

# 7

## PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA MEDIDA POR LA SDS EN PERSONAS QUE ADELANTAN PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION EN EL AREA DE LA SALUD EN MEDELLIN, COLOMBIA

\* Iván Darío Montoya, M. D.

\*\* Lenn Murrelle, B.A.

### RESUMEN

---

Se llevó a cabo un estudio de corte sobre la prevalencia de sintomatología depresiva medida con la escala autoevaluativa de depresión (SDS) de Zung, en 148 hombres y 53 mujeres que cursaban programas de especialización en salud en Medellín, Colombia en junio de 1987. Se encontró que el 25% de los hombres y el 40% de las mujeres presentaban sintomatología depresiva clínicamente significativa (índices mayores de 50 puntos en la escala), en el momento del estudio.

Los niveles más importantes de depresión, de acuerdo con la SDS, se encontraron en las mujeres que estaban llevando a cabo residencias clínicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, seguidas por los hombres de esta facultad, y luego las mujeres y los hombres de la Facultad Nacional de Salud Pública. Los residentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana mostraron menos sintomatología depresiva que los anteriores.

Se hicieron análisis de cada uno de los síntomas, encontrando con mayor frecuencia los siguientes: disminución de la libido, malestar matinal, confusión, retardo psicomotor, falta de confianza en el futuro, tristeza generalizada, irritabilidad, indecisión y descenso en la capacidad para disfrutar de las actividades cotidianas.

Los hallazgos de esta investigación señalan la necesidad de estudios complementarios de causalidad y posiblemente de alguna intervención administrativa y terapéutica que sirva para mejorar la situación a esta población.

Palabras claves: Depresión, estudios de especialización, escala autoevaluativa de depresión de Zung.

## SUMMARY

---

A cut study about prevalence of depression in 201 medical graduates (148 men 53 women) in their residency training in June of 1987 was made. They represented the three medical schools in Medellín and all were assessed by the SDS Zung scale of depression. 25% of men and 40% of women were found to have clinically significant symptomatology of depression (higher than 50 points in the scale) at moment of the study.

The most important levels of depression were found in women following residencies at the University of Antioquia medical school.

Next to then followed men of the same medical school and then men and women of the National Public Health School. Residents of the Pontifical Bolivarian University medical school showed a lesser degree of depression than the former.

An analysis of each symptom was made and the most frequent were: diminution of libido, early morning malaise, confusion, psychomotor retardation, lack of confidence for future events, general sadness, irritability, indecision and lack of enjoyment of daily activities.

This investigation points to the necessity of complementary studies of causality of these findings and of a possible administrative and therapeutic intervention in order to improve the situation of this population.

Key Words: Depression, medical residency training, Zung self depression scale.

\* Residente en Psiquiatría Universidad de Antioquia Medellín, Antioquia.

\*\* Becario Fulbright (1985 - 1987) Wake Forest University Estados Unidos

La depresión es una forma de expresión emocional, presente desde los animales inferiores hasta el humano, con una función adaptativa de las emociones para la supervivencia, según lo señalado por Charles Darwin en "la expresión de las emociones en los hombres y los animales". (1)

En la historia aparece descrita desde la antigüedad como una forma de sufrimiento. Homero en la Iliada expuso los sufrimientos de Belofonte. Hipócrates trató a Demóstenes cuando presentó una crisis depresiva con gran sufrimiento, seguida de hiperactividad y conducta muy extraña; intentó buscar la causa para poner el remedio y pensó que la etiología estaba en la bilis negra. De este concepto se originó la palabra melancolía, melas: negro, chole: bilis. Mas tarde Aristóteles hizo una descripción muy completa, en una monografía sobre esta enfermedad (2-5).

En el antiguo testamento se encuentran varios relatos de personajes que sufrían depresión. Después de Cristo se asumía la depresión como la culpa del pecador arrepentido. Cuando se trataba de casos más severos acompañados de ideación suicida se consideraba un pecado (4).

Durante la Edad Media no hubo mayores aportes para la comprensión de la enfermedad. En 1624, R. Burton publicó el libro "La Anatomía de la Melancolía" que ejerció una gran influencia, desplazando muchos conceptos que se tenían hasta ese momento (6).

Muchos autores han hecho aportes para la comprensión del tema; son de destacar los trabajos de Pinel, Esquirol, Falret, Kraepelin, Bleuler, K. Schinelder, etc. sin que hasta ahora exista un concepto unificado del término depresión, ni de la nosografía. Esto se explica porque se dan modificaciones a medida que avanza la investigación bioquímica, farmacológica y epidemiológica (2,3,7).

Este retraso en el desarrollo del concepto contrasta con el hecho de ser la depresión

"la tercera enfermedad en frecuencia de presentación después de los trastornos musculoesqueléticos y de las enfermedades cardiovasculares" (3). Se estima que la frecuencia de depresión en la población general es del 3 - 4%, esto significa que aproximadamente 120 a 200 millones de personas en el mundo sufren esta enfermedad. Estos enfermos requieren de un tratamiento (8), pero solo un 10% de ellos asiste a la consulta médica. El riesgo que un individuo tiene de sufrir una depresión durante su vida es del 15% aproximadamente (2, 9,11).

Se ha establecido que algunos de los factores de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos incluyen al sexo femenino, por ser más frecuentes que en el sexo masculino en una relación de 2 a 1 (2, 12, 13); la juventud, ser soltero, no estar ligado afectivamente o con escasa relación interpersonal, pertenecer a la clase social baja y la acumulación de acontecimientos vitales, especialmente pérdidas personales recientes (14, 16).

A la magnitud del problema en términos epidemiológicos, se suma la tremenda repercusión social, del que se ha denominado "el primer problema de salud mental de nuestra época" (3), con consecuencias tan importantes como el ausentismo laboral, disminución en la productividad, aumento en los costos asistenciales, trastornos familiares, etc.

Sin embargo, siendo lo anterior un tanto alarmante, no se puede comparar con el sufrimiento que vive una persona cuando está deprimida. En un estudio recientemente realizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión hecho por psiquiatra, a quienes se les aplicó la escala autoevaluativa de depresión (SDS) de Zung, el 91% de las mujeres y el 75% de los hombres manifestaron disminución de la libido; decaimiento y tristeza generalizada estaban presentes en el 64% de las mujeres y el 61% de los hombres, mientras el 69% de las primeras y el 61% de los segundos informaron irritabilidad como parte de su cuadro depresivo. Otros síntomas comunes en estos sujetos eran: retardo psico-

motor, confusión, indecisión y variación diurna, tendiendo a sentirse peor en la mañana (17 - 19).

La relación entre la depresión clínica y el suicidio ya se ha establecido a través de múltiples investigaciones (18 - 21). En el estudio anteriormente citado (17), el 58% de los pacientes del sexo masculino y el 75% del sexo femenino reportaron falta de confianza en el futuro y se encontró que el 58% del primer grupo y el 68% del segundo tenía niveles significativos de insatisfacción en la vida cotidiana. El concepto sobre sí mismo, como reflejo de la autoestima, se vio lesionado en más de la mitad de estos sujetos, mientras uno de cada tres hombres y una de cada dos mujeres ya presentaban ideación suicida (17 - 21).

Sobre los posibles orígenes de la depresión clínica, ya desde la época clásica habían observado la tendencia genética, la cual se ha confirmado por medio de estudios recientes en gemelos y en hijos adoptivos (15,22,23). Estudios de marcadores genéticos sugieren posibles mecanismos de transmisión sin que éstos lo expliquen todavía (24). Los marcadores biológicos todavía se encuentran en fase de estudio (25); se conoce hasta ahora que la persistencia de MHPG urinario y 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo disminuidos después de la recuperación clínica, indican riesgo de recidivas (2,26-28). El acortamiento del período de latencia de la fase rem del sueño es un aspecto al cual se le ha puesto interés actualmente (29).

Mientras avanzan numerosos estudios tratando de encontrar variables etiológicas y desencadenantes a nivel biológico y psicosocial, la mayoría de los autores opinan que ciertas personas llevan desde el nacimiento una vulnerabilidad hacia la depresión, la cual en algunos casos puede ser desencadenada por acontecimientos vitales estresantes. Se piensa, entonces, que la gran mayoría de los procesos depresivos, a pesar de su relativa variabilidad sintomática son desencadenados por eventos vitales estresan-

tes en quien posee cierta predisposición biológica (30).

Se ha establecido que, desafortunadamente, tener un título de médico no es sinónimo de poseer buena salud. Por el contrario, los médicos tienen un elevado riesgo de ser alcohólicos, dependientes a otras drogas, estar deprimidos y cometer suicidio. En un estudio realizado en Gran Bretaña, en 1978, se encontró que estos profesionales tienen una razón estándar de mortalidad (SMR), o sea, porcentajes de muertes esperadas contra las encontradas, variable según el tipo de entidad. Por ejemplo, existe baja posibilidad de morir de cáncer (SMR = 73%), en cambio es muy alta la posibilidad de morir por suicidio (SMR = 335%), cirrosis (SMR = 3115) y accidentes (SMR = 180%). Según esto, al menos en dos de estas condiciones intervienen factores psicológicos, lo cual sugiere que ser médico puede significar un incremento en el riesgo de sufrir una alteración mental.

La alta prevalencia de suicidios es consecuencia directa de la alta frecuencia de representación de enfermedad depresiva; se ha visto que la mayoría de las personas que atentan contra ellos mismos están deprimidos. Los divorciados en la población general tienen 3 veces mayor posibilidad de cometer suicidio que los casados, pero los médicos divorciados tienen 13 veces mayor probabilidad de autoeliminarse que los casados. Se conoce que las mujeres tienen mayor riesgo de suicidio que sus colegas del sexo masculino. El suicidio ha sido también estudiado con relación a la especialidad; Blachy y col. reportaron en 1968 que el riesgo de suicidio estaba en 10 por 100.000 entre los pediatras y 61 por 100.000 para los psiquiatras (31).

A este hecho de tener un mayor riesgo de suicidio se le han atribuido posibles explicaciones: el fácil acceso a las drogas, el efecto depresor del constante contacto con el sufrimiento, la familiaridad con la muerte que posiblemente hace disminuir el temor a morir, y el alto nivel de estrés que se requiere al estar atento a todos los detalles de un

paciente, para no cometer errores que pueden ser fatales (31).

Con la convicción de que durante el tiempo en el cual un médico se encuentra haciendo una especialización, demanda enormes ajustes a todo nivel, especialmente de tipo familiar, económico, académico-asistencial, psíquico etc., se espera que aumente el riesgo de sufrir una depresión clínica. Por lo tanto hemos decidido realizar el presente trabajo, que pretende evaluar el estado de ánimo de las personas que en junio de 1987 se encontraban matriculadas en cursos de post-grado en el área de la salud en dos universidades que en Antioquia ofrecen estos programas.

## METODOLOGIA

### POBLACION ESTUDIADA

La Tabla No. 1 resume las características sociodemográficas de la población estudiada, la cual incluye 143 hombres y 58 mujeres cursando programas de especialización en el área de la salud, en junio de 1987, en las siguientes instituciones: las facultades de medicina (FM U. de A. n=98) y salud pública (FNSP, n=52) de la Universidad de Antioquia y la facultad de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana (FM UPB, n=51). El número de estudiantes entrevistados representa el 52%, 90% y 68% del total de estudiantes matriculados en estos programas en cada institución respectivamente. El 71% de la muestra total es del sexo masculino y el 29% del femenino. Aquellos sujetos vinculados a las facultades de medicina cursaban residencias clínicas y constituyen el 74% de la muestra estudiada, el 26% restante pertenecientes a la Facultad Nacional de Salud Pública llevaban a cabo entrenamiento en programas no clínicos (administración de servicios de salud, epidemiología y salud ocupacional).

La edad promedio para toda la muestra es de  $30.4 \pm 2.8$  años. Según el estado civil la dis-

**TABLA No. 1: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGUN INSTITUCION. MEDELLIN - 1987.**

VARIABLE	FM U de A (n=98)	FNSP (n=52)	FMUPB (n=51)	TOTAL (n=201)
<b>PROPORCION DEL TOTAL DE MATRICULADOS</b>	52%	90%	68%	62%
<b>SEXO:</b>				
MASCULINO	69%	60%	86%	71%
FEMENINO	31%	40%	14%	29%
<b>EDAD EN AÑOS:</b>				
PROMEDIO (D.E.)	30.6(2.7)	31.5(4.7)	28.9(2.5)	30.4(2.8)
<b>ESTADO CIVIL</b>				
SOLTERO	41%	35%	57%	44%
CASADO	55%	57%	43%	52%
UNION LIBRE	2%	2%	0%	2%
VIUDO	1%	2%	0%	1%
SEPARADO	1%	4%	0%	2%
<b>AÑO EN CURSO:</b>				
PRIMERO	28	52	21	50%
SEGUNDO	35	0	14	24
TERCERO	33	0	11	22
CUARTO	2	0	5	3

tribución es la siguiente: 52% casados, 44% solteros, 2% unión libre, 2% separados y 1% viudos. De acuerdo con el año que cursaban los encuestados, el 50% se encontraba en el primero, 24% en el segundo, 22% en el tercero y 3% en el cuarto año.

La Tabla No. 2 representa la distribución de la población estudiada según el programa de especialización.

**TABLA No. 2: DISTRIBUCION SEGUN PROGRAMA DE ESPECIALIZACION MEDELLIN -1987**

PROGRAMA	(n)	PROPORCION DE LA MUESTRA
ADMINISTRACION	(22)	11%
ANESTESIA	(17)	8%
CARDIOLOGIA	(8)	4%
CIRUGIA GENERAL	(8)	4%
CIRUGIA PLASTICA	(5)	2%
EPIDEMIOLOGIA	(20)	10%
FISIATRIA	(3)	1%
GINECO-OBSTETRICIA	(17)	8%
MEDICINA INTERNA	(25)	12%
MICROBIOLOGIA	(2)	1%
NEUROLOGIA	(2)	1%
NEUROCIRUGIA	(3)	1%
OFTALMOLOGIA	(6)	3%
ORTOPEDIA	(8)	4%
O.R.L	(4)	2%
PATOLOGIA	(6)	3%
PEDIATRIA	(22)	11%
PSIQUIATRIA	(6)	3%
RADIOLOGIA	(4)	2%
RADIOTERAPIA	(1)	1%
SALUD OCUPACIONAL	(10)	5%
UROLOGIA	(2)	1%
TOTAL :	(201)	100%

## INSTRUMENTO UTILIZADO

En un formulario precodificado (ver anexo), que incluía datos demográficos generales, se averiguo también sobre la especialidad a la cual pertenecía el entrevistado, el año que cursaba y la ingesta de medicamentos psicotrópicos.

El instrumento utilizado para el diagnóstico de la depresión clínica fue la escala auto-evaluativa de depresión (SDS) de zung (32-36). La selección se hizo con base no solo en la amplia aplicación en estudios interculturales para medir la severidad de la sintomatología depresiva, sino por el hecho de ser el único instrumento diagnóstico de su tipo válido en el medio colombiano (17). Sin embargo, como con cualquier escala de evaluación, los resultados sirven para orientar hacia el diagnóstico, por lo tanto tiene utilidad como complemento de la clínica. La escala consta de 20 ítems los cuales corresponden a los síntomas más importantes en el diagnóstico de esta entidad (37).

## APLICACION

El formulario fue autoaplicado en forma individual y anónima, garantizando así la confiabilidad en la información suministrada.

## INTERPRETACION DE LA ESCALA AUTOEVALUATIVA DE DEPRESION

Se consideró clínicamente significativo un síntoma depresivo, cuando el entrevistado respondía que aquel síntoma estaba presente 'muchas veces', 'casi siempre o siempre' en caso de que el enunciado de la pregunta se hiciera en forma afirmativa, y cuando era en forma negativa, respondía 'algunas veces', 'muy pocas veces o nunca'. Se aceptó la clasificación internacional de zung (Tabla 3) para el diagnóstico de severidad de depresión clínica (33).

**TABLA No. 3: INDICE DE DEPRESION DIAGNOSTICO**

INDICE DE DEPRESION	DIAGNOSTICO
25-49	SIN DEPRESION
50-59	LEVE
60-69	MODERADA
70 - 100	SEVERA

**TABULACION Y MANEJO ESTADISTICO DE LA INFORMACION**

La información recolectada fue procesada con la ayuda del programa bioestadístico Pocstats. Pruebas de hipótesis utilizadas incluyen el Chi cuadrado y el Mann-Whitney U Test.

**RESULTADOS**

En la Tabla No. 4 se observa que los síntomas presentes con mayor frecuencia en la muestra total, son en su orden: malestar matinal (39.5%), falta de lucidez mental (31.3%), retardo psicomotor (31.0%) y descenso en la capacidad para disfrutar de las actividades cotidianas (27.0%).

La distribución según sexo demuestra que existe mayor sintomatología depresiva total en el sexo femenino con una P .001. Al comparar individualmente la presencia de los 20 síntomas médicos por la escala, se encuentra significativamente mayor severidad (p.05) de los mismos en el sexo femenino, en los siguientes: llanto fácil, constipación, disminución de la libido, no disfrutar de las actividades cotidianas, tristeza generalizada, retardo psicomotor, indecisión, fatigabilidad, irritabilidad, disilusión e insatisfacción.

Los análisis de los síntomas por institución y sexo muestran que los sujetos matriculados en la Facultad de Medicina de la Universi-

**TABLA No. 4: COMPARACION DE FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA ENTRE 143 HOMBRES Y 58 MUJERES MATRICULADOS EN PROGRAMAS DE POSTGRADO EN EL AREA DE LA SALUD. MEDELLIN - 1987**

SINTOMA	HOMBRES (n=43)	MUJERES (n=58)	[%]*	P
<b>A. TRASTORNO AFECTIVO GENERALIZADO</b>				
1. DECAIDO, TRISTE	9%	23%	(3.5)	= .001
2. LLANTO FACIL	0%	12%	(6.5)	<.001
<b>B. TRASTORNOS FISIOLÓGICOS</b>				
1. VARIACION DIURNA	37%	47%	(1.2)	n.s.
2. SUEÑO TRASTORNADO	16%	14%	(0.7)	n.s.
3. APETITO: DISMINUIDO	20%	29%	(1.8)	= .07
4. PESO: DISMINUIDO	12%	21%	(1.3)	n.s.
5. LIBIDO: DISMINUIDA	13%	60%	(5.6)	<.001
6. FATIGA: INEXPLICABLE	18%	29%	(2.8)	=.005
7. CONSTIPACION	2%	16%	(5.8)	<.001
8. PALPITACIONES	7%	14%	(0.3)	n.s.
<b>C. TRASTORNOS PSICOMOTORES</b>				
1. AGITACION	19%	20%	(0.1)	n.s.
2. RETARDO	18%	29%	(3.0)	=.004
<b>D. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS</b>				
1. CONFUSION	25%	47%	(3.3)	=.002
2. NO DISFRUTAR	18%	9%	(4.7)	<.001
3. DESILUSION	18%	31%	(2.3)	= .02
4. INDECISION	18%	40%	(2.9)	=.004
5. IRRITABILIDAD	18%	28%	(2.5)	= .01
6. INSATISFACCION	9%	19%	(2.2)	= .03
7. DEVALUACION PERSONAL	16%	29%	(1.3)	n.s.
8. IDEACION SUICIDA	2%	2%	(.03)	n.s.
E. SDS TOTAL 50	25%	43%	(4.4)	<.001

\* Prueba utilizada: Mann-Whitney U Test.

dad de Antioquia presentan los niveles más altos de sintomatología. Además, en vista de que el tamaño de esta muestra permite un sondeo más profundo, en la Tabla No. 5 se puede observar la frecuencia porcentual de síntomas depresivos distribuidos por sexo. Llama la atención que en 12 de los 20 ítems de la escala aproximadamente una de cada cuatro personas de ambos sexos informaron la presencia de los cambios medidos.

**TABLA No. 5: COMPARACION DE FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA ENTRE 68 HOMBRES Y 30 MUJERES MATRICULADOS EN PROGRAMAS DE POSTGRADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA -MEDELLIN- 1987**

SINTOMA	HOMBRES (n=68)	MUJERES (n=30)
<b>A. TRASTORNO AFECTIVO GENERALIZADO</b>		
1. DECAIDO, TRISTE	11%	31%
2. LLANTO FACIL	0%	10%
<b>B. TRASTORNOS FISIOLÓGICOS</b>		
1. VARIACION DIURNA	39%	60%
2. SUEÑO TRASTORNADO	24%	3%
3. APETITO: DISMINUIDO	29%	33%
4. PESO: DISMINUIDO	19%	31%
5. LIBIDO: DISMINUIDA	9%	6%
6. FATIGA: INEXPLICABLE	25%	40%
7. CONSTIPACION	1%	17%
8. PALPITACIONES	7%	13%
<b>C. TRASTORNOS PSICOMOTORES</b>		
1. AGITACION	24%	37%
2. RETARDO	33%	70%
<b>D. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS</b>		
1. CONFUSION	30%	57%
2. NO DISFRUTAR	25%	57%
3. DESILUSION	24%	40%
4. INDECISION	24%	43%
5. IRRITABILIDAD	24%	30%
6. INSATISFACCION	12%	30%
7. DEVALUACION PERSONAL	19%	47%
8. IDEACION SUICIDA	3%	3%
E.SDS TOTAL > 50	30%	63%

**TABLA No. 6: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN INSTITUCION MEDELLIN - 1987**

INSTITUCION	NIVEL DE DEPRESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
FM U de A	29%	9%	2%	40%
FNSP	10%	6%	4%	20%
FM UPB	2%	2%	2%	6%
TOTAL	17%	6%	2%	25%

**TABLA No. 7 : PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN INSTITUCION EN EL SEXO MASCULINO. MEDELLIN 1987**

INSTITUCION	NIVEL DE DEPRESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
FM U de A	24%	6%	0%	30%
FNSP	6%	10%	0%	16%
FM UPB	2%	0%	2%	4%
TOTAL	17%	6%	2%	25%

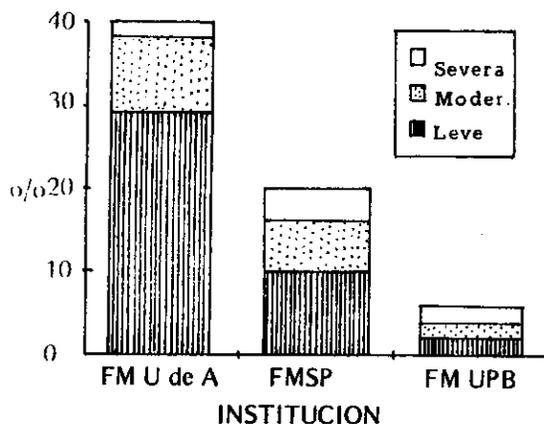
**TABLA No. 8: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN INSTITUCION EN EL SEXO FEMENINO. MEDELLIN 1987**

INSTITUCION	NIVEL DE DEPRESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
FM U de A	40%	17%	7%	63%
FNSP	14%	0%	10%	24%
FM UPB	---	---	---	---
TOTAL				43%

No tabulable por razones de tamaño de muestra.

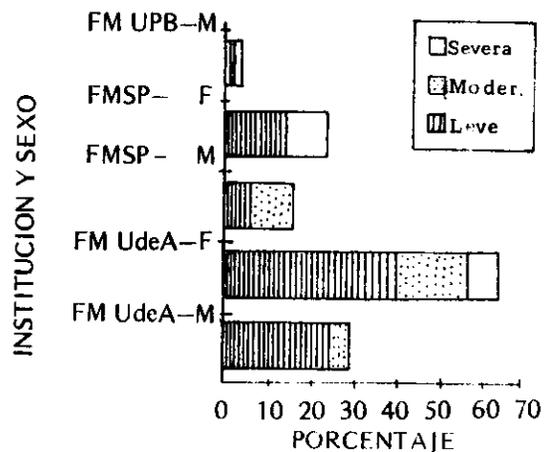
Las Tablas 6, 7 y 8 representan la proporción total de depresión según institución y sexo. Al clasificar los sujetos de acuerdo con el índice de depresión (SDS TOTAL), se encuentra un 17% de depresión leve, 6% de depresión moderada y 2% de depresión severa, lo cual indica que el 25% de la población estudiada presenta algún nivel de depresión. La distribución según sexo e institución de estos niveles, demuestra que en los matriculados en la FM U de A son más altos; mientras el 4% de los hombres de FM UPB y el 16% de la FNSP presentan índices clínicamente significativos de depresión, se encuentran en el 30% de los residentes de la FM U de A. Esta diferencia es significativa con Chi Cuadrado = 11.0 y  $p = .004$  (Ver Gráficos No. 1 y 2)

**GRAFICO No. 1: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN INSTITUCION MEDELLIN 1987**



En el sexo femenino, se encontró, en forma similar, que los índices mayores de depresión se presentan en quienes están matriculados en la FM U de A. Como se puede apreciar en el Gráfico No. 2, están presentes en el 63% de ellas y en el 24% de las estudiantes de la FNSP. Esta diferencia es significativa (chi cuadrado = 6.2,  $p = .01$ ). Por razones de tamaño de la muestra, no fue posible realizar esta comparación incluyendo las residentes de la facultad de medicina de la U.P.B.

**GRAFICO No. 2: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN INSTITUCION Y SEXO. MEDELLIN - 1987**



En la Tabla No. 9 se hace una comparación de la proporción de personas sintomáticas según institución, encontrándose un porcentaje significativamente mayor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en relación con los matriculados en la Facultad de Salud Pública y la Universidad Pontificia Bolivariana. Esta diferencia fue consistente para los dos sexos. No hubo diferencias entre los sujetos de la FNSP y la UPB, comparados según sexo.

Un análisis de acuerdo con el estado civil no demuestra diferencias significativas (Ver Tablas No. 10 y 11). Tampoco se encuentran diferencias importantes al hacer este análisis según sexo y estado civil (Ver Gráfico No. 3). Sin embargo, es interesante resaltar el hecho de que los hombres casados presentan una mayor proporción de depresión (23%) que los solteros (14%), mientras las mujeres solteras tienen un índice superior (58%) que las casadas (30%).

Teniendo en cuenta el año que cursan los sujetos estudiados, no se encontró ninguna diferencia significativa en niveles de depresión (Ver Tabla No. 12). Existe una tendencia a presentarse un leve aumento en el segundo año en hombres y mujeres en comparación

con los que cursan el primero y tercero (Ver Gráfico No. 4).

En relación con el uso actual de medicamentos, no se encontró ningún sujeto que tomara antipsicóticos. De aquellos sujetos que se encontraban en el momento del estudio tomando medicamentos ansiolíticos, todos eran hombres matriculados en la FM U de A (6%). Consumo de medicación antidepresiva fue informada por el 3% de los hombres y de las mujeres de la FM U de A, y en un 5% de las mujeres de la FNSP. No hubo consumo de estas sustancias en los residentes de la FM UPB.

**TABLA No. 9: COMPARACION DE LA PROPORCION DE SINTOMATICOS SEGUN INSTITUCION Y SEXO. MEDELLIN 1987**

INSTITUCION Y SEXO	(%) *	p
<b>HOMBRES</b>		
FM U de A vs FNSP	[2.7]	= .008
FM U de A vs FM UPB	[3.6]	= .001
FNSP vs FM UPB	[0.1]	n.s.
<b>MUJERES</b>		
FM U de A vs FNSP	[2.9]	= .004
FM U de A vs FM UPB	[4.8]	= .001
FNSP vs FM UPB	(1.4)	n.s.

\* Prueba utilizada: Mann-Whitney U test.

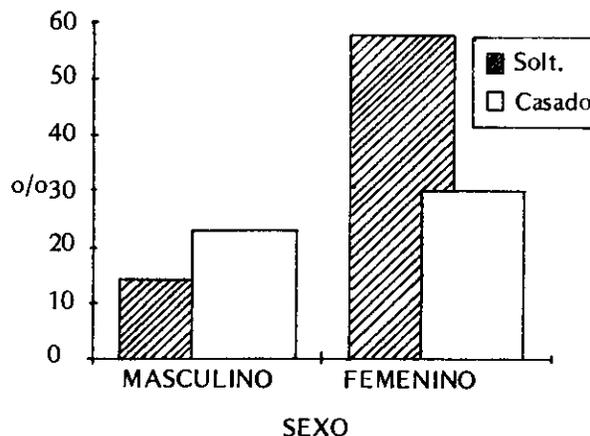
**TABLA No. 10: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN ESTADO CIVIL EN EL SEXO MASCULINO. MEDELLIN 1987**

ESTADO CIVIL	NIVEL DE DEPRESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
SOLTEROS	10%	2%	2%	14%
CASADOS	16%	7%	0%	23%

**TABLA No. 11: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN ESTADO CIVIL EN EL SEXO FEMENINO. MEDELLIN 1987**

ESTADO CIVIL	NIVEL DE DEPRESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
SOLTEROS	35%	19%	4%	58%
CASADOS	17%	3%	10%	30%

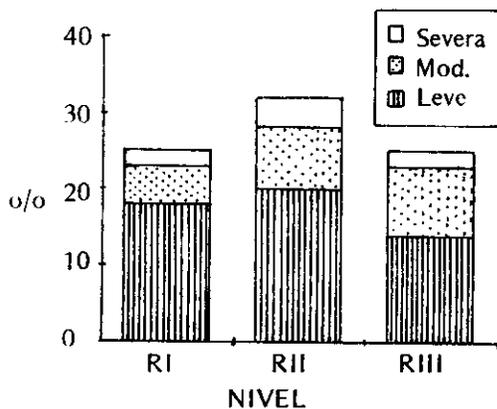
**GRAFICO No. 3: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO. MEDELLIN 1987**



**TABLA No. 12: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN AÑO EN CURSO. MEDELLIN 1987**

AÑOS	NIVEL DE DEPRESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
I	18%	5%	2%	25%
II	20%	8%	4%	32%
III	14%	9%	2%	25%

**GRAFICO No. 4: PROPORCION DE PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA SEGUN AÑO EN CURSO. MEDELLIN 1987**



## DISCUSION

Un hallazgo importante en este estudio es la asociación entre lo esperado y lo encontrado, teniendo en cuenta que la población objeto del estudio está conformada por personas, que por sus características intelectuales y por ciertas posibilidades socioeconómicas, han logrado el nivel de especialización dentro del sistema educativo. Por estas razones, entre otras, este grupo siempre se ha considerado privilegiado, teniendo en cuenta ciertos aspectos que lo hacen especial dentro de la sociedad.

Llama la atención que 42 personas manifestaron sentirse más irritables que de costumbre, 63 tenían la mente confusa, 48 se sentían indecisos, 39 no se consideraban útiles ni necesarios. Estas situaciones podrían, eventualmente, interferir en el vínculo que se establece entre este personal que trabaja en el área de la salud y la gente que atiende.

Se encontró que 43 mujeres no tenían confianza en el futuro, 24 personas negaron encontrar agradable vivir, y un 2% de la muestra creía muchas veces, casi siempre o siempre que los demás descansarían con su muerte. Eso sugiere que existen dificultades

en la conceptualización de la vida, con la posibilidad de estar algunos de ellos con mayor riesgo de suicidarse.

Al observar cada uno de los síntomas y los índices de depresión según la escala, encontrados en el presente estudio, queda aparente el hecho que el sexo femenino es un factor de riesgo, igual a lo descrito en la literatura (12,13). Así mismo, las mujeres de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia presentan el riesgo más alto de tener una depresión clínica: el 63% de estas residentes tenía índices mayores de 50 puntos en la SDS. Sin embargo, los índices encontrados en esta institución en el sexo masculino también se deben tener en cuenta.

A pesar de que el diseño de la presente investigación no permite hacer análisis de causalidad, para los anteriores hallazgos puede haber varias explicaciones. Lo que más caracteriza a este grupo, es el elevado nivel de estrés al cual se ve sometido durante prolongadas jornadas de trabajo, muchas veces poco gratificantes, dadas las dificultades para realizar un buen desempeño de la especialidad. Además, tienen que privarse en la vida afectiva y en otros aspectos que pueden compensar a la persona desde el punto de vista emocional. A todo lo anterior hay que sumarle las múltiples presiones económicas y financieras que se viven durante esta etapa, teniendo muchas veces que recurrir a su tiempo "libre" para trabajar buscando una fuente de ingresos. Las razones anteriormente expuestas, entre otras, podrían servir para explicar el aparente mayor riesgo que se encuentra en los residentes de la Universidad de Antioquia, como lo demuestran los resultados de los índices de depresión más altos, medidos por la SDS.

Se conoce que ni la decisión de ser médico ni la admisión a una escuela de medicina son garantía de estabilidad emocional. Sin embargo, este aspecto nunca ha recibido suficiente atención. Existen varias razones que pueden explicar este hecho: 1) porque el status del médico siempre se ha considerado deseable y se presupone que quien ha

ingresado debe ser emocionalmente estable, 2) existe probablemente alguna renuencia por parte de los médicos a reconocer el estrés producido por la educación médica, 3) Parece haber rechazo de los médicos a pensar que existan enfermedades psiquiátricas que puedan ser incompatibles con el ejercicio de la profesión médica (38).

La depresión es solo una de las múltiples formas de responder una persona a situaciones estresantes. Sin embargo, como lo demuestran varios estudios (31,39-42), los médicos tienen grandes posibilidades de sufrir otros trastornos psiquiátricos como alcoholismo y abuso de otras drogas, suicidio, problemas conyugales y trastornos de ansiedad.

En un estudio realizado en España (43), en residentes de primer año de psiquiatría, se demostró que aproximadamente la mitad de ellos habían percibido problemas emocionales y que el 61% los habían detectado en compañeros. La ansiedad fue el síndrome predominante. Sin embargo, solo el 16% de estos residentes tuvieron la oportunidad de comentar en el contenido de su experiencia formativa las dificultades emocionales por las que estaban pasando. En otro estudio realizado en Canadá (44), los residentes se quejaron en un 21.3% de no haber recibido suficiente apoyo psicosocial de sus supervisores.

Es importante realizar esfuerzos para reconocer y evaluar los problemas psiquiátricos en los estudiantes de medicina. Algunas investigaciones han demostrado una mayor presencia de síntomas en esta población comparada con grupos controles. Se ha informado que del 2 - 20% de los estudiantes requieren de atención psiquiátrica (39,42).

El presente trabajo puede servir de base para otras investigaciones que ayuden a detectar las causas más importantes de depresión en los residentes, especialmente los de la FM U de A por presentar los índices más altos. Se sugiere evaluar las características socio-económicas, familiares y del ambiente académico-asistencial, etc.

Finalmente, estos resultados deben servir para llamar la atención a quienes de alguna manera tienen que ver con el bienestar psíquico de los residentes, con el fin de iniciar programas para la atención y prevención de esta psicopatología.

## REFERENCIAS

1. CALDERON, G. : Depresión en animales. En: Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. Trillas ed., México, 1984.
2. VALLEJO J. et al: Estados depresivos. En Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Salvat ed., Barcelona, 1985.
3. AYUSO, J.L.; JERONIMO, S.R.: Las Depresiones. Interamericana Ed. Madrid, 1980.
4. VALLEJO-NAJERA, J.D.: Ante la Depresión. Planeta Ed., Barcelona, 1987.
5. CANCRO, R.: Affective Disorders. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Freedman, Kaplan, Sadock, eds. 1984.
6. BURTON, R.: The Anatomy of Melancholy. New York, Dutton, 1949.
7. CALDERON, G.: Consideraciones generales. En: Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. Trillas ed., México, 1984.
8. BOYD, J.H.; WEISSMAN, M.M.: Epidemiology of affective disorders: a reexamination and future directions. Arch Gen Psychiatry 38:1039, 1981.
9. YEPES, L.E.: Depresiones menores. En: Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Toro, R.J.; Yepes, L.E. (Eds.), CIB, Medicina, 1986.
10. MEISSMAN, M.M.; MYERS, J.K.: Affective disorders in an U.S. urban community: the use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey. Arch Gen Psychiatry 35:1304, 1978.

11. CLAYTON, P.J.: Prevalence and course of affective disorders. En: *Basic Mechanisms, Diagnosis and Treatment*. Rush A.J. and Altshuler R.Z., Eds. Guilford Press, N.Y., 1986.
12. CLAYTON, P.: Gender and depression. En: *The origins of depression: Current concepts and approaches*. Angst J. Ed., Berlin, Springer-Verlag, 1983.
13. WEISSMAN, M.M.; KLERMAN G.L.: Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 34:98, 1977.
14. HIRSCHFIELD, R.; CROSS, C.: Epidemiology of Affective Disorders, Psycho-social risk factors. *Arch Gen Psychiatry*.39:35, 1982.
15. WINOKUR, G.: Mania, depression: Family studies, genetics and relation to treatment. En: *Psychopharmacology: A generation of progress*. Lipton, M.A.; Dimascio, A. & Killas, K. (Eds.) New York Raven Press, 1978.
16. PAYKEL, E.S.: Life events and early environment. En: *Handbook of Affective Disorders*. Paykel, E.S. (Ed.), New York: Guilford Press, 1982.
17. MURRELLE, L.; TORRES de G. Y.: Estudio de Validación de la Escala Autoevaluativa de Depresión de Zung (SDS), en Antioquia, Colombia. Sin Publicar, 1987.
18. ZUNG, W.: A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 12:63, 1965.
19. TORRES de G., Y.; MURRELLE, L.: Estudio Nacional sobre Alcoholismo y Sustancias que Producen Dependencia. Informe Preliminar, Fac. Nac. de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 1987.
20. GUZE, S.; ROBINS, S.: Suicide and Primary Affective Disorders. *British Journal of Psychiatry* 117:437, 1970.
21. AVERY, D.; WINOKUR, G.: Suicide, attempted suicide, and relapse rates in depression. *Arch Gen Psychiatry* 35:749, 1978.
22. GERSHON, E.S.; TARGUM, S.D.; KESSLER, L.R. et al: Genetic Studies and Biological Strategies in the Affective Disorders. *Prog Med Genet* 2:101, 1977.
23. WEISSMAN, M.M.; KIDD, K.K., PRUSOFF, B.A.: Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. *Arch Gen Psychiatry* 39:1937, 1982.
24. CROWE, R.R.; CAMBELL, J.; PFOHL, B. et al.: Genetic Marker Studies of HLA Antigens and Affective Disorders: A review and Report of a New Pedigree. En: *Depression: Basic Mechanisms, diagnosis, and treatment*. Rush, A.J.; Altshuler, K.Z. (Eds.) Guilford Press, N.Y., 1986.
25. PETTEGREN, J.W.: Toward a Molecular Basis for Affective Disorders. En: *Depression: Basic Mechanisms, Diagnosis, and treatment*. Rush, A.J.; Altshuler, K.Z. (Eds.), Guilford Press, N.Y., 1986.
26. MAAS, J.W.: Norepinephrine and Depression. En: *Depresión: Basic Mechanisms, Diagnosis, and treatment*. Rush, A.J.; Altshuler, K.Z. (Eds.), Guilford Press, N.Y., 1986.
27. CIVEIRA, J. y cols.: La tipología de las depresiones centrada en el perfil neuroquímico. *Psicopatología* 6:3:225-233, 1986.
28. MAAS, J.W.; HATTOX, S.E.; GREENE, N.M.; LANDIS, D.H.: 3- Methoxy, 4-hidrophe-methylenglycol (MHPG) production by human brain in vivo. *Science* 205:1025, 1979.
29. KUPFER, D.J.: The Sleep EEG in diagnosis and treatment of depression. En: *Depression: Basic Mechanisms, Diagnosis, and*

- treatment. Rush, A.J.; Altschuler, K.Z. (Eds), Guilford Press, N.Y., 1986.
30. SCHELSSER, M.A.: Neuroendocrine abnormalities in affective disorder. En: *Depressions: Basic Mechanisms, Diagnosis, and Treatment*. Rush, A.J.; Altshuler, K.Z. (Eds.), Guilford Press, N.Y., 1986.
  31. MURRAY, R.: *The Mentally Ill Doctor. Causes and consequences*. The Practitioner 227:65, 1983.
  32. ZUNG, W.: The Depression Status Inventory: An adjunct to the Self-rating Depression Scale. *J Clin Psychol* 28:539, 1972.
  33. ZUNG, W.: How Normal Is Depression? *Psychosomatics* 13:174, 1972.
  34. ZUNG, W.: A Cross-cultural of Symptoms In Depression. *Am J. Psychiatry* 126:116, 1969.
  35. MASTER, R.S.; ZUNG, W.: Depressive Symptoms in Patients and Normal Subjects in India. *Arch Gen Psychiatry* 34:972, 1977.
  36. BECH, P.: Escalas y cuestionarios para la depresión. *Psicopatología* 7:2:185, 1987.
  37. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition*, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1980.
  38. ARNSTEIN, R.: Emotional Problems of Medical Students. *Am J Psych* 143:11, 1986.
  39. HAYS, L., et al.: Treating Psychiatric Problems in Medical Students. *Am J Psych* 143:11, 1986.
  40. VALLANT, G., et al.: Some Psychological vulnerabilities of physicians. *W Engl J Med* 287, 1972.
  41. WARING E., et al.: Psychiatric Illness in physicians: a review *Compr Psychiatry* 15, 1974.
  42. KRIS, K.: Distress Precipitated by Psychiatric training among Medical Students. *Am J Psych* 143:11, 1986.
  43. GUIMON, J. y cols: Presencia en España del llamado Síndrome del residente que comienza su formación en Psiquiatría. *Psiquis* 9.8. 1987.
  44. FALCONER, C.; LEICHNER, P.: The beginning psychiatry syndrome among psychiatric residents in Canada. *Journal of Psychiatric Education* 8:3, 1984.