



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



CARRERA DE ENFERMERÍA

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

QUE PRESENTA

PINEDA BAZÁN JARED EDUARDO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ _____

ASESORES

MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN _____

DR. DAVID GABRIEL LUNA PÉREZ _____

TESIS DERIVADA DEL PROYECTO FACTORES PREDICTORES DEL NIVEL DE
EMPATÍA EN ESTUDIANTES MEXICANOS DE ENFERMERÍA. REGISTRO FES- RP/19-
203-04

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la mamá más mala del mundo, el papá más impaciente, el hermano con más hambre y las hermanas del llanto y la risa más fuertes. Mis estrellas.

A mis amigos, de canicas, Xbox, deportes y cervezas. El poder nuestro es.

Y a Lupita, mi trapecio y mi red, con nostalgia siempre decorando mi vida.

Contenido

Introducción	1
Justificación	3
Marco teórico	6
Trastornos mentales	6
Paciente y Padeciente	6
Antecedentes del estrés.....	10
Qué es el Estrés	12
Beck Anxiety Instrument (BAI) y Beck Depression Instrument (BDI)	13
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	13
Inventario de Depresión de Beck (BDI- II)	15
Fuentes de estrés académico.....	19
Qué es la ansiedad	23
Enfoques teóricos de la ansiedad	24
Enfoque psicodinámico	24
Enfoque comportamental	25
Enfoque cognitivo	25
Enfoque biológico.....	25
Tipos de ansiedad.....	26
Ansiedad Estado	26
Ansiedad Rasgo	26
Clasificación de la ansiedad.....	27
Clasificación Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVTR)	32
Qué es la depresión.....	33
Planteamiento del problema	34
Pregunta de investigación.....	36
Objetivos	37
Objetivo general.....	37
Objetivos específicos.....	37
Metodología	37
Diseño del estudio.....	37
Universo de trabajo (Población o muestra)	37
Variables.....	38

Técnicas o procedimiento	38
Plan de análisis estadístico.....	39
Resultados.....	41
Datos sociodemográficos	41
Datos de ansiedad.....	52
Datos de depresión	57
Respuesta a la pregunta de investigación.....	62
Discusión	63
Conclusiones	65
Referencias bibliográficas	67

Introducción

La presente investigación está dirigida al tema de la ansiedad y la depresión con relación al desempeño escolar de los estudiantes de licenciatura de enfermería. Siendo la ansiedad y la depresión problemáticas de gran crecimiento en las últimas décadas, ha sido demostrada de forma directa la relación entre los trastornos mentales y el rendimiento académico del alumno. La alta incidencia actual de padecimientos mentales, entre los cuales se perfilan la ansiedad y la depresión, se traduce en un importante impacto social y sanitario, a través de diferentes procesos causados por dichos trastornos que limitan la calidad de vida de las personas.¹

Las características principales de esta relación son una disminución de la capacidad de atención, desinterés general, astenia, carencia de motivación particular, preocupación excesiva, cambios de humor repentinos, manejo ineficiente de las situaciones, disminución de la capacidad de resolución de problemas, angustia aumentada, sensación de sofocación, claudicación, indeterminación de metas ya establecidas, entre otras.

De tal manera, podemos observar el impacto que estos trastornos tienen en nuestra cotidianeidad, afectando de forma difusa al principio, pero incrementando paulatinamente el malestar que puede percibir la persona. El ámbito escolar no está exento de las afectaciones producto de dichos trastornos, y ha sido documentado en varias ocasiones, como se mencionará en esta tesis, el cómo afecta a distintas disciplinas del área de la salud. Sin embargo, la carrera de enfermería no ha sido una de las más focales en estos estudios, por lo cual se vuelve necesario esclarecer el panorama existente para conocer de forma real el problema.

Este documento está integrado por un primer capítulo, compuesto por el marco teórico, que sienta una base conceptual para la comprensión del desarrollo del tema de la investigación, en el cual se desglosan definiciones, clasificaciones, causas, factores de riesgo y una revisión superficial de los resultados de algunos estudios que se relacionan con la presente investigación. En un segundo apartado se hace

una semblanza de la situación actual en la que se encuentran inmersos estudiantes de enfermería de distintas localidades, además de algunos datos estadísticos acerca las afectaciones que provocan la ansiedad y la depresión en la población nacional, a partir de lo cual, surge la pregunta de investigación que es eje de este trabajo. En la última sección nos encontramos con la metodología que se siguió, los resultados obtenidos, y el análisis de dichos resultados, derivando en una conclusión y una discusión.

Justificación

Los trastornos emocionales se establecen como entidades patológicas de gran importancia en los tiempos actuales, entidades a menudo invisibilizadas por una gran cantidad de factores que influyen en la falta de atención y cuidado de daños potenciales de gran importancia. Al igual que enfermedades como el cáncer, enfermedades respiratorias, gastrointestinales, y todas aquellas que la población general suele temer, dichos trastornos pueden conducir a la muerte del paciente. ¹

Desde los años 40 del siglo pasado la OMS advertía que el estado psicológico del paciente era uno de los 3 aspectos principales que convergían para el logro de la verdadera salud, debiendo lograrse el completo estado de bienestar en cada una de las esferas compositoras del estado humano del que gozamos. ²

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en adultos, en los últimos 5 años los casos de ansiedad han aumentado en un 75% en el país, mencionando que al menos un 28.6 de la población adulta padecerá de algún tipo de trastorno mental en su vida siendo la ansiedad la de mayor frecuencia. Mientras Fernández Salazar menciona que actualmente más de 7 de cada 10 personas en edad adulta han sufrido de ansiedad patológica en algún nivel en algún momento de su vida, y en particular en la niñez y adolescencia. ^{3,4}

Existe una gran cantidad de trastornos emocionales que afectan de forma activa a la población actualmente, una persona común puede enlistar un puñado de los trastornos más conocidos, temiendo particularmente a aquellos que considera más impactantes, algunos de los cuales han sido popularizados por los medios de comunicación, generando usualmente síntomas de uno de los trastornos que nos compete en esta tesis. ⁵

La creciente sensación de miedo y desasosiego que experimentan las personas, en conjunto con la emocionalidad, refiriéndose a los síntomas fisiológicos como la diaforesis, palpitations acentuadas, aumento de la presión arterial, son los 2 componentes principales de la ansiedad, mencionado por Liebert y Morris en 1967.

La ansiedad, junto con la depresión, son los 2 trastornos emocionales de mayor incidencia en la población general, sin embargo, usualmente se presentan de manera conjunta en el paciente, estando relacionados de forma importante siendo uno causal del otro, y agravándose en una gran cantidad de casos al no tratarse de forma adecuada.⁷

La depresión se postula como una de las principales causas de incapacidad laboral a nivel mundial, se estima que en un lapso de entre 5 y 10 años será el motivo número uno de esta. La ansiedad por su parte, se establece como una de los principales motivos en la reducción de la productividad laboral, dificultando la concentración de los trabajadores en la labor a realizar.⁸

Sin embargo, se estima que solo 2 de cada 10 personas que padecen ansiedad se atienden de forma profesional, 3 de cada 10 lo hacen con la depresión, y en conjunto con el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia y el alcoholismo, se integran en el listado de las 10 enfermedades más discapacitantes en México. Como se mencionaba anteriormente, existen factores que invisibilizan o minimizan el impacto y afectación que pueden causar estos trastornos en diferentes aspectos. Se estima además que, en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el 5to lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad.^{4,8}

Por otra parte, existe una gran cantidad de factores que aumentan el riesgo de padecer alguno de estos trastornos, ya sean biológicos, como la predisposición hormonal, psicológicos, como la ansiedad rasgo, o sociales, como la delincuencia y la pobreza.⁴

En alumnos de las carreras de la salud se estima que entre 3 y 5 de cada 10 alumnos padecen de ansiedad, entre 3 y 4 de cada 10 padecen depresión, ambas, en algún punto de su formación profesional. Estos trastornos provocan afectaciones en la vida diaria de la persona, con sus amigos, familia, objetivos, entre otras. Uno de los factores más afectados es en el rendimiento escolar, puesto que dichos padecimientos son facilitadores de disminución de calificaciones, aumento de la tasa

de reprobación, deserción escolar y fracaso escolar, los cuales, a su vez, son factores que aumentan la ansiedad y depresión. ¹

La visibilización de esta problemática se torna de gran importancia para el ámbito escolar, pues dificulta el cumplimiento de las funciones sustantivas de una institución educativa de nivel superior, afectando al proceso enseñanza-aprendizaje de una gran cantidad de alumnos, por lo cual es menester identificar el impacto de estos trastornos en la población estudiantil para implementar medidas que mitiguen el daño y afectación, permitiendo así, el desarrollo óptimo de recursos profesionales que la institución egrese en favor del avance de la sociedad. ¹

Como se verá más adelante, las carreras relacionadas con la salud son de las más afectadas por los trastornos mencionados anteriormente, medicina, enfermería, ciencias biomédicas, entre otras. En el caso de enfermería, los factores mayormente relacionados a dichos trastornos se componen por la carga académica existente; exámenes, tareas, trabajos, proyectos, etc.

Marco teórico

Trastornos mentales

Cada vez son más las alternativas disponibles para el tratamiento de los trastornos mentales, así como la visibilización de la importancia del cuidado de la salud mental como componente del bienestar completo de la persona; los avances tecnológicos, farmacológicos, psicológicos y biológicos, han permitido el desarrollo de nuevos modelos, técnicas, intervenciones, y terapéutica en general, aumentando la probabilidad de éxito de un tratamiento, además de reducir el tiempo de hospitalización a la par de la calidad de vida del padeciente. ⁴

Paciente y Padeciente

En la actualidad, nuestra sociedad ha experimentado un cambio situacional importante en cuanto al enfoque dirigido al cuidado de la salud de las personas, habiendo ocurrido una inversión de la incidencia de las enfermedades agudas transmisibles con respecto de aquellas de carácter crónico y no trasmisibles. ^{9, 10}

El punto crucial del sistema de salud es el trato y relación entre los profesionales de la salud y el paciente, comprendiendo al completo el proceso salud- enfermedad, con la valoración, diagnóstico, y buscando como fin último el alivio del mal o desviación de la salud. ^{9, 10}

A lo largo del tiempo ha evolucionado la forma de atender a las personas, particularmente en los últimos años había predominado un proceso casi mecanizado para atender a conjuntos masivos de personas. Esto conllevó a atención poco individualizada, enfocándose en la enfermedad, y no en la persona. ^{9, 10}

Sin embargo, sabemos que la persona experimenta sufrimiento en aspectos fuera de lo orgánico, los cuales deben ser atendidos de igual manera, y que están correlacionados con la enfermedad, sin embargo, que no devienen directamente de ella. ^{9, 10}

Este malestar percibido por el paciente está presente de forma principal en aquellos individuos que sufren una enfermedad crónica, dado por la prolongación en el tiempo de esta, la responsabilidad personal y familiar que implica, sus costos, etc. Siendo así, un grupo de colaboradores médicos encabezados por el doctor Marco Antonio Cardoso Gómez proponen el uso del término “paciente” para aquellas enfermedades agudas e infectocontagiosas, por las implicaciones generales que existen, en cambio, el término “Padeciente” para aquellos individuos que experimentan una enfermedad crónica (basados en el proceso no orgánico de sufrimiento que estas implican).^{9, 10}

Un paciente suele ser un padeciente, alguien que padece de algún malestar o dolencia y por el cual se acerca al sistema de salud, estableciendo contacto con algún actor de este. Esta sería la característica por la cual se denomina a una persona como paciente, el mero contacto con el sistema de salud. Por tanto, nos encontramos con que tendríamos que diferenciar igualmente entre pacientes “sanos” y pacientes “enfermos”, particularmente y en mayor medida por la tendencia actual que priorizan los sistemas de salud, primando la prevención de enfermedades, buscando encontrarse con pacientes sanos para evitar que se conviertan en pacientes enfermos.¹¹

Sin embargo, con el aumento de incidencia de enfermedades crónico-degenerativas este proceso se ha tornado distinto, pues no hay una manera real y definitiva actualmente para “curar” enfermedades como lo son la diabetes e hipertensión, y por otra parte, se ha categorizado como “crónicas” a aquellas enfermedades que conllevan un proceso prolongado en el tiempo para su tratamiento, en casos como el cáncer y parálisis facial de origen central, así como afecciones y trastornos que afectan la psique del individuo, como la ansiedad y la depresión.^{9, 10}

El sustento teórico de esta nueva acepción surge de la necesidad de diferenciar aquel proceso de “estar” enfermo, y el “sentirse” enfermo, haciendo referencia a aquel sufrimiento prolongado y constante de preocupación que se presenta en el individuo que es consciente de la pérdida de su salud.^{9, 10}

Por siglos, el médico fue quien atendía de manera más directa al paciente, abarcando prácticamente cualquier área de atención, e incluso procurando cuidados paliativos algo primitivos. Empero a lo largo del siglo XX, con la introducción de nuevas tecnologías y mayor entendimiento del funcionamiento del cuerpo, la atención médica fue cambiando, para enfocarse en una atención menos personalizada y más mecanizada, menos enfocada en la clínica y con mayor peso en lo paraclínico. Este modelo, ignora de forma importante los aspectos del individuo fuera de lo orgánico.^{9, 10}

Siendo así, la atención brindada por parte de enfermería debía de aumentar en aquellos aspectos ignorados por el médico, transformando al personal enfermería en el elemento de unión entre los distintos profesionales de la salud, y virtuyendo la atención individualizada, personal y profunda con la persona, comprendiendo su sufrimiento y siendo el principal encargado de paliar dicho malestar.^{9, 10}

Este nuevo enfoque exige la implementación de un nuevo modelo de atención, encontrándonos con 2 términos utilizados popularmente de forma sinonímica, que, sin embargo, explican 2 situaciones ampliamente diferentes.^{9, 10}

La enfermedad ha sido descrita en muchas ocasiones como un proceso caracterizado por una falta de armonía o desequilibrio somático. En conjunto, una enfermedad es la representación corpórea de la reacción que existe en el individuo para lograr un nuevo equilibrio, no solo al perder el estado base, sino al encontrarse la naturaleza de la persona en busca de un nuevo equilibrio.^{9, 10}

Por otra parte, el padecimiento describe aquellas situaciones que son parte de la integralidad del ser, y que no atienden estrictamente a lo orgánico. La percepción propia del paciente, la comprensión de su enfermedad, creencias, miedos, esperanzas, preocupación por su salud y estado financiero luego del gasto en salud que se costee.^{9, 10}

El padecimiento se genera desde la persona, de acuerdo a la interpretación que dé a las manifestaciones clínicas que encuentre en sí mismo, generalmente

traduciéndose en preocupaciones por los distintos aspectos que puedan ser afectados por la enfermedad que experimenta.^{9, 10}

El paciente no es necesariamente una persona enferma, sino aquel individuo que entra en contacto con el sistema de salud para recibir atención sanitaria en pos de su bienestar. De manera que puede haber pacientes “sanos”, a los cuales es importante atender para evitar su evolución a pacientes enfermos.^{9, 10}

Por otra parte, como ya se mencionó, el padeciente es aquel que está experimentando sufrimiento o malestar en algún sentido. Que a pesar de vivir una condición sumamente diferente a aquel que padece de una enfermedad aguda como una apendicitis, se le aborda de manera similar o casi idéntica, exigiendo una relación de subordinación al médico tratante que no termina consolidando el bienestar del paciente, y que, en general, es más nociva que benéfica, pues implica pasividad en el paciente, obediencia a un perfil de atención que algunas veces incluye un carácter de soberbia durante la relación con el médico.^{9, 10}

A estos pacientes se recomienda abordarlos de manera multidisciplinaria, por medio de personal psicología, enfermería, nutriología, fisioterapia, de laboratorio y análisis clínicos y de esta forma, promover la iniciativa activa del paciente y generar autocuidado en él.^{9, 10}

Antecedentes del estrés

Aun cuando la integralidad del ser, compuesta por no solo el aspecto físico, es un tema que ha sido debatido desde los tiempos de los antiguos griegos y retomado fuertemente hace 6 siglos por los ilustrados, fue apenas el siglo pasado cuando el médico Hans Selye describió uno de los fenómenos menos tomados en cuenta en cuanto a la atención de los pacientes; aquello que va más allá de lo físico propiamente dicho. ¹²

Fue hasta el año 1936 que Selye presentó los resultados de su línea de investigación en el *British Journal Nature*, la cual estaba orientada en sus inicios a demostrar la existencia de una hormona no descrita anteriormente, que él suponía, causaba alteraciones más o menos conocidas, como la hipertrofia suprarrenal, atrofia del sistema fagocítico mononuclear y la aparición de úlceras gástricas y duodenales. ¹²

Para lo anterior, llevó a cabo experimentos en los que inyectaba “extracto de ovario” a ratas encontrando los resultados deseados y fomentando su hipótesis de la existencia de una hormona, y con ello, su localización. Sin embargo, encontró los mismos resultados inyectando sustancias muy diversas, derrumbándose con ello su hipótesis. Sin embargo, este comportamiento en las ratas al ser expuestas a un agente potencialmente nocivo y ajeno al cuerpo fue la base para desarrollar lo que en un principio él denominaría “Síndrome de solo estar enfermo”. ¹²

El hallazgo en sus ratas describía la aparente presencia de un mecanismo general en el cuerpo que determinaba una respuesta ante un estímulo nocivo. Esto igualmente apoyado por la eficacia de algunos tratamientos de medicina tradicional, considerados simples o básicos, como el descanso, el consumo de una dieta de digestión ligera, o la protección ante cambios bruscos de temperatura. ¹²

Por tanto, experimentó nuevamente con sus ratas, sin embargo, esta ocasión, exponiéndolas a condiciones poco confortables, como la exposición a temperaturas extremas, ejercicio extenuante, traumatismos, la inyección de distintas drogas. Lo anterior lo llevó a los mismos resultados encontrados anteriormente, pero en esta

oportunidad, mucho más marcados, conformando la explicación de un fenómeno sin estudiar para aquel momento. ¹²

Al presentar los resultados de su investigación, denominó este proceso como “Síndrome General de Adaptación”, constituido por 3 etapas. La primera siendo aquella en la cual existe un primer contacto con el agente nocivo, en la cual encontró los cambios ya mencionados, como hipertrofia suprarrenal, involución del timo e hipersecreción de corticotropina y tirotropina. Esta etapa fue denominada “Reacción de alarma”. ¹²

Posterior a esta etapa, cuando el estímulo nocivo persiste, se comienza una 2da etapa, caracterizada principalmente por un esfuerzo de adaptación al cambio, habiendo estabilización de la función de los órganos constituyendo una resistencia. Sin embargo, cuando la exposición al estímulo se sostiene de forma crónica (1 a 3 meses) con una intensidad suficiente, el organismo degenera a una etapa de agotamiento e imposibilidad para sostener dicha situación, el organismo muere. ¹²

Poco después de la publicación de dicha descripción, Selye utilizó el término anglosajón “Stress” para describir la condición de reacción del cuerpo ante aquellos estímulos que son nocivos para él (“Stressors”). Dicho término tuvo una popularización relativamente rápida y amplia, utilizándose casi siempre de forma literal, debido a la ausencia de homólogos en muchos idiomas, salvo algunas excepciones (por ejemplo, en el español, en el cual se usa el vocablo “estrés”, con validez ratificada por la Real Academia de la Lengua Española). ¹²

Qué es el Estrés

“Stress” es una palabra de origen inglés, utilizada por Hans Selye para describir el fenómeno de desgaste que, hoy en día, conocemos de forma amplia. Su traducción original podría establecerse al español como “carga”, mientras “strain” sería presión o esfuerzo, dato que el mismo Selye trató de corregir hacia 1977, en la publicación de su autobiografía, mencionando que la elección de aquel término era inadecuada para la denominación del fenómeno explicado por él mismo, pues “strain” sería el término correcto de acuerdo a su significado literal. Este esfuerzo fue vano, ya que el término estaba ampliamente extendido incluso en la comunidad científica.¹²

Como se mencionó anteriormente, el estrés es la respuesta somática a los factores externos, y aunque es descrita por Selye como un Síndrome, es necesario aclarar que, su caracterización como trastorno es solo aplicable cuando esta genera problemas físicos o psicoemocionales en la persona. Dicho de otra forma, el estrés es un componente “normal” en el ser, incluso se hace mención del “eustrés” como elemento excitador y constructivo en el actuar de la persona, refiriéndose a estímulos percibidos que tienen la capacidad de activar mecanismos que aumentan el nivel de concentración, alerta, y la capacidad general de atender una situación. Sin embargo, la sobreexplotación de la capacidad adaptativa del cuerpo es la que genera disfuncionalidad.¹²

En contraste con lo anterior, es innegable la plasticidad ostentada por el ser humano actualmente, encontrándonos en un ambiente que no solo nos expone a aquellos agentes estresores que ofrece la naturaleza, sino que la misma evolución social y cultural del humano ha proscrito la antigua simpleza del actuar humano, exigiendo atención en aspectos antiguamente inofensivos para el ser, en un ambiente de sobrepoblación, malgrabación y búsqueda de estatus social que ejercen presión en la persona, un ambiente descrito desde los 70’s por Morris.¹³

Morris D., en su obra El zoo humano, menciona amplia y frecuentemente la discordancia entre el avance de la evolución del humano en el ámbito biológico y el sociocultural, encontrándose así un choque entre el ambiente contemporáneo en el que se desenvuelve el “mono desnudo”, como él lo denomina, y su capacidad para

mantener el ritmo que exige el mundo actual. Se menciona cómo el ser humano abandona las directrices naturales de su comportamiento animal para pasar a seguir las normas establecidas por un colectivo masificado de individuos agrupados en un territorio no siempre con la extensión necesaria para mantener el bienestar de sus integrantes, los cuales, además de conflictos por dicha extensión, se encuentra con nuevas problemáticas originadas en un número “inusual” de integrantes de lo que el autor denomina “supertribu”, aludiendo al tamaño desmedido en comparación con la tradicional “tribu” en que se manejaba el humano, con un número limitado de integrantes.¹³

Basando la mayoría de su obra en estos puntos, el autor explica cómo, orgánicamente, el humano se ve sobrepasado por las nuevas condiciones de vida a las que es impuesto, generándose nuevas problemáticas sociales y alteraciones de la conducta y el comportamiento de acuerdo a lo considerado “natural” del animal humano. Una gran parte de los cambios mencionados en dicha obra de hace 4 décadas pueden ser explicados por medio del síndrome de Burnout.¹³

A un nivel considerado patológico, el estrés “negativo” (también llamado distress) puede definirse como el conjunto de procesos y respuestas neuroendócrinas, psicológicas, emocionales, y de la conducta que se presentan ante una situación riesgosa, amenazante, preocupante o angustiante que demanda una adaptación mayor a la habitual para el individuo y que son percibidas por el individuo como abrumadoras o frustrantes.¹⁴

Beck Anxiety Instrument (BAI) y Beck Depression Instrument (BDI)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

A lo largo de sus más de 2 décadas de existencia, el BAI se ha convertido en el instrumento de autoaplicación para evaluar la intensidad de la ansiedad experimentada por el paciente más utilizado en los países con mayor producción científica del área de psicología.

El BAI se ha diseñado específicamente para evaluar de forma medible la “ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada”, siendo esta evaluación, un complemento de gran importancia en el ámbito clínico.¹⁵

Entre las ventajas o puntos fuertes del instrumento se destacan la amplia y flexible aplicabilidad que ostenta, siendo útil en padecientes previamente diagnosticados o como un sondeo en la persona aparentemente “sana”, su característica auto-aplicabilidad por ser un instrumento de comprensión sencilla, la representatividad de los signos y síntomas de ansiedad por medio de los ítems del instrumento, consistencia y validez del constructo.^{15, 16}

Un punto importante de esta escala es la intención del diseño de incluir particularmente aquellas manifestaciones de la ansiedad menos compartidas con la depresión, en especial, los relacionados a trastornos de pánico, ansiedad generalizada y el trastorno de angustia, de acuerdo con los elementos sintomáticos descritos en el Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders Version 4 (DSM IV).^{15, 16}

La adaptación y determinación de las propiedades psicométricas de este instrumento a la población mexicana se llevó a cabo en el año 2001, para lo cual se realizaron 4 estudios. El primero de ellos se enfocó en traducir y probar el instrumento en una población de alumnos universitarios. Posteriormente se replicó el análisis de consistencia interna y validez factorial en una población abierta de 1000 sujetos. En el tercer estudio se determinó la confiabilidad y validez convergente del BAI con base en la correlación de este con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. Para finalizar se compararon las puntuaciones entre pacientes con ansiedad y sujetos voluntarios sanos.¹⁷

La versión mexicana demostró una alta consistencia interna, alta confiabilidad, validez convergente adecuada y una estructura factorial de 4 factores principales congruente con lo referido por los autores con la versión original, que aunado a la diferencia de puntuaciones resultantes entre las de pacientes con trastornos de

ansiedad y sujetos sanos, constituyen la base de proposición de este instrumento como una medida válida de sintomatología ansiosa en población mexicana.¹⁷

Los instrumentos de evaluación de la ansiedad pueden clasificarse en 2 tipos, el primero comprende aquellos orientados a evaluar la sintomatología ansiosa, y el segundo grupo, abocado a la determinación del diagnóstico de trastornos ansiosos. El desarrollo de escalas métricas de la sintomatología ansiosa permite el tamizaje de síntomas en la población general, permitiendo implementar estrategias adecuadas para los casos particulares que se presenten.¹⁷

En la versión utilizada del BAI se hace uso de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califican con una escala de 4 puntos, donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente” en el padecimiento del síntoma en cuestión.¹⁷

Inventario de Depresión de Beck (BDI- II)

El BDI-II es uno de los instrumentos más utilizados para la medición de sintomatología depresiva, consta de 21 reactivos, y ha demostrado fuertes propiedades psicométricas, en una variedad de situaciones y poblaciones. Actualmente existen 2 versiones de este instrumento traducidas al español, una siendo realizada por la Psychological Corporation (PC) y la otra por Jesús Sanz y sus colaboradores, en España.¹⁸

La versión realizada por la PC tuvo el objetivo de eliminar las injerencias culturales que podían dificultar la aplicación de este instrumento en poblaciones no pertenecientes al país de origen del instrumento (Estados Unidos). Sin embargo, no hubo publicación formal de la metodología de la traducción, sus propiedades psicométricas o la información normativa para su aplicación con hispanohablantes. Subsecuentemente, 2 estudios utilizaron la traducción e informaron amplia confiabilidad, validez factorial y posibles efectos de lenguajes con submuestras de individuos bilingües. Además, reportaron alta consistencia interna, confiabilidad adecuada test-retest con un lapso de una semana, y buen ajuste a la estructura de subajuste establecida por Beck y sus colegas.^{18, 19}

La segunda versión traducida, publicada por Sanz y sus colegas, por parte de la Universidad Complutense de Madrid, fue realizada haciendo una traducción del instrumento por 3 psicólogos españoles, la cual fue enviada a un psicólogo bilingüe en los Estados Unidos de América, al cual se le pidió retraducir al inglés la versión enviada. Después de resolver discrepancias y hacer las pruebas piloto, se creó una versión final compuesta por 25 reactivos, incluyendo 4 de la versión BDI-IA que habían sido removidos hacia la creación del BDI-II. La normativa y propiedades psicométricas fueron publicadas para poblaciones de estudiantes de pregrado, una comunidad muestra en Madrid y una población en un ambiente clínico. La consistencia interna para las 3 muestras fue fuerte, los autores además mencionaron que el criterio de validez era adecuado para la población de estudiantes y la población clínica, usando diagnósticos de depresión basados en entrevistas.^{18, 19}

En adición a lo anterior, la primera versión del BDI había sido traducida al español para su uso en población mexicana, demostrando en pruebas piloto con estudiantes y población clínica en la Ciudad de México, una adecuada consistencia interna, validez convergente, y la proposición de análisis factorial exploratorio de una estructura basada en 3 factores.¹⁸

Aún con los antecedentes anteriores, era necesario realizar una adaptación adecuada para su uso en México, pues la primer versión del BDI había sido actualizada hace tiempo, y las pruebas más actuales habían sido realizadas en españoles o en población hispanohablante en los Estados Unidos, de acuerdo a cada versión, por tanto, la extensión de la investigación con una muestra base de mexicanos era necesaria, además de la adición de individuos pertenecientes a la comunidad mexicana residentes en otros sitios, de tal manera que la adaptación fuera utilizable en población Mexicana y en hispanohablantes mexicanos en, por ejemplo, los Estados Unidos, donde se estima que existen actualmente más de 50 millones de migrantes mexicanos y que son la población que ha tenido más crecimiento demográfico en este territorio en los últimos años.¹⁸

La traducción utilizada para este estudio fue realizada por David González y sus colaboradores en 2015, con el objetivo de crear y probar una adaptación fiable y utilizable en hispanohablantes de origen mexicano.¹⁸

El proceso para realizar esta, conllevó el análisis de diferentes factores poblacionales inherentes a la población mexicana, en la que existen intensos contrastes en cuanto a nivel socioeconómico y educacional. Uno de los puntos de particular atención fue la vinculación expresiva de la experiencia de la depresión en contextos culturales diferentes, y, para ampliar el uso de este instrumento se buscó aumentar la legibilidad de este para aumentar el entendimiento de las poblaciones con bajo nivel educativo, operacionalizando esto por medio de limitaciones en el número de sílabas por palabra y el número de palabras por oración, aumentando el acierto y especificidad de la comprensión de la sintomatología depresiva por los aplicantes.¹⁸

Se aplicó la prueba del instrumento en 2 muestras, una conformada por estudiantes y otra en una población general. La primera consistió en 420 estudiantes de medicina de 35 diferentes hospitales de todo México, contactados por medio de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).¹⁸

La prueba comunitaria estuvo compuesta por mexicanos residentes en la Ciudad de México y el área periférica. 220 individuos de diferentes áreas de la ciudad completaron el cuestionario.¹⁸

Los individuos pueden clasificarse de acuerdo a sus resultados, pudiendo puntuar del 0 al 3 en cada reactivo, y, en total, pudiendo obtener una puntuación de entre 0 y 63 puntos, con los siguientes puntos de corte:

- ❖ 0-13: Mínimamente deprimido
- ❖ 14-19: Levemente deprimido
- ❖ 20-28: Moderadamente deprimido
- ❖ 29-63: Severamente deprimido

Los resultados con la muestra de estudiantes fueron una puntuación media de 9.31, un alto nivel de consistencia interna, amplia correlación entre las puntuaciones

totales obtenidas con el BDI-II y la escala de depresión, validez convergente alta, y no hubo significancia estadística en cuanto a las edades de los individuos. Por otra parte, los resultados con la muestra comunitaria fueron una puntuación media de 9.82, alto nivel de consistencia interna, y no hubo significancia estadística en cuanto a las edades de los sujetos. ¹⁸

Se combinaron los resultados de ambas pruebas debido a las pocas diferencias que se encontraron entre una y otra, y, para aumentar la aplicabilidad de esto, se consideró la conjunción de ambas pruebas como una muestra no clínica. Esta muestra demostró amplia significancia estadística por medio de la aplicación de chi cuadrada, el análisis factorial demostró ajuste adecuado para los modelos estructurales de Beck et al. Y otros 3 modelos de ajuste estructural actuales. ¹⁸

Los inventarios de Beck (BAI y BDI) han sido revisados y analizados en distintas ocasiones, concluyéndose que estos instrumentos (junto con las escalas de Costello-Comrey) resultan ser las medidas con mejor validez convergente y divergente.

Fuentes de estrés académico

Las fuentes de estrés no obedecen a un orden específico en concreto. No son definidas por algún aspecto particular de la vida, sino todo factor presente en el ambiente interactivo de la persona es un potencial medio estresor para él.

Por tanto, cualquier persona, independientemente de su edad u ocupación, está expuesta a diferentes factores provenientes de todos los aspectos de su vida, por ejemplo, un estudiante universitario se encontrará con presión desde las dimensiones económica, familiar, social, escolar, cultural, entre otras, y son estas diferentes presiones las que ponen a prueba su capacidad de adaptabilidad.²⁰

La capacidad de adaptación, anteriormente mencionada, no es inherente al estudiante universitario, y tampoco es un proceso que se suscite de forma espontánea y súbita, sino lento y progresivo.

Esta capacidad es desarrollada por los estudiantes desde su introducción al sistema educativo, siendo en la escuela secundaria cuando esta adaptabilidad es puesta a prueba de forma más seria e intensa, a partir de lo cual, se tornará cada vez más exigente el ambiente escolar, y, proporcionalmente, dicha capacidad adaptativa tendrá que crecer.²⁰

Atendiendo a lo anterior, la adaptabilidad en un nivel óptimo se vuelve necesaria para el estudiante a lo largo de su trayectoria escolar, siendo base una capacidad resiliente que haga frente a la constante y creciente demanda académica a la que es sometido, además de la convergencia de los factores estresores de los ámbitos social, económico, familiar, cultural y espiritual.^{21, 22}

Este fenómeno se da de manera transversal en la totalidad de estudiantes, siendo una problemática importante que incide en el bienestar mental del alumno universitario, en distintas proporciones.

Por medio de varios estudios se ha demostrado que este fenómeno se agudiza en aquellos planes curriculares que, por las características de la carrera, conllevan una mayor carga académica, como lo son las del área de la salud.²³

De acuerdo con lo anterior, Marty y cols. en una institución universitaria de los Andes encontraron un índice de estrés en promedio de 35% (comprendiendo valores de 7 cursos de medicina), mientras en enfermería se encontró un índice de estrés total de 40% de incidencia. Por otra parte, Meyer, Ramírez y Pérez, en Chile, reportaron índices de prevalencia de estrés de 36.5% y 40.2% en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería respectivamente.^{24, 25}

Los principales factores que influyen en la aparición del estrés excesivo en los alumnos se asocian a eventos meramente académicos, condiciones psicosociales y el nivel socioeconómico de los estudiantes.

De acuerdo al perfil de ingreso de alumnos de enfermería al nivel superior, encontramos que se caracteriza por ser en mayor proporción dependientes de los padres, solteros, sin hijos y que no desempeñan una actividad laboral remunerada (al menos este perfil se mantiene relativamente constante por los primeros 2 años de la carrera, para ir alterándose ligeramente posterior a este lapso). Por tanto, encontramos que la mayor adjudicación del estudiante es meramente la dedicación académica, y esta misma, su mayor fuente de estrés, debido a la carga de actividades y ocupación de tiempo y esfuerzo a labores escolares, limitando los recursos y espacios para realizar otras actividades.^{22, 23, 26, 27}

Castillo, Chacón y Díaz en el año 2016, encontraron que estudiantes de la licenciatura de Enfermería de la Universidad de Chile expresaron considerar los 6 factores siguientes como las principales fuentes de estrés académico de acuerdo al Inventario de Estrés Académico (IEA), ordenados a continuación de acuerdo al estrés que implicaron:²³

1. Sobrecarga académica
2. Falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas
3. Realización de un examen
4. Exposición de trabajos en clase
5. Realización de trabajos obligatorios para aprobar una materia
6. La tarea de estudio

De acuerdo a la escala manejada en el IEA, las variantes “sobrecarga académica” y “Falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas” se catalogaron con una puntuación de 4/5 en la representatividad de estrés.

Lo anterior siendo un reflejo de la exigencia y cantidad de contenidos de los planes curriculares de las carreras del área de la salud, que implican una alta actividad presencial y, por otra parte, una cantidad considerable de actividades no presenciales, que se deben realizar en un plazo específico y que limitan el uso del tiempo y esfuerzo de los estudiantes en otras actividades.²³

Aunado a lo anterior, la realización de un examen fue considerado la 3er causa de estrés en los estudiantes, representación del modelo de enseñanza actual, que prima la enseñanza memorística y los métodos de evaluación tradicionales.²³

Mientras en el opuesto de esto, los factores como el trabajo en equipo, intervención en el aula, competitividad entre compañeros y masificación de las aulas son los factores con menor representatividad como generadores de estrés.²³

Por otra parte, González, Fernández y Freire en el año 2010, hallaron en estudiantes de carreras del área de la salud que las situaciones del contexto académico que generan un mayor nivel de estrés son la realización de exámenes e intervenciones en público como los 2 factores principales, ambos con puntuaciones mayores a 3/5. Muy cerca de dicho valor, con una puntuación de 2.93/5 se encuentran la sobrecarga del estudiante y deficiencias metodológicas en el profesorado.²⁸

Uno de los factores que inciden directamente en el desempeño del estudiante son las enfermedades agudas, principalmente infecciosas que se dan durante el curso escolar y distraen el foco de atención de los estudiantes e incluso promueven el ausentismo.

Marty menciona que, al estudiar la posible relación entre estrés y enfermedad infecciosa, se encontró una correlación positiva, es decir, a mayor nivel de estrés reportado es mayor la frecuencia de enfermedad.

De acuerdo al estudio antes mencionado las enfermedades infecciosas que se presentaron con mayor incidencia relacionadas con la presencia de estrés en estudiantes fueron el resfrío común (61.7%) y el herpes (21.3%), las personas sin estrés no solo no presentaban correlación, sino que incluso había una correlación negativa, pudiéndose considerar el manejo adecuado del estrés como un factor protector ante este tipo de patología. Se puede apreciar que el grado con que se experimenta el estrés tiene relación directa con la frecuencia de infecciones.²⁴

Castillo y Chacón encontraron en un estudio que contemplaba el análisis de situaciones estresantes en 2 carreras de la salud, la de enfermería y tecnología médica, que los estudiantes de ambas carreras consideraron como estresantes situaciones muy similares, sin embargo, los estudiantes de la carrera de enfermería mencionaron percibir como fuentes de mucho estrés las mismas situaciones que los estudiantes de la otra carrera. Además, se encontraron niveles mucho mayores de ansiedad en los estudiantes de enfermería en comparación con los de tecnología médica, manifestando un nivel de ansiedad leve un 32.1% en Enfermería y 56.6% Tecnología Médica y ansiedad severa 20.5% Enfermería y 9.2% Tecnología Médica. Dicho estrés, de no ser tolerado o bien adaptado por los estudiantes, puede interferir en el rendimiento académico y la adquisición de los conocimientos y habilidades específicas de la carrera, afectando su bienestar psicológico y su salud en general.²³

Lo anterior se torna curioso al comprender que los estudiantes participantes de dicho estudio comparten una cantidad considerable de espacios físicos, profesores y estrategias de enseñanza.²³

Marty y cols. concluyeron que, al encontrar un alto índice en la prevalencia de estrés en estudiantes, se volvía necesario identificar de forma consistente los casos y problemas potenciales que pudiera provocar esta situación. Por otra parte, Castillo y Chacón mencionan que resulta necesario analizar la planificación curricular de la carrera de enfermería, así como implementar talleres y consejerías para la enseñanza de estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes.^{23, 24}

Qué es la ansiedad

Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo", lingüística e idiomáticamente muy similar a angustia, que procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo".²⁹

De acuerdo a la guía de práctica clínica "Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, la ansiedad es un estado displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.²⁷

La ansiedad per se, no es un trastorno patológico, sino más bien, una reacción adaptativa somática ante la presencia de un agente estresor, que prepara al cuerpo para reaccionar en caso de ser necesario. Involucra un conjunto policatenario reactivo somático de carácter orgánico y emocional, conllevando al resultado del estado ansioso (ansiedad como estado).^{15, 29}

Dicho estado es considerado normal y necesario en las personas e incluso en otros seres vivos, siendo activado por un sentido de autopreservación inherente a cada ser. Este estado debe ser regulado por el individuo mismo para evitar que la ansiedad ante una situación sobrepase la capacidad de juicio coherente y lógico que conlleve a consecuencias indeseables.¹⁵

Sin embargo, cuando existe una tendencia en el individuo de reaccionar de forma ansiosa ante estímulos que no deberían ameritar este tipo de reacción, la presentación irracional de la misma, una intensidad excesiva del episodio en relación con el estímulo, la duración es injustificadamente prolongada, en ausencia de algún estímulo apreciable y la recurrencia inmotivada, nos encontramos con un tipo de ansiedad patológico, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona. La ansiedad rasgo es una característica relativamente estable en el patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que presenta una persona, y que persiste a lo largo de la vida a través de diferentes situaciones.^{15, 27}

La ansiedad es la respuesta adaptativa convencional ante una amenaza (el estrés), sin embargo, virtualmente, cualquier factor externo e interno en relación con un individuo es una potencial fuente de estrés. De manera focalizada, el estrés académico se refiere a todo agente que tiene un efecto reactivo sobre un individuo y que está relacionado directamente al conjunto de actividades que se realizan en el ámbito educativo, indispensables para cumplir con las exigencias curriculares establecidas.^{23, 21}

Ante dicha afirmación es importante tener en cuenta la capacidad adaptativa del ser, en conjunto con las sensaciones y alteraciones somáticas que se presentan con dicho proceso, pero en particular al estado en el cual el esfuerzo de adaptación se llega a tal intensidad que degenera la funcionalidad de la persona, encontrándose incapaz de flexibilizar las capacidades somáticas para lograr tal requerimiento. Esta situación fue descrita desde 1950 por Selye como Síndrome general de adaptación.^{23, 21}

Enfoques teóricos de la ansiedad

El punto de origen de la ansiedad ha sido discutido a lo largo del tiempo, siendo considerado de distintas maneras de acuerdo a la corriente del pensamiento desde la cual se aborde el problema, por lo cual, la concepción del desarrollo y la terapéutica a seguir serán distintas. Se pueden mencionar las siguientes:

Enfoque psicodinámico

Fue formulado por Freud en 1917, denominando a la ansiedad con el concepto de angustia, y por tanto, relacionándolas de forma importante, manifestando que la ansiedad no se conforma simplemente por un hecho biológico insatisfecho, donde la angustia fungiría como señal de alarma ante el peligro, sino que derivaba de una situación emocional de ambivalencia en la que se generaba un choque entre el rigor y control de impulsos del súper yo y la manifestación de instintos del ello, donde los estímulos instintivos pulsando y el carácter inaceptable de estos generan en la persona la ansiedad.²⁹

Además, Freud explicita la diferenciación entre angustia real y angustia neurótica, refiriéndose a la primera como la reacción del reflejo de fuga motivada por el instinto de conservación por percibir un peligro exterior potencial, considerándose normal, mientras la segunda se refiere a la exaltación de la reacción ante un estímulo que no es necesariamente amenazante o de poco riesgo, produciéndose una reacción de incongruencia real.²⁹

Enfoque comportamental

Esta teoría se basa en el aprendizaje y comprensión de la adquisición de comportamientos, donde las conductas aprendidas son catalogadas por el sujeto a su aprendizaje de ellas como favorables o desfavorables, adoptando una connotación que se perpetúa en el tiempo. Según este enfoque, la ansiedad se produce como resultado de que la persona se condicione a comprender un estímulo originalmente neutro como negativo, relacionado con antecedentes de vivencias traumáticas, y por tanto amenazantes, de tal manera que cuando se produce contacto con ese estímulo se presenta la ansiedad.²⁹

Enfoque cognitivo

Hacia la década de los 70s se le comenzó a dedicar una mayor importancia a los factores cognitivos, comenzando a considerar cada vez más los factores internos de la mente y sus estructuras como las ideas, imágenes y otros procesos cognitivos, y no solo los factores externos en la aparición de la ansiedad.²⁹

El origen de los procesos cognitivos vendría al producirse un estímulo o señal aversiva, y cuando existe una respuesta emitida por el sujeto ante este estímulo, pasando por un proceso en el cual el sujeto recibe el estímulo, evalúa la situación y le otorga un valor de acuerdo a sus implicaciones; si la situación es encontrada como amenazante, el individuo presentará una reacción de ansiedad.²⁹

Enfoque biológico

El modelo biológico conlleva una implicación dual en la que se atribuye el proceso a 2 campos, el psicológico y el biológico, donde la ansiedad va acompañada de modificaciones somáticas, producto de la actividad del sistema nervioso central, siendo esto respuesta de estímulos externos o de una anomalía endócrina de las

estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados de una actividad anormal en el sistema nervioso vegetativo, teniendo un aumento del tono simpático episódico, produciendo hiperactividad de algunas hormonas en el cuerpo, desencadenando los síntomas típicos de la ansiedad.²⁹

Por tanto, existe afectación en las funciones de los sistemas cardiovascular, respiratorio, digestivo, inmunológico, entre otros, alterando el equilibrio somático.²⁹

El aumento de actividad simpática general puede conllevar un carácter episódico, sufriendo de fluctuaciones del estado anímico y de alerta del sujeto, produciéndose eventualmente una inversión en la reacción, conllevando a hipoactividad de las funciones secretoras y derivando en depresión concomitante.²⁹

Tipos de ansiedad

Ansiedad Estado

La ansiedad como estado se refiere a una condición emocional transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de aprensión, aumento de atención e hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Es un estado meramente situacional, con un inicio y cese relativamente concreto e identificable. Esta reacción suele ser modificable a lo largo del tiempo y dependiendo de la estructuración cognitiva del sujeto se torna manejable y reduciendo su potencial de afectación a la persona.²⁹

En caso contrario, cuando la condición se eleva en la intensidad de la percepción de sensaciones negativas se denomina ansiedad aguda.²⁹

La reacción ante las situaciones depende meramente de las percepciones y connotaciones que un individuo encuentre en cada situación, siendo estas la chispa de inicio en dicho proceso, y suele ser de mayor impacto cuando el inicio de la situación angustiosa tiene un comienzo súbito.²⁹

Ansiedad Rasgo

La ansiedad como rasgo se refiere directamente a una tendencia en los individuos a percibir los estímulos como amenazantes, encontrar las situaciones como

riesgosas aun cuando no haya un riesgo comprobable o sea considerablemente menor al expresado por la persona ansiosa. En el individuo con ansiedad como rasgo se observa un estilo característico o tendencia temperamental a responder de forma habitual de la misma manera, sean circunstancias estresantes o no. La persona suele conformar una estructura más o menos estable de vida en función de la mayor sensibilidad que tiene de reaccionar ante estímulos estresantes, siendo un estado constante en su vida, denominándose ansiedad crónica.²⁹

Este rasgo de personalidad sugiere un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad clínica en algún punto de su vida que alguien que no posee este rasgo, siendo además más susceptible al estrés, donde a su vez, encontrará un mayor número de situaciones como peligrosas.²⁹

Clasificación de la ansiedad

La ambigüedad de la ansiedad, caracterizada por tantas y tan variadas manifestaciones clínicas, aunada a la subjetividad del discurso descriptivo del paciente ansioso deriva en una dispersión marcada de la tipificación del trastorno, dentro de la cual encontramos distintas denominaciones de acuerdo a la causal y a los signos y síntomas que se presentan en relación a dichos trastornos.¹⁵

En esta clasificación encontramos:

- Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG)
- Trastorno por Pánico (TP)
- Trastorno de adaptación con estado de Ánimo Ansioso (TAA)
- Trastornos Fóbicos (TF)
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)
- Trastorno de Estrés Agudo (TEA)
- Trastorno de Estrés Postraumático (TEP)
- Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (TMAD)

Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG)

En principio, existe el TAG, el cual se caracteriza por angustia y preocupación excesivas por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas físicos de ansiedad. Dicho trastorno es de comienzo insidioso y de evolución crónica, con episodios recurrentes, más de naturaleza sostenida y continua. Éste se encuentra caracterizado principalmente por una personalidad angustiosa persistente que no remite; asociado a síntomas de tensión motora, hipervigilancia e hiperactividad vegetativa.¹⁵

Usualmente los padecientes de este trastorno consideran como principales manifestaciones algunas molestias somáticas como cefaleas, taquicardias espontáneas, molestias gastrointestinales o problemas al dormir. Sin embargo, aunque el padeciente suele dar mayor relevancia a estos síntomas, la identificación de manifestaciones clínicas que no son meramente físicas o de interés particular para él serán las que definan el diagnóstico.¹⁵

Entre estas manifestaciones se deben cubrir principalmente aquellas relacionadas a tensión mental, tensión muscular y los síntomas propios de la hiperactividad vegetativa (Mareos, sudoración, sequedad de boca, molestias epigástricas).^{15, 27}

Trastorno por Pánico (TP)

Este trastorno se caracteriza por Episodios recurrentes críticos, de inicio súbito y sin un estímulo de inicio aparente, de miedo intenso y síntomas intensos de ansiedad, alcanzando su nivel máximo antes de los 10 minutos de su inicio y de una duración que no suele ser mayor a 60 minutos. Se suele acompañar de agorafobia (miedo a lugares y situaciones con el potencial de producir pánico, vergüenza o impotencia). Por lo general es de evolución crónica y recurrente. El tratamiento suele constituirse por el uso de fármacos ansiolíticos por un periodo de entre 6 a 12 meses.

Trastorno de adaptación con estado de Ánimo Ansioso (TAA)

El TAA se presenta en aquellas situaciones en que existe un importante factor estresor psicosocial, comenzando a presentarse los síntomas dentro de los 3 meses

siguientes a la aparición o exposición al estresor y su duración no es mayor a 6 meses.¹⁵

Usualmente el tratamiento para este trastorno suele constar únicamente en terapia de psicoeducación, entrenamiento en resolución de problemas, reposo y en algunos casos, ansiolíticos en dosis controladas.^{15, 27}

Este tipo de trastorno ansioso se presenta cuando existe un cambio importante en la cotidianidad del sujeto, el cual se presenta renuente y con una adaptabilidad insuficiente; los padecientes se sienten sobrepasados y se muestran incapaces de adaptarse a las circunstancias. Marty y cols. encontraron datos de este tipo de trastorno en estudiantes de nivel superior de las carreras del área de la salud, en particular en los primeros años de las carreras, con una mayor prevalencia en los estudiantes del primer año de la carrera de medicina.^{24, 15}

Trastornos Fóbicos (TF)

Los trastornos de ansiedad fóbicos se caracterizan por el temor irracional e injustificado ante una situación, presentándose una reacción exagerada aun cuando no exista un peligro real para el sujeto. Los TF se pueden dividir principalmente en 3:

- Fobia Específica (FE): Presencia de ansiedad clínica significativa como respuesta a la exposición a situaciones o estímulos específicos que produce una reacción de evitación y fuga, además de poder presentarse ataques violentos o pérdida del conocimiento.
- Fobia Social (FS): Presencia de ansiedad en respuesta a ciertas situaciones de actuación social, en las que el individuo percibe una condición de exposición de sí mismo ante un colectivo que le genera temor.
- Agorafobia (A): Temor específico a lugares o situaciones en las que el sujeto considera que es difícil escapar o encontrar ayuda en caso de que lo requiera o aparezcan síntomas de ansiedad, incluyendo situaciones comunes como las multitudes, congestionamiento vehicular, quedarse solo o salir de casa.¹⁵

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes, suficientemente severas para causar sufrimiento mental o interferir con la capacidad del individuo de realizar su rutina de manera normal y confortable, en su funcionamiento personal, o en relaciones interpersonales. ¹⁵

Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, involuntarios e indeseados, por otra parte, las compulsiones son comportamientos que se llevan a cabo de una forma ritual, usualmente motivados por una obsesión específica. ¹⁵

El incumplimiento de estos rituales genera una sensación de insatisfacción en la persona, que presenta síntomas de ansiedad por el choque de pensamiento o la sensación de que un proceso no ha sido llevado a cabo o terminado. Algunas veces los pacientes consideran estos pensamientos como irracionales y consideran que malgastan su tiempo o pierden concentración en ellos en vez de aprovechar sus recursos en una actividad concreta. ¹⁵

Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

El TEA se caracteriza por la presencia de síntomas severos de ansiedad, síntomas disociativos (trance, sensación de irrealidad), ira, agitación, aislamiento, insomnio y embotamiento, asociados a una experiencia traumática. Su duración no suele ser mayor a 4 semanas. ¹⁵

Trastorno de Estrés Postraumático (TEP)

El TEP se presenta de forma tardía o diferida, semanas o hasta meses después de la exposición a un acontecimiento traumático intenso, fuera del rango de la experiencia humana normal, el paciente puede ser víctima directa del trauma, haberlo presenciado, o que se lo hayan platicado o explicado. Los pacientes de este trastorno reviven la experiencia traumática de forma recurrente, presentan evitación de estímulos que evoquen el trauma, y síntomas de alerta aumentados. Este trastorno se prolonga por lo menos un mes, y se considera agudo si dura menos de 3 meses y crónico si es más de 3 meses. ¹⁵

Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (TMAD)

Este diagnóstico es utilizado en aquellas situaciones en las que se encuentran signos y síntomas de ambos padecimientos, trastornos ansiosos y depresivos, pero sin ser ninguno de ellos dominante o claro de forma suficiente para ameritar diagnósticos por separado. ¹⁵

Este tipo de trastornos son relativamente comunes en la atención primaria, sin embargo, implican un riesgo de relevancia media, ya que en una proporción suficiente existe riesgo de suicidio. ^{15, 14}

Entre las principales manifestaciones clínicas en este trastorno se encuentran:

- ❖ Estado de ánimo bajo o tristeza declarada
- ❖ Pérdida de interés o anhedonia
- ❖ Angustia predominante
- ❖ Estado ansioso depresivo simultáneo
- ❖ Trastornos del sueño
- ❖ Astenia y adinamia
- ❖ Dificultad para concentrarse
- ❖ Declaración de pensamientos intrusivos
- ❖ Aumento del discurso personal
- ❖ Pérdida de la libido

A pesar de existir los demás tipos de trastornos de ansiedad, y tener cierta influencia en la población de interés, los 3 tipos descritos son aquellos que se han encontrado, en distintos estudios, de mayor impacto en el rendimiento escolar en los distintos niveles educativos, por tanto, serán estos en los que se enfocará la presente investigación.

Clasificación Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVTR)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVTR), de la American Psychiatric Association (APA), la ansiedad es una reacción fisiológica, necesaria para la respuesta oportuna del individuo ante un estímulo que considere de riesgo y con esto, para sobrevivir. Sin embargo, existen ocasiones en las que esta reacción es hipersensibilizada y conlleva a una alteración en la capacidad reactiva de la persona, llevándola a un nivel patológico.²⁹

Además, los trastornos de ansiedad se suelen relacionar de forma importante con otros desórdenes mentales, como trastornos del estado de ánimo, las adicciones, los trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos del control de impulsos, trastornos somatomorfos.²⁹

El DSM - IV- TR, incluye los siguientes trastornos de ansiedad:

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

Qué es la depresión

La depresión es un estado interno de tristeza y desánimo en diferentes niveles, tanto cognitivos como conductuales, que influyen significativamente en su quehacer total.³⁰

La depresión según la OMS es un trastorno mental, que se caracteriza por la persistencia de tristeza, pérdida de placer o interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.³¹

El adolescente pasa gran parte de su tiempo en la escuela y los éxitos o fracasos obtenidos en este espacio facilitan (en gran medida) la imagen de competencia o incompetencia que adquiere de sí mismo, en caso de ser negativa, origina depresión, de esta manera se forma un círculo que retroalimenta: estudio - fracaso – depresión – fracaso – depresión, etc. Se puede decir que existe una relación entre depresión y rendimiento académico. Sin embargo, las tasas de fracaso escolar son muy elevadas como para pensar que el problema reside exclusivamente en el alumno. Así el nivel de depresión dependerá del significado de la pérdida, la amenaza de pérdida, el fracaso, la desaprobación o la desilusión tengan para el sujeto.^{30, 32}

Las dificultades en las relaciones con los docentes (manejo de autoridad, estilo docente, dificultad en la intercomunicación, inequidad en la evaluación, sobrecarga de asignaturas, horarios, metodología del docente y deficiencia en los métodos de estudio del alumno) pueden conducir a la depresión. En un estudio sobre depresión en estudiantes de medicina la prevalencia global de depresión fue de 21.6 %, siendo casi de dos mujeres por un hombre. El nivel curricular de mayor afectación fue el de ciencias básicas.³³

Planteamiento del problema

Entre las patologías mentales más frecuentes se encuentra la depresión. La Organización Mundial de la Salud calculó en 450 millones el número de personas que padecían algún tipo de depresión en el año 2004; hacia el año 2006, el número de personas con depresión se había ubicado entre el 15 y 25 % de la población mundial. En ese mismo año se encontró una prevalencia en estudiantes de las carreras de la salud de 21.6%, sin embargo, se han reportado prevalencias de hasta 80% en estudiantes de medicina.^{30, 31}

En 1994, Winokur y Clayton reportaban incidencias de ansiedad de entre 10 y 20% a lo largo de la vida, mencionando los trastornos de ansiedad como uno de los 3 grupos de mayor ocurrencia en la población general.¹⁷

En nuestro país, se ha reportado un aumento de un 75% en la incidencia de la ansiedad en los últimos 5 años; relacionada de forma general a factores externos como la delincuencia, contaminación (en sus diferentes vertientes), situación económica, entorno social, laboral, etcetera.²⁹

Según datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) el trastorno de ansiedad es el de mayor incidencia en nuestro país, con un 14.3% de la población padeciéndolo de forma activa, mientras un derivado de este, la fobia social es padecida por 4.7% de la población y el episodio depresivo mayor con una incidencia del 3.3%.²⁷

Mientras en los hombres se presentan prevalencias más altas en prácticamente cualquier trastorno sufrido en un momento concreto de su vida (30.4% y 27.1%), las mujeres presentan mayores niveles de prevalencia con respecto a trastornos sufridos en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%).²⁷

Las cifras se encuentran en aumento, los trastornos emocionales, y en particular, la ansiedad y depresión han sido una problemática que crece de forma regular con el paso del tiempo, afectando paulatinamente a más personas, y cada vez de forma más profunda e incapacitante, siendo considerada actualmente un problema

importante en salud pública, en especial en países desarrollados, donde las estadísticas son aún más severas, y considerándose estos trastornos, entre otros, los causantes de un alto índice de suicidio, productividad y permanencia laboral baja, insatisfacción en el desarrollo personal, malestar en la calidad de vida, entre otros.

En México padecen depresión entre el 9 y 13 % de la población adulta con una prevalencia de dos mujeres por cada varón. Las edades más frecuentes en las que encuentra este padecimiento en México son entre los 15 a 19 años de edad y por arriba de los 65 años.³⁰

Miranda y Gutiérrez han reportado depresión en el 36.4 % de los estudiantes que cursan ciencias básicas en el primer semestre de la carrera de medicina. La depresión, ansiedad y hostilidad son respuestas emocionales al estrés; los síntomas de depresión en estudiantes de medicina pueden ser difíciles de distinguir de los efectos del estrés inherentes a la vida del estudiante.³⁰

Hace 19 años Miranda y Gutiérrez reportaban un rango de incidencia global de la depresión de 8- 25%, con una relación hombre-mujer de 1:2 y un rango de edad de 20 a 40 años con mayor afectación, explicando el costo social y económico que la patología causaba, ya que este rango de edad es el considerado de mayor actividad económica, aun cuando menos de la mitad de estos casos eran atendido de forma profesional.³⁴

Se ha demostrado que la presencia de presión y estrés excesivos inducen a un aumento de la ideación suicida, además de un aumento proporcional del consumo de bebidas alcohólicas y de sustancias psicoactivas.

Se ha descrito en estudiantes de educación superior previo al inicio de sus estudios profesionales, un perfil muy similar al de la población general, empero, el estrés percibido durante su trayectoria curricular conlleva a un malestar crónico generalizado, además de repuntes episódicos de agudización de las manifestaciones clínicas relacionadas a la depresión y ansiedad.^{7, 31}

La depresión en jóvenes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos, el desempeño escolar y la familia; se clasifica como primaria o secundaria según el trastorno principal o como consecuencia de un problema médico.^{30, 32}

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología de ansiedad y depresión en alumnos de licenciatura en enfermería?

Objetivos

Objetivo general

Identificar la prevalencia de sintomatología característica de trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes de nivel superior de la carrera de enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Objetivos específicos

- ❖ Determinar el índice de prevalencia de sintomatología de ansiedad en alumnos de nivel licenciatura de la carrera de enfermería.
- ❖ Determinar el índice de prevalencia de sintomatología de depresión en alumnos de nivel licenciatura de la carrera de enfermería.
- ❖ Identificar la correlación entre la presencia de sintomatología característica de ansiedad y depresión en alumnos con respecto a factores personales.

Metodología

Diseño del estudio

Estudio no experimental, ex post facto, comparativo-causal, probabilístico estratificado.

Universo de trabajo (Población o muestra)

Universo: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Población: Estudiantes inscritos en la Licenciatura en Enfermería en la FES-Z de cualquier año de la carrera.

Muestra: 666 Alumnos pertenecientes a 4 años de la carrera de Enfermería.

Variables

Presencia o experimentación de signos y síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión.

- Depresión: Medida a través del Inventario de Depresión de Beck BDI-2. Componentes: Afecto cognitivo, somático. Escala de medición: Intervalo.
- Ansiedad: Medida a través del Inventario de Ansiedad. Componentes: Ansiedad subjetiva, Ansiedad neurofisiológica, Ansiedad autonómica, y Pánico. Escala de medición: Intervalo.

Técnicas o procedimiento

Se retomó un instrumento del estudio “Factores predictores del nivel de empatía en estudiantes mexicanos de enfermería” (González S., Luna D., Acevedo, González P., 2019), aprobado por el Comité de Investigación de la FES Zaragoza en 2019, aplicado a la población de interés conformado bajo el formato de batería compuesta de 5 secciones descritas a continuación:

El primer segmento estuvo compuesto por una sección tipo encuesta, a través del cual se recopilaron datos sociodemográficos, psicosociales, académicos y de interés profesional. Dicha sección incluyó 19 preguntas; retomado del estudio “Factores predictores del nivel de empatía en estudiantes mexicanos de enfermería”.

La segunda sección estuvo conformada por la Escala Multidimensional de Empatía de Lozano, el cual, consta de 10 reactivos en formato Likert, en la variedad de 5 opciones de respuesta. Esta comprende un factor, compasión empática, que integra 6 reactivos, y 2 indicadores, empatía cognoscitiva y tranquilidad emocional, los cuales son valorados con 2 reactivos cada uno. La suma de estos 3 componentes explica el 59.2% de la varianza y tienen una consistencia interna global de $\alpha = .77$.

El tercer componente es la Escala Multidimensional de Asertividad de Flores y Díaz-Loving, el cual es un instrumento con respuestas en formato Likert, de 45 reactivos

con 5 opciones de respuesta, los cuales se categorizan en 3 estratos; la Asertividad, Asertividad indirecta y la no asertividad. Este instrumento, tiene una consistencia interna de $\alpha=.91$.

El cuarto segmento es el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), en la adaptación de Andrade para México. Este es un cuestionario de opción múltiple con 21 reactivos, el cual comprende 2 factores: el afectivo cognitivo y el somático, con 13 y 8 reactivos respectivamente, que explican el 58% de la varianza. Tiene una consistencia interna de $\alpha= .95$.

La quinta sección es el Inventario de Ansiedad de Beck, el cual es un cuestionario de opción múltiple con 21 reactivos comprendidos en 4 factores, ansiedad subjetiva, ansiedad neurofisiológica, ansiedad autonómica y pánico, que explican el 56% de la varianza. Tiene una consistencia interna de $\alpha= .93$.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo de forma aleatorizada por conglomerados, incluyéndose en el muestreo original la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta solamente las secciones 1, 4 y 5, las cuáles se refieren a la recolección de datos personales y caracterización de sintomatología ansiosa y depresiva. Además, únicamente se seleccionó la información recabada de la aplicación del instrumento de recolección de datos en alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Posteriormente se realizó la estratificación de la muestra para la realización de un análisis de datos correlativo entre el nivel de presencia de ansiedad, depresión y los indicadores seleccionados como métrica del desempeño académico.

Plan de análisis estadístico

Datos analizados por medio de la herramienta ofimática de International Business Machines (IBM) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0. Dicha información fue posteriormente vaciada a una base de datos conformada en

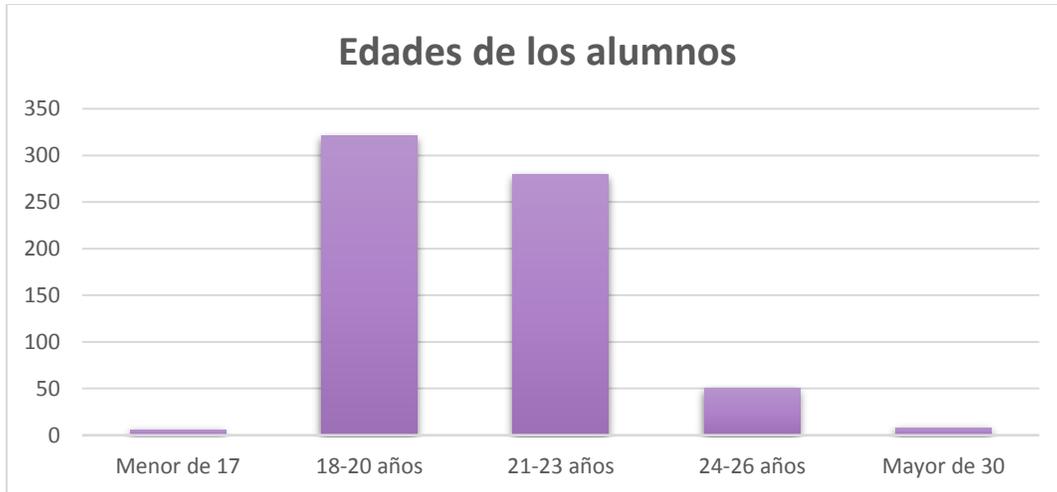
Microsoft Office Excel, posteriormente, fué revisada para detectar y corregir errores dactilográficos. A partir de estas bases de datos se realizaron los siguientes análisis:

- ❖ Comparación del nivel de ansiedad entre sexos y años académicos
- ❖ Comparación del nivel de depresión entre sexos y años académicos
- ❖ Correlación de la presencia de ansiedad y depresión
- ❖ Relación entre presencia de ansiedad y:
 - Promedio de calificaciones
 - Número de materias reprobadas
 - Cursos reprobados
 - E incidencia de deserción escolar
- ❖ Relación entre presencia de depresión y:
 - Promedio de calificaciones
 - Número de materias reprobadas
 - Cursos reprobados
 - E incidencia de deserción escolar

Resultados

Datos sociodemográficos

Gráfico N°1: Representación de las edades de los alumnos



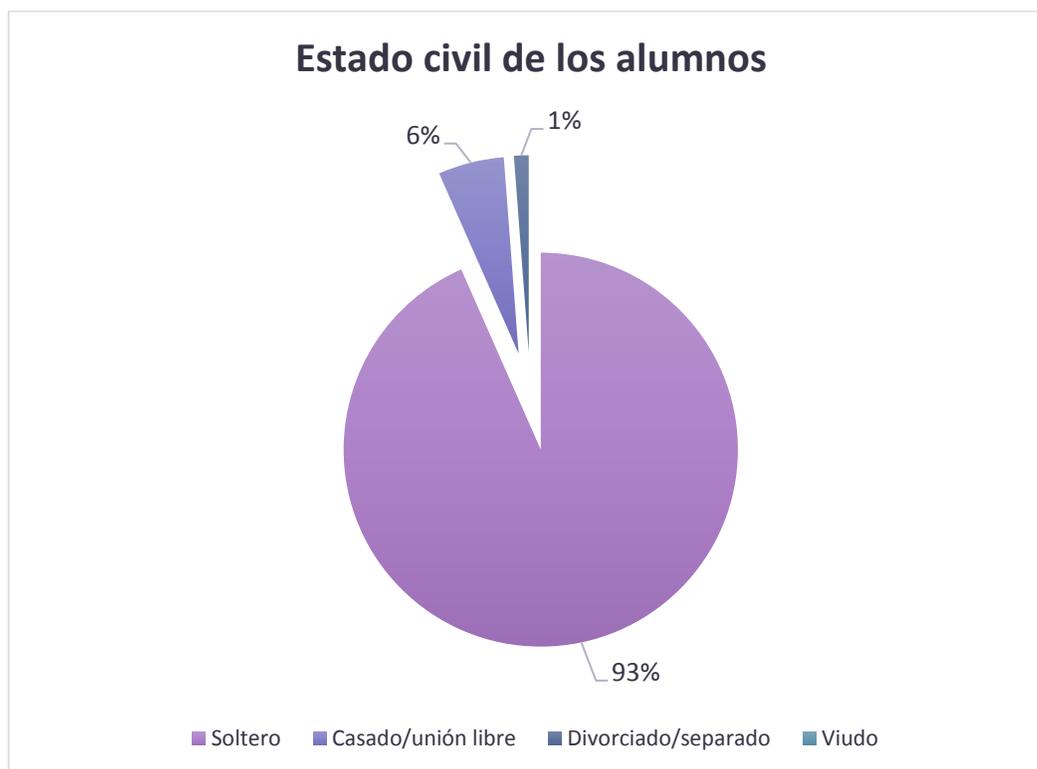
En la gráfica anterior podemos apreciar que el grueso de la población estudiantil incluida en este estudio se encuentra entre las edades de 18-23 años, los cuales coinciden con el rango de edad correspondiente a un alumno que ingresa a la carrera en condiciones regulares y la culmina de la misma manera.

Gráfico N°2: Sexo del alumno



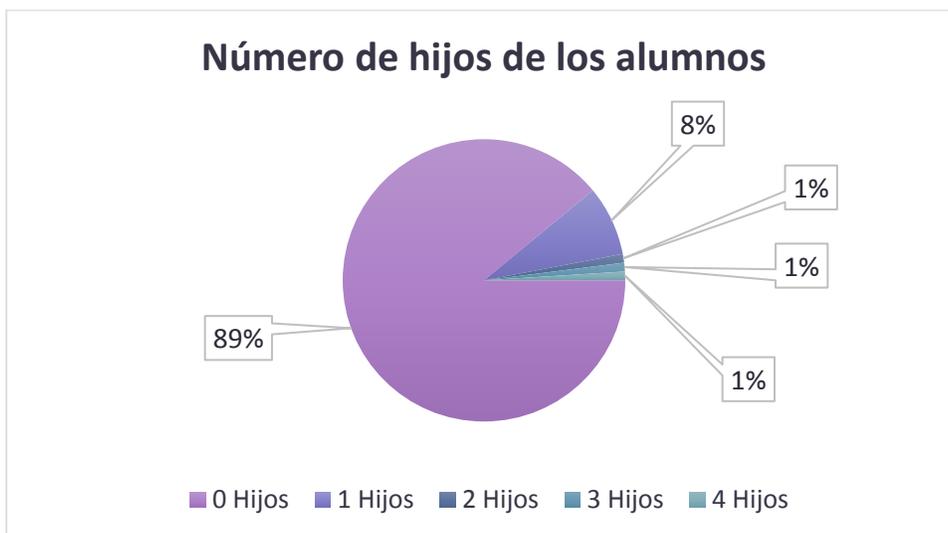
El sexo femenino predomina en la población estudiantil, conformando casi 2 tercios del total de la población.

Gráfico N°3: Estado civil de los alumnos



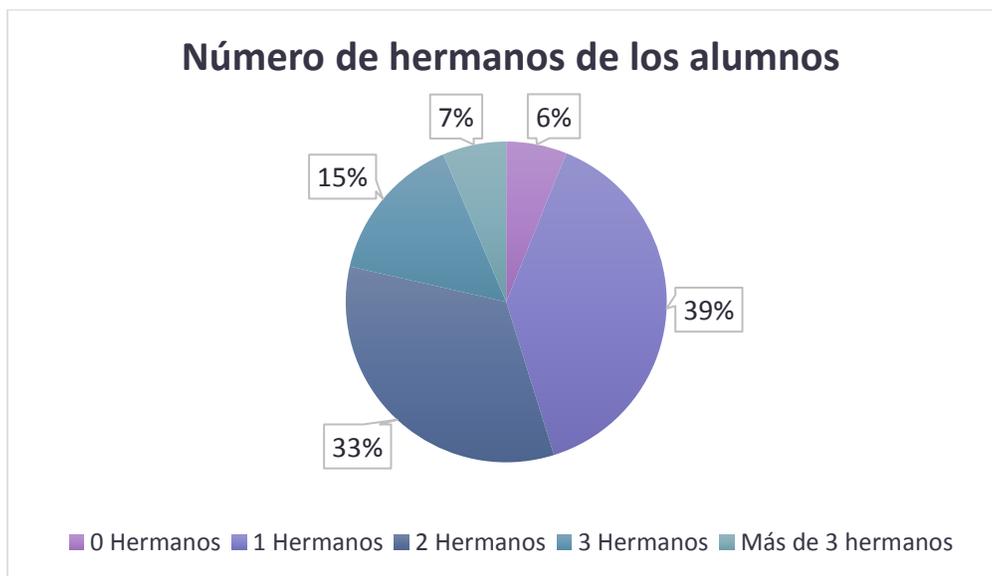
Sólo un 7% de los alumnos ha cambiado su estado civil, siendo más de 9 de cada 10 los alumnos solteros, lo cual coincide con el perfil de ingreso de estudiantes de enfermería de esta institución reportado por González y Crespo en 2014.

Gráfico N°4: Número de hijos de los alumnos



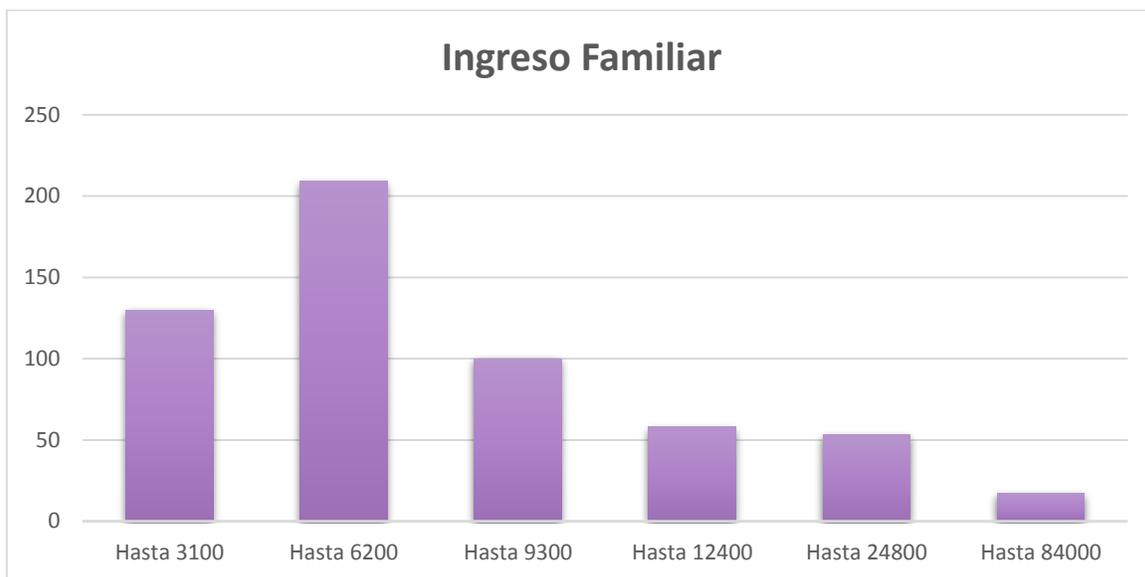
Encontramos que prácticamente apenas 1 de cada 10 alumnos ha tenido hijos, lo cual, igualmente, corresponde con lo reportado por González y Crespo acerca del perfil de ingreso de los alumnos en años pasados (2014).

Gráfico N°5: Número de hermanos de los alumnos



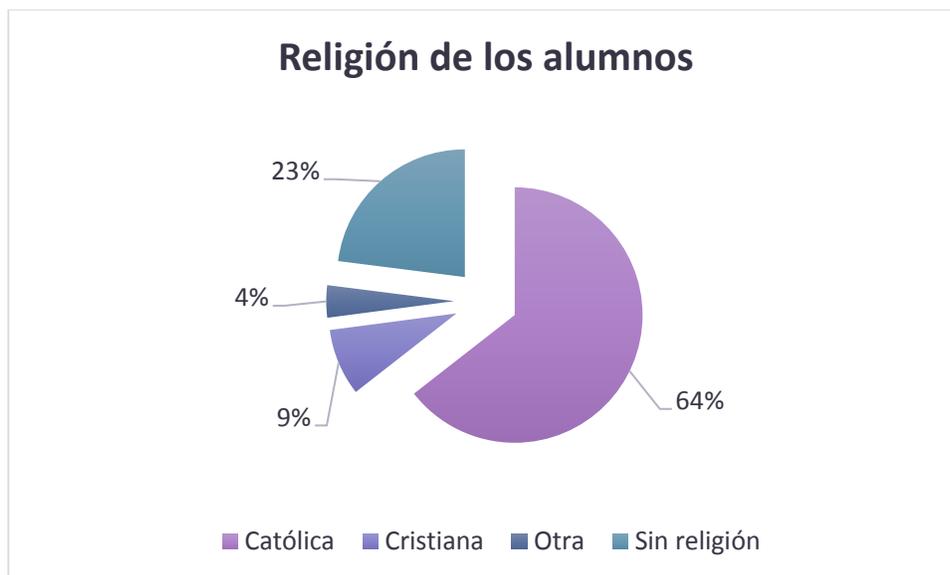
Encontramos que apenas 6% de los alumnos son hijos únicos, casi 2 de cada 5 tienen 1 hermano, 1 de cada 3 alumnos tienen 2 hermanos, mientras 22% tienen más de 2 hermanos.

Gráfico N°6: Ingreso familiar



En cuanto al ingreso familiar encontramos variaciones importantes, siguiendo una tendencia de descenso en la frecuencia entre mayor sea el ingreso, a partir de los 6200 pesos mensuales por familia.

Gráfico N°7: Religión de los alumnos



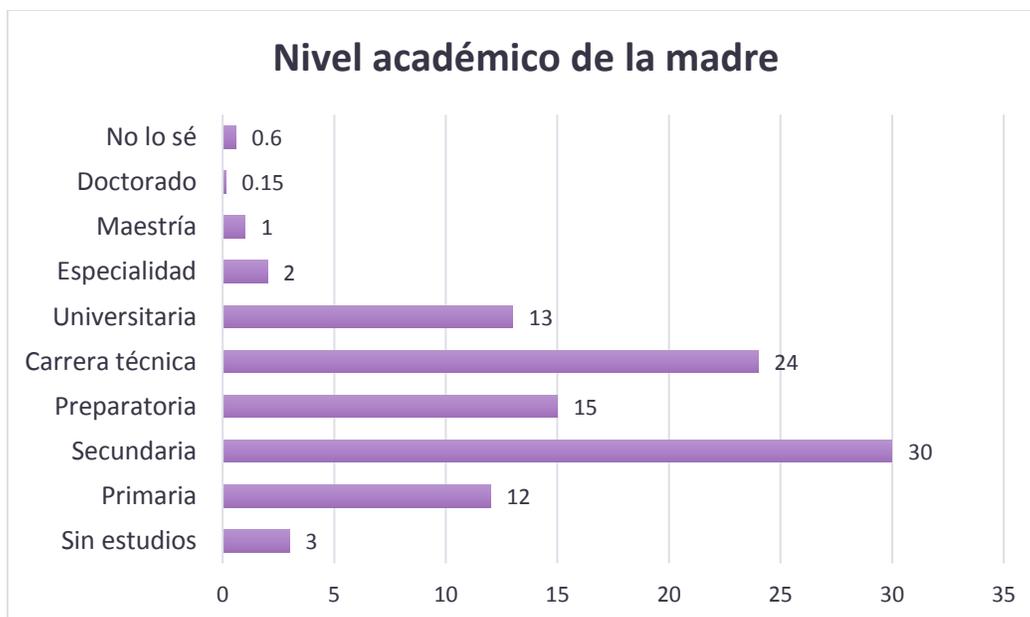
La religión católica se postula como la más practicada por los alumnos, habiendo 2 de cada 3 alumnos pertenecientes a esta, mientras 1 de cada 4 no practica ninguna religión, y el resto pertenecen a otras religiones.

Gráfico N°8: Trabajo durante la carrera



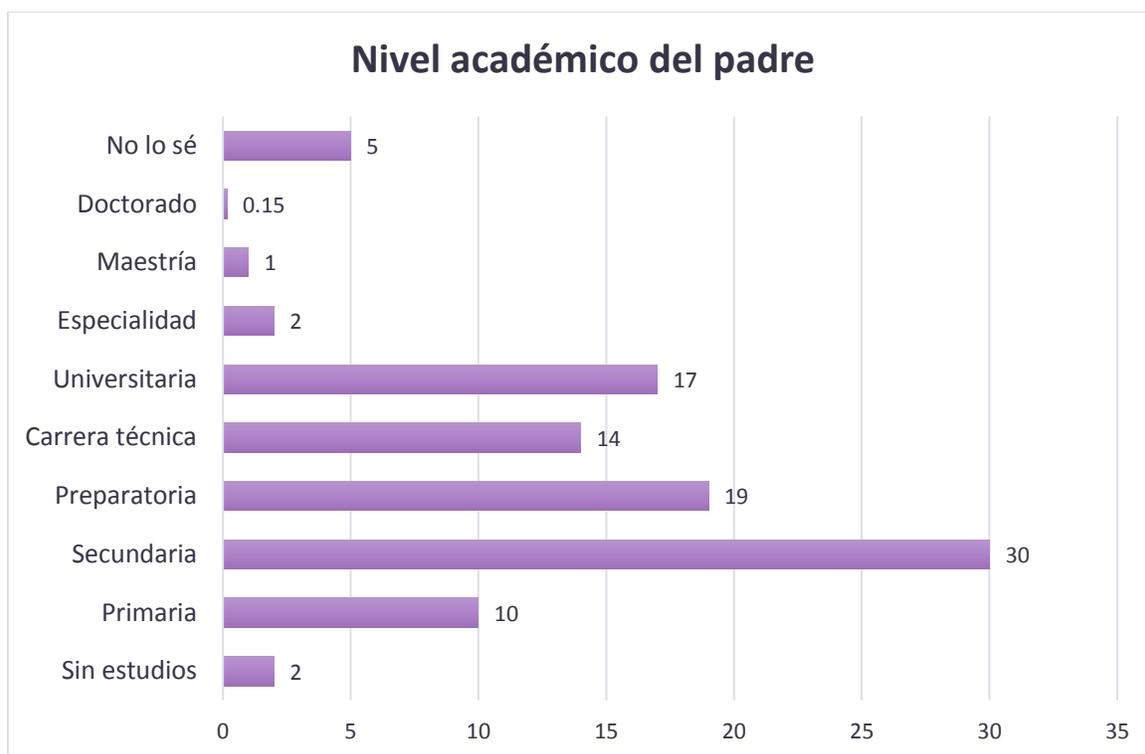
3 de cada 4 alumnos mencionaron realizar alguna actividad remunerada durante algún momento de su trayectoria académica.

Gráfico N°9: Nivel académico de la madre



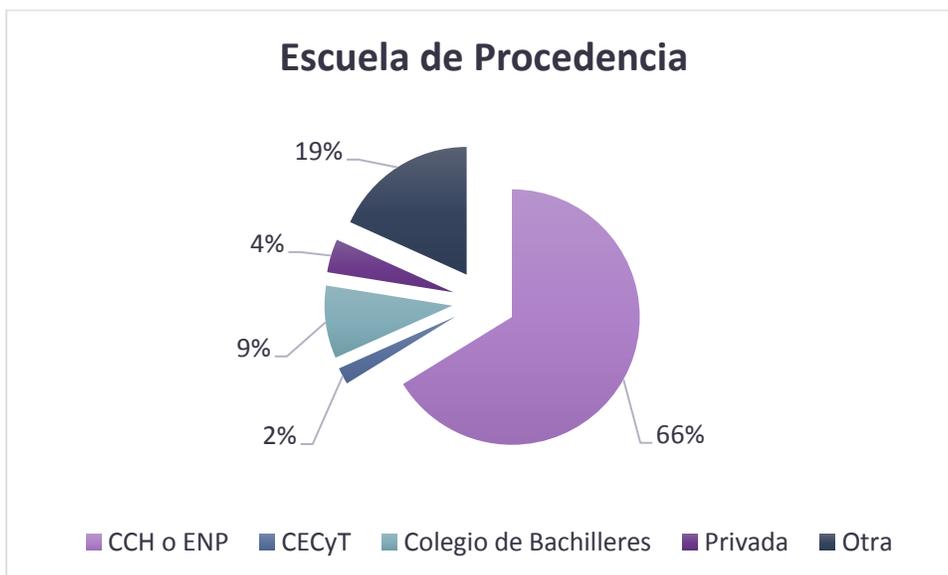
Encontramos una baja frecuencia en la escolaridad más allá del nivel de pregrado en las madres de los alumnos, frecuencia media en escolaridad media superior y superior de pregrado y alta en los niveles de secundaria y carrera técnica.

Gráfico N°10: Nivel académico del padre



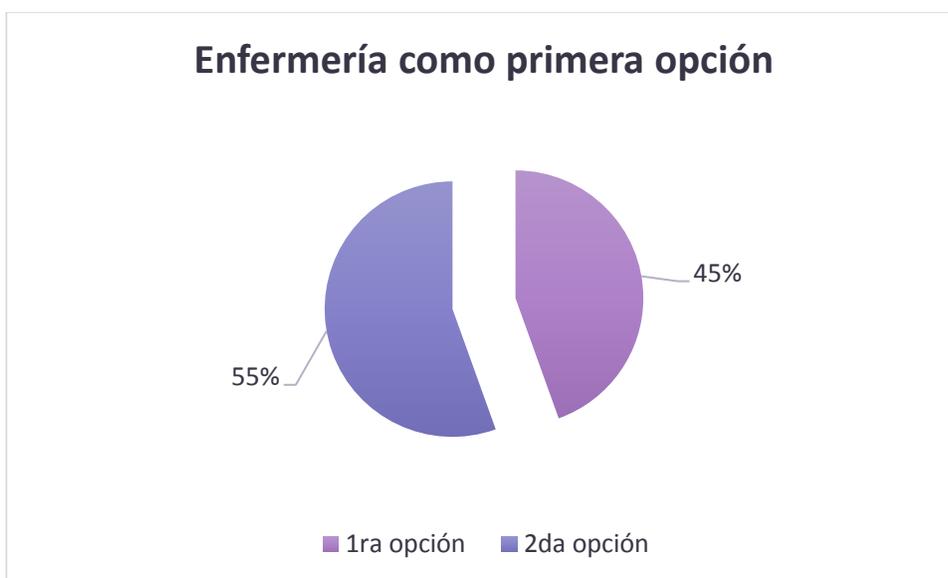
Encontramos que en cuanto a los estudios del padre 3 de cada 10 tienen un nivel máximo de estudios de secundaria, y los niveles medio superior, técnico y superior de pregrado son los siguientes en representación de frecuencia.

Gráfico N°11: Escuela de procedencia



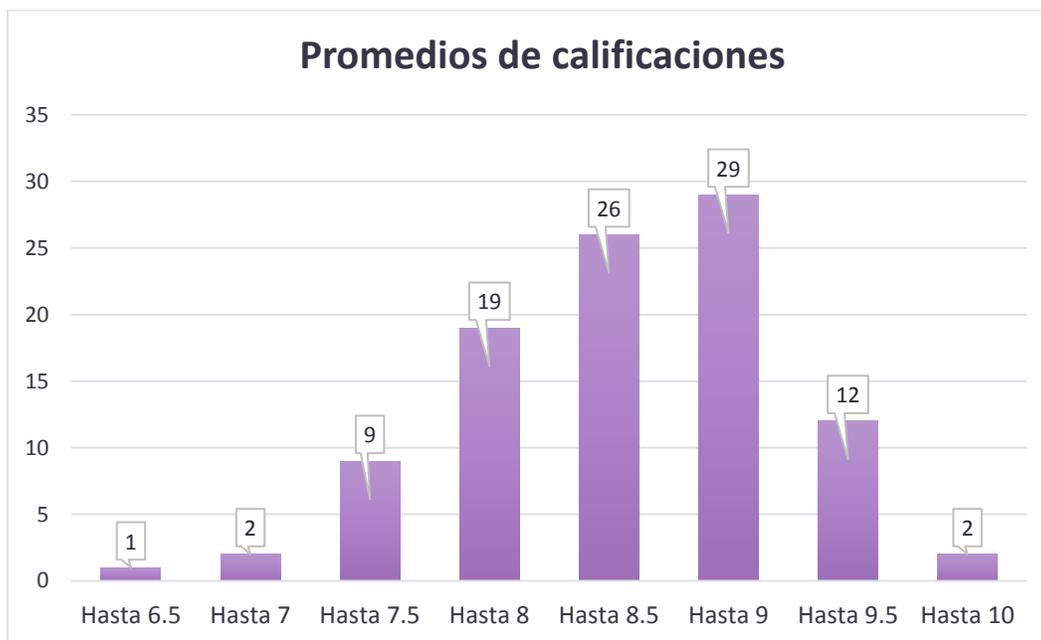
Se puede apreciar que 2 de cada 3 alumnos provienen de algún bachillerato de la UNAM, siendo favorecidos por el sistema de pase reglamentado, mientras, para los provenientes de otras instituciones encontramos que apenas 1 de cada 10 proviene de un colegio de bachilleres, y el resto proviene de otras instituciones, con frecuencias menores.

Gráfico N°12: Enfermería como primera opción



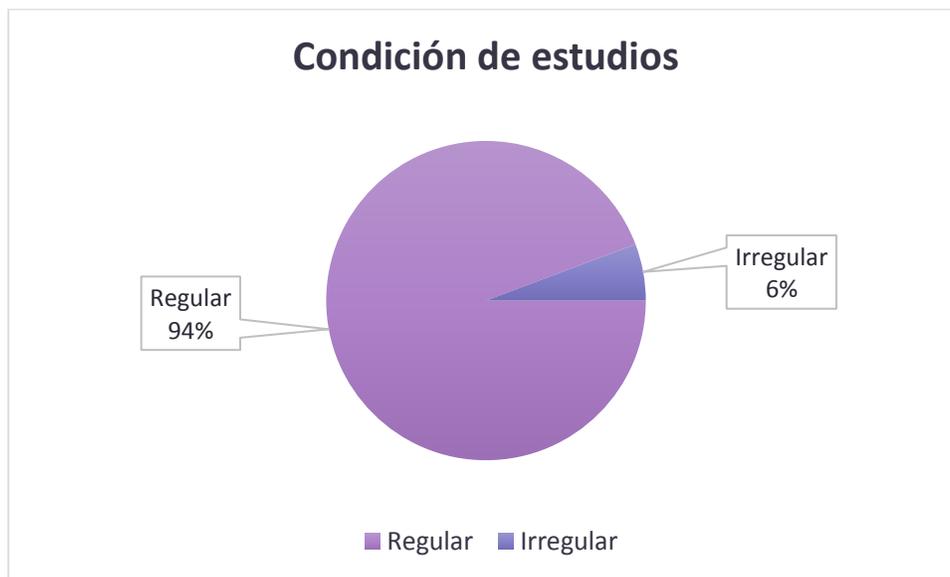
Se observa que casi la mitad de los alumnos no eligió la carrera de enfermería como primera opción de estudios.

Gráfico N°13: Promedios de calificaciones



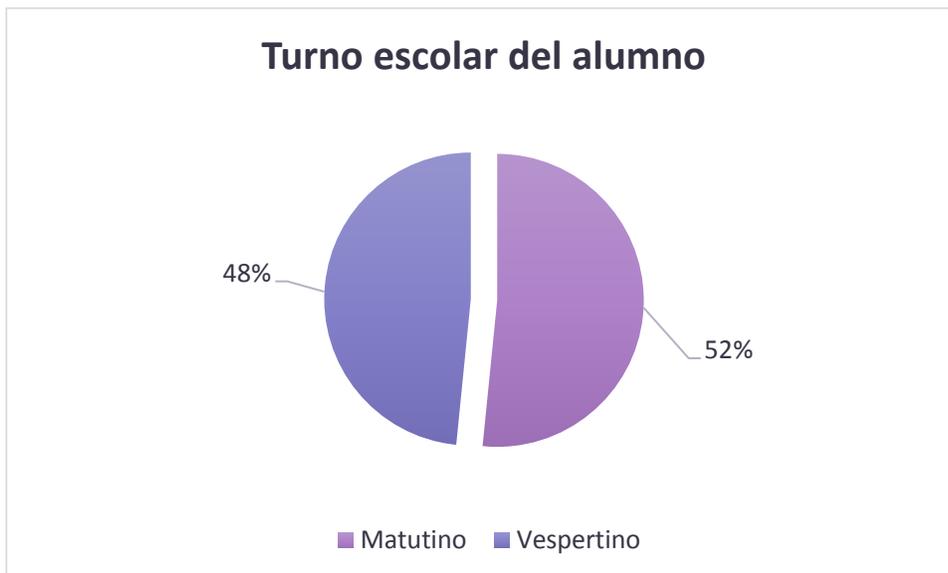
Hallamos que casi 3 de cada 4 alumnos tienen un promedio entre 8 y 9. Por otra parte, apenas 1 de cada 50 tiene un promedio de 10.

Gráfico N°14: Condición de estudios



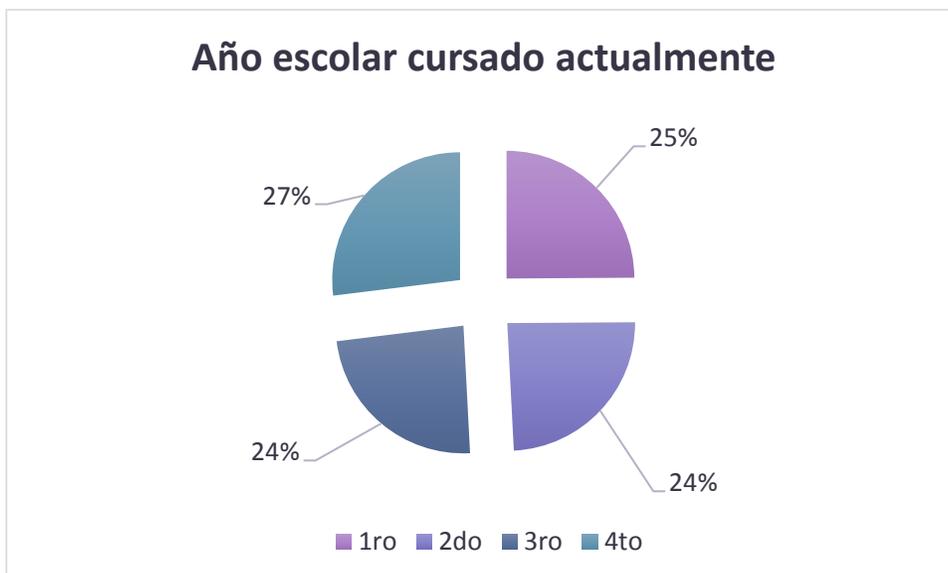
En cuanto a la condición escolar de los alumnos, encontramos que solo 1 de cada 20 es irregular en cuanto a su trayectoria curricular.

Gráfico N°15: Turno escolar del alumno



Se puede observar que los alumnos participantes en este estudio están distribuidos de manera casi equitativa, obteniendo una representación similar de ambos turnos.

Gráfico N°16: Año escolar cursado actualmente



Se puede apreciar que hay una distribución relativamente regular entre los años escolares a los que pertenecen los alumnos incluidos, obteniendo representación adecuada de los 4 años curriculares.

Gráfico N°17: Número de materias reprobadas



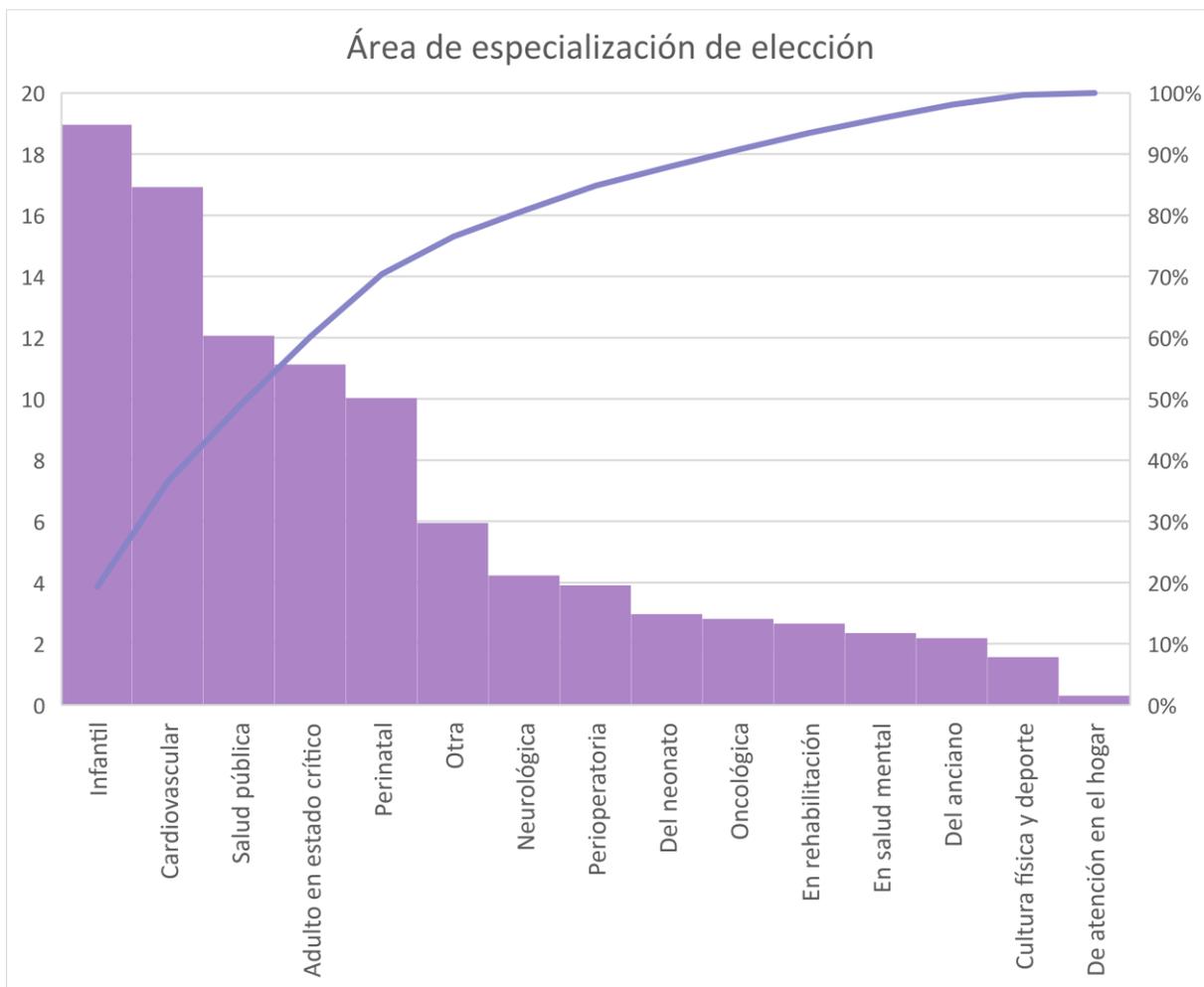
En la gráfica podemos apreciar que solo 49 alumnos han reprobado alguna materia, manteniendo el índice de reprobación bajo.

Gráfico N°18: Intención de estudiar un posgrado



Encontramos que casi la totalidad de la muestra refiere tener intención de continuar con sus estudios, solo 1 de cada 50 menciona no tener intención de hacerlo.

Gráfico N°19: Área de especialización de elección



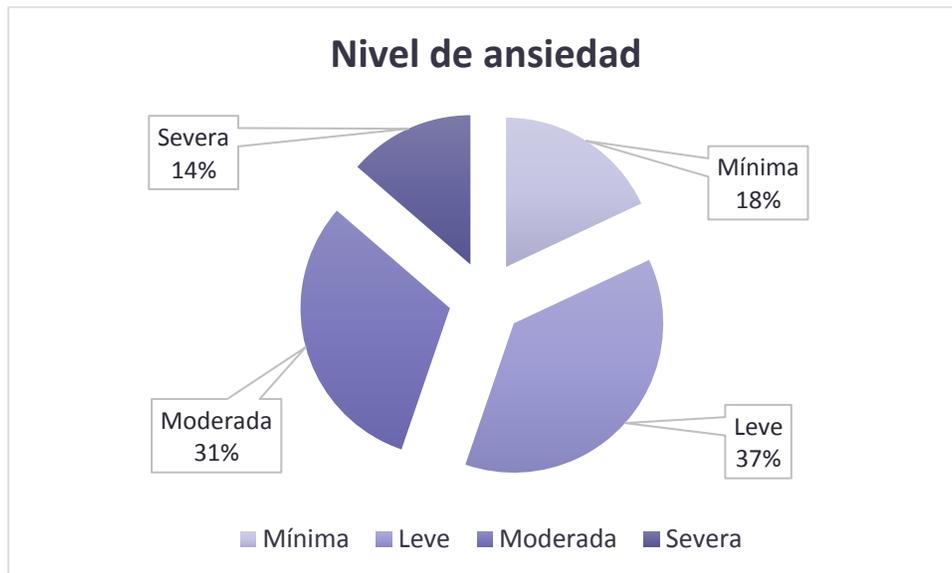
Se puede apreciar que la atención infantil, cardiovascular y salud pública concentran el interés de casi 1 de cada 2 (48%) de los alumnos.

Datos de ansiedad

Tabla N° 1: Categorización de ansiedad en alumnos.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	120	18
Leve	248	37.2
Moderada	207	31
Severa	91	13.6
Total	666	100
Media		16.2537538
Desviación Estándar		11.8209776

Gráfico N°20: Categorización de ansiedad en alumnos



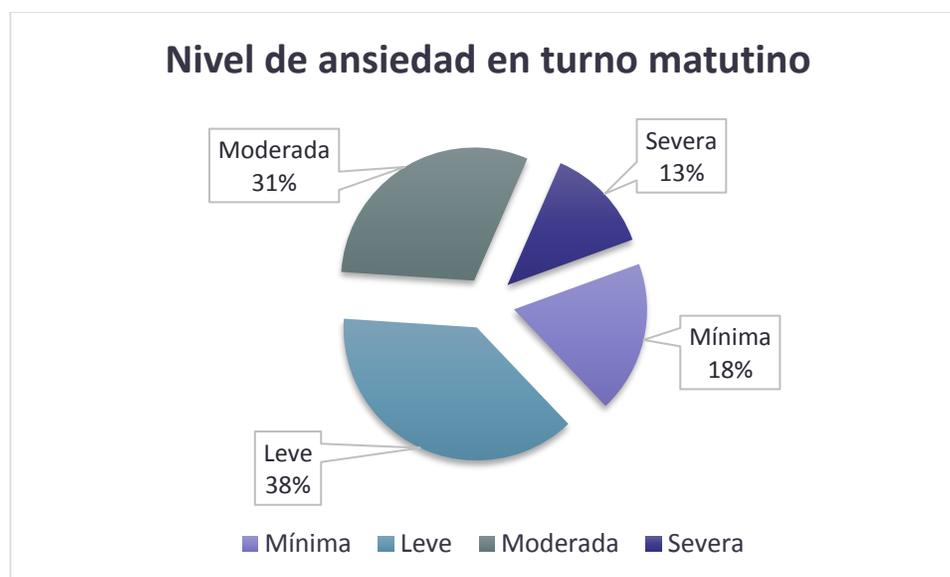
En cuanto a los niveles de ansiedad, encontramos que la totalidad de la muestra ha sufrido de sintomatología ansiosa en algún momento de la carrera en algún nivel de intensidad. Además 2 de cada 3 alumnos la han padecido en una intensidad de leve a moderada.

Tabla N°2: Categorización del nivel de ansiedad en alumnos por turno

Intensidad de ansiedad por turno					
Turno\Nivel de ansiedad	Mínima	Leve	Moderada	Severa	Total
Matutino	63	130	104	44	341
Vespertino	56	115	99	50	320
Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 3 Chi ² crítico: 7.815 Chi calculada: 1.17					

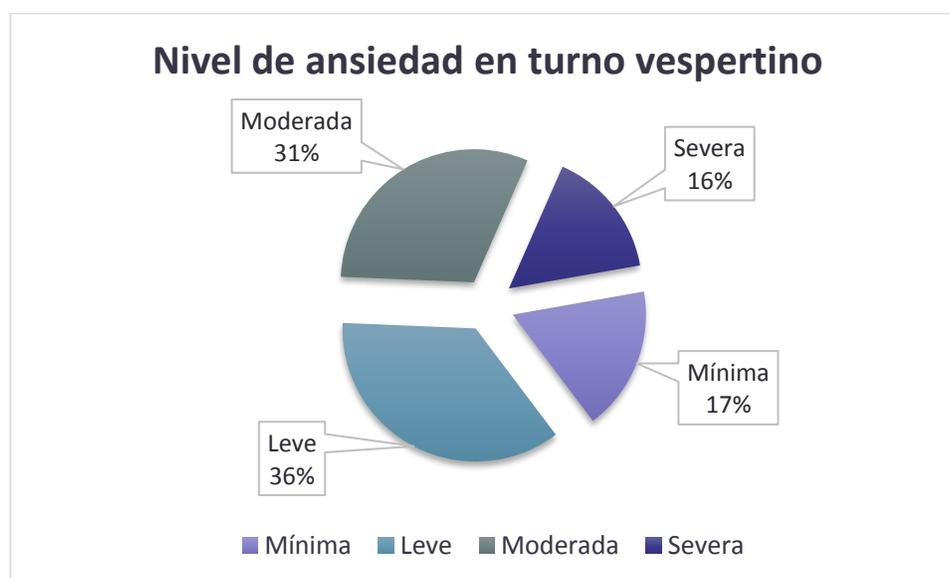
El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros son independientes

Gráfico N°21: Categorización del nivel de ansiedad en alumnos del turno matutino



Se puede observar que la ansiedad en intensidad leve y moderada son las predominantes, representando cada una un valor cercano a la 3ra parte de la población total.

Gráfico N°22: Categorización del nivel de ansiedad en alumnos del turno vespertino



Se encuentran datos muy similares a los del turno matutino, con mayores frecuencias de ansiedad en los niveles de intensidad leve y moderada.

Tabla N°3: Categorización del nivel de ansiedad en alumnos por número de materias reprobadas

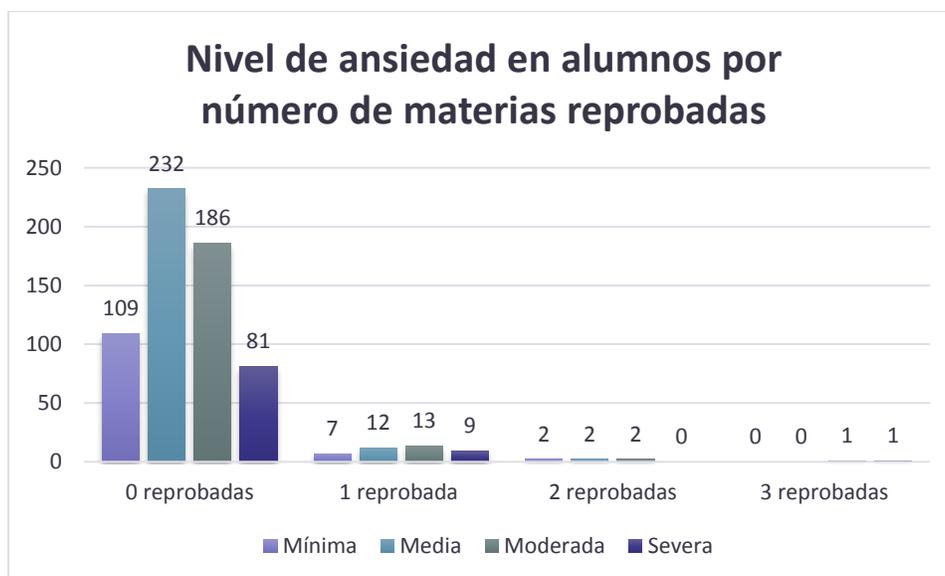
Intensidad de ansiedad por materias reprobadas

Materias reprobadas \ Nivel de ansiedad	Mínima	Leve	Moderada	Severa	Total
0 reprobadas	109	232	186	81	608
1 reprobadas	7	12	13	9	41
2 reprobadas	2	2	2	0	6
3 reprobadas	0	1	1	1	3

Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 9 Chi² crítico: 16.91 Chi calculada: 5.95

El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros son independientes

Gráfico N°23: Categorización del nivel de ansiedad en alumnos por número de materias reprobadas



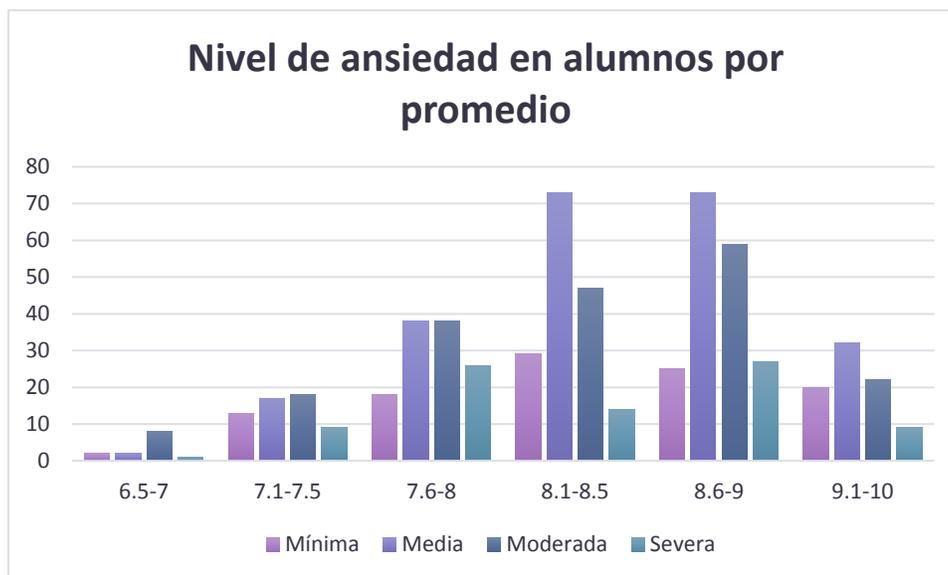
De acuerdo a la gráfica, encontramos que una amplia proporción de los alumnos que presentan ansiedad no han reprobado ninguna materia, la relación parece ser mínima.

Tabla N°4: Categorización del nivel de ansiedad en alumnos por promedio

Intensidad de ansiedad por promedio escolar					
Promedio escolar \ Nivel de ansiedad	Mínima	Leve	Moderada	Severa	Total
6.5-7	2	2	9	1	13
7.1-7.5	13	17	18	9	57
7.6-8	18	38	38	26	120
8.1-8.5	29	73	47	14	163
8.6-9	25	73	59	27	184
9.1-9.5	19	27	19	8	73
9.6-10	1	5	3	1	10
Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 18 Chi^2 crítico: 28.86 Chi calculada: 27.48					

El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros son independientes

Gráfico N°24: Categorización del nivel de ansiedad en alumnos por promedio



Podemos apreciar un repunte mayor de ansiedad moderada en el grupo con promedios entre 6.5-7 con respecto al resto de grupos, los cuales tienden a tener mayor incidencia de ansiedad en un nivel de intensidad medio.

Coefficiente de correlación Ansiedad-Promedio: 0.049435845

Tabla N°5: Ansiedad por sexos

Intensidad de ansiedad por turno					
Turno\Nivel de ansiedad	Mínima	Leve	Moderada	Severa	Total
Mujer	65	167	149	74	455
%	14.28571429	36.7032967	32.74725275	16.26373626	
Hombre	55	81	58	17	211
%	18.01801802	37.23723724	31.08108108	13.66366366	%
Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 3 Chi² crítico: 7.815 Chi calculada: 19.6					

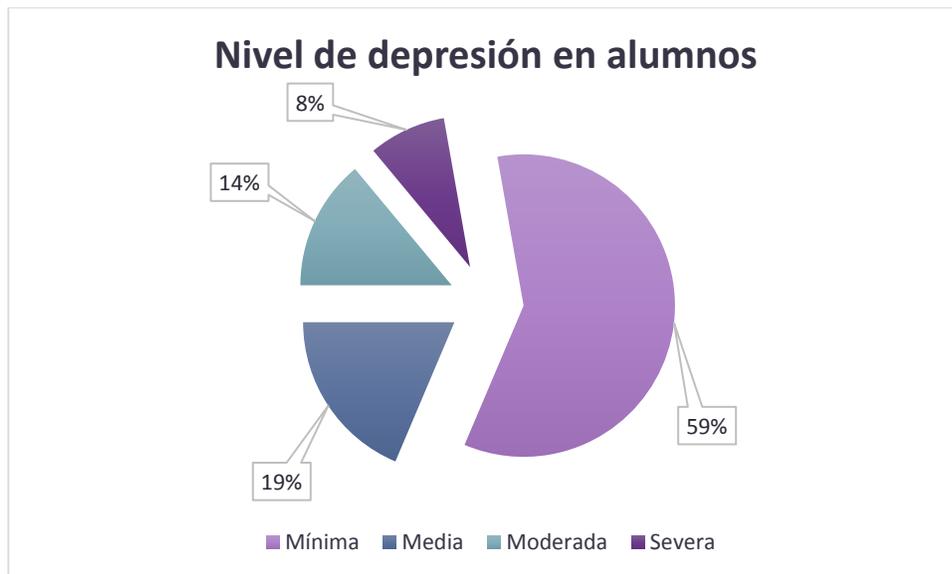
El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros no son independientes

Datos de depresión

Tabla N°6: Categorización del nivel de depresión en alumnos

Categorización	Nivel de depresión	Porcentaje
Mínimamente deprimido	394	59
Medianamente deprimido	124	18
Moderadamente deprimido	93	13
Severamente deprimido	55	8
Total	666	100

Gráfico N°25: Categorización del nivel de depresión en alumnos



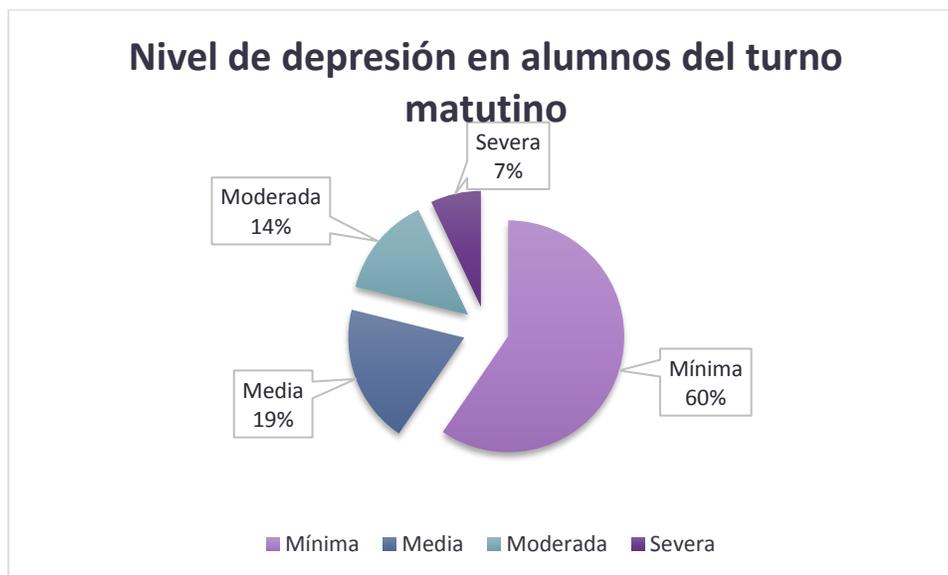
Al igual que en el caso de la ansiedad, encontramos que la totalidad de la muestra refiere haber padecido de sintomatología depresiva en algún nivel de intensidad, en algún momento de su trayectoria curricular en enfermería. Sin embargo, prácticamente 6 de cada 10 alumnos la han experimentado solo en el nivel mínimo, y solo 2 de cada 25 la han experimentado en un nivel severo.

Tabla N°7: Categorización de depresión en alumnos por turno

Intensidad de depresión por turno					
Turno\Nivel de depresión	Mínima	Leve	Moderada	Severa	Total
Matutino	203	66	48	24	341
Vespertino	190	58	43	29	320
Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 3 Chi ² crítico: 7.815 Chi calculada: 1.02					

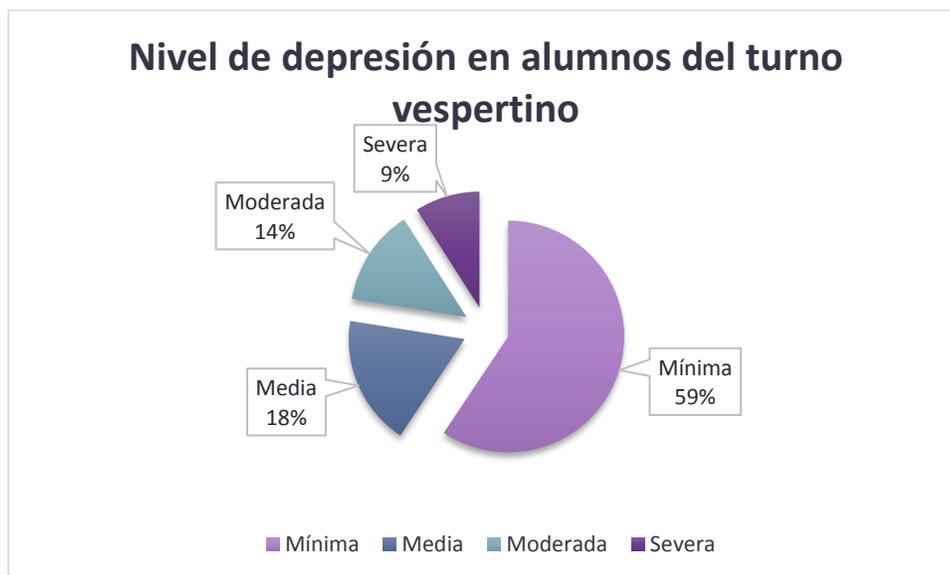
El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros son independientes

Gráfico N°26: Categorización del nivel de depresión en alumnos del turno matutino



En este gráfico encontramos que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de depresión y la frecuencia de alumnos que la padecen, encontrando que sólo 2 de cada 10 alumnos la padecen de forma importante.

Gráfico N°27: Categorización del nivel de depresión en alumnos del turno vespertino



En el turno vespertino encontramos que casi una cuarta parte de los alumnos padecen sintomatología depresiva en un nivel de intensidad de moderado a severo.

Tabla N°8: Categorización del nivel de depresión en alumnos por número de materias reprobadas

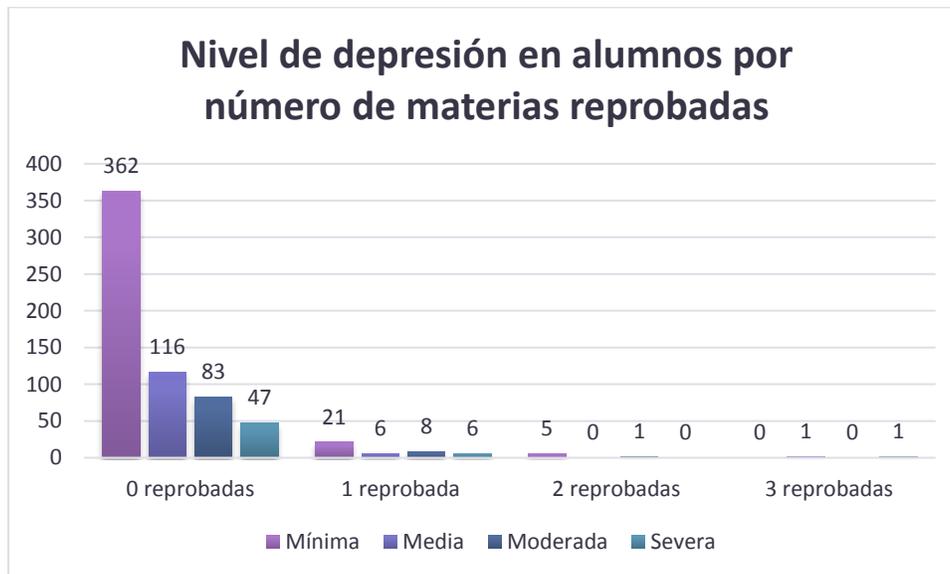
Intensidad de depresión por materias reprobadas

Materias reprobadas\Nivel de ansiedad	Mínima	Leve	Moderada	Severa	Total
0 reprobadas	362	116	83	47	608
1 reprobadas	21	6	8	6	41
2 reprobadas	5	0	1	0	6
3 reprobadas	0	1	0	1	2

Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 9 Chi² crítico: 16.91 Chi calculada: 13.02

El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros son independientes

Gráfico N°28: Categorización del nivel de depresión en alumnos por número de materias reprobadas



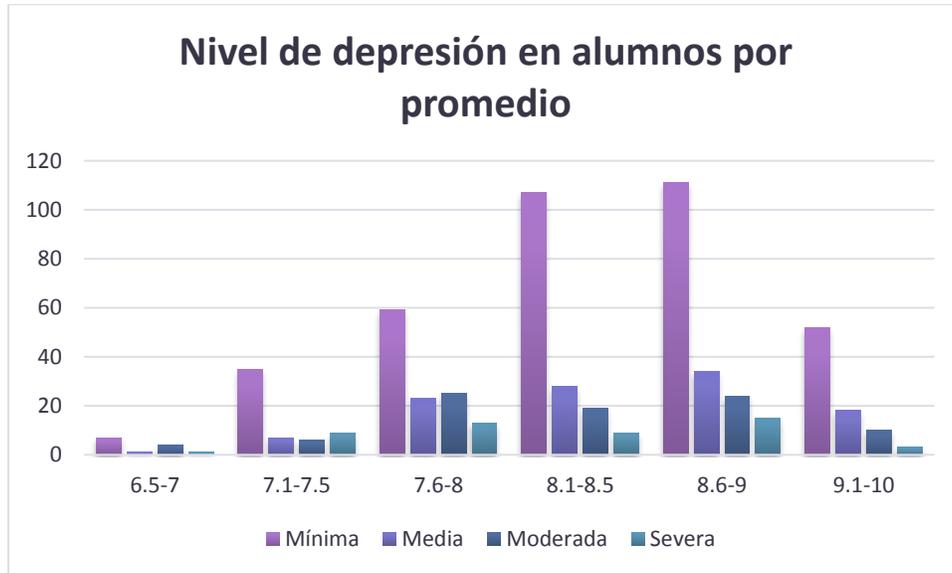
Se puede apreciar que independientemente del número de materias reprobadas, el nivel de sintomatología depresiva, tiende a mantenerse en un nivel mínimo.

Tabla N°9: Categorización del nivel de depresión en alumnos por promedio

Intensidad de depresión por promedio escolar					
Promedio escolar \ Nivel de ansiedad	Mínima	Leve	Moderada	Severa	Total
6.5-7	7	1	4	1	13
7.1-7.5	35	7	6	9	57
7.6-8	59	23	25	13	120
8.1-8.5	107	28	19	9	163
8.6-9	111	34	24	15	184
9.1-9.5	43	18	12	10	83
9.6-10	7	3	3	0	13
Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 18 Chi ² crítico: 28.86 Chi calculada: 22.71					

El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros son independientes

Gráfico N°28: Categorización del nivel de depresión en alumnos por promedio



Podemos observar que en los grupos con promedios de calificaciones de 8-10 existe una relación inversamente proporcional de la frecuencia de alumnos y el nivel de depresión percibido; mientras en los grupos con promedios de calificaciones menores encontramos patrones irregulares.

Tabla N°10: Depresión por sexos

Turno\Nivel de ansiedad	Intensidad de depresión por turno				Total
	Mínima	Leve	Moderada	Severa	
Mujer	256	87	68	44	455
%	14.28571429	36.7032967	32.74725275	16.26373626	
Hombre	137	37	26	11	211
%	18.01801802	37.23723724	31.08108108	13.66366366	%
Nivel de significancia: 0.05 Grados de libertad: 3 Chi² crítico: 7.815 Chi calculada: 6.19					

El cálculo de la Chi cuadrada indica que los parámetros son independientes

Respuesta a la pregunta de investigación

De acuerdo a la pregunta de investigación, se encontraron importantes diferencias en las frecuencias de la intensidad de sintomatología ansiosa y depresiva respectivamente, observándose el grueso de los alumnos en cuanto a depresión, en los niveles más bajos, mientras con la ansiedad se encontraron en los niveles medios. A pesar del matiz anterior, es importante recalcar que ambas situaciones deben ser consideradas, ya que, como se menciona durante el documento, son entidades clínicas que suelen estar correlacionadas, dando pie la una a la otra.

Discusión

Los resultados encontrados en este estudio difieren aparentemente de los datos encontrados en otros estudios, esto está dado por la forma en que se determina la presencia de ansiedad y depresión. En nuestro caso, se utilizaron los BDI y BAI, los cuales son instrumentos autoaplicables que han demostrado altos grados de confiabilidad, especificidad y sensibilidad, sin embargo, están orientados a identificar la presencia de sintomatología específica de ansiedad y específica de depresión, mas no para diagnosticar de manera formal dichas patologías. Teniendo en cuenta lo anterior, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas, podemos visualizar altos niveles de sintomatología de ansiedad y depresión en los estudiantes que conformaron esta muestra, a pesar de no ser una población clínica.

En un estudio realizado en Chile¹⁴, se encontró una importante presencia de estrés académico, con 98% de prevalencia, y 85% de estrés elevado, además de ser las mujeres las más afectadas por esto, con 96.24% contra 88.57% en hombres. Estas estimaciones son factores de riesgo para la salud en sus diferentes esferas, pudiendo derivar en afectaciones tanto biológicas, como la contracción de enfermedades infecciosas²⁴, como psicológicas, como ansiedad, depresión y trastornos del sueño²², lo cual concuerda con la alta prevalencia de características de ansiedad y depresión (100%) encontradas en los estudiantes de nuestra muestra.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica⁴, los trastornos mentales con mayor presencia en nuestro país son los de ansiedad clínica, encontrados en un 14.3% de la población, además, son los hombres los que presentan una mayor prevalencia al momento de aplicar el instrumento, con 30.4%, mientras las mujeres tienen mayores prevalencias para el padecimiento de dichos trastornos en los últimos 12 meses con 14.8%. En cuanto a la depresión, fue encontrada como uno de los 5 trastornos individuales más comunes, siendo el episodio depresivo mayor el más relevante con 3.3%.

En un estudio que pretendía identificar las características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios llevado a cabo en Colombia⁷ se encontró una

puntuación media al aplicar el BDI de 8.77 con una desviación Estándar de 6.88, la cual corresponde en nuestro estudio con una media de 13.23 y una desviación Estándar de 9.89 (tabla no.6), denotando una mayor afectación en los alumnos de nuestra muestra con respecto a sintomatología depresiva. Además, el estudio mencionado identifica a los hombres con mayores puntuaciones en el BDI mientras este estudio encontró que las mujeres son quienes presentan puntuaciones mayores en el BDI (tabla no. 9). La afectación mayor en mujeres que en hombres es también congruente con lo reportado por Marty y cols.²³, además de ser mencionado por Medina-Mora y cols.³⁶, haciendo referencia a una relación 2:1 de mujeres afectadas por depresión versus hombres, además de coincidir con lo reportado por Chust y cols.²² quienes además encontraron como causas de sintomatología ansiosa el burnout académico, satisfacción subjetiva de sueño, edad, y ansiedad-rasgo.

Altos niveles de ansiedad en estudiantes de enfermería también fueron reportados en un estudio realizado en una muestra similar en una universidad de Chile²³, quienes reportaron ansiedad leve en un 32.1% de la población de enfermería estudiada y 20.5% de ansiedad severa en la misma población, mientras en nuestro estudio reportamos un 37.23% de ansiedad leve en la población y 13.66% de ansiedad severa.

Se hallaron diferencias notables en cuanto al sexo de los alumnos y los promedios, mientras pareciera que el turno en el cual cursan la carrera es intrascendente en este caso, y, que, a pesar de no haber reprobado ninguna materia, los alumnos padecen sintomatología de ansiedad y depresión. Además, de acuerdo por lo reportado en varias fuentes ^{14, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 30}, las carreras del área de la salud suelen ser las mayormente afectadas por este tipo de trastornos, relacionados con el estrés académico al cual están expuestas y otros factores idiosincráticos de estas disciplinas.

Conclusiones

El desempeño académico global es indudablemente afectado por el estado de salud de la persona, lo cual incluye como elemento de la triada el aspecto psicológico, que cada vez más emerge en importancia en cuanto a su visibilización a consideración del avance de la ciencia. Existe una tendencia creciente de atención dada a este tema de manera popular, ayudando a que se impulsen programas relacionados al mejoramiento de la salud mental, en lo cual es importante incidir como participantes desde nuestra área.

Los resultados obtenidos a través de los instrumentos utilizados (BAI y BDI-II) son principalmente cuantitativos, y no son suficientes para el diagnóstico formal de ansiedad o depresión clínicas, sin embargo, son de gran valor para obtener una semblanza de la situación actual de los estudiantes y el nivel de afectación experimentado.

A pesar de que estos resultados no impliquen el diagnóstico clínico formal en los alumnos, es importante resaltar la afectación en algún grado presente en la totalidad de la población estudiantil estudiada, la cual afecta no solo el rendimiento académico de los alumnos, sino también su desarrollo personal óptimo, incluyendo su estado de salud, por lo cual resulta de gran relevancia el seguimiento regular de esta situación en la población estudiantil, para establecer intervenciones efectivas en la mitigación de esta situación.

La existencia de algún grado de intensidad de sintomatología ansiosa y depresiva en prácticamente la totalidad de los alumnos es una situación alarmante, sin embargo, la cardinalidad del actuar frente a este escenario lo establece el 14% de incidencia de sintomatología ansiosa en una intensidad severa en los alumnos encuestados, además del 31% que resultó con una intensidad moderada en síntomas, sumando así las 2 categorías de mayor preocupación con un 45% de los alumnos, poco menos de la mitad.

Incluso sin una correlación lineal fuerte entre la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva con algunos indicadores relacionados con el desempeño académico de

los alumnos en cuanto a los resultados, consideramos que existen otros factores académicos que podrían arrojar correlación positiva, como la situación socioeconómica, tiempo de traslado casa-escuela, pérdida de un ser querido, etc., los cuales no pudieron ser valorados en esta investigación. También consideramos que, además del uso de los BDI y BAI, sería valiosa la valoración cualitativa de algunos datos, integrando cuestionarios no autodirigidos, sino de preguntas abiertas aplicados por un entrevistador.

La investigación de cuáles son las principales causas de ansiedad y depresión en los estudiantes mexicanos parece la mejor opción, pues a pesar de tener instrumentos capaces de determinar la existencia de ansiedad o depresión en los individuos, la identificación oportuna de las razones de esta y la generación de estrategias que tengan como objetivo mitigar y minimizar el daño potencial que pueden implicar estos trastornos a futuro sería lo ideal.

La reiterada mayor afectación en mujeres que en hombres, refiriéndonos a trastornos de este tipo se ha mencionado en varias ocasiones en este documento, y se perfila como una variable más a estudiar de forma más específica, y un aspecto de gran importancia al momento de implementar acciones, estrategias y programas relacionados a disminuir estas afectaciones.

Referencias bibliográficas

1. Gonzalves F, González V, Vázquez J. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad [Internet]. 2nd ed. Madrid: International Marketing and communication; 2020 [cited 10 June 2020]. Available from: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf
2. Preguntas más frecuentes [Internet]. Who.int. 2020 [cited 4 June 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
3. Milenio. Ansiedad aumenta 75% en los últimos cinco años en México. [Internet]. 2018 [cited 10 October 2019]; Available from: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/ansiedad-aumenta-75-en-los-ultimos-cinco-anos-en-mexico>
4. Medina E, Borges G, Lara C, Benjet C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental* [Internet]. 2003 [cited 13 October 2019];26(4):1-41. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
5. Trastornos mentales [Internet]. Who.int. 2020 [cited 4 June 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
6. Liebert, R. M., & Morris, L. W. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20(3, PT. 1), 975–978. <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.20.3.975>
7. Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research* [Internet]. 2019 [cited 9 October 2019];1(1):34-39. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503006.pdf>

8. Mitchell C. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2020 [cited 8 June 2020]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
9. Álvarez Cordero Rafael. Paciente y padeciente. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 dic [citado 2019 Nov 11]; 57(5): 3-4. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500003&lng=es.
10. Cardoso Gómez Marco Antonio, Zarco Villavicencio Alejandro, Aburto López Irma Araceli, Rodríguez León Mario Alfredo. Padeciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 dic [citado 2019 Nov 11]; 57(5): 32-42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-174220140005000032&lng=es.
11. Lifshitz A. ¿Padecimiento o enfermedad?. Med Int Mex. 2008;24(5):327-328.
12. Bértola D. Hans Selye y sus ratas estresadas. Medicina Universitaria [Internet]. 2010 [cited 12 November 2019];12(47):142-143. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-hans-selye-sus-ratas-estresadas-X1665579610537461>
13. Morris D. El zoo humano. 1st ed. Barcelona: Plaza & Janés; 1978.
14. Jerez-Mendoza M, Oyarzo-Barría C. Estrés académico en estudiantes del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos Osorno. Revista chilena de neuro-psiquiatría [Internet]. 2015 [cited 5 October 2019];53(3):149-157.

Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000300002

15. Reyes J. Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2015 [cited 5 October 2019]. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
16. Evaluación del inventario BAI [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2019 [cited 23 October 2019]. Available from: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
17. Robles R, Varela R, Jurado S, Paez F. Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 2001;18(2):211-218.
18. González D, Reséndiz A, Reyes-Lagunes I. Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Revista Salud Mental* [Internet]. 2015 [cited 25 April 2020];38(4):237-244. Available from: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2015.033
19. Evaluación del inventario BDI-II [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2019 [cited 23 October 2019]. Available from: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
20. C.A. Román Collazo, F. Ortiz Rodríguez, Y. Hernández Rodríguez El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Rev Iberoam Educ*, 46 (2008), pp. 1-8 Available from: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/2371Collazo.pdf>

21. Suárez-Montes N, Díaz-Subieta L. Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited 5 October 2019]; 17(2):300-313. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a13.pdf>
22. Chust-Hernández P, Castellano-Rioja E, Fernández-García D, Chust-Torrent J. Ansiedad ante los exámenes en estudiantes de Enfermería: factores de riesgo emocionales y de sueño. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2019 [cited 5 October 2019]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134793719300028?via%3Dihub>
23. Castillo Pimienta C, Chacón de la Cruz T, Díaz-Véliz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2016 [cited 5 October 2019];5(20):230-237. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716000491>
24. Marty C, Lavín M, Figueroa M, Larraín D, Cruz C. Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2005; 43:25-32.
25. Meyer A, Ramírez L, Pérez C. Percepción de estrés en estudiantes chilenos de Medicina y Enfermería. *Rev Educ Cienc Salud.* 2013; 10:79-85.
26. González-Velázquez M, Lara-Barrón A, Pineda-Olvera J, Crespo-Knopfler S. Perfil de ingreso de los alumnos de Enfermería, Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, UNAM. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2014 [cited 5 October 2019];11(1):11-18. Available from:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100003

27. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, México; Secretaría de Salud, 2010.
28. R. Cabanach, R. Fernández, L. González, C. Freire Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios de ciencias de la salud *Fisioterapia.*, 32 (2010), pp. 151-158
29. Céspedes E. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de lima sur (Licenciatura). Universidad autónoma del Perú, Facultad de humanidades; 2015. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/135/6/CESPEDES%20CONDOMA.pdf>
30. Osornio-Castillo L, Palomino-Garibay L. Depresión en estudiantes universitarios. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Archivos en Medicina Familiar.* 2009 [Cited 05 October 2019]; 11(1): 1-2. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2009/amf091a.pdf>
31. Badillo-Santos S, Castro-López A, Ramírez-González A, Bautista-Ronces E, Ramírez-Martínez J, Ruvalcaba-Ledezma J. Depresión en estudiantes de la Licenciatura en Médico Cirujano de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *ICSA [Internet].* 5 de junio de 2018 [citado 9 de octubre de 2019];6(12). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/3114>
32. Miranda CA, Gutiérrez JC, Bernal F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Rev Colomb Psiquiatr* 2000; 29: 251-260.

33. Ansiedad y personalidad | Clínica de la Ansiedad [Internet]. Clinicadeansiedad.com. 2019 [cited 5 October 2019]. Available from: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/ansiedad-y-personalidad/>
34. Miranda C, Julio G. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2000 [cited 5 October 2019];29(3):251-260. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629305.pdf>
35. 1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos-México [Internet]. CDMX: Hospital Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Ortíz; 2017 [cited 15 August 2020]. Available from: <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
36. Medina-Mora ME, Rascón MI, Tapia R, Mariño MC, Juárez F. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992; 48-55.