

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINÚ DE CARTAGENA DE INDIAS EN
EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2019.**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ – ELÍAS BECHARA ZAINÚM (SEDE CARTAGENA
DE INDIAS)**

ESCUELA DE MEDICINA

PREGRADO EN MEDICINA

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINÚ DE CARTAGENA DE INDIAS EN
EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2019.**

Dayana Margarita Alcocer Diaz

Helem Yesenia Mendoza Iglesias

Angie Camila Osorio Cadavid

Carlos Salas (Coloca Tu Nombre Completo)

María Fernanda Vargas Caicedo

Asesor disciplinario

Dra. Angélica Larios

Asesor metodológico

Dra. Luz Marina Padilla

Universidad Del Sinú – Elías Bechara Zainúm (Sede Cartagena De Indias)

Escuela De Medicina

Pregrado en Medicina

Dra. Angélica Larios
Director científico

Dra. Luz Marina Padilla
Director metodológico

DEDICATORIA

La presente investigación la dedicamos a Dios por darnos las fuerzas necesarias para cumplir nuestros deseos, a nuestro asesor metodológico y disciplinario por guiarnos en el desarrollo de este trabajo y por ultimo nuestros padres por la confianza y ayuda que nos regalan.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS	8
GLOSARIO	9
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	12
1. PROBLEMA.....	13
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	15
4. MARCOS.....	16
5. METODOLOGÍA	41
6. RESULTADOS.....	46
7 DISCUSIÓN	79
8. CONCLUSIÓN.....	81
9. BIBLIOGRAFÍA	82

LISTA DE TABLAS

TABLA 1.....	21
TABLA 2.....	27
TABLA 3.....	47
TABLA 4.....	48
TABLA 5.....	54
TABLA 6.....	55
TABLA 7.....	55
TABLA 8.....	56
TABLA 9.....	57
TABLA 10.....	57
TABLA 11.....	58
TABLA 12.....	58
TABLA 13.....	59
TABLA 14.....	59
TABLA 15.....	60
TABLA 16.....	60
TABLA 17.....	61
TABLA 18.....	61
TABLA 19.....	62
TABLA 20.....	62
TABLA 21.....	63
TABLA 22.....	63
TABLA 23.....	64
TABLA 24.....	65
TABLA 25.....	66
TABLA 26.....	67
TABLA 27.....	69

TABLA 28.....	69
TABLA 29.....	70
TABLA 30.....	70
TABLA 31.....	71
TABLA 32.....	71
TABLA 33.....	72
TABLA 34.....	72
TABLA 35.....	72
TABLA 36.....	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.....	48
FIGURA 2	49
FIGURA 3	50
FIGURA 4	50
FIGURA 5	51
FIGURA 6	51
FIGURA 7	52
FIGURA 8	52
FIGURA 9	53
FIGURA 10	53
FIGURA 11	56
FIGURA 12	64
FIGURA 13	68
FIGURA 14	79
FIGURA 15	73
FIGURA 16	74
FIGURA 17	75
FIGURA 18	76
FIGURA 19	76
FIGURA 20	77
FIGURA 21	77
FIGURA 22	78
FIGURA 23	78

GLOSARIO

TRASTORNO: Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.

SALUD: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

ANSIEDAD: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

ESTRÉS: estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

DEPRESION: enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

FOBIA: temor intenso e irracional, de carácter enfermizo, hacia una persona, una cosa o una situación.

SOMATICO: dolencias o sensaciones que son meramente físicas y que se expresan de manera clara y visible en alguna parte del organismo.

RESUMEN

La ansiedad se encuentra dentro de las 10 primeras causas de morbilidad a nivel mundial, se considera un problema que afecta el ámbito psicosocial y que genera gran impacto en salud pública. Según datos de la OMS anteriormente la prevalencia recaía sobre los adultos mayores (entre los 55 y 74 años), pero en la actualidad la población juvenil suele ser la más susceptible en especial los universitarios. (3) A nivel general se presentan múltiples trastornos que afectan a los estudiantes, sin embargo, ha simple viste podemos observar que en los estudiantes de medicina el riesgo de desarrollar dichos trastornos es mayor. Por esta razón, el propósito del presente estudio es identificar si el trastorno está presente en los estudiantes de medicina y a su vez determinar las variables que se encuentra relacionadas con su presentación.

PALABRAS CLAVES

Trastorno del estado de ánimo.

Trastorno de ansiedad.

Estudiantes de medicina.

Universitarios.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad, así como otros trastornos, se presentan en la mayoría de estudiantes que inician su formación profesional, la tensión y carga académica representan para estos un estado de continua exigencia, lo que conlleva, en la mayoría de casos, a un agotamiento mental. A nivel general se presenten múltiples trastornos que afectan a los estudiantes, sin embargo, ha simple viste podemos observar que en los estudiante de medicina el riesgo de desarrollar dichos trastornos es mayor.

El estar directa y constantemente expuesto a situaciones –ya sea cercana, lejana o únicamente visual- de muerte y sufrimiento de otras personas podría causar en el estudiante sensación de preocupación y estrés, razón por la que se recomienda a algunas instituciones que se les prepare emocionalmente para tomar la conducta adecuada frente a dichas situaciones. Por lo anterior, se ha despertado nuestro interés por identificar algunas variables relacionas con los estados de ansiedad que presenta los médicos en formación.

1. PROBLEMA

1.1 Formulación del problema

¿En los estudiantes de medicina de la Universidad del Sinú sede Cartagena se presentan trastorno de ansiedad generalizada?

1.3 Delimitación del problema

En esta investigación se tendrá en cuenta todos los estudiantes de medicina de la Universidad del Sinú de Cartagena De Indias en el segundo semestre del año 2019.

2. JUSTIFICACIÓN

Los estudiantes de medicina presentan grados de ansiedad mayores a los de otros profesionales en formación, la frecuencia con la que se observa a estos individuos con una sensación de agobio es alarmante, refieren que carecen de interés en actividades que antes generaban afición, algunas alteraciones del sueño, entre otros cambios en su estado anímico. Refieren que presentan inquietud, irritabilidad, alteraciones del sueños, dificultad para concentrarse y taquicardia. Estos y muchos otros son signos y síntomas de un trastorno de ansiedad, una entidad que ha sido subestimada por mucho tiempo por la población general.

El propósito del presente proyecto es identificar si el trastorno esta presente en los estudiaste de nuestra alma mater y a su vez determinar las variables que se encuentra relacionadas con la presentación de dicho trastorno.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en estudiantes de medicina de la Universidad del Sinú de Cartagena de Indias en el segundo semestre del año 2019.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Establecer con exactitud la población a estudiar por medio de una caracterización de la misma.
- ✓ Relacionar variables sociodemográfica con la presencia de trastorno de ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad del Sinú de Cartagena de Indias.
- ✓ identificar los semestres académicos en los cuales los estudiantes presentar mayor riesgo de padecer trastorno de ansiedad generalizada.

4. MARCOS

4.1 Marco teórico

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (1).

Cuando este estado de bienestar mental se ve afectado, alterando el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones del individuo con los demás y su entorno, podríamos considerarlo como un trastorno de salud mental, teniendo en cuenta lo referido en la OMS. Existen diferentes tipos de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones clínicas distintas. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo (2).

Estos trastornos se encuentran dentro de las 10 primeras causas de morbilidad a nivel mundial, principalmente la depresión y ansiedad. Estas dos entidades se consideran problemas que afectan el ámbito psicosocial y que generan gran impacto en salud pública. Los datos de la OMS estiman un padecimiento del 18,4% en la población mundial mientras que en América, la cifra es de 15%, anteriormente la prevalencia recaía sobre los adultos mayores (entre los 55 y 74 años), pero en la actualidad la población juvenil suele ser la más susceptible en especial los universitarios (3). Esto se debe a que esta población se encuentra a un mayor nivel de estrés, lo que genera alteraciones fisiológicas que se traducen en cifras elevadas de presión arterial sistólica y diastólica, así como un número mayor de pulsaciones

cardíacas y menor capacidad de concentración, lo que trae como consecuencia una disminución en el rendimiento académico y menor competencia percibida en esta población, en comparación con aquellos con menor grado de estrés, los cuales muestran mejor rendimiento y mayor capacidad competitiva (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, definimos el estrés como un proceso en el que se percibe un suceso o estímulo como amenazante y que genera respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales las cuales pueden ser consideradas normales. Si el evento estresante se interpreta como una situación sobre la cual no se posee control y se cronifica, los mecanismos adaptativos del estrés permanecerán activados más tiempo de lo normal actuando contra los propios órganos y sistemas, llevando a mayor vulnerabilidad de presentar enfermedades infecciosas o al desarrollo o progresión de procesos inflamatorios localizados o sistémicos. Esto es debido a que la información percibida sobre el evento estresante no logra ser procesada por la persona de forma adecuada, integrando los elementos cognitivos y emocionales de esta, lo que podría dar lugar a manifestaciones conductuales y psicológicas secundario a un estrés crónico (4).

Existen varios estudios que señalan un deterioro de la salud mental en estudiantes universitarios, especialmente los de medicina. Este tipo de deterioro se puede desarrollar al iniciarla, en el transcurso o al finalizar esta. Esto se debe a diversos factores estresantes y que están relacionados con la naturaleza de la misma formación, como la exigencia médica y el entorno altamente competitivo. Los estudiantes y practicantes a lo largo de la historia han sido víctimas de maltratos psicológicos y expuestos a realizar las tareas más pesadas por parte de sus superiores, debido al desequilibrio de poder que se experimenta. Se ha visto que a lo largo de la profesión la mayoría de los estudiantes que comienzan con un pensamiento positivo y lleno de ilusiones, se van convirtiendo en personas frustradas y negativas a causa

de los factores descritos anteriormente. Cabe aclarar que no solo la parte académica desencadena niveles de estrés mayores en este tipo de estudiantes, también se tiene en cuenta el nivel socioeconómico de este y el ambiente social en el que se desarrolla comúnmente (5) (6).

En cuanto al estrés académico este puede estar dado primero por una susceptibilidad propia antes de ingresar al programa de medicina, esto se refiere, a que los estudiantes tienen distintas percepciones de los problemas y una forma diferente de afrontarlos y segundo, como consecuencia del proceso de formación médica, por factores como; menor tiempo de sueño, menor tiempo para llevar a cabo actividades fuera de lo académico y el cuidado personal, menor interacción social, exámenes, redacción de trabajos, la sobrecarga, la falta de tiempo para cumplir las tareas y la presión constante de estudiar (7).

Las consecuencias más frecuentes en estudiantes que se encuentran bajo este tipo de presión son cuadros ansiedad, ya que el estrés y la ansiedad se encuentran muy relacionados y llevan a la aparición de trastornos mentales como se mencionó al principio o fisiológicas como: depresión, síndrome de estrés-post-traumático, aislamiento global, agotamiento emocional, aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, cuadros de bulimia, aumento en la ideación suicida y teniendo en cuenta los que ya se describieron anteriormente. (7).

La ansiedad se definir de diferentes maneras, dentro de las cuales está: estado emocional 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. Se considera patológica por su presentación irracional ya sea porque el estímulo está ausente, la respuesta es excesiva para el estímulo o la duración es injustificadamente prolongada (8).

El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) define la ansiedad como diferentes tipos de trastornos los cuales tienen criterios específicos (9). Uno de los principales y en el cual se basa nuestro estudio es el trastorno de ansiedad generalizada.

El DSM-V para definir la ansiedad generalizada se basa en varios criterios, los cuales son:

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. (7)

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem) (7):

- ✓ Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

- ✓ Fácilmente fatigado.
- ✓ Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Tensión muscular.
- ✓ Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- ✓ La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- ✓ La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- ✓ La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante. (7)

Además de este tipo de ansiedad, existen muchos otros los cuales pueden estar ligados o ser causantes de la aparición de otros trastornos mentales, especialmente la depresión la cual se ha visto muy ligada a este tipo de trastorno y en la mayoría de los casos suelen cursar juntas. A continuación se mostrara una tabla resumiendo los otros tipos de trastornos (10).

Tabla 1

Presentación resumida de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico (*)
TA por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (protótipicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).	Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, Entorno natural, Sangre-heridas-inyecciones, Situacional, Otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de

		6 meses.
TA Social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.	<p>Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público).</p> <p>El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.</p>
Trastorno de Angustia	<p>Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un</p> <p>cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.</p>	

<p>Agorafobia</p>	<p>Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de</p> <p>síntomas similares a la angustia, u otros</p> <p>síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.</p>	<p>El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.</p>
<p>TA inducido por sustancias /medicación</p>	<p>El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.</p>	<p>No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i>.</p>
<p>TA debido a otra enfermedad médica</p>	<p>El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.</p>	<p>No se dan exclusivamente durante delirium.</p>

<p>Otros TA especificados</p>	<p>Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.</p> <p>Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.</p>	<p>Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.</p>
<p>TA no especificado</p>	<p>Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.</p> <p>No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).</p>	

Nota. TA = trastorno de ansiedad.

(*) En esta columna se omiten los criterios que tienen que ver con: (a) no se explica mejor por otro trastorno psicopatológico u otras patologías médicas – ingesta de sustancias y (b) causan malestar psicológico significativo y/o deterioro en el funcionamiento social, laboral/escolar o en otras áreas.

Debido a los diferentes estudios de ansiedad realizados en población universitaria, podemos ver que la ansiedad puede acompañarse o ser el causante de la aparición de otro tipo de trastornos mentales, principalmente la depresión. También se encontró que existen muchos factores que predisponen a esta población a desarrollar este tipo de enfermedad mental como el semestre en el que se cursa, las calificaciones y la edad (principalmente entre 17-21) (3).

ESCALA DE HAMILTON

Es un cuestionario que se utiliza para calificar la severidad del paciente con ansiedad. Esta consiste en 14 ítems, cada uno de ellos se refieren a estados psíquicos y amplios síntomas psicosomáticos, la calificación es de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo. Todas estas puntuaciones, son usadas para computar una puntuación general, no se usa como instrumento diagnóstico sino para indicar la severidad de la ansiedad de la persona. (11)

El grado de severidad se basa en el resultado de los puntajes:

- Grado leve: menor de 14
- Grado moderado: entre 15-24
- Grado severo: 25 o más

ESCALA DE VALORACION DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.

TABLA 2

	FECHAS	1	2	3	4	5
1	ANSIEDAD: Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad					
2	TENSIÓN Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia a sobre- saltarse, tendencia al lloro, trémulo, tembloroso, inquietud.					
3	TEMORES De la oscuridad, desconocidos, la soledad, animales grandes, etc.					
4	TRASTORNOS DEL SUEÑO Dificultad de conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	TRASTORNOS INTELECTIVOS Dificultad de concentración, debilidad de memoria.					
6	DEPRESIÓN: Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante.					
7	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULAR) Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujir de dientes, voz vacilante.					
8	SÍNTOMAS SOMATICOS GENERALES (SENSORIALES): Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.					
9	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco.					
10	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar, ventosidades, dispepsia, borborigmos, movimientos intestinales,					

	diarrea, pérdida de peso, constipación.					
12	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia.					
13	SÍNTOMAS VEGETATIVOS Sequedad de boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.					
14	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA: Rígido, no relajado, inquietud y desasosiego, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, palidez facial, «tragar saliva», eructos, sudoración, tics palpebrales.					

Puntuaciones totales superiores a 14 orientan hacia trastornos de ansiedad susceptibles de ser tratados.

4.2 Antecedentes

A continuación, se muestra una serie de referentes investigativos que han realizado análisis importantes relacionados con el tema a desarrollar en este trabajo. Los documentos aquí referenciados son el resultado de una búsqueda basado en datos bibliográficos del orden nacional e internacional en las cuales se encontró material suficiente en este apartado.

Un primer estudio corresponde a María Antonia Lemos, Marcela Henao-Pérez y Diana Carolina López-Medina. Quienes realizaron una investigación denominada: “Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares” en el año 2018. Con el objetivo de caracterizar los niveles de estrés, salud mental y su asociación con variables psicológicas, fisiológicas y de educación en estudiantes de medicina colombianos. Los autores utilizaron como metodología estudio transversal con 217 estudiantes seleccionados aleatoriamente, estratificando según el ciclo académico. Se aplicaron el Cuestionario de estrés percibido (PSS14), Cuestionario de salud (PHQ-9) para depresión, cuestionario de ansiedad generalizada (GAD 7), Cuestionario de Apoyo Social (MOS-SSS) y cuestionario de estrategias de afrontamiento modificado; así como medidas fisiológicas y un registro de actividades extracurriculares (12).

Un segundo estudio corresponde a Carla Esther Piconte Ato, denominado “Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos hospitales del Perú”. En este estudio analítico transversal se buscó determinar la prevalencia y factores asociados a depresión y

trastornos de ansiedad presentes en internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el Hospital de Apoyo II de Sullana y en el Hospital José Cayetano Heredia III en el año 2018-2019. Se aplicó una encuesta a cada interno de medicina empleándose una ficha de recolección de datos y el test de screening de ansiedad ASQ-15. De 84 internos de medicina, 70 participaron en este estudio. Se halló una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 60% y una prevalencia de 70% para trastornos de ansiedad (13).

Un tercer estudio corresponde a Jhony A. De La Cruz- Vargas, Fiorella Armas-Elguera, Maite Cardenas-Carranza y Lucy Cedillo-Ramírez. Denominado “Asociación entre ansiedad y trastornos del sueño en estudiantes de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma, Julio-diciembre del 2017”. El objetivo de este estudio fue evaluar los desórdenes del sueño (DS) en un grupo de estudiantes universitarios y estimar la relación entre ansiedad e insomnio en el ambiente académico. El método que usaron los autores fue mediante un estudio transversal, analítico y observacional en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, durante el año académico 2017. Dos cuestionarios validados, fueron administrados personalmente a 132 estudiantes después de obtener su consentimiento informado: El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y el cuestionario de sueño de Oviedo ritmo sueño-vigilia del paciente (14).

Un cuarto estudio corresponde a Pere Oro, Montse Esquerda, Joan Vinas, Oriol Yugueroa y Josep Pifarre. Denominado “Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de

medicina” del año 2017. El objetivo de este estudio fue determinar en los primeros cursos de medicina, en la Facultad de Medicina de Lleida, el grado de estrés percibido por los estudiantes, la sintomatología reportada y el grado de burnout, así como la relación entre estas variables y la posibilidad de detectar estudiantes de alto riesgo. La metodología usada fue un estudio transversal con 118 estudiantes (79,7% de segundo curso) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lleida. Se utiliza la escala de estrés percibido Perceived Stress Scale, el cuestionario de 90 síntomas Symptom Checklist-90-R y el cuestionario de burnout académico Maslach Burnout Inventory Student Survey (15).

Un quinto estudio corresponde a Jaime Boceta Osuna, José María Galán González-Serna, Fernando Miguel Gamboa Antinolo y Miguel Ángel Muniain Ezcurra. Denominado “Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina” del 2016. El objetivo de este estudio fue conocer el grado de ansiedad ante la muerte de los estudiantes de medicina analizando la posible influencia de factores sociodemográficos. La metodología usada fue un diseño observacional, descriptivo y transversal, donde participaron 175 estudiantes, que respondieron a un cuestionario con variables sociodemográficas y a la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (16).

4.3 Marco legal

MARCO LEGAL

DECRETO NÚMERO 80 DE 1980 - CAPITULO III Del bienestar

Artículo 162°. Los programas de bienestar social son el conjunto de actividades que se orientan al desarrollo físico, mental, espiritual y social de estudiantes, docentes, directivos y demás personas vinculadas a las instituciones de Educación Superior, con el fin de proporcionar la adquisición las instituciones, en la medida de sus capacidades económicas, dedicarán como mínimo el dos por ciento (2%) de sus ingresos corrientes. (17)

LEY 30 DE 1992 - CAPITULO III Del bienestar universitario.

Artículo 117.- Las instituciones de Educación Superior deben adelantar programas de bienestar entendidos como el conjunto de actividades que se orientan al desarrollo físico, psico-afectivo, espiritual y social de los estudiantes, docentes y personal administrativo.

El Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), determinará las políticas de bienestar universitario. Igualmente, creará un fondo de bienestar universitario con recursos del Presupuesto Nacional y de los entes territoriales que puedan hacer aportes.

El fondo señalado anteriormente será administrado por el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (Icfes).

Artículo 118.- Cada institución de Educación Superior destinará por lo menos el dos por ciento (2%) de su presupuesto de funcionamiento para atender adecuadamente su propio bienestar universitario. (18)

ACUERDO 03 DE 1995

Artículo 1. Los programas de bienestar universitario deben cubrir la totalidad de la comunidad que conforma la institución (estudiantes, docentes-investigadores y personal administrativo), teniendo en cuenta la diversidad de condiciones de cada persona en particular: sus funciones dentro de la institución, jornada, metodología y tiempo de

dedicación, su edad, situación socioeconómica, necesidades, aspiraciones individuales, así como sus intereses, aficiones y habilidades.

Artículo 2. Las Instituciones de Educación Superior deben definir estrategias para fomentar la participación en las actividades de Bienestar Universitario, la oferta de éstas debe ser amplia, diversa y atractiva para obtener el mayor número posible de oportunidades y alternativas.

Artículo 3. Es responsabilidad de las Instituciones de Educación Superior definir claramente la organización encargada de planear y ejecutar programas y actividades de bienestar (Ley 30, Artículo 117). Deberá asegurarse la adecuada coordinación entre las distintas dependencias que tengan a su cargo acciones de bienestar.

Artículo 4. Las Instituciones de Educación Superior deben propiciar programas y actividades orientados a mantener y mejorar la comunicación efectiva entre personas o dependencias; igualmente deben establecer canales de expresión y crítica a través de los cuales los integrantes de la comunidad puedan manifestar sus opiniones e inquietudes, sugerencias e iniciativas.

Artículo 6. El bienestar universitario en las Instituciones de Educación Superior debe atender las áreas de: salud, cultura, desarrollo humano, promoción socioeconómica, recreación y deportes.

Artículo 7. En la distribución presupuestal debe tenerse presente el criterio de equidad para no desatender ninguna de las áreas del bienestar universitario. Los costos de programas de formación docente y de subvención en las matrículas estudiantiles no pueden hacer parte del presupuesto de bienestar universitario.

Artículo 8. Las instituciones de educación superior deben asignar los recursos humanos, físicos y financieros suficientes para garantizar la realización de las actividades y programas de bienestar, ya sea con infraestructura propia o la que se pueda obtener mediante convenios.

Artículo 9. Acorde con las disposiciones legales, el ICFES y el Fondo de Bienestar Universitario deben apoyar especialmente los programas que conlleven la cooperación interinstitucional.

Artículo 10. Las instituciones de educación superior deben buscar el establecimiento de relaciones con entidades estatales o privadas, regionales, nacionales e internacionales que favorezcan la realización de programas y actividades de bienestar.

Artículo 11. El ICFES debe propiciar la realización de eventos en las diferentes áreas de bienestar universitario en los cuales se tenga cada vez la participación de un mayor número de instituciones de educación superior. Estos eventos serán apoyados por el Fondo de Bienestar Universitario.

Artículo 12. El estudio y la investigación de temas propios de cada una de las áreas de bienestar señaladas, deben tener un espacio importante en los programas de bienestar universitario.

Artículo 13. Para velar por el cumplimiento de lo establecido en los artículos anteriores, el CESU constituirá tanto a nivel nacional como regional un comité integrado por Vicerrectores o Directores de Bienestar Universitario.

Artículo 18. Las acciones de bienestar en el área de recreación y deportes deben dirigirse a: orientar el esparcimiento mediante actividades de carácter recreativo y ecológico que permitan valorar y preservar el medio ambiente; motivar la práctica del deporte y fomentar el espíritu de superación a través de una sana competencia estimulando el desarrollo de aptitudes deportivas, la formación correspondiente, y la participación de toda la comunidad.
(19)

ACUERDO NUMERO 03 DE 2013

“Por medio del cual se modifica el Acuerdo 03 del 21 de marzo de 1995, y se agregan unos artículos”

Artículo 1. Modifíquese el artículo 19 del acuerdo 03 de 1995, el cual quedará así:

Artículo 19. Las instituciones de educación superior se ocuparán de procesos formativos de enseñanza y aprendizaje en hábitos, comportamientos y conductas orientadas a la adopción de pautas de seguridad en la vía y a la concientización sobre los riesgos que se pueden generar con conductas y hábitos inapropiados.

Artículo 2. Adiciónense los siguientes artículos al acuerdo 03 de 1995, que quedarán así:

Artículo 20. Las instituciones de educación superior fomentarán, a través de procesos curriculares incorporados en sus ofertas formativas, el aprecio y valoración de la vida en todas sus expresiones, con el fin de que en cada individuo se genere conciencia sobre su papel de agente de bienestar y seguridad, evitando constituirse en un agente de riesgo en la vía.

Artículo 21. La comunidad educativa, desde las instituciones de educación superior, gozará del derecho y acogerá el deber de acceder a una formación pertinente sobre prevención,

seguridad vial y circulación por la vía pública, teniendo presente las responsabilidades que le competen en su rol de ciudadanos respecto al fomento y práctica de actitudes de cooperación, solidaridad, tolerancia y respeto con los demás, resaltando en cada individuo de dicha comunidad educativa que sus actos tendrán consecuencias tanto en sí mismos como en los otros.

Artículo 22. Las instituciones de educación superior, en su rol formativo, deberán procurar en los integrantes de su comunidad educativa el desarrollo de competencias que permitan evaluar con claridad cada uno de los riesgos a los que se está expuesto como agentes generadores de seguridad o inseguridad en la vía, e infundir en cada uno de ellos actitudes de precaución y prevención, respuesta racional y razonada en la vía pública, capacidad de evaluar y determinar qué puede y qué no puede hacer, los riesgos a los que se expone frente a situaciones que exigen habilidades y capacidades personales y, finalmente, fomentar en cada uno actitudes de participación crítica y creativa que permitan resolver los conflictos inherentes al espacio público. (20)

DECRETO 1295 DEL 2010 - CAPÍTULO II

Artículo 6. Evaluación de las condiciones de calidad de carácter institucional. La institución de educación superior debe presentar información que permita verificar:

6.5.-Bienestar universitario. La organización de un modelo de bienestar universitario estructurado para facilitar la resolución de las necesidades insatisfechas en los términos de la ley y de acuerdo a los lineamientos adoptados por el Consejo Nacional de Educación Superior - CESU.

La institución debe definir la organización encargada de planear y ejecutar programas y actividades de bienestar en las que participe la comunidad educativa, procurar espacios físicos que propicien el aprovechamiento del tiempo libre, atender las áreas de salud, cultura, desarrollo humano, promoción socioeconómica, recreación y deporte, ya sea con infraestructura propia o la que se pueda obtener mediante convenios, así como propiciar el establecimiento de canales de expresión a través de los cuales puedan manifestar los usuarios sus opiniones e inquietudes, sugerencias e iniciativas.

Las acciones de bienestar universitario exigen la existencia de programas y servicios preventivos de salud para la atención de emergencias, primeros auxilios y situaciones de riesgo en las instalaciones de la institución de educación superior.

Las acciones de bienestar universitario para facilitar condiciones económicas y laborales deben comprender programas que procuren la vinculación de los estudiantes en las actividades propias del programa que se encuentren cursando y la organización de bolsas de empleo.

Las acciones de bienestar en cultura deben estimular el desarrollo de aptitudes artísticas, facilitar su expresión o divulgación y fomentar la sensibilidad hacia la apreciación del arte.

El modelo de bienestar debe identificar y hacer seguimiento a las variables asociadas a la deserción y a las estrategias orientadas a disminuirla, para lo cual debe utilizar la información del Sistema para la Prevención y Análisis de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior -SPADIES-, del Ministerio de Educación Nacional. Si se trata de un programa nuevo se deben tomar como referentes las tasas de deserción, las variables y las estrategias institucionales.

Para los programas a distancia o virtuales la institución debe plantear las estrategias que permitan la participación de los estudiantes en los planes de bienestar universitario. (21)

LEY 1616 DEL 2013

Artículo 1. OBJETO. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 3. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4. GARANTÍA EN SALUD MENTAL. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento. (22)

TÍTULO II DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Artículo 6°. DERECHOS DE LAS PERSONAS. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales,

Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los I tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes. 16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.
(22)

CAPÍTULO V - ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Artículo 23. ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL. De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, ley 1098 de 2006 y los artículos 17,18,19,20 Y 21 de la ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

Artículo 24. INTEGRACIÓN ESCOLAR. El Estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental. los Ministerios de Educación y de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, deben unir esfuerzos, diseñando estrategias que favorezcan la integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales. Las Entidades Territoriales Certificadas en Educación deben adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades individuales, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo.

Artículo 25. SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.
(22)

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de investigación

Se trata de una investigación descriptiva transversal.

5.2 Población y muestra

La población a investigar son estudiantes de I a X semestre de medicina de la Universidad del Sinú, siendo en su totalidad 1.120 estudiantes. Aproximadamente 20 por cada semestre académico, fueron escogidos al azar, lo que corresponde a un 17 % de la población total.

5.3 Técnicas de recolección de información

La técnica utilizada es la implementación de la escala de Hamilton para ansiedad y elaboración de encuestas, la cual contiene una serie de preguntas desarrolladas de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM V, con el fin de identificar el trastorno en nuestra población.

5.4 Técnica de análisis de resultados

Mediante la elaboración de tablas y graficas se hará un análisis específicamente descriptivo de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los estudiantes de medicina y así, identificar la presencia de ansiedad generalizada en estos.

5.5. Secuencia de investigación.

La investigación se subdivide en secciones específicas para el logro del objetivo general, estas secciones dependen de los objetivos específicos y son planteadas de la siguiente manera:

5.5.1. Actividades preliminares en revisión de investigaciones y entidades en relación.

Se realiza la búsqueda de investigaciones relacionadas con este trastorno del estado de ánimo y las entidades en donde se presentan más casos.

5.5.2. Determinar la población y recolección de datos

Teniendo en cuenta la prevalencia de este trastorno y las investigaciones observadas, se utilizara la población estudiantil de la universidad del Sinú perteneciente a la escuela de

medicina y mediante encuestas y escalas se obtendrá la información necesaria para identificar la presencia o no del trastorno.

5.5.3. Registro y muestra de información.

Una vez recolectado los datos, se llevara a cabo el registro en tablas y gráficas que facilitara el proceso de descripción de la información obtenida.

5.5.4 Determinación de la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en la población.

Finalmente, al ejecutar el análisis de la información graficada y tabulada se identificará el número de casos con trastornos de ansiedad y la prevalencia de estos de acuerdo al semestre cursado.

PRESUPUESTO

Recursos	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Financiación	
				Unisinú	Otro (Contrapartida/partida/ Cofinanciador/financiador)
Humanos:	5	0	0	X	
Físicos:	200 Encuestas 200 Escalas	100 pesos	\$ 60.000		X
Institucional:	0	0	0	X	
Otros:	Trasporte CD Impresión de trabajo	-	\$ 100.000		X

CRONOGRAMA

Actividad	Tiempo																	
	Semana																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Idea de investigación	■	■																
Revisión de la problemática			■	■														
Indicaciones objetivas para la investigación				■	■	■												
Revisión de investigaciones a fines				■	■	■	■	■										
Filtro de información				■	■	■	■											
Descripción y planteamiento de información				■	■	■	■	■										
Realización de encuestas							■	■	■	■	■							
Elaboración del documento final										■	■	■	■					
Revisión documental									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Retroalimentación									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

6. RESULTADOS

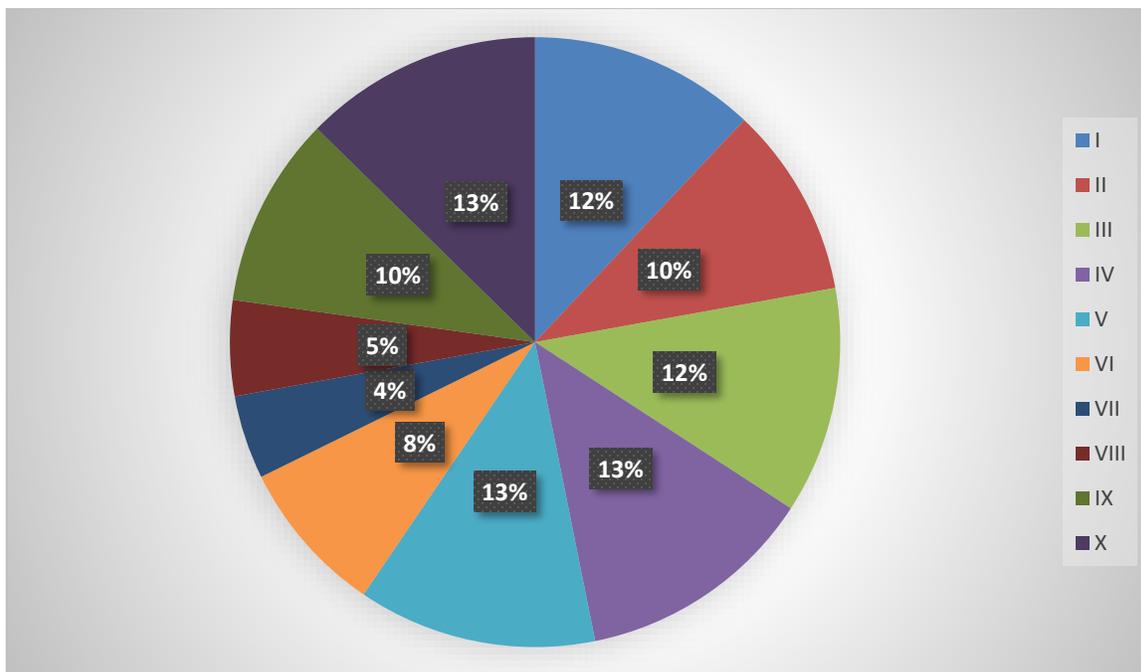
TABLA 3

Pregunta 1.

La primera pregunta es fundamental en la encuesta hecha a los estudiantes de medicina de I a X semestre, esta pregunta define la muestra con la que vamos a trabajar, pues el DSM V especifica que quien sea diagnosticado con ansiedad generalizada debe presentar los síntomas durante 6 o más meses, teniendo en cuenta también que cumpla por lo menos 3 de los 6 criterios que en él se encuentran, por lo tanto, encontramos que 158 estudiantes de nuestra muestra de 193 que fueron escogidos al azar inicialmente para ser encuestados, padecieron ansiedad durante 6 meses o más, sin embargo, se tuvo en cuenta las respuestas de las personas que no presentaron ansiedad durante los últimos 6 meses.

SEMESTRE	SE HA SENTIDO ANSIOSO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	
	SI	NO
I	19	1
II	16	4
III	19	1
IV	20	0
V	20	0
VI	13	5
VII	7	7
VIII	8	12
IX	16	5
X	20	0
Total	158	35

Figura 1.



Los semestres con mayor número de estudiantes que padecieron ansiedad durante un periodo mayor a 6 meses corresponden a IV, V y X semestre y los semestres con menor número de estudiantes que padecieron ansiedad en los últimos 6 meses corresponden a VI, VII y VIII respectivamente.

TABLA 4.

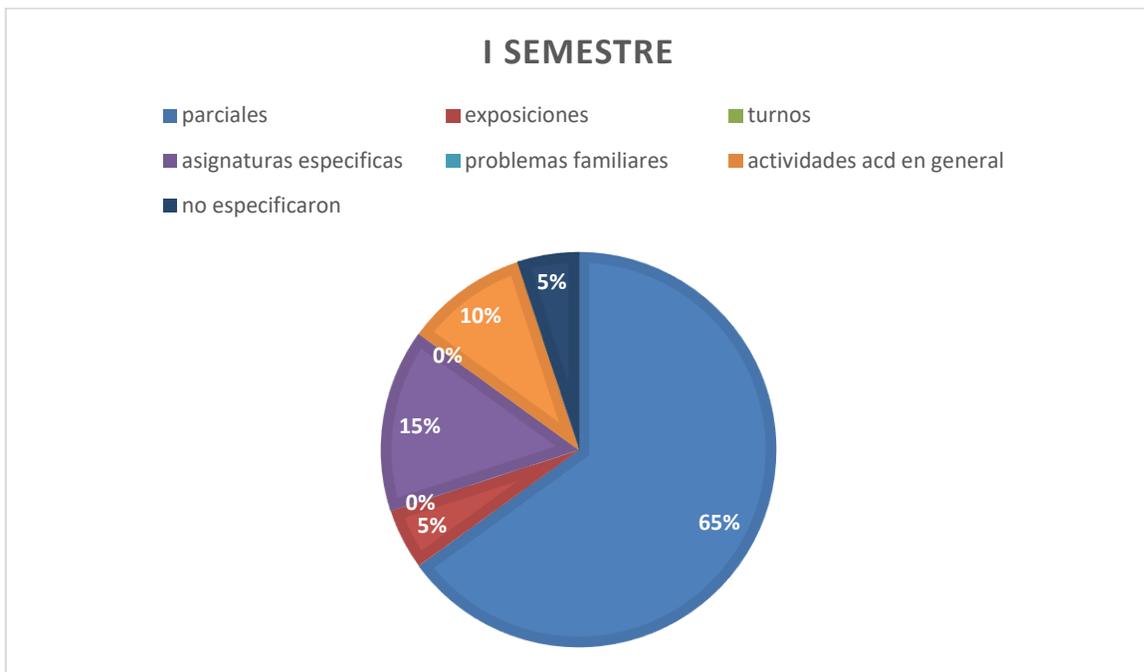
¿Cuál cree usted que es la actividad escolar que le genera más ansiedad o preocupación?

semestre	parciales	exposiciones	turnos	asignaturas específicas	problemas familiares	actividades académicas en general	no especificaron
I	13	1	0	3	0	2	1
II	14	0	0	2	0	1	3
III	11	3	0	0	0	1	5
IV	13	0	0	0	0	4	3
V	16	0	0	0	0	0	3
VI	14	1	0	1	0	0	1
VII	10	0	0	2	0	0	2
VIII	14	1	1	0	0	0	2
IX	8	4	0	1	1	5	2
X	14	0	0	0	0	2	4

Total	127	10	1	9	1	15	26
-------	-----	----	---	---	---	----	----

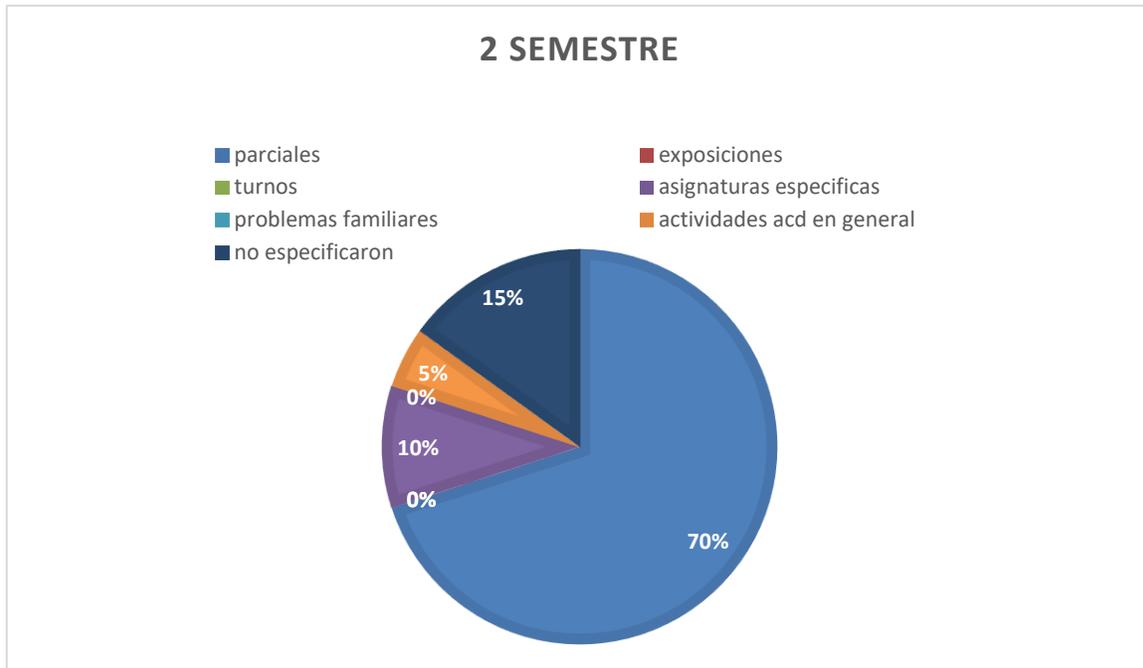
En la pregunta número dos de la encuesta le presentamos a los estudiantes la posibilidad de especificar qué actividades académicas le generaban mayor preocupación y ansiedad, encontrándonos con respuestas esperadas, pues tenemos claro la carga de preocupación que el estudiante experimenta durante la temporada de parciales, esta respuesta conto con la afirmación de 127 estudiantes siendo esta la mayoría, seguido de exposiciones y actividades específicas, aclarando en estas el área de biológicas y propedéutica en básicas y la rotación de medicina interna para los estudiantes de clínicas.

Figura 2.



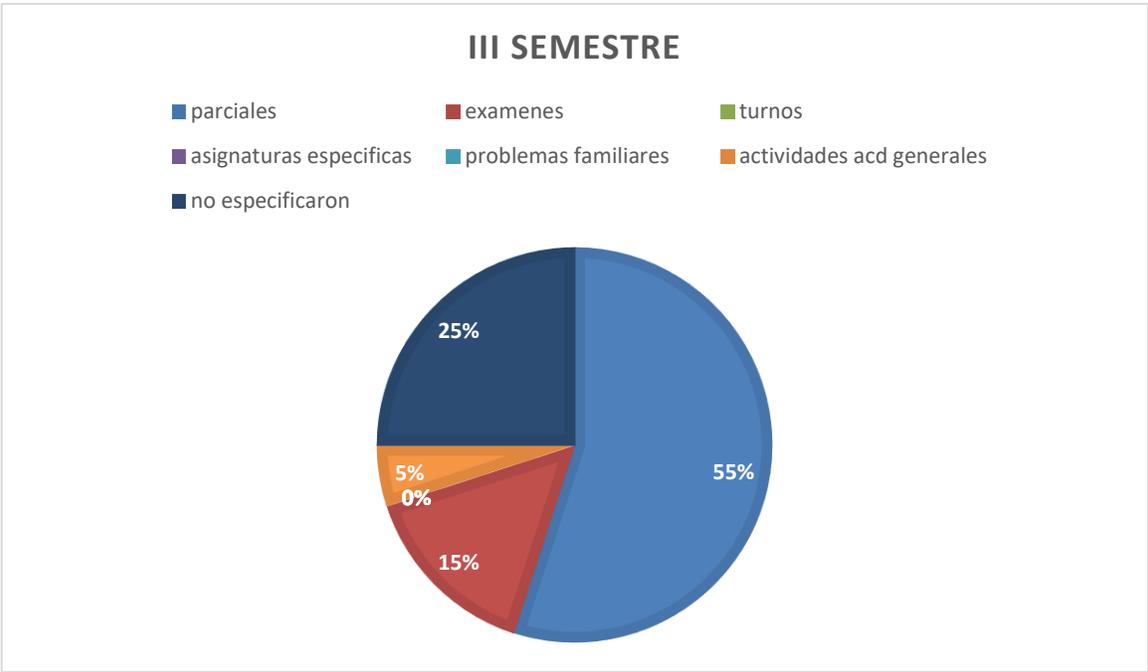
El 65% de los estudiantes considera que los parciales generan preocupación y ansiedad, seguido de exposiciones y actividades académicas en general.

Figura 3.



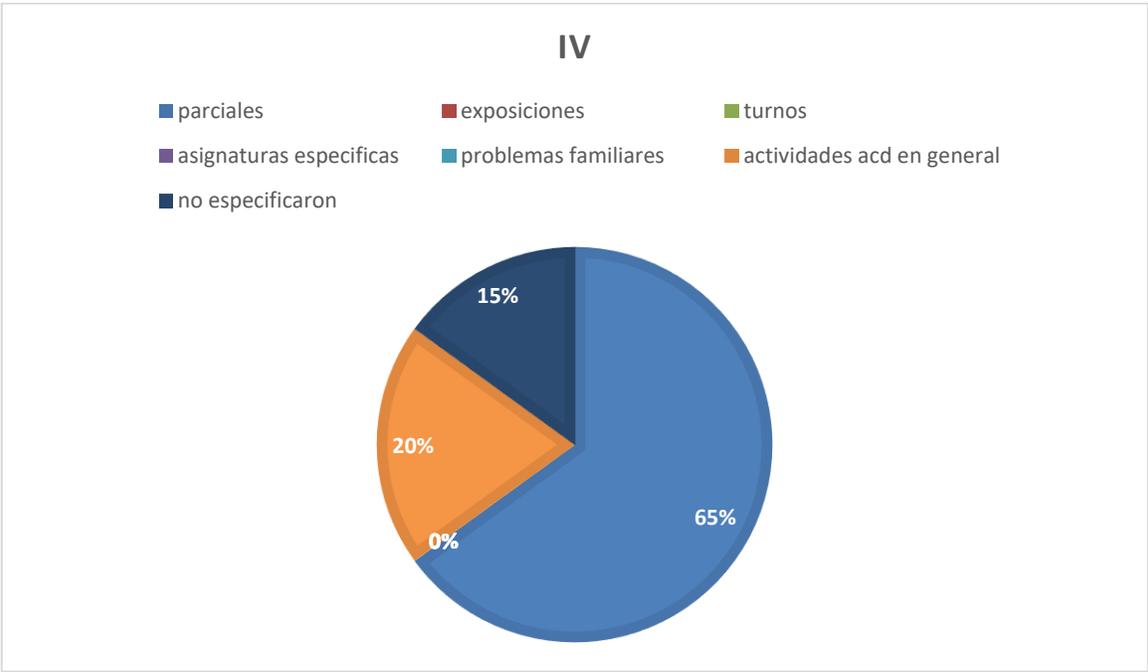
El 70% de los estudiantes considera que los parciales generan mayor preocupación y ansiedad, seguido de asignaturas específicas encontrando en esta respuesta que se referían a biológicas y propedéutica en la mayoría de los casos.

Figura 4.



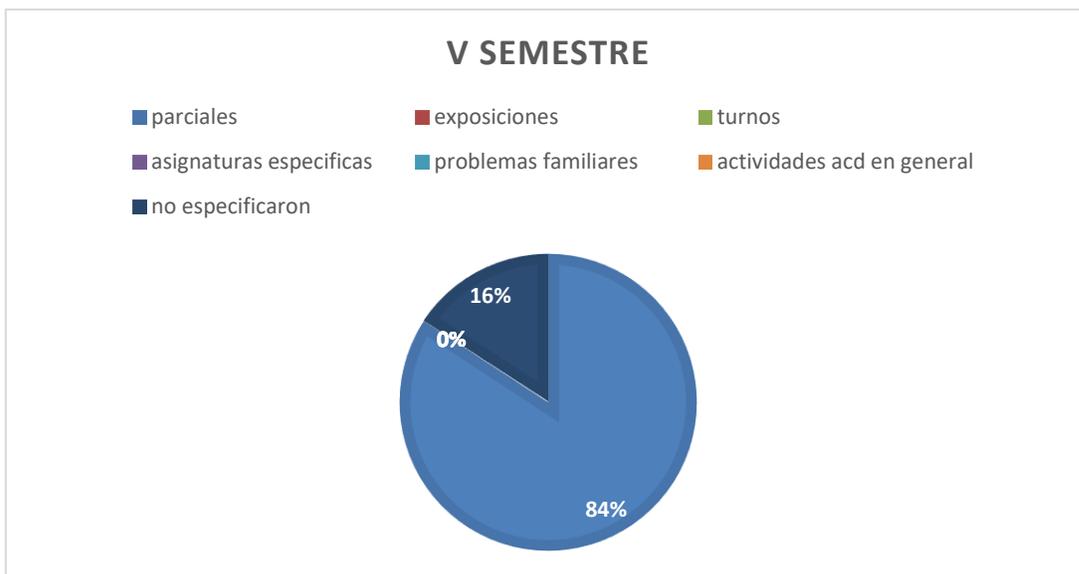
En III semestre el 55% de los estudiantes considero que la actividad que genera ansiedad y preocupación son los parciales, seguido de las exposiciones.

Figura 5.



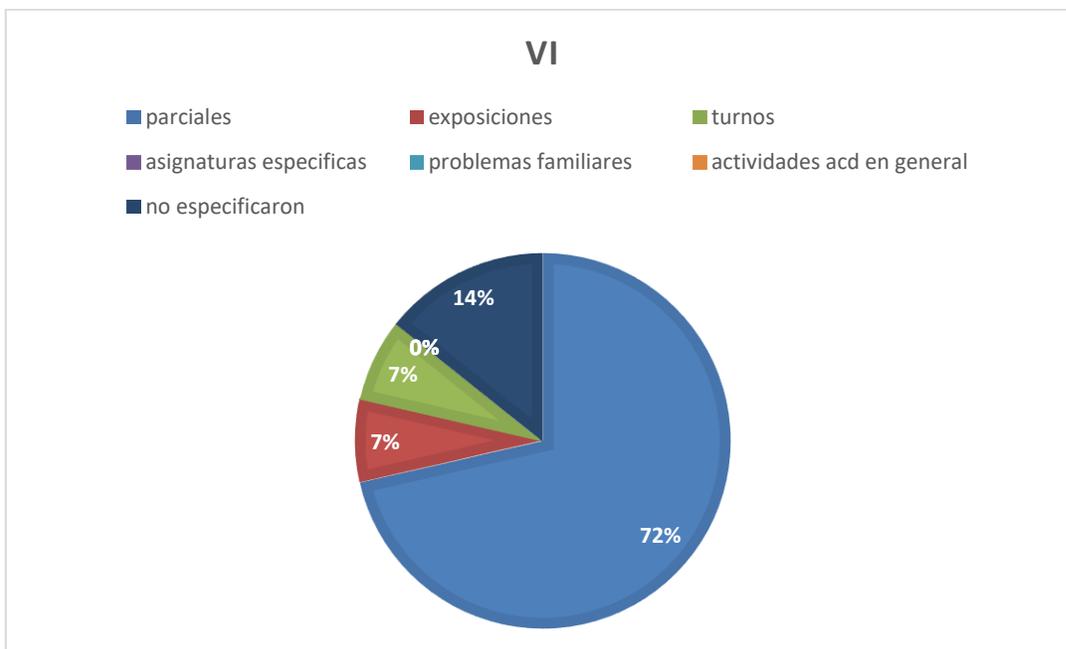
Los estudiantes de IV semestre consideraron que en el 65% de los casos los parciales generan ansiedad y preocupación.

Figura 6.



Los estudiantes de V semestre solo consideraron una actividad como principal causa de ansiedad y preocupación, estas fueron los parciales en un 84% de los casos, el 16% restante no especifico la actividad.

Figura 7.



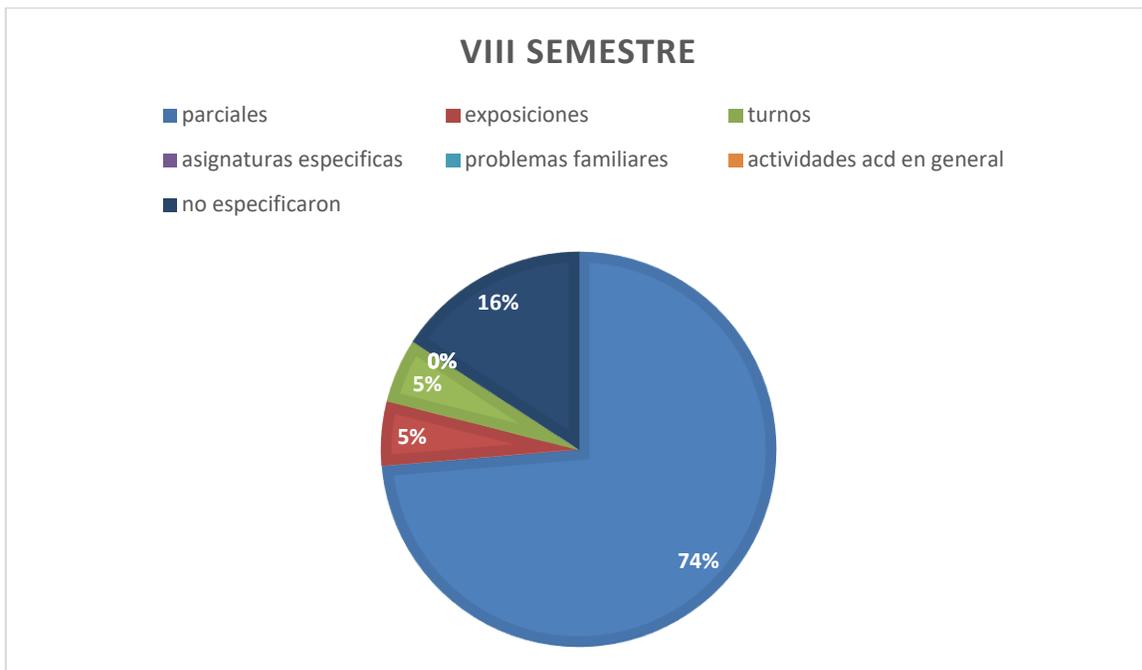
En VI semestre las actividades que generan mayor ansiedad y preocupación son los parciales, seguido de exposiciones y turnos. El 14% no especifico la actividad.

Figura 8.



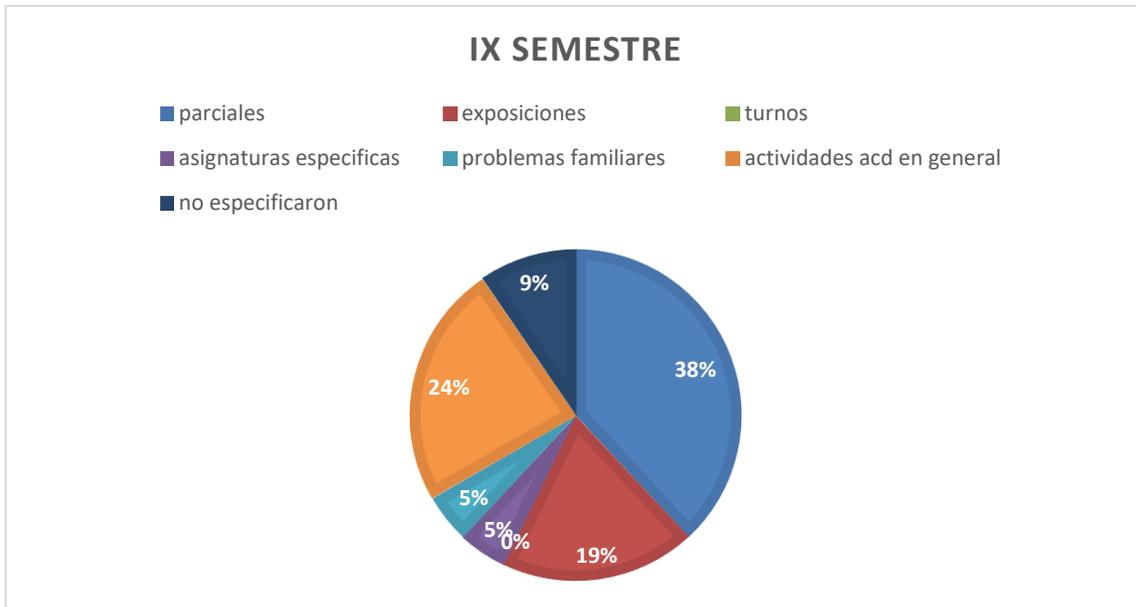
El 72% de los estudiantes de VII semestre consideran los parciales como una de las actividades que les causa mayor preocupación y ansiedad.

Figura 9.



En VIII semestre los parciales constituyen la principal actividad escolar que genera preocupación y ansiedad en los estudiantes, seguido de turnos y exposiciones.

Figura 10.



En IX semestre las actividades académicas que mayor impacto tienen en los estudiantes en cuanto a preocupación y que generan mayor ansiedad son los parciales, exposiciones y actividades académicas en general.

Figura 11.



En X semestre la actividad académica que más genera ansiedad y preocupaciones en los estudiantes son los parciales, seguido de actividades académicas en general y el 16% no específico.

TABLA 5

SEMESTRE	LE RESULTA DIFÍCIL CONTROLAR LA PREOCUPACIÓN QUE SE GENERA DURANTE EL EVENTO ANTERIORMENTE INDICADO	
	SI	NO
I	9	11
II	11	9
III	9	11
IV	14	6
V	6	14
VI	12	6
VII	5	9
VIII	9	11
IX	13	7
X	11	9
Total	99	93

Siendo SI y NO las dos opciones de respuesta, 99 estudiantes consideran que les genera la actividad académica anteriormente especificada, es difícil de controlar, siendo esta la mayoría de nuestra muestra, y 93 estudiantes manifestaron que logran controlarlo fácilmente.

TABLA 6

SEMESTRE	AL FINALIZAR EL EVENTO ANSIOSO SE SIENTE MEJOR	
	SI	NO
I	19	1
II	18	2
III	10	10
IV	16	4
V	16	4
VI	14	4
VII	14	0
VIII	20	0
IX	20	1
X	14	6
Total	161	32

En esta pregunta nos encontramos con un intervalo de diferencia grande en las dos únicas opciones respuesta, siendo SI y NO las dos opciones, 161 estudiantes, siendo esta la mayoría de ellos consideran que la ansiedad y preocupación que les genera la actividad académica se controla cuando el evento finaliza, sintiéndose con esto, mejor.

TABLA 7

SEMESTRE	TIENE DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO	
	SI	NO
I	2	18
II	6	14
III	12	8
IV	13	7
V	8	12
VI	7	11
VII	2	12
VIII	6	14
IX	7	14
X	10	10
Total	73	120

120 estudiantes no tienen problemas para conciliar el sueño mientras que 73 estudiantes, sí.

Figura 12.

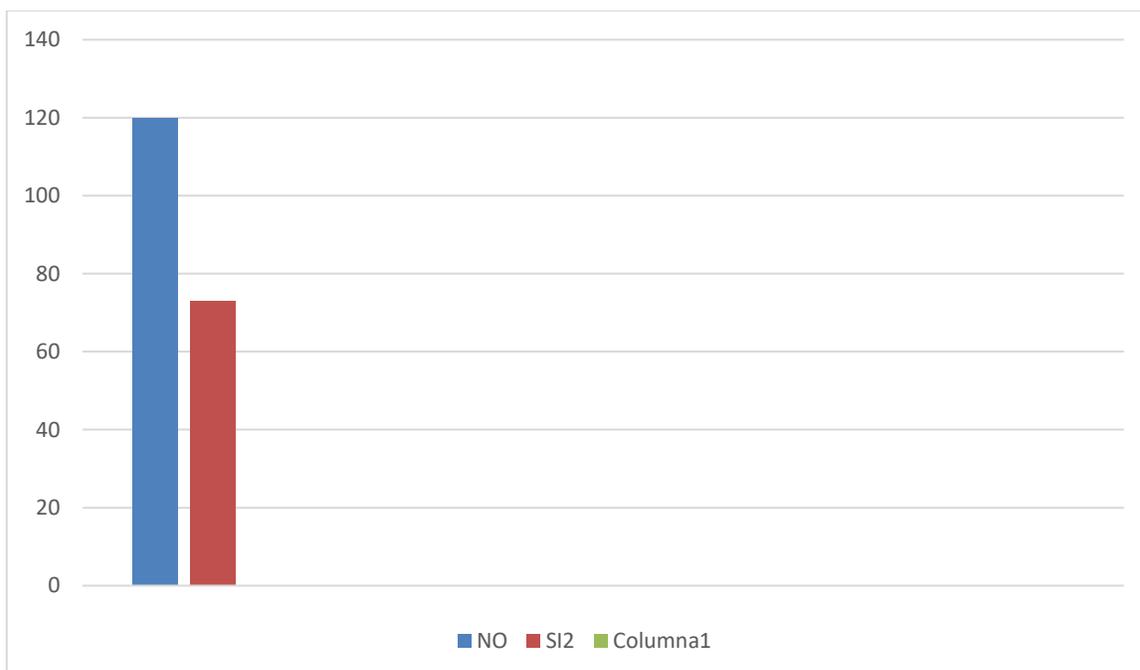


TABLA 8.

SEMESTRE	CONSUME DROGAS PSICOACTIVAS	
	SI	NO
I	1	19

II	0	20
III	1	19
IV	2	0
V	1	19
VI	2	11
VII	0	14
VIII	1	19
IX	1	15
X	4	16
Total	13	180

Una pregunta importante, impactante y necesaria en nuestra encuesta corresponde al consumo de drogas psicoactivas. 13 estudiantes consumen estas sustancias, encontrando en X semestre el mayor número de estudiantes, seguido por IV y VI semestre.

TABLA 9.

SEMESTRE	CONSUME ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO	
	SI	NO
I	6	14
II	4	16
III	0	20
IV	2	18
V	5	15
VI	2	16
VII	3	11
VIII	1	18
IX	4	17
X	9	11
Total	36	156

36 Estudiantes consumen algún tipo de medicamento, 1 estudiante de octavo la consume durante el evento preocupante pero no específico que medicamento, de V semestre 2 estudiantes consumen dolex y 1 buscapina en otras circunstancias, 1 estudiante de I semestre consume vitaminas durante el evento preocupante, 1 estudiante de IV semestre consume fencamen en otras circunstancias y otro neurobasal en el evento preocupante, de X semestre 1 persona consume dolex en otras circunstancias, 2 consumen dolax en el evento

preocupante, 1 omeprazol, 1 buscapina, de III semestre ningún estudiante consume medicamentos, de VI semestre 2 estudiantes consumen medicamentos durante el evento preocupante, 1 hidroxicina y 1 insulina, de IX semestre 1 estudiante consume acetaminofem y naproxeno durante el evento preocupante, 1 estudiante consume durante el evento y en otras circunstancias - antidepresivos y estabilizantes del estado de ánimo, 1 estudiante consume antihistamínicos durante el estado de ánimo.

TABLA 10.

SEMESTRE	CONSUME BEBIDAS ENERGIZANTES	
	SI	NO
I	5	15
II	4	16
III	8	12
IV	10	10
V	7	13
VI	7	11
VII	4	10
VIII	4	16
IX	5	16
X	7	13
Total	61	132

61 estudiantes consumen bebidas energizantes y 132 no consumen, el mayor consumo lo encontramos en IV y III semestre. Dentro de las bebidas encontramos Monster, Vive 100 y Speedmax.

TABLA 11.

SEMESTRE	CONSUME CAFÉ	
	SI	NO
I	6	14
II	15	5
III	7	13
IV	15	5
V	3	17
VI	11	7
VII	7	7
VIII	10	10
IX	9	12
X	7	13

Total	86	103

86 estudiantes consumen café, 103 estudiantes no consumen café.

TABLA 12.

SEMESTRE	PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD	
	SI	NO
I	16	4
II	3	17
III	3	17
IV	3	17
V	5	15
VI	2	16
VII	1	13
VIII	6	14
IX	4	17
X	5	15
Total	48	148

48 estudiantes están diagnosticados con alguna enfermedad, entre ellas asma, ovarios poliquisticos, miopía, vitíligo, dorsalgia, epilepsia, cálculos renales y dermatitis.

TABLA 13.

SEMESTRE	HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGÚN TRASTORNO MENTAL	
	SI	NO
I	2	18
II	1	19
III	8	12
IV	3	17
V	0	20
VI	1	17
VII	0	14
VIII	0	20
IX	1	20
X	2	18

Total	18	175
--------------	-----------	------------

18 Estudiantes de nuestra muestra tienen diagnóstico de alguna enfermedad mental, 1 estudiante de VI ansiedad, 1 estudiante de IX depresión, 2 estudiantes de III tienen diagnóstico de depresión, 1 estudiante de X tiene diagnóstico de ansiedad y 1 con borderline, 1 estudiante de IV semestre tiene diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad, 1 con borderline y 1 con ansiedad y depresión.

TABLA 14

Pregunta 12. Ítem 1.

semestre	inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
I	12
II	11
III	12
IV	17
V	13
VI	7
VII	4
VIII	2
IX	8
X	17
Total	103

TABLA 15.

Pregunta 12. Ítem 2.

SEMESTRE	SE FATIGA FÁCILMENTE
I	4
II	10
III	3
IV	12
V	13
VI	5
VII	5
VIII	3
IX	8

X	9
Total	72

TABLA 16.

Pregunta 12. Ítem 3

SEMESTRE	DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE O QUEDARSE CON LA MENTE EN BLANCO
I	13
II	13
III	11
IV	15
V	12
VI	7
VII	6
VIII	7
IX	11
X	15
Total	110

TABLA 17

Pregunta 12. Ítem 4

SEMESTRE	IRRITABILIDAD
I	6
II	14
III	12
IV	14
V	7
VI	12
VII	12
VIII	8
IX	10
X	10
Total	105

TABLA 18*Pregunta 12. Ítem 5*

SEMESTRE	TENSIÓN MUSCULAR
I	7
II	10
III	10
IV	7
V	6
VI	5
VII	4
VIII	3
IX	8
X	7
Total	67

TABLA 19*Pregunta 12. Ítem 6*

SEMESTRE	DIFICULTAD PARA DORMIRSE O PARA CONTINUAR DURMIENDO, O SUEÑO INSATISFACTORIO
I	8
II	7
III	11
IV	11
V	10
VI	6
VII	3
VIII	6
IX	4
X	11
Total	77

TABLA 20*Pregunta 12. Ítem 7.*

SEMESTRE	SUDORACIÓN
I	8
II	6
III	7
IV	7
V	7
VI	2
VII	3
VIII	2
IX	7
X	10
Total	59

TABLA 21

Pregunta 12. Ítem 8.

SEMESTRE	TAQUICARDIA
I	7
II	12
III	7
IV	13
V	7
VI	6
VII	4
VIII	8
IX	10
X	13
Total	87

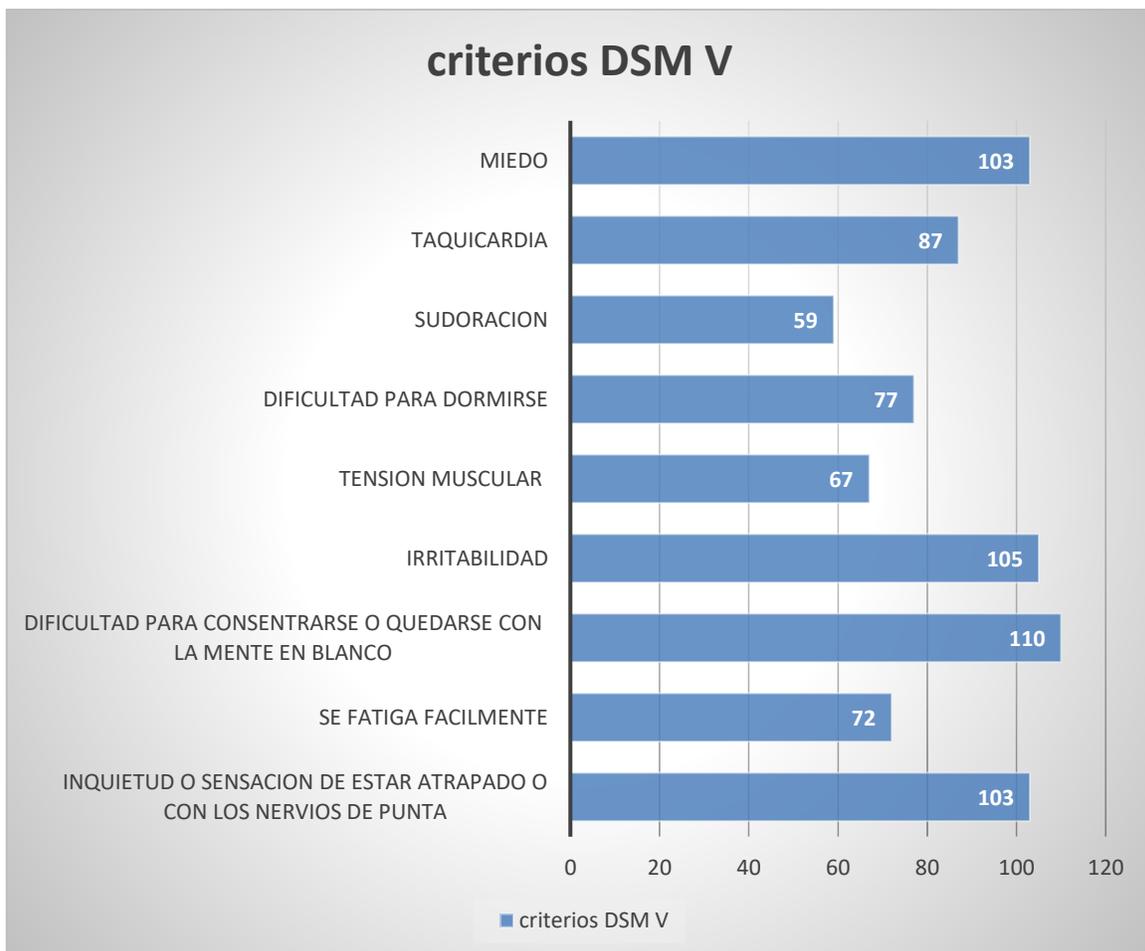
TABLA 22

Pregunta 12. Ítem 9.

SEMESTRE	MIEDO
I	12
II	16
III	10
IV	15

V	10
VI	8
VII	4
VIII	5
IX	12
X	11
Total	103

Figura 13.



El criterio más frecuente es la dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio, seguido de irritabilidad, inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta y miedo.

TABLA 23

Pregunta 13.

SEMESTRE	LA ANSIEDAD O LOS SÍNTOMAS CAUSAN MALESTAR CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO	
	SI	NO
I	4	16
II	8	12
III	8	12
IV	10	10
V	6	14
VI	4	14
VII	1	13
VIII	3	17
IX	10	10
X	10	10
Total	64	128

En 64 de los estudiantes, la ansiedad y demás síntomas causan malestar clínicamente significativo, esto puede complementarse con la pregunta 7, relacionándolo con el número de estudiantes que consumen medicamentos durante el evento preocupante.

TABLA 24

Pregunta 14.

SEMESTRE	LA ANSIEDAD O LOS SÍNTOMAS FÍSICOS CAUSAN INCONVENIENTES EN SU CONVIVENCIA	
	SI	NO
I	4	16
II	8	12
III	8	12

IV	9	11
V	9	11
VI	3	15
VII	2	12
VIII	6	14
IX	11	10
X	7	13
Total	67	126

En 67 de los estudiantes los síntomas causan inconvenientes en su convivencia.

TABLA 25

Pregunta 15.

<i>SEMESTRE</i>	<i>LA ANSIEDAD O LOS SÍNTOMAS FÍSICOS CAUSAN INCONVENIENTES EN SU DESARROLLO ESTUDIANTIL</i>	
	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>I</i>	<i>6</i>	<i>14</i>
<i>II</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
<i>III</i>	<i>7</i>	<i>13</i>
<i>IV</i>	<i>13</i>	<i>7</i>
<i>V</i>	<i>13</i>	<i>7</i>
<i>VI</i>	<i>5</i>	<i>13</i>
<i>VII</i>	<i>2</i>	<i>12</i>
<i>VIII</i>	<i>5</i>	<i>15</i>
<i>IX</i>	<i>9</i>	<i>12</i>
<i>X</i>	<i>7</i>	<i>13</i>
Total	77	116

En 77 estudiantes los síntomas causan inconvenientes en su desarrollo estudiantil.

TABLA 26.

Clasificación de alto riesgo según el DSM V a pacientes que cumplen con 3 o más de las siguientes preguntas:

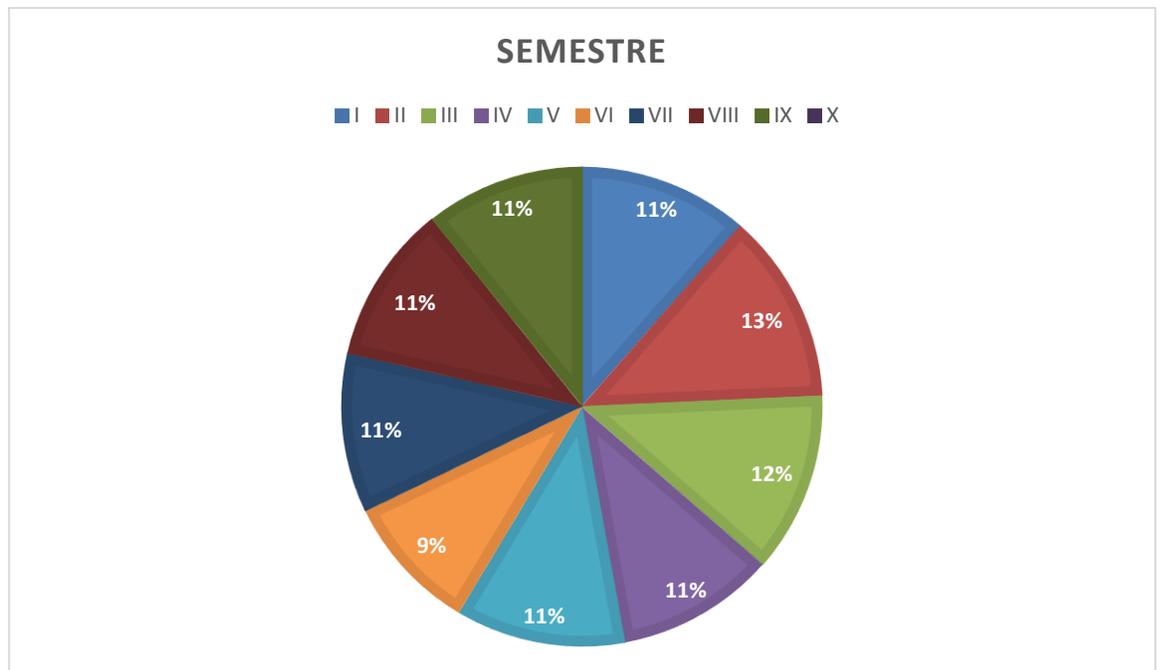
- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
- Se fatiga fácilmente
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio
- Sudoración
- Taquicardia
- Miedo

I	16
II	18
III	17
IV	15
V	16
VI	13
VII	6
VIII	4
IX	15
X	15
Total	135

- De **I** semestre, 16 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 4 con 3, 5 con 4, 2 con 5, 2 con 6, 3 con 7.
- De **II** semestre, 18 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 3 cumplen con 3 criterios, 2 cumplen 2, 5 cumplen 5, 4 cumplen 6, 3 cumplen 7 y 1 cumple todos los criterios.
- De **III** semestre, 17 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 5 cumplen con 3 criterios, 4 cumplen con 4, 3 cumplen con 5, 2 cumplen con 6, 3 cumplen 9.

- De **IV** semestre, 15 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 1 cumple 4 criterios, 3 cumplen 5, 4 cumplen 6, 2 cumplen 7, 2 cumplen 8, 3 cumplen 9.
- De **V** semestre, 16 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 5 cumplen con 3 criterios, 3 cumplen 4, 3 cumplen 5, 2 cumplen 6 criterios, 1 cumple 7 y 2 cumplen 8.
- De **VI** semestre, 13 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 5 cumplen con 3, 3 cumplen 4, 3 cumplen con 5, 1 cumple con 6, 1 cumple con todos los criterios.
- De **VII** semestre, 15 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 3 cumplen 4 criterios, 2 cumplen 7 y 1 cumple 9.
- De **VIII** semestre, 15 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 3 cumplen 3 criterios y 1 cumple 4
- De **IX** semestre, 15 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 3 cumplen con 3 criterios, 5 con 4, 2 con 5, 2 con 6, 1 con 8 y 2 con todos los criterios.
- De **X** semestre, 15 estudiantes cumplen con más de 3 criterios del DSM V, de los cuales 1 cumple con 4, 4 con 5, 3 con 6, 2 con 7, 2 con 8, 3 con 9.

Figura 14.



155 estudiantes cumple con 3 o más criterios del DSM V, el mayor número de estudiantes se encuentra en II semestre.

TABLA 27.

Estatificación en alto riesgo según la escala Hamilton a estudiantes que cumplan con >14 puntos

14	1
17	1
21	2
22	2
26	1

27	3
Total	10

De primer semestre, 10 estudiantes cumplieron con los criterios de la escala Hamilton

TABLA 28

15	3
16	1
18	2
19	1
21	1
24	1
28	1
Total	7

De segundo semestre 7 estudiantes cumplen con los criterios de la escala Hamilton

TABLA 29

14	2
17	1
20	1
21	2
23	1
26	3
29	3
30	2

31	1
32	1
33	2
37	1
Total	12

De tercer semestre, 12 estudiantes cumplieron con los criterios de la escala Hamilton

TABLA 30

14	1
15	1
18	2
19	2
20	1
21	1
25	1
26	1
31	1
32	2
37	1
46	1
Total	15

15 estudiantes de cuarto semestre cumplen los criterios de la escala Hamilton

TABLA 31

16	1
18	1
19	1
21	2
23	1
24	2
25	1
27	2
28	1

15	2
17	1
18	1
24	1
25	1
28	1
Total	6
30	2
31	1
33	1
34	3
37	1
Total	20

20 estudiantes de quinto semestre cumplen los criterios de la escala Hamilton

TABLA 32

Puntos	15	18	24	25	32
VI	1	2	1	1	2
Total					7

De sexto semestre 7 estudiantes cumplen los criterios de la escala Hamilton.

Tabla

Puntos	25	27
VII	I	I
Total		2

30.

De séptimo semestre 2 estudiantes cumplieron con los puntos necesarios según la escala de Hamilton, siendo estos más de 14.

TABLA 33

6 estudiantes de octavo semestre cumplen los criterios de la escala Hamilton.

TABLA 34.

16	1
17	1
19	1
20	1
24	1
25	2
26	1
28	1
29	1
30	1
41	1
Total	11

11 estudiantes de noveno semestre cumplen con los criterios de Hamilton

TABLA 35.

15	2
17	1
18	1
24	1
25	1
28	1
Total	6

6 estudiantes de decimo semestre cumplen con los criterios de la escala Hamilton.

Figura 15.

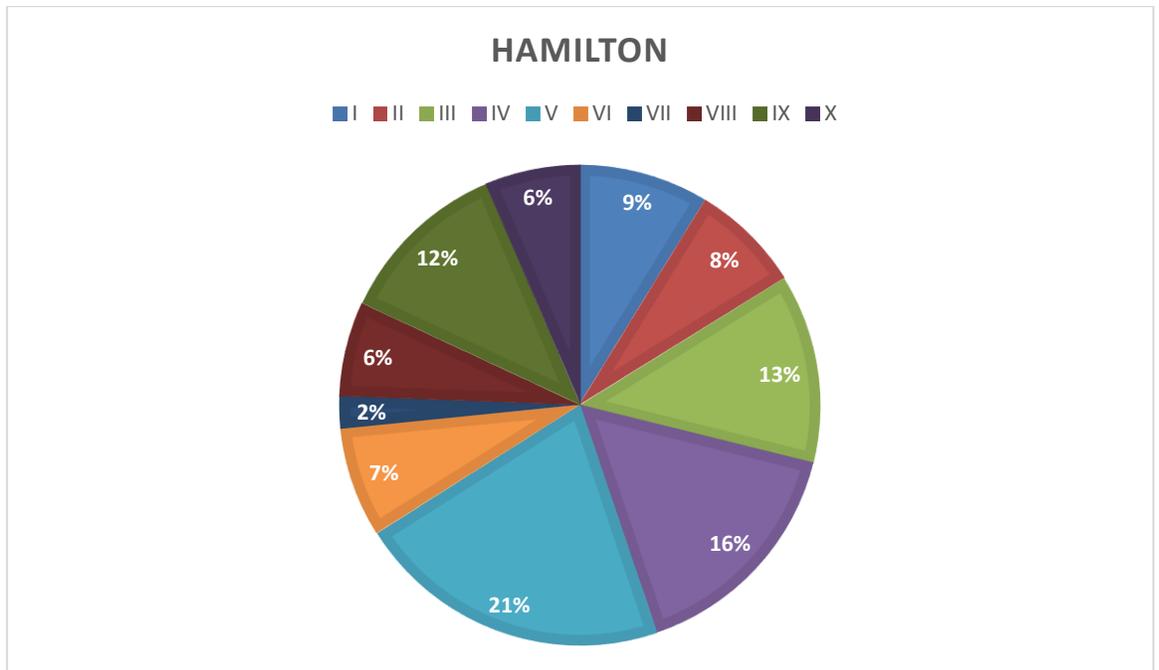
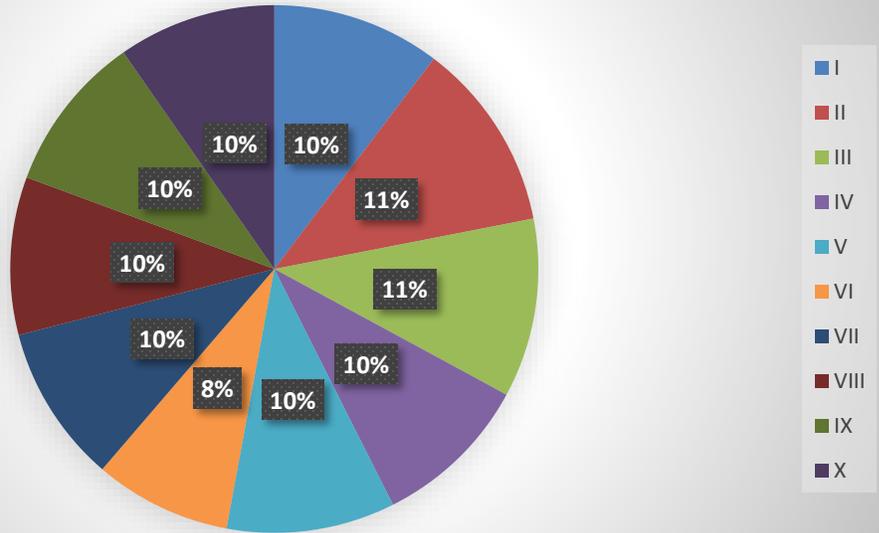
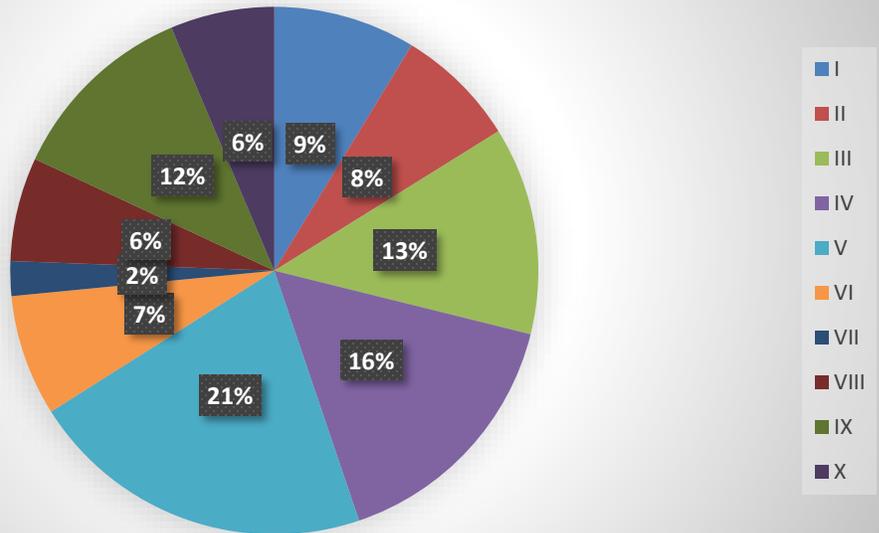


Figura 16.

DSM V



HAMILTON



- De I semestre el 11% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 9% cumplió los criterios de la escala Hamilton
- De II semestre el 13% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 8% cumplió los criterios de la escala Hamilton, teniendo una diferencia solo del 1%.

- De III semestre el 12% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 13% cumplió los criterios de la escala Hamilton encontrando un intervalo pequeño de diferencia entre las dos
- De IV semestre el 11% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 16% cumplió los criterios de la escala Hamilton, encontramos una diferencia entre las dos del 4%.
- De V semestre el 11% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 21% cumplió los criterios de la escala Hamilton.
- De VI semestre el 9% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 7% cumplió los criterios de la escala Hamilton.
- De VII semestre el 11% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 2% cumplió los criterios de la escala Hamilton, encontramos un amplio intervalo de diferencia, del 9%.
- De VIII semestre el 11% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 6% cumplió los criterios de la escala Hamilton.
- De IX semestre el 11% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 12% cumplió los criterios de la escala Hamilton.
- De X semestre el 10% de los estudiantes cumplieron con los criterios del DSM V mientras que solo el 6% cumplió los criterios de la escala Hamilton

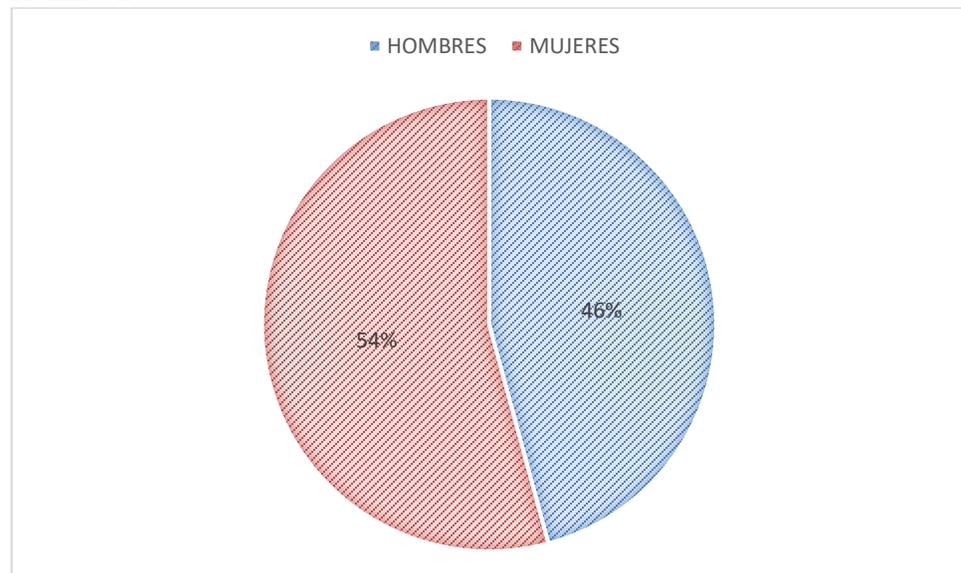


Figura 17

Genero con respecto a la población total de la muestra

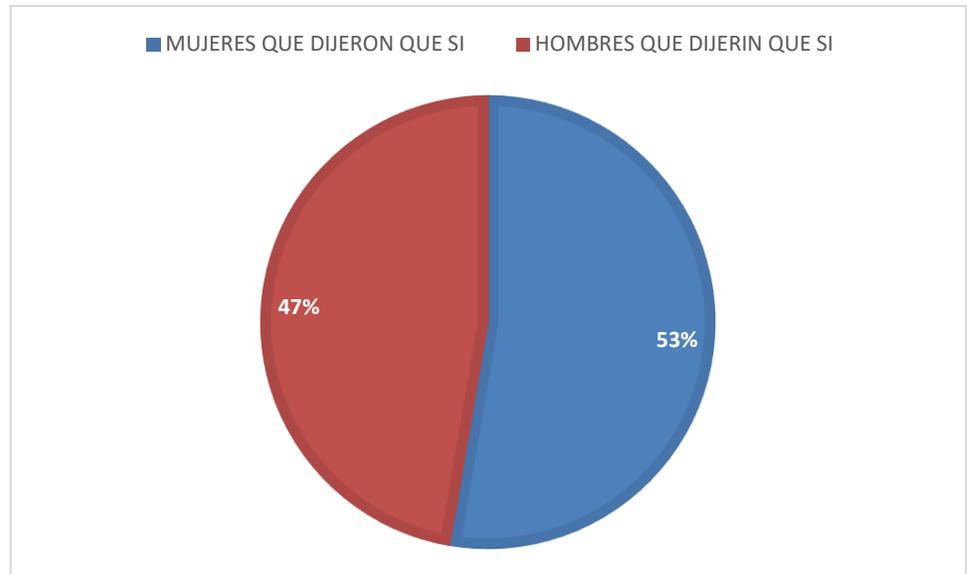


Figura 18
Estudiantes que presentaron ansiedad durante seis meses con respecto al género



Figura 19
Estudiantes que presentaron más de 3 criterios para ansiedad generalizada según DSM V con respecto al género.

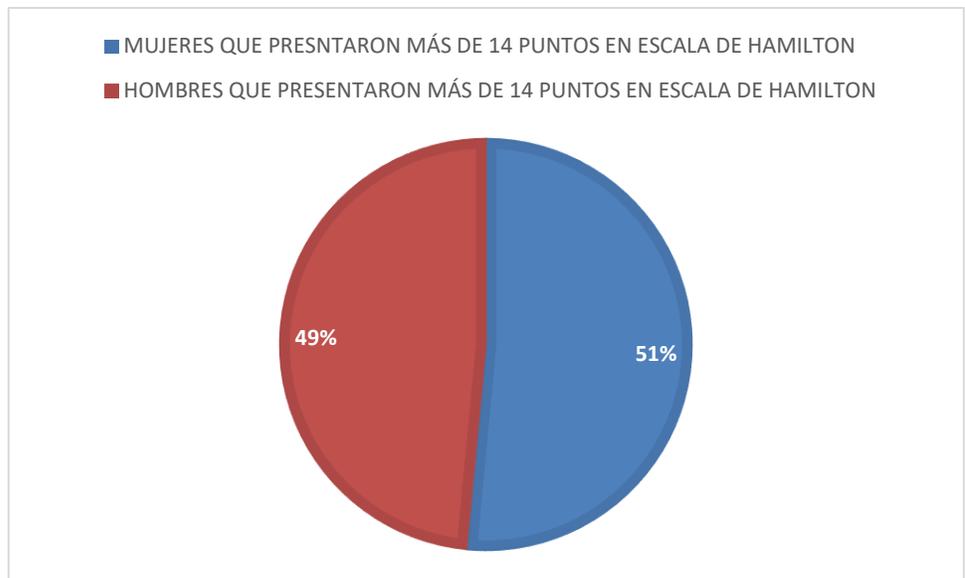


Figura 20
 Estudiantes que presentaron más de 14 puntos en escala de Hamilton.

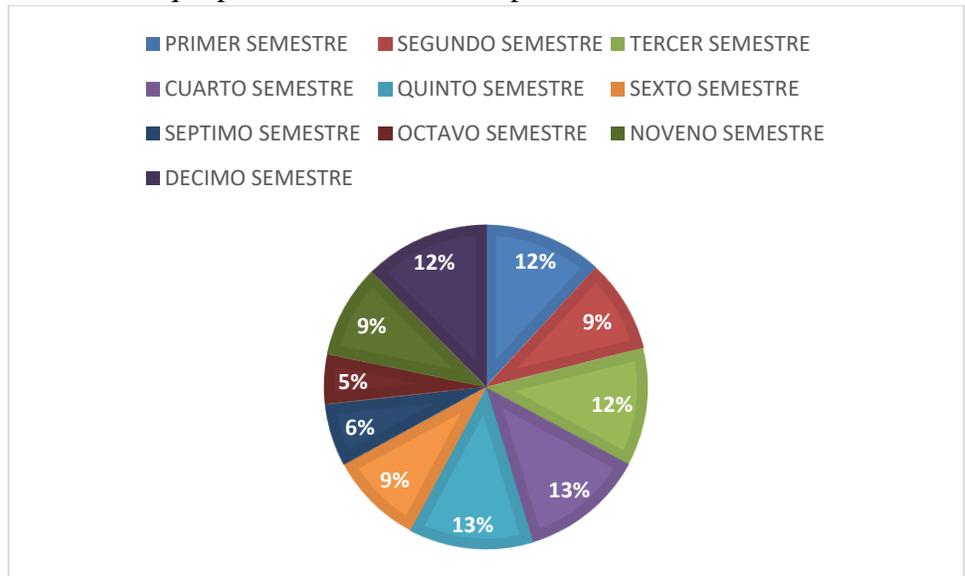


Figura 21
 Estudiantes que presentaron ansiedad en los últimos seis meses con respecto al semestre.

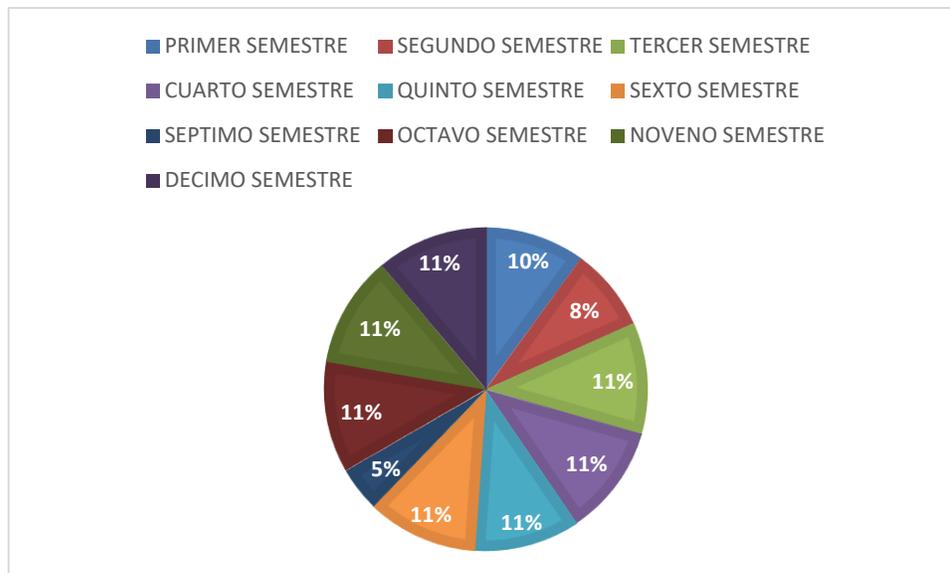


Figura 22

Estudiantes que presentaron más de 3 criterios de DSM V con respecto al semestre.

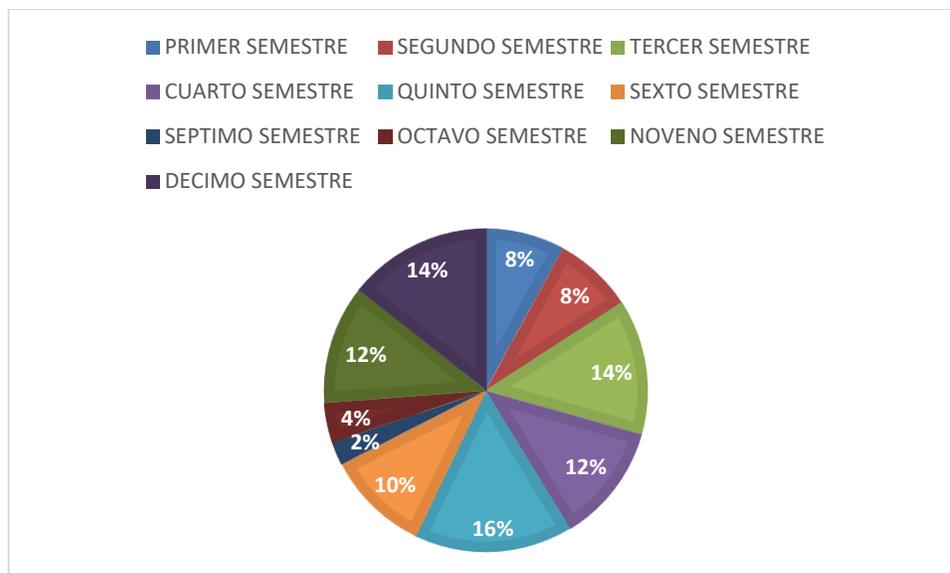


Figura 23

Estudiante que obtuvieron más de 15 criterios en la escala de Hamilton correspondientes a semestres.

7 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este proyecto, muestran con respecto al género que los criterios como: ansiedad durante los últimos seis meses, presentación con más de tres criterios del DSM-V y más de 14 puntos en la escala de Hamilton con porcentajes de 46-49% en hombres y 52-54% en mujeres que mostraron la presencia de estos, mostraron ligera equivalencia en ambos géneros pero encontrando mayor presencia en el género femenino.

En cuanto a los semestres, la mayoría de la población encuestada cumple tres o más criterios diagnósticos de ansiedad generalizada, teniendo un mayor porcentaje los estudiantes de básica principalmente los de segundo semestre con el 13%. Uno de los criterios fundamentales para concluir este tipo de diagnóstico es el tiempo de presentación del cuadro de ansiedad, el cual hace referencia al padecimiento del síntoma por un intervalo de 6 meses, este criterio lo cumplió más de la mitad de la población estudiada siendo los semestres de clínica específicamente V, VII Y X, los que presentaron un mayor número de respuestas afirmativas. Hay que tener en cuenta que la mayoría de estos cuadros de ansiedad presentado por los estudiantes en los últimos seis meses, según lo referido por estos, no se relacionan con alguna enfermedad mental o fisiológica concomitante.

Aparte del criterio principal mencionado anteriormente, se necesita la aparición de síntomas en conjunto con el cuadro para confirmar el diagnóstico. Los síntomas que tuvieron mayor respuesta positiva entre los estudiantes fueron la dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco y dificultad para conciliar el sueño.

A través de este estudio, también se logró evidenciar que la actividad escolar que mayor genera carga académica en los estudiantes es la semana de parciales, seguido por las exposiciones, algunas materias principales de básicas como propedéutica y bioquímica, y la rotación de medicina interna en los estudiantes que se encuentran en clínica. La mayoría de estos refirieron dificultad para controlar el estrés y preocupación producida por las actividades mencionadas anteriormente, pero afirman sentirse mejor al terminar el evento desencadenante y la mayor parte refirió no consumir sustancias psicoactivas, bebidas energizantes, café o algún tipo de medicamento durante el evento preocupante o en otras circunstancias.

En cuanto a la severidad del cuadro de ansiedad, los semestres que presentaron un puntaje mayor de 14 puntos catalogado como moderado o severo en la escala de Hamilton fueron IV,

III, V Y IX siendo mayor en IV con un porcentaje de 14%. Hay que tener en cuenta que las personas que presenten este tipo de puntaje van a requerir tratamiento médico según lo descrito en esta escala.

8. CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de las encuestas y realización de la escala Hamilton, es posible concluir que el trastorno de ansiedad generalizada se encuentra presente en la mayoría de estudiantes que hicieron parte de la muestra y que en gran proporción de los casos el trastorno es manifestado con una severidad de moderada a grave. Sin embargo, se debe tener en cuenta que dicha muestra solo representa el 17% de la población estudiantil de la facultad de medicina. Como resultado esperado, se encontró que los exámenes representan la actividad que más desencadena episodios de ansiedad en los médicos en formación, con diferencias significativas en los distintos semestres académicos, especialmente los que están relacionados con alguna etapa de transición; los estudiantes de cuarto, quinto y décimo semestre presentaron más ansiedad en los últimos seis meses, estos mismos son los que se encuentran próximos a pasar de una formación básica a la práctica clínica y de la formación clínica al internado médico, respectivamente, por lo cual relacionamos el trastorno de ansiedad generalizada con el hecho de un cambio próximo, el cual conlleva mayor presión académica, responsabilidad y agotamiento físico y mental, generando como efecto colateral la aparición de síntomas en respuesta al estrés y en ocasiones una disminución de la competitividad académica.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Un Estado de Bienestar. Diciembre de 2018.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales. 09 de abril de 2018.
3. Gómez Oviedo José Alberto 1, a, Bogado Oviedo Juan José 2, b , Cardus Sara Mimbi 2, b ,Arbe Vera Yessica Edith 2, b , González Ferreira Fernando Nicolás 2, b , Rios-González Carlos Miguel³. SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA CAMPUS GUAIRÁ, 2017. CIMEL 2018; 23(1) 40-44.
4. María Antonia Lemos, Marcela Henao Pérez, Diana Carolina López Medina. Stress and Mental Health in Medical Students: Relation with Coping and Extracurricular Activities. 2018 vol. 14 no. 2:3.
5. César Sánchez-Marín¹, a, Jorge Chichón-Peralta, Franco Leon-Jimenez¹, Pedro Alipazaga-Pérez. Mental Disorders in Medical Students of Three Universities in Iquitos, Peru. Rev neuropsiquiatr 79 (4), 2016.
6. Lizardo cruzado. Medical Students' Mental Health. rev neuropsiquiatr 79 (2), 2016.
7. Adriana patricia Bohórquez peñaranda. Prevalencia de Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina.
8. Jhony a. De la cruz- Vargas, Fiorella Armas-Elguera, Maite cardenas-carranza, Lucy Cedillo-Ramirez. Asociación entre Ansiedad y Trastornos del sueño en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Julio-diciembre del 2017.
9. Miquel Tortella-Feliu. los trastornos de ansiedad en el DSM-5, Anxiety Disorders in DSM-5. c. med. psicosom, 62 n° 110 – 2014.
10. Carla Esther Piconte ato. Depresión y Trastornos de Ansiedad en Internos de Medicina de dos Hospitales del Norte de Perú. 2018.
11. La mente es maravillosa: Escala de Hamilton [Internet]. Psicología Clínica, Valeria Sabater [08 de noviembre del 2018].

12. María Antonia Lemos, Marcela Henao-Pérez y Diana Carolina López-Medina. “Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares”. 2018
13. Carla Esther Piconte Ato. “Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos hospitales del Perú”. 2018-2019.
14. Jhony A. De La Cruz- Vargas, Fiorella Armas-Elguera, Maite Cardenas-Carranza y Lucy Cedillo-Ramírez. “Asociación entre ansiedad y trastornos del sueño en estudiantes de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma”. Julio-diciembre del 2017.
15. Pere Oro, Montse Esquerda, Joan Vinas, Oriol Yugueroa y Josep Pifarre. “Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de medicina” del año 2017.
16. Jaime Boceta Osuna, José María Galán González-Serna, Fernando Miguel Gamboa Antinolo y Miguel Ángel Muniain Ezcurra. “Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina” del 2016.