



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN LOS
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.**

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autor:	Lic. Ps. Natalia Irrázabal Martínez
Profesora Patrocinante:	Mg. Ps. Leonor Villacura Avendaño
Profesor Guía:	Mg. Ps. Leonor Villacura Avendaño
Metodólogo:	Prof. Ilse López

2012

Todos somos aficionados
La vida es tan corta que no da para más.

Charles Chaplin

A mis padres y compañeros de ruta.

RESUMEN

La presente investigación, de carácter descriptivo-comparativo, tuvo como objetivo evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de medicina de la Universidad de Chile. Para ello se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck BDI-II y el Inventario de Ansiedad de Beck BAI. La relevancia de este estudio radica, entre otros motivos, en describir las condiciones psicológicas en que se encuentran los alumnos de medicina, además de contribuir al abordaje de esta problemática en Chile.

Se concluyó que los estudiantes presentan altos niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, así como alta prevalencia de síndrome depresivo y ansioso, especialmente los de género femenino y aquellos que cursan tercer año. Por otro lado, los datos recolectados fueron significativamente mayores que los resultados de investigaciones similares, por lo que se acepta que los estudiantes de medicina de esta casa de estudios tendrían una clara tendencia a enfermar con mayor frecuencia que otros jóvenes universitarios.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, estudiantes de medicina, BDI-II, BAI.

INDICE

RESUMEN.....	3
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
III. HIPÓTESIS.....	12
IV. OBJETIVOS.....	15
V. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	16
1. Depresión.....	16
1.2- Clasificación de sintomatología depresiva: CIE-10 y DSM-IV-TR.....	17
2.- Ansiedad.....	18
2.1- Clasificación de sintomatología ansiosa: CIE-10, DSM-10-TR.....	19
3.- Estudios previos de prevalencias de sintomatología en la población.....	21
3.1.- Prevalencia de depresión y ansiedad en la población mundial.....	21
3.2.- Prevalencia de depresión y ansiedad en Chile.....	22
3.3.- Caracterización y Prevalencia de sintomatología en la población universitaria, estudios internacionales.....	23
3.4.- Caracterización y prevalencia de sintomatología en población universitaria, estudios nacionales.....	25
VI. MÉTODO.....	26
1.-Variables en estudio.....	26
2.- Enfoque y diseño de la investigación.....	27
3.- Grupo en estudio.....	27
4.- Instrumentos utilizados.....	27
4.1.- Inventario de depresión de Beck.....	28
4.2.- Inventario de Ansiedad de Beck.....	29
5.- Procedimiento y análisis de información.....	29
5.1.- Recolección de datos y caracterización de la muestra.....	29
5.2.- Análisis de datos.....	30

6.- Resguardos éticos.....	30
VII. RESULTADOS.....	32
VIII. DISCUSIÓN.....	52
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
X. ANEXOS.....	70

I. INTRODUCCIÓN.

El estudio de la prevalencia de sintomatologías asociadas a la salud mental en la población ha sido un objetivo de la psicología desde sus inicios. Así, se han emprendido acercamientos a diversos grupos, con el objetivo de establecer calificaciones respecto a sus cualidades particulares. Dentro de ello, se considera que los estudiantes universitarios son una población especialmente vulnerable al desarrollo de patologías asociadas al estrés y la depresión, pues se estima que el ambiente en que se insertan favorece la proliferación sintomatológica mediante la influencia de factores estresantes, como por ejemplo una elevada carga académica (Arrivillaga, Cortés, Goicochea, & Lozano, 2004; Celis et al., 2001; Galli, Feijóo, Roig, & Romero, 2001; González, Granadillo, Lara & Lugo, 2004; Joffre, Martínez, García & Sánchez, 2007; Perales, Sogi & Morales, 2003; Román, Ortiz & Hernández, 2008).

En este sentido, puesto que las carreras de salud se caracterizan por ser altamente demandantes es importante examinar la situación de los estudiantes de la carrera de medicina, pues se ha encontrado que estos jóvenes presentarían mayores niveles de patología mental que la población general (Andrews, Hejdenberg & Wilding, 2006, Cruz et al., 2005; Gómez, Sánchez, Valencia, & Franco 2005; Guavita & Sanabria, 2006). De esta manera, surge la siguiente interrogante: ¿Qué características presenta la sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa en los estudiantes de primer a séptimo año de medicina de la Universidad de Chile; y cómo se distribuyen ambos tipos de sintomatología de acuerdo a las variables de género y nivel de estudios?

El objetivo de la presente investigación se centra en evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile. En este sentido, interesa investigar las características que presenta la sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de todos los cursos de dicha carrera, entendiendo como evaluación la medición de la presencia o ausencia de sintomatología y los niveles de gravedad en que se manifiesta, todo esto se comparará con las variables género y nivel de estudios. Se compararán también los resultados que se obtengan en esta oportunidad con los resultados de otras mediciones de dichas sintomatologías.

El interés por este tema radica en la necesidad de conocer las condiciones psicológicas en que se encuentran los alumnos de esta carrera, pues en el período de práctica profesional y de pasantía que realicé en la D.A.E de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, percibí frecuentes consultas por síntomas depresivos y ansiosos, lo que desembocaba en problemas asociados al rendimiento académico, aislamiento social, patologías digestivas y trastornos del sueño, baja en el funcionamiento general, e incluso el abandono de la carrera. Por otro lado, en el contexto nacional se han realizado pocos estudios que aborden esta problemática.

La presente investigación adquiere entonces relevancia en diversas áreas, de las cuales se considera que el aporte a la psicología clínica sería la contribución de conocimientos sobre las condiciones psicopatológicas en que se encuentran los estudiantes de medicina. En términos institucionales, se facilita que las autoridades universitarias adquieran conciencia del problema y así puedan ejecutar estrategias preventivas ligadas a los planes de formación y el favorecimiento de instancias que permitan la creación de espacios terapéuticos adecuados. Como desafíos a futuro se propone realizar investigaciones que determinen la prevalencia de depresión y ansiedad en todas las facultades de la Universidad, para propiciar de esta manera el bienestar psicológico de los estudiantes en general.

Respecto a la metodología, el enfoque del estudio es de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo-comparativo, con un diseño no experimental. Tendrá un diseño transversal-transeccional, ya que se realizarán valoraciones de los sujetos en un momento único (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En cuanto a los instrumentos, se utilizará el Inventario de Depresión de Beck BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) para medir la presencia y los niveles de sintomatología depresiva de la muestra. Para evaluar en los mismo términos la sintomatología ansiosa, se hará uso del Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, A., & Steer, R, 1993b). La preferencia por la utilización de instrumentos de screening obedece a la sencillez y rapidez de su aplicación. Así mismo, su implementación online se justifica por el bajo costo que ella implica, además de facilitar la participación de los estudiantes en un contexto de constantes movilizaciones sociales y universitarias que reducen considerablemente la disponibilidad de tiempo.

La población está conformada por todos los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Chile. Las unidades de análisis corresponden a los estudiantes de 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º y 7º año de esta carrera. El tipo de muestreo será no probabilístico, por cuotas y de sujetos voluntarios, y el criterio de inclusión es encontrarse matriculado, asistir a clases lectivas durante el período académico 2011 y aceptaran participar voluntariamente en la investigación.

II.- DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La institución universitaria se suele relacionar con un escenario de práctica e ilustración, de interacción y formación social, y como tal, carga con ciertas responsabilidades, como enuncia Rojas (2000 en Kremer, 2006) “La sociedad espera que desde la Universidad surjan las soluciones de muchos problemas que la agobian”. En este sentido, se espera que desde ella se conforme un contexto de convivencia tal que favorezca comportamientos saludables para sus estudiantes, y por extensión entonces, para la sociedad en general (Bermúdez et al., 2006).

Sin embargo, algunos autores coinciden en que una parte de las actividades académicas, particularmente la sobrecarga, insuficiencia de tiempo, preocupación por el desempeño y rendimiento, pueden ser causa de malestar físico y psicológico, generando preocupaciones, estrés y ansiedad en los estudiantes, llegando inclusive a influir en la aparición de cuadros ansiosos y depresivos (Aranceli, Perea & Ormeño, 2006; Arrivillaga, Cortés, Goicochea, & Lozano, 2004; Celis et al., 2001; Galli, Feijóo, Roig, & Romero, 2001; García et al., 2007, citados en Dávila & Ruíz, 2010; González, Granadillo, Lara & Lugo, 2004; Greig & Fuentes, 2009; Guarino, Gavida, Antor & Caballero, 2000, citados en Bagés et al., 2008; Joffre, Martínez, García & Sánchez, 2007; Perales, Sogi & Morales, 2003; Román, Ortiz & Hernández, 2008).

Así mismo, existen otros factores menos destacados pero igualmente reveladores que afectarían la salud mental de los estudiantes, como la percepción de falta de apoyo familiar, tener dificultades económicas y relacionales y entablar “malas” o “muy malas” relaciones con docentes, al igual que experimentar presión por parte de estos últimos (Alvial et al., 2007, Kremer, 2006, Maida, Herskovic, Pereira, Salinas-Fernández & Esquivel, 2006).

De forma más particular, en el área de la salud, específicamente en la carrera de medicina, estos fenómenos se observan condensados. Como ya lo adelantan Román et al. (2008), las Ciencias Médicas han sido reportadas como una de las disciplinas donde los estudiantes manifiestan mayores niveles de estrés. Respecto a esto, se ha investigado sobre la prevalencia de trastornos mentales como ansiedad, depresión y otros, el

síndrome del Burnout, el análisis de factores que inciden en el desempeño académico, la deserción académica, consecuencias como el consumo y abuso de sustancias y tendencias de comportamientos suicidas (Bagés et al., 2008; Bohórquez, 2007; Cruz, Figueroa, Larraín, Lavín & Marty, 2005; Kremer, 2006; Osada, Rojas, Rosales & Vega-Dienstmaier, 2010; Pereyra et al., 2010; Riveros, 2004; Sogi & Perales, 2001). Respecto a las causas de aquellas manifestaciones, es pertinente mencionar algunos factores que se cree influyen de manera determinante en la aparición de cuadros sintomáticos. Gómez, Sánchez, Valencia, & Franco (2005) señalan que el alto nivel de exigencia académica y la alta demanda que amerita la preparación de esta profesión serían factores que facilitarían el desarrollo de patologías mentales. Por otro lado, comúnmente se ha desarrollado una concepción del rol del médico como responsable del otro, siendo el propósito de su formación asumir directamente la responsabilidad de la salud y el bienestar en los demás, lo que sería un factor estresante inherente a la población estudiantil del área de salud (Azzam et al., 2007 citado en Dávila & Ruíz, 2010). Relacionado con esto, se han considerado también como probables fuentes estresoras en estudiantes y jóvenes practicantes la generación de sentimientos de impotencia y las limitaciones de la medicina para curar (De Santacruz, 1984 en Bohórquez, 2007). Finalmente, Bermúdez et al. (2006) consideran que la profesión médica se instala aún en un aura romántica, y que aquellos que aspiran a ser médicos guardan frecuentemente falsas expectativas concernientes a la carrera.

De todos modos, desde ya es la carrera de medicina la que parece producir los mayores niveles de estrés, siendo acentuados en los primeros años respecto de los últimos (Cruz et al., 2005). En definitiva, como se planteó inicialmente, la depresión, ansiedad y hostilidad son respuestas emocionales al estrés propio de la carrera universitaria, razón por la cual los síntomas ansiosos y depresivos de los estudiantes de medicina pueden ser difíciles de distinguir de los efectos del estrés propios de la vida del estudiante (Guavita & Sanabria, 2006). Igualmente, es necesario considerar que frente al agotamiento nervioso y mental y la influencia de diversos factores emotivos, la forma de afrontamiento varía según cada individuo (González et al., 2004 en Dávila & Ruíz, 2010). Es importante destacar también que en algunos casos las manifestaciones de ansiedad o depresión pueden ser subsindromáticas.

Si bien en nuestro país existen algunos estudios relacionados con la medición y definición de distintos tipos de sintomatología en estudiantes de medicina, aún faltan investigaciones que resuelvan el tema en profundidad, enfocándose de manera precisa en la pesquisa de los síndromes depresivo y ansioso en nuestros futuros médicos. Es por ello que resulta necesario efectuar una evaluación de dichos problemas de salud mental a razón de poder tomar conciencia del estado psicopatológico de los estudiantes de medicina de nuestra casa de estudios y así levantar futuros análisis comparativos con la sintomatología de estudiantes de otras universidades y a la vez comenzar a levantar un marco investigativo que aluda a la promoción de mejores condiciones en la calidad de vida estudiantil mediante la construcción de un plan de intervención temprano.

De acuerdo a lo anterior cabe preguntarse: ¿Qué características presenta la sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa en los estudiantes de primer a séptimo año de medicina de la Universidad de Chile; y cómo se distribuyen ambos tipos de sintomatología de acuerdo a las variables de género y nivel de estudios?

III.- HIPÓTESIS.

Según los aportes de Román et al. (2008), se sabe que las Ciencias Médicas han sido reportadas como una de las disciplinas donde los estudiantes manifiestan mayores niveles de estrés, por esta razón, se procede a plantear las siguientes hipótesis:

Hipótesis I:

Los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarán puntajes más altos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) que otros estudios similares.

Hipótesis II:

Los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarán puntajes más altos en el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) que otros estudios similares.

Hipótesis III:

Los estudiantes de género femenino de medicina de la Universidad de Chile presentarán puntajes más altos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) respecto a los estudiantes de género masculino.

Hipótesis IV:

Los estudiantes de género femenino de medicina de la Universidad de Chile presentarán puntajes más altos en el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) respecto a los estudiantes de género masculino.

Hipótesis V:

Los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarán diferencias significativas en los puntajes obtenidos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) según año académico.

Hipótesis VI:

Los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarán diferencias significativas en los puntajes obtenidos en el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) según año académico.

IV.- OBJETIVOS

1.- Objetivo General del Estudio.

Evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de los siete cursos de medicina de la Universidad de Chile que asistieran a clases lectivas durante el período académico 2011.

2.- Objetivos Específicos del Estudio.

- 2.1.- Medir la sintomatología depresiva en el total de la muestra de los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Chile.
- 2.2.- Medir la sintomatología ansiosa en el total de la muestra de los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Chile.
- 2.3.- Determinar en el total de la muestra la proporción de estudiantes con síndrome depresivo y síndrome ansioso.
- 2.4.- Calcular la prevalencia del síndrome depresivo según género y calcular prevalencia por nivel de estudios de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile.
- 2.5.- Calcular la prevalencia del síndrome ansioso según género y calcular prevalencia por nivel de estudios de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile.
- 2.6.- Comparar la sintomatología depresiva: según género y según nivel de estudios de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile.
- 2.7.- Comparar la sintomatología ansiosa: según género y según nivel de estudios de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile.
- 2.8.- Comparar los resultados de la evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa de la presente muestra con los resultados de mediciones similares llevadas a cabo en otras investigaciones.

V.- ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.

1.- Depresión.

La expresión de “ánimo” tiene que ver con el término latino “ánima”, que alude al alma o principio de vida. Se espera que el estado de ánimo se encuentre en toda la humanidad sin constituir por ello una anormalidad. Su definición se refiere a una emoción de duración prolongada que afecta la vida psíquica por completo, y como tal, es proclive a la oscilación con una tendencia a volver al estado basal (Heerlein, 2000). En este sentido, se puede decir que los síntomas de depresión o tristeza se encontrarían oscilando dentro de los límites de la normalidad cuando la vida cotidiana no se ve afectada por ellos. Por el contrario, cuando sucede que las emociones traspasan este límite implícito e incurrir en una alteración inhabilitante de la vida afectiva, se estima que el escenario es el de un trastorno del ánimo (Arias, 2004). En definitiva, los trastornos del ánimo se caracterizan por siete cualidades: son alteraciones primarias del estado afectivo, presentan una psicopatología estable y prolongada, tienen una representación cerebral, tienen una naturaleza periódica, se asocian a una probable vulnerabilidad genética, se relacionan con rasgos de personalidad específicos y permiten una restitución bio-psicosocial integral (Heerlein, 2000).

Los trastornos del ánimo se pueden clasificar también según su intensidad; pues parten desde lo leve, pasan por lo moderado y pueden llegar a lo severo, siendo posible en esta situación que la vida de una persona se encuentre en peligro. Si bien en todos los cuadros depresivos se puede distinguir cierta carga precipitante de factores ambientales, hereditarios o psicológicos, parece existir además cierta continuidad entre aquellos síndromes de naturaleza más reactivos y otros más endógenos. En el caso de los trastornos bipolares se piensa, en cambio, que podrían ser una entidad más o menos diferenciada (Pérez, 2011). De todas formas, para el interés específico de esta investigación, el estudio de los trastornos del ánimo se centrará en aquellos de tipo depresivo.

La palabra depresión viene del latín *depressus*, que refiere a lo abatido o derribado. El conjunto de trastornos afectivos con este apelativo se caracterizan por un

descenso del humor, y según su gravedad, los síntomas varían entre la pérdida de interés en la mayor parte de las actividades, pesimismo persistente, sentimientos de culpa, insomnio, aumento de la irritabilidad, pérdida del apetito e ideación suicida. Así, la depresión como trastorno puede manifestarse a lo largo de la vida como la aparición de uno o más episodios de dos semanas de duración con las características antes mencionadas. Estos episodios pueden ser recurrentes o más bien tender a la recuperación entre ellos. (Kremer, 2006; APA, 2000).

Además de constituir una dificultad en los niveles primarios de atención médica, la depresión a menudo no es detectada y por lo tanto su tratamiento es deficiente. La dificultad en el reconocimiento del trastorno depresivo estriba en que los síntomas se asocian más a quejas somáticas que psíquicas (Hidalgo et al., 2004). A nivel país, se ha demostrado que de los pacientes que presentan una patología depresiva sólo un 14% ha sido diagnosticado certeramente por los médicos generales en los consultorios de atención primaria (Pérez, 2011).

1.2- *Clasificación de sintomatología depresiva: CIE-10 y DSM-IV-TR.*

Para sistematizar los datos sobre depresión que brindan los modelos de clasificación nosográfica psiquiátrica, se partirá por mencionar una primera distinción fundamental. Existen dos posibles fuentes del trastorno depresivo; aquella de naturaleza endógena, que se acerca más a los factores constitucionales biológicos, y aquella fuente de índole psicógeno, relacionada con conflictivas psicológicas, a la que se denomina como reactiva. Una vez mencionado esto, es necesario puntualizar una segunda distinción, que permite diferenciar entre las depresiones de tipo primario y secundario. En el caso de las depresiones primarias, su advenimiento no estaría ligado a otro tipo de enfermedad y su naturaleza es más bien autónoma. Este tipo de depresión se subdivide en formas de evolución unipolar y bipolar. Las depresiones secundarias surgen como consecuencia de un síndrome distinto (Pérez, 2011).

Existen distintas formas de clasificación de los trastornos depresivos usadas mundialmente. Como se esperaría, el sistema propuesto por la American Psychological Association (APA) es uno de aquellos referentes. En su versión DSM-IV, se propone la

clasificación de los trastornos del estado del ánimo en cuatro apartados. El primero trata los Episodios Afectivos, y los divide entre episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco. En el segundo apartado del DSM radican los Trastornos Depresivos como tal, los que se clasifican en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no clasificado. Por último, en el acápite reservado a los Trastornos Bipolares, se ubican el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y el trastorno bipolar no especificado. Existe un último criterio de clasificación, en que se ubicarían aquellos cuadros en que la sintomatología no sea concordante completamente con las clasificaciones anteriores, este apartado se denomina *Otros trastornos del estado del ánimo*, y en él se ubican los trastornos del ánimo de tipo secundario debidos a enfermedad médica, inducido por sustancias y trastorno de ánimo no especificado (APA, 2000).

Por otro lado, en la CIE-10 se incluyen siete apartados en la sección de trastornos del humor: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes, otros trastornos del humor y sin especificación. Se distingue además entre trastornos afectivos episódicos o persistentes y se toma en consideración la intensidad de la sintomatología, de forma que en los trastornos graves puede o no haber presencia de síntomas psicóticos, y en los trastornos más moderados o leves puede o no haber síntomas somáticos (Vallejo, 2006).

A continuación, se describen los criterios de intensidad (leve, moderada, grave) de los episodios depresivos. En un episodio cercano a la intensidad leve existe la falta de ánimo, pero el motivo de consulta se acerca más a la queja somática, como por ejemplo desconcentración o dificultad para conciliar el sueño. La ansiedad juega un rol importante en estos casos, contribuyendo al malestar general. En un episodio moderado estos síntomas se agravan; se aprecia una acentuada anhedonia y se el desánimo se intensifica aflorando con mayor frecuencia por las mañanas, se asocia a él una alteración del apetito que para considerarse significativa debe manifestarse en un cambio de peso mayor al 5% mensual. Los pensamientos pesimistas recurrentes comienzan a generar estragos en la concentración y memoria. El trastorno depresivo se vuelve grave cuando existe riesgo suicida, aparecen delirios relacionados la temática depresiva, y se producen alteraciones sensoriales como alucinaciones auditivas (Pérez, 2011).

2. - Ansiedad.

La ansiedad se puede definir de dos formas en virtud de sus funciones: en primer lugar, se considera como una reacción normal de carácter emocional frente a la necesidad de adaptación a eventos aversivos habituales. En este caso, la percepción que genera es la de nerviosismo y desasosiego, los que suelen ser transitorios, para dar paso más tarde al retorno a la condición emocional basal. Los rangos de esta reacción suelen estar dentro del umbral emocional normal, lo que permite que la ansiedad constituya una respuesta útil de adaptación (Gutiérrez, 1996; en Celis et al., 2001).

Una segunda función por la que se puede definir la ansiedad, la posiciona en la esfera de los fenómenos clínicos. Esto sucede cuando se vuelve persistente, intensa y autónoma respecto a los estímulos medio-ambientales. En este caso, se trata de una respuesta desproporcionada a un estímulo interno no definido, como la anticipación de un daño o desgracia futuros. Se ve acompañada de sentimientos de disforia, síntomas somáticos de tensión, establecimiento de conductas evitativas y/o retraimientos (APA, 2000). Bajo estas condiciones, la patología en cuestión se incluye dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, caracterizados por la presencia de preocupación, miedo y activación excesiva, lo que provoca un malestar marcado y un deterioro significativo en las actividades normales.

Como se aprecia, es factible que el término ansiedad pueda ser confundido con angustia o miedo debido a las similitudes que estos conceptos presentan entre sí. Para evitar se puede recurrir a algunos elementos intrínsecos que los diferencian. Así estos términos pueden ser expresados con distintos sentidos dependiendo del contexto en que sean utilizados, de esta manera ansiedad y angustia se entienden indistintamente al estudiar la psiquiatría anglosajona y alemana, ya que ambas lenguas solo poseen los conceptos de *anxiety* y *angst*, que aluden tanto a sintomatología psíquica como somática. Por otro lado en el círculo psiquiátrico francés el término ansiedad designa únicamente los aspectos psíquicos de ésta, mientras que la angustia estaría destinada a nombrar sus componentes somáticos. (Lupresti, 2000). Es importante también mencionar la distinción que propuso Kierkegaard entre miedo y angustia, que plantea que el miedo estaría vinculado a un objeto específico, al contrario de la angustia, que puede surgir con o sin

presencia de un objeto. Esta distinción fue adoptada también por Jaspers (Jadresic, en Heerlein. A., 2000).

Ahora bien, la ansiedad percibida en el caso del síndrome ansioso no estaría necesariamente ligada a un objeto específico, vivenciándose de forma permanente y difusa, o bien presentándose de forma paroxística como crisis de angustia (APA, 2000). En ella se comprometen tres componentes esenciales: en el plano neurovegetativo se incluyen una serie de manifestaciones de tipo físico entre las que se cuentan palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, hiperventilación, sensación de asfixia, alteraciones digestivas, cefalea, mareos, parestesias, rush facial; el componente motor está asociado a las dificultades para mantener relajación muscular, temblor de las manos y movimientos involuntarios como latido de párpados; finalmente, en el plano cognitivo la ansiedad se caracteriza por dar lugar prioritario a preocupaciones y temores, entorpeciéndose por esto la calidad del contacto con el mundo exterior debido a una actitud sobresaltada e hipervigilante, y de preocupación anticipatoria, bajo un estado emocional impaciente e irritable. El pensamiento puede verse alterado, dificultándose la capacidad de concentración y apareciendo sensaciones de desrealización o despersonalización. El desasosiego puede llevar inclusive a la activación de conductas de escape o evitación (Pérez et al., 2009).

2.1- *Clasificación de sintomatología ansiosa: CIE-10, DSM-10-TR.*

Existen dos sistemas clasificatorios aceptados mundialmente que agrupan los cuadros clínicos de la ansiedad; el CIE-10 y el DSM-IV-TR. En ambos sistemas se utilizan criterios distintos, sin embargo, se trata a estos trastornos como síndromes que terminan convergiendo en la misma sintomatología ansiosa, física y mental, de carácter persistente y que originan una significativa alteración funcional. Una de las salvedades que se destacan es que la sintomatología no sea secundaria a otros trastornos, así como distinción entre síntomas continuos, indicadores de trastorno por ansiedad generalizada, y síntomas episódicos. Según el sistema clasificatorio CIE 10, los cuadros de ansiedad frente a situaciones específicas u objetos externos que no sean fuente de peligro real son denominados como trastornos de ansiedad fóbica. Luego, se encuentra la división de

“otros trastornos de ansiedad”, compuesta por el trastorno de pánico, de ansiedad generalizada y trastorno mixto ansioso-depresivo. La próxima subclasificación es aquella referente a los trastornos obsesivo-compulsivos, que al igual que la anterior no muestran mayor relación con algún evento en particular. No se desconoce tampoco que alguna situación de estrés pueda derivar en trastornos adaptativos o postraumáticos, y finalmente se consideran los trastornos disociativos y somatomorfos, en que la ansiedad jugaría un rol más secundario (OMS, 1992).

La categorización del DSM ha reconocido doce trastornos de ansiedad. Sin recurrir a subclasificaciones, los trastornos se ubican de forma independiente en la categoría de trastornos de ansiedad. Es importante señalar que todos estos trastornos podrían presentarse con crisis de angustia y agorafobia. La crisis de angustia o panic attack se distingue por el surgimiento súbito de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, incluyendo por lo general la sensación de muerte inminente, temor a “volverse loco” y síntomas físicos como falta de aliento, palpitaciones, opresión torácica y asfixia. A su vez, la agorafobia se describe como un comportamiento evitativo frente a lugares o situaciones de las que parezca difícil o embarazoso escapar (APA, 2000).

Según lo anterior, existen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia con y sin agorafobia; agorafobia sin historia de trastorno por angustia, que se identifica como la manifestación de sintomatología agorafóbica y angustiosa sin contar con antecedentes de crisis anteriores. La fobia específica, que tiene como característica principal la activación de ansiedad patológica y comportamientos de evitación en reacción a la exposición a estímulos específicos temidos. La fobia social a su vez, que se trata de la activación de la ansiedad patológica y de una conducta evitativa como respuesta a situaciones de índole social o pública. Otro trastorno presente en esta categorización sería el trastorno obsesivo-compulsivo, que se caracteriza principalmente por la presencia de obsesiones o compulsiones con un carácter recurrente. A su vez, el trastorno por estrés postraumático incluye la reexperimentación de acontecimientos traumáticos. En el trastorno por estrés agudo aparecen ansiedad y síntomas disociativos durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático, siendo éste revivido recurrentemente. El trastorno de ansiedad generalizada se diferencia por la presencia de ansiedad y preocupaciones por un período no menor a seis meses. Por su parte, en el

trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se consideran síntomas ansiosos secundarios a los efectos de una enfermedad. De la misma manera, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias considera síntomas ansiosos producidos por los efectos de sustancias. Finalmente, el trastorno de ansiedad no especificado acoge aquellos trastornos caracterizados por la aparición de ansiedad o evitación fóbica que no poseen criterios diagnósticos suficientes para integrarse a uno de los trastornos mencionados anteriormente (Pérez, 2009).

3.- Estudios previos de prevalencias de sintomatología en la población.

3.1.- *Prevalencia de depresión y ansiedad en la población mundial.*

La depresión se ha venido posicionando como uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial, constituyendo un importante problema de Salud Pública. Para hablar de cifras, se estima que son 121 millones de personas las que padecen este trastorno, encontrándose presente en un 5-9% de mujeres y en 2-3% de hombres. (APA., 2000; Kremer, 2006). La OMS considera que actualmente es la cuarta causa de pérdida de años de vida saludable, y proyecta que al 2020 será la segunda (Pérez, 2011). En América Latina y el Caribe esta patología se encuentra entre el 5 y 9% de la población general, pero su tendencia de ascenso hace pensar que al 2020 serán cerca de 36 millones de personas quienes la padezcan (Kremer, 2006).

En el caso de los trastornos de ansiedad, los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del trastorno de angustia a nivel mundial estaría entre el 1,5% y el 3,5% (APA, 2000). Es importante destacar que cerca del 95% de los individuos que consultan en centros asistenciales por agorafobia presentan también el diagnóstico de trastorno de angustia. Según Angst y cols., (1982 en Vallejo, 2006) el Trastorno de ansiedad generalizada y las fobias no específicas llegan a afectar al 19% de la población.

3.2.- *Prevalencia de depresión y ansiedad en Chile.*

Existen dos estudios actuales sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población chilena. El primero de ellos data del año 2001, publicado en *The British Journal of Psychiatry* por Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, bajo el nombre de “Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and Socio-demographic correlates”. En este estudio el instrumento utilizado para medir la prevalencia de trastornos mentales fue la entrevista estructurada CIS-R, que indaga sobre la presencia de 14 síntomas neuróticos comunes durante la semana anterior a la aplicación y emplea el criterio de categorización del CIE-10. De esta forma, el puntaje asociado a la CIS-R indicaría la presencia y severidad de un trastorno clínico, y los diagnósticos según el CIE-10 varían entre episodio depresivo, fobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. En este estudio se arrojó una prevalencia semanal de un 55% de episodio depresivo para el total de la población, alcanzando un 8,0% en las mujeres y un 2,7% en los hombres. Respecto al trastorno de ansiedad generalizada se obtuvo un 5,2% de prevalencia semanal en el total de la población, distribuyéndose en un 6,9% para las mujeres y en un 3,2% para los hombres. El trastorno de pánico se observó en un 1,3% de la población general, distribuido en un 1,5% en mujeres y un 1,1% en hombres (Araya et al., 2001).

El segundo estudio, conocido como Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (ECP) se publica un año después a cargo de Vicente. B., et al. (2002). Fue diseñado para representar a la población adulta del país a partir de muestras de las provincias de Santiago, Concepción, Iquique y Cautín. El instrumento aplicado en esta ocasión fue la entrevista programada CIDI, en sus versiones 1.0 y 1.1, y el objetivo fue observar la prevalencia de vida y en los últimos seis meses de algunos trastornos psiquiátricos diagnosticados con los criterios del DSM-III R. De acuerdo a esto, se encontró que el trastorno depresivo mayor estaría presente en un 9,0% de la población a lo largo de la vida. La diferenciación por sexo indica una prevalencia de vida de este trastorno de un 6,4% en los hombres y de un 11,3% en las mujeres. En los últimos seis meses los datos corresponden a un 3,0% para hombres y un 6,0% para mujeres. El trastorno de pánico demostró una prevalencia de vida de un 1,6% en la población general, y se encontraría en un 0,7% a lo largo de la vida de los hombres, y en un 0,4% los últimos

seis meses para este sexo; a la vez que en un 2,5% en la vida de las mujeres, y en un 1,0% en el transcurso de los últimos seis meses. Finalmente la ansiedad generalizada se encontró en un 2,6% de la población general a lo largo de la vida, y tendría una prevalencia en los hombres de un 0,9% a lo largo de la vida y de un 0,4% en los últimos seis meses; así como una prevalencia en mujeres de un 4,1% a lo largo de la vida y de un 2,0% durante los últimos seis meses. Es importante destacar que en esta medición la prevalencia de los trastornos ansiosos fue más alta que la de los trastornos afectivos, lo que no se aprecia en otros estudios realizados en población hispana (Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn, & Torres, 2002).

Los últimos datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 indican que la depresión alcanzaría una prevalencia del 17,2% en la población adulta, encontrándose en un 8,5% en hombres, y casi triplicando esta cifra, en un 25,7% en mujeres (MINSAL, 2010), aunque en esta oportunidad no se registran antecedentes acerca de los instrumentos utilizados, o sobre la frecuencia de aparición de síntomas.

3.3.- *Caracterización y Prevalencia de sintomatología en la población universitaria, estudios internacionales.*

Debido al interés que genera el estudio de la prevalencia de sintomatologías en estudiantes universitarios, se puede encontrar gran cantidad de información al respecto en estudios extranjeros. En la gran mayoría de los casos se ha encontrado un porcentaje importante de presencia de depresión leve, siendo la depresión grave bastante menos frecuente. Se suele concluir que las tasas de depresión y ansiedad son mayores en la población universitaria en comparación con la población general. (Andrews, Hejdenberg & Wilding, 2006; Villalobos, 2010 citados en Dávila, & Ruíz, 2010).

En una evaluación sobre los factores de riesgo que inciden en el rendimiento académico, entre ellos niveles de estrés y depresión, llevada a cabo con los estudiantes de medicina de la Universidad de Manizales se encontró algún grado de depresión en el 40,1% de los estudiantes, y se correlacionó directamente el nivel de estrés con “la depresión, el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar, constituyéndose entonces estos factores como influyentes en el rendimiento académico, a través de su incidencia en

el estrés” (Bermúdez et al., 2006. p 203). Otra asociación que se encontró fue la relación directa entre género y nivel de estrés.

Andrews y Wilding (2004 en Alvial et al., 2007) investigaron si la ansiedad y la depresión aumentan después de la entrada a la universidad. Mediante la administración a 351 estudiantes de Reino Unido de un cuestionario el mes anterior a la entrada a la universidad y una posterior administración a mediados del primer año de pregrado, se concluyó que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo.

En otro estudio realizado con 218 estudiantes de todas las carreras de pregrado de la Pontificia Universidad Javeriana de la ciudad de Cali se encontró la presencia de depresión en un 25% de acuerdo a la Escala Autoaplicada de Zung, y en un 30,3% según el Inventario de depresión de Beck. Así mismo, se encontró una relación entre depresión y sexo femenino del 17,9% en la Escala de Autoaplicación de Zung, y de un 21,1% en el BDI. Resulta interesante también el hallazgo de una relación entre el nivel de depresión y las características sociodemográficas de los estudiantes, concluyéndose que a la pertenencia a menor nivel socio económico corresponde un mayor nivel de depresión (Arrivillaga et al., 2004). En otra oportunidad, se midió la prevalencia y severidad de la sintomatología depresiva en 295 estudiantes de medicina de la Universidad Militar de Nueva Granada, en Bogotá. En este estudio también se utilizó la Escala de Autoaplicación de Zung, y los resultados indicaron que la prevalencia global de la sintomatología depresiva fue de un 53,2%, concentrándose en un 26,1% en un nivel leve, en un 21,7% en un nivel moderado y en un 5,4% en un nivel de severidad (Guavita & Sanabria, 2006). Es importante destacar que si bien no se halló relación significativa entre la edad y la presencia de síntomas depresivos, si hubo, como en otras ocasiones, una diferencia importante entre la proporción de síntomas por género, siendo mayor en el sexo femenino. Esto sería concordante con el distinto perfil de alteraciones psicológicas de hombres y mujeres. (Alvial et al., 2007).

3.4.- *Caracterización y prevalencia de sintomatología en población universitaria, estudios nacionales.*

A continuación se presenta un resumen de los porcentajes de sintomatología encontrados en dos aplicaciones nacionales de los instrumentos BDI y BAI (Alvial et al., 2007; Santander, Romero, Hitschfeld, & Zamora, 2010).

En el año 2007 se midieron algunos problemas de salud mental en la Universidad de Concepción. Para ello se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad del mismo autor en un muestreo por conglomerado de 10 facultades de la Universidad, con estudiantes de entre 18 y 32 años. Los resultados indicaron una prevalencia de un 16,4% para el síndrome depresivo, y de un 23,7% para el trastorno ansioso (Alvial et al., 2007). De estos resultados lo que más destaca es la alta prevalencia de sintomatología ansiosa, correspondiendo en efecto a manifestaciones somáticas de ansiedad según lo establecen los criterios del instrumento empleado. Tres años más tarde se aplicó el instrumento BDI en la totalidad de estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el contexto de una medición de prevalencia de ansiedad y depresión (Santander et al., 2010). Para un total de 569 estudiantes encuestados, los resultados arrojaron un 9% de prevalencia de síndrome depresivo.

VI.- MÉTODO.

1.- Variables en estudio.

1.1.- *Definición conceptual de sintomatología depresiva:*

Se define como una alteración del estado del ánimo persistente caracterizada por una baja del ánimo, e incidente en la esfera del pensamiento, conducta, actividad psicomotora que posee efectos somáticos (Beck, Steer y Brown, 1996)

1.2.- *Definición operacional de sintomatología depresiva:* Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión (BDI-II) elaborado por Aaron Beck.

1.3.- *Definición conceptual de sintomatología ansiosa:* Se define como una alteración del afecto subjetivamente desagradable, caracterizada por sensaciones de tensión o nerviosismo y diversos síntomas fisiológicos. Esta alteración se manifiesta a nivel de pensamiento, conducta psicomotora y posee efectos psicósomáticos (Beck & Emery, 1985).

1.4.- *Definición operacional de sintomatología ansiosa:* Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad (BAI) elaborado por Aaron Beck.

1.5.- *Definición conceptual de categoría de gravedad de sintomatología depresiva:* Diferentes categorías de gravedad de sintomatología depresiva propuestas por Beck, Steer y Brown (1996)

1.6.- *Definición operacional de categoría de gravedad de sintomatología depresiva:* Los puntajes de corte que definen esas categorías de gravedad son: 0-13 para sintomatología mínima; 14-19 para sintomatología leve; 20-28 para sintomatología moderada y 29-63 para sintomatología severa.

1.7.- *Definición conceptual de categoría de gravedad de sintomatología ansiosa:* Diferentes categorías de gravedad de sintomatología ansiosa propuestas por Beck y Steer (1993b)

1.8.- *Definición operacional de categoría de gravedad de sintomatología ansiosa:* Los puntajes de corte que definen esas categorías de gravedad son: 0-7 para sintomatología

mínima; 8-15 para sintomatología leve; 16-25 para sintomatología moderada y 26-63 para sintomatología severa.

2.- Enfoque y diseño de la investigación.

Se utilizó un diseño no experimental transversal descriptivo con la finalidad de realizar descripciones comparativas entre grupos de personas, para lo que se recolectaron datos en un momento determinado con el objetivo de describir variables y sus características en un tiempo único (Hernández, Fernández & Baptista, 2006. p158). En este sentido, se buscó medir y evaluar datos sobre la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva y ansiosa, y como profundización, se establecieron comparaciones entre éstas y variables contextuales como género y nivel de estudios. Finalmente se compararon los resultados del presente estudio con los resultados de mediciones similares llevadas a cabo en otras investigaciones.

3.- Grupo en estudio.

Las unidades de análisis corresponden a los estudiantes de 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º y 7º año de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El tamaño ideal de la muestra se dedujo por medio de cuotas, es decir, se estableció un valor mínimo de 30 estudiantes por curso (desde primer a séptimo año) para obtener una muestra con un tamaño mínimo adecuado. Contando con esta cifra, se aplicó el tipo de muestreo de sujetos voluntarios, y quedó conformada por todos los sujetos que se encontrasen matriculados, asistieran a clases lectivas durante el período académico 2011 y aceptaran participar voluntariamente en la investigación. De esta manera, fueron considerados un total de 277 casos, lo que representa unos 18,3% del total de 1513 estudiantes de la carrera, diseminados entre las sedes de la facultad: Norte, Sur, Oriente, Occidente y Centro.

4.- Instrumentos utilizados.

Las pruebas seleccionadas para operacionalizar las variables de sintomatología depresiva y ansiosa son el Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) y el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, A., & Steer, R, 1993b). Si bien se sabe que las pruebas psicométricas para la medición de sintomatología depresiva y ansiosa no aseguran la presencia del trastorno depresivo o ansioso, sí tienen

alta correlación con éstos y poseen además alta eficacia como instrumento de tamizaje rápido pues identifican y miden la gravedad de síntomas y síndromes (Osada et al., 2010; Sáenz, 2011). De todos modos para poder brindar un diagnóstico definitivo es necesario recurrir a una evaluación clínica en todos los casos.

4.1.- *Inventario de depresión de Beck.*

Se utilizará el Inventario de Depresión de Beck en su versión BDI-II. Este instrumento fue desarrollado originalmente en 1961 por Beck, y ha sufrido transformaciones desde la fecha a la actualidad. La segunda versión del instrumento (1979) fue conocida como BDI-IA y la siguiente revisión de éste dio como resultado la producción del BDI-II. Existen dos traducciones del BDI-II al español; una de ellas fue elaborada por Penley et al. (2003) de acuerdo a estudios en Estados Unidos con población latina, la segunda fue elaborada por Sanz, Navarro & Vásquez (2003) en España con una población de estudiantes universitarios. En Chile se evaluaron las propiedades psicométricas de este instrumento en muestras de adolescentes con edades entre 14 y 20 años. Para corroborar su confiabilidad se analizó su consistencia interna ($\alpha=0,91$) y estabilidad temporal además de la homogeneidad de los ítems de la escala. La validez del inventario quedó demostrada por medio de la alta correlación que presenta con las escalas del MACI. Se identificó un puntaje de corte óptimo de 20 puntos para determinar la presencia de síndrome depresivo, sin embargo se consideró que el puntaje de corte de 19 puntos propuesto por Beck posee una sensibilidad y especificidad prácticamente idéntica. Por último, se encontró una aceptable correlación test-retest ($r=0,66$) y se concluyó que el instrumento efectivamente discrimina adecuadamente entre sujetos con y sin sintomatología (Melipillán et al., 2008).

Este instrumento funciona con modalidad de autoinforme por medio de veintinueve ítems con cuatro opciones de respuesta presentadas en escala Likert valoradas desde 0 a 3. Para el puntaje de corte se consideran los puntajes recomendados por Beck. Se mantendrán los intervalos correspondientes a 0-13: depresión mínima; 14-19: depresión leve; 20-28: depresión moderada y 29-63: depresión severa (Beck et al., 1996) (Ver Anexo, p69).

4.2.- *Inventario de ansiedad de Beck.*

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es uno de los instrumentos más usados para medir sintomatología ansiosa en pacientes con desórdenes psicológicos y en la población normal (Sanz & Navarro, 2003). Fue desarrollado en 1993 por Beck y Steer como un instrumento diseñado para su uso en población clínica, aunque en el estudio de su adaptación al español realizado por Sanz y Navarro (2003) se concluyó además que posee alta consistencia interna en una muestra de universitarios ibéricos (Alvial et al., 2007). Sobre su adaptación y validación en Chile se puede decir que “el proceso de adaptación y validación de este instrumento en adolescentes chilenos confirma las adecuadas propiedades psicométricas del instrumento en población adolescente chilena” (Cova & Melipillán, 2007 en Cova, Rincón & Melipillán, 2007). Este instrumento funciona con modalidad de autoinforme por medio de veintiún ítems con cuatro opciones de respuesta presentadas en escala Likert valoradas desde 0 a 3. El punto de corte para discriminar el nivel de sintomatología ansiosa clínicamente significativa es de 16, tal como lo sugiriera Beck (1993b). De esta manera, los puntajes obtenidos se corresponderán de la siguiente manera: 0-7: ansiedad mínima; 8-15: ansiedad leve; 16-25: ansiedad moderada y 26-63: ansiedad severa (Beck & Steer, 1993b) (Ver Anexo, p72).

5.- *Procedimiento y análisis de información.*

5.1.- *Recolección de Datos y Caracterización de la Muestra*

Para la recolección de los datos, se administraron el Inventario de Depresión de Beck en su versión BDI-II y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Estos instrumentos fueron aplicados en línea, a través de la plataforma virtual de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a los estudiantes de todos los años de la carrera de medicina que voluntariamente aceptaran participar en este estudio. Previamente, se les envió una carta informativa (ver Anexo, p68) a través del mail a todos los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile de todos los años de la carrera, en la que se les explicó el motivo de la investigación y se adjuntó el consentimiento informado a firmar (Ver Anexo, p66). Para acceder a contestar ambos inventarios los estudiantes tuvieron que leer primero dicha carta informativa y aceptar el consentimiento informado adjunto.

Antes de que dicho procedimiento se llevara a cabo, se pidió autorización al Comité de Bioética de la Universidad de Chile, el cual permitió la aplicación previa revisión del cumplimiento de los resguardos éticos pertinentes. Los sujetos tardaron aproximadamente 15 minutos en leer la carta informativa, el consentimiento informado y responder los inventarios.

5.2.- *Análisis de datos*

Para efectuar el análisis de datos, se utilizó la versión 15.0 del programa SPSS. Se utilizaron los estadísticos descriptivos media, desviación estándar y mediana. Para analizar las características de distribución de los puntajes de los inventarios se realizó el análisis de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene, concluyéndose que las pruebas a realizarse son del tipo no paramétricas. Entre éstas se encuentran el chi-cuadrado con un nivel de significación de 0,05, la prueba *U* de Mann-Withney para comparar dos muestras independientes y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar *k* grupos. A pesar que los análisis indicaron que se requería aplicar pruebas no paramétricas debido a la distribución anormal de datos de la presente muestra, para realizar la comparación de los datos obtenidos en esta oportunidad con los resultados de estudios similares, solo se contó con los datos suficientes para hacer comparaciones de promedio y de proporciones, por lo que se aplicó la prueba *t* de student, y para efectuar comparaciones de proporciones entre las prevalencias se aplicó la prueba *Z*.

6.- *Resguardos éticos.*

Dado que los sujetos estudiados constituyen una población cautiva desde el punto de vista ético, y son vulnerables por su susceptibilidad a la coacción por su edad y situación de ingreso a una carrera altamente competitiva y exigente, se tomaron los consecuentes resguardos éticos para cuidar la voluntariedad y anonimización en la utilización de la información.

La voluntariedad de los estudiantes fue resguardada, por cuanto su participación resultó completamente voluntaria y así fue comunicada a los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile.

La voluntariedad se explicitó claramente en el concepto informado y en la carta informativa que comunica a los estudiantes la invitación a participar de la investigación, y que se entregó previamente a la administración de los instrumentos.

La confidencialidad también se resguardó tanto en el desarrollo del estudio, así como en el uso de la información derivada de éste. Con ese fin, los datos no fueron asociados a una persona identificable, por haberse destruido el nexo con toda información que identifique al sujeto a través de un código entregado aleatoriamente. La anonimización se explicitó también claramente en el consentimiento informado y en la carta informativa entregada previamente a los sujetos del estudio

VII.- RESULTADOS

Antes de presentar los hallazgos obtenidos, se expondrán los estadísticos descriptivos correspondientes a la muestra que se extrajo para llevar a cabo los análisis. La muestra de la población a estudiar, es decir, la totalidad de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile que aceptaron participar en el estudio previa entrega de Consentimiento Informado consistió en 277 estudiantes.

La distribución por género y por curso de los sujetos de toda la muestra es presentada en la tabla 1. Del total de estudiantes un 49,1% fueron mujeres y un 50,9% hombres. Las edades fluctuaron entre los 18 y 38 años, siendo la edad promedio 22,25 años, con una DS= 2,38.

Tabla 1. Distribución de estudiantes según género y nivel de estudios.

Nivel de Estudios	Género				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Primer Año	22	56,4	17	43,6	39	100
Segundo Año	18	34,6	34	65,4	52	100
Tercer Año	32	57,1	24	42,9	56	100
Cuarto Año	18	60,0	12	40,0	30	100
Quinto Año	22	71,0	9	29,0	31	100
Sexto Año	15	46,9	17	53,1	32	100
Séptimo Año	14	37,8	23	62,2	37	100
Total	141	50,9	136	49,1	277	100

Para dar respuesta a los Objetivos Específicos 1 y 2, se consideraron la sintomatología depresiva como ansiosa en función de la gravedad que presentaron. Las tablas 2, 3, 4, 5, 6 y 7 describen agrupaciones de estudiantes según las categorías de gravedad correspondientes para ambas sintomatologías, género y nivel de estudios.

La medición de la sintomatología depresiva en el total de la muestra (Objetivo Específico 1) reveló que el promedio de los puntajes del Inventario BDI-II fue 17,01 puntos, sin embargo, consecuentemente con la forma de distribución es preferible utilizar la mediana, que alcanzó un puntaje de 15,00 para la muestra total, 13,00 para hombres y 17,00 para mujeres. Cerca de la mitad de los estudiantes presentó sintomatología

depresiva en algún nivel de gravedad *leve*, *moderada* o *severa* (54,9%), mientras que el 45,1% restante no presentó sintomatología.

Tabla 2. Estudiantes según gravedad de sintomatología depresiva.

Puntajes	Gravedad sintomatología	BDI	
		N	%
0-13	Mínima	125	45,1
14-19	Leve	54	19,5
20-28	Moderada	56	20,2
29-63	Severa	42	15,2
Total		277	100

Total de Estudiantes	
Media	17,01
DS	11,16
Mediana	15,00

Tabla 3. Estudiantes según gravedad de sintomatología depresiva y género en Inventario BDI.

Gravedad de sintomatología	BDI			
	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Mínima	72	51,1	53	39,0
Leve	29	20,6	25	18,4
Moderada	19	13,5	37	27,2
Severa	21	14,9	21	15,4
Total	141	100	136	100

	Hombres	Mujeres
Media	15,82	18,24
DS	11,94	10,18
Mediana	13,00	17,00

La evaluación de la sintomatología depresiva según el género de los estudiantes indicó que en ambos casos preponderó la categoría de gravedad *mínima*. Sin embargo, al realizar la diferenciación por género, se detectó que los hombres se agruparon en un 28,4% en las categorías *moderada* y *severa*, mientras que las mujeres se agruparon en un 42,6% en estas mismas categorías, de esta forma se aprecia que las estudiantes se ubicaron en mayor proporción en las categorías de gravedad más altas.

Respecto a la medición de la sintomatología depresiva según el nivel de estudios, se advierte que el tercer año obtuvo la media y la mediana más alta de la carrera (23,7 y 22,00 puntos respectivamente). Los cursos con mayor proporción de estudiantes

agrupados en las categorías de gravedad *moderada* y *severa* son tercer año con un 55,3%, cuarto año con un 40% y segundo año con un 38,5%, lo que demuestra mayor frecuencia de niveles altos de sintomatología depresiva a lo largo de la mitad de la carrera.

Tabla 4. . Estudiantes según gravedad de sintomatología depresiva en cada nivel de estudios.

Nivel de Estudios	Gravedad de Sintomatología Depresiva								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Severa			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primer Año	16	41	13	33,3	8	20,5	2	5,1	39	100
Segundo Año	19	36,5	13	25	12	23,1	8	15,4	52	100
Tercer Año	14	25	11	19,6	11	19,6	20	35,7	56	100
Cuarto Año	15	50	3	10	7	23,3	5	16,7	30	100
Quinto Año	24	77,4	2	6,5	3	9,7	2	6,5	31	100
Sexto Año	18	56,3	3	9,4	6	18,8	5	15,6	32	100
Séptimo Año	19	51,4	9	24,3	9	24,3	0	0	37	100

Nivel de Estudios	Media	DS	Mediana
Primer Año	16,28	8,91	15,00
Segundo Año	18,79	9,69	16,50
Tercer Año	23,75	12,34	22,00
Cuarto Año	16,70	11,16	14,00
Quinto Año	10,97	10,59	9,00
Sexto Año	14,63	11,73	11,50
Séptimo Año	12,43	7,78	12,00

La medición de la sintomatología ansiosa (Objetivo Específico 2) reveló que la media de los puntajes del Inventario BAI de toda la muestra fue 12,2 puntos, y la mediana fue 22 puntos para la muestra total, 8,00 para hombres y 13,00 para mujeres. Preponderó la categoría de gravedad *mínima*, alcanzando un 35%, aunque es importante destacar que la gravedad de sintomatología *leve* agrupó un 34,7% de los estudiantes, consiguiendo de esta forma ambos niveles de gravedad una proporción similar.

Tabla 5. Estudiantes según gravedad de sintomatología ansiosa.

Puntajes	Gravedad sintomatología	BAI	
		N	%
0-7	Mínima	97	35,0
8-15	Leve	96	34,7
16-25	Moderada	61	22,0
26-63	Severa	23	8,3
Total		277	100

Total de Estudiantes	
Media	12,2
DS	8,59
Mediana	10,0

Tabla 6. Estudiantes según gravedad de sintomatología ansiosa y género en Inventario BAI.

Gravedad de Sintomatología	BAI			
	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Mínima	63	44,7	34	25,0
Leve	45	31,9	51	37,5
Moderada	25	17,7	36	26,5
Severa	8	5,7	15	11,0
Total	141	100	136	100

	Hombres	Mujeres
Media	10,19	14,29
DS	8,30	8,41
Mediana	8,00	13,00

En relación a la medición de la sintomatología ansiosa según el género de los estudiantes, se observa que en los hombres prepondera la categoría *mínima* (44,7%), en cambio, en el caso de las mujeres la categoría de gravedad que prepondera es la *leve*, con un 37,5%. Asimismo, en los hombres solo un 23,4% alcanza los niveles de sintomatología ansiosa *moderada* y *severa*, mientras que las mujeres en esta misma agrupación de categorías aparecen con un 37,5%, lo que indica una mayor proporción de estudiantes del género femenino en las categorías de gravedad más altas.

Tabla 7. Estudiantes según gravedad de sintomatología ansiosa en cada nivel de estudios.

Nivel de Estudios	Gravedad de Sintomatología Ansiosa								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Severa			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primer Año	9	23,1	16	41,0	14	35,9	0	0	39	100
Segundo Año	13	25,0	22	42,3	11	21,2	6	11,5	52	100
Tercer Año	11	19,6	21	37,5	12	21,4	12	21,4	56	100
Cuarto Año	8	26,7	13	43,3	6	20,0	3	10,0	30	100
Quinto Año	22	71,0	4	12,9	4	12,9	1	3,2	31	100
Sexto Año	15	46,9	10	31,3	6	18,8	1	3,1	32	100
Séptimo Año	19	51,4	10	27,0	8	21,6	0	0	37	100

Nivel de Estudios	M	DS	Mediana
Primer Año	12,92	6,50	13,00
Segundo Año	13,88	8,51	12,50
Tercer Año	16,29	9,63	14,00
Cuarto Año	12,87	9,55	10,50
Quinto Año	6,45	7,35	4,00
Sexto Año	9,69	6,94	8,00
Séptimo Año	9,35	6,59	7,00

Respecto a la distribución de la sintomatología ansiosa según el nivel de estudios, nuevamente tercer año es el curso que presenta la mayor media de puntaje (16,29 puntos), así como la mayor mediana (14,00 puntos). Por otra parte, se observa que desde primer a cuarto años de la carrera preponderó la categoría de gravedad *leve*, mientras que desde quinto a séptimo años preponderó la categoría de gravedad *mínima*. Si se agrupan las categorías de gravedad *mínima* y *leve*, desde primer a cuarto año los porcentajes obtenidos se ubicaron entre 64,1% y 70%. Del mismo modo, al efectuar la misma agrupación los porcentajes obtenidos entre quinto y séptimo año de la carrera se concentraron alrededor del 80%. Esto podría también expresarse como que la proporción de estudiantes agrupados en las categorías de gravedad *moderada* y *severa* disminuye considerablemente a partir de cuarto año.

Para poder llevar a cabo los análisis de comparación y relación (Objetivo Específico 3, 6, y 7) se analizaron las características de distribución de los puntajes de los inventarios, para lo que se realizó el análisis de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene. El resultado obtenido en el análisis de bondad de ajuste a la curva normal para los puntajes de sintomatología depresiva indicó que dichos puntajes no se distribuyen de forma normal ($p < .001$). En el Gráfico 1 se puede observar que las desviaciones de la diagonal indican desviaciones de la normalidad.

Gráfico 1. Q-Q normal de puntajes obtenidos en el Inventario de depresión (BDI-II).

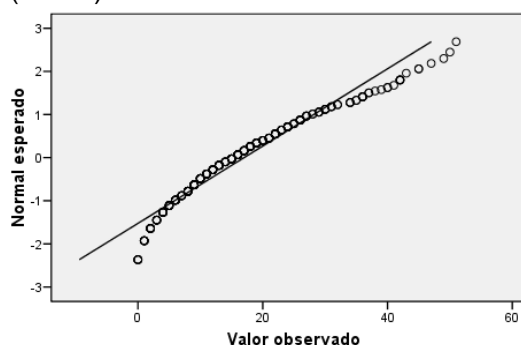
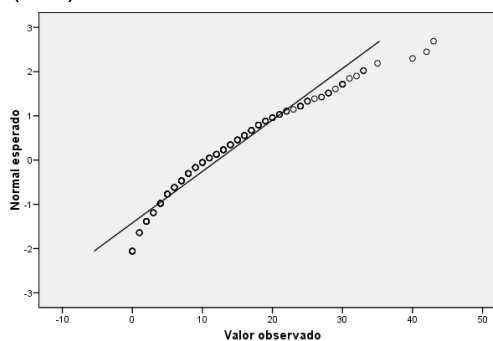


Gráfico 2. Q-Q normal de puntajes obtenidos en el Inventario de ansiedad (BAI).



El análisis de homocedasticidad de los puntajes del inventario de depresión indica que la varianza de dichos puntajes es la misma para los grupos conformados por hombres y mujeres de la muestra ($p = 0,214$).

En el caso del análisis de bondad de ajuste a la curva normal para los puntajes de la prueba BAI, el valor $p < .001$ indica que la distribución de dichos puntajes no es normal. (Ver Gráfico 2).

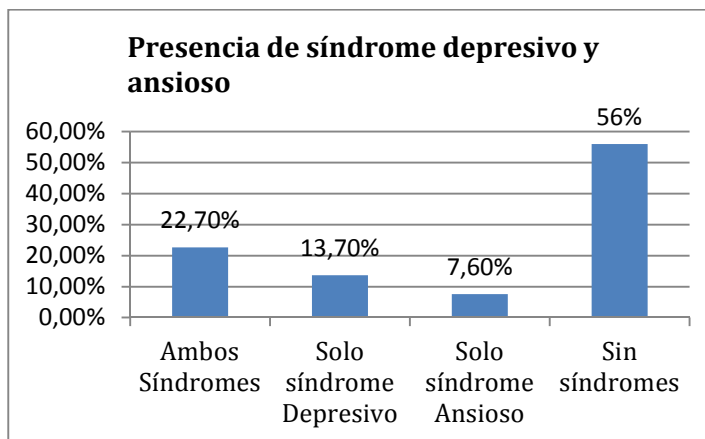
Al igual que en el caso anterior, el análisis de homocedasticidad de los puntajes del inventario de ansiedad indica que la varianza de dichos puntajes es la misma para los grupos conformados por hombres y mujeres de la muestra ($p = 0,934$). De esta manera, al comprobar que las distribuciones de los puntajes en cuestión no se aproximan a la normalidad, es conveniente realizar los siguientes análisis sobre la base de las estadísticas no paramétricas.

Para efectuar la medición de la prevalencia del síndrome depresivo en el total de la muestra se respetó el punto de corte de 19 puntos establecido en el instrumento BDI-II. De acuerdo a esto, se advirtió que un 36,4% de los estudiantes padecía esta afección. De igual forma, para efectuar la medición de la prevalencia del síndrome ansioso en el total de la muestra, se consideró el punto de corte de 16 puntos establecido en el instrumento BAI. De esta manera, un 30,3% del total de los sujetos aparecen con el síndrome ansioso. En cuanto a la medición de la presencia simultánea de ambos síndromes en el total de la muestra (Objetivo Específico 3), se observó que un 22,7% del total de los alumnos presentaron tamizaje positivo para ambos síndromes al mismo tiempo. El análisis de Chi-cuadrado indicó que las variables prevalencia de síndrome depresivo y prevalencia de síndrome ansioso están relacionadas: Chi-cuadrado= 77,2; $p < .001$. La tabla 8 describe el detalle de la frecuencia en que se presentaron ambos síntomas.

Tabla 8.- Estudiantes con presencia de síndrome depresivo y ansioso.

Presencia de síndrome depresivo y ansioso	N	%
Ambos Síndromes	63	22,7
Solo síndrome Depresivo	38	13,7
Solo síndrome Ansioso	21	7,6
Sin síndromes	155	56,0
Total	277	100

Gráfico 3.- Porcentaje de estudiantes con presencia de síndrome depresivo y ansioso.



La evaluación de la prevalencia del síndrome depresivo según género en el total de la muestra (Objetivo Específico 4), indicó que un 28,3% de hombres y un 44,9% de mujeres presentaron dicha afección (Ver tabla 9). El detalle de la presencia de síndrome depresivo en cada curso de la carrera (Objetivo Específico 4) se presenta en la tabla 10.

Tabla 9.- Estudiantes según presencia de síndrome depresivo y según género.

Síndrome Depresivo	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	40	28,3	61	44,9	101	36,4
No	101	71,6	75	55,1	176	63,6
Total	141		136		277	

Tabla 10.- Proporción de estudiantes con síndrome depresivo en cada nivel de estudios.

Nivel de Estudios	Presencia de síndrome Depresivo		Total de Estudiantes
	N	%	
Primer Año	13	33,3	39
Segundo Año	20	38,5	52
Tercer Año	31	55,4	56
Cuarto Año	12	40,0	30
Quinto Año	5	16,1	31
Sexto Año	11	34,4	32
Séptimo Año	9	24,3	37

Respecto a la medición de la prevalencia del síndrome depresivo según el nivel de estudios en el total de la muestra, se observó que el tercer año de la carrera obtiene el más alto porcentaje de estudiantes con dicho síndrome (55,4%). Cuarto, segundo, sexto y primer años de la carrera aparecieron con más de un tercio de los sujetos con síndrome depresivo, con un 40%, 38,5%, 34,4% y 33,3% respectivamente. Alrededor de una cuarta parte del séptimo año exhibió la presencia de síndrome depresivo (24,3%). El curso que menor porcentaje de prevalencia tiene entre sus alumnos fue quinto año (16,1%).

La medición de la prevalencia del síndrome ansioso según género (Objetivo Específico 5) reveló que un 23,4% de los hombres y un 37,5% de las mujeres presentó dicho síndrome (Ver tabla 11). El cálculo de la prevalencia de síndrome ansioso de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile según curso se presenta en la tabla 12.

Tabla 11.- Estudiantes según presencia de síndrome ansioso y según género.

Síndrome ansioso	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	33	23,4	51	37,5	84	30,3
No	108	76,6	85	62,5	193	69,7
Total	141		136		277	

Tabla 12.- Proporción de estudiantes con síndrome ansioso en cada nivel de estudios.

Nivel de Estudios	Presencia de síndrome Ansioso		Total de Estudiantes
	N	%	
Primer Año	14	35,8	39
Segundo Año	17	32,7	52
Tercer Año	24	42,9	56
Cuarto Año	9	30,0	30
Quinto Año	5	16,1	31
Sexto Año	7	21,9	32
Séptimo Año	8	21,6	37

Respecto a la medición de la prevalencia del síndrome ansioso según nivel de estudios nuevamente se observó que el tercer año de la carrera presentó el más alto porcentaje de estudiantes con dicho síndrome (42,9%). Primer y segundo años de la carrera aparecieron con más de un 30% de síndrome ansioso, con un 35,8% y un 32,7% respectivamente. Les siguen cuarto, sexto y séptimo año con un 30%, 21,9% y 21,6%

respectivamente. El curso que menor porcentaje de prevalencia presenta es quinto año con un 16,1%.

Para responder a la primera parte del Objetivo Específico 6, comparar la sintomatología depresiva según género de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile, se efectuó la prueba *U* de Mann-Withney. Para responder a la segunda parte del Objetivo Específico 6, comparar la sintomatología depresiva según nivel de estudios de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile, se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis. Posteriormente se efectuó una comparación pareada entre los cursos mediante *U* de Mann-Withney para conocer entre cuáles de ellos existen diferencias significativas en cuanto a los puntajes de sintomatología depresiva.

La comparación de la sintomatología depresiva según género reveló que existen diferencias significativas entre los puntajes de sintomatología depresiva de hombres y mujeres, $p=0,013$, obteniendo las estudiantes la mediana más alta (Mediana Mujeres= 17,00; Mediana Hombres= 13,00). Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado para la comparación de la sintomatología depresiva según nivel de estudios se revelaron diferencias significativas en la presencia de sintomatología depresiva entre los siete cursos ($p<.001$) (Ver gráfico 3). La tabla 13 contiene los resultados de la comparación por pares de cursos efectuada por medio de la prueba *U* de Mann-Withney.

Gráfico 3.- Medianas BDI entre Primer y Séptimo año.

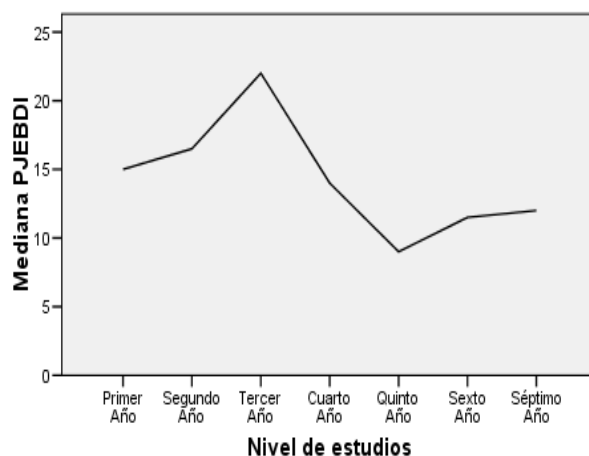


Tabla 13. Comparación por pares de las medianas BDI entre cada nivel de estudios.

Año	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1°						
2°	p=0,212					
3°	p= 0,003	p=0,033				
4°	p=0,842	p=0,274	p=0,013			
5°	p=0,003	p<.001	p<.001	p=0,020		
6°	p=0,282	p=0,052	p=0,001	p=0,382	p=0,218	
7°	p=0,075	p=0,003	p<.001	p=0,167	p=0,242	p=0,651

El nivel de sintomatología depresiva fue significativamente mayor en tercer que en primer año; significativamente mayor en primer año que en quinto; significativamente mayor en segundo que en quinto año; significativamente mayor segundo año que séptimo; significativamente mayor en tercer año que en cuarto; significativamente mayor en tercer que en quinto año, significativamente mayor en tercer año que en sexto, significativamente mayor en tercero que séptimo año, significativamente mayor en cuarto que en quinto año.

Del mismo modo, para dar respuesta a la primera parte del Objetivo Específico 7, se efectuó la prueba *U* de Mann-Whitney para comparar la sintomatología ansiosa según el género de los estudiantes. En este caso la prueba reveló que en el BAI, hombres y mujeres difieren significativamente, $p<.001$, obteniendo las mujeres la mediana más alta. (Mediana Mujeres=; 13,00 Mediana Hombres= 8,00). Para la segunda parte del Objetivo Específico 7, comparar la sintomatología ansiosa presentada entre primer y séptimo año, se encontraron diferencias significativas ($p<.001$) en la presencia de dicha sintomatología entre los siete cursos de la carrera (Ver gráfico 4). La comparación de la sintomatología ansiosa detallada entre cursos por medio de la prueba *U*-de Mann-Whitney se encuentra en la tabla 14.

Gráfico 4.- Medianas BAI entre Primer y Séptimo año.

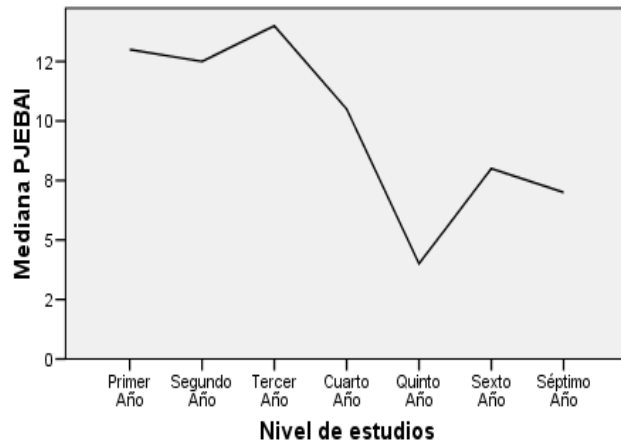


Tabla 14. Comparación por pares de las medianas BAI entre cada nivel de estudios.

Año	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1°						
2°	p= 0,949					
3°	p=0,134	p=0,199				
4°	p=0,654	p=0,479	p=0,093			
5°	p=<.001	p=<.001	p=<.001	p=0,002		
6°	p=0,029	p=0,027	p=0,002	p=0,167	p=0,024	
7°	p= 0,008	p=0,007	p=<.001	p=0,117	p=0,011	p=0,856

El nivel de sintomatología ansiosa fue significativamente mayor en primer año que en quinto; significativamente mayor en primer año que en sexto; significativamente mayor en primer año que en séptimo; significativamente mayor en segundo año que quinto; significativamente mayor en segundo año que en sexto; significativamente mayor en segundo que en séptimo año, significativamente mayor en tercer año que en quinto, significativamente mayor en tercer que en sexto año, significativamente mayor en tercer que en séptimo año, significativamente mayor en cuarto que en quinto año,

significativamente mayor en sexto que en quinto año, significativamente mayor en séptimo que en quinto año.

A continuación se expondrá la comparación de los resultados de este estudio con otras mediciones realizadas con un objetivo exclusivamente descriptivo (Objetivo Específico 8). Debido a que en dichos estudios solo se publicaron datos referentes a promedios, la comparación de los puntajes se efectuó mediante análisis paramétricos.

En primer lugar, se compararon los resultados obtenidos en este estudio con los de la medición realizada en estudiantes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile mediante la aplicación del instrumento BDI (Santander et al., 2011). En esta ocasión, la publicación reconoció la existencia de depresión con la distinción de “BDI positivo”, considerándose para esto la obtención de puntajes iguales o superiores a 10 en el inventario en cuestión, englobando de esta manera a quienes obtuvieron sintomatología depresiva *leve, moderada y severa*. Por esta razón, para unificar los criterios de prevalencia de sintomatología depresiva de ese estudio con los que se consideraron en la presente investigación, se optó por asumir como síndrome depresivo al conjunto de puntajes de categoría *moderada y severa*, es decir, sobre un corte de 19 puntos. De esta manera, si bien en el estudio de Santander et al., se plantea una tasa de un 25% de “BDI positivo”, para efectos de la siguiente comparación se asume una prevalencia de síndrome depresivo de un 9%.

Para comparar la prevalencia del síndrome depresivo en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y de la Universidad Católica se efectuó la prueba Z con alfa de 0.05 (ver tabla 15). La prevalencia general de la muestra de estudiantes de la Universidad de Chile 4 veces mayor que la prevalencia general en la PUC. La comparación entre las proporciones de la prevalencia del síndrome depresivo reveló diferencias significativas entre ambas muestras.

Tabla 15.- Porcentaje de estudiantes con presencia de síndrome depresivo en estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y de la Universidad Católica.

Estudiantes Medicina	Prevalencia General
U.Chile.	35,4%
PUC	9%

En segundo lugar, se compararon los resultados de este estudio con los obtenidos por los estudiantes de la Universidad de Concepción, quienes también contestaron el Inventario de depresión y de ansiedad de Beck (Alvial et al., 2007). Para conocer si hay o no diferencias entre los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y los estudiantes de la Universidad de Concepción en relación a los puntajes obtenidos en la evaluación de la sintomatología depresiva, se utilizó la prueba *t* de student con un alfa de 0,05 para muestras independientes (ver tabla 16). Conforme a los resultados presentados en la tabla se concluyó que existen diferencias significativas entre los promedios de los estudiantes de ambas universidades en el Inventario de depresión de Beck, siendo los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile quienes presentan la mayor media.

Tabla 16. Comparación de puntajes BDI de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile con los estudiantes de la Universidad de Concepción.

Puntajes BDI-II	N	Media	D.S	t	P
Estudiantes U.Chile	277	17,01	11,16	7,42	<,001
Estudiantes U. Concepción	632	11,95	8,60		

Para conocer si hay diferencias o no diferencias entre los estudiantes de medicina varones de la Universidad de Chile y los estudiantes del mismo género de la Universidad de Concepción en relación a los puntajes obtenidos en el Inventario BDI se repitió el análisis mediante la prueba *t* (ver tabla 17).

Tabla 17. Comparación de puntajes BDI de los estudiantes de medicina de género masculino de la Universidad de Chile con los estudiantes de género masculino de la Universidad de Concepción.

Puntajes BDI-II Hombres	N	Media	D.S	t	P
Estudiantes U.Chile	141	15,82	11,94	5,92	<,001
Estudiantes U. Concepción	314	10,33	7,57		

Se concluye que existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de los hombres de la carrera de medicina de la Universidad de Chile y los estudiantes de la Universidad de Concepción en el BDI, siendo los estudiantes varones de medicina de la Universidad de Chile quienes presentaron el mayor promedio.

Para conocer si hay o no diferencias entre las estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y las estudiantes de la Universidad de Concepción en relación a los puntajes obtenidos en el Inventario BDI igualmente se efectuó la prueba *t* (ver tabla 18).

Tabla 18. Comparación de puntajes BDI de los estudiantes de medicina de género femenino de la Universidad de Chile con los estudiantes de género femenino de la Universidad de Concepción.

Puntajes BDI-II Mujeres	N	Media	D.S	t	P
Estudiantes U.Chile	136	18,24	10,18	4,81	<,001
Estudiantes U. Concepción	318	13,54	9,23		

Se concluye que existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de las mujeres de la carrera de medicina de la Universidad de Chile y las estudiantes de la Universidad de Concepción en el BDI, siendo las estudiantes de medicina de la Universidad de Chile quienes presentaron el mayor promedio.

En cuanto a la comparación de las prevalencias de síndrome depresivo entre ambas universidades se encontró que la proporción de estudiantes con síndrome de la Universidad de Chile es 2,21 veces mayor que la proporción de estudiantes de la Universidad de Concepción en la misma situación, encontrándose diferencias significativas. La comparación de la prevalencia del síndrome depresivo por género indica que la proporción de varones de la Universidad de Chile con síndrome depresivo es 2,66 veces mayor respecto a los estudiantes de la Universidad de Concepción, encontrándose diferencias significativas para este caso. La comparación de la prevalencia del síndrome depresivo entre las mujeres de ambas universidades indica que la proporción del síndrome depresivo obtenida por las estudiantes de la Universidad de Chile es 2,04 veces mayor respecto a la Universidad de Concepción, encontrándose también diferencias significativas para estos grupos (ver tabla 19).

Tabla 19. Comparación entre prevalencias del síndrome depresivo de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y de los estudiantes de la Universidad de Concepción.

Síndrome Depresivo	Universidad de Chile	Universidad de Concepción
Total	36,4%	16,4%
Hombres	28,3%	10,6%
Mujeres	44,9%	22%

De forma opuesta, al comparar las medias del Inventario de Ansiedad de ambas casas de estudio, la prueba *t* no arrojó diferencias significativas entre las medias del total de ambas muestras, entre las medias de los hombres de ambas muestras y entre las medias de las mujeres de ambas muestras (ver tabla 20, 21 y 22).

Tabla 20. Comparación de los resultados BAI de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile con los estudiantes de la Universidad de Concepción.

Puntajes BAI	N	Media	D.S	t	P
Estudiantes U.Chile	277	12,2	8,59	1,34	0,18
Estudiantes U. Concepción	632	11,31	9,39		

Tabla 21. Comparación de puntajes BAI de los estudiantes de medicina de género masculino de la Universidad de Chile con los estudiantes de género masculino de la Universidad de Concepción.

Puntajes BAI Hombres	N	Media	D.S	t	P
Estudiantes U.Chile	141	10,19	8,30	1,67	0,09
Estudiantes U. Concepción	314	8,81	8,03		

Tabla 22. Comparación de puntajes BAI de los estudiantes de medicina de género femenino de la Universidad de Chile con los estudiantes de género femenino de la Universidad de Concepción.

Puntajes BAI Mujeres	N	Media	D.S	t	P
Estudiantes U.Chile	136	14,29	8,41	0,50	0,61
Estudiantes U. Concepción	318	13,8	10,01		

En cuanto a la comparación de las prevalencias del síndrome ansioso entre ambas universidades se encontró que la proporción de estudiantes con síndrome ansioso de la Universidad de Chile es 1,29 veces mayor que la proporción de estudiantes de la Universidad de Concepción en la misma situación, encontrándose diferencias significativas. La comparación de la prevalencia del síndrome ansioso por género indica que la proporción de varones de la Universidad de Chile con síndrome ansioso es 2,18 veces mayor respecto a los estudiantes de la Universidad de Concepción, encontrándose

diferencias significativas para este caso. La comparación de la prevalencia del síndrome ansioso entre las mujeres de ambas universidades indica que la proporción del síndrome ansioso obtenida por las estudiantes de la Universidad de Chile es 2,98 veces mayor respecto a la Universidad de Concepción, encontrándose también diferencias significativas para estos grupos (ver tabla 23).

Tabla 23. Comparación entre prevalencias del síndrome ansioso de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y de los estudiantes de la Universidad de Concepción.

Síndrome Ansioso	Universidad de Chile	Universidad de Concepción
Total	30,3%	23,4%
Hombres	23,4%	10,7%
Mujeres	37,5%	23,8%

En tercer lugar, se comparó la prevalencia de la sintomatología depresiva encontrada en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile con la prevalencia de sintomatología depresiva basada en criterios DSM-IV detectada en población chilena general por medio de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (ver tabla 24). Se aprecia gran diferencia entre las proporciones de prevalencia generales, pues la presente muestra dobla en porcentaje la presencia de sintomatología depresiva tanto de la población general como de la población estratificada entre 15 y 24 años, edades similares a la de los estudiantes cotejados. Las diferencias se observan inclusive en mayor medida en la comparación de prevalencias según género, llegando a triplicar en este caso la prevalencia en hombres del presente estudio a las demás observadas, y en el caso de las mujeres llegando a doblar los porcentajes de las otras muestras chilenas de población general.

De todas formas, es importante recordar que ambos estudios no son estrictamente comparables debido a que usan distintos instrumentos de medición, es por ello que las observaciones se exponen en términos descriptivos comparativos no significativos. En consecuencia, la prevalencia general de síndrome depresivo es 2,11 veces mayor en la

muestra de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile que en la Encuesta Nacional de Salud, y 2,52 veces mayor que en el rango etario de 15 a 24 años de la misma encuesta.

Tabla 24.- Comparación de prevalencias de sintomatología depresiva entre estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y Encuesta Nacional de Salud.

Sintomatología depresiva /trastorno depresivo	Prevalencia General	Prevalencia Hombres	Prevalencia Mujeres
Estudiantes Med. U.Chile.	36,4%	28,3%	44,9%
ENS (15-24 años)	14,4%	7,6%	21,7%
ENS General	17,2%	8,5%	25,7%

En cuarto lugar, para graficar las diferencias obtenidas en cuanto a la prevalencia del síndrome depresivo entre los estudiantes de la presente muestra y universitarios de otras regiones del mundo se diseñó una comparación de prevalencias en la que se optó por establecer rangos mediante una división artificial según los datos encontrados con el fin de facilitar el análisis. Así, se comprende que un porcentaje de prevalencia menor al 25% se ubicaría por debajo de los niveles de prevalencia de depresión pesquisados en este estudio. Respecto a los datos que se tienen, la división se conforma con intervalos entre un 25,1% y 27,2%, entre un 27,3% y un 30,2%, entre un 30,3% y 36,4%, y finalmente entre un 36,5% y un 53,3% que es la mayor tasa de prevalencia de depresión en estudiantes universitarios hallada durante la revisión bibliográfica (ver tabla 25). De esta manera, el 35,4% de prevalencia de síndrome depresivo hallado en el presente estudio se considera un nivel alto de depresión clínica respecto a los demás estudios en cuestión.

Tabla 25.- Prevalencia de depresión en distintas Universidades del mundo.

País	Universidad	Prev. Depresión.	Instrumento
Colombia	Nueva Granada	53,2%	ZUNG
Colombia	U.del Valle	36.4%	N.E
EE.UU	Masachusetts	35%	N.E
México	Autónoma del Estado de México	32,4%	ZUNG
Argentina	Nacional del Nordeste (UNNE)	31,61%	ZUNG
Colombia	Javeriana de Cali (gral.*)	30, 3%	BDI
Argentina	Autónoma de Tamaulipas	27,2%	BDI
Polonia	Silesia	25%	N.E
EE.UU	Centro Médico Presbiteriano	25%	N.E
Uganda	Makerere (gral.*)	16,2%	BDI-I

*Estudiantes universitarios de varias carreras incluidas medicina.

Finalmente, además de examinar los resultados de ambos inventarios en su totalidad, se rescataron los ítems que en cada caso presentaron mayor puntuación promedio. En el Inventario de depresión de Beck los tres ítems con mayor puntaje son “Cambios en el patrón del sueño” con un puntaje promedio de 1,33 puntos, “Dificultad de concentración” (M:1,32 pts.) y “Pérdida de energía” (M:1,26 pts.). En el caso del Inventario de Ansiedad de Beck, los ítems con mayor puntaje promedio son “Nerviosismo” (M:1,30 pts.), “Incapacidad de relajarse” (M:1,25 pts.) y “Molestias digestivas o abdominales” (M:1,23 pts.).

VIII.- DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó sobre una muestra de tamaño mínimo adecuado de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile, en la que las proporciones de hombres y mujeres aparecen muy similares. Al ser esta una evaluación de la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en los siete años de la carrera de medicina, las edades de los estudiantes se concentraron principalmente en la etapa final de la adolescencia y en el inicio de la edad adulta joven.

El primer resultado del estudio que llama la atención es que aunque el promedio de los puntajes del Inventario BDI-II se encontró por debajo del punto de corte para establecer presencia de síndrome depresivo, casi la mitad de los estudiantes aparecieron presentando algún nivel de sintomatología depresiva.

La media de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck alcanzó los 17,01 puntos, cifra superior a lo obtenido en otros estudios similares tanto dentro como fuera del país (Agudelo, Casadiegos, Sánchez, 2009; Cova et al., 2007, Erazo & Jiménez, 2012; Sanz, Navarro & Vásquez, 2003). Este dato respalda los planteamientos de la primera hipótesis de este estudio, que hace referencia a que los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarían puntajes más altos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) que otros estudios similares.

De acuerdo a la medición de la sintomatología ansiosa, se observó que los estudiantes obtuvieron un promedio inferior al punto de corte de las categorías de gravedad preocupantes al igual que con la sintomatología depresiva.

La media de los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad (BAI) ascendió a los 12,2 puntos para el total de la muestra, promedio mayor al encontrado en otras mediciones de ansiedad en poblaciones similares (Cova et al., 2005; González-Célis & Martínez, 2009). Este hecho confirma la segunda hipótesis del estudio, que indica que los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarían puntajes más altos en el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) que otros estudios similares.

El análisis de la gravedad de la sintomatología depresiva de los estudiantes de acuerdo a su género reveló que si bien tanto la mayoría de hombres como de mujeres presentaron gravedad *mínima* de sintomatología depresiva, es necesario destacar que las estudiantes tendieron a acercarse a niveles más patológicos de depresión, tal como sucede en otros estudios de medición en estudiantes universitarios que han utilizado el instrumento BDI (Alvial et al., 2007; Arrivillaga et al., 2004; Erazo & Jiménez, 2012; Sanz & Vásquez, 1998). Por otra parte, se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de sintomatología depresiva de hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes obtuvieron la media y mediana más altas. Estos resultados avalan la tercera hipótesis planteada en este estudio, alusiva a que los estudiantes de género femenino de medicina de la Universidad de Chile, al igual que en el estudio efectuado en la Universidad de Concepción (Alvial et al., 2007.), presentarían puntajes más altos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) respecto al género masculino.

Respecto al análisis de la gravedad de la sintomatología ansiosa de los estudiantes según su género, se observó que mientras que la mayor parte de los hombres puntúa para la categoría *mínima* de gravedad, las mujeres obtienen en su mayoría puntajes afines con una categoría de gravedad *leve*, o sea, más grave que sus pares varones. Se encontraron diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por hombres y mujeres en el Inventario de Ansiedad, observándose que la media y mediana de los hombres se ubicó por debajo de la media y mediana de las mujeres. De acuerdo a lo anterior, se acepta la cuarta hipótesis del estudio, que indica que los estudiantes de género femenino de medicina de la Universidad de Chile, al igual que en el estudio efectuado en la Universidad de Concepción (Alvial et al., 2007), presentarían puntajes más altos en el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) respecto al género masculino.

Por otra parte, el análisis de la gravedad de la sintomatología depresiva de los estudiantes en cada nivel de estudios indica que en tercer año más de la mitad de los estudiantes presentó sintomatología depresiva *moderada* y *severa*, convirtiéndose así dicho curso en el nivel de estudios que presenta con mayor frecuencia sintomatología depresiva en niveles preocupantes. Tercer año, junto a cuarto y segundo años tienen la mayor proporción de estudiantes con mayor gravedad de sintomatología depresiva. Llama la atención la concentración de las categorías más graves de sintomatología depresiva en

los años medios de la carrera, pues la literatura señala una tendencia a enfermar de depresión en los años más avanzados de la carrera, que son los que corresponden al internado (Guavita, 2006). Asimismo, tercer año es también el curso que obtuvo tanto la media como la mediana más alta en el BDI-II. El análisis señala además que se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de sintomatología depresiva obtenida en los siete años de la carrera, observándose entre primer y cuarto año las medias y medianas más altas. De esta forma se acepta la quinta hipótesis de este estudio, que se refiere a que los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarían diferencias significativas en los puntajes obtenidos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) según año académico.

El análisis de la gravedad de la sintomatología ansiosa de los estudiantes de cada curso deja ver que hasta cuarto año prepondera la categoría de gravedad *leve*, mientras que desde quinto año en adelante la gravedad de la sintomatología ansiosa es *mínima*, o sea, menor que la de los primeros años. El análisis estadístico efectuado reveló diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en el inventario BAI por los estudiantes de los siete cursos de la carrera, observándose que la mayor media y mediana se obtuvo nuevamente en tercer año, siguiéndole segundo y primero. A su vez, el menor promedio y mediana se encontró en quinto año. Lo anterior vuelve a mostrar una tendencia a la disminución de los puntajes de sintomatología ansiosa en los últimos años de la carrera. Estos resultados confirman la sexta hipótesis del estudio, que se refiere a que los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentarían diferencias significativas en los puntajes obtenidos en el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) según año académico. Estas observaciones se condicen con algunos planteamientos sobre el potencial patogénico que implica el ingreso a la Universidad (Audin et al., 2006 & Degenhardt et al., 2007 en Dávila & Ruíz, 2010; Cruz et al, 2005; Guavita et al., 2006).

La evaluación de la prevalencia del síndrome depresivo indicó que más de un tercio de los estudiantes padecen tal afección, siendo esta proporción mayor a la encontrada por otras mediciones de prevalencia de depresión en estudiantes universitarios (Alvial et al., 2007; Arrivillaga et al., 2004; Ferrel, Barros & Hernández, 2011; Joffre et al., 2007). El síndrome depresivo se presenta en la muestra en un 44,9%

de las mujeres, mientras que un 28,3% de los hombres presentarían también la afección. Lo anterior significa que la proporción de mujeres con síndrome depresivo es 1,6 veces mayor que la de los hombres. Esta relación concuerda con algunos estudios en que se menciona una prevalencia de depresión con una razón de mujer a hombre entre 1,5:1 y 2:1 (Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2009; Gómez-Restrepo & cols. 2004 en Erazo & Jiménez. ,2012; Vázquez 2005 en Ferrel, Célis. & Hernández., 2011). De los estudiantes de tercer año, más de la mitad obtuvo puntajes asociados al síndrome depresivo, por el contrario, los menores porcentajes se ubicaron en quinto y séptimo años de la carrera.

El síndrome ansioso a su vez afecta a casi un tercio del total de la muestra, proporción que también resulta mayor a la encontrada en otros estudios (Hernández. J, 1996, en Amezcua. M, González. R, y Zuluaga. D, 2000). Un 23,4% de los estudiantes varones padecerían síndrome ansioso y un 37,5% de sus pares mujeres sufriría la misma afección. Al igual que con el síndrome depresivo, la proporción de mujeres con síndrome ansioso es 1,6 veces mayor que en los hombres. Es importante destacar que en tercer año se encontró un 42,9% de prevalencia de síndrome ansioso. Desde cuarto año de la carrera la tendencia es a presentar menor porcentaje de sujetos afectados por el síndrome mencionado. La preponderancia del tercer año en la medición de ambos síndromes ya se había observado en una investigación sobre niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social (Dávila & Ruíz, 2010) efectuada sobre una muestra de estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, en que se destacó que los alumnos de tercer año presentaron los mayores niveles de depresión y ansiedad en comparación con sus compañeros de carrera.

Se identificó además que ambos síndromes estarían relacionados, lo que implica su ocurrencia conjunta en la población afectada. Lo anterior se condice con los datos presentados en la literatura, que indican que un 85% de personas deprimidas también experimentarían síntomas ansiosos patológicos, a la vez que un 90% de personas que sufren desórdenes de ansiedad presentan síntomas de depresión (Gorman, 1996, Muñoz et al., 2005; Shankman & Klein, 2003 en Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2009).

Al comparar los resultados obtenidos con los de otros estudios realizados en poblaciones similares, llama poderosamente la atención que la proporción de estudiantes

con síndrome depresivo sea mayor para los estudiantes de la Universidad de Chile que para sus pares. Así, la presente muestra presenta una proporción de síndrome depresivo 4 veces mayor que sus pares de la Universidad Católica y 2,21 veces mayor que los estudiantes de la Universidad de Concepción. De la misma forma, para el síndrome ansioso se señala que la proporción de estudiantes de la Universidad de Chile con dicha afección es 1,29 veces mayor que la proporción de estudiantes de la Universidad de Concepción en la misma situación. De esta manera, la diferencia encontrada respecto a nuestros resultados evidencia un comportamiento completamente diverso en las tres casas de estudios aludidas, con una clara tendencia a enfermar con mayor frecuencia en esta universidad.

Por otro lado, al comparar la prevalencia de sintomatología depresiva de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile con la prevalencia de dicha sintomatología de la población chilena general y con el segmento de dicha población que se acerca en edad a nuestra población estudiada, se encontró que la proporción de la sintomatología depresiva de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile es 2,11 veces mayor que la prevalencia de dicha sintomatología de la población chilena general y es 2,52 veces mayor que la prevalencia de sintomatología depresiva de los jóvenes de la población chilena con edades en un tramo que va desde los 15 a los 24 años. Ahora bien, es importante destacar que los instrumentos utilizados para evaluar la presencia de sintomatología depresiva fueron distintos en los dos estudios, por lo que la comparación sólo es estimativa. No obstante lo anterior, llama poderosamente la atención la muy alta presencia de sintomatología depresiva en la población estudiada respecto a la población general a la que pertenecen. Asimismo, llama también la atención la proporción tan alta de estudiantes varones afectados con dicha sintomatología respecto a la población chilena y a los sujetos coincidentes a su etapa vital de la misma población.

Al establecer rangos asociados a las proporciones de las prevalencias de depresión encontradas en estudios internacionales realizados en poblaciones de estudiantes de medicina, ubicamos la proporción de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile con síndrome depresivo (36,4%) en el rango correspondiente a un nivel alto de prevalencia. Habiendo 4 rangos, que van de menor a mayor proporción de prevalencia de depresión, no deja de sorprender, por un lado, que los estudiantes de la

Universidad de Chile se ubiquen en un rango alto de prevalencia, y por otro lado, que existan poblaciones de estudiantes de medicina con aún más prevalencia de depresión que la población estudiada en esta investigación. Lo anterior viene a confirmar lo descrito en la literatura respecto a la tendencia mayor a deprimirse de la población de estudiantes de medicina respecto a la población general.

Finalmente, al analizar los ítems que presentaron mayor puntuación en los dos instrumentos aplicados en este estudio, encontramos, por un lado, ítems asociados a “cambios en el patrón del sueño”, “dificultad de concentración” y “pérdida de energía” con para el Inventario de Depresión, lo que se podría asociar a síntomas que pueden conformar un episodio depresivo como los trastornos del sueño, la disminución de la capacidad de concentrarse y la fatiga o pérdida de energía. Sin embargo, estos ítems no se relacionan directamente con síntomas definitorios de un episodio depresivo como el estado de ánimo depresivo y la anhedonia. Lo anterior resulta muy relevante, pues los estudiantes de esta carrera pudieran sufrir diversos trastornos y hacer diversa sintomatología asociada a un episodio depresivo, sin llegar a constituir la ocurrencia de dicho episodio, aunque en aquellos cuyos puntajes señalan presencia del síndrome depresivo sí se encuentran síntomas cardinales del episodio depresivo. En el caso de los estudiantes cuyo puntaje señala la presencia de síndrome depresivo, los ítems con mayor puntuación resultan ser los mismos que los de toda la población estudiada, empatando “la pérdida de energía” con “cambios en el apetito”. En este caso, se presenta además sintomatología cardinal de un episodio depresivo, sin embargo, llama la atención la alta puntuación de los ítems mencionados, ya que señala una afección principalmente en áreas que pudieran también estar afectadas por el estudio mismo de la carrera de medicina, que sabemos, según la literatura, que su alta exigencia académica puede mellar distintas áreas de la salud mental. Al analizar los ítems con las puntuaciones más altas en cada curso de la carrera, se encontró una coincidencia en ellos, diferenciándose solamente los valores de puntaje alcanzados.

Al analizar, en cambio los ítems con las puntuaciones más altas en el Inventario de ansiedad, los tres ítems con mayores valores fueron “nerviosismo”, “incapacidad de relajarse” y “molestias digestivas abdominales”, y es entendible que aparezcan en mayor frecuencia y con mayor intensidad pues dicho instrumento mide fundamentalmente

manifestaciones somáticas de la ansiedad (Sanz. J, Navarro. 2003). Estos altos niveles de ansiedad somática se pueden relacionar con las problemáticas asociadas al estrés académico: el agotamiento, agobio y frustraciones asociadas a las responsabilidades estudiantiles.

Luego de analizar en profundidad los antecedentes recopilados durante esta investigación, queda pendiente elaborar planteamientos alusivos a eventuales consecuencias que estos hallazgos podrían traer, así como también discutir acerca de la gestación de mejoras orientadas a disminuir los niveles patológicos de depresión y ansiedad en los estudiantes y junto con ello proyectar algunos desafíos para la realización de futuros estudios.

Según se ha investigado, los estudiantes de medicina presentan un estado emocional similar a la población general antes de ingresar a la escuela (Rosal et al., 1997), por lo que cabe señalar entonces que estos jóvenes comenzarían a manifestar cambios emocionales luego de haber ingresado a la universidad. En este sentido es preciso recordar que los cambios emocionales tendientes a un estado patológico se deben a una etiología multifactorial, en la que destaca entre otros la interacción de la psiquis con el nuevo ambiente psicosocial y académico que se presenta al estudiante.

Los cuadros depresivos y ansiosos suelen aparecer frente a situaciones amenazantes o frustrantes, los que aumentan su propensión gracias a la conjunción de acontecimientos inherentes al paso por esta carrera universitaria. Algunos factores de riesgo se relacionan por ejemplo con un alto nivel de exigencia académica, la prolongada duración de la formación profesional, la restricción de actividades sociales, relaciones conflictivas con compañeros y docentes, la continua exposición al padecimiento ajeno, limitación de la satisfacción de necesidades vitales como el sueño o alimentación, vulnerabilidad, frustración y baja autoestima. Frente a este contexto es de esperar que la motivación de los alumnos pudiera mermar, conduciendo esto a bajas de rendimiento académico o deserción temprana, y la instalación de patologías emocionales junto con la rigidización de algunos aspectos de la personalidad (Edmunds, 2010).

Respecto a los síntomas depresivos es preciso puntualizar que en general en las evaluaciones efectuadas mediante inventarios los sujetos calificados como *deprimidos* no

tendrían una depresión cualitativamente distinta a pacientes que presentan una patología depresiva seria (Sáenz & Vásquez, 1998). En este sentido parece preocupante el que los niveles de sintomatología y de prevalencia del síndrome depresivo de este estudio hayan resultado mayores que los registrados por estudios similares, pues así se refleja que los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile están manifestando un malestar emocional mayor que el que se presenta en la literatura asociada.

Al mismo tiempo se piensa que los altos niveles de sintomatología ansiosa observados podrían incidir en que estos estudiantes y futuros médicos enfrenten más adelante conflictos asociados al síndrome de desgaste profesional o burnout.

Frente al escenario descrito, se proponen algunas medidas que eventualmente podrían servir como paliativas a los efectos del mantenimiento de altos niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes. En primer lugar, se propone que la satisfacción con la carrera es un factor de protección frente a la depresión y la ansiedad, por esto se piensa que un estudiante que logra sus expectativas académicas y personales frente a su formación profesional podría fortalecer aspectos que contribuyen de forma significativa a un estado de ánimo saludable. Así también, para que las expectativas académicas y personales puedan ser resueltas es necesario que las autoridades universitarias tomen conciencia de la necesidad de apoyo de los estudiantes, y de esta manera se puedan ejecutar estrategias preventivas de amplio alcance que estén ligadas a los planes de formación mediante la instauración del ajuste de exigencias académicas y el favorecimiento de instancias que fortalezcan los recursos personales de los alumnos como por ejemplo el establecimiento de grupos de conversación y apoyo para generar acercamiento entre docentes y alumnos y así integrar al profesorado como parte de una red de apoyo, la elaboración de talleres experienciales y actividades extraprogramáticas para fomentar también una mayor conciencia de autocuidado en los estudiantes.

Por último, se expondrán algunas limitaciones percibidas en esta investigación. En primer lugar, según sus propios autores el instrumento BDI no permite realizar un diagnóstico diferencial debido a que mide, entre otros, síntomas somáticos, los que pueden ser confundidos con enfermedades físicas o ansiedad, así la utilización de este instrumento es considerada como adecuada aunque un tanto confusa según la concepción que se tenga del constructo clínico que se evaluará. De todas maneras, el

BDI sigue siendo catalogado desde la investigación científica de habla hispana como el inventario de mayor uso en la clínica e investigación. Así mismo, es importante atender también el hecho que la medición fue realizada en un período crítico en términos académicos por la de vuelta a las actividades curriculares luego de un tiempo prolongado de paro y movilizaciones estudiantiles, por lo que la necesidad de cumplir con un cúmulo de responsabilidades condensadas y la desmotivación de retomar el curso normal de las actividades académicas podría haber influido finalmente en la evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa. En otro aspecto, no se contó con una medición basal de la prevalencia depresiva y ansiosa en esta población, tomada por ejemplo, al inicio de cada semestre académico, lo que constituye una limitación para establecer alcances y comparaciones respecto a la presente evaluación. Es necesario también destacar que no se cuenta con estudios previos que analizaran las características psicométricas de ambos instrumentos utilizando un modelo de aplicación online, por lo que probablemente la comparación entre los resultados de esta investigación y estudios de aplicación manual no sea completamente rigurosa.

Como desafíos a futuro se propone profundizar en la búsqueda de los factores que influyen en la salud mental de los estudiantes, pues la mayoría de los estudios, tal como éste, suelen enfocarse principalmente en la sintomatología, dejando encubierta la separación que existe entre los factores propulsores de sintomatología, la vulnerabilidad individual y la percepción personal de los síndromes, recordando también que un estudio de correlaciones no explica causalidades.

Sería necesario además realizar investigaciones que determinen la prevalencia de ansiedad y depresión en todas las facultades de la Universidad, para no acotar de esta manera la adquisición de conciencia de calidad de vida a los estudiantes de salud y difundirla a todo estudiante que se encuentre en calidad de futuro profesional del país. A partir de estos resultados sería también valioso crear una base de datos epidemiológicos para su uso en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la universidad, con la finalidad de efectuar una planificación sistemática de atención a los estudiantes que así lo requieran al servicio de salud especializado que corresponda.

Finalmente, quedan algunas interrogantes abiertas, y éstas tienen que ver con cual sería el índice de empeoramiento de los estudiantes que presentan sintomatología leve, cuántos estudiantes que presentan cuadros sintomáticos llegan a consultar a un especialista, así como cuántos de ellos consiguen tratamiento oportunamente. Se espera que futuras investigaciones brinden respuestas y contribuyan a comprender y atender los problemas de los futuros médicos del país.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo. D, Casadiegos. C, & Sánchez. D (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1 (1), 34-39.
2. Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, M., Cova, F., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 105-112.
3. American Psychiatric Association (2000). *Manual de Clasificación y Diagnóstico* (5^a. Ed.). Barcelona: Ed. Masson.
4. Amézquita, M., González, R., & Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 4 (32), 341-356.
5. Araya. R., Rojas. G., Fritsch. R., Acuña. J., & Lewis. G (2001). Common mental health disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 228-33.
6. Arias, C. (2004). Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. *Revista de la facultad de farmacia Universidad de los Andes, Mérida.*, 46 (2), 16-22.
7. Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. & Lozano, T. (2004). Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios. *Universitas Psicológica*, 3 (1), 17-25.

8. Bagés, N., Chacón-Puignau, G., De Pablo, J., Feldman, L., Goncalves, L. & Zaragoza, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psicológica*, 7 (3), 739-751.
9. Beck, A. & Emery, G. (1985) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
10. Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993a). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
11. Beck, A., & Steer, R. (1993b). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
12. Beck, A., Steer, R. & Brown, G (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
13. Bermúdez, B., Castaño, J., Durán, M., Escobar, C., González, S., Monroy, S., Morales, A. & Ramírez, A. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. *Med Unab*, 9 (3), 198-204.
14. Bohórquez, A. (2007). *Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*. Tesis para optar al Grado de Maestría en Epidemiología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana.
15. Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. & Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 25-30.

16. Cova. F., Rincón. G. & Melipillán. R., (2007). Reflexión, Rumiación negativa y Desarrollo de Sintomatología Depresiva en Adolescentes de Sexo Femenino. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 155-160.
17. Cruz, C., Figueroa, M., Larraín, D., Lavín, M. & Marty, M. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de Los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuro- psiquiatría*, 43 (1), 25-32.
18. Dávila, A. y Ruíz, R. (2010). *Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
19. Edmunds. T. (2010). *Evaluación del Typus Melancholicus en Estudiantes de Primer Año de Medicina de la Universidad de Chile y Construcción de un Taller Preventivo para la Depresión*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
20. Erazo. M y Jiménez. M (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista Ces Psicología*, 5 (1), 65-76.
21. Ferrel. R, Barros. A, y Hernández. O (2011). Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad publica. *Psicología desde el Caribe*, 27, 40-60.
22. Galli. E., Feijoó. L., Roig. I., & Romero. S., (2001). Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: Informe preliminar epidemiológico. *Revista Médica Herediana*, 13(1), 19-25.

23. Gómez. A., Sánchez. N., Valencia. A., & Franco. J (2005). Prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellín. *Medicina UPB*, 27 (1), 39-36.
24. González-Célis. A y Martínez. R (2009). Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1 (1), 98-110.
25. González, J., Granadillo, D., Lara, C. & Lugo, M. (2004). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina del área básica y clínica, su relación con el índice de lateralización hemisférica cerebral y el rendimiento académico. *Archivos venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 50 (103), 21-26.
26. Gorman, J. M. (1996-97). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4, 160-168.
27. Greig. D, y Fuentes. X. (2009). "Burnout" o Agotamiento en la práctica Diaria de la Medicina. *Revista Chilena de Cardiología*, 28, 403-407.
28. Guavita, P y Sanabria, P (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(2) 76-87.
29. Heerlein., A. (2000). *En Psiquiatría Clínica*. Santiago: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
30. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ta. Ed.). México D.F.: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

31. Hidalgo, E., Cendali, J., Cerutti, M., Cuenca, J. y Kappaun, B. (2003). *Prevalencia de depresión en estudiantes de quinto año de la Facultad de Medicina de la UNNE*. Extraído el 2 de Noviembre de 2011 desde www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-065.pdf.
32. Joffre-Velázquez, V, García-Maldonado, G, Martínez-Perales, G. & Sánchez-Gutiérrez de Lara, L. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14, 86-93.
33. Kremer, K. (2006). *Detección de depresión en estudiantes que ingresan a la Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Primer Semestre año 2006*. Tesis para optar al Título de Licenciado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.
34. Lupresti, C (2000). *Aproximación histórica al concepto de angustia y agorafobia*. Trabajo presentado en el I congreso virtual de Psiquiatría. Obtenido el día 02 de Junio, 2011, desde dirección: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa20/conferencias/20_ci_g.htm.
35. Melipillán, R., Cova, F., Rincón. P., & Valdivia. M. (2008). Propiedades Psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia psicológica*, 26 (1), 59-69.
36. MINSAL (2010). *Encuesta Nacional de Salud Pública. Gob. De Chile*. Obtenido el día 10 de Octubre de 2011, desde dirección: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.

37. Miranda, C., Gutierrez, J., Bernal, F. & Escobar, C. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 29(3), 251-260.
38. Osada, J., Rojas, M., Rosales, C & Vega-Dienstmaier, J (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuropsiquiatría*, 73 (1), 15-19.
39. Penley, J., Wiebe, J. & Nwosu, A. (2003). Psychometric properties of the spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15, 569-577.
40. Perales, A., Sogi, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4), 239-246.
41. Pereyra, R., Ocampo, J., Silva, V., Vélez, E., Da Costa, A., Toro, L & Vicuña, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud en una Universidad privada de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 27(4), 520-26.
42. Pérez, J., Hernández, G., Vidal, M., Gómez. A., & Ibáñez. C. (2009). *Ansiedad y Trastornos de ansiedad*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Manuscrito no publicado.
43. Pérez, J. (2011). *Trastornos del ánimo*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Manuscrito no publicado.

44. Retamal, P. (2003). *Depresión: Clínica y Terapéutica*. Santiago: Mediterráneo.
45. Riveros, M. (2004). *Características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM a través de la escala CES-D*. Tesis para optar al Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
46. Rodríguez, D., Dallos. C., González. S., Sánchez. Z., Díaz. L., Rueda. G., & Campo. A (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 21(5), 1402-1407.
47. Román, C., Ortíz. F., & Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(7), 1-8.
48. Rosal, M., Ockene, I., Ockene, J., Barret, S., Herbert, R. (1997). A longitudinal study of students depression at one medical school. *Academical Medicine*. 72. 542 – 546.
49. Santander, J., Romero, M., Hitschfeld, M. & Zamora. V. (2010). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría*, 49 (1), 47-55.
50. Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
51. Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9 (1), 59-84.

52. Sáenz, J., Navarro, M & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta Valencia*, 29 (124), 239-288.
53. Sáenz, J. (2011). *La adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Consejos para su utilización en investigación y en la práctica clínica*. Trabajo presentado en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Madrid.
54. Sogi, C., y Perales, A. (2001). Uso/Abuso del alcohol en estudiantes de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62 (1), 13-19.
55. Tellenbach, H. (1976). *La melancolía*. Madrid: Ediciones Morata.
56. Vallejo, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6ta Ed.). Madrid: Ed. Masson.
57. Vallejo, J. y Gastó, C., (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (2da Ed.). Madrid: Ed. Masson.
58. Vicente, B., Rioseco, S., Valdivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R /CIDI) (ECP). *Rev. Méd. Chile*, 130 (5), 527-536.

X.- ANEXOS

Anexo n°1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Nombre del Investigador principal :Ps. Leonor Villacura Avendaño
Institución :Unidad de Psicología, Dirección de asuntos estudiantiles, Facultad de Medicina, Universidad de Chile,
Teléfonos : 9786481

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “Evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile” con el propósito de conocer la distribución de los síntomas depresivos y ansiosos en los estudiantes de los distintos años de la carrera de medicina de nuestra Facultad y así desarrollar estrategias de ayuda y acompañamiento, así como mejorar los planes de prevención del desarrollo de patologías psiquiátricas en nuestros estudiantes.

Dicha sintomatología se refiere a manifestaciones de una alteración del humor y a la tensión o nerviosismo que implica un efecto en el comportamiento de las personas. La presencia de sintomatología depresiva o ansiosa no representa necesariamente la existencia de un trastorno depresivo o ansioso como tal.

El estudio incluirá a todos los estudiantes de los distintos años de la carrera de medicina de la Universidad de Chile que quieran participar voluntariamente. Si Ud. acepta, deberá contestar dos inventarios elaborados por el Dr. Aaron Beck, que evalúan la presencia y nivel de sintomatología depresiva y ansiosa respectivamente. Ud. Deberá señalar cuál de las afirmaciones de cada grupo describen mejor el modo en el que se ha sentido *durante*

las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. La duración aproximada de esta aplicación es de 5 minutos por cada inventario

A partir de los resultados obtenidos en los inventarios se desarrollarán estrategias de acompañamiento y prevención de patologías psiquiátricas para los estudiantes de medicina en la Unidad de Psicología, Dirección de Asuntos Estudiantiles, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Los resultados obtenidos en los inventarios por parte de los estudiantes son absolutamente confidenciales sin posibilidad de identificar a la persona que contesta el inventario.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y Ud. tiene plena libertad para retirarse en cualquier momento, dejando de contestar la encuesta. Si Ud. decide no participar en esta investigación, esto no implicará ninguna consecuencia para Ud. Su participación en el estudio no es conducente a ninguna compensación económica.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, y anonimato, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Si Ud. requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o necesita información adicional puede llamar a su Investigadora: Leonor Andrea Villacura Avendaño al teléfono: 9786481.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile”.

Nombre del sujeto

Firma

Fecha

Anexo n°2. Carta Informativa

EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Estimado estudiante, queremos invitarte a participar en el estudio “Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile”, cuyo objetivo es conocer la distribución de dicha sintomatología en los estudiantes de los distintos años de la carrera de medicina de nuestra Facultad.

Este estudio se enmarca en la línea de trabajo de la Unidad de Psicología de la DAE, de calidad de vida universitaria, que se propone conocer el estado mental, estilo de vida y bienestar de los estudiantes, vinculados a la vida universitaria, para así proponer mejoras a nuestra Facultad, que permitan una formación integral y equilibrada.

La información derivada de este estudio permite además, seguir trabajando en la atención personalizada a los estudiantes en nuestra Unidad, así como en la construcción de nuevos talleres y Cursos de Formación General que satisfagan las necesidades ustedes.

Toda la información derivada de tu participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, y anonimato. Participar es realmente muy importante y sólo toma 10 minutos de tu tiempo.

Nos interesa saber cuál es tu realidad y poder conocer si existen diferencias entre los distintos años de la carrera. Por eso es muy relevante la participación de todos los estudiantes.

¡Te esperamos!

Ps. Leonor Villacura

Directora

Unidad de Psicología

Dirección de Asuntos Estudiantiles

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

Anexo nº3. Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck BDI-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.** No deje ninguna frase sin contestar.

<p>TRISTEZA</p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>1 2 Me siento triste continuamente.</p> <p>Me siento tan triste o tan</p> <p>3 desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>PESIMISMO</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 2 No espero que las cosas me salgan bien.</p> <p>Siento que mi futuro es</p> <p>3 desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p>
<p>SENTIMIENTOS DE FRACASO</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>3 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasado.</p>	<p>PERDIDA DE PLACER</p> <p>0 Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>4 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>
<p>SENTIMIENTOS DE CULPA</p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>Me siento culpable de muchas</p> <p>5 1 cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>SENTIMIENTOS DE CASTIGO</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>6 1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>

<p>INSATISFACCION CON UNO MISMO</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto.</p>	<p>AUTO - CRITICAS</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>8 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Me critico por todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>9 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>	<p>LLANTO</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>10 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
<p>AGITACION</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>11 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>	<p>PERDIDA DE INTERÉS</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>12 2 Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>INDECISION</p> <p>0 Tomo decisiones como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>13 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>INUTILIDAD</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>14 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p>
<p>PERDIDA DE ENERGÍA</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>15 1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p>	<p>CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>16 1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p>

<p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p>3b</p>
<p>17</p> <p>IRRITABILIDAD</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>	<p>18</p> <p>CAMBIOS EN EL APETITO</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>19</p> <p>DIFICULTAD DE CONCENTRACION</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>2</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p>	<p>20</p> <p>CANSANCIO O FATIGA</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>2</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>21</p> <p>PERDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>	

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck BAI

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellas y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones describe de mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY**. Indique con una X la afirmación que haya elegido. Si hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones antes de efectuar la elección.** No deje ninguna frase sin contestar.

	En Absoluto	Levemente, no me molesta mucho	Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo	Severamente, casi no puedo soportarlo
1. Hormigueo o entumecimiento.				
2. Sensación de calor.				
3. Temblor de piernas.				
4. Incapacidad de relajarse.				
5. Miedo a que suceda lo peor.				
6. Mareo o aturdimiento.				
7. Palpitaciones o taquicardia.				
8. Sensaciones de inestabilidad e inseguridad física.				
9. Terrores.				
10. Nerviosismo.				
11. Sensación de ahogo.				
12. Temblores de manos.				
13. Temblor generalizado o estremecimiento.				
14. Miedo a perder el control.				
15. Dificultad para respirar.				
16. Miedo a morir.				
17. Sobresaltos.				
18. Molestias digestivas o abdominales.				

19. Palidez.				
20. Rubor facial.				
21. Sudoración (no debida al calor).				