

Trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina

Lucía Ayelén Picapedra-Márquez¹, Guillermo Julio Pérez-Mora¹°

¹ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Medicina. Las Palmas de Gran Canaria, España.

RESUMEN

Introducción: la prevalencia de trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión, es notablemente elevada entre los jóvenes. Los estudiantes de Medicina no están ajenos a dicho incremento. **Objetivo:** determinar la posible asociación de la depresión y ansiedad con algunos rasgos de la personalidad o hábitos de vida saludables entre los estudiantes de Medicina de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Constituyeron el universo 321 estudiantes que respondieron telemáticamente los cuestionarios estandarizados y autoaplicados correspondientes. Para analizar la posible relación entre las variables recogidas, se aplicaron modelos de regresión logística. **Resultados:** el 75,4 % (n = 242) fueron mujeres y la edad media fue de 21,7 ± 3,2 años. El 62,9 % (n = 202) y 70,4 % (n = 226) de los estudiantes presentaron sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente. Los rasgos de personalidad esquizoides (n = 209; 65,1 %) y ansiosos (n = 165; 51,4 %) se asociaron de forma estadísticamente significativa con la ansiedad; mientras que los rasgos ansiosos, dependientes (n = 80; 24,9 %), y anancásticos (n = 229; 71,3 %) se asociaron con la depresión. **Conclusiones:** la presencia de trastornos ansioso-depresivos entre los estudiantes de Medicina de esta muestra española es mayor que entre la población general. Existe una asociación entre los rasgos de personalidad esquizoides y ansiosos y la presencia de depresión. También se encontró asociación entre el diagnóstico mental previo, los rasgos dependientes, ansiosos y anancásticos y la ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Estudiantes; Personalidad; Salud del Estudiante.

La depresión es una enfermedad mental frecuente que la padecen aproximadamente 264 millones de personas en el mundo, y es la principal causa mundial de discapacidad desde el año 2020, según afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

Se caracteriza por una sensación de tristeza, pérdida de interés y placer, cansancio, sentimientos de culpa, baja autoestima, disminución de habilidades cognitivas como la concentración y alteraciones en el apetito². Autores como Ali *et al.*³ consideran a los trastornos de ansiedad como "los más comunes de

todos los trastornos mentales. Son aquellos en los que predominan los sentimientos de preocupación y miedo intenso, excesivo o persistente; la sensación de nerviosismo; la tensión física; los problemas de concentración y las alteraciones del ciclo sueño-vigilia².

Específicamente en España, las cifras de trastornos depresivos son mayores que las de trastornos de ansiedad. En cuanto a los trastornos depresivos, se reportaron casi un total de dos millones y medio de casos, que corresponden al 5,2 % de la población española. Respecto a los trastornos de ansiedad, los padecieron el 4,1 % de dicha población². Tanto la depresión como los trastornos de ansiedad pueden llegar a limitar gravemente la funcionalidad de una persona y acarrear graves consecuencias en todos los ámbitos de la vida³. Conviene destacar que el suicidio es, además, la segunda causa de muerte en jóvenes de 15-29 años en España⁴, grupo de edad en el que se encuentra la mayoría de los estudiantes de Medicina.

La prevalencia de diferentes trastornos mentales es mayor en estudiantes de Medicina que en la población general, sobre todo de los trastornos de ansiedad y depresión. Un metaanálisis⁵ concluyó que la prevalencia a nivel mundial de ansiedad entre los estudiantes de Medicina es del 33,8 %, un porcentaje mayor que el de la población general. La prevalencia global de depresión



OPEN ACCESS

Correspondencia a: Guillermo Julio Pérez-Mora
Correo electrónico: guillermo.perez@hotmail.es

Publicado: 26/12/2022

Recibido: 24/11/2021; **Aceptado:** 8/02/2022

Citar como:

Picapedra-Márquez LA, Pérez-Mora GJ. Trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina. Revista 16 de abril [Internet]. 2022 [citado: fecha de acceso]; 61(286):e1530. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1530

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

entre el alumnado de Medicina es del 28 % según encontraron autores de otro metaanálisis⁶, en el que además se propusieron crear programas de prevención, detección precoz y tratamiento de la sintomatología ansioso-depresiva en este grupo poblacional.

Asimismo, existen diferencias de prevalencia de trastornos mentales entre disímiles facultades y países^{7,8,9}; es por ello que se considera conveniente recabar datos sobre el estudiantado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

La salud mental es un tema tabú en la cultura occidental, pero, paradójicamente, lo es incluso más entre la comunidad médica. Algunos autores señalan que un notable porcentaje de médicos prefieren no pedir ayuda para tratar algún malestar psicológico que padezcan por miedo a las consecuencias profesionales que ello podría acarrear¹⁰. Al parecer, como refieren Cryer et al.¹¹, lo mismo sucede con los estudiantes de Medicina: refieren percibir el estigma entre sus futuros compañeros de profesión médica; esta es la razón por la que evitan acudir a un profesional de la salud mental.

El objetivo de esta investigación es determinar la posible asociación de la depresión y ansiedad con algunos rasgos de la personalidad o hábitos de vida saludables entre los estudiantes de Medicina de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

MÉTODO

Tipo de estudio: se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal entre los estudiantes del grado de Medicina de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Universo y muestra: el universo quedó constituido por 321 individuos matriculados en el Grado de Medicina de la ULPGC. Se solicitó su colaboración mediante el envío de un email personalizado a sus respectivas cuentas de correo electrónico institucional. Los criterios de inclusión fueron: ser un alumno matriculado en la ULPGC durante dicho periodo en cualquiera de los cursos del grado (1^{ro} a 6^{to} curso), ser mayor de edad y participar voluntariamente. La muestra coincidió con el universo.

Variables y recolección de datos: las variables estudiadas fueron: sexo, edad, curso del grado (1^{ro} a 6^{to} curso), diagnóstico previo de enfermedad mental (Si o No), nivel educativo de los progenitores (enseñanza obligatoria o menor, bachillerato/ciclo medio o ciclo superior, enseñanza universitaria), adhesión a la dieta mediterránea, actividad física, consumo de alcohol, rasgos de la personalidad, depresión y ansiedad.

La adhesión a la dieta mediterránea se clasificó en tres grupos diferentes, según las respuestas del cuestionario MEDAS¹² (del inglés *Mediterranean Diet Adherence Screener*): adhesión baja, adhesión media y

adhesión alta.

El cuestionario IPAQ¹³ (del inglés *International Physical Activity Questionnaire*) evalúa la actividad física dividiéndola, de menor a mayor, en tres apartados según su intensidad: baja, moderada o vigorosa.

El cuestionario CAGE¹⁴ (del inglés *Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, and Eye-openers*), que suele emplearse como prueba de *descreening*, se encarga de cuantificar el consumo de alcohol, dividiéndolo en cuatro categorías, de menor a mayor, del siguiente modo: bebedor social, consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

Para la recogida de datos sobre rasgos de la personalidad se empleó una forma modificada del Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE, módulo CIE-10)¹⁵, cuestionario estandarizado de referencia para la evaluación de patrones de comportamiento o características de la personalidad. Este cuestionario se modificó por la amplia extensión del original, que podría haber comprometido la participación de la población diana. En este caso se seleccionaron las preguntas correspondientes únicamente a los rasgos que se previó fueran más prevalentes en dicha población. Los rasgos de personalidad analizados fueron: esquizoide, dependiente, ansioso y el anancástico.

Además, se evaluaron las variables depresión y ansiedad, a través del cuestionario autoaplicado y estandarizado Escala de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21)¹⁶, que consta de 21 ítems relacionados con la sintomatología depresiva y/o ansiosa y con el estrés.

Para la recolección de los datos se repartió de forma telemática un formulario compuesto por diferentes cuestionarios validados y autoaplicados.

Procesamiento estadístico: se empleó el programa estadístico SPSS versión 21.0. Se calcularon medias y desviaciones estándar (para variables cuantitativas) y porcentajes (para variables cualitativas). Se fijó un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. La relación entre las variables sociodemográficas y de estilo de vida, y la prevalencia de depresión y ansiedad se analizó a través de modelos de regresión logística.

Normas éticas: la realización de este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en la Investigación Clínica (CEIC/CEIM) del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. El proyecto fue coordinado desde la ULPGC. Para su realización, se siguieron las normas STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*)¹⁷ de aplicación en estudios transversales.

Previamente a la recolección de los datos estadísticos, se comprobó nuevamente la cumplimentación correcta del consentimiento informado de cada uno de los participantes. El tratamiento de la información recabada se rigió de manera estricta por los términos establecidos en la Ley 3/2018 de Protección de datos

personales y garantía de los derechos digitales¹⁸.

RESULTADOS

El 75,4 % de los estudiantes fueron mujeres, con una edad media de $21,7 \pm 3,2$ años. El 52,6 % pertenecía al primer ciclo del grado (1^{ro}-3^{er} cursos) y el 47,4 % al segundo (4^{to}-6^{to} cursos). Casi uno de cada cinco encuestados (17,4 %) refirió tener un diagnóstico previo de trastorno mental.

El 47 % de los estudiantes refirieron que sus progenitores tenían como nivel educativo la enseñanza universitaria (Tabla 1).

Nivel educativo de los progenitores	%
Enseñanza obligatoria o menor	21
Bachillerato/ciclo medio o ciclo superior	32
Enseñanza universitaria	47

Fuente: cuestionario

Con respecto a la adhesión a la dieta mediterránea, el 6,9 % presentó un nivel de adherencia bajo, casi tres cuartas partes de ellos (70,4 %) una adherencia media y menos de una cuarta parte (22,7 %) un nivel de adherencia alto.

En cuanto al nivel de actividad física predominó la actividad física media en el 54,5 % de los estudiantes seguidos de la actividad física vigorosa y baja lo que representó el 23,4 % y el 22,1 % respectivamente.

En cuanto a la dependencia al alcohol se obtuvieron los siguientes resultados: sin problemas con el alcohol, 68,2 %; bebedor social, 14 %; consumo de riesgo, 10,3 %; consumo perjudicial, 6,9 % y dependencia alcohólica, 0,6 %.

Los resultados obtenidos respecto a los rasgos de personalidad fueron del 61,5 %, 24,9 %, 51,4 % y 71,3 % de esquizoides, dependientes, ansiosos y anancásticos, respectivamente.

En relación a la presencia de síntomas compatibles con depresión, prácticamente dos de cada tres estudiantes (62,9 %) presentaron sintomatología propia de depresión en diferentes grados de intensidad clínica: 13,1 % leve, 17,8 % moderada, 12,8 % severa, y 19,3 % extremadamente severa.

Respecto a la presencia de ansiedad, el 70,4 % de los encuestados cumplían criterios propios de dicha enfermedad mental: 7,2 % leve, 32,1 % moderada, 11,2 % severa y 29 % extremadamente severa.

En el análisis univariable se objetivó que el riesgo de padecer depresión entre aquellos individuos con un trastorno mental fue 2,5 veces mayor que entre los que no tenían un diagnóstico previo (IC 95 %: 1,25-4,92; $p=0,009$).

Asimismo, se concluyó que existe una asociación directa entre los rasgos de la personalidad esquizoides (OR: 2,76; IC 95 %: 1,72-4,45; $p<0,001$), dependientes (OR: 4,53; IC 95 %: 2,33-8,79; $p<0,001$), ansiosos (OR: 7,35; IC 95 %: 4,36-12,38; $p<0,001$), anancásticos (OR: 1,66; IC 95 %: 1,01-2,72; $p=0,045$) y la depresión (Tabla 2).

En el análisis multivariable, teniendo en cuenta los posibles factores de confusión, se evidenció una atenuación de la asociación entre los rasgos esquizoides, ansiosos y la depresión (OR: 1,78; IC 95 %: 1,03-3,09; $p=0,04$ y OR: 5,47; IC 95 %: 3,01-9,95; $p<0,001$) respectivamente. La asociación entre la existencia de diagnóstico previo de enfermedad mental (OR: 1,73; IC 95 %: 0,78-3,82; $p=0,177$), la presencia de rasgos dependientes (OR: 1,63; IC 95 %: 0,76-3,51; $p=0,211$) y anancásticos quedó anulada (OR: 0,90; IC: 0,50-1,62; $p=0,731$) (Tabla 2).

El análisis univariable expuso que el riesgo de padecer ansiedad en los que tienen undiagnóstico previo de un trastorno mental fue 5,25 veces mayor que los que no lo tenían. Los rasgos esquizoides (OR: 1,88; IC 95 %: 1,15-3,08; $p=0,012$), dependientes (OR: 7,22; IC 95 %: 3,02-17,27; $p<0,001$), ansiosos (OR: 6,71; IC 95 %: 3,82-11,79; $p<0,001$) y anancásticos (OR: 2,99; IC 95 %: 1,79-4,99; $p<0,001$) suponen un mayor riesgo de presentar ansiedad (Tabla 3).

En el análisis multivariable, teniendo en cuenta los posibles factores de confusión, se observó una atenuación de la asociación entre la presencia de un diagnóstico previo de trastorno mental y la presencia de ansiedad (OR: 4,41; IC 95 %: 1,55-12,58; $p=0,006$), y también entre los distintos rasgos de la personalidad y la presencia de ansiedad: dependientes (OR: 2,68; IC 95 %: 1,03-6,98; $p=0,044$), ansiosos (OR: 4,07; IC 95 %: 2,15-7,72; $p<0,001$) y anancásticos (OR: 2,23; IC 95 %: 1,24-4,03; $p=0,007$). Además, la asociación entre la existencia de rasgos esquizoides y la presencia de ansiedad (OR: 1,08; IC 95 %: 0,6-1,93; $p=0,796$) quedó anulada (Tabla 3). El ajuste de los resultados por otras variables como el nivel de estudio de la madre, el ciclo de estudio y la dependencia al alcohol no modificó los valores de las medidas de asociación, por lo que no fueron incluidos.

En el análisis univariable, se observaron diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones de depresión de acuerdo con el diagnóstico previo de un trastorno mental y los diferentes rasgos de personalidad (esquizoides, dependientes, ansiosos y anancásticos). De este modo, la media de puntuación entre quienes presentaban rasgos dependientes fue 11,49 (IC 95 % = 10,30-12,68) y entre los que no 6,58 (IC: 5,89-7,26), con una diferencia de 4,91 puntos y un valor $p \leq 0,001$. Entre los que presentaban rasgos ansiosos fue de 10,38 (IC 95 % = 9,58-11,17) y entre los que no 5,08 (IC 95 % = 4,26-5,89), con una diferencia de 5,3 puntos y un valor $p \leq 0,001$ (Tabla 4).

Tabla 2. Asociación entre depresión y las variables sexo, diagnóstico previo de enfermedad mental, adhesión a la dieta mediterránea, actividad física y rasgos de la personalidad				
Variables	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p
	Univariable		Multivariable*	
Sexo				
Mujeres	1	-	1	-
Hombres	0,82 (0,49-1,39)	0,467	0,72 (0,38-1,33)	0,291
Diagnóstico previo de enfermedad mental				
No	1	-	1	-
Sí	2,48 (1,25-4,92)	0,009	1,73 (0,78-3,82)	0,177
Adhesión a la dieta mediterránea				
Adhesión baja	1	-	1	-
Adhesión media	0,50 (0,18-1,40)	0,185	1,05 (0,32-3,39)	0,942
Adhesión alta	0,42 (0,14-1,27)	0,124	0,80 (0,23-2,85)	0,733
Actividad física				
Nivel bajo	1	-	1	-
Nivel moderado	0,72 (0,40-1,30)	0,281	0,81 (0,41-1,59)	0,539
Nivel alto	0,67 (0,34-1,33)	0,257	0,98 (0,44-2,19)	0,96
Rasgos esquizoides				
No	1	-	1	-
Sí	2,76 (1,72-4,45)	<0,001	1,78 (1,03-3,09)	0,04
Rasgos dependientes				
No	1	-	1	-
Sí	4,53 (2,33-8,79)	<0,001	1,63 (0,76-3,51)	0,211
Rasgos ansiosos				
No	1	-	1	-
Sí	7,35 (4,36-12,38)	<0,001	5,47 (3,01-9,95)	<0,001
Rasgos anancásticos				
No	1	-	1	-
Sí	1,66 (1,01-2,72)	0,045	0,90 (0,50-1,62)	0,731

*Ajustado por el resto de variables en la tabla.

OR: *odds ratio*, IC: intervalo de confianza.

Los resultados observados en el análisis univariante, se replicaron igualmente en el análisis multivariable; aunque se observó cierta atenuación en las diferencias de puntuación depresiva observada entre los grupos de comparación. Permanecieron de forma estadísticamente significativa las diferencias para las puntuaciones de depresión de acuerdo con el diagnóstico previo de un trastorno mental y los distintos rasgos de personalidad (esquizoides, dependientes y ansiosos). No obstante, no se encontraron diferencias

entre quienes puntuaron para rasgos anancásticos y quienes no (Tabla 4).

A pesar de sospecharse una relación inversa entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea y la puntuación depresiva en el análisis univariante ($p = 0,049$), esta relación se atenuó en el análisis multivariable (Tabla 4).

En el análisis univariable, se observaron diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones de depresión de acuerdo al sexo, al diagnóstico

Tabla 3. Asociación entre ansiedad y las variables sexo, diagnóstico previo de enfermedad mental, adhesión a la dieta mediterránea, actividad física y rasgos de la personalidad

Variables	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p
	Univariable		Multivariable*	
Sexo				
Mujeres	1		1	
Hombres	0,64 (0,38-1,11)	0,647	0,69 (0,36-1,31)	0,25
Diagnóstico previo de un trastorno mental				
No	1		1	
Sí	5,25 (2,02-13,61)	0,001	4,41 (1,55-12,58)	0,006
Rasgos esquizoides				
No	1		1	
Sí	1,88 (1,15-3,08)	0,012	1,08 (0,6-1,93)	0,796
Rasgos dependientes				
No	1		1	
Sí	7,22 (3,02-17,27)	<0,001	2,68 (1,03-6,98)	0,044
Rasgos ansiosos				
No	1		1	
Sí	6,71 (3,82-11,79)	<0,001	4,07 (2,15-7,72)	<0,001
Rasgos anancásticos				
No	1		1	
Sí	2,99 (1,79-4,99)	<0,001	2,23 (1,24-4,03)	0,007
Actividad física				
Nivel bajo	1		1	
Nivel moderado	0,83 (0,44-1,55)	0,549	1,01 (0,50-2,07)	0,969
Nivel alto	0,64 (0,31-1,31)	0,222	0,92 (0,39-2,14)	0,841
Dieta mediterránea				
Adhesión baja	1		1	
Adhesión media	0,35 (0,10-1,20)	0,095	0,57 (0,14-2,39)	0,441
Adhesión alta	0,39 (0,11-1,46)	0,163	0,69 (0,15-3,16)	0,631

*Ajustado por el resto de variables en la tabla. OR: *odds ratio*

previo de un trastorno mental y a diferentes rasgos de personalidad (esquizoides, dependientes, ansiosos y anancásticos) y adhesión a la dieta mediterránea. En consecuencia, la diferencia entre las medias de puntuación entre mujeres (7,32; IC 95 % = 6,71-7,93) y hombres (5,67; IC 95 % = 4,60-6,74) fue de 1,65 puntos, con un valor $p = 0,009$. La media de puntuación entre quienes presentaron rasgos dependientes fue de 10,11 (IC 95 % = 9,12-11,11) y entre los que no los presentaban fue de 5,85 (IC 95 % = 5,28-6,42), con una diferencia de

4,91 puntos y un valor $p \leq 0,001$ (Tabla 5).

En el análisis multivariable se repitieron los resultados observados en el análisis univariable, aunque de forma más atenuada, a excepción de los rasgos esquizoides, cuya diferencia entre ambos grupos dejó de ser estadísticamente significativa. En este caso, del mismo modo que en el análisis univariable, la adhesión a la dieta mediterránea demostró tener una relación inversa ($p = 0,036$) con la puntuación de ansiedad (Tabla 5).

Tabla 4. Asociación entre diferentes variables sociodemográficas, de personalidad y de estilo de vida y las puntuaciones de depresión

Variables	Univariable			Multivariable		
	Media	IC 95 %	p ANOVA	Media	IC 95 %	p ANCOVA
Sexo						
Mujeres	8,04	(7,31-8,77)	0,194	9,07	(8,04-10,11)	0,097
Hombres	7,06	(5,78-8,34)		7,98	(6,52-9,44)	
Diagnóstico previo						
No	7,09	(6,41-7,77)	<0,001	7,26	(6,19-8,33)	0,001
Sí	11,16	(9,7-12,63)		9,79	(8,27-11,32)	
Rasgos esquizoides						
No	5,27	(4,25-6,29)	<0,001	7,4	(6,01-8,79)	<0,001
Sí	9,16	(8,41-9,91)		9,65	(8,58-10,73)	
Rasgos dependientes						
No	6,58	(5,89-7,26)	<0,001	7,61	(6,47-8,76)	0,011
Sí	11,49	(10,30-12,68)		9,44	(8,00-10,87)	
Rasgos ansiosos						
No	5,08	(4,26-5,89)	<0,001	6,76	(5,45-8,07)	<0,001
Sí	10,38	(9,58-11,17)		10,29	(9,09-11,49)	
Rasgos anancásticos						
No	6,33	(5,15-7,50)	0,004	8,29	(6,94-9,63)	0,455
Sí	8,39	(7,65-9,14)		8,76	(7,61-9,92)	
Actividad física						
Nivel bajo	8,03	(6,67-9,38)	0,923	8,26	(6,76-9,76)	0,8
Nivel moderado	7,77	(6,91-8,63)		8,5	(7,28-9,72)	
Nivel alto	7,65	(6,34-8,97)		8,82	(7,42-10,22)	
Dieta mediterránea						
Adhesión baja	10,68	(8,3-13,09)	0,049	9,19	(7,01-11,37)	0,657
Adhesión media	7,52	(6,77-8,27)		8,31	(7,27-9,35)	
Adhesión alta	7,79	(6,47-9,12)		8,07	(6,72-9,43)	

DISCUSIÓN

La prevalencia global estimada de depresión a nivel mundial en 2015 fue de un 4,4 %, y la de ansiedad de un 3,6 %. En España, los valores de ambas enfermedades corresponden al 5,2 % y 4,1 % de la población respectivamente. Tanto ansiedad como depresión son más comunes en el sexo femenino². A nivel poblacional, las mujeres tienen mayor riesgo de tener depresión o ansiedad que los hombres alguna vez en la vida¹⁹.

Estudios previos como los de Sahu *et al.*²⁰, Kumar *et al.*²¹ y Abdel *et al.*²², también realizados en estudiantes

de Medicina y empleando la misma herramienta de screening (DASS-21), han reflejado cifras similares de depresión y ansiedad. Los rangos de prevalencia de ansiedad obtenidos se situaron entre el 63 % y el 75 %. Datos levemente mayores a los valores obtenidos en depresión, que oscilaron entre un 57 % y un 65 %^{20,21,22}.

Sin embargo, según el metaanálisis llevado a cabo por Puthran *et al.*⁶ y la revisión sistemática de Tam *et al.*²³, tan sólo el 27-28 % de los estudiantes de Medicina refieren tener síntomas compatibles con la depresión.

Por otro lado, la evidencia actual que relaciona sexo con ansiedad y depresión en alumnos de Medicina no

Tabla 5. Asociación entre diferentes variables sociodemográficas, de personalidad y de estilo de vida y las puntuaciones de ansiedad

Variable	Univariable			Multivariable		
	Media	IC 95 %	p ANOVA	Media	IC 95 %	p ANCOVA
Sexo						
Mujeres	7,32	(6,71-7,93)	0,009	8,64	(7,80-9,47)	0,031
Hombres	5,67	(4,60-6,74)		7,49	(6,32-8,67)	
Diagnóstico previo						
No	6,02	(5,47-6,56)	<0,001	6,18	(5,32-7,05)	<0,001
Sí	11,16	(9,99-12,34)		9,94	(8,7-11,17)	
Rasgos esquizoides						
No	5,61	(4,72-6,50)	<0,001	7,77	(6,65-8,89)	0,239
Sí	7,61	(6,96-8,26)		8,35	(7,49-9,22)	
Rasgos dependientes						
No	5,85	(5,28-6,42)	<0,001	7,23	(6,31-8,16)	0,004
Sí	10,11	(9,12-11,11)		8,89	(7,74-10,05)	
Rasgos ansiosos						
No	4,76	(4,07-5,46)	<0,001	6,69	(5,63-7,75)	<0,001
Sí	8,95	(8,27-9,62)		9,44	(8,47-10,41)	
Rasgos anancásticos						
No	5,34	(4,36-6,32)	<0,001	7,44	(6,35-8,53)	0,015
Sí	7,55	(6,93-8,17)		8,68	(7,75-9,62)	
Actividad física						
Nivel bajo	6,96	(5,82-8,10)	0,856	7,82	(6,61-9,03)	0,715
Nivel moderado	6,79	(6,06-7,51)		8	(7,01-8,99)	
Nivel alto	7,16	(6,05-8,27)		8,36	(7,23-9,49)	
Dieta mediterránea						
Adhesión baja	8,18	(6,17-10,19)	0,003	7,67	(5,91-9,42)	0,036
Adhesión media	6,32	(5,70-6,95)		7,55	(6,71-8,40)	
Adhesión alta	8,36	(7,25-9,46)		8,97	(7,88-10,06)	

proporciona información concluyente: algunos estudios afirman que la prevalencia y la severidad de los síntomas ansiosos entre este grupo poblacional es mayor en el sexo femenino^{21,22}. Sin embargo, un metaanálisis en el que se analizaron 69 estudios con un total de 40 438 estudiantes de Medicina incluidos, concluyó que la prevalencia de ansiedad es mayor en mujeres, pero no de forma estadísticamente significativa⁵. Con respecto a la depresión, los datos exponen que la mayoría de las personas deprimidas son mujeres, aunque también de forma no estadísticamente significativa⁷.

Tras analizar los datos con dependencia del sexo, los resultados obtenidos sugieren que el sexo masculino puede ser un factor protector para la ansiedad y la depresión; no obstante, los valores no fueron estadísticamente significativos. En cambio, si fueron detectadas diferencias estadísticamente significativas entre las medias de puntuaciones para ansiedad entre hombres y mujeres, aunque no para la depresión.

En comparación con sus pares con similar nivel educativo, los estudiantes de Medicina evidencian niveles más altos de estrés psicológico, ideación suicida

y trastornos del ánimo y de ansiedad^{7,8,9}. Esta podría ser una de las razones por la cual la diferencia entre ambos sexos no sigue el mismo patrón que en la población general.

El fuerte nivel de asociación resultante entre los rasgos esquizoides, dependientes, ansiosos y anancásticos de la personalidad, y la sintomatología ansioso-depresiva, puede ser atribuible a numerosas cuestiones. Una hipótesis factible se fundamenta en que probablemente la personalidad del individuo influye en la percepción del estrés y los logros académicos durante la formación médica⁸. De este modo, el alto nivel de patología ansioso-depresiva entre los estudiantes de Medicina, podría estar relacionado con sus características individuales y de personalidad propias de este específico grupo poblacional (considerando que son personas que pasan un proceso de selección relativamente arduo)⁹.

En cuanto a la dieta mediterránea, los resultados obtenidos demuestran que la adherencia a la misma tiene una relación inversa con la presencia de ansiedad. También se obtuvieron valores de OR típicos de un factor protector para ambos trastornos; sin embargo, no de forma estadísticamente significativa. Con un tamaño muestral mayor podrían haberse obtenido resultados determinantes, puesto que si puede producir beneficios sobre la calidad de vida y salud mental, llegando a reducir síntomas o prevenir la aparición de un episodio depresivo²⁴.

El hecho de que tampoco se obtuvieron resultados significativos con respecto al deporte y su posible relación con la ansiedad y depresión puede deberse al mismo motivo previo; ya que la evidencia actual asocia la actividad física de cualquier intensidad con la reducción de síntomas depresivos, y la actividad física de intensidad moderada y vigorosa con la disminución de síntomas ansiosos en población joven²⁵.

Este estudio presenta una potencial limitación principal: el posible sesgo producido por la actual pandemia, ya que la exposición masiva a información sobre el virus COVID-19 ha demostrado ser un factor de riesgo para la aparición de síntomas ansioso-depresivos²⁶. Un estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios demostró que los niveles de estrés y ansiedad se intensificaron a causa del poder estresor

de la pandemia²⁷, por lo que cabría esperar que en esta muestra hubiese sucedido algo similar.

Esta problemática planteada debería ser considerada e investigada mediante estudios longitudinales que logren analizar con detalle las causas que originan dicha situación. Hasta el momento, es conocida la contribución a la alta prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de Medicina de diferentes cuestiones: la falta de motivación, un estilo de personalidad con alta autoexigencia, la inseguridad, el rendimiento académico pobre, los problemas socioeconómicos y la falta de apoyo en el ámbito emocional⁹. Casi todos estos factores son modificables y podrían mejorar con una adecuada atención psicológica.

CONCLUSIONES

La presencia de trastornos ansioso-depresivos entre los estudiantes de Medicina de esta muestra española es mayor que entre la población general. Existe una asociación entre los rasgos de personalidad esquizoides y ansiosos y la presencia de depresión. También se encontró asociación entre el diagnóstico mental previo, los rasgos dependientes, ansiosos y anancásticos y la ansiedad. Debido a las altas tasas de prevalencia de ambos trastornos mentales entre los estudiantes de Medicina, se considera necesaria la implantación de programas específicos de prevención e intervención.

AUTORÍA

Lucía Ayelén Picapedra-Márquez: concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos. Aprobación final de manuscrito.

Guillermo Julio Pérez-Mora: concepción y diseño del trabajo. Redacción-revisión y edición. Aprobación final de manuscrito. Supervisión.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- König H, König H-H, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 29(30):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000180>
- WHO | Depression and Other Common Mental Disorders. WHO [Internet]. 2017 [citado 31/05/2021]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Ali SM, Mohammad D, Fazal M, Zain M, Aleem S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Ment Health J* [Internet]. 2021 [citado 31/05/2021]; 57(1):101-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
- Hernández L, Hueso C, Gómez JL,

- Cogollo Z. Prevalence and associated factor for ideation and suicide attempt in adolescents: a systematic review. *Rev Esp Salud Publica*. [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 10:94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32909551/>
5. Quek TTC, Tam WWS, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CSH, et al. The global prevalence of anxiety among medical students: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2019 [citado 31/05/2021]; 16(15):2735. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6696211/>
6. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Med Educ* [Internet]. 2016 [citado 31/05/2021]; 50(4):456-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995484/>
7. Maser B, Danilewitz M, Guérin E, Findlay L, Frank E. Medical student psychological distress and mental illness relative to the general population: a Canadian cross-sectional survey. *Acad Med* [Internet]. 2019 [citado 31/05/2021]; 94(11):1781-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436626/>
8. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students [Internet]. Vol. 81, *Acad Med*. Lippincott Williams and Wilkins; 2006 [citado 31/05/2021]; 81(4):354-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16565188/>
9. Pacheco JPG, Giacomini 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 [Internet]. Vol. 39, *Braz J Psychiatry*. 2017 [citado 31/05/2021]; 39(4):369-78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28876408/>
10. Mehta SS, Edwards ML. Suffering in Silence: Mental Health Stigma and Physicians Licensing Fears. *Am J Psychiatry Resid J* [Internet]. 2018 [citado 31/05/2021]; 13(11):2-4. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp-rj.2018.131101>
11. Cryer R, Calear A, Batterham P, Patel S. Suicide, mental, and physical health condition stigma in medical students. *Death Stud*. [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 44(4):230-6. Disponible en: 10.1080/07481187.2018.1539049
12. Martínez MA, García A, Toledo E, Salas J, Buil P, Corella D, et al. A 14-Item Mediterranean Diet Assessment Tool and Obesity Indexes among High-Risk Subjects: The PREDIMED Trial. *PLoS One*. [Internet]. 2012 [citado 07/02/2022]; 7(8). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043134>
13. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc*. [Internet]. 2003 [citado 07/02/2022]; 35(8):1381-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12900694/>
14. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. [Internet]. 1984 [citado 07/02/2022]; 252(14):1905-7. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/394693>
15. López-Ibor JJ, Pérez A, Rubio V. Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo CIE-10. Madrid: Meditor. [Internet]. 1996 [citado 07/02/2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41913/9788487548307_Modulo-CIE-10_spa.pdf?sequence=1
16. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. [Internet]. 1995 [citado 07/02/2022]; 33:335-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000579679400075U?via%3Dihub>
17. STROBE: Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology [Internet]. [citado 07/02/2022]. Disponible en: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
18. Ley 3/2018 de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. [citado 07/02/2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
19. Keshteli AH, Roohafza H, Afshar H, Adibi P. Personality traits are differently associated with depression and anxiety: Evidence from applying bivariate multiple binary logistic regression on a large sample of general adults. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2019 [citado 31/05/2021]; 31(4):448-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31698401/>
20. Sahu P, Nayak B, Rodrigues V, Umakanthan S. Prevalence of psychological distress among undergraduate medical students: A cross-sectional study. *Int J Appl Basic Med Res* [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 10(4):270-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33376702/>
21. Kumar B, Shah MAA, Kumari R, Kumar A, Kumar J, Tahir A. Depression, Anxiety, and Stress Among Final-year Medical Students. *Cureus* [Internet]. 2019 [citado 31/05/2021]; 11(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31139516/>
22. Abdel Wahed WY, Hassan SK. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria J Med*. [Internet]. 2017 [citado 31/05/2021]; 53(1):77-84. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.ajme.2016.01.005>
23. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Med Educ*. [Internet]. 2019 [citado 31/05/2021]; 53(4):345-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30474128/>
24. Ventriglio A, Sancassiani F, Contu MP, Latorre M, Di Slavatore M, Fornaro M, et al. Mediterranean diet and its benefits on health and mental health: a literature review.

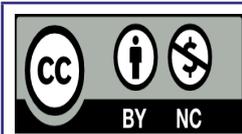
- Clin Pract Epidemiol Ment Health [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 16(1):156-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536728/>
25. Pascoe M, Bailey AP, Craike M, Carter T, Patten R, Stepto N, et al. Physical activity and exercise in youth mental health promotion: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med*. [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 6(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32095272/>
26. Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z, et al. Mental health problems and correlates among 746,217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33185174/>
27. Wang X, Hegde S, Son C, Keller B, Smith A, Sasangohar F. Investigating mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 [citado 31/05/2021]; 22(9). Disponible en: <https://www.jmir.org/2020/9/e22817/>

Anxiety and depression in medical students

ABSTRACT

Introduction: the prevalence of mental disorders, such as anxiety and depression, is very high among young people. Medical students are not immune to this increase. **Objective:** to determine the possible association of depression and anxiety with some personality traits or healthy lifestyle habits among medical students at the University of Las Palmas de Gran Canaria. **Method:** an observational, descriptive, cross-sectional study was carried out. The universe was made up of 321 students who answered the corresponding standardized and self-applied questionnaires electronically. To analyze the possible relationship between the variables collected, logistic regression models will be applied. **Results:** 75.4% (n = 242) were women and the mean age was 21.7 ± 3.2 years. 62.9% (n = 202) and 70.4% (n = 226) of the students presented depressive and anxious symptoms, respectively. Schizoid (n = 209; 65.1%) and anxious (n = 165; 51.4%) personality traits were statistically significantly associated with anxiety; while anxious, dependent (n = 80; 24.9%), and anankastic (n = 229; 71.3%) traits were associated with depression. **Conclusions:** the presence of anxiety-depressive disorders among medical students in this Spanish sample is higher than among the general population. There is an association between schizoid and anxious personality traits and the presence of depression. An association was also found between previous mental diagnosis, dependent, anxious and anankastic traits, and anxiety.

Keywords: Anxiety; Depression; Personality; Students; Student Health.



Este artículo de *Revista 16 de Abril* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista 16 de Abril*.