

**PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, USO Y/O ABUSO DE ALCOHOL Y  
SU POSIBLE ASOCIACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA.**

Johanna Marcela Martínez Ramírez.

Catalina Salazar Arango.

Trabajo de Grado.

Requisito para optar el título de especialista.

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA.**

**FACULTAD DE MEDICINA.**

**ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

**CHIA, 2011**

# PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, USO Y/O ABUSO DE ALCOHOL Y SU POSIBLE ASOCIACIÓN, EN LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA SABANA.

Johanna M Martínez, Catalina Salazar, Antonio L. Baena, Mauricio Ulloa, John Feliciano, Erika Martínez.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva, uso/abuso de alcohol y su posible asociación y correlación con variables sociodemográficas en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana, con el fin de sensibilizar y generar la necesidad de crear programas de intervención dirigidos a la reducción de estas conductas de riesgo. **MATERIALES Y METODOS:** Participaron en el estudio 675 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana, matriculados en el periodo académico 2010-2. Se aplicó 2 escalas auto-administradas e internacionalmente validadas, Inventario de Depresión de Beck en su versión de 21 ítems y la escala de CAGE buscando asociación con variables sociodemográficas. **RESULTADOS:** La población encuestada en su gran mayoría abarca un rango de edades entre los 16 a 20 años +/- 2.5 DE. El género predominante de sus estudiantes son mujeres con un 68,9%. Se halló una prevalencia global de síntomas depresivos del 27.1%, siendo superior en: mujeres con un 31,1%, estudiantes pertenecientes a los semestres de clínicas (29,6%) e internado (29,4%); quienes viven solos (36,6%) y pertenecen a estratos socioeconómico alto (27,9%). La prevalencia global de uso de alcohol es de 25.2% y abuso en un 10.6%. Se identificó un mayor uso (34,3%) y abuso (15,7%) de alcohol en el género masculino, siendo factor protector el género femenino con un OR 0,4 IC 95% (0,3- 0,5). Los estudiantes que más usan alcohol pertenecen a los semestres de básicas (I a IV) (26,3%) y los que más abusan del alcohol cursan internado (XII a XIV) (12%). No existe una asociación importante entre la presentación de síntomas depresivos y el uso ó abuso de alcohol.

Palabras Claves: *Estudiantes de Medicina, sintomatología depresiva, uso y/o abuso de alcohol.*

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Determine the prevalence of depressive symptomatology, alcohol use/abuse and their possible association in the medical students at La Sabana University, to sensitize the need to create intervention programs aimed to reduce these risk behaviors. **MATERIALS AND METHODS:** 675 medical students at the La Sabana University, that were registered in the 2010-2 academic year participate in the study. 2 Scale internationally validated and self-administered were applied, Beck Depression Inventory in its 21 items version and CAGE Scale, seeking the association with sociodemographic variables. **RESULTS:** The surveyed population includes mostly ranging age from 16 to 20 years + / - 2.5 SD. The predominant gender of students are women with 68.9%. It was found an overall prevalence of depressive symptoms 27.1%, being higher: 31.1% women, students from clinical semesters (29.6%) and internship (29.4%), those living alone (36.6%) and belong to upper socioeconomic stratus (27.9%). The overall prevalence of alcohol use and abuse of 25.2% by 10.6%. Greater use was identified (34.3%) and abuse (15.7%) of alcohol in the male gender, being female gender a protective factor with an OR 0.4 95% CI (0.3 - 0.5). Students who use alcohol are more from basic semesters (26.3%) and those who more abuse of alcohol are from internal course (XII-XIV) (12%). Does not exist a strong association between the presentation of depressive symptoms and alcohol use or abuse.

*Key words: Medical students, Depressive Symptoms, Alcohol use or abuse*

## **INTRODUCCION.**

La formación y el entrenamiento médico, es una de las disciplinas científicas que ejercen una gran responsabilidad, dedicación y compromiso por parte de los estudiantes que ingresan a formarse como médicos. Dentro de la evolución de los semestres académicos, los estudiantes de medicina deben lograr una serie de capacidades y habilidades médicas necesarias, para enfrentarse a la generación de diagnósticos de múltiples patologías, tipos de pacientes y situaciones clínicas que hacen de esta, una disciplina altamente exigente. Sin obviar que dicho periodo se desarrolla dentro de un ciclo vital crítico, como es la adolescencia final y la adultez joven, en donde las crisis normativas propias de la edad, son claves en la repercusión de la salud mental de los estudiantes de medicina, y la generación de malos hábitos, como el consumo de sustancias, entre ellas el uso o abuso de alcohol; sin olvidar que puede existir una asociación que potencie la existencia de trastornos afectivos como la depresión con el consumo del alcohol o viceversa.

Es bien conocido que la medicina enfrenta, la depresión y el abuso de alcohol como problemas de seria importancia a nivel de salud pública. Se estima que para el 2020 la enfermedad de mayor ocurrencia en la población mundial será la depresión (1). Cuadro que se presenta por la disfunción de neurotransmisores o sistemas metabólicos, que se caracteriza por presentar una vulnerabilidad genética, una sensibilidad incrementada al estrés y la no sincronización de los ritmos biológicos. El ánimo triste, la pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa, minusvalía, alteraciones en el sueño y en la alimentación, seguido por la pérdida de energía y la dificultad para concentrarse, son los síntomas cardinales de esta patología; donde en estados más severos, el individuo con depresión puede llegar a intentar contra su vida, lo que hace de este trastorno una patología potencialmente mortal.

En el mundo, el suicidio está dentro de las diez primeras causas de muerte. Más de un millón de suicidios suceden al año, de los cuales el 30% ocurren en estudiantes universitarios (2). Así mismo es fundamental destacar, que este tipo de sintomatología podría terminar repercutiendo seriamente en el desempeño profesional de los estudiantes en formación, haciendo que su relación médico paciente, sus habilidades en la generación de diagnósticos y selección de tratamientos oportunos y preventivos, no se haga en la forma más eficiente y efectiva.

Estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de depresión en adolescentes representa el 0,4 al 8,3% y el 15 al 20% durante todo el transcurso de la vida, teniendo en cuenta que los adolescentes presentan más sentimiento depresivos que los adultos, siendo más frecuente en las mujeres con un 14,9%. (3). Razón por la cual, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales y mundiales varios miles de millones de dólares, tanto en término de gastos incurridos directamente, como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, pueden llegar a ser 4.2 veces más alto que el incurrido por un paciente asegurado sano(3)

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental más reciente, se dice que al menos el 40% de los colombianos han tenido alguna vez un trastorno mental y entre ellos las alteraciones del estado del ánimo, incluyendo la depresión, esta presente en el 13,9% de la población.

La edad de aparición de los trastornos del estado de ánimo inicia desde los 10 años con un ascenso exponencial a través de la vida, teniendo un aumento considerable durante todo el periodo de la adolescencia y en poblaciones universitarias incompletas, destacando que la frecuencia del no uso de los servicios de salud por trastornos mentales es del 85,8% de los casos, cifra que es alarmante para los médicos de atención primaria. (4)

Por otra parte diferentes estudios hablan que el hábito de beber alcohol y otras sustancias, son patrones de conducta que se instauran generalmente en la adolescencia, en edades progresivamente más tempranas. (5)(6). En Colombia el alcohol es la sustancia más usada en todas las edades, por su aceptación social de su consumo. En los adolescentes el alcohol en muchas

ocasiones va asociado con el uso de otras sustancias susceptibles de abuso. (7)

Diversos estudios demuestran que quienes padecen depresión y trastornos del estado de ánimo tienen mayor riesgo de dependencia al alcohol y viceversa, donde las afecciones por el consumo de alcohol constituyen un factor de riesgo para los trastornos depresivos de manera dependiente de la dosis, en general antecediendo un trastorno depresivo y con una mejora de la depresión luego de un período de abstinencia. (7)(8)

En Estados Unidos se comprobó que, en un año cualquiera, 11% de las personas con síntomas de depresión eran alcohol-dependientes y a la inversa, 20% de las personas dependientes de alcohol presentaban un trastorno depresivo serio. (8)

Razones que hacen primordial para los médicos de Atención Primaria, que se realicen pruebas de tamizaje a poblaciones vulnerables que permitan la detección temprana de patologías en estadios de fácil intervención y bajo costo en la aplicación de tratamientos, evitando de esta forma secuelas graves, motivo por el cual fue hecho el presente estudio.

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

La muestra estuvo integrada por 675 alumnos de ambos sexos de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana, matriculados en el periodo académicos de 2010-2, de I a XIV semestre; donde se aplicó dos escalas, internacionalmente validadas como son: El Inventario de Depresión de Beck en su versión de 21 ítems y la Escala de CAGE. Adicional a esto se tuvo en cuenta algunas variables sociodemográficas como: edad, sexo, semestre en curso, estrato socioeconómico, tipo de familia y estado civil de los padres para el análisis, aclarando que la aplicación de este tipo de escalas no supera la aproximación diagnóstica que se logra con una entrevista personalizada aplicando los criterios DSM IV.

### **Inventario de Depresión de Beck versión de 21 ítems.**

El Inventario de Depresión de Beck, es una prueba autoadministrada y se califica en una modalidad tipo likert, donde los puntos de corte se emplean para hacer una categorización de la severidad de los síntomas depresivos. Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos y van de 0 a 36 puntos, dando un puntaje total posible de 39 puntos. Los puntos propuestos son: 0-4 Niega o finge depresión, 5-7 depresión leve, 8-15 depresión moderada, > de 15 puntos depresión severa.

Ha sido empleada ampliamente para realizar tamizaje de sintomatología depresiva en la población general siendo las mayores ventajas de esta versión: una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferencia de pacientes deprimidos y sanos y su popularidad internacional.

Fue válida para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones universitarias, adultos y adolescentes, razón por la cual, la hace una prueba idónea para el tipo de población encuestada. Tiene una sensibilidad del 98% y una Especificidad de 94%, un valor predictivo positivo de 0.72 y un valor predictivo negativo de 1. (9)(10)

### **Cuestionario de CAGE.**

Es una prueba de tamizaje auto-aplicable, útil en la aproximación al problema de uso o abuso de alcohol. Engloba cuatro preguntas de respuesta sencilla, afirmativa o negativa, respecto a las preguntas que lo componen en inglés: Cut-down (Disminución del consumo), Annoyed (Enojo ante la crítica), Guilty (Culpabilidad) y Eye-opened (Abstinencia). Desarrollada desde 1970 por John Ewing, médico psiquiatra de Filadelfia y validada en las revistas: Americana de Psiquiatría en 1974 y JAMA en 1984, de las que se destaca como una prueba de tamizaje útil, de valiosa recordación para los médicos. Fue diseñada en forma de acrónimo para mayor aplicabilidad y brevedad respecto a otras pruebas de tamizaje de alcohol, ampliamente utilizada a nivel internacional, denotando su

superioridad y ventaja respecto a las escalas de AUDIT, MAST y GOLDBERG con una sensibilidad de 85-96% y especificidad de 90-100%.

Con dos respuestas afirmativas según la validación en Español realizada por el Doctor Rodríguez Martos en 1986, se considera uso de alcohol, 3 respuestas abuso y 4 o solo teniendo la última respuesta afirmativa confirma la presencia de abuso de alcohol, confirmando que es una prueba útil en casos graves de alcohol y para abordar grandes grupos poblacionales por su alta especificidad. (11)(12)

### **Procedimiento.**

Las encuestas fueron aplicadas en la semana de inducción, al comienzo del semestre 2010-2, en cada salón desde I semestre hasta semestre XIV, ya que la carrera de Medicina en la Universidad de la Sabana tiene una duración de 7 años, donde en su nueva reforma curricular el internado inicia desde el XII semestre.

Para facilitar el análisis de datos, se agrupo los semestres de la siguiente manera: Semestre de Básicas (I a IV), Clínicas (IV a XI) e internado (XII a XIV).

Antes de aplicar las escalas en los estudiantes, se contó con el aval de la Subcomisión de Investigación de la Facultad y su respectivo Comité de Bioética. Se realizó una prueba piloto entre los residentes de segundo y tercer año para determinar si era clara la forma de presentación de la escala.

En la recolección de datos estadísticos con los estudiantes de toda la facultad de Medicina, se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento para la aplicación de ambas escalas. En primera instancia, se les mostró a cada grupo un instructivo realizado en Power Point en su versión 2007, en donde se les explica con detalle la forma de diligenciamiento del consentimiento informado y de las encuestas, resolviendo todas las dudas que se presentaron en cada grupo.

Se estimó una duración de 20 minutos para el auto-diligenciamiento de las escalas. Es importante destacar que el consentimiento informado y la entrega de las pruebas se realizaron en dos tiempo garantizando de esta forma el anonimato en la participación de los estudiantes.

### **Consideraciones éticas.**

Se contó con la aprobación de las directivas de la subcomisión de Investigación y del Comité de Ética Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana, donde se aprueba el consentimiento informado explicado a cada uno de los participantes, en donde se hace explícito el carácter confidencial, anónimo y voluntario de los participantes que aceptaron entrar en este estudio. El diseño del consentimiento informado se cionó a las recomendaciones dadas en la Ley Colombiana 8340 de 1993, la cual explica todos los parámetros éticos correspondientes para la investigación en humanos en Colombia. (13)

### **Análisis Estadístico.**

Posterior a la recolección de datos, se creó una base de datos en EXCEL versión 2007 donde se tabularon los resultados obtenidos en el trabajo de campo. La digitación de los datos estadísticos fue realizada por dos investigadores, lo que garantiza, la comprobación simultáneamente y la correcta digitación de los datos.

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 18, realizando un análisis univariado y multivariado utilizando el modelo de árbol de agrupamiento que proporciona la jerarquía de variables relevantes en el análisis y su incidencia en el mismo, en un estudio de tipo exploratorio, transversal, descriptivo y representativo.

El modelo permite seleccionar las variables estadísticamente significativas para el análisis, mostrando para el presente estudio las proporciones de estudiantes según las variables incluidas. El método seleccionado fue el CHAID (Chi Square automatic interaction detection), el cual elige la variable independiente denominada predictora, que presenta la interacción más fuerte con la

variable dependiente. Las categorías de cada predictor si no son significativamente distintas, respecto a la variable dependiente, el modelo no las presenta. Se definieron como variables dependientes el tamizaje de sintomatología depresiva, el uso y/o abuso de alcohol y como variables independientes la edad, el genero, tipo de familia, estado civil de los padres, semestre, estrato socio-económico.

### **Limitaciones.**

La población de estudiantes que cursaba los semestres correspondientes al internado XIII a XIV, se encontraba realizando sus rotaciones en hospitales extramurales y fuera del país, por lo cual se hizo difícil su captación. En los internos de XIII semestre solo se pudo captar 13 estudiantes, lo cual hizo que se descartara de la muestra dentro la totalidad encuestada.

### **RESULTADOS.**

El Inventario de Depresión de Beck y la Escala de CAGE fueron aplicados a 675 estudiantes (79.5%), de 849 estudiantes que corresponde al total de la facultad de medicina de la Universidad de la Sabana.

#### ***Caracterización de la población.***

- La distribución por semestres se dividió en: básicas (51 %) clínica (29%) e internado (20 %).
- La distribución según sexo fue de 68.9% mujeres y 31.1% hombres.

*Tabla 1.0 Distribución por Género según etapa de la carrera.*

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BASICAS</b>	34%	17.3%	51%
<b>CLINICAS</b>	20.1%	8.8%	29%
<b>INTERNADO</b>	14.8%	4.8%	20%

- La edad promedio fue de 20.1 con una desviación estándar de +/- 2.5.
- El estrato socioeconómico con mayor prevalencia fue el estrato medio 58%, seguido del estrato alto 35.4% y por ultimo el estrato bajo con 6.7%.
- Al interrogar cuales de los estudiantes viven con su familia nuclear, familiares cercanos o solos, respondieron que el 74% vive con la familia nuclear, el 10% vive solo y el 9% vive con familia extensa.
- En cuanto a la estructura familiar, los padres de los estudiantes que están casados conforman la mayoría de la población con un (63.4%) seguido de padres separados (24%).

**Depresión y las variables sociodemográficas.**

Después de aplicar la escala de Beck se determinó que el 27.1% de los estudiantes presentó algún grado de síntomas depresivos y el 72.9 % restante se clasificó como normal o finge no estar deprimido.

Tabla 1.1. Prevalencia global de síntomas depresivos.

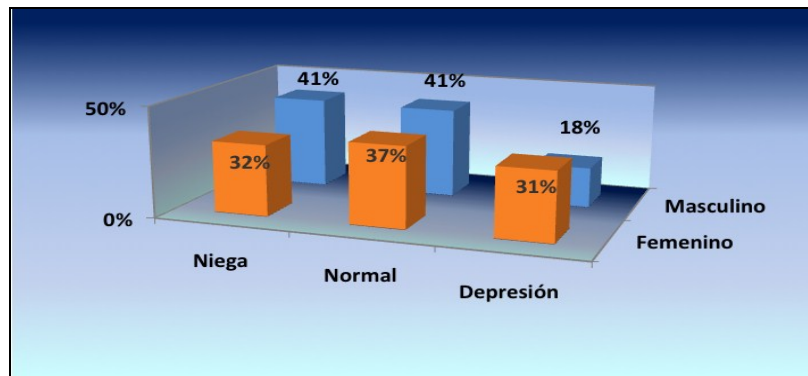
PREVALENCIA GENERAL DE DEPRESIÓN.	
DEPRESIÓN	27.1%

Tabla 1.2. Prevalencia de depresión discriminada por sexo.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DISCRIMINADA POR SEXO.	
HOMBRES	18.1
MUJERES	31.1

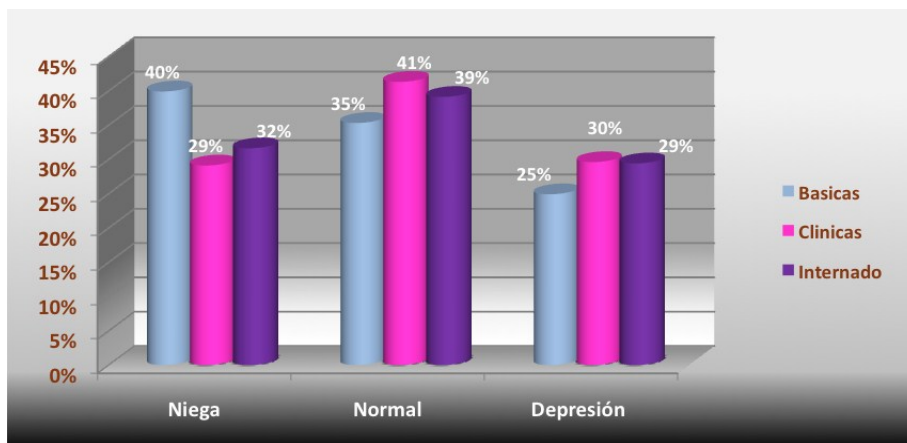
Tabla 1.3. Depresión y Género.

Teniendo en cuenta que el género femenino tiene mayor prevalencia de sintomatología depresiva se halló una asociación por Chi Cuadrado (P 0,000) y un OR =2 IC 95% (1,3-3) como factor de riesgo.



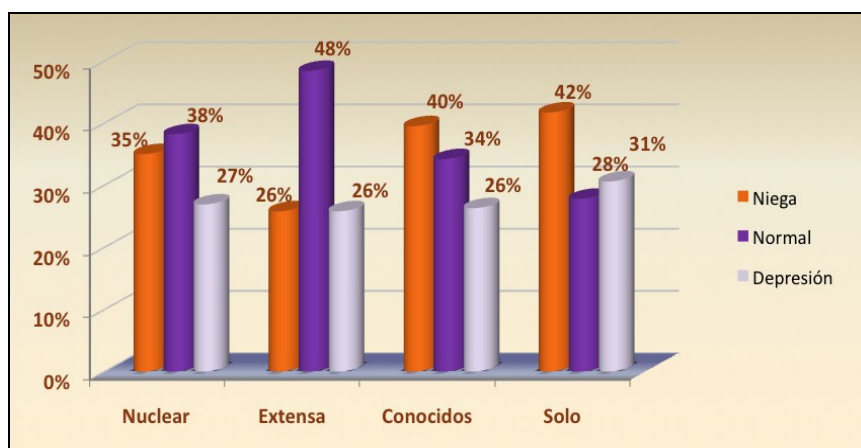
- Los estudiantes que cursan los semestres de clínicas e internado se deprimen en un 29,6% y 29,4% respectivamente, comparados con los estudiantes de básicas con un 24,9%.

Tabla 1.4. Depresión y Etapa de la carrera.



- El estrato socioeconómico que reporto mayor depresión fue el estrato alto (27,9%) seguido del estrato bajo (20%).
- El 29,3% de estudiantes con padres separados presento mayor prevalencia de síntomas depresivos, seguido por los hogares de padres casados con un 26,9%.
- Los estudiantes que viven solos se deprimen mas con un 30,6%, seguido de los estudiantes que viven en familia nuclear con un 26,9%.

Tabla 1.5. Depresión y Tipo de Familia.



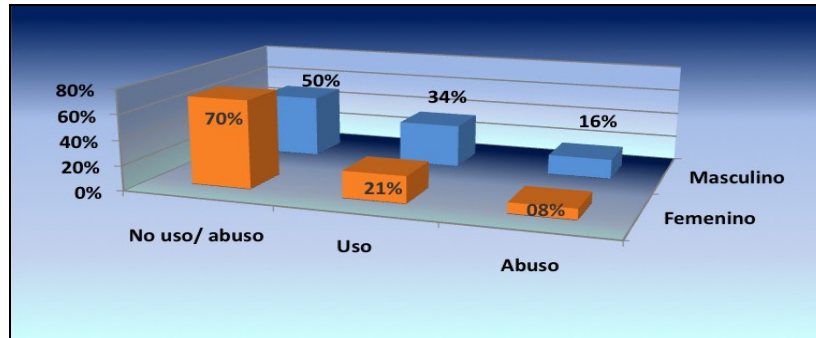
#### Alcohol y variables sociodemográficas.

Se determino por medio de la aplicación de las escala de CAGE que el 25,3% de los estudiantes de medicina usa alcohol, el 10,7% abusa del alcohol y el 64% no usa ni abusa del alcohol.

Los hombres presentan mayor uso (34,3%) y abuso (15,7%), frente a las mujeres con un abuso (8,4%) y (21,3%) uso. Siendo factor protector el género femenino con un OR 0,4 IC 95% (0,3- 0,5). Adicional a este resultado se evidencio una significancia estadística respecto al género masculino y el consumo de alcohol (P= 0,000).

Tabla 1.7. Alcohol y Género.

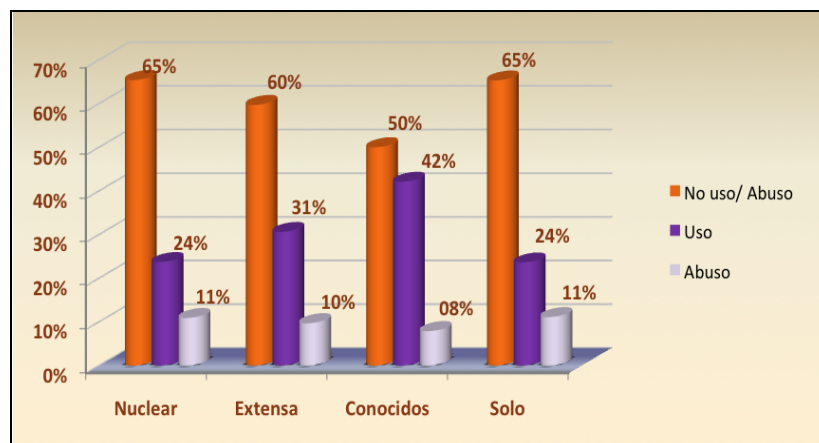




Existen un mayor riesgo de uso en los estudiantes de básica con (26,3%) y abusan mas del alcohol los estudiantes que cursan el internado con (12%).

Los resultados mas relevantes respecto al abuso de acohol fueron en los estudiantes que viven solos con (11,1%), seguido de los que viven con su familia nuclear con (10,9%). Por otro lado los estudiantes que viven con conocidos presentan un mayor uso del alcohol con un (42,1%), seguido de los que viven con familia extensa con (40,3%) en algún grado de consumo.

Tabla 1.8. Alcohol y Tipo de Familia.



No se encontró asociación significativa entre el uso / abuso de alcohol frente a la variable depresión con una significancia estadística  $> 0.05$  ( $p: 0.093$ ), así mismo al realizar el análisis multivariado siendo CAGE la variable dependiente y al cruzarla con todas la variables independientes por medio del árbol de decisiones, podemos afirmar que existe mayor riesgo de depresión en el género masculino que no usan ni abusan de alcohol ( $p= 0.032$ )

## DISCUSIÓN.

### Sintomatología Depresiva.

Una de las estrategias mas utilizadas dentro de los médicos de atención primaria, es la aplicación de pruebas de tamizaje como primer acercamiento para establecer la presencia de manifestaciones que puedan constituir situaciones mórbidas, las cuales puedan ser intervenidas a tiempo ó mejor aun, se pueda considerar una patología plenamente prevenible. (14). La relevancia de estas pruebas, sobre todo en poblaciones vulnerables, como es el caso de la depresión y el uso/abuso de bebidas alcohólicas en estudiantes de Medicina, hacen de esta investigación una acción sumamente valiosa, en el establecimiento de diagnósticos específicos y tratamientos oportunos en la disminución de comorbilidades de cualquier tipo de patología.

La prevalencia global de sintomatología depresiva encontrada en el estudio fue de 27,1%, la cual es importante comparar con estudios realizados a nivel local por Alzate et al en el año 2001, en la que encontró aplicando la Escala de Depresión de Zung, una prevalencia muy superior con un 49% en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sabana. Así mismo otros estudios a nivel Colombia equiparables se encontraron porcentajes superiores en prevalencia de síntomas depresivos como la Universidad Militar Nueva Granada con un 53%, la Universidad de Manizales con un 30.6% y la Universidad del Valle con 46,5%. (15)(16)(17).

Deforma contraria si se compara los resultados obtenidos se puede determinar que la prevalencia encontrada se asemeja mas a estudios realizados en Argentina con un 27.2%, lo que haría enriquecedor poder comparar que semejanzas existen entre ambos sistemas de enseñanza. (14)

Teniendo presente que no se encontró ninguna asociación, ni correlación con los hallazgos obtenidos de síntomas depresivos y uso y/o abuso de alcohol, es importante destacar que este dato no se asemeja con otros estudios, tales como el estudio de Sonne y Brady 2002, donde lograron demostrar que las personas con alteraciones del estado del animo y depresión tiene una mayor tendencia a usar y abusar del consumo de bebidas alcohólicas ó en el estudio de Hilarsky y Wodarky, et al en 2001, demostró que las personas dependiente al alcohol tienen entre 2 y 3 veces mayor riesgo de presentar depresión. (8)

Dentro de los hallazgos encontrados en la correlación de variables sociodemográficas respecto a la presentación de sintomatología depresiva, se encontró que al igual que otros estudios descriptivos, el género femenino se deprime más que los hombres. (2)(15) Dato que es importante destacar, ya que ha venido ocurriendo una transición epidemiológica en la composición de género en las Facultades de Medicina. En estudios realizados a partir del 2000, se empieza a notar que las poblaciones de estudiantes donde anteriormente predominaba el sexo masculino sobre el femenino, se viene dando una situación totalmente diferente, haciendo de la medicina una oficio en la gran mayoría femenina, dato que se valida en el presente estudio con una población femenina 69%, respecto a la masculina con un 31%.

Se demostró que los estudiantes que pertenece al estrato socioeconómico alto, tiene mayor porcentaje de síntomas depresivos con un 28%, seguido del estrato socioeconómico bajo con 20%. Lo cual hace pensar que los estudiantes pertenecientes a estratos altos y bajos puede tener una menor tolerancia a la frustración, haciendo que sus mecanismos de afrontamiento sean menos favorables ante las situaciones estresantes que propone su entrenamiento como médico.

Los estudiantes que mas se deprimen son los que cursan los últimos semestres de la carrera, correspondientes a las materias de clínicas entre V y XI semestre e internado XII a XIV con porcentajes respectivos de 30% y 29%. (18)(19)

Los estudiantes que viven solos presentan el porcentaje mas alto de síntomas depresivos con un 30.6%, población a la cual puede pertenecer algunos jóvenes que dejan sus hogares y se trasladan a la capital para tener acceso a estudios universitarios, situación que puede favorecer manifestaciones depresivas severas, por la falta de sus seres queridos y la ausencia de los cuidados típicos de la familia. Seguidos de los participantes que viven con su familia nuclear con un 26.9%, donde es fundamental preguntarse si vivir con su núcleo familiar puede ser un factor de riesgo en lugar de un factor protector para presentar síntomas depresivos. (14)(20)

### **Uso y abuso de alcohol.**

En La Universidad de la Sabana los resultados del presente estudio ponen de manifiesto un porcentaje de abstemios de 64,2%, consumo o uso de alcohol de 25,2% y abuso en el 10,6% de los estudiantes de medicina, lo cual permite comparar dichos resultados con un estudio realizado anteriormente (Mayo de 2001) por la Dra Alzate y colaboradores (21), cuya población de estudio también fueron los estudiantes de medicina de la misma institución, teniendo como objetivo la búsqueda de factores asociados al rendimiento académico, en donde también se aplicó CAGE como instrumento de medición y mostró que un 72,7% de los participantes declaró no ser consumidor de alcohol, uso de alcohol en un 22,7% y 4,6% se consideró en abuso. Situación que sugiere, que el consumo de bebidas alcohólicas ha mostrado una importante tendencia al incremento. Hoy, 10 años después del primer tamizaje, se considera una corte diferente de estudiantes ya que la duración de la carrera es de 7 años, en quienes se mantiene relativamente el consumo habitual o uso, pero el abuso es significativamente mayor en este estudio, siendo preocupante, ya que es en

este grupo etéreo en particular donde más se asocia a un consumo perjudicial, incrementando las repercusiones en salud, personales, legales y sociales, siguiendo la tendencia que muestra otros estudios locales y nacionales (Iregui M 2008, Alba T 2009, Gómez G 2001) (22)(23)(24) que ponen en evidencia el dramático incremento del consumo de alcohol en facultades de medicina.

Los resultados hallados en la población estudiantil, sugieren epidemiológicamente varias cuestiones en comparación con otros estudios locales. La Fundación Universitaria Juan N Corpas, reporta consumo entre semana (días laborales) en sus estudiantes de 22% en el último mes y de 59% en fines de semana durante los últimos treinta días (Iregui M 2008)(22), sin utilización de una escala validada de medición. Mientras la Universidad el Rosario (Velez A y colaboradores 2005) (25) reporta con la aplicación de CAGE un uso habitual de alcohol de 82,5% y 50% hasta la embriaguez en estudiantes de medicina. Por otra parte, La Pontificia Universidad Javeriana reportó cifras de 55,8% de consumo riesgoso de alcohol con una escala diferente, diseñada internamente por sus investigadores denominada Healthy doctor- healthy patient (Alba T 2009)(23), donde sus resultados son muy superiores a los obtenidos en la Universidad de la Sabana.

A nivel Nacional el panorama no dista de ser diferente, las siguientes cifras se encontraron en estudios similares en diferentes regiones del país tales como: Santa Marta, en la Universidad de Magdalena (Ceballos G y colaboradores 2006)(26) encontró una prevalencia de consumo de 41,4% en el último mes, en la Universidad el CES de Medellín de 60,9% de consumo y 20% de abuso con escala de CAGE(24), Manizales 68,1% de consumo ocasional por CAGE (27) y en Bucaramanga una prevalencia record del 93,3% en diferentes facultades sin escala de medición(28), siendo la cifra más alta del país, pudiendo deducir que, las cifras de consumo nacional también son muy superiores a las obtenidas en el presente estudio; ya que al comparar las anteriores estadísticas con las de estudios nacionales de mayor población como el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 (29), reporta en personas entre los 18 a 24 años un consumo aproximado de 46%, el cual es similar al consumo presentado en estudiantes de Santa Marta.

El estudio Nacional que hace referencia al consumo de alcohol en estudiantes universitarios es el estudio RUMBOS 2001(30), de la Presidencia de la República, que reporta que aproximadamente 89,7% de los universitarios son consumidores habituales de alcohol sin diferenciar por carreras, cifra que se asemeja más a las reportadas localmente y a nivel nacional, pero que en contraste con la halladas en este estudio son muy superiores.

El panorama latinoamericano y mundial respecto a estudios de este tipo revelan prevalencias similares en consumo tipo uso de alcohol a las obtenidas en Colombia, como se muestra en los países a continuación: Venezuela 55%, Argentina 28,8%, Perú 13,7%, Chile 74%, México 29,5% de consumo riesgoso, Honduras 48% en uso y 4,2% en abuso y Cuba 78,7% (Gaskin A y colaboradores 2000, Chiapello J y cols 2002, Sogi C y cols 2001, Romero M y cols 2009, Díaz A y cols 2008, Buchanan J 2008 y Gálvez E y cols 2000, respectivamente)(31), siendo Cuba y Chile los de mayores prevalencias en América Latina, que comparado con los datos de la Universidad de la Sabana, es apreciablemente menor que en la población previamente descrita; pero contrastados con estudios Europeos particularmente en España (Gómez M 2001, Encuesta Nacional de Salud. Madrid 2007, Jiménez A 2009 y Moreno San Pedro E y colaboradores 2006)(32)(33)(34)(35) con prevalencias de 72,4% en la Universidad Complutense de Madrid, 76% y 71,7% respectivamente son también equiparables a los resultados de pocos estudios Nórdicos, pero que evidencian las altas tasas de consumo en jóvenes Universitarios, superiores a las de Latinoamérica.

Son pocos los estudios que comparan los resultados de tamización de alcohol, con variables sociodemográficas, tales como semestre en curso, tipificación familiar o estado civil de los padres, pero los que tiene mayor similitud en cuanto estas variables a discutir son: respecto al género (Gómez M 2001, Buchanan J 2008, Díaz A 2008, Vélez A et al 2005) (32)(36)(37)(25) de España, Honduras, México y los estudios locales, coinciden en que, el mayor consumo se presenta en el género masculino y que incrementa la tendencia del género femenino, aunque en algunos países aún guarda la relación 2:1, pero en otros como España (Jiménez a et al 2009)(34) la relación es casi 1:1. La Universidad de la Sabana al igual que en la literatura mundial encontrada, la mayor prevalencia es en hombres con un 34,3% comparado con 21,3% de la población femenina para uso al igual que 15,7% y 8,4% respectivamente para abuso de alcohol.

Por último, continuando con las variables sociodemográficas, el estudio de México (Díaz A, Díaz L, Hernández C, Narro J y colaboradores 2008)(37) reporta que al igual que la Universidad de la Sabana el estrato socioeconómico de mayor prevalencia de consumo es el estrato alto con 30,4% de uso y 11,8% de abuso, respecto al estrato bajo con 17,7% para uso, que por hipótesis puede corresponder a una mayor capacidad adquisitiva. Respecto al semestre en curso y la tipificación familiar, citando el mismo estudio, muestra similitud con el presente. A mayor nivel educativo, se evidencia mayor consumo abusivo, siendo de 12% en estudiantes de internado de La Sabana.

## CONCLUSIONES.

El tamizaje temprano de depresión y uso y abuso de sustancias, especialmente el alcohol, debe convertirse en una actividad de realización frecuente en las facultades de medicina a nivel nacional y mundial. Siendo concientes y consecuentes con el hecho que los estudiantes de medicina son un blanco vulnerable para la presentación de este tipo de riesgos y que su identificación temprana permite a las Universidades el abordaje y tratamiento efectivo de esta clase de circunstancia.

El ambiente y las vivencias que las familias y las instituciones universitarias le proporcionen a sus miembros, son indispensables en la generación de factores protectores ó factores de riesgo dentro de sus proceso de formación, lo cual obliga con los resultados del presente estudio a generar conciencia de estar en constante búsqueda de mecanismos que faciliten la disminución de estados de vulnerabilidad entre sus miembros, logrando aportar a la sociedad, seres humanos y médicos que sean capaces de brindar bienestar integral a si mismo y a la sociedad.

La generación de campañas masivas de promoción y prevención contra la presentación de síntomas depresivos y uso/abuso de alcohol, orientadas a los estudiantes de medicina, deben ser un objetivo global, cuya finalidad sea obtener médicos con mejores capacidades y actitudes ante su ejercicio profesional, generando que un adecuado perfil mental y buenos hábitos de vida saludables sean el eje central en el ejemplo que trasmitan a sus pacientes.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Swart, H.A. "Manejo general de la depresión: lecciones procedentes del mundo en vías de desarrollo": World Psychiatry (Ed Esp 2003; 162-163.
2. Czernik G.E, Giménez S, Mora Morel M, Almiron Lina M. Variables Sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. Alcemeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Vol 13, Nº2, septiembre de 2006.
3. Mine K, Metin G, Burhanettin K, Erkan P. Prevalence of Depressive Symptoms, Ways of Coping, and Related Factors Among Medical School and Health Services Higher Education Students. Turkish Journal of Psychiatry. 18(2) 2007.
4. Estudio Nacional de salud Mental en Colombia-2003. Ministerio de Protección Social.
5. Romero M.I, Santander J, Hitschfeld M.J, Labbé Marcela, Zamora V. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Mé Chile 2009; 137: 361-368.
6. Okasha A, Programa Presidencial de la Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre Salud Mental Infantil. World Psychiatry, Vol 1, Número 3, Diciembre 2003.
7. Rodríguez D, Dallos CM, Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1402-1407, set-out, 2005.

8. Monteiro, Maristela G. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud. 2008. Pag 25.
9. Bonicatto S, Dew A.M, Soria J.J. Analysis of the psychometric properties on the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res.* 1998; 79:277-285.
10. Joe S, Woolley M.E, Brown G.K, Ghahramanlou-Holloway M, Beck A. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in Low-Income, African American Suicide Attempters. *J Pers Asses* 2008; 90(5): 521-523.
11. Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *Am J Psychiatry* 131:10. October 1974.
12. Ewing J.A. The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism. *JAMA* Vol 300 No 17- 2005.
13. Ley Colombiana 8340 de 1993.
14. Joffre Velázquez V.M, Martínez Perales G, García Maldonado G, Sánchez Gutiérrez L. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* Año 16, Vol 14, N° 1, Septiembre de 2007, Pags 86- 93.
15. Campo Cabal G, Guitierrez Segura JC. Psicopatología en estudiantes Universitarios de la Facultad de Salud –UNIVALLE- *Revista Colombiana de Psiquiatría,* 2001: Volumen 30 (4); 351-358.
16. Guavita Falla. P.M, Sanabria Ferrand P.A. Prevalencia de Sintomatología Depresiva en una Población Estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 2006 Vol. 54 No. 2 77.
17. Osorio Salazar A, Valencia Robledo J, Verhelst Forero P, Martínez Carvajal X, Arcila Tamayo AR, Escobar Sierra LT, Olaya Bravo A. Factores de riesgo y tipos de consumo de alcohol de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales. *Archivos de Medicina de la Universidad de Manizales* pags 45 a 53.
18. Baldassin S, Correa de Toledo T, Guerra de Andrade A, Nogueir Martins L.A. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: A cross-sectional study. *BMC Medical education* 2008, 8:60, Pag 1-8.
19. Sreeramareddy CT. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Educ* 2007, 7:26.
20. Baron. M. Symptoms of Depression and psychological distress in United States and Japanese collage students. *J Soc Psychol;* 1987; Volumen 128; 803-826.
21. Alzate M. Factores Asociados al Rendimiento Académico en Estudiantes de Medicina de la Universidad de la Sabana. Pag 39,44,45 y 47.
22. Iregui M. Consumo de alcohol y la salud pública. Carta Comunitaria Fundación Universitaria Juan N Corpas. Num 92. 2008.
23. Alba T. Perfil de riesgo en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. *Univ Med Bogotá (Colombia),* 50 (2): 143-155, 2009.
24. Gómez G, Torres Y, Rodríguez M, Gaviria S, Agudelo L, Gutierrez J, Álverz T. Riesgo de alcoholismo en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia,2000. *IATREIA,* Vol 14, num 4. Dic 2001.
25. Vélez A, Roa N. Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Educación Médica* 2005; 8 (2): 74-82.

26. Ceballos G, Del Gordo R, Campo-Arias A. Factores asociados con el consumo diarios de cigarrillo en estudiantes de medicina de Santa Marta Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública, Vol 24: Num1. Enero-Junio 2006.
27. Salazar A, Valencia J, Verhelst P, Martínez X. Factores de riesgo y tipos de consumo de alcohol de los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de Manizalez. Arch de Med. 2003. 45-55.
28. Albarracin M, Muñoz L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. LIBERABIT: 14:49-61, 2008.
29. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia-2008. Ministerio de Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes.
30. RUMBOS, Programa Presidencial contra la droga. "Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años de edad". Bogotá, Colombia. 2001.
31. Gaskin A, Seale J, Fleming M, Murray M. Atención primaria y trastornos por consumo de alcohol. Pan Am J Public Health 12(2), 2002.
32. Gómez M, R Gómez. Valoración del consumo de alcohol en estudiantes de derecho y medicina de la Universidad Complutense de Madrid. SEMERGEN 2001;27:339-347.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de 2006. Madrid 2007.
34. Jiménez A, M Franco. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. ADICCIONES, 2009; Vol 21: Num 1; 21-28.
35. Moreno San Pedro E, Gil J, Blanco J. Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. Intern Jour. Psych. Psychol. Ther, 2006, Vol 6, Num 1, pp. 99-110.
36. Buchanan J, Pillon S. Uso de drogas entre estudiantes de Medicina, Tegucigalpa, Honduras. Rev Latino- am Enfermagem 2008, Jun; 16.
37. Díaz A, Díaz L, Hernández C, Narro J. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. Salud Mental 2008; 31:271-282.
38. Sadock A Sadock. Kaplan & Sadoc Sinopsis de psiquiatría. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Edición 10ª, 2008.
39. Tellez J, Cote M. ALCOHOL ETÍLICO: Un tóxico de Alto Riesgo para la Salud Humana Socialmente Aceptada. Revista de la Facultad de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. 2006. Vol 54. No 1.
40. Forensis 2009, Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Fondo de Prevención Vial. Vol 11. No 1. 2010.
41. Manelic R.H, Ortega Soto H.A. "La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón"; *Salud Ment*; 1995; Volumen18 (2); 31-34.
42. Rodríguez Rodríguez D.C, Dallos Bareño C.M, González Rueda S.J, Sánchez Herrera Z.M, Díaz Martínez L.A, Rueda Jaimes G.E, Campos Arias A. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. Cad Saúde Artigo Article, Rio de Janeiro, 21(5):1402-1407, set out, 2005.
43. Bermúdez Quintero S.B, Durán Ortiz M.M, Escobar Alvira C, Morales Acosta A, Monroy Castaño S.A, Ramírez Álvarez A, Ramírez Hoyos J, Trejos Valdés J.L. Evaluación de la

- relación entre el rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. Med UNAB. Vol 9 N°3, Diciembre de 2006.
44. Flórez Lozano J.A. Salud mental del Médico: Prevención y control del burnout. Salud Global. Año III, N°2 2003 Universidad de Oviedo.
  45. Sogi C, Perales A. Uso/abuso del alcohol en estudiantes de Medicina. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 62, N° 001 13-14. Universidad Nacional de San Marcos, Lima-Perú.
  46. Pérez Londoño C, Lara Valencia C. Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. Acta Colombiana de Psicología. Vol 11 (1): 155-162, 2008.
  47. Yao D.C, Wright SM. The Challenge of Problem Resident. JGIM Vol 16, 486-492, July 2001.
  48. Baldisseri M.R. Impaired healthcare professional. Crit Care Med Vol 35, N°2 (Suppl), 106-116.
  49. Hull S.K, Dilalla L.F, Dorsey J.K. Prevalence of Health-Related Behaviors Among Physicians and Medical Trainees. Academic Psychiatry, 2008;32:31.
  50. Kernan W.D, Wheat M.E, Lerner B.A. Linking Learning and Health: A Pilot Study of Medical Students' Perceptions of the Academic Impact of Various Health Issues. Academic Psychiatry 2008;32:61-64.
  51. Baldassin S, Correa de Toledo T, Guerra de Andrade A, Nogueir Martins L.A. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: A cross-sectional study. BMC Medical education 2008, 8:60, Pag 1-8.
  52. Klose Smith C, Peterson F, Degenhardt B.F, Johnson J.C. Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. Psychology, Health & Medicine. 12(1):31-39, 2007.
  53. Sharp L.K, Lipsky M.S. Screening of Depression Across de lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Setting. Am Fam Physician 2002; 66:1001-8.
  54. McCusker M.T, Basquille J, Khwaja M, Murray Lyon I.M. Hazardous and harmful drinking: a comparison of the AUDIT and CAGE screening questionnaires. QJ Med; 95: 591-595.
  55. Yeh Y.C, Fang Yen C, Sheng Lai Chung, Huang C.H, Liu K.M, Huang I.T. Correlations Between Academic Achievement and Anxiety and Depression in Medical Students Experiencing Integrated Curriculum Reform.
  56. Uluc S. Examination of the Criterion Validity of the MMPI-2 Depression, Anxiety, and Anger Content Scales. Turkish Journal of Pschiatry 2008: 19(1).
  57. Thomas MR. How do Distress and Well-Being Related to Medical Students Empathy? A Multicenter Study. J Gen Intern Med 2007, 22:177-183.
  58. Blaya C. Do Defense mechanism vary according to the psychiatric disorder? Rev Bras Psiquiatrica 2006, 28:179-183.