



Prevalencia de depresión en estudiantes de Facultad de Medicina, Udelar 2022

Ciclo de Metodología Científica II - 2022 - Grupo 19

Belén Pérez.¹ belenperezmartinez04@gmail.com

Camila Hernandez.¹ camimariana@hotmail.com

Fátima García Da Rosa.¹ fatimagdarosa@gmail.com

Juan Martin Nuñez.¹ jmnc722@gmail.com

Lucía García Del Ré.¹ luligarcia37@gmail.com

Lucía García Gamboa.¹ lulila425@gmail.com

Alejandra Moreira.² amoreira@fmed.edu.uy

1. Ciclo de Metodología Científica II 2022 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
2. Clínica de Psiquiatría - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES:	4
DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	4
COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA DE ESTUDIO	4
ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	7
HIPÓTESIS DE TRABAJO	8
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
ASPECTOS ÉTICOS:	9
MATERIALES Y MÉTODOS	10
TIPO DE ESTUDIO, CRITERIOS DE INCLUSIÓN - EXCLUSIÓN	10
MUESTREO, CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	10
HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	11
ANÁLISIS DE RESULTADOS	12
RESULTADOS	13
Gráfico 1. Distribución de respuestas obtenidas por año académico cursado.	13
Gráfico 2. Grado de depresión: sin depresión, leve, moderada, severa.	14
Gráfico 3. Prevalencia de depresión según sexo.	16
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21
AGRADECIMIENTOS	25
ANEXOS	26
ANEXO 1: Consentimiento Informado:	26
ANEXO 2. Encuesta electrónica.	27

RESUMEN

La depresión es un trastorno primario del estado de ánimo que afecta el funcionamiento global, con sentimientos de inutilidad, infravaloración personal, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro. En Uruguay se ha informado una prevalencia de 18% en mujeres y 11% en hombres en el año 2008, mientras que dos revisiones sistemáticas reportaron una prevalencia de depresión en distintas muestras de estudiantes de medicina en el mundo de 30% y 27% respectivamente. El ingreso a la educación superior constituye un importante estresor para muchos adultos jóvenes. De forma particular los estudiantes de medicina se enfrentan a situaciones específicas que pueden conducir al padecimiento de depresión. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión en una muestra de estudiantes, describir sus principales características y analizar asociaciones entre variables. Con este fin se difundió una encuesta electrónica que alcanzó 2215 respuestas. Los datos fueron analizados con el test estadístico Chi Cuadrado, la medida de asociación utilizada fue el Odds Ratio aplicado mediante un análisis multivariado. En los resultados se evidencia una prevalencia de depresión de 64,2% siendo un 20,3% depresión leve, 24,5% moderada y 19,4% severa. El hecho de pertenecer al sexo femenino, estar cursando el primer trienio de la carrera, consumir psicofármacos y estar disconforme con el rendimiento académico fueron marcadores de riesgo para la alcanzar puntajes congruentes con depresión en el test de Beck. Los datos obtenidos fueron alarmantes en comparación con las cifras correspondientes a la población general y a otras poblaciones universitarias de la región. Consideramos necesario profundizar en el estudio de las causas que puedan explicar estas cifras y trabajar en la implementación de estrategias de promoción y prevención en salud mental dirigidas al cuerpo estudiantil de la Universidad de la República.

Palabras clave: depresión, estudiantes, medicina, Uruguay

ABSTRACT

Depression is a major mood disorder that affects day-to-day performance and carries feelings of worthlessness, self-deprecation, loss of interest in general activities, and hopelessness. In Uruguay, a prevalence of depression of 18% in women and 11% in men has been reported. Two systematic reviews reported a prevalence of depression of 30% and 27% in different samples of med students worldwide. Higher education constitutes an important stressor for many young adults. Specifically, medical students face situations that may lead to suffering from depression.

This study aims to determine the prevalence of depression in a sample of students, describe its main characteristics and study the associations among them. For that purpose, a questionnaire including Beck's Depression Inventory II was divulged in Google Forms through many platforms, reaching 2215 responses. Chi squared-test was applied to study the association of the variables, and Odds Ratio was used as the association measure, applied through a multivariate analysis. The results show a prevalence of depression of 64.2%. 20.3% correspond to mild depression, 24.5% to moderate, and 19.4% to severe depression. Results from the Beck test indicate that being female, currently taking part of the first three years of the career, consuming psychotropic drugs and being dissatisfied with one's academic performance suggest an increased risk of getting scores consistent with depression. The data obtained is alarming compared to depression in general population and other med students in the region. We consider it necessary to deepen the study of causes that may explain these results, and to implement mental health programs in order to prevent this disorder in students of Facultad de Medicina of the Universidad de la República.

Key words: depression, students, medicine, Uruguay

INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES:

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE

La depresión es un trastorno primario del estado de ánimo que afecta el funcionamiento global, con sentimientos persistentes de inutilidad, infravaloración personal, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro. Su etiología es multifactorial, lo que conlleva la inclusión de factores genéticos, ambientales y temperamentales.¹

COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

En consonancia con las tendencias mundiales, la transición epidemiológica en la Región de las Américas² ha dado como resultado el hecho de que las enfermedades transmisibles, las carencias nutricionales y los problemas de salud materno-infantiles (los cuales constituían las principales causas de enfermedad y muerte) hayan dado paso a las enfermedades no transmisibles, que se definen actualmente como las mayores responsables del aumento de la discapacidad y la mortalidad prematura.³

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los episodios depresivos graves constituyen el quinto estado de salud humana más discapacitante, después de la esquizofrenia aguda, la lesión de la médula espinal en nivel cervical no tratada, la esclerosis múltiple grave y la dependencia grave a la heroína.⁴ En 2019, 280 millones de personas padecían depresión incluyendo el trastorno depresivo mayor y la distimia. En 2020 estas cifras ascendieron significativamente debido a la pandemia por COVID 19, estimándose un 28% de aumento en el caso de los trastornos de depresión mayor. A nivel regional este análisis sitúa a la depresión como primera causa de discapacidad con 7,8% de la discapacidad total. En 2019 se reportó que la prevalencia en la región de las Américas era de 15,6%.⁵

En Uruguay la situación en cuanto a la salud mental es particularmente preocupante. No contamos con datos de prevalencia actualizados, pero dos estudios realizados en nuestro país sobre depresión han informado cifras de prevalencia de 16% en mujeres y 6% en hombres en el año 1998 y de un 18% en mujeres y 11% en hombres en el año 2008.⁶ Si comparamos estas cifras con los datos actuales de la OMS, los cuales informan una prevalencia mundial de

depresión de un 5%⁷, podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que nos encontramos ampliamente por encima de la media.

En la presentación de datos de suicidio del Ministerio de Salud Pública (MSP) del año 2021, se informa una tasa de 20,3 suicidios cada 100.000 habitantes, correspondiendo estos datos a los recabados durante el año 2020, 80,2% corresponden a hombres y 19,08% a mujeres. La franja etárea más comprometida es la de los adultos mayores, seguida por la de los adolescentes y jóvenes. El método más utilizado es: el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en primer lugar con un 70,47% y en segundo lugar el arma de fuego con un 17,55% del total de los suicidios. El departamento con mayor tasa de mortalidad por suicidio es Rocha con 44,5 cada 100.000 habitantes.⁸ Nuestras cifras son de las más elevadas del continente y muestran en los últimos años una tendencia al aumento.

La problemática de la depresión también afecta a los jóvenes uruguayos, la educación terciaria es cada vez más accesible a la población y con mayor frecuencia, los adolescentes que finalizan el bachillerato inician una carrera universitaria.⁹ Si bien no se puede negar la multicausalidad de la depresión, tampoco podemos dejar de lado los estresores a los que está expuesta la juventud, considerando que grupo etáreo constituye (luego de los adultos mayores) el de mayor prevalencia de suicidio consumado.

El ingreso a la educación superior es un importante estresor que implica grandes cambios en la vida cotidiana de muchos adultos jóvenes. La demanda de tareas se torna más intensa, se reduce el tiempo dedicado al ocio, es necesario cumplir con fechas límite, alcanzar los primeros lugares en los concursos, colmar altas expectativas familiares, tolerar la privación y distancia de la vida familiar, independizarse, autosustentarse por primera vez, y encajar en la vida social universitaria. De forma particular los estudiantes de medicina se enfrentan a múltiples situaciones que pueden conducir a la experimentación de ansiedad, dentro de éstas están la supervisión de los docentes en escenarios públicos, la exposición a casos de desamparo social, angustia y muerte, la realización de procedimientos técnicos de riesgo y el miedo a cometer errores durante la asistencia.

La carrera Doctor en Medicina de la Universidad de la República existe en el Uruguay desde el año 1875, y hasta el día de hoy forma médicos. Desde 2008 la carrera se organiza en tres etapas, las dos primeras de tres años cada una y la tercera de un año. El primer trienio establece las Bases de la Medicina Comunitaria, estudiando la condición de salud y el continuo salud-enfermedad. En el segundo trienio se realiza el estudio de los causantes de enfermedad,

fundamentos de las técnicas de diagnóstico y tratamiento. La tercera y última etapa de un año de duración corresponde al Internado, un “prácticum” que propone consolidar los rasgos del ejercicio profesional supervisado. El primer trienio se desarrolla fundamentalmente en la Facultad de Medicina, mientras que el segundo trienio es cursado en el ámbito hospitalario y centros de primer nivel de atención, teniendo mucho mayor contacto con la población asistida. Los últimos años se han marcado por un incremento en los inscriptos para iniciar la carrera, aunque se mantiene la tendencia de una deserción importante en el pasaje del Ciclo Básico al Ciclo Clínico. Existen estudios sobre la deserción en Facultad de Medicina, pero en éstos no se analiza en profundidad la incidencia de los trastornos mentales.¹⁰

En el estudio “La deserción estudiantil universitaria en la Udelar y en Uruguay entre 1997 y 2006”¹¹ se entrevista sobre este fenómeno en la Facultad de Medicina a la Dra. T. Ceretti, médica psiquiatra, catedrática de Psicología Médica, y directora del Departamento de Educación Médica, quien destaca que “...La Facultad recibía a estudiantes que al ingreso de la carrera presentaban una definición vocacional muy débil. Por un lado, ingresaban jóvenes que si bien están inclinados por el campo de la salud, no necesariamente presentaban vocación por la Medicina. Se suman a lo anterior, jóvenes que realizan inscripciones múltiples en diversas facultades del área de la salud, sin haber decidido qué carrera cursar finalmente...”. Otras razones identificadas se relacionaban al rendimiento académico, y la masificación del aula sumada a métodos pedagógicos desactualizados. “En referencia a los factores que incidían en la deserción durante la etapa clínica, la entrevistada manifestó que el estudiante de Medicina sentía que empezaba la carrera cuando entraba al hospital. El ingreso a esta etapa era capital por muchas razones. Se trata del año en donde comienza la práctica profesional, es el primer contacto con los pacientes. Quienes tenían vocación la confirmaban, mientras que los que carecían de ella, abandonaban la carrera o enfrentaban una serie de conflictos vinculados a la decisión de continuar estudiando Medicina. Esta es una segunda etapa de carácter adaptativo que en muchos casos opera como un filtro. Para Ceretti en el tramo final de la carrera la deserción disminuía sensiblemente. En este tramo en la decisión de abandonar mediarían factores personales tales como la situación laboral y familiar del estudiante.”

Todos los factores analizados como posibles causantes de la gran deserción en la carrera pueden actuar como factores de riesgo para la depresión. Es importante contar con información sobre el estado de la salud mental de los estudiantes de medicina y los impactos

que éste tiene, no solo con fines estadísticos y epidemiológicos, sino también para poder crear políticas de salud pública e institucionales que aborden este problema.

ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Resultó complejo hallar datos actualizados y regionales sobre la prevalencia del trastorno depresivo. De la búsqueda bibliográfica realizada se optó por priorizar dos meta análisis: el primero de ellos fue *“Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis”*¹² extraído de la Revista Brasileira de Psiquiatría del año 2017, en este trabajo se menciona una prevalencia de depresión en estudiantes de medicina Brasileños de 30,6%. El siguiente meta análisis incluido como antecedente fue *“Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students A Systematic Review and Meta-Analysis”*. En este estudio se realiza una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos que incluyen estudios publicados antes del 2016 y se informa una prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de 27,2% a nivel global, y además se mencionan las ideas suicidas con una prevalencia de 11,1%. En los estudios previamente mencionados también se hacen comparaciones con la población general, y se concluye que la prevalencia de síntomas depresivos es mayor en los estudiantes que en la media general.

El año 2022 se contextualiza en la fase final de una emergencia sanitaria que duró casi 2 años, causada por el virus SARS COV 2. Según la OMS en el primer año de pandemia aumentó un 27,5% la prevalencia de trastornos depresivos en la población general.¹⁴ En un estudio multicéntrico donde se entrevistaron 14.502 trabajadores sanitarios de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay, se halló que entre el 14,7% y 22% del personal presentó síntomas de un episodio depresivo. Entre un 5 y 15% del personal dijo que pensó en suicidarse. Además, en algunos países solo recibieron atención psicológica cerca de un tercio de quienes dijeron necesitarla. Resulta importante evaluar también aspectos de la salud mental de los estudiantes de Medicina, como actores importantes dentro del sistema de salud.¹⁵

Desde la perspectiva universitaria fue necesaria la adaptación a una modalidad de estudio virtual, con una gran demanda de contenidos temáticos careciendo de las instancias de trabajo presencial, necesario para el aprendizaje de habilidades prácticas. A su vez los docentes se

volcaron casi por completo en tareas asistenciales, duplicando horas de trabajo y carga de estrés emocional. Estas circunstancias atípicas afectaron a todos los estudiantes de la carrera Doctor en Medicina, y principalmente a quienes cursan los años más avanzados.

Dentro de este contexto los medios de comunicación fueron una variable significativa en el monto de estrés acumulado con la divulgación constante de información acerca de contagios y fallecidos.¹⁶

Considerando los aspectos descritos nos preguntamos: ¿cuál es la prevalencia de depresión en los estudiantes de medicina de la Udelar? ¿Es ésta similar a la prevalencia de la población general? ¿Es similar a las cifras halladas en los países de la región? ¿Se vieron afectadas estas cifras durante la pandemia? ¿Existe un vínculo estadísticamente significativo entre el sexo de los estudiantes, la procedencia o el año en curso con el padecimiento de depresión? ¿Son las ideas de suicidio frecuentes en esta población? ¿Afecta la depresión al rendimiento académico percibido? ¿Es frecuente la prescripción de psicofármacos?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La prevalencia de depresión será alta en los estudiantes de medicina, dado que constituyen un grupo de riesgo por la exposición a los estresores descritos en la introducción.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia de la depresión en una muestra de estudiantes de Facultad de Medicina UDELAR en el año 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la distribución de la depresión según año de cursado, procedencia, edad y sexo.
- Estudiar la relación de la variable depresión y el rendimiento académico percibido.
- Estudiar la presencia de ideas de muerte y uso de psicofármacos en esta población.
- Valorar si existe diferencia en la proporción de estudiantes que presentan depresión antes y después del ingreso a la etapa clínica de la carrera.

ASPECTOS ÉTICOS:

En cuanto a los aspectos éticos, se solicitó el aval del Comité de Ética de Facultad de Medicina UdelaR siguiendo los criterios establecidos por el mismo. Los datos fueron anonimizados y tratados de manera confidencial, se omitieron elementos que pudieran ser identificatorios. Los autores desconocen la identidad de quienes realizan las encuestas.

En Uruguay los límites de la apertura, publicación, recopilación, almacenamiento y gestión de datos están determinados por un conjunto de regulaciones principalmente redactados en la Ley 18.331 ¹⁷ de protección de datos personales. Estas normativas tienen como objetivo preservar y salvaguardar la privacidad de las personas con respecto a la publicación de ciertos activos de información, aunque estos sean recopilados por organismos públicos y gestionados y almacenados en sistemas de información pública.¹⁸

La aparición de tecnologías para el tratamiento de estos datos generan nuevas asimetrías entre quienes poseen las herramientas y los sujetos cuyos datos son objeto de estas aplicaciones. La inteligencia artificial y los algoritmos han creado la necesidad de desarrollar marcos regulatorios para proteger a las personas y grupos del mal uso de sus datos por parte de entidades públicas o privadas.¹⁹

Nuestra investigación se desarrolla en seres humanos, trabajamos con datos sensibles que corresponden a la salud, entendemos que ninguna persona puede ser obligada a proporcionar datos sensibles, y estos sólo podrán ser objeto de estudio con el consentimiento claro y expreso del titular el cual figura en la primera página de la encuesta electrónica (ver anexo 1). Consentir el uso de estos datos para la investigación será condición para continuar. Los datos sensibles sólo pueden ser recolectados y objeto de tratamiento cuando medien razones de interés general autorizadas por ley, o cuando el organismo solicitante tenga mandato legal para hacerlo, también podrán ser tratados con finalidades estadísticas o científicas cuando se disocien de sus titulares quedando prohibida la formación de bases de datos que almacenen información que directa o indirectamente revele datos sensibles.

Se respetan las reglas de confidencialidad, secreto y seguridad establecidas en la Ley Nº 19.286 que aprueba el Código de Ética Médica y demás disposiciones legales y reglamentarias

aplicables. Los autores no declaran ningún conflicto de intereses. Se acatan las normas, códigos y declaraciones internacionales de ética médica.^{20 21}

Dado que se desconoce la identidad de los participantes del estudio no es posible ofrecer estrategias terapéuticas en los casos más graves, por este motivo el equipo decide diseñar la encuesta de forma de que puedan visualizarse en su primer hoja datos de contacto y números telefónicos para que el encuestado pueda dirigirse a solicitar atención en salud mental (urgente o coordinada) en caso de ser necesario.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO, CRITERIOS DE INCLUSIÓN - EXCLUSIÓN

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional analítico, descriptivo transversal. Este diseño es rápido, económico y permite el cálculo directo de la prevalencia de una condición. La exposición y el efecto son medidos de forma simultánea en un único período, no siendo posible identificar una direccionalidad en la temporalidad.

La población de estudio está conformada por una muestra de estudiantes de 1º a 6º año de la carrera Doctor en Medicina de la Universidad de la República, Uruguay. Los datos fueron recolectados en el período de julio a septiembre de 2022.

Se incluyen todos los estudiantes que consientan participar y se encuentren cursando al momento de la encuesta al menos una materia de la carrera. Se excluyen los estudiantes del internado obligatorio ya que consideramos se trata de una etapa diferente de la misma, en la cual comienza el trabajo asistencial y las influencias de distintos estresores podrían constituir un sesgo en nuestro trabajo.

MUESTREO, CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

La representatividad de una muestra permite extrapolar los resultados observados en ésta a la población accesible, y a partir de ésta, a la población blanco. Por ende, una muestra será representativa sólo si fue seleccionada de forma aleatoria y el número de sujetos seleccionados representan numéricamente a la población que le dio origen ²³. Estas serían las

características de un muestreo probabilístico. No fué posible utilizar este método ya que los datos que se requieren (por ejemplo formas de contacto con estudiantes) forman parte de los llamados “datos sensibles” cuya obtención sin consentimiento representa un conflicto ético. Si se hiciera un muestreo probabilístico, tomando un Alfa de 0.05, conociendo el N poblacional y considerando una probabilidad de padecer depresión de 30%, con base en los antecedentes previamente expuestos, sería necesario un tamaño muestral de 323 estudiantes. Este valor se obtiene utilizando la siguiente ecuación:

$$N = Z_{\alpha}^2 \frac{p(1-p)}{\delta^2}$$

N: tamaño muestral;
Z_α: nivel de confianza;
p: proporción poblacional;
δ: precisión de la estimación.

El muestreo por conveniencia no da certeza que cada sujeto de estudio represente a la población blanco, por lo tanto los resultados no serán extrapolados a la población.²⁴ Se intentó alcanzar el mayor tamaño muestral posible, por lo cual se difundió un cuestionario en formato Google Forms por múltiples vías como: redes sociales y la plataforma de Espacio Virtual de Aprendizaje (EVA) de la Facultad de Medicina. El tamaño de la población estudiada es de aproximadamente 9.000 estudiantes, este dato fue obtenido sumando los matriculados a un curso (el que registraba mayor cantidad de inscriptos) de cada año. Dicha información fue proporcionada por Bedelías.

HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se utilizó el Inventario para la Depresión de Beck (BDI)²⁵. Éste es el instrumento de evaluación más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en la población, tanto en la práctica profesional como en la investigación.²⁶

La primera versión del test fue creada en 1961 y luego fue actualizada en 1979. La última versión (BDI II) fue desarrollada en 1996 y es la que será utilizada. El BDI II se basa en las conceptualizaciones actuales de los trastornos depresivos específicamente con la propuesta del DSM-IV. Tiene un alto coeficiente de confiabilidad (Pearson r = 0.93).²⁷ En la adaptación española realizada por el equipo de Sanz, el Inventario para la Depresión de Beck-II obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, de población general y de consultantes con trastornos psicopatológicos.²⁸

El BDI II consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir una frase entre un conjunto de cuatro, la que mejor se aproxima a su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el inventario. BDI II valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase de mayor gravedad. La interpretación en cualquiera de sus versiones y formas se basa en criterios o puntuaciones de corte que definen diferentes categorías o niveles de gravedad de sintomatología depresiva.²⁹ El manual original del BDI-II (Beck *et al.*, 1996, p. 11) propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. El uso de puntuaciones de referencia para distinguir niveles de sintomatología es habitual en muchos instrumentos psicopatológicos.³⁰

Se incluyeron en el mismo formulario preguntas diseñadas *ad hoc* por los investigadores para analizar la asociación entre variables.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las variables a estudiar son: sexo, residencia, procedencia (cualitativas nominales), edad (cuantitativa), año que se encuentra cursando actualmente (cuantitativa ordinal), conformidad con el rendimiento académico, consumo de psicofármacos (dicotómicas), y grado de depresión (cualitativa ordinal clasificada en: ausencia, leve, moderado, severo y a su vez como dicotómica: depresión sí, depresión no).

A partir de la herramienta Google Forms (ANEXO 2) se diseñó un documento Excel, adjudicando los puntos a las respuestas correspondientes y calculando el resultado del BDI II para cada individuo. Este archivo fue trasladado al programa JASP,³¹ un proyecto de código abierto que permite realizar análisis estadísticos de grandes bases de datos.

Se realizaron test estadísticos Chi Cuadrado con el fin de analizar la asociación de la depresión y las variables indagadas. La medida de asociación que se utilizó fué el Odds Ratio mediante un análisis multivariado.

RESULTADOS

Durante un mes y medio de difusión se obtuvieron un total de 2215 respuestas, alcanzando y superando el tamaño muestral previamente calculado, representando aproximadamente un 25% del universo. Si bien los resultados obtenidos no son extrapolables a toda la población de estudiantes, este número genera que la muestra tenga un alto grado de representatividad.

Del total de respuestas fueron excluidas 68 por no cumplir criterios de inclusión predefinidos. Comenzando con el análisis de los datos patronímicos se obtuvo que la moda para la edad en la muestra es de 23 años. Predomina el sexo femenino con un 79,5% sobre el sexo masculino con 20,5%.

La mayoría de los estudiantes de la muestra proceden del interior del país con un 56,6% de encuestados. Sin embargo, la mayoría vive en la capital del país con un 76,7%.

La distribución de respuestas por año académico se muestra en el Gráfico 1.

Distribución por año académico

- Primer año 23,2%
- Segundo año 16,1%
- Tercer año 18,2%
- Cuarto año 9,9%
- Quinto año 13,5%
- Sexto año 18,6%



Gráfico 1. Distribución de respuestas obtenidas por año académico cursado.

Al momento de completar la encuesta la mayoría de los estudiantes (54,8%) afirmaron no estar conformes con su rendimiento académico.

Es importante destacar que un 24% de los estudiantes de la muestra se encontraban consumiendo psicofármacos en ese momento y durante las dos semanas previas a la realización de la misma.

La prevalencia de depresión en esta muestra es de 64,2% y a su vez la proporción es: depresión leve (20,3%), moderada (24,5%) y severa (19,4%) (Gráfico 2). Si se tiene en cuenta solamente la proporción de depresión moderada y severa, la prevalencia corresponde a un 43,9%, que igualmente refleja un valor muy elevado.

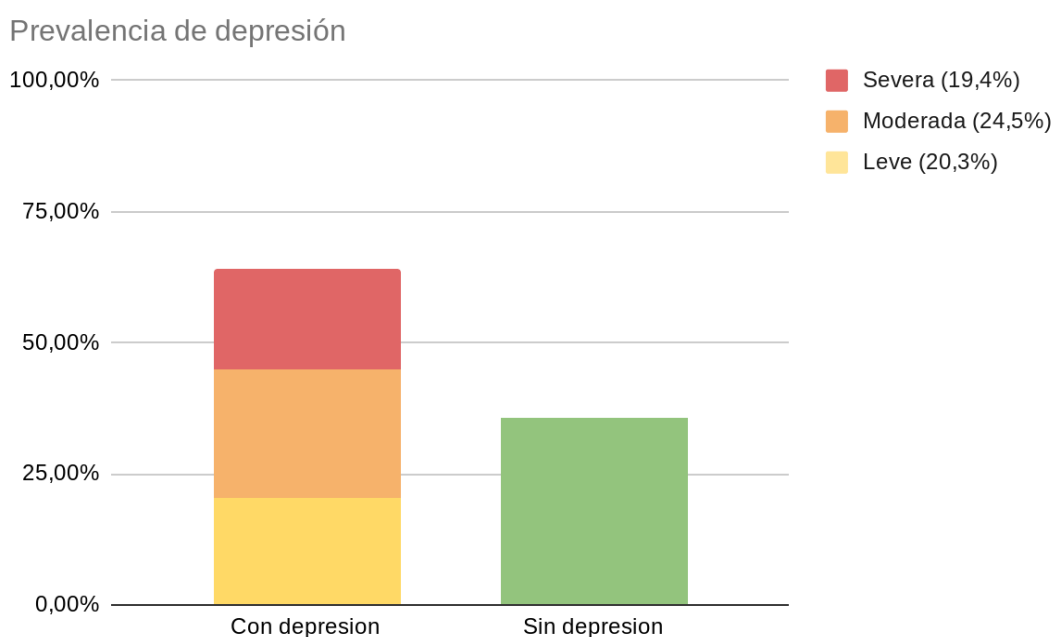


Gráfico 2. Grado de depresión: sin depresión, leve, moderada, severa.

En cuanto a los pensamientos suicidas, 30,9% de los encuestados respondieron “he tenido pensamientos de matarme pero no lo haría”, 2,3% contestaron “querría matarme” y 1,4% “me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo”.

A partir de las puntuaciones individuales del test autoaplicado de Beck se observan los resultados que se detallan en la Tabla 1. Con los puntajes obtenidos se definieron dos categorías: deprimido y no deprimido. Teniendo en cuenta la variable dependiente “depresión” (que al ser dicotómica podía estar presente o ausente), se vinculó con otras variables como el sexo de los encuestados, su lugar de residencia, lugar de procedencia, el ciclo cursado, la

conformidad con el rendimiento y el consumo de psicofármacos. Esta vinculación de las variables se realizó inicialmente con un modelo univariado, y luego se ajustó teniendo en cuenta las otras variables significativas (sexo, procedencia, ciclo, conformidad, psicofármacos) y se realizó un análisis estadístico multivariado que se analiza a continuación.

Factores asociados con la depresión	Univariado		Multivariado	
	OR IC (95%)	Valor p	OR IC (95%)	Valor p
Sexo (0 = Masculino, 1 = Femenino)	2,35 (1,90 - 2,91)	<0,001	2,24 (1,77 - 2,84)	<0,001
Residencia	0,89 (0,72 - 1,09)	0,263		
Procedencia (0 = Montevideo, 1 = Interior)	1,26 (1,05 - 1,50)	0,012	1,19 (0,97 - 1,45)	0,09
Nivel cursado (0= Segundo trienio, 1 = Primer trienio)	1,52 (1,27 - 1,82)	<0,001	1,32 (1,08 - 1,61)	0,007
Conformidad con rendimiento (0= Conforme, 1 = No conforme)	5,49 (4,52 - 6,66)	<0,001	4,93 (4,03 - 6,02)	<0,001
Consumo psicofármacos (0= No consume, 1 = Consume)	3,09 (2,42 - 3,94)	<0,001	2,90 (2,23 - 3,76)	<0,001

Tabla 1. Odds Ratio univariado y multivariado.

Existe mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino con un porcentaje de 68,4%, y calculando el OR con un IC del 95%, se observó que pertenecer al sexo femenino es un factor que aumenta las probabilidades de padecer depresión 2,24 veces más que en el sexo masculino (Gráfico 3). Este resultado es estadísticamente significativo con un valor p <0,001.

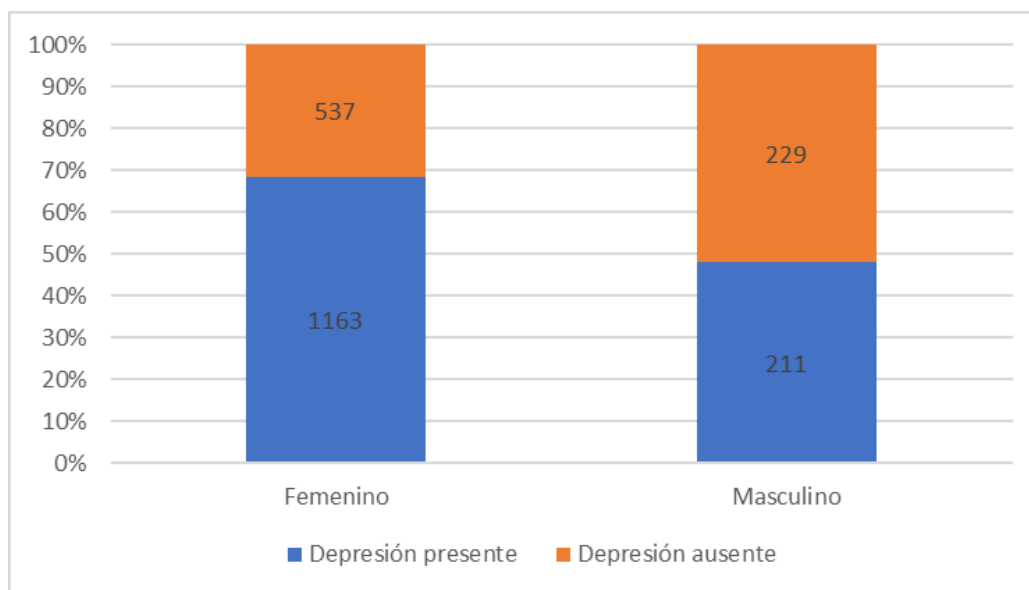


Gráfico 3. Prevalencia de depresión según sexo.

El lugar de residencia (que puede ser Montevideo o el interior del país) no resultó ser estadísticamente significativo con un valor p de 0,263. El lugar de procedencia al ajustarse por análisis multivariado no fue estadísticamente significativo.

Además, se analizó el nivel académico de los estudiantes, y para ello se los dividió por trienios: por un lado quienes cursan el primer trienio —estudiantes de 1°, 2° y 3° año— y por otro lado quienes cursan el segundo trienio —estudiantes de 4°, 5° y 6° año—. Los resultados arrojaron que aquellos estudiantes que cursan el primer trienio tienen 1,32 más chances de estar deprimidos que los del segundo trienio, con un nivel de significación del 5%. Si bien no es posible afirmar riesgo ni causalidad por las limitaciones de la investigación, sí podemos observar la correlación, y en este caso hay mayor correlación entre la depresión y los estudiantes de los primeros años de la carrera.

En la encuesta se incluyó la variable “conformidad con el rendimiento” que los encuestados podían responder con “sí” o “no”. Vinculando esa variable con la variable “depresión”, se observó que aquellos estudiantes no conformes con su rendimiento tienen 4,93 veces más chances de padecer depresión, con un IC del 95% y valor $p < 0,001$.

La última variable que se vinculó con la depresión fue el consumo de psicofármacos, y se encontró que los encuestados que consumen psicofármacos tienen 2,90 más posibilidades de padecer depresión que aquellos que no lo hacen (valor $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Consideramos que la prevalencia de depresión encontrada en esta investigación es elevada y alarmante con una cifra de 64,2%, especialmente al compararla con los datos nacionales (18% en mujeres y 11% en hombres) y otras muestras de estudiantes de medicina referenciadas previamente (27% - 30%).

En cuanto a la mayor probabilidad de padecer depresión en el sexo femenino, se trata de un resultado esperable y en acuerdo con las cifras poblacionales mundiales. Como dato relevante, a pesar de que en el Uruguay el pertenecer al sexo femenino es factor de riesgo para la depresión, el suicidio consumado se da un 80% de los casos en el sexo masculino. Esto se explica por el hecho de que los hombres tienden a elegir métodos más violentos y letales. En este contexto podríamos decir que la relación sexo-depresión se comporta de igual manera en la muestra que en la población general.

Respecto a la comparación con la población mundial, los datos de la OMS del año 2019 señalan una prevalencia global de depresión en mayores de 20 años de un 5%. La OMS afirma que la prevalencia de depresión varía con la edad y el sexo, y por lo tanto presenta los datos de prevalencia por separado: el sexo masculino tiene una prevalencia global de depresión del 4% y el sexo femenino del 6%.

El suicidio es una de las causas de muerte más importantes en la población joven de Uruguay. El valor obtenido entre los estudiantes que respondieron “querría matarme” y “me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo” suma un 3,7%. Esta cifra es elevada y constituye la proporción de la muestra con mayores criterios de gravedad sobre quienes debieran focalizarse las políticas de prevención en salud.

Los estudiantes cursando el primer trienio tienen mayor probabilidad de presentar depresión. Los primeros años de la carrera se caracterizan por tener un gran contenido teórico y requerir gran cantidad de horas de estudio en comparación con la educación secundaria. Este contraste suele generar frustración y sobre todo el primer año resulta un período de adaptación que

produce altos niveles de estrés. Se podría también plantear la hipótesis de la influencia de la modalidad virtual implementada durante la pandemia, mayormente en los cursos del primer trienio.

El rendimiento y los logros académicos entre los estudiantes universitarios están fuertemente vinculados al sentimiento de autorrealización y autoestima. El test utilizado evalúa especialmente aspectos como la desvalorización, autocrítica, culpa y fracaso. Estos son sentimientos que pueden ser desencadenados a lo largo de la carrera y no tiene por qué ser un reflejo de la realidad. A su vez, un estado de ánimo deprimido incide directamente sobre el proceso de aprendizaje y por ende en los resultados académicos. El test de Beck indaga además sobre otros aspectos que influyen en el rendimiento como son la pérdida de interés, la capacidad de concentración, el sentimiento de falta de energía, insomnio y pesimismo con respecto al futuro. Estos factores podrían explicar la gran proporción de autoevaluaciones negativas acerca del desempeño estudiantil.

La mayor probabilidad de presentar depresión entre los estudiantes que habían consumido psicofármacos en las últimas dos semanas puede reflejar un porcentaje de estudiantes con diagnóstico de depresión que se encuentran bajo tratamiento farmacológico, así como también la automedicación. Además, se puede deber a que la oferta de profesionales de la salud mental, ya sean psicólogos o psiquiatras, muchas veces no logra cubrir la demanda, dificultando la continuidad asistencial y el acceso a los programas de psicoterapia. También debemos considerar que en nuestro país existe la venta ilícita de psicofármacos, y se podría pensar que ello podría influir como factor predictor para presentar depresión. La proporción de estudiantes de la muestra que respondieron haber consumido psicofármacos en las últimas dos semanas es similar a las cifras encontradas en la población general uruguaya. Por ejemplo, según datos de la Junta Nacional de Drogas el 28,2% de la población estudiada en 2019 había consumido alguna vez en su vida tranquilizantes, y los antidepresivos con y sin prescripción médica habían sido consumidos alguna vez en la vida por casi un 14% de la población.³² En el período de realización de la encuesta los estudiantes se encontraban rindiendo parciales y exámenes. Podría plantearse la posibilidad de que los estudiantes tengan habitualmente un menor consumo que el registrado y éste aumente conforme se acercan las evaluaciones.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de la muestra analizada de estudiantes de la carrera Doctor en Medicina de la Universidad de la República presenta puntajes en el Test de Beck compatibles con el padecimiento de depresión. Estas cifras son mucho más elevadas que las encontradas en la población general y en otras muestras de estudiantes de medicina de otras partes del mundo.

Los estudiantes que no se encuentran conformes con su rendimiento demostraron una probabilidad mucho mayor de padecer depresión y el consumo de psicofármacos fue elevado entre los estudiantes que se encontraban deprimidos.

Se encontró una mayor probabilidad de depresión en los estudiantes en etapa preclínica. Pertenecer al sexo femenino mostró aumentar la probabilidad de padecer depresión. Además, las ideas de muerte están presentes en un número elevado de estudiantes, lo cual se condice con la alta tasa de suicidios en Uruguay.

Estos valores son alarmantes y creemos necesario un estudio más profundo acerca de las causas que explican estas cifras. Pensamos que también es necesario el diseño de estrategias específicas de promoción y prevención de la salud mental. Si bien durante el transcurso de la carrera contamos con cursos como Psicología Médica o Psiquiatría, los mismos están centrados en el ejercicio profesional de la carrera y no en la etapa formativa. Creemos que un transcurso saludable por los años académicos sería un pilar fundamental para la correcta formación del profesional. Esperamos que en años venideros, futuros estudiantes de medicina puedan contar con mayor cantidad de herramientas para el cuidado de su propia salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Benítez CT, García-Rodríguez A, Leal-Ugarte E, Peralta-Leal V, Durán-González J. Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2014; 52 (5): 574-9
2. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. Lancet. 2015;6736(14):8-9. doi:10.1016/S0140-6736(14)62254-6.
3. Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet. 2015;386(10009):2145-2191. doi:10.1016/S0140-6736(15)61340-X.
4. Who.int. 2022. World mental health report: Transforming mental health for all. [online] Available at: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>> [Accessed 17 June 2022].
5. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Paho.org. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
6. 1 Lista A. Cifra. Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay. Año 1998.
Lista A. Cifra. Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay. Año 2008.
7. Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. Nacional De Prevención D, Suicidio D. Gub.uy. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentaci%C3%B3n%20de%20datos%20para%20D%C3%ADa%20Nac%20P%20Suicidio%202021.pdf>

9. Edu.uy. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: http://suicidiopreencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Filardo_Borr%C3%A1s_Suicidio_Adolescente.pdf
10. La Udelar tiene más de 20.000 nuevos estudiantes [Internet]. Portal Udelar. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://udelar.edu.uy/portal/2021/05/la-udelar-tiene-mas-de-20-000-nuevos-estudiantes/>
11. Edu.uy. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4146/1/FCS_Boado_2011-10-03_webO.pdf
12. Pacheco JP, Giacomin HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017 [citado el 27 de mayo de 2022];39(4):369–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>
13. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2016 [citado el 27 de mayo de 2022];316(21):2214. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
14. Salud mental y COVID-19: Evidencia temprana del impacto de la pandemia [Internet]. OMS; 2022 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1412184/retrieve>
15. Salud, O., 2022. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. [online] Iris.paho.org. Available at: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563> [Accessed 17 June 2022].
16. Quintero C. Depresión en universitarios derivada del Covid-19: un modelo de clasificación. *Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* [Internet]. 2021 [citado el 30 de mayo de 2022];:8. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP>

17. Ley Nº 18331 (2008) Ley de protección de datos personales. IMPO. Centro de información oficial. Normativa y avisos legales del Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

18. Atenas Javiera (2021). Entendiendo la privacidad y la protección de datos.El derecho a la privacidad. Curso Datos sociedad y política, un acercamiento crítico a los datos. PROEVA. Udelar.

19. Atenas, J. (Ed.). (2019). Estado abierto a través de datos abiertos. Montevideo, Uruguay: Iniciativa Latinoamericana por los Datos Abiertos y Banco Interamericano de Desarrollo. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3243389> Disponible en: <http://eprints.rclis.org/39799/1/Handbook%20-%20Estado%20Abierto%20%28BID%20%2B%20ILDA%29%20Final%20%281%29.pdf>

20. Ballardo E, Rodriguez H, Rotondo T, et al. (1995) Comisión especial para ajustar el texto del proyecto del código de ética del SMU. Código de ética médica aprobado. Ediciones SMU.

21. La ética médica, Normas códigos y declaraciones internacionales (1994), Ediciones SMU.

22. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Cross-sectional studies. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2021 [citado el 31 de mayo de 2022];21(1):164–70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100179

23, 24. Otzen Tamara, Manterola Carlos. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol. [Internet]. 2017 Mar [citado 2022 Mayo 29] ; 35(1): 227-232. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.

25. *Psicothema*, 1998. Vol. 10, nº 2, pp. 303-318 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG Copyright © 1998 *Psicothema* 303 FIABILIDAD, VALIDEZ Y DATOS NORMATIVOS DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK Jesús Sanz y Carmelo Vázquez Universidad Complutense de Madrid

26. Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck depression inventories – IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588–597. doi:10.1207/s15327752jpa6703_13. Accessed April 14, 2011, from doi:dx.doi.org.
27. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
28. FORTÚN, MARÍA, & SANZ, JESÚS, & VÁZQUEZ, CARMELO, & GARCÍA-VERA, MARÍA PAZ, & ESPINOSA, REGINA (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2),121-142.[fecha de Consulta 13 de Mayo de 2022]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104001>
29. Melipillán Araneda, Roberto, Cova Solar, Félix, Rincón González, Paulina, & Valdivia Peralta, Mario. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
30. Sanz Fernández, Jesús y Gutiérrez, Sara y Gesteira Santos, Clara y García Vera, María Paz (2014) *Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II)*. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 22 (1). pp. 37-59. ISSN 1132-9483
31. A fresh way to do statistics [Internet]. JASP - Free and User-Friendly Statistical Software. 2021 [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://jasp-stats.org/>
32. VII ENCUESTA NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL. (n.d.). [Citado el 14 de noviembre de 2022], disponible en <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/>

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Santiago Mansilla, integrante de la cátedra de Metodología Científica, por su total disposición como educador al momento de procesar los datos, obtener los resultados y analizarlos.

A los coordinadores de los diferentes cursos de la carrera Doctor en Medicina de la UdelaR que mostraron gran interés por este trabajo y nos ayudaron compartiendo la encuesta en la plataforma EVA: Julio Siciliano, María Noel Alvarez, Laura Bentancor y Nicolás Muniz.

A los funcionarios de Bedelías que nos proporcionaron datos fundamentales para nuestra investigación con prontitud y buena voluntad.

A Silvina Bartesaghi por estar siempre disponible para resolver dudas y por su permanente disposición para facilitarnos el trayecto en este curso.

A Victoria García da Rosa y Estefani Díaz por estar a las órdenes con el inglés y colaborar con la traducción del abstract.

A todos los estudiantes de la carrera Doctor en Medicina de la UdelaR que respondieron la encuesta y aquellos que nos apoyaron difundiendo por diferentes redes sociales, permitiéndonos alcanzar tantas respuestas.

Muchas gracias.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado:

El mismo aparecerá en la primera página de la encuesta y requerirá ser aceptado para poder continuar.

https://docs.google.com/forms/d/17aqHdGZYvQKUxzGKtBs65F_cuievoDmS3B_uzl50rAg/edit

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Depresión en estudiantes de Facultad de Medicina en Uruguay en 2022.

Responsable: Dra. Alejandra Moreira amoreira@fmed.edu.uy

Facultad de Medicina – Clínica de Psiquiatría. Teléfono: 24875843 www.psiquiatria.fmed.edu.uy

Hospital de Clínicas Avda. Italia S/N 1er Piso Ala Este psiquiatria@fmed.edu.uy

INFORMACIÓN PARA ESTUDIANTES:

Nos dirigimos a usted en su calidad de estudiante de Facultad de Medicina de La Universidad de la República Oriental del Uruguay para invitarle a participar de una investigación acerca de la prevalencia de la depresión en los estudiantes de Medicina. El presente documento brinda información sobre la investigación y las implicancias de su participación, así mismo estamos a su disposición por aclarar dudas o brindar la información que usted considere necesaria en las vías de contacto previamente especificadas.

Este estudio es desarrollado por integrantes del curso *Metodología Científica II* de Facultad de Medicina a cargo de la Dra. Alejandra Moreira, el tiempo estimado para su ejecución es de siete meses. Los objetivos del estudio son conocer la prevalencia de la depresión en una muestra de estudiantes de Medicina UDELAR 2022, realizar un análisis de sus posibles asociaciones y principales características clínicas. Nos moviliza el visibilizar esta patología y su frecuente presentación en la educación superior la cual muchas veces oficia como obstáculo para alcanzar los logros académicos deseados. Acceder al protocolo completo aquí. <https://docs.google.com/document/d/1jK5hBxuFYXn02C3W8cHk-jkSUdVN1CBvcvTLmiA4BFs/edit#>

Se trata de una investigación que no tiene beneficios terapéuticos (de tratamiento de enfermedades), sino que trabaja con datos relevados mediante un formulario auto-administrado. No identificamos riesgos para la salud inherentes a la participación en el estudio. Las molestias causadas podrían ser el tiempo implicado en responder la encuesta el cual no excede los 10 minutos. Los beneficios del estudio tienen que ver con la posibilidad que en el futuro se desarrollen herramientas permitan transitar la carrera con menores niveles de estrés y riesgos de desarrollar un trastorno de salud mental y así mejorar la salud de los estudiantes y su rendimiento.

Se asegura la **confidencialidad** de los datos tanto en su manejo y como en su publicación. Omitiremos nombres propios o cualquier dato patronímico que pueda identificar a la persona. Los investigadores desconocen la identidad de quienes responden las encuestas. La participación es libre, usted podrá cerrar el formulario de la investigación en cualquier momento que lo desee, sin explicación de causa, esto no ocasionará ningún perjuicio patrimonial, moral, ni tampoco perjudicará de ninguna forma su evaluación como estudiante. La participación en el estudio no dará derecho a ninguna remuneración o compensación económica.

Compartimos datos importantes que pudieran ser de su interés si se encuentra cursando un episodio depresivo y necesita apoyo profesional: Si durante la encuesta usted presenta dudas o inquietudes sobre su salud mental puede acudir a las siguientes líneas:

La línea VIDA de ASSE, apunta a crear un servicio de atención telefónica de carácter nacional, con el objetivo de contribuir a disminuir los intentos de autoeliminación o los suicidios a nivel del país. Alcanza a todas las personas, sin importar a qué prestador de salud esté afiliada. Funciona durante las 24 horas, todos los días del año, atendida por un equipo de profesionales que han sido capacitados para este fin. **Número de contacto: 0800 0767** <https://www.asse.com.uy/contenido/Linea-Vida-0800-0767--0767-10801>

La **División Universitaria de Salud (DUS)** constituye el Servicio de Salud en el espacio laboral y de estudio de la Udelar con funciones esencialmente preventivas, de orientación y acompañamiento. Centra su trabajo en la promoción de la salud desde una perspectiva de Derechos e integralidad; mediante espacios de consulta, evaluación, orientación y acompañamiento, con profesionales de las áreas médicas y sociales, dirigidas a la atención de estudiantes y trabajadores de la Udelar. **Número de contacto: 2400 2178** secredus@dus.edu.uy

Habiendo comprendido la información otorgada y habiendo disipado todas mis dudas, acepto voluntariamente participar en este estudio.

ANEXO 2. Encuesta electrónica.

Prevalencia de depresión en estudiantes de Facultad de Medicina en Uruguay en 2022.

1. Edad
2. Sexo
 - Femenino
 - Masculino
 - Otro
3. Lugar de procedencia
 - Montevideo
 - Interior
4. ¿Dónde vive actualmente?
 - Montevideo
 - Interior
5. ¿Se encuentra cursando actualmente?
 - Si
 - No
6. ¿Qué año académico se encuentra cursando?
 - 1ro
 - 2do
 - 3ro
 - 4to
 - 5to
 - 6to
7. ¿Está conforme con su rendimiento académico?
 - Si
 - No
8. ¿Ha consumido psicofármacos en las últimas dos semanas?
 - Si

-No

El siguiente cuestionario pertenece al test autoaplicable de Beck, el cual debe responder en función de cómo se ha sentido desde las últimas dos semanas hasta el día de hoy.

1. Tristeza

-No me siento triste.

-Me siento triste gran parte del tiempo.

-Me siento triste todo el tiempo.

-Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

-No estoy desalentado respecto de mi futuro.

-Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

-No espero que las cosas funcionen para mí.

-Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

-No me siento como un fracasado.

-He fracasado más de lo que hubiera debido.

-Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

-Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

-Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

-No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

-Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

-No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

-No me siento particularmente culpable.

-Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

-Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

-Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

-No siento que esté siendo castigado

-Siento que tal vez pueda ser castigado.

-Espero ser castigado.

- Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo
- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 - He perdido la confianza en mí mismo.
 - Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - No me gusta a mí mismo.
8. Autocrítica
- No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 - Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 - Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 - Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas
- No tengo ningún pensamiento de matarme.
 - He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 - Querría matarme.
 - Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
- No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - Lloro más de lo que solía hacerlo
 - Lloro por cualquier pequeñez.
 - Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. Agitación
- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 - Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
 - Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Pérdida de Interés
- No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión

- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 - Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
- No siento que yo no sea valioso.
 - No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
 - Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - Siento que no valgo nada.
15. Pérdida de Energía
- Tengo tanta energía como siempre.
 - Tengo menos energía que la que solía tener.
 - No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
 - No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 - Duermo un poco más que lo habitual / Duermo un poco menos que lo habitual.
 - Duermo mucho más que lo habitual / Duermo mucho menos que lo habitual.
 - Duermo la mayor parte del día / Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17. Irritabilidad
- No estoy tan irritable que lo habitual.
 - Estoy más irritable que lo habitual.
 - Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 - Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito
- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 - Mi apetito es un poco menor que lo habitual / Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 - Mi apetito es mucho menor que antes / Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
 - No tengo apetito en absoluto / Quiero comer todo el día.
19. Dificultad de Concentración
- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
 - Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

-Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

-No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

-Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

-Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

-Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

-No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

-Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

-Estoy mucho menos interesado en el sexo.

-He perdido completamente el interés en el sexo.