

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Agranatti A, Longarini A, Zubimendi M y col. Prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de medicina durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por la covid-19. *Rev Arg Med* 2021;9[4]:301-11

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/ram.v9i4.647>

Recibido: 2 de mayo de 2021

Aceptado: 25 de junio de 2021

¹ Médico especialista en psiquiatría. Servicio de psiquiatría de CEMIC. Profesor titular del Instituto Universitario CEMIC (IUC).

² Instituto Universitario CEMIC (IUC).

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Alejo Federico Agranatti. Av. Gral. Las Heras 2900 (C1425ASS), CABA. Correo electrónico: aagranatti@gmail.com

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO POR LA COVID-19

PREVALENCE OF ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS SYMPTOMS IN MEDICAL STUDENTS DUE TO SOCIAL, PREVENTIVE AND MANDATORY SELF-ISOLATION AS A CONSEQUENCE OF THE COVID-19 PANDEMIC

Alejo Agranatti,¹ Anabella Longarini,² Martina Lopez Arancio,² Agustina Olaciregui Plot,² María Belén Viola,² Catalina Nicora Santamarina,² Maitena Zubimendi²

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia global de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés en estudiantes de medicina del Instituto Universitario CEMIC en el contexto del aislamiento social durante la pandemia del SARS-CoV-2. Comparar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre los distintos años de la carrera y su relación con variables independientes. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario virtual en 263 estudiantes de medicina. Se estudiaron distintas variables y se aplicó la escala Dass-21 para determinar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Se efectuó una regresión logística para evaluar el efecto independiente de cada una de las variables estudiadas sobre la presencia de los síntomas. **Resultados.** El 72% presentó síntomas de depresión; el 59,7% y 80,1%, síntomas de ansiedad y estrés, respectivamente. Trabajar durante el aislamiento y cursar los primeros años de la carrera aumentó la prevalencia de sintomatología ansiosa. Se asoció la presencia de síntomas de depresión y estrés en alumnos que vivían en el AMBA y presentaron un aumento de peso durante el aislamiento. La prevalencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión fue mayor en el sexo femenino y en alumnos con alteraciones del sueño. **Conclusión.** Los estudiantes del Instituto Universitario CEMIC presentaron niveles preocupantes de depresión, ansiedad y estrés, incluso comparados con alumnos de otras universidades extranjeras. Sería interesante evaluar el impacto del aislamiento en la prevalencia de dicha sintomatología, ya que sospechamos que partimos de niveles basales elevados en esta población.

PALABRAS CLAVE. Estudiantes de medicina, depresión, ansiedad, estrés, covid-19, aislamiento.

ABSTRACT

Objective. To determine the global prevalence of anxiety, depression and stress symptoms in medical students at the Instituto Universitario CEMIC (CEMIC university institute) in the context of social self-isolation as a consequence of the SARS-CoV-2 pandemic. To compare the prevalence of these symptoms among students from different years and their relation to independent variables. **Methods.** A descriptive transversal survey was conducted by means of a questionnaire completed by 263 medical students. Different variables were considered and the Dass-21 scale was included in the survey, in order to analyze the presence of depression, anxiety, and stress symptoms. Finally, a logistic regression was used aimed at evaluating the impact of each of these independent variables. **Results.** 72% of students presented depression symptoms, 59.7% evidenced anxiety symptoms, and 80.1% reported stress symptoms. Working during quarantine and studying in the first years of the medical college lead to the prevalence of anxiety symptoms. Depression and stress symptoms are associated with students living in the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA, its acronym in Spanish) and those who gained weight during self-isolation. The prevalence of symptoms of anxiety, stress, and depression proves higher in women and in students with sleep disorders. **Conclusions.** Even compared to students from foreign universities, medical students at the Instituto Universitario CEMIC experienced

high levels of depression, anxiety, and stress. It would be important to measure the impact of covid-19-related isolation on those symptoms since, in our opinion, the basal prevalence of such symptoms was already alarming.

KEY WORDS. *Medical students, depression, anxiety, stress, covid-19, quarantine.*

Introducción

En Argentina una de cada tres personas sufre algún trastorno de la salud mental a lo largo de la vida (1), siendo más frecuentes los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos del estado del ánimo (2). Existe evidencia de que los desafíos que surgen al enfrentar una carrera universitaria podrían generar una mayor predisposición a desarrollar síntomas depresivos y/o ansiosos y, dentro de las carreras de alta carga académica, se destacan las del área de salud (3). Los factores asociados a esta problemática son el volumen de información, la presión derivada de la continua evaluación, la interacción con los pacientes, preocupaciones económicas y los cambios en el estilo de vida (4). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la población mayor de 15 años, más de un tercio de los años de vida con discapacidad puede ser atribuido a desórdenes psiquiátricos, siendo la causa más frecuente la depresión (5). En Argentina, la primera causa de años de vida con discapacidad en mujeres son los desórdenes depresivos unipolares (5).

Desde diciembre de 2019, para sorpresa de la comunidad global, un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2 se expandió rápidamente desde China hacia otros países y generó, en principio, un brote de neumonía infecciosa (6). La cantidad de casos aumentó exponencialmente (7) en los meses siguientes, por lo que, el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró al SARS-CoV-2 una emergencia pública sanitaria con impacto global (8). Finalmente, el 20 de marzo del mismo año, el gobierno argentino impuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio.

El SARS-CoV-2 no sólo aumentó el riesgo de muerte por una infección viral, sino que también tuvo gran impacto psicológico en la población de todo el mundo (9). La expansión rápida del virus, las medidas gubernamentales estrictas, el aislamiento social y la imposibilidad de comenzar los estudios universitarios influyeron en la salud mental de los estudiantes (10). Sin embargo, no se han realizado muchos estudios que evalúen el impacto psicológico de los estudiantes universitarios frente a la pandemia (11).

El objetivo primario de este trabajo fue establecer la prevalencia global de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés en estudiantes de medicina de primero a sexto año del Instituto Universitario CEMIC, en el contexto del aislamiento social, preventivo y obligatorio durante la pandemia del SARS-CoV-2. Además, se buscó comparar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva entre los distintos años de la carrera de medicina de la mencionada insti-

tución y relacionar la prevalencia de dicha sintomatología con variables independientes como edad, sexo, actividad laboral, etc.

Como objetivos secundarios, se realizó una regresión logística para evaluar el efecto independiente de cada una de las variables estudiadas. Se llevó a cabo una comparación entre los resultados obtenidos con los de la población general argentina y una comparación con estudios de similares características de otros países del mundo.

Materiales y métodos

Diseño del estudio e instrumentos

En el presente estudio se optó por un diseño descriptivo transversal. Al encontrarnos en situación de aislamiento social, preventivo y obligatorio, sin concurrencia presencial a la facultad, se decidió utilizar un cuestionario de carácter virtual, autoadministrado y anónimo en formato de encuesta de Google Forms. La encuesta se lanzó el día 8 de julio de 2020, fue distribuida entre los alumnos por el departamento de pedagogía de la institución vía correo electrónico y se mantuvo abierta hasta el 20 de julio de 2020, cuando se dio por finalizada la recolección de datos. En cuanto a la estructura del cuestionario, se recolectaron datos sociodemográficos como sexo, edad, localidad donde el o la alumna se hallaba transitando la cuarentena, si se hallaba en pareja, cambios en el ingreso familiar durante el aislamiento y estado laboral.

Además se evaluaron diversos tópicos, como el aumento del consumo de tabaco, cambios en el peso corporal, alteraciones en el sueño (incluyendo insomnio, despertares, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, necesidad de medicación para dormir), presencia de alguna enfermedad de riesgo para covid-19, tratamiento psicofarmacológico actual, consulta a un psiquiatra o nueva prescripción de psicofármacos durante el aislamiento y si rompió o no el aislamiento (entendiéndose esto último como salidas no regladas o reuniones con familiares o amigos).

Como instrumento para la medición de la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, la encuesta incluyó la escala Dass-21 (Anexo 1), estandarizada y validada en su traducción al español (12). La escala consta de un total de 21 ítems, cada uno correspondiente a un síntoma específico para el cual el encuestado debe responder 0, 1, 2 o 3 según el grado de ocurrencia de cada síntoma durante la semana previa. La escala de calificación va desde 0: no me ha ocurrido; 1: me ha ocurrido un poco o durante

parte del tiempo; 2: me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo; y 3: me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo. Los 21 ítems de la escala Dass-21 se subdividen en tres subescalas con siete ítems cada una: subescala depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), subescala ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y subescala estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). A fin de evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Para la interpretación de los resultados, utilizan los siguientes puntos de corte: para la subescala depresión, 5-6 puntos = síntomas de depresión leve, 7-10 puntos = síntomas de depresión moderada, 11-13 puntos = síntomas de depresión severa, 14 o más puntos = síntomas de depresión extremadamente severa; para la subescala ansiedad: 4 puntos = síntomas de ansiedad leve, 5-7 puntos = síntomas de ansiedad moderada, 8-9 puntos = síntomas de ansiedad severa, 10 o más puntos = ansiedad extremadamente severa; y para la subescala estrés: 8-9 puntos = síntomas de estrés leve, 10-12 puntos = síntomas de estrés moderado, 13-16 puntos = síntomas de estrés severo y 17 o más puntos = síntomas de estrés extremadamente severo Anexo 2.

La encuesta final consistió de 41 preguntas con respuestas de opción múltiple.

Población y muestra

La población estudiada constó de 263 alumnos del primero al sexto año de la carrera de medicina del Instituto Universitario CEMIC. La muestra total obtenida al cierre de la recolección de datos fue de 261 respuestas, que representan el 99,2% del alumnado de la carrera de medicina.

Análisis estadístico

En un primer momento se calcularon los puntajes Dass-21 totales de cada encuestado, luego se discriminó el puntaje de cada subescala por separado. Para cada subescala, los resultados se interpretaron según los puntos de corte correspondientes en: "sin síntomas", "síntomas leves", "síntomas moderados", "síntomas severos" y "síntomas extremadamente severos". Se describieron las características de la población en relación al sexo, año de carrera, la presencia de pareja, el aumento del tabaquismo, aumento del peso corporal, las alteraciones en el sueño, el estar transitando el aislamiento solo/a, haber roto la cuarentena, un tratamiento psicofarmacológico previo, la presencia o no de una enfermedad considerada de riesgo para covid-19, el estado laboral, la disminución del ingreso familiar durante el aislamiento, la falta de contacto con los pares y residencia en el AMBA, en forma absoluta y porcentual (tabla 1). Asimismo, se calcularon los puntajes promedio para cada subescala Dass-21, independientemente de las demás variables, con su desvío estándar (DE) correspondiente.

Para determinar la asociación entre las diversas variables y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad o estrés,

cada característica estudiada se evaluó como una variable independiente y se empleó la prueba de χ^2 para determinar el valor de dicha asociación. Para evaluar la asociación entre la edad del o la encuestada y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad o estrés, se empleó la prueba de Student. Esto se repitió para cada subescala Dass-21. Los cálculos se realizaron en línea, a través de la plataforma Quick Statistics Calculator disponible en <https://www.socscistatistics.com/tests>.

Por último, se efectuó una regresión logística para evaluar el efecto independiente de cada una de las variables estudiadas sobre la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. El programa utilizado fue el STATA 12.0. Para todos los casos, se estableció un intervalo de confianza (IC) del 95%, donde una asociación se consideró estadísticamente significativa con $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

La encuesta difundida, con el cuestionario Dass-21 incluido, fue 100% virtual y anónima, lo que garantizó la privacidad de los datos posiblemente sensibles proporcionados por los estudiantes para la confección de los resultados y conclusiones del presente trabajo de investigación. El presente trabajo no fue sometido a la aprobación de un comité de ética.

Resultados

Características de la muestra

Las características de la muestra en estudio se resumieron en la tabla 1. La edad promedio del alumnado fue de 21 años y casi tres cuartos del mismo era de sexo femenino. El 93% de los alumnos transitaba el aislamiento en localidades del AMBA (área metropolitana de Buenos Aires) y sólo el 3% lo transitaba en solitario.

En cuanto al año de carrera, se encontró cierta discrepancia entre los resultados obtenidos en la encuesta y los datos proporcionados por el departamento de pedagogía de la institución. En los registros oficiales, la distribución de los alumnos por año al 13 de julio de 2020 fue: 1.º año, 61 alumnos; 2.º año, 63 alumnos; 3.º año, 51 alumnos; 4.º año, 35 alumnos; 5.º año, 33 alumnos; 6.º año, 20 alumnos. Cabe destacar que en el Instituto Universitario CEMIC existen tres ciclos: ciclo de formación básica y promoción de la salud (1.º a 3.º año), ciclo clínico (4.º y 5.º año) y el internado rotatorio o práctica final obligatoria (6.º año). Para poder comenzar la cursada de un nuevo ciclo (es decir, iniciar 4.º y 6.º año), el/la alumno/a debe acreditar la aprobación de todas las asignaturas del ciclo anterior. En los listados oficiales de la institución, aquellos alumnos que sólo adeudan exámenes finales de 3.º y 5.º, para poder comenzar 4.º y 6.º año, respectivamente, continúan figurando en las listas de 3.º y 5.º año hasta haber aprobado todos los exámenes finales correspondientes. Con esto en

cuenta, una posible explicación para la diferencia entre los listados y los resultados pudo residir en dos cuestiones: 1) los alumnos que, por ejemplo, se encontraban cursando 2.º año de la carrera pero que adeudaban finales de asignaturas de 1.º año pueden haber contestado que se encontraban cursando 1.º año debido a sus finales pendientes; o 2) los alumnos que, por ejemplo, adeudaban exámenes finales de 5.º año para iniciar 6.º año pueden haber contestado que ya se encontraban en 6.º año.

Más de la mitad (62%) de los alumnos de la carrera de Medicina no tenía pareja al momento de la encuesta.

El 11% de los y las encuestadas expresó que tuvo contacto escaso o nulo con sus pares durante el aislamiento. Se registraron 59 alumnos tabaquistas, de los cuales 22 manifestaron haber aumentado el consumo de tabaco (8,4% de la muestra). El 42% de los alumnos refirió haber aumentado de peso.

Con relación al estado laboral, aproximadamente una quinta parte del alumnado trabaja (22%), incluyendo tanto trabajo formal como no formal. Además, la mitad de los y las alumnas (52%) refirió que durante el aislamiento hubo una disminución del ingreso familiar.

Con respecto a antecedentes de salud, el 8% del alumnado mencionó estar bajo tratamiento psicofarmacológico prescrito por un profesional desde antes del aislamiento y 7% manifestó tener alguna enfermedad crónica considerada de riesgo para covid-19 (por ejemplo, hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, etc.). Por último, al momento de la encuesta, el 74% de los y las alumnas admitió haber "roto" la cuarentena, aun cuando las reuniones reducidas no estaban habilitadas.

Puntaje promedio y gravedad de los síntomas

En la tabla 2, se resumieron los puntajes promedio de cada subescala Dass-21 y el DE correspondiente, independientemente de otras variables. Para la subescala depresión, el puntaje promedio fue 8,394; con un DE de 5,2; lo que equivale al resultado de síntomas de depresión de intensidad moderada, según los puntos de corte indicados previamente en la tabla 1. Para la subescala ansiedad, el resultado promedio fue 6,264 (DE = 5,129); compatible con un resultado de síntomas de ansiedad moderada. Por último, para la subescala estrés, el resultado promedio fue 11,839 (DE = 4,91); que se interpretan como síntomas de estrés moderado.

La tabla 3 sintetiza el porcentaje de respuestas obtenidas para cada nivel de severidad de síntomas para cada subescala particular.

Dentro de la evaluación de la presencia de síntomas de depresión, el porcentaje de encuestados sin síntomas fue muy similar al que presentó síntomas de intensidad moderada (27,6% y 26,8%, respectivamente). Sumado a esto, casi el 20% de los y las alumnas tuvo un puntaje en esta subescala compatible con síntomas extremadamente severos de depresión.

Con respecto a la evaluación de la presencia de síntomas de ansiedad, el 40% del alumnado no presentó sintomatología compatible. En el otro extremo, 28,7% presentó un puntaje en el cuestionario Dass-21 compatible con síntomas extremadamente severos de ansiedad.

Dentro de la evaluación de la presencia de síntomas de estrés, el 20% del alumnado no presentó síntomas; mientras que un 26,8% presentó síntomas severos y un 18,8%, síntomas extremadamente severos de estrés, según el cuestionario Dass-21.

Subescala Dass-21 para depresión

En la tabla 4, se resumieron las características de la muestra en estudio según la presencia o no de síntomas de depresión. Para la confección de esta tabla, se decidió no subdividir a los encuestados con sintomatología según la severidad de la misma. Como variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la presencia de síntomas de depresión, observamos las siguientes: sexo femenino ($p = 0,00016$), aumento de peso ($p = 0,0087$), vivir en el AMBA ($p = 0,0028$) y la presencia de alteraciones en el sueño ($p = 0,00001$).

Subescala Dass-21 para ansiedad

En la tabla 5, se resumieron las características de la muestra en estudio según la presencia o no de síntomas de ansiedad. Como en la anterior, para la confección de esta tabla se decidió no subdividir a los encuestados con sintomatología según la severidad de la misma. Como variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la presencia de síntomas de ansiedad, se observaron las siguientes: edad ($p = 0,0054$), sexo femenino ($p = 0,00067$), año de carrera ($p = 0,0001$), el hecho de trabajar ($p = 0,042$) y la presencia de alteraciones en el sueño ($p = 0,00001$).

Subescala Dass-21 para estrés

En la tabla 6, se resumieron las características de la muestra en estudio según la presencia o no de síntomas de depresión. Como en las tablas anteriores, se decidió no subdividir a los encuestados con sintomatología según la severidad de la misma. Como variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la presencia de síntomas de estrés, se observaron las siguientes: sexo femenino ($p = 0,00001$), aumento de peso ($p = 0,0051$), vivir en el AMBA ($p = 0,00042$) y la presencia de alteraciones en el sueño ($p = 0,00001$).

Regresión logística

Se efectuó una regresión logística para evaluar el efecto independiente de cada una de las variables estudiadas sobre la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. En las tablas 7, 8 y 9 se presentan las relaciones con significación estadística ($p < 0,05$) encontradas en el presente estudio para los síntomas de depresión, ansiedad y estrés,

respectivamente. Los resultados indicaron que el sexo femenino (*odds ratio* [OR] = 3,73; IC del 95% = 1,86-7,45), poseer alguna alteración en el sueño (OR = 3,11; IC del 95% = 1,57-6,16), tener poco y nada de contacto con los pares (OR = 4,50 y 4,77; IC del 95% = 1,74-11,60 y 1,35-16,85, respectivamente), se asociaron con un riesgo mayor de presentar sintomatología depresiva. Si bien estar bajo tratamiento psiquiátrico no presentó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,069$), es clínicamente relevante mencionar que se asoció con un riesgo 5,26 veces mayor de estar con depresión. Por otro lado, “romper” la cuarentena en reiteradas ocasiones (OR = 0,27; IC del 95% = 0,09-0,80) y transitar el aislamiento en localidades no pertenecientes al AMBA (OR = 0,24; IC del 95% = 1,57-0,07-0,80) fueron un factor protector contra la depresión en los estudiantes de medicina del Instituto Universitario CEMIC.

En cuanto a la ansiedad, se evidenció que el sexo femenino (OR = 2,60; IC del 95% = 1,32-5,12) se asoció a un riesgo mayor de presentarla respecto del sexo masculino. En relación con los años de cursada de la carrera de medicina, los resultados indicaron que los alumnos del segundo año se asocian a un riesgo de 2,86 veces mayor (OR = 2,86; IC del 95% = 1,17-6,98) de estar ansiosos respecto de los alumnos de primer año. Tercer y cuarto año no mostraron diferencia alguna con el primer año. Sin embargo, se pudo observar que, desde tercer año en adelante, hay un gradiente descendente; por consiguiente, se interpreta que a medida que los alumnos avanzan en la carrera, la ansiedad disminuye. Tal es así, que se asoció al sexto año (OR: 0,28; IC del 95% = 0,10-0,77) con un factor protector frente a la ansiedad. Quinto año también se asoció como un factor protector pero no se estableció una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,068$). Asimismo, los alumnos que durante la cuarentena presentaron una disminución de peso (OR = 2,26; IC del 95% = 1,06-4,82) y poco contacto con sus pares (OR = 3,45; IC del 95% = 1,69-7,00) se asociaron a un riesgo mayor de presentar ansiedad. Si bien haber realizado una consulta al psiquiatra no resultó significativamente estadístico ($p = 0,070$; OR = 3,13; IC = 0,91-10,78), es importante mencionar que se asoció a un riesgo 3,13 veces mayor de presentarla.

Por último, los resultados para síntomas de estrés indicaron que el sexo femenino (OR: 0,28; IC del 95% = 1,87-8,40), poseer alguna alteración del sueño (OR = 7,22; IC del 95% = 3,42-15,24) y tener poco o nada de contacto con los pares (OR = 3,62; IC del 95% = 1,14-11,47) se asociaron con un riesgo mayor de presentar síntomas de estrés. Por otro lado, los alumnos que se encontraban realizando el aislamiento social preventivo y obligatorio en el Gran Buenos Aires y en localidades no pertenecientes al AMBA (OR: 0,71 y 0,20; IC del 95% = 0,10-0,77 y 0,06-0,71, respectivamente) evidenciaron un factor protector frente al estrés en los estudiantes de Medicina del Instituto Universitario CEMIC.

Discusión

La pandemia por SARS-CoV-2 requirió la implementación de medidas extraordinarias por parte de todos los gobiernos del mundo. El aislamiento social, preventivo y obligatorio dictado en nuestro país en marzo de 2020 repercutió en todas las esferas de la vida. Uno de los puntos a destacar fue el cese de toda actividad educativa presencial en todos sus niveles, que generó un impacto negativo en materia de salud mental, independientemente de la presencia o no de antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos.

El primer interrogante planteado en el inicio del presente trabajo de investigación fue si existían características comunes vinculables de manera estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología de depresión, ansiedad o estrés. Nuestra hipótesis inicial fue que las características significativas serían las siguientes: sexo femenino, transitar la cuarentena en el AMBA, no hallarse en pareja, disminución del ingreso familiar durante el aislamiento, el aumento del peso corporal, la presencia de alteraciones en el sueño y tener alguna enfermedad de riesgo para la covid-19. A su vez, antes de obtener los resultados, considerábamos que, a mayor año de carrera, habría mayor prevalencia de sintomatología.

Una vez finalizado el análisis de datos, pudimos observar que, de todas las variables mencionadas, hubo una fuerte asociación con el sexo femenino para los síntomas de depresión ($p = 0,00016$), ansiedad ($p = 0,0054$) y estrés ($p = 0,00001$). Lo mismo ocurrió para la presencia de alteraciones en el sueño (ansiedad: $p = 0,00001$ y estrés: $p = 0,00001$). El hecho de vivir en el AMBA se asoció significativamente con la presencia de sintomatología de depresión ($p = 0,0028$) y estrés ($p = 0,0004$). El aumento de peso se asoció fuertemente con síntomas de depresión ($p = 0,0087$) y estrés ($p = 0,005$). Trabajar durante el aislamiento se relacionó de manera estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología ansiosa ($p = 0,042$). Del total de encuestados, el 73,6% refirió no haber cumplido con el aislamiento. Si bien esta variable en sí misma no resultó ser estadísticamente significativa, al efectuar la regresión logística, se observó que, dentro de este grupo, aquellos que afirmaron “romper mucho” el aislamiento tuvieron menor prevalencia de síntomas, por lo que resultó un factor protector. Además, se evidenció que, al contrario de lo que pensábamos inicialmente, fueron los alumnos de los años iniciales de la carrera de medicina los que presentaron mayor prevalencia de sintomatología ansiosa ($p = 0,00001$).

Por último, cabe destacar algunas variables que, aun no habiendo resultado estadísticamente significativas, son plausibles de análisis. De los 261 estudiantes encuestados, la mitad (52%) indicó haber sufrido una disminución en el ingreso familiar durante la cuarentena; algo que debería considerarse como un factor con una importante influencia

sobre el posible desarrollo de sintomatología depresiva, ansiosa y/o depresiva.

De acuerdo al estudio epidemiológico de la población general en la Argentina (1), la prevalencia de sufrir algún tipo de trastorno mental a lo largo de la vida es de un 29,1%. Dentro de estos, los trastornos más frecuentes son los trastornos de ansiedad (9,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (5,7%). En cuanto a la severidad de los mismos, se alcanzó una prevalencia de un 3,7% de trastornos severos, 5,3% de moderados y 5,8% de trastornos leves. En cuanto a la población mundial, dicho estudio no evidenció diferencias en la prevalencia de trastornos mentales en cuanto al sexo. Sin embargo, las mujeres demostraron tener mayores probabilidades de sufrir trastornos de ansiedad (OR: 1,98; 95% IC: 1,32-3,0) que el sexo masculino. Esto coincide con los resultados obtenidos en nuestro trabajo, que evidenciaron, para el sexo femenino, un aumento de riesgo de padecer síntomas de estrés (OR: 0,28; IC del 95% = 1,87-8,40), ansiedad (OR = 2,60; IC del 95% = 1,32-5,12) y depresión (OR = 3,73; IC del 95% = 1,86-7,45). El estado civil y el nivel de ingreso como variables no fueron asociadas a ninguno de los trastornos mentales, lo cual se corresponde con nuestros resultados. Los trabajos realizados que evalúan el impacto psicológico de la pandemia por covid-19 en estudiantes de medicina de otros países arrojan datos que coinciden con los de nuestro estudio. La prevalencia de estudiantes del Instituto Universitario CEMIC con síntomas depresivos fue del 72,4%. Esa cifra fue de un valor mayor al doble evidenciado por Jia Liu et al (13), de un 35,5%; y sustancialmente mayor al evidenciado por Paula Odriozola González y colaboradores (14), de un 48,10%. A su vez, al clasificar la presencia de síntomas depresivos por severidad, la mayoría de los estudiantes tenían síntomas moderados (26,8%), severos (14,2%) y extremadamente severos (19,5%), similar a lo evidenciado por Odriozola González (14), en donde casi el 35% de los participantes tenían síntomas de moderados a extremadamente severos. Estos resultados no coinciden con lo indicado por Wenju Cao y colaboradores (11) y Jia Liu y colegas, en donde, por el contrario, un tercio de los estudiantes presentaban síntomas de severidad leve-moderada. Por otro lado, la prevalencia de síntomas de ansiedad en estudiantes del Instituto Universitario CEMIC fue del 59,8%, una cifra mayor al doble evidenciado por Jia Liu y colegas, del 22,1%, y también notablemente más elevada que la arrojada por Odriozola González y colaboradores (14), del 35,18%. La prevalencia de síntomas moderados (13,4%), severos (8,4%) y extremadamente severos (28,7%) también fue sustancialmente mayor que la evidenciada por Wenju Cao y colegas, donde sólo el 2,7% y 0,9% tuvieron síntomas moderados y severos, respectivamente. En este sentido, la población analizada por Odriozola González y colaboradores sí arrojó datos que se asemejan más a nuestra población estudiada, aunque en menor medida, ya que reporta un 21,34% de los par-

ticipantes con síntomas de ansiedad de moderados a extremadamente severos. Por último, al analizar la prevalencia de síntomas de estrés en los estudiantes del Instituto Universitario CEMIC, nos encontramos con la elevada cifra de 80,1%, casi el doble de lo demostrado por Odriozola González, de un 40,32%.

Conclusiones

Este estudio dejó entrever una situación que era de esperar: los estudiantes de nuestra facultad presentaron niveles preocupantes de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, incluso comparado con alumnos de otras universidades extranjeras. Esto puede deberse a múltiples factores ya conocidos: exigencia académica y carga horaria, presión externa o autoimpuesta para tener éxito y presión económica asociada a la educación privada, entre otros. Un dato de suma relevancia fue la disparidad de sintomatología entre los años de carrera, dado que se mostró una mayor prevalencia de los síntomas mencionados en los alumnos del ciclo biomédico (1.º a 3.º año). Esa mayor prevalencia se condice con los hallazgos de Hull y col. (15), Smith y col. (16) y Bassols y col. (4).

Por otro lado, sería interesante evaluar el impacto propio del aislamiento debido a la pandemia por covid-19 en los niveles de dicha sintomatología, ya que sospechamos que, en materia de salud mental, partimos de niveles basales altos de prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y el mencionado aislamiento pudo haber agravado una situación que ya era alarmante de antemano. Es por eso que proponemos fuertemente repetir la encuesta a los estudiantes en los años venideros, a fin de ampliar la evidencia sobre la condición de salud mental de los alumnos de nuestra facultad y ponderar de manera más fehaciente el impacto de la pandemia. Los datos obtenidos sustentan la necesidad de elaborar estrategias de rastreo, identificación e intervenciones pertinentes relacionadas a la salud mental del alumnado por parte de las instituciones educativas de todos los niveles, entre ellas, el Instituto Universitario CEMIC.

Agradecimientos

Al Dr. Hugo Krupitzki, secretario académico de la Unidad Académica Instituto de Investigaciones, por su colaboración en el análisis estadístico.

Al Departamento de Pedagogía del Instituto Universitario CEMIC, por la distribución del cuestionario virtual al alumnado de la institución. [RAM](#)

		Total absoluto	%
Edad Promedio		21	3.0
Sexo Femenino		189	72%
Año de carrera	1ro	66	25%
	2do	55	21%
	3ro	48	18%
	4to	34	13%
	5to	30	11%
	6to	28	11%
Sin Pareja		161	62%
Aumento tabaquismo		22	8%
Aumento de peso		110	42%
Solo		8	3%
Rompió la cuarentena		192	74%
Tratamiento psicofarmacológico		20	8%
Enfermedad de riesgo COVID		18	7%
Trabaja		58	22%
Ingreso familiar disminuido		137	52%
Poco/sin contacto con pares		28	11%
Localidad: AMBA		244	93%
Alteraciones en el sueño		197	75%

Tabla 1. Características de la muestra.

	Promedio	SD*
Depresión	8.394	5.262
Ansiedad	6.264	5.129
Estrés	11.839	4.91

Tabla 2. Promedio de puntaje de cada subescala DASS21.

*Desvío estándar

	Sin síntomas	Leves	Moderados	Severos	Extremadamente*
Depresión	27,6 %	11,9%	26,8%	14,2%	19,5%
Ansiedad	40,2%	9,2%	13,4%	8,4%	28,7 %
Estrés	19,9%	10,7%	23,8%	26,8%	18,8%

Tabla 3. Distribución de respuestas según severidad de sintomatología para cada subescala DASS21.

*Extremadamente severos

		Sin síntomas n=72		Con síntomas n=189		Chi2	P
Variables		Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje		
Edad promedio (SD)		21,86 (4,18)	-	21,11 (2,38)	-	t = 1,8635	0,0635
Sexo femenino		40	56%	149	79%	14,14	0,00016
Año de carrera	1ro	21	29%	45	24%	3,544	0,0617
	2do	11	15%	44	23%		
	3ro	11	15%	37	20%		
	4to	10	14%	24	13%		
	5to	10	14%	20	11%		
	6to	9	13%	19	10%		
Sin pareja		48	67%	113	60%	1,0437	0,306965
Aumento tabaquismo		5	7%	17	9%	0,1345	0,71378
Aumento de peso		21	29%	89	47%	6,86	0,0087
Solo		4	6%	4	2%	2,0755	0,1496
Rompió la cuarentena		56	78%	136	72%	0,9081	0,3406
Tratamiento psicofarmacológico		2	3%	18	10%	3,3534	0,067
Enfermedad de riesgo covid-19		7	10%	11	6%	1,2364	0,2661
Trabaja		20	28%	38	20%	1,7755	0,1827
Ingreso familiar disminuido		31	43%	106	56%	3,5491	0,05957
Poco/sin contacto con pares		4	6%	24	13%	2,7776	0,095593
Localidad: AMBA		62	86%	182	96%	8,88	0,0028
Alteración en el sueño		40	56%	157	83%	21,3241	0,00001

Tabla 4. Características de la muestra en estudio, según la presencia de síntomas de depresión.

Variables		Sin síntomas n=105		Con síntomas n=156		Chi2	P
		Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje		
Edad promedio		21.95 (2.98)		20.9 (2.96)		t = 2.8064	0.0054
Sexo femenino		64	61%	125	80%	11.55	0.00067
Año de carrera	1ro	26	25%	40	26%	24.6359	0.0001
	2do	10	10%	45	29%		
	3ro	19	18%	29	19%		
	4to	14	13%	20	13%		
	5to	16	15%	14	9%		
	6to	20	19%	8	5%		
Sin pareja		42	40%	58	37%	0.2112	0.645794
Aumento tabaquismo		6	6%	16	10%	3.2758	0.070308
Aumento de peso		38	36%	72	46%	2.555	0.109943
Solo		5	5%	3	2%	1.7022	0.191995
Rompió la cuarentena		80	76%	112	72%	0.6235	0.429747
Tratamiento psicofarmacológico		5	5%	15	10%	2.0894	0.148328
Enfermedad de riesgo covid		5	5%	13	8%	1.2467	0.264185
Trabaja		30	29%	28	18%	4.0973	0.042951
Ingreso familiar disminuido		56	53%	81	52%	0.0501	0.822975
Poco/sin contacto con pares		10	10%	18	12%	0.266	0.606045
Localidad: AMBA		96	91%	148	95%	0.0589	0.808186
Alteración en el sueño		62	59%	135	87%	25.6262	0.00001

Tabla 5. Características de la muestra en estudio, según la presencia de síntomas de ansiedad.

Variables		Sin síntomas n=52		Con síntomas n=209		Chi2	P
		Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje		
Edad promedio		21.66 (3.1)		21.24 (2.98)		t = 0.8825	0.3783
Sexo femenino		25	48%	164	78%	19.25	0.00001
Año de carrera	1ro	16	31%	50	24%	64.438	0.265
	2do	6	12%	49	23%		
	3ro	9	17%	39	19%		
	4to	7	13%	27	13%		
	5to	5	10%	25	12%		
	6to	9	17%	19	9%		
Sin pareja		36	69%	125	60%	1.5641	0.211066
Aumento tabaquismo		5	10%	17	8%	0.3423	0.558513
Aumento de peso		13	25%	97	46%	7.8291	0.005141
Solo		1	2%	7	3%	0.2851	0.593401
Rompió la cuarentena		42	81%	150	72%	1.7339	0.187917
Tratamiento psicofarmacológico		2	4%	18	9%	1.3369	0.247579
Enfermedad de riesgo covid		3	6%	15	7%	0.1285	0.719964
Trabaja		14	27%	44	21%	0.8302	0.362201
Ingreso familiar disminuido		24	46%	113	54%	1.0456	0.306534
Poco/sin contacto con pares		8	15%	20	10%	1.4703	0.225296
Localidad: AMBA		43	83%	201	96%	12.42	0.00042
Alteración en el sueño		22	42%	175	84%	38.6061	0.00001

Tabla 6. Características de la muestra en estudio, según la presencia de síntomas de estrés.

Variable	Odds ratio	P	Intervalo de confianza (95%)
Sexo femenino	3,73	0,000	1,86-7,45
Alteración en el sueño	3,11	0,001	1,57-6,13
Poco contacto con los pares	4,50	0,002	1,74-11,60
Sin contacto con los pares	4,77	0,015	1,35-16,85
Tratamiento psiquiátrico	5,26	0,069	0,88-31,39
Rompió poco la cuarentena	0,98	0,969	0,46-2,11
Rompió mucho la cuarentena	0,27	0,018	0,09-0,80
Gran Buenos Aires	1,15	0,687	0,58-2,26
No AMBA	0,24	0,020	0,07-0,80

Tabla 7. Variables con significación estadística para síntomas de depresión.

Variable	Odds ratio	P	Intervalo de confianza (95%)
Sexo femenino	2,60	0,006	1,32-5,12
2do año	2,86	0,021	1,17-6,98
3er año	0,89	0,774	0,39-2,01
4to año	0,97	0,957	0,39-2,45
5to año	0,41	0,068	0,16-1,07
6to año	0,28	0,015	0,10-0,77
Disminuyó de peso	2,26	0,035	1,06-4,82
Aumentó de peso	1,41	0,312	0,72-2,76
Poco contacto con los pares	3,45	0,001	1,69-7,00
Sin contacto con los pares	1,58	0,351	0,60-4,17
Consulta psiquiatra	3,13	0,070	0,91-10,78

Tabla 8. Variables con significación estadística para síntomas de ansiedad.

Variable	Odds ratio	P	Intervalo de confianza (95%)
Sexo femenino	3,96	0,000	1,87-8,40
Gran Buenos Aires	0,71	0,385	0,33-1,54
No AMBA	0,20	0,013	0,06-0,71
Alteración en el sueño	7,22	0,000	3,42-15,24
Poco o sin contacto con los pares	3,62	0,029	1,14-11,47

Tabla 9. Variables con significación estadística para síntomas de estrés.

Anexo 1: cuestionario DASS-21

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Anexo 2: Interpretación de los resultados de cada subescala DASS-21

PUNTUACIÓN DASS21		
Depresión	Ansiedad	Estrés
Items 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	Items 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	Items 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18
≤4 sin síntomas	≤3 sin síntomas	≤7 sin síntomas
5-6 síntomas leves	4 síntomas leves	8-9 síntomas leves
7-10 síntomas moderados	5-7 síntomas moderado	10-12 síntomas moderados
11-13 síntomas severos	8-9 síntomas severos	13-16 síntomas severos
≥14 síntomas extremadamente severos	≥10 síntomas extremadamente severos	≥17 síntomas extremadamente severos

Referencias bibliográficas

1. Stagnaro J, Cía A, Vázquez N y col. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *VERTEX* 2018;XXIX(142)
2. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioeth* 2016;22(1):51-61
3. Barraza LR, Muñoz NN, Alfaro GM y col. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2015;53(4):251-60
4. Bassols A, Okabayashi L, Silva A, et al. First- and last- year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2014;36(3):233-40
5. Meza V, Gil A. Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) Factores de riesgo cardiovascular: Recomendaciones para la prevención de Enfermedades Cardiovasculares *Ciudad Autónoma de Buenos Aires*: Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2018 (fascículo 1)
6. Bao Y, Sun Y, Meng S, et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* 2020;395(10224):e37-8
7. Mahase E. *China coronavirus*: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. *BMJ* 2020;368:m408
8. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis* 2020;20(5):533-4
9. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):300-2
10. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e15-6
11. Cao W, Fang Z, Hou G, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res* 2020;287:112934
12. Román Mella F, Vinet EV, Alarcón Muñoz AM. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2014;XXIII(2):179-90
13. Liu J, Zhu Q, Fan W, et al. Online Mental Health Survey in a Medical College in China During the COVID-19 Outbreak. *Front Psychiatry* 2020;11:459
14. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, et al. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res* 2020;290:113108
15. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry* 2008;32(1):31-8
16. Smith CK, Peterson DF, Degenhardt BF, et al. Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. *Psychol Health Med* 2007;12(1):31-9