.
- Los inadecuados estilos de vida saludable como: dificultades en la expresión de afecto, pensamiento pesimista e insatisfacción en el trabajo posiblemente pueden explicar la depresión en el grupo de medicina.
- En el grupo el ejercicio físico, se comporta como un factor protector, al igual que se reporta en otros estudios.

ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTOS

Test de Zung

Para medir la depresión que se pudiese presentar en algunos de los estudiantes utilizamos la prueba de Zung. La prueba de Zung también es denominada por las siglas (SDS) las cuales refieren a las frases en inglés para (Self-Rating Depresión Scale). Fue desarrollada por W.W.Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Esta es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa, cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo)

El rango de calificación es de 20-80.

25-49 rango normal
50-59 Ligeramente deprimido
60-69 Moderadamente deprimido
70 o más, Severamente deprimido

Cuestionario de hábitos de vida saludable (test fantástico)

El test fantástico tiene la finalidad de evaluar los estilos de vida de la población de una manera multidimensional (evaluando factores físicos, psicológicos y sociales).

F:	Familia y amigos
A	Asociatividad. Actividad física
N	Nutrición
T	Tabaco
A	Alcohol. Otras drogas.
S	Sueño. Estrés.
T	Trabajo
I	Tipo de personalidad
C	Introspección
O	Control de salud. Conducta sexual

Cada una de las 30 preguntas puede ser contestada con los siguientes puntajes: 0: casi nunca; 1: A veces; 2: Siempre. Al puntaje final se le multiplica por 2, obteniéndose un rango final de puntajes de 0 a 120. Este rango de valores es clasificado en las siguientes categorías que resumen el estilo de vida del evaluado:

0-46	Estas en zona de peligro
47-72	Algo bajo, podrías mejorar
73-84	Adecuado, estas bien.
85-102	Buen trabajo, estas en el camino correcto
103-120	Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico

ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONL
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta su	Cuantitativa	Discreta, Razón	Tendencia central,	Años cumplidos
Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1.Masculino 2.Femenino
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona en relación con otra, creando lazos jurídicos	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y proporciones	1.Soltero/a 2.Casado/a 3.Unión libre
Lugar de procedencia	Lugar donde reside el núcleo familiar del estudiante paciente (DANE)	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y proporciones	1.Popayán 2.Nariño 3.Valle 4.Otros
Actividad laboral/ocupación	Labor o trabajo que ejerce una persona (OPT)	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1.Estudia 2.Trabaja y estudia
Semestre	Periodo en el cual no hay obligación de realizar alguna actividad (OMS)	Cualitativa	Nominal, Ordinal	Frecuencias y proporciones	1. I semestre 2. II Semestre 3. III Semestre 4. IV Semestre 5. V Semestre 6. VI Semestre 7. VII Semestre 8. VIII Semestre 9. IX semestre 10. X Semestre 11. XI Semestre

Variables test de Zung

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONL
Trastorno depresivo	Estado de ánimo bajo caracterizado por la presencia de tristeza patológica disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés, insomnio, decaimiento anorexia (OMS)	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1. Normal (No depresión)
					2. Depresión leve
					3. Depresión moderada
					4. Depresión grave
DX SEGÚN CRITERIOS DSM V	Escala para determinar alteraciones mentales (American Psychiatric Association)	cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	1. si 2. no
CLASIFICACIÓN DEPRESIÓN TES DE ZUNG	Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.	Cualitativa	ordinal	Frecuencias y proporciones	1.Normal
					2.Depresion leve
					3.Depresion moderada
					4.Depresion severa
PUNTAJE ESCALAS DE ZUNG	Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.	cuantitavia	Nominal	Frecuencias y proporciones	Valor absoluto escala de Zung

Variables Test Fantástico

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONL
Familia y amigos	Periodo en el cual no hay obligación de realizar alguna actividad	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	tengo con quien hablar de las cosas q son importantes para mi: 1. si 2. no 3. aveces Doy y recibo cariño ? 1.si 2.no
Actividad fisica	Interés de la familia y amigos por el paciente	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Yo haga labores de la casa ? 1. si 2. no Hago ejercicio al menos 20 minutos de forma activa? 1.mas de 4 veces por semanas 2. de 1 a 3 veces por semana 3. Menos de 1 ves por semana
Nutricion	Intercambio de información entre los miembros de su familia	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Mi nutricion en balanceada? 1. Casi siempre 2. Algunas veces 3. Casi nunca A menudo consumo mucha sal, azucar, grasa, comida chatarra 1. Ninguna de estas 2. Alguna de estas 3. Todas estas Estoy por encima de mi peso ideal? 1. Normal 2. Hasta 4 kilos 3. 5 y 8 kilos 4. Mas de 8 Kilos
tiempo de consumo de cigarrillo	Tiempo en años de consumo de cigarrillo como habito no saludable	cuantitativa	nominal	Frecuencias, moda mediana, media	Numero en años
Numero cigarrillos por dia	hábito de vida no saludbale que lleva a dependencia y complicaciones organicas	cuantitativa	Nominal		Cigarrillos por dia
Consumo de Alcohol	Hábito de vida no saludable	cuantitativa	intervalo	Frecuencias y proporciones	Mi numero de consumo de tragos por semana es de 1. 0-7 2- 8- 12 3. Mas de 12
Consumo de alcohol por semana	Frecuencia de consumo de alcohol y sus consecuencias	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Bebo mas de 4 tragos en una misma ocasión

Conducir bajo efectos del alcohol	Conducir automovil bajo efectos del alcohol				1. nunca
					2. Ocasionalmente
					3. A menudo
					Maneja el auto despues de beber alcohol ?
Sueño	Hora de seño al dia y calidad del mismo	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Duermo bien y me siento descansado
					1. Casi siempre
					2. Algunas veces
					3. Casi nunca
stress	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tension en mi vida
					1. Casi siempre
					2. A veces
					3. Nunca
Tipo de personalidad	es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Me relajo y disfruto mi tiempo libre ?
					1. Casi siempre
					2. A veces
					3. Casi Nunca
Introspeccion	Observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Parece que ando acelerado ?
					1. Casi nunca
					2. Algunas veces
					3. A menudo
Conduccion y satisfaccion	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	Me siento enojado o agresivo ?
					1. Casi nunca
					2. Algunas veces
					3. A menudo
Drogas	Una droga es una sustancia vegetal, mineral o animal que tiene efecto estimulante, alucinógeno, narcótico o deprimente.	Cualitativa	Nominal	Frecuencias y proporciones	soy un pensador positivo u optimista?
					1. Casi siempre
					2. A veces
					3. Casi nunca
					Yo me siento tenso ?
					1. Casi nunca
					2. A veces
					3. Casi siempre
					Yo me siento deprimido o triste ?
					1. Casi nunca
					2. A veces
					3. Casi siempre
					Uso siempre el cinturon de seguridad?
					1. Siempre
					2. A veces
					3. Casi nunca
					Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades?
					1. Casi siempre
					2. A veces
					3. Casi nunca
					Uso drogas como marihuana, cocaina o pasta
					1. nunca
					2. Ocasionalmente
					3. A menudo
					Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta ?
					1. nunca
					2. Ocasionalmente
					3. A menudo
					Bebo café, te o bebidas que tienen cafeina?
					1. Menos de 3 por dia
					2. 3 a 6 por dia
					3. Mas de 6 por dia

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD FAMILIAR
PROGRAMA ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

Formato de consentimiento informado para “**CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL Y CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2017-2019**”.

Este estudio busca determinar la caracterización psicosocial y clínica de la depresión

Nos gustaría que usted nos ayudara en este estudio diligenciando el cuestionario que está anexo, esta investigación no involucra pruebas de sangre o examen físico que alteran su integridad

Si usted participa la información que nos dé será confidencial, y para conservar su anonimato se utilizaran códigos numéricos, la información será guardada en una base de datos que se utilizara par fines de esta investigación, usted tiene la libertad de retirarse del estudio cuando lo considere. La no participación o retiro voluntario no afectara su actividad académica.

Conozco el derecho que tengo de revocar este consentimiento informado si lo estimo necesario. Certifico que este documento ha sido leído en su totalidad, así como he recibido explicaciones satisfactorias de todo el proceso por parte de los investigadores por lo tanto no he sido objeto de persuasión o manipulación que influya en mi decisión de participar.

Las condiciones para participar en el estudio han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Yo, _____, con mi

firma abajo, doy consentimiento para formar parte del estudio bajo las condiciones explicadas.

Firma:

Fecha:

email

14. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. (2012). Día Mundial de la Salud Mental. Recuperado de Revista Interamericana de Psicología, 41(2), 177-188.
2. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med.* 2013; 43(3):471–81.
3. Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de salud mental. *Minist la protección Soc.* 2003;57
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. *Inf sobre la salud en el mundo.* 2001; 169.
5. Amézquita, M.E., González, R.E. y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría,* 32(4), 341-356.
6. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Bradley Segal J, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students a systematic review and meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2016; 316(21):2214–36.
7. Moreno G, Moreno J, Marín L. Hábitos y estilos de vida en estudiantes de segundo y noveno semestre de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira. *Rev Médica Risaralda.* 2009; 15(1):2–11.
8. Bastidas CA, Gutiérrez JC, Bernal F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2000; 29(3):251–60.
9. Riveros M, Hernández H, Riviera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios en Lima metropolitana. *Rev. Investig. Psicol.* 2007; 10(1):91-102.
10. Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE., Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med* 2010; 24(1): 7-17.
11. Gaviria-Criollo CA, Martínez-Porrás DA, Arboleda-Castillo AF, Mafla AC. Alcohol consumption among college medical students in Pasto (Colombia). *Salud Uninorte* 2015; 31(3):458–66.
12. Santes-González A, Ángel J, Marcos E. Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol en los estudiantes de medicina de primer y quinto semestre del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. *Rev Medica MD* 2013; 5(04):22–6.
13. Becerra Bulla F, Pinzón, Villate G, Vargas, Zárate M, Vera-Barrios S, Ruíz-Cetina M. Estilos de vida de estudiantes universitarios admitidos al pregrado de la carrera de medicina, Bogotá 2010-2011. *Rev Fac Med.* 2014; 62 Supl 1:S51-6.

14. Luz Páez Cala M, Jaime Castaño Castrillón J. Estilos de vida y salud en estudiantes de las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Manizales. 2009; 1–111.
15. Santos Morocho JL, Jaramillo Oyervide JA, Morocho Malla MI, Senín Calderón MC, Rodríguez Testal JF. Estudio transversal: Evaluación del estrés académico en estudiantes de medicina y su asociación con la depresión-. Rev Médica HJCA 2017; 9(3):255–60.
16. Balaguera CG. Estilos de vida saludable en estudiantes de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Villavicencio. 2010; 8(14):31–8.
17. Helena Alba LT. Perfil de riesgo en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana Univ Med Bogotá. 2009; 50(2):143–55.
18. Tovar G, Rodríguez Á, García G, Actividad física y consejería en estudiantes universitarios de primero y quinto año de medicina de Bogotá, Colombia. Univ y Salud 2016; 18(1):16–23.
19. Paloma Luengo-Arjona, Isabel Orts-Cortés, Rafael Arcángel Caparros-González OIA-R. Comportamiento sexual, práctica de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios de Alicante. Enfermería Clínica. 2007; 17(2):85–9.
20. Pereyra-Elias R, Ocampo-Mascaro J, Silva-Salazar V, Velez-Segovia E, Costa-Bullon AD, Toro-Polo LM, et al. [Prevalence and associated factors with depressive symptoms in Health Sciences students from a private university in Lima, Perú 2010]. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2010; 27(4):520–6.
21. Valle R, Sánchez E, Perales A. Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2013; 30(1):58–63.
22. Molina-Correal, Bonilla-Pabón, Roperio-Gutiérrez, Vélez-Río, Salazar-Espinosa Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales – Colombia. Rev. Méd. Risaralda 2018; 23 (1):23 – 28.
23. Falla PMG, Ferrand PAS. Prevalencia sintomatología depresiva.pdf. Proy Investig [Internet]. 2006; 54(2):1–12. Available.
24. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E (2015) Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. Indian J Med Res 141: 354-357.
25. Akandere M, Tekin A. Efectos del ejercicio sobre la ansiedad. 2005. [consultado 12/2/2006]. Disponible <http://www.sobreentrenamiento.com/PubliCE/Articulo.asp?ida=478>.