

Factores de riesgo y síntomas depresivos con importancia clínica en médicos residentes de Cartagena (Colombia)

Risk Factors and Depressive Symptoms with Clinical Importance in Resident Doctors in Cartagena – Colombia

Fatores de risco e sintomas depressivos com importância clínica em médicos residentes de Cartagena, Colômbia

Diana Durán Luna, MD¹

Ladini Sunanda Hernández Bello, Mg.^{2*}

Zuleima Cogollo Milanés, PhD, Mg.³

Recibido: 11 de noviembre de 2024 • **Aprobado:** 20 de noviembre de 2025

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14331>

Para citar este artículo: Durán Luna D, Hernández Bello LS, Cogollo Milanés Z. Factores de riesgo y síntomas depresivos con importancia clínica en médicos residentes de Cartagena (Colombia). Rev Cienc Salud. 2026;24(1):1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14331>

Resumen

Introducción: la depresión afecta casi a un tercio de los estudiantes de medicina de posgrado en todo el mundo; a su vez, se traduce en mayores tasas de suicidio y frecuencias de otras fases integradas al proceso suicida. El objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en médicos residentes de especialidades médico-quirúrgicas. **Materiales y método:** estudio transversal analítico, universo de 250 residentes de especialidades médico-quirúrgicas. Se utilizó una encuesta sociodemográfica

- 1 Facultad Medicina, Universidad de Cartagena (Colombia). Residente de la Especialización en Psiquiatría,
- 2 Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena (Colombia). Miembro del Grupo Cuidado a la Salud de los Colectivos.
- 3 Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena (Colombia). Miembro del Grupo Cuidado a la Salud de los Colectivos.

Diana Durán Luna, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4770-7380>

Ladini Sunanda Hernández Bello, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0179-1476>

Zuleima Cogollo Milanés, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3310-4052>

* Autora de correspondencia: lhernandezb2@unicartagena.edu.co

y de factores de riesgo. Los síntomas depresivos se indagaron con el Test de Zung para depresión. Se realizó análisis univariado y posteriormente regresión logística. **Resultados:** participaron 131 residentes, con edades entre 20 y 40 años; el 46.6% (61) presentó síntomas. Estos síntomas depresivos se asociaron a estrato socioeconómico bajo (OR = 2.05; IC95 % = 1.21-4.13), antecedentes familiares de trastornos del ánimo (OR = 2.4; IC95 % = 1.2-4.8), tener hijos (OR = 4.510; IC95 % = 1.132-17.974) y cursar tercer o cuarto año de especialización (OR = 4.350; IC95 % = 1.677-11.284). Tener pareja fue un factor protector (OR = 0.4; IC95 % = 0.2-0.9) en contra de los síntomas depresivos, al igual que ser de sexo masculino (OR = 0.327; IC95 % = 0.13 a 0.81). **Conclusión:** los residentes de especialidades médico-quirúrgicas presentan alta prevalencia de síntomas depresivos de importancia clínica y están relacionados con factores de riesgo como estrato socioeconómico bajo, tener hijos durante la residencia y cursar tercer o cuarto año de especialización.

Palabras clave: depresión; factores de riesgo; médicos residentes; residencia médica.

Abstract

Introduction: Depression affects almost a third of postgraduate medical students worldwide. This translates into higher suicide rates and greater frequency of other phases integrated into the suicidal process. The objective of this study was to identify risk factors associated with depressive symptoms with clinical importance in resident physicians of medical surgical specialties. **Materials and method:** Cross-sectional analytical study, universe of 250 residents of medical-surgical specialties. A sociodemographic and risk factor survey was used; depressive symptoms were investigated with the Zung Test for depression. Univariate analysis was performed and subsequently logistic regression. **Results:** 131 residents participated, aged between 20 and 40 years, 46.6% (61) presented symptoms. These depressive symptoms were associated with low socioeconomic status (OR = 2.05; 95% CI = 1.21 to 4.13), family history of mood disorders (OR = 2.4; 95% CI = 1.2-4.8), having children (OR = 4.510; 95% CI = 1.132-17.974) and attending the third or fourth year of specialization (OR = 4.350; 95% CI = 1.677 to 11.284). Having a partner was a protective factor (OR = 0.4; 95% CI = 0.2-0.9) against depressive symptoms, as well as being male (OR = 0.327; 95% CI = 0.13 to 0.81). **Conclusion:** Residents of medical-surgical specialties have a high prevalence of symptoms depressive disorders of clinical importance and are related to risk factors such as low socioeconomic status, having children during residency, and attending the third or fourth year of specialization specialisation.

Keywords: depression; risk factors; resident doctors; medical residency.

Resumo

Introdução: a depressão afeta quase um terço dos estudantes de pós-graduação de Medicina em todo o mundo, o que, por sua vez, se traduz em maiores taxas de suicídio e frequências de outras fases integradas no processo suicida. O objetivo foi identificar fatores de risco associados a sintomas depressivos com importância clínica em médicos residentes de especialidades médico-cirúrgicas. **Materiais e método:** estudo analítico transversal, com uma amostra de 250 residentes de especialidades médico-cirúrgicas. Foi utilizado um levantamento sociodemográfico e de fatores de risco; os sintomas depressivos foram investigados com o teste Zung para a depressão. Foram realizadas análise univariada e posteriormente regressão logística. **Resultados:** participaram 131 residentes, com idade entre 20 e 40 anos, 46.6 % (61) apresentaram sintomas. Esses sintomas depressivos foram associados a baixo nível socioeconômico OR 2.05 (IC 95 %: 1.21-4.13), histórico familiar de transtornos de humor OR 2.4 (IC 95 %: 1.2-4.8), ter filhos OR 4.510 (IC 95 %: 1.132-17.974) e cursar o terceiro ou quarto ano de especialização OR 4.350 (IC 95 %: 1.677-11.284). Ter companheiro foi fator de proteção OR 0.4 (IC 95 %: 0.2-0.9) contra sintomas depressivos, além de ser do sexo masculino OR 0.327 (IC 95 %: 0.13-0.81). **Conclusão:** residentes de especialidades médico-cirúrgicas apresentam alta prevalência de sintomas de transtornos depressivos de importância clínica e estão associados a fatores de risco como baixo nível socioeconômico, ter filhos durante a residência, frequentar o terceiro ou quarto ano de especialização.

Palavras-chave: depressão; fatores de risco; médicos residentes; residência médica.

Introducción

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública, debido a la importante carga de morbilidad y al potencial riesgo de discapacidad. En el mundo hay 350 millones de personas afectadas por depresión, cuyo peor desenlace de la enfermedad es el suicidio (1). Cada año se suicidan 800 000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado corresponde a personas entre los 15 y los 29 años (2).

Varios estudios han demostrado que la prevalencia global de depresión en los estudiantes de posgrado de medicina es del 30%, y análisis realizados por región geográfica mostraron diferencias con prevalencias más altas de depresión en médicos residentes en el Medio Oriente (31.8%), seguido de América del Norte (30.3%), Asia (30.1%), América del Sur (26.8%) y Europa (20.0%) (3).

La depresión afecta casi a un tercio de los estudiantes de medicina de posgrado en todo el mundo, y esto a su vez se traduce en mayores tasas de suicidio y frecuencias de otras fases integradas al proceso suicida. Por ejemplo, se ha reportado una prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina del 11.2% (1).

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) en Colombia reportó que las atenciones por depresión se han incrementado desde 2009, y según el nivel educativo, la prevalencia es mayor entre quienes tienen un nivel universitario o de posgrado (61.6%), en relación con quienes no han recibido educación (45.2%) (4).

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno más común del grupo de trastornos del estado del ánimo y se caracteriza por episodios determinados de, al menos, dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente (5-7).

La presencia de síntomas depresivos de importancia clínica (SDCIC) es el producto de una compleja interacción de factores genéticos, culturales y medioambientales. De estos factores, se destacan precarias condiciones socioeconómicas, el consumo abusivo de alcohol y de nicotina, la privación de sueño y otros factores individuales y específicos de las residencias médicas, que se han asociado con el desarrollo de SDCIC. Síntomas como tendencia al llanto, pérdida de interés y del placer al realizar las actividades habituales o sus pasatiempos, percepción de pérdida de la energía y de disminución del rendimiento para cualquier actividad física o laboral, además de dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular e insomnio, pueden interferir con las actividades cotidianas, laborales, académicas y las relaciones interpersonales del residente (7,8).

En Colombia, los programas de especialización en medicina se desarrollan con un entrenamiento teórico-práctico, donde el médico residente aplica sus conocimientos en los pacientes que ve a diario en los centros especializados donde lleva a cabo sus rotaciones

académicas, de acuerdo con el plan de estudios de la universidad. El estudiante debe costear por sí mismo su preparación y debe tener una dedicación exclusiva al plan de estudios, lo que lo obliga a dejar de generar recursos económicos y dedicarse tiempo completo a esta responsabilidad académica (9).

Además, debido a la poca oferta de cupos en las universidades y la gran demanda de médicos generales con deseos de especializarse, el médico residente es sometido a horas intensas de trabajo, turnos nocturnos y diurnos, exigencias académicas, sumado las dificultades socioeconómicas y otros estresores que van a causar gran impacto en su salud mental (9).

En un estudio en la Universidad de Manchester se encontró que la transición de mudarse fuera de casa y los estresores académicos eran dos temas principales que surgieron en las entrevistas con estudiantes de medicina. Un factor exclusivo fue la necesidad de ser visto como un clínico competente, presión extra que proviene de profesores, mentores, compañeros o pacientes, así como de ellos mismos (10).

En el Instituto Mexicano de Seguro Social se evaluó la frecuencia de depresión en residentes de traumatología y ortopedia y se informó una prevalencia de depresión del 61.2 %; además, se concluyó que factores de riesgo como el no tener pareja ($RR = 1.66$), el cambio de residencia ($RR = 1.12$) y el consumo de alcohol ($RR = 1.09$) predisponen al desarrollo de la depresión. A su vez, el estudio documentó que la mayor prevalencia de depresión se presentó en el primer grado de residencia (87.5 %) y que la gravedad disminuye con el avance en el grado académico, pues en los residentes de último año se registró una prevalencia de depresión en el 40 % de ellos (11).

Un metanálisis sobre la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina estratificó por género a los estudiantes y encontró mayores prevalencias de depresión en las mujeres (31.5 %) frente a los estudiantes masculinos (24.2 %) (3). El subtratamiento también fue evidente en los resultados del metanálisis: solo el 12.9 % de los estudiantes con síntomas depresivos busca tratamiento. Las razones comunes para no tratarse incluyen el miedo a un impacto negativo en el expediente académico del alumno y futura carrera, la negación de la enfermedad, la falta de tiempo, el estigma asociado con el uso de la consulta de psiquiatría y el miedo a intervenciones no deseadas (10). También encontraron que el conocimiento del estudiante de los servicios de apoyo existentes disponibles era pobre y que los estudiantes de medicina eran reacios a consultar los servicios de salud (12).

Por otra parte, el entorno de la formación médica de posgrado siempre se ha considerado altamente estresante para los estudiantes. Las consecuencias del alto nivel de estrés percibido incluyen depresión, agotamiento, ira/irritabilidad, ansiedad, falta de sueño, fatiga y abuso de sustancias. La falta de sueño predispone a los residentes a errores médicos, lesiones, mayor consumo de alcohol y drogas, y un mayor conflicto con otro personal de atención médica (13).

El impacto de la depresión entre los médicos no se limita solo a su salud y bienestar, podría afectar a sus pacientes. Los médicos deprimidos no pueden cumplir con las responsabilidades personales o profesionales, usan más días de incapacidad por enfermedad y corren el riesgo de bajo rendimiento laboral, con seis veces más probabilidades a cometer errores que las personas no deprimidas, lo cual es una amenaza potencial a la seguridad del paciente (14).

Los estudios muestran que los médicos con concentración mental reducida pueden ser perjudiciales para ellos mismos, sus colegas y los pacientes; así mismo, demostraron que entre un cuarto y un tercio de los residentes estarían clínicamente deprimidos en algún momento de su residencia y que del 3 % al 35 % de los residentes ha sufrido depresión o ansiedades significativas durante su entrenamiento, lo que incluso puede llevar al suicidio (15).

Dado que los médicos residentes presentan importantes factores de riesgo para el desarrollo de depresión durante su formación como especialistas, y teniendo en cuenta su mayor incidencia de trastorno depresivo que en la población general, surgió la necesidad de indagar acerca del estado de la salud mental de los médicos residentes.

El contar con información sobre la salud mental de los médicos especialistas en formación permitirá aproximarse a un diagnóstico, así como a las características o factores con las que pueda estar relacionada. Los resultados aportarán información valiosa que será una herramienta para diseñar estrategias futuras de intervención ajustadas a la población, ya que no solo se beneficiarían los médicos de posgrado, sino los estudiantes de pregrado de toda la institución (16). Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue identificar factores de riesgo asociados con la aparición de síntomas depresivos con importancia clínica en médicos residentes de las especialidades médico-quirúrgicas en la ciudad de Cartagena (Colombia).

Métodos

Tipo de estudio

Estudio de corte transversal analítico.

Población y lugar

La población estuvo conformada por la totalidad de los estudiantes de posgrado de medicina de la ciudad de Cartagena, matriculados hasta diciembre de 2020, desde el primer al último año. La muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple, a partir de los registros de la división de posgrados de las universidades de Cartagena. El número total de residentes de especialidades médico-quirúrgicas fue de 60 residentes por año, para un total aproximado de 250 residentes inscritos. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó

la fórmula para poblaciones finitas en el programa OpenEpi, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. Al final se obtuvo una muestra de 142 médicos (17).

Criterios de selección

Se incluyeron los médicos que estaban matriculados en el posgrado de medicina de las dos universidades con las que cuenta la ciudad de Cartagena, que fueran mayores de 18 años y que participaran voluntariamente en la investigación. Se excluyeron las residentes médicas en estado de embarazo.

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario de Datos Sociodemográficos y Factores de Riesgo

Este cuestionario lo construyeron los autores e indagó sobre algunos datos sociodemográficos y factores de riesgo como: edad, género, estado civil, hijos, estrato socioeconómico, zona de procedencia, especialización y año en curso, horas de actividades asistenciales, consumo (de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas), antecedentes de patologías mentales familiares y padecimiento de enfermedades crónicas. Constó de 15 preguntas con opciones de respuesta Sí/No y algunas abiertas.

Escala de Depresión de Zung Abreviada

Esta escala fue publicada y diseñada en 1965 por W. W. Zung para determinar la severidad de un episodio depresivo mayor (EDM) en pacientes con trastornos psiquiátricos que se encontraban hospitalizados (18); sin embargo, se empezó a utilizar como instrumento de identificación de posibles casos de EDM en la población general y, en la actualidad, se utiliza como un instrumento de tamización o diagnóstico en diferentes poblaciones con relativa validez y confiabilidad.

Consta de 20 ítems que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras. Contiene diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20 a 80 puntos: 25-49 (rango normal), 50-59 (ligeramente deprimido), 60-69 (moderadamente deprimido) y 70 o más (severamente deprimido) (19,20).

La escala cuenta con una versión abreviada de 10 preguntas diseñada y validada en Cartagena (Colombia). Ambas poseen una excelente consistencia interna y una buena validez de criterio basada en las pautas vigentes para el diagnóstico de un EDM, con una excelente sensibilidad y buena especificidad como instrumento de tamización en población de estudiantes universitarios en Colombia y la ciudad de Cartagena. Esta versión abreviada cuenta con un

punto de corte en estudios de tamizaje en población general: 20/40, donde una puntuación mayor a 20 indica presencia de SDCIC. Esta escala mostró un alfa de Cronbach de 0.69 en un estudio precedente en Cartagena (21).

Tratamiento y análisis de datos

Se creó una base de datos en una hoja electrónica de Microsoft Excel. Esta se trasladó al paquete estadístico Stata, donde se procesó la información. Inicialmente, se realizó un análisis univariado, se determinaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y se calculó la desviación estándar para las variables cuantitativas (22). A fin de estimar las asociaciones, se realizó un análisis bivariado y, finalmente, el análisis multivariado se corrió mediante regresión logística. Se determinaron razones de disparidad (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95 % y un valor de $p > 0.05$ (23). Al Test de Zung se le estimó la consistencia interna con la prueba coeficiente de alfa de Cronbach para escalas politómicas (24).

Aspectos éticos

El presente estudio se acogió a lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 de Colombia, que de acuerdo con el artículo 11 considera sin riesgo esta investigación. Adicionalmente, los estudiantes firmaron un consentimiento informado, como lo disponen las normas colombianas para investigación en salud y los principios éticos para la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, modificada en Edimburgo.

Además, se tuvo en cuenta el riesgo de afección a la intimidad de los sujetos de estudio, debido a que el instrumento indaga por aspectos personales de la vida; en consecuencia, se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los cuestionarios aplicados (25,26). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética y radicado en el Departamento de Investigaciones de la Universidad de Cartagena (número 1149 del 30 de julio de 2020).

Resultados

Respondieron consistentemente la encuesta 131 médicos residentes, con edades entre 20 y 40 años. No se alcanzó el total de la muestra esperada, porque no se abrieron nuevas convocatorias para el ingreso de residentes a primer año académico en una de las dos universidades de la ciudad, debido a la pandemia por covid-19.

De los médicos residentes encuestados, 66 (50.4 %) fueron mujeres y 65 (49.6 %) fueron hombres, 38 procedentes del departamento de Bolívar (29 %) y 93 de otros departamentos (71 %). El estrato socioeconómico estuvo entre 1 y 6. De estrato 1, solo 1 (0.8 %); mientras que

la mayoría estuvo concentrado en el estrato 3: 50 (38.2 %), seguido del estrato 4, con 37 (28.2 %). De ellos, 80 (61.1 %) estaban solteros, 35 (26.7 %) estaban casados, 14 (10.7 %) vivían en unión libre y solo 2 (1.5 %) eran divorciados. Así, mismo, 91 (69.5 %) tenía más de 6 meses viviendo por fuera de su lugar habitual de residencia (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los residentes médicos

Características	n	%
Especialidad quirúrgica	86	65.6
Año cursado		
Primero	14	10.7
Segundo	47	35.9
Tercero	57	43.5
Cuarto	13	9.9
Horas asistenciales		
Menos de 6 horas	1	0.8
De 6 a 8 horas	24	18.3
De 9 a 10 horas	36	27.5
Más de 10 horas	70	53.4
Con hijos	30	22.9
Edad		
20-25	6	4.6
26-30	62	47.3
31-35	56	42.8
36-40	7	5.3
Estrato		
1	1	0.8
2	16	12.2
3	50	38.2
4	37	28.2
5	20	15.3
6	7	5.3
Tiempo viviendo fuera		
6 meses o más	91	69.5
Menos de 6 meses	11	8.4
No aplica	29	22.1

Con respecto a los antecedentes de importancia, el 50.4 % (66) consumía alcohol, y de ellos, el 83.8 % (57) lo hacía menos de 4 veces, y el 10.3 % (7), 4 veces en el mes. Solo el 2.3 % (3) y el 3.1 % (4) de los residentes informaron consumo de sustancias y consumo de alcohol, respectivamente. El 42.8 % (56) de los residentes tenía antecedentes de trastorno mental. De

ellos, el 59.3 % (35) contaba con el antecedente de depresión; el 25.4 % (15), con trastorno afectivo bipolar, y el 8.5 % (5), con antecedente de ansiedad. Además, el 13 % (17) tenía antecedente de enfermedad crónica, y de estos el 22.2 % (4), hipertensión arterial diagnosticada. Al 16.7 % (3) le habían diagnosticado enfermedad mental e hipotiroidismo; mientras que al 38.9 % (7), otras enfermedades crónicas. Solo uno (5.9 %) era obeso mórbido. La prevalencia global de SDCIC fue del 45.8 % en 60 participantes; el resto de ellos informó algún síntoma de depresión (tabla 2).

Tabla 2. Síntomas depresivos con importancia clínica en residentes médicos

Síntomas depresivos con importancia clínica	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Me siento triste y decaído	40 (30.5)	70 (53.4)	21 (16.0)	0 (0.0)
2. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto	71 (54.2)	54 (41.2)	6 (4.6)	0 (0.0)
3. Mi corazón late más rápido de lo normal	66 (50.4)	56 (42.8)	9 (6.9)	0 (0.0)
4. Me canso sin razón aparente	47 (35.9)	55 (42.0)	26 (19.9)	3 (2.3)
5. Ha tenido la mente tan despejada como siempre	15 (11.5)	64 (48.9)	28 (21.4)	24 (18.3)
6. Se me dificulta hacer las cosas que antes hacía regularmente	56 (42.8)	58 (44.3)	15 (11.5)	2 (1.5)
7. Me he sentido inquieto, intranquilo	35 (26.7)	67 (51.2)	27 (20.6)	2 (1.5)
8. Me he sentido más irritable que de costumbre	42 (32.1)	52 (39.7)	35 (26.7)	2 (1.5)
9. Disfruto las actividades cotidianas	1 (0.8)	30 (22.9)	49 (37.4)	51 (38.9)
10. Encuentro agradable vivir	0 (0.0)	9 (6.9)	19 (14.5)	103 (78.3)

En el análisis bivariado se encontró que cursar tercer año fue el factor riesgo con mayor fuerza de asociación con los síntomas depresivos ($p = 0.0147$), seguido de pertenecer al estrato 3, que resultó ser un factor de riesgo ($p = 0.0276$); mientras que ser de primer año resultó ser un factor protector ($p = 0.0203$), al igual que estar casado ($p = 0.0461$). Con respecto a la asociación de los antecedentes, tener antecedente de trastorno mental ($p = 0.0091$), depresión ($p = 0.0489$) y enfermedad crónica ($p = 0.0065$) se constituyeron en factores de riesgo para los síntomas depresivos en los residentes. La Escala de Zung mostró una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.76 (tabla 3).

Tabla 3. Síntomas depresivos asociados con factores sociodemográficos y factores de riesgo

	Síntomas depresivos (n = 60)	Sin síntomas (n = 71)	Valor de p
Especialidad quirúrgica	37 (61.7)	9 (12.7)	0.3776
Año cursado			
Primero	2 (3.3)	12 (16.9)	0.0203
Segundo	21 (25.0)	26 (36.6)	0.8472
Tercero	33 (55.0)	24 (33.8)	0.0147
Cuarto	4 (6.7)	9 (12.7)	0.3802
Horas asistenciales			
Menos de 6 horas	1 (1.7)	0 (0.0)	0.4580
De 6 a 8 horas	10 (16.7)	14 (19.7)	0.6528
De 8 a 10 horas	16 (26.7)	20 (28.2)	0.8478
Más de 10 horas	33 (55.0)	37 (52.1)	0.7413
Con hijos	15 (25.0)	15 (21.1)	0.5991
Edad			
20-25	2 (3.3)	4 (5.6)	0.6870
26-30	25 (41.7)	37 (52.1)	0.2328
31-35	29 (48.3)	27 (38.0)	0.2348
36-40	4 (6.7)	2 (4.2)	0.4118
Género			
Femenino	34 (56.7)	32 (45.1)	0.1859
Masculino	26 (43.3)	39 (54.9)	
Departamento			
Bolívar	13 (21.7)	25 (35.2)	0.0887
Fuera de Bolívar	47 (78.3)	46 (64.8)	
Estrato			
1	0 (0.0)	1 (1.4)	0.9999
2	7 (11.7)	9 (12.7)	0.9999
3	29 (48.3)	21 (29.6)	0.0276
4	16 (26.7)	21 (29.6)	0.7123
5	7 (11.7)	13 (18.3)	0.3370
6	1 (1.7)	6 (8.5)	0.1242
Estado civil			
Soltero	41 (68.3)	39 (54.9)	0.1169
Casado	11 (18.3)	24 (33.8)	0.0461
Unión libre	6 (10.0)	8 (11.3)	0.8150
Divorciado	2 (3.3)	0 (0.0)	0.2078

Continúa

	Síntomas depresivos (n = 60)	Sin síntomas (n = 71)	Valor de p
Tiempo viviendo fuera			
6 meses o más	45 (75.0)	46 (64.8)	0.2061
Menos de 6 meses	4 (6.7)	7 (9.9)	0.5479
No aplica	11 (18.3)	18 (25.4)	0.3350
Fumar cigarrillo	1 (1.7)	3 (4.2)	0.6245
Consumo alcohol	31 (51.7)	35 (49.3)	0.7868
Menos de 4 veces	27 (45.0)	30 (42.3)	0.7520
4 veces	2 (3.3)	5 (7.0)	0.4523
6 veces	1 (1.7)	1 (1.4)	0.9999
8 veces	1 (1.7)	0 (0.0)	0.4580
Más de 10 veces	1 (1.7)	0 (0.0)	0.4580
Consumo de sustancias	3 (5.0)	0 (0.0)	0.0934
Antecedente de trastorno mental	33 (55.0)	23 (32.4)	0.0091
Depresión	21 (35.0)	14 (19.7)	0.0489
Trastorno afectivo bipolar	10 (16.7)	5 (7.0)	0.0847
Ansiedad	2 (3.3)	3 (4.2)	0.9999
Otros	2 (3.3)	2 (2.8)	0.9999
Enfermedad crónica	13 (21.7)	4 (5.6)	0.0065
Enfermedad mental diagnosticada	3 (5.0)	0 (0.0)	0.0934
Hipertensión arterial	2 (3.3)	2 (2.8)	0.9999
Hipotiroidismo	1 (1.7)	2 (2.8)	0.9999
Obesidad mórbida	1 (1.7)	0 (0.0)	0.4580
Otras	6 (10.0)	1 (1.4)	0.0472

Sin embargo, al realizar el ajuste final con el análisis multivariado, permaneció en el modelo ser residente de tercer año con la probabilidad de aparición de SDCIC (OR = 3.52; IC95 % = 1.57-7.93) y tener antecedentes familiares de trastornos mentales (OR = 3.11; IC95 % = 1.38-7.02) y enfermedad crónica (OR = 4.09; IC95 % = 1.16-14.47) (tabla 4).

Tabla 4. Análisis multivariado entre la prevalencia de SDCIC y factores sociodemográficos

	OR crudo	IC95 %	OR ajustado	IC95 %
Año cursado				
Primero	0.17	0.02-0.82	0.19	0.03-1.28
Tercero	2.39	1.11-5.17	3.52	1.57-7.93
Casado o en unión libre	0.48	0.22-1.06	0.73	0.32-1.68

Continúa

	OR crudo	IC95 %	OR ajustado	IC95 %
Hábitos de consumo				
Cigarrillo	0.38	0.38-4.96	0.77	0.04-16.43
Alcohol	1.10	0.52-2.32	1.16	0.53-2.52
Antecedentes personales				
Trastornos mentales	2.55	1.18-5.53	3.11	1.38-7.02
Depresión	2.19	0.93-5.25	0.78	0.23-2.64
Enfermedad crónica	4.63	1.31-20.49	4.09	1.16-14.47

Discusión

En el presente estudio, el 45.8 % de los médicos residentes evaluados cumplió criterios para SDCIC. Este resultado es consistente con lo esperado en esta población específica. Mata et al. (27), en su revisión sistemática y metanálisis de 54 estudios que involucran 17 560 médicos en formación, demostraron que entre el 20.9 % y el 43.2 % de los alumnos resultaron positivos para síntomas depresivos durante la residencia. Yousuf et al. (28), en su estudio de médicos de posgrado paquistaníes, revelaron que alrededor del 60 % tenía depresión y que el 34 % presentaba depresión de moderada a severa, cifras más altas que los resultados de este estudio. Estas altas prevalencias de SDCIC revelan una compleja interacción de factores genéticos, culturales y medioambientales. Es conocido que la residencia médica ocasiona estrés que puede ser bajo o alto de acuerdo con la especialidad, el tipo de pacientes y el área donde se desempeña la labor.

En términos generales, los profesionales del área de la salud, por relacionarse permanentemente con el dolor, la enfermedad, la muerte y el sufrimiento pueden ver afectado su estado emocional y bienestar general. Sadiq et al. (29) revelaron que el 11.5 % de los médicos residentes de Bangladés presentaban trastornos depresivos, y que esta es una cifra mucho más baja que la prevalencia media del 28.8 % reportado por Mata et al. (27) y en este estudio. Esta variación puede explicarse por diferentes configuraciones de los estudios, diferentes instrumentos y diferentes culturas.

La prevalencia de SDCIC en este estudio fue del 56.7 % en mujeres y del 43.3 % en hombres, cifras más elevadas que en la población general, la cual a lo largo de la vida se calcula entre el 10 % y el 25 % en mujeres, y del 5 % al 12 % en hombres. En ese sentido, Puthran et al. (3) hallaron prevalencias mayores de depresión en mujeres residentes (31.5 %; IC95 % = 26.1-37.5) que en los hombres (24.2 %; IC95 % = 18.5-31.0). A diferencia de Gómez-Restrepo et al. (30), quienes encontraron que los hombres presentan más casos de depresión leve que las mujeres; entre tanto, en las mujeres hubo mayor prevalencia de casos de depresión moderada. Por su parte, la literatura informa que en las mujeres hay más episodios depresivos,

debido a las tareas adicionales como la maternidad, las responsabilidades familiares y los retos de la carrera, que se constituyen en un desafío continuo al que se enfrentan las médicas en todo el mundo (3,30).

Con respecto a los factores de riesgo, tener un antecedente de una enfermedad crónica fue un factor asociado con la presencia de síntomas depresivos ($OR = 4.09$; $IC95\% = 1.16-14.47$), consistente con el estudio de Alshardi y Farahat (16) en médicos residentes de Arabia Saudita occidental, que encontraron que vivir con una condición médica crónica es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de síntomas depresivos ($OR = 9.45$; $IC95\% = 1.12-0.05$). Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Estas enfermedades prevalentes, como la diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular, se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas (16).

Otro factor de riesgo asociado a SDCIC fue presentar antecedentes familiares de trastorno mental ($OR = 3.11$; $IC95\% = 1.38-7.02$). En la mayoría, esto es, un 35 %, el antecedente fue un trastorno depresivo. Lo anterior es consistente con Aguilar-López et al. (31), quienes evaluaron la presencia de trastornos depresivos en residentes médicos e informaron una prevalencia del 24 % de residentes con un episodio depresivo mayor, y el 74.4 % tenía antecedentes familiares psicopatológicos. Se conoce por la literatura que tener familiares de primer grado con trastorno depresivo mayor u otro trastorno del estado del ánimo aumenta el riesgo dos a cuatro veces de desarrollar la enfermedad que la población general (14).

Los factores personales, como ser de estrato socioeconómico medio, contribuyen al riesgo de la aparición de los síntomas depresivos en los residentes; mientras que ser de primer año resultó ser un factor protector. Estos datos difieren de los de Montiel-Jarquín et al. (11), quienes observaron que la prevalencia de depresión disminuye considerablemente conforme aumenta el grado de residencia; sin embargo, la gravedad de la depresión aumenta simultáneamente con el grado de la especialidad. En el primer año, la prevalencia de depresión encontrada fue del 87.5 %, del cual solo el 12.5 % es muy grave, comparado con el último año, cuando solo el 40 % presenta depresión y el 20 % depresión grave. Alshardi y Farahat (16), al igual que este estudio, evidenciaron una asociación significativa en los residentes de grados mayores para depresión ($OR = 6.14$; $IC95\% = 1.31-28.93$).

Otros factores que se consideraron y que no se asociaron con SDCIC en este estudio fueron el cambio de residencia y el consumo de tabaco. Estos datos son contrarios a los informados por Montiel-Jarquín et al. (11), quienes observaron una asociación protectora entre tabaquismo y la presentación de trastorno depresivo ($RR = 0.96$; $IC95\% = 1.1-1.9$), y afirman que se debe a que los residentes fuman por el estrés al cual están sometidos.

Otros factores de riesgo asociados, como los ambientales, las situaciones adversas en la infancia o los acontecimientos vitales estresantes o traumáticos, no se evaluaron en este

estudio, a diferencia de Mata et al. (27), quienes describieron diversos factores determinantes para el desarrollo de depresión en médicos residentes: jornadas largas de trabajo (más de 24 horas), tiempo inadecuado de descanso o privación de sueño (sobre todo para el personal médico de áreas críticas, urgencias, terapia intensiva y cirugía). Este estudio no mostró asociación con la horas de trabajo asistencial ni con la especialidad cursada, posiblemente debido a la implementación de nuevas normativas en el país, donde se decretó el máximo de horas asistenciales y la obligatoriedad de horas de descanso después de turnos nocturnos.

Los estudios muestran que los médicos con trastorno depresivo ven reducida su concentración mental, lo cual puede ser perjudicial para ellos mismos, sus colegas y los pacientes (27-30). En el caso del ámbito laboral, empleos como los enfocados en el cuidado de la salud, que se enfrentan a procesos de adaptación y aprendizaje constantes, tienen implicaciones personales, educativas y sociales que pueden generar en determinados momentos periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, ocasionando disminución en la calidad de la atención y errores en la medicación a pacientes (28-30). En ese sentido, velar por la salud mental apunta a un estado de bienestar del individuo, y cobra gran relevancia para que el ser humano atendido en esta dimensión pueda enfrentarse a las exigencias normales de la vida; en este caso, la actividad académica y trabajar prestando una atención de calidad a los usuarios, siendo capaz de contribuir a la vida de su comunidad.

Las fortalezas del presente estudio se centran en que estos resultados indican una alta prevalencia de síntomas depresivos en los residentes de la ciudad de Cartagena y su relación con factores de riesgo tanto individuales como de la propia residencia, con un alto riesgo que los SDCIC evolucionen a un trastorno mental mayor y, por ende, perjudicar no solo la vida personal de los residentes, sino sus prácticas formativas y, como consecuencia, a los pacientes y a las instituciones. Así mismo, se constituye en el primero que se realizó en residentes médicos de Cartagena, siendo esta área de investigación de gran importancia en el contexto actual. A partir de este estudio se pueden diseñar estrategias futuras de intervención ajustadas a la población, ya que no solo se beneficiarían los médicos de posgrado, sino los estudiantes de pregrado de todas las instituciones.

No obstante, se reconocen varias limitaciones. En primer lugar, la muestra estudiada proviene de universidades de la costa caribe colombiana, por lo que se debe ser cuidadoso al extrapolar los resultados a poblaciones de otras instituciones o de diferentes zonas geográficas. Por último, el diseño transversal no permite evaluar el tipo de asociación o las relaciones etiológicas entre las variables.

Se concluye que los residentes de las especialidades médicas de la ciudad de Cartagena presentan una alta prevalencia de síntomas depresivos de importancia clínica y estos síntomas están relacionados con factores de riesgo tanto personales como propios de las residencias médico-quirúrgicas. Los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de los

SDCIC son cursar tercer año en la residencia, tener antecedentes familiares de trastorno mental y tener a nivel personal una enfermedad crónica. Por otro lado, ser residente de primer año es un factor protector para la presentación de SDCIC, lo que indica que las estrategias de promoción de la salud mental se deben focalizar en el primer año de residencia para evitar el riesgo de depresión conforme aumenta la formación de especialista.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

No declarado por los autores.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron al diseño de la investigación, así como a la escritura y redacción del artículo.

Referencias

1. Martínez J, Aguirre M, Mancilla E, Hernández MD, Guerrero MB, Schiaffini LG. Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Rev Alergia Méx.* 2022;69(1):1-6. <https://doi.org/10.29262/ram.v69i1.903>
2. Organización Mundial de la Salud. Suicidio: datos y cifras [internet]. 2025 mar 25. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ.* 2016;50(4):456-68. <https://doi.org/10.1111/medu.12962>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental: depresión [internet]. Bogotá; 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

5. Caro Y, Trujillo S, Trujillo N. Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Psychologia Av Discip.* 2019;13(1):41-52. <https://doi.org/10.21500/19002386.3726>
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 10.^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana-Williams & Wilkins; 2010.
7. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: an integrated view. *Asian J Psychiatr.* 2017;27:101-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
8. Kalmbach DA, Arnedt JT, Song PX, Guille C, Sen S. Sleep disturbance and short sleep as risk factors for depression and perceived medical errors in first-year residents. *Sleep.* 2017;40(3):1-8. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw073>
9. Ricardo EA. Especialidades médicas y educación continua [documento posición pregrado]. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 2016.
10. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. "I wouldn't want it on my CV or their records": medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ.* 2003;37(10):873-80. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01627.x>
11. Montiel-Jarquín AJ, Torres-Castillo ME, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez ÓO, Barragán-Hervella RG, García-Villaseñor A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de traumatología y ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Med.* 2015;16(2):116-25. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.006>
12. Otero J. Factores asociados a bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma durante el período agosto-diciembre del 2020 [tesis de grado en internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/4173>
13. Andión Martínez LF, Briceño García DV, Coronell Vargas MC, Pugliese Balsa KE, Tejada Argumedo CA. Factores asociados al trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes e internos de una universidad del Caribe colombiano [trabajo de grado en internet]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10584/9787>
14. Pazmiño Erazo EE, Alvear Velásquez MJ, Saltos Chávez IG, Pazmiño Pullas DE. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021;50(3):166-75. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>
15. Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TCE, Gurgel W, Fregni F, Correa H. Male and female physician suicidality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(6):587-97. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0011>
16. Alshardi A, Farahat F. Prevalence and predictors of depression among medical residents in western Saudi Arabia. *J Clin Psychol Med Settings.* 27(4):746-752. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09667-7>
17. Sullivan KM, Dean A, Soe MM. OpenEpi: a web-based epidemiologic and statistical calculator for public health. *Public Health Rep.* 2009;124(3):471-4. <https://doi.org/10.1177/003335490912400320>
18. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1965; 2:63-7.

19. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Cadena LP, Hernández NL. Validation of Zung's self-rating depression scale among the Colombian general population. *Social Behav Person*. 2006;34:87-94. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.1.87>
20. Campo A, Díaz LA, Rueda GE. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje de episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*. 2006;26(3):415-23. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v26i3.360>
21. Campo-Arias A, Díaz CE, Cogollo Z. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiante de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;35(2):167-83.
22. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern epidemiology*. 3.^a ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2014.
23. Hosmer DW, Taber S, Lemeshow S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. *Am J Public Health*. 1991;81(12):1630-5. <https://doi.org/10.2105/ajph.81.12.1630>
24. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
25. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud de Colombia.
26. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008.
27. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Assoc*. 2015;314(22):2373-83. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
28. Yousuf A, Ishaque S, Qudwai W. Depression and its associated risk factors in medical and surgical postgraduate trainees at a teaching hospital: a cross-sectional survey from a developing country. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(10):968-73.
29. Sadiq MS, Morshed NM, Rahman W, Chowdhury NF, Yasir Arafat SM, Mullick MSI. Depression, anxiety, stress among postgraduate medical residents: a cross sectional observation in Bangladesh. *Iran J Psychiatry*. 2019;141(3):192-7.
30. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Bohórquez A, Rondón M, Medina Rico M, Rengifo H, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45 Suppl 1:58-67. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009>
31. Aguilar-López M, Roveló-Bustillo M, Padgett D, Reyes-Ticas A. Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-grado de medicina de la Universidad Autónoma de Honduras en el año 2000. *Rev Med Post UNAH*. 2001;6:3-9.