



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN, BURNOUT Y TRASTORNOS DE
LA PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA
SALUD**

TESIS

Proyecto terminal de carácter profesional para obtener el grado de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

M.C. Yary Zulay Jerez Pacheco

DIRECTORA DE TESIS:

D. en P. S. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

COMITÉ TUTORIAL:

Codirector: Esp. Psiq. Rafael Gómez Benumea

Asesor: D. en P.S. Rubén García Cruz



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
Master in Public Health

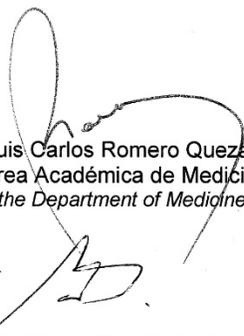
Oficio No. ICSa/AAM/MSP/066/2019
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.
 Pachuca de Soto, Hgo., enero 11 del 2019

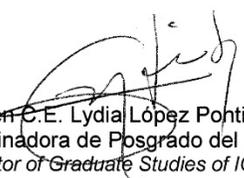
C. YARY ZULAY JEREZ PACHECO
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

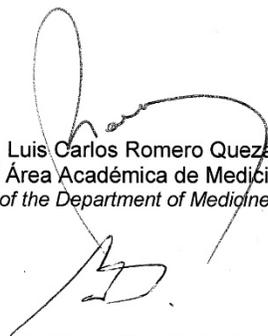
Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“ANSIEDAD, DEPRESIÓN, BURNOUT Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD”**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 “Amor, Orden y Progreso”


 MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences


 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa


 D. en CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

JCRL/mchm*



Eliseo Ramirez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42090
 Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Pachuca de Soto, Hgo., Enero 10 del 2019

D. en CSP. JESÚS CARLOS RUVALCABA LEDEZMA
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna **Yary Zulay Jerez Pacheco**, con número de cuenta 364614, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado **“ANSIEDAD, DEPRESIÓN, BURNOUT Y TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD”** ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
“Amor, Orden y Progreso”

D. en Psic. **Andrómeda Ivette Valencia Ortiz**

Director



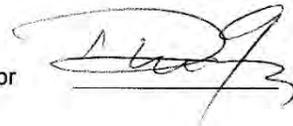
M. en S.P. **Rafael Ángel Gómez Benumea**

Codirector



D. en C.E. **Rubén García Cruz**

Asesor



AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarme todo lo necesario para culminar esta etapa, a mis padres que son la base y el sustento de mi recorrido académico y aprendizaje personal, a Edwing por ser quien me impulsó y apoyó para iniciar este proceso, motivándome a continuar hasta el final a pesar de los inconvenientes. Gracias a la Dra. Andrómeda por tener siempre las palabras justas cuando más lo necesitaba para no flaquear y su completa disponibilidad siempre que necesite de su apoyo. Al Dr. Rafael también por su apoyo y disponibilidad desde el inicio del proyecto.

Gracias también a mis compañeras de maestría, Patty, Kenny, Aura, Xochitl y Norma por ser la compañía que necesitaba para disfrutar más cada clase de la maestría y mi estadía en México.

A Helen, por recibirme en su casa y abrirme sus brazos desde el primer día que pisé el país, aún sin conocerme, y convertirse en mi familia mexicana.

Por último, gracias a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por darme la oportunidad de cursar este programa de posgrado de alta calidad y desarrollar mi producto terminal en sus instalaciones, a los estudiantes de psicología que pertenecieron a la clínica de atención psicológica de la universidad por la colaboración brindada y de la misma manera al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico para llevar a cabo toda la maestría.

Dedicado a todos los médicos y personal de salud que sobrellevan la carga de una patología mental y que aun siendo la cara que responde a los pacientes por las falencias del sistema, sacan lo mejor de sí para brindar la mejor atención.

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	19
Trastornos depresivos	19
Definición de depresión.....	19
Sintomatología y criterios diagnósticos.....	20
Panorama epidemiológico.....	24
Factores asociados a depresión.....	26
Depresión en estudiantes universitarios.....	29
Trastornos de Ansiedad	32
Definición de ansiedad.....	32
Sintomatología y criterios diagnósticos.....	35
Panorama epidemiológico.....	39
Factores asociados a trastornos de ansiedad.....	41
Ansiedad en estudiantes universitarios.....	44
CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	47
Definición de trastornos de personalidad.....	47
Sintomatología y clasificación de los trastornos de personalidad.....	50
Panorama epidemiológico.....	55
Factores asociados a trastornos de la personalidad.....	57

Trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios.....	59
--	----

CAPÍTULO 3. SÍNDROME DE BURNOUT.....62

Definición de síndrome de burnout y sintomatología.....	62
---	----

Panorama epidemiológico.....	65
------------------------------	----

Factores asociados a síndrome de Burnout.....	67
---	----

Síndrome de Burnout en estudiantes universitarios.....	70
--	----

MÉTODO

Justificación.....	74
--------------------	----

Pregunta de Investigación.....	76
--------------------------------	----

Hipótesis.....	76
----------------	----

Objetivo General.....	76
-----------------------	----

Objetivos Específicos.....	76
----------------------------	----

Diseño y Tipo de estudio.....	77
-------------------------------	----

Población blanco.....	77
-----------------------	----

Población de estudio.....	77
---------------------------	----

Tipo de muestreo.....	78
-----------------------	----

Criterios de inclusión.....	78
-----------------------------	----

Criterios de no inclusión.....	79
--------------------------------	----

Criterios de eliminación.....	79
-------------------------------	----

Variables.....	79
----------------	----

Instrumentos.....	82
-------------------	----

Procedimiento.....	85
--------------------	----

Organización y análisis de datos.....	85
---------------------------------------	----

Recuento y presentación tabular y gráfica.....	85
--	----

Medidas de Resumen y Pruebas estadísticas.....	86
Lineamientos éticos.....	86
RESULTADOS.....	88
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.....	104
REFERENCIAS.....	116
ANEXOS.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características diagnósticas de los trastornos depresivos exceptuando trastorno depresivo mayor.....	23
Tabla 2. Síntomas físicos y psicológicos presentes en los trastornos de ansiedad.....	35
Tabla 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	36
Tabla 4. Factores específicos asociados a cada trastorno de ansiedad.....	42
Tabla 5. Clasificación de los rasgos de personalidad.....	49
Tabla 6. Clasificación de trastornos de personalidad según CIE – 10.....	54
Tabla 7. Variables a estudio.....	79
Tabla 8. Distribución en porcentajes de trastornos de personalidad en el total de la muestra.....	90
Tabla 9. Prevalencia de síntomas depresivos según variables sociodemográficas.....	93
Tabla 10. Prevalencia de síntomas ansiosos según variables sociodemográficas.....	93
Tabla 11. Prevalencia de síndrome de burnout según variables sociodemográficas.....	93
Tabla 12. Prevalencia de trastornos de personalidad según variables sociodemográficas.....	96
Tabla 13. Factores asociados a la presencia de síntomas depresivos.....	98
Tabla 14. Factores asociados a la presencia de síntomas ansiosos.....	98
Tabla 15. Asociación entre síndrome de burnout y trastornos de personalidad.....	99

Tabla 16. Asociación de factores psicológicos en la muestra de estudiantes con niveles moderado, severo y profundo de síntomas depresivos, ansiosos y burnout.....	100
Tabla 17. Tabla de clasificación correcta síntomas depresivos.....	101
Tabla 18. Variables en la ecuación para síntomas depresivos.....	101
Tabla 19. Variables en la ecuación para niveles moderado y severo de depresión.....	102
Tabla 20. Variables en la ecuación para niveles moderado y severo de ansiedad.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tasa de presentación de trastornos depresivos a nivel mundial, nacional y estatal para el 2016.....	26
Figura 2. Factores de riesgo para depresión según DSM 5.....	27
Figura 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM 5.....	55
Figura 4. Prevalencias de trastornos de personalidad en población estadounidense 2007....	56
Figura 5. Distribución en porcentaje de estudiantes por licenciaturas.....	88
Figura 6. Porcentaje de niveles de depresión en el total de la muestra.....	89
Figura 7. Porcentajes de niveles de ansiedad en el total de la muestra.....	90
Figura 8. Porcentajes de niveles de burnout en el total de la muestra.....	91
Figura 9. Asociaciones significativas entre variables psicológicas.....	103

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Beck para ansiedad.....	124
Anexo 2. Inventario de depresión de Beck.....	125
Anexo 3. Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil (EUBE).....	126
Anexo 4. Cuestionario de personalidad de Salamanca.....	127
Anexo 5. Herramienta cuestionarios de Google.....	128
Anexo 6. Consentimiento informado.....	129

RESUMEN:

Introducción: Las enfermedades mentales como depresión y ansiedad actualmente forman parte de las enfermedades crónicas con mayores prevalencias a nivel mundial influyendo en la presentación de suicidios y años de vida perdidos por incapacidad, con una presentación frecuente en universitarios, por lo que en este estudio pretende determinar la prevalencia de dichas patologías en estudiantes del área de salud y la asociación con algunos factores como síndrome de burnout y trastornos de personalidad.

Objetivo: Determinar la fuerza de asociación entre la prevalencia de ansiedad o depresión y trastornos de la personalidad o síndrome de burnout, en estudiantes del área de salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal y correlacional donde se consiguió una muestra por conveniencia de 373 estudiantes de la licenciatura de medicina, enfermería, odontología y nutrición cursando el último semestre escolarizado durante el periodo Enero–Diciembre de 2017 en quienes se aplicó los inventarios de Beck para ansiedad y depresión, Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil y cuestionario de Salamanca para trastornos de personalidad.

Resultados: Se encontró asociación positiva entre síntomas de ansiedad y burnout con síntomas depresivos moderado y severos ($p < 0,05$) y síntomas depresivos y burnout con síntomas de ansiedad moderados y severos ($p < 0,05$). Se pudo determinar además asociación del trastorno de personalidad límite con síntomas depresivos moderados y severos ($p < 0,05$) y del trastorno narcisista con los niveles moderado y profundo de burnout ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Se confirmó la asociación entre los factores psicológicos estudiados, por lo cual se recomienda continuar con el screening de dichas patologías no solo en los semestres

finales de las licenciaturas si no desde el inicio de cada semestre para detección oportuna y manejo adecuado de estudiantes en riesgo de desarrollar patologías psiquiátricas.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Burnout, Personalidad, Estudiantes.

ABSTRACT:

Introduction: Mental illnesses such as depression and anxiety are currently part of the chronic diseases with higher prevalences worldwide, influencing the presentation of suicides and years of life lost due to disability, with a frequent presentation in university students, so in this study determine aims to determine the prevalence of such pathologies in students of the health area and the association with some factors such as burnout syndrome and personality disorders

Objective: To determine the strength of association between the prevalence of anxiety or depression and personality disorders or burnout syndrome in students of the health area of the Autonomous University of the State of Hidalgo.

Materials and Methods: this is an observational, cross-sectional and correlational study where a convenience sample of 373 undergraduates in medicine, nursing, dentistry and nutrition was obtained, studying the last school semester during the period January - December 2017 in whom we applied the Beck inventories for anxiety and depression, the Student Burnout Unidimensional Scale and the Salamanca questionnaire for personality disorders.

Results: A positive association was found between anxiety and burnout symptoms with moderate and severe depressive symptoms ($p < 0.05$) and depressive symptoms and burnout with moderate and severe anxiety symptoms ($p < 0.05$). It was also possible to determine the association of borderline personality disorder with moderate and severe depressive symptoms ($p < 0.05$) and narcissistic disorder with moderate and profound levels of burnout ($p < 0.05$).

Conclusions: The association between the psychological factors studied was confirmed, which is why it is recommended to continue with the screening of these pathologies not only in the final semesters of the bachelor's degrees but also at the beginning of each semester for

timely detection and adequate management of students in risk of developing psychiatric pathologies.

Keywords: Anxiety, Depression, Burnout, Personality, Students.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha establecido la importancia de la salud mental, al ser incluida en el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud desde el año 1946 en la Conferencia Sanitaria Internacional de ese mismo año (Organización Mundial de la Salud, 2018) donde se define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, ese bienestar mental o salud mental se define como “un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades” (Organización Mundial de la Salud, 2004), sin embargo todas estas capacidades descritas se ven afectadas por una variedad de trastornos mentales, entre los que se encuentran la depresión, la ansiedad, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo como el autismo (Organización Mundial de la Salud, 2017), catalogándose a la depresión y ansiedad como los trastornos mentales más comunes alrededor del mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2017) que de no ser tratados adecuadamente y a tiempo terminan engrosando la cifra de 800.000 suicidios al año a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018), además de ser la depresión el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y ocupando la ansiedad la sexta posición (3,4%) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Los trastornos mentales pueden afectar a cualquier grupo poblacional, pero existen grupos con cierta vulnerabilidad para el desarrollo de estos trastornos, como aquellos que viven en pobreza extrema, desempleados, personas con bajos niveles de instrucción, víctimas de

violencia, migrantes, refugiados, indígenas, mujeres, hombres, niños y ancianos maltratados o abandonados, personas con discapacidad o que padecen alguna enfermedad crónica como virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y personas con predisposición genética a los trastornos mentales, además de que los trastornos mentales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre hombres y mujeres (Instituto Nacional de las Mujeres, 2006), siendo los trastornos depresivos y ansiosos más frecuentes en mujeres que en hombres (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Debido a que cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años, dichos trastornos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes y es el suicidio la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Actualmente existen múltiples estudios donde se reafirma las altas prevalencias de trastornos mentales, en especial depresión y ansiedad en población joven, principalmente universitarios (Arrieta, Díaz, & González, 2013; Auerbach, y otro, 2016; Castillo, Chacón, & Díaz, 2016; Cheung, y otros, 2016; Farrer, Gulliver, Bennett, Fassnacht, & Griffiths, 2016), además de la asociación de síntomas depresivos y ansiosos con trastornos de personalidad (Corruble, Ginestet, & Guelfi, 1996; Friborg, y otros, 2014; Medine & Çiçek, 2011; Micin & Bagladi, 2011; Sanderson, Wetzler, Beck, & Betz, 1992; Skodol, y otros, 1999; Wongpakaran, y otros, 2015) y otros factores como estrés y síndrome de Burnout (Arrieta, Díaz, & González, 2013; Auerbach, y otros, 2016; Castillo, Chacón, & Díaz, 2016; Cheung, y otros, 2016; Chiu, Stewart, Woo, Yatham, & Lam, 2015; (Farrer, Gulliver, Bennett, Fassnacht, & Griffiths, 2016; Mi-Joo, y otros, 2016; Moreno, y otros, 2014).

Por esta razón el presente proyecto pretende encontrar si existe al igual que en la literatura, una asociación positiva entre síntomas depresivos, síntomas ansiosos, trastornos de personalidad y síndrome de Burnout en una muestra de estudiantes universitarios del área de salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y determinar los trastornos de personalidad que presenten una asociación significativa con las otras tres variables expuestas.

CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Definición de depresión

Como nos refiere Ignacio Zarragoitía en su manual “Depresión: generalidades y particularidades” (Zarragoitía, 2011), en ocasiones, la definición de depresión se realiza bajo el marco de señalar lo que no es depresión, de manera que se corre el riesgo de no tener en cuenta estados que pueden encubrir un trastorno depresivo y, por tanto, no ser tratados. También, el autor refiere que la clave para distinguir síntomas anímicos negativos normales de la depresión, es la persistencia, la severidad y la capacidad de estos síntomas para interferir negativamente en la vida del individuo.

Hablando como tal del concepto de depresión, desde la posición cognitivo conductual, a través del tiempo se han desarrollado varias teorías que pretenden explicar de forma integrada tanto la depresión como la ansiedad (Sanz, 1993). Entre tales intentos destacan la teoría de la indefensión/ desesperanza de Alloy et al. (1990), la teoría de la pérdida del objeto de apego de Bowlby (1969, 1973, 1980), el modelo de redes asociativas de las relaciones entre emoción y cognición de Bower (1981), la teoría de las autodiscrepancias de Higgins (1987) o la teoría de Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988), pero, sin lugar a dudas, la teoría más influyente y que ha servido de inspiración a buena parte de las demás, es la teoría cognitiva de Beck (1987) (Sanz, 1993). En ésta última se describe que en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación, valorando excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales,

frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (Sanz, 1993).

Actualmente, para hablar de depresión se han especificado los diferentes trastornos que pertenecen a éste espectro, según el manual diagnóstico DSM 5 se encuentran clasificados de la siguiente manera (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014): el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia / medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Éste mismo manual los define como aquellos trastornos en los que el rasgo común es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014).

Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014).

Sintomatología y criterios diagnósticos

Para describir la sintomatología común en todos los trastornos depresivos se precisa describir los síntomas presentes en el episodio depresivo, éste se caracteriza por un humor depresivo en general, con pérdida del interés y disfrute de las cosas, disminución de la vitalidad

evidenciada en una reducción del nivel de actividad y en cansancio exagerado que aparece incluso después de un esfuerzo mínimo, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo con sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresión, trastornos del sueño y por último pérdida del apetito (Zarragoitía, 2011), sin embargo hoy en día se sabe que éste último síntoma puede estar representado también por el aumento del apetito como veremos más adelante en los criterios diagnósticos proporcionados por la Asociación Americana de Psiquiatría.

El diagnóstico de los trastornos depresivos como en la mayoría de trastornos psiquiátricos es un diagnóstico sintomático, y se toma como referencia los criterios diagnósticos del DSM 5, el cual refiere que el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico dentro del grupo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014); esto asociado a que las diferencias entre ellos están dadas por la duración de los síntomas, la presentación temporal o la supuesta etiología (Tabla 1), se describirán a continuación los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor según el manual diagnóstico DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

A. Cinco (o más) de los síntomas correspondientes a los síntomas descritos para episodio depresivo, que se encuentran presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. Modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños, se puede considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Estos criterios se cumplen con mayor frecuencia en adultos, en el caso de niños y adolescentes, la depresión puede tener un inicio más insidioso, puede estar caracterizado más por irritabilidad que por tristeza, y ocurre más a menudo en asociación con otras condiciones tales como ansiedad, trastorno de conducta, hiperactividad y problemas de aprendizaje (Guillén, Gordillo, Ruíz, Gordillo, & Gordillo, 2013).

Tabla 1.

Características diagnósticas de los trastornos depresivos exceptuando trastorno depresivo mayor.

Trastorno	Características Diagnósticas
Trastorno por desregulación disruptiva del estado de ánimo	Irritabilidad grave y persistente, que se manifiesta con accesos de cólera frecuentes, inapropiados para el grado de desarrollo y enfado crónico entre los graves accesos de cólera.
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	Ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes.
Trastorno disfórico premenstrual	Expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Síntomas depresivos que se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del periodo de intoxicación o de abstinencia.

Trastorno	Características Diagnósticas
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Es un periodo de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica.
Otro trastorno depresivo especificado	<p>Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.</p> <p>El clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico.</p>
Otro trastorno depresivo no especificado	<p>Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.</p> <p>El clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.</p>

Fuente: Autoría propia, información obtenida de DSM-5

Panorama epidemiológico

La depresión al igual que otras enfermedades crónicas se encuentra cada vez más en aumento. Según una publicación realizada por la Organización mundial de Salud, se calcula que aproximadamente 300 millones de personas padecen la enfermedad alrededor del mundo y existen cerca de 800 mil suicidios al año, conociendo el suicidio como una de las complicaciones de éste trastorno (Organización Mundial de la Salud, 2018), además de ser la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables también a nivel mundial (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, s.f.).

En México según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada con una muestra de 5782 participantes entre 18 y 65 años en el periodo 2001-2002 evidenció que el 9,2% de las personas entrevistadas sufrieron al menos una vez en su vida algún trastorno depresivo, con una prevalencia anual de depresión de 4,8% (IC 95%= 4,0-5,6) (Wagner, Gonzáles, Sánchez, García, & Gallo, 2012) y según cifras del IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) para el año 2016 la tasa de trastornos depresivos en general en el país (México) fue de 2644/100.000 hab., por debajo de la tasa mundial para ese mismo año (Figura 1), sin embargo el estado de Hidalgo se encuentra según estos datos por encima de la tasa nacional (IHME, 2016).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica mencionada anteriormente, también se evidenció que las poblaciones más jóvenes presentan tasas mayores de depresión (Medina, y otros, 2003), y que “al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años” (Wagner, Gonzáles, Sánchez, García, & Gallo, 2012).

Como lo describe el DSM 5, los trastornos depresivos tienen a menudo un inicio temprano y en el caso de la distimia, además de temprano, insidioso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), por lo que existen también estudios realizados en adolescentes y población universitaria, como el realizado por Sanjay y colaboradores (Sanjay, Samir, Hilal, Magdi, & Asya, 2009) en 5409 estudiantes adolescentes y jóvenes omaníes, donde la prevalencia de síntomas depresivos fue de 17% (1836 estudiantes) aplicando el Cuestionario de Salud Infantil (CHQ-12 por sus siglas en inglés) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI); en el estado de Hidalgo, el estudio llevado a cabo por Lima y Straffon en un grupo de 93 estudiantes de primaria demostró que ya en esta edad se encuentra sintomatología depresiva, relacionada con bajo uso de fortaleza de carácter y estilo agresivo en sus habilidades sociales

(Lima & Strafford, 2018), lo que ayuda a corroborar las altas tasas de trastornos depresivos a nivel mundial en población joven y su asociación a determinadas características personales.

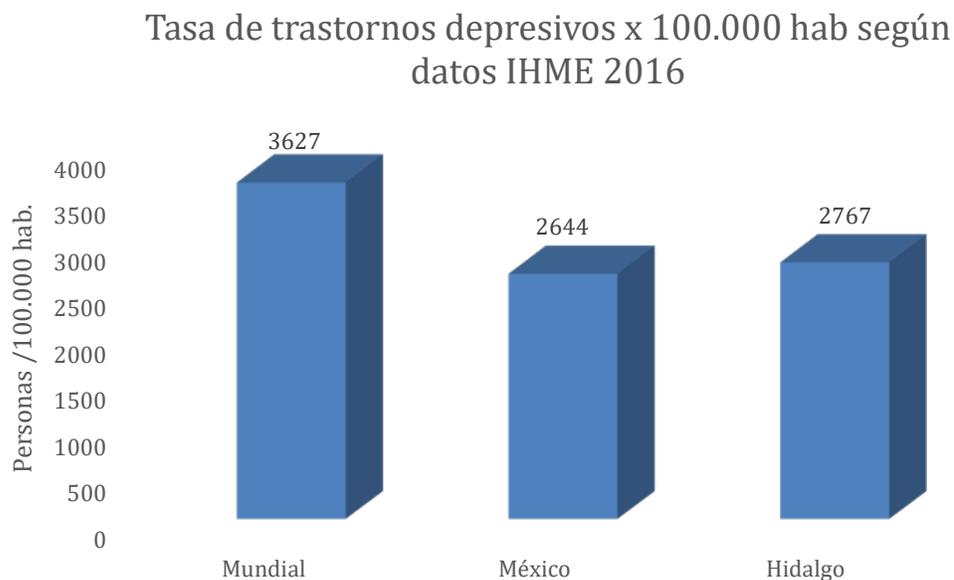


Figura 1. Tasa de presentación de trastornos depresivos a nivel mundial, nacional y estatal para el 2016. Fuente: Elaboración propia con datos del IHME.

Factores asociados a depresión

Si bien los trastornos mentales afectan a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica, existen factores biológicos o psicosociales que pueden desencadenar la aparición de los mismos (Instituto Nacional de las Mujeres México, 2006). Según el manual diagnóstico DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) existen factores que pueden catalogarse como factores de riesgo, que se dividen en factores genéticos y fisiológicos, temperamentales y los ambientales (Figura 2).

Dentro de los factores biológicos se podría mencionar también el género, pues se demostró en el estudio comparativo entre países realizado por la OMS, que las mujeres presentan tasas dos veces mayores de trastornos depresivos, comparado con los hombres (Medina, y otros,

2005), “diferentes factores han sido señalados para explicar estas diferencias; entre los que sobresalen los genéticos y hormonales” (Vásquez, 2013), sin embargo también se ha evidenciado la influencia de los factores sociales, como se mostró en el estudio comparativo entre países de la OMS, en el cual las cohortes femeninas más jóvenes mostraron menores puntajes de tradicionalidad en cuanto a roles de género y éstas nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión (Wagner, Gonzáles, Sánchez, García, & Gallo, 2012).

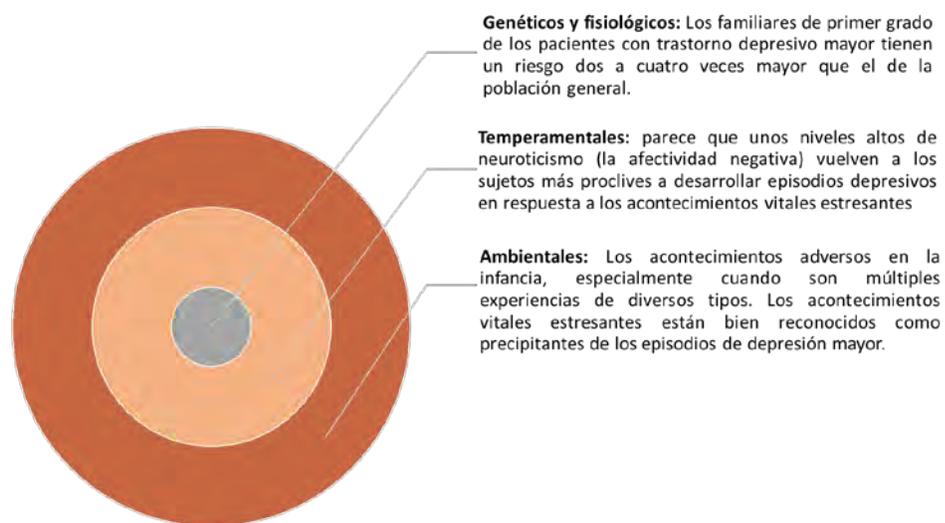


Figura 2. Factores de riesgo para depresión, según DSM 5.

Fuente: Elaboración propia.

En el mismo estudio comparativo realizado por la OMS, se muestra una asociación entre encontrarse sin pareja (divorciado, separado, viudo, o que nunca se casaron) con mayores tasas de depresión y que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India, tienen mayor riesgo de depresión (Medina, y otros, 2005).

En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan:
a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel

socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013).

También se ha demostrado asociación entre los síntomas depresivos con síntomas psicósomáticos como dolor de cabeza, dolores menstruales y dolores musculares, como se expone en el estudio realizado por González y colaboradores (González, Landero, & García, 2009) en una muestra de 506 estudiantes universitarios, en donde se concluyó que a mayores niveles de síntomas depresivos y de ansiedad, mayor intensidad en los síntomas psicósomáticos ($p=0,001$). Además de esto, diferentes estudios a nivel mundial recalcan la comorbilidad junto a la depresión, como trastornos cardíacos, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad de Parkinson, entre otras, aumentando dos veces más el riesgo de padecer enfermedad cardíaca en los pacientes con depresión (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012), y el aumento de la interleucina proinflamatoria interleucina-6 (IL-6) en pacientes depresivos que puede ser disminuida al manejar los síntomas depresivos con intervención cognitivo-conductual (Hernández, 2017).

A nivel psicológico se han encontrado altas prevalencias de trastornos de personalidad en pacientes con algún trastorno depresivo (trastorno depresivo mayor, distimia). El estudio llevado a cabo por Wongpakaran y colaboradores en 85 pacientes con trastorno depresivo evidenció que 77% de la muestra presentó al menos un trastorno de personalidad y de éstos el 60% tenían dos o más (Wongpakaran, y otros, 2015). Otros estudios como el realizado por Zimmerman y colaboradores (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005) muestran una prevalencia de 46% de al menos un trastorno de personalidad en pacientes con trastorno

depresivo mayor, confirmando cifras igualmente altas presentadas en el estudio de Sanderson y colaboradores (Sanderson, Wetzler, Beck, & Betz, 1992) en donde se evidenciaron prevalencias de 50%, 52% y 69% en pacientes con trastornos depresivo mayor, distimia y doble depresión (distimia con episodios de depresión mayor) respectivamente. Las cifras de trastornos de personalidad estudiados individualmente en pacientes depresivos, arrojan mayor presentación de trastorno límite de la personalidad (Corruble, Ginestet, & Guelfi, 1996; Medine & Çiçek, 2011; Skodol, et al. 1999; Wongpakaran, et al. 2015) y trastorno evitativo en pacientes depresivos (Friborg, et al. 2014; Skodol, et al. 1999; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005).

Además de trastornos de personalidad, el síndrome de Burnout se ha visto asociado en pacientes depresivos, como se evidenció en el estudio realizado por Chiu y colaboradores (Chiu, Stewart, Woo, Yatham, & Lam, 2015) donde el 83,1% de la muestra de pacientes con algún trastorno depresivo presentó puntajes altos de Burnout en al menos uno de los ítems de Burnout evaluados.

Finalmente, los trastornos depresivos forman parte junto con la ansiedad de los trastornos mentales comunes a nivel mundial y son muchas las personas que presentan ambas condiciones simultáneamente (Organización Panamericana de la Salud, 2017); según la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual diagnóstico DSM V, existe comorbilidad entre el trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico, y comorbilidad entre distimia y trastornos de ansiedad sin especificar cuáles (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Depresión en estudiantes universitarios

Como se expuso anteriormente, las poblaciones jóvenes presentan cifras elevadas de éste trastorno por lo que los estudios se han enfocado en la población universitaria, confirmando

las altas prevalencias, un ejemplo de éstos es el estudio realizado por Zagdánska y Kiejna (Zagdánska & Kiejna, 2016) en 370 estudiantes de universidades públicas de Wrocław – Polonia, aplicando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), dio como resultado que 14,7% de los estudiantes entrevistados presentaron episodios depresivos a través de su vida y 9.8% en los 12 meses previos a la entrevista.

Estudios más específicos en estudiantes universitarios latinoamericanos corroboran la alta prevalencia de depresión y ansiedad en esta población en particular, un estudio publicado en la revista colombiana de psiquiatría en el 2006 (Campo, Díaz, & Cogollo, 2006), donde se aplicó la escala de Zung para depresión a 633 estudiantes universitarios, dio como resultado una prevalencia de 58% para síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC) en el total de la población estudiada y de 66,9% y 49,2% en mujeres y hombres respectivamente.

Más recientemente, en Chile, para el año 2013 se llevó a cabo un estudio por Antúnez y Vinet (Antúnez & Vinet, 2013) en una muestra de 484 estudiantes de la Universidad Austral de Chile, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Síntomas de Derogatis, versión chilena abreviada de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck encontrando que 30,1% y 20,9% del total de la muestra, presentaron sintomatología depresiva y ansiosa respectivamente, además de que 15,5% del total de la muestra, presentaron ambas sintomatología al mismo tiempo.

Ya a nivel local, en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, para el año 2016 se realizó un trabajo de grado (Cotonieto & Crespo, 2016), en el cual se investigó la relación entre calidad de vida, ansiedad, depresión y riesgo suicida en una muestra de 145 usuarios (estudiantes universitarios) de la Clínica de Atención Psicológica, utilizando como instrumentos el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck y el

Instrumento de Calidad de Vida Breve de la OMS (WHOQOL-BREF), mostrando como resultado 58,70% de depresión en estos pacientes y un 50,3% de riesgo suicida en los participantes del estudio.

Además de las altas cifras de patologías psiquiátricas en universitarios, se ha descrito mayor prevalencia de estas enfermedades en estudiantes de la salud, algunos estudios más enfocados en los estudiantes de Medicina.

Uno de esos estudios es el realizado con una muestra de 398 estudiantes del área de salud en una universidad colombiana en el año 2008 (Ferrel, Celis, & Hernández, 2011) dio como resultado que el 48% de los estudiantes, no presenta ningún tipo de depresión, el 25% de ellos tiene depresión leve, el 19% depresión moderada y el 8% depresión grave, lo que muestra una prevalencia del 52% en esta población, presentando además el doble de prevalencia de depresión leve las mujeres respecto a los hombres (16,8% vs 8,4%) pero los hombres presentaron el doble de depresión grave comparado con las mujeres (5,7% vs 2,1%) y por último las mayores prevalencias las presentaron los estudiantes de medicina, quienes representaban el 17,7% de los alumnos con depresión grave y el 33,9% de alumnos con depresión moderada.

Otro más reciente y ya en población mexicana es el realizado en el año 2011 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (Coffin, Alvaréz, & Marín, 2011) aplicando el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de orientaciones suicidas de Casullo a 251 estudiantes del área de salud, se evidenció que los estudiantes de la licenciatura de Medicina presenta la mayor prevalencia de nivel severo de depresión y nivel grave de ideación suicida. También en estudiantes de enfermería de una Universidad de Hong Kong se evidenció una prevalencia de 24,3% para síntomas depresivos

(niveles de moderados a severos), según el estudio realizado por Cheung y colaboradores (Cheung, y otros, 2016) aplicando la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21).

El estudio realizado por Barraza y colaboradores en una universidad chilena con estudiantes de medicina y enfermería (n=110), mostró que respecto a la sintomatología depresiva un 72% de la muestra se sitúa en rango normal, un 22,4% en rango medio a moderado y un 5,6% en rangos severo a muy severo; solo se obtuvo una diferencia significativa ($p:0,035$) en las medias de depresión entre ambas carreras, siendo medicina la carrera con mayor media en el puntaje de depresión (Barraza, y otros, 2015).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Definición de ansiedad

Retomando el enfoque cognitivo de la teoría de Beck, expuesto en la definición de depresión, se encuentra que la ansiedad está definida como la distorsión en el procesamiento de la información que lleva a que la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro (que tienen un valor obvio para la propia supervivencia), aparezcan sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (Sanz, 1993).

Por otro lado al utilizar un enfoque biológico, se define la ansiedad como un “estado de activación del sistema nervioso, consecuente a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras de la función cerebral; ésta activación se traduce, por un lado, en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (secreción de hormonas suprarrenales), que

darían lugar a los síntomas somáticos de ansiedad, y, por otro, en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirían en los síntomas psicológicos de ansiedad” (Bobes, Sáiz, González, & Bousoño, 1999).

Con fines diagnósticos la Guía de Práctica Clínica expedida por el gobierno mexicano define la ansiedad como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos y se considera patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Secretaría de Salud, 2010).

Ya desde 1985, Miguel-Tobal (Miguel, 1985) nos dice que la ansiedad tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia y según exponen Sandín y Chorot (Sandín & Chorot, 1995), la característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante, sin embargo esto nos hace pensar ¿cuál es entonces la diferencia de ella con otros procesos como el miedo, la angustia y el estrés?. Respecto a la diferencia con el miedo, la ansiedad se diferencia de éste porque puede llegar a desencadenar manifestaciones patológicas en el individuo tanto a nivel emocional como funcional si supera la normalidad en cuanto a intensidad, frecuencia o duración (Vila, 1984) y sus distintas manifestaciones físicas y mentales no son atribuibles a peligros reales, mientras que el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes (Marks, 1986).

Un concepto más reciente del miedo, es el que nos da el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) definiéndolo como “una respuesta emocional a una amenaza inminente,

real o imaginaria”, y en el caso de la ansiedad como “una respuesta anticipatoria a una amenaza futura”.

La angustia por otra parte tiene un origen etimológico en común con la ansiedad, viniendo las dos de la raíz indoeuropea *angh* de donde se originan el vocablo *anxietas* (ansiedad) y la palabra *ango* (angustia) (Sarudiansky, 2013), sin embargo la definición de esta última se basa más en los aspectos físicos describiéndose como visceral y obstructiva, que aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (Ayuso, 1988) predominando los síntomas físicos y atenuando el grado de captación del fenómeno (López, 1969). Definiciones más actuales la caracterizan por la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos se encuentra afectada (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Por último el estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia, Lazarus y Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) lo definen como “una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas”. En la mayoría de los casos el estrés es entendido como algo negativo o perjudicial que llega a producir malestares físicos (Looker & Gregson, 1997) pero otros lo perciben como algo positivo, “describiéndolo como una experiencia divertida, placentera y estimulante, sintiéndose más capaces de hacer frente a las demandas del entorno de forma libre, exponiéndose a situaciones de riesgo con la confianza de superarlas con éxito” (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). En términos generales se puede decir que se trata de un proceso adaptativo y de emergencia y no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Si se habla ya no de la ansiedad en general si no de los trastornos de ansiedad, tenemos que, según la clasificación DSM V se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados y se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Sintomatología y criterios diagnósticos

Cuando la ansiedad es patológica, la persona presenta un grado evidente de disfuncionalidad y presenta síntomas tanto físicos como psicológicos (tabla 2), debido a esto se ven afectados los procesos mentales, produciendo distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis (Secretaría de Salud, 2010).

Al igual que la depresión y otros trastornos mentales, el diagnóstico de los trastornos de ansiedad se realiza por medio de entrevista clínica, sin embargo, ya que la ansiedad puede ser un síntoma añadido en otros cuadros psicopatológicos o ser un síntoma producido por diferentes causas, se recomienda además de la historia clínica completa, realizar exploraciones complementarias como: hemograma, velocidad de sedimentación globular, bioquímica, estudio de función tiroidea (TSH) y electrocardiograma (Bobes, Sáiz, González, & Bousoño, 1999).

Tabla 2.
Síntomas físicos y psicológicos presentes en los trastornos de ansiedad.

Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
· Aumento de la tensión muscular	· Intranquilidad
· Mareos	· Inquietud
· Sensación de “cabeza vacía”	· Nerviosismo
· Sudoración	· Preocupación excesiva y desproporcionada
· Hiperreflexia	· Miedos irracionales
· Fluctuaciones de la presión arterial	· Ideas catastróficas
· Palpitaciones	· Deseo de huir
· Midriasis	· Temor a perder la razón y el control
· Síncope	· Sensación de muerte inminente

Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> · Taquicardia · Parestesias · Temblor · Molestias digestivas · Aumento de la frecuencia y urgencia urinaria · Diarrea 	

Fuente: elaboración propia con información de Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada, por lo que se necesita un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados para clasificarlos y realizar el diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Actualmente las clasificaciones más aceptadas y aplicadas para el diagnóstico son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) publicado por la OMS en 1994 (Organización Mundial de la Salud, 1994) y la clasificación del DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) (Tabla 3).

Tabla 3.
Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Asociación Americana de Psiquiatría DSM- 5	OMS – CIE 10
<ul style="list-style-type: none"> · Ansiedad por separación · Mutismo selectivo · Fobia específica · Ansiedad social (fobia social) · Trastorno de pánico · Agorafobia · Ansiedad generalizada · Ansiedad inducida por sustancias · Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica · Otro trastorno de ansiedad especificado · Otro trastorno de ansiedad no especificado. · 	<ul style="list-style-type: none"> · F40 Trastorno de ansiedad fobia · F40.0 Agorafobia <ul style="list-style-type: none"> · .00 Sin trastorno de pánico · .01 con trastorno de pánico · F40.1 Fobias sociales · F40.2 Fobias específicas (aisladas) · F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica · F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación · F41 Otros trastornos de ansiedad · F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) <ul style="list-style-type: none"> · .00 Moderado · .01 Grave · F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada · F41.2 Trastorno mixto ansioso depresivo · F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad · F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados · F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

Fuente: elaboración propia con información obtenida de DSM-5 y CIE- 10.

Como ya se había expuesto anteriormente, según el manual diagnóstico DSM 5, los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí por el objeto o situación que induce los síntomas y se diferencia de la ansiedad o miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (suelen tener una duración de mínimo 6 meses), por lo que a continuación se especificarán las características de cada trastorno según dicho manual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- Trastornos de ansiedad por separación: la persona se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia.
- Mutismo selectivo: incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.
- Fobia específica: miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.
- Ansiedad Social (Fobia social): miedo, ansiedad o evitación ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado. La ideación

cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

- Trastorno de pánico: recurrentes e inesperadas crisis de pánico, la persona esta persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (p. ej., evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos.
- Agorafobia: temor o ansiedad ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda.
- Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad persistente y excesiva con una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos.

- Trastorno de ansiedad debido a otra afectación médica: los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.
- Otro trastorno de ansiedad especificado: predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en diferentes áreas, pero que no cumple todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. Se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.
- Otro trastorno de ansiedad no especificado: predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en diferentes áreas, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. Se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Panorama epidemiológico

La ansiedad se encuentra catalogada por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) como una de las enfermedades mentales comunes, y según cifras de esta organización para el 2015 se calculaba una prevalencia de 3,6% a nivel mundial ya que se estimó un total de 264 millones de personas con trastornos de ansiedad en ese año (Organización Panamericana de la Salud, 2017), con una tasa de presentación de 3714/100.000 habitantes a nivel mundial según cifras del IHME (IHME, 2016).

Además de la alta prevalencia, al igual que la depresión, los trastornos de ansiedad figuran entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad en todas las regiones de la OMS y están clasificados como el sexto factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales a nivel mundial, con un total de 24,6 millones de años de vida vividos con discapacidad a escala mundial según PAHO para el año 2015 (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Estos trastornos mentales son más comunes en mujeres que en hombres según datos de dicha organización (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial) con prevalencias más altas en las mujeres de la Región de las Américas, ya que presentan un 7,7% de trastornos de ansiedad comparado a un 3,6% en los hombres; en esa misma región los años vividos con discapacidad sobrepasan los 500 años por 100.000 habitantes, tasa mayor que la presentada por la Región de África para ese mismo año (267 años vividos con discapacidad por 100.000 habitantes) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En México, según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el 2003, los trastornos de ansiedad ocuparon el primer puesto con una prevalencia de 14.3% de personas que sufrieron alguna vez en su vida alguno de los trastornos, 8.1% que presentaron algún trastorno en los últimos 12 meses y 3.2% en el último mes, en todos los trastornos de ansiedad, la presentación es mayor en mujeres que en hombres (Medina, y otros, 2003).

Datos más recientes como los presentados por el IHME, muestran una tasa de 2927 casos de cualquier trastorno de ansiedad por cada 100.000 habitantes en México, con una tasa muy similar para el estado de Hidalgo (2927 por 100.000 habitantes) para el año 2016 (IHME, 2016).

Factores asociados a trastornos de ansiedad

Existen factores que pueden favorecer la aparición de cualquier trastorno de ansiedad y que según la Guía de Práctica Clínica mexicana (Secretaría de Salud, 2010) se pueden clasificar en:

- **Biológicos:** alteraciones en sistemas neurobiológicos (gabaérgicos y serotoninérgicos), así como anomalías estructurales en el sistema límbico.
- **Ambientales:** estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.
- **Psicosociales:** situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

Dentro de estos factores se encuentran algunos que se han asociado en mayor medida a la presentación de los trastornos (Secretaría de Salud, 2010):

- Historia familiar de ansiedad u otros trastornos mentales.
- Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada.
- Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso.
- Ser mujer
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión)
- Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias

Sin embargo existen factores predisponentes específicos para cada tipo de trastorno de ansiedad, como se expone en el manual diagnóstico DSM 5 (Tabla 4).

Tabla 4.

Factores específicos asociados a cada trastorno de ansiedad.

Trastorno	Factores Temperamentales	Factores Ambientales	Factores Genéticos y Fisiológicos
Trastorno de ansiedad por separación	-----	Estrés vital, en especial una pérdida. Sobreprotección parental e intrusismo.	Heredabilidad estimada del 73 % en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años de edad, con cifras más altas en las niñas.
Mutismo selectivo	Afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual. En niños: dificultades sutiles del lenguaje receptivo.	En niños: padres controladores o protectores e inhibición social por parte de los padres.	Pueden existir factores genéticos compartidos con trastorno de ansiedad social.
Fobia específica	Afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual.	Sobreprotección de los padres, pérdida de los padres, separación, maltrato físico y abusos sexuales.	Susceptibilidad genética a una determinada categoría de fobia específica. Tendencia singular para el síncope vasovagal en personas con fobia a la sangre-inyección-herida.
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	Inhibición del comportamiento y miedo a la evaluación negativa.	Maltrato infantil y adversidad psicosocial de aparición temprana.	En niños: alta inhibición conductual. Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social.
Trastorno de pánico	Afectividad negativa (Neuroticismo), sensibilidad a la ansiedad.	Experiencias infantiles de abusos sexuales y maltrato físico. Fumar. Factores de estrés identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico.	Hay un aumento del riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares. Algunas dificultades respiratorias, como el asma, se asocian con el trastorno de pánico.
Agorafobia	Afectividad negativa (Neuroticismo) y sensibilidad a la ansiedad.	Sucesos negativos de la infancia, clima familiar y una crianza caracterizados por escasa calidez y exceso de sobreprotección.	La heredabilidad de la agorafobia es del 61 %.
Trastorno de ansiedad generalizada	Inhibición de la conducta, afectividad negativa (neuroticismo) y evitación del daño.	Adversidades en la infancia y sobreprotección de los padres.	Un tercio del riesgo de sufrir trastorno de ansiedad generalizada es genético.

Fuente: elaboración propia con información obtenida del Manual Diagnóstico DSM 5.

Nota: Se excluyen trastornos de ansiedad inducido por sustancias u otra afección médica ya que su aparición es precisamente por alguno de estos dos factores, igualmente se excluyen el trastorno de ansiedad especificado y no especificado por ser de causas desconocidas.

Según los datos para el 2015 publicados por la Organización Panamericana de la Salud las regiones de la OMS con mayores prevalencias de ansiedad son la Región de las Américas, Asia sudoriental y del Pacífico Occidental (Organización Panamericana de la Salud, 2017), regiones que poseen mayor proporción de países en desarrollo, lo que evidencia la influencia de factores sociales en la presentación de los trastornos de ansiedad; la revisión realizada por Hopkins y Shook (Hopkins & Shook, 2017) concluyó que existe diferencia entre las prevalencias de ansiedad en afroamericanos y americanos de origen europeo y que en esta diferencia se encuentran influyendo factores como la identidad étnica y el estigma hacia la enfermedad mental, ayudando a amortiguar las consecuencias negativas de la ansiedad cuando se tiene alta identidad étnica o aumentando la gravedad de la ansiedad por influencia del estigma en afroamericanos.

La mayoría de trastornos de ansiedad se encuentran asociados con otras patologías mentales como el trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y otros trastornos de ansiedad, algunos trastornos en específico se encuentran asociados con trastornos de la personalidad como es el caso de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de fobia específica especialmente con trastorno de personalidad dependiente y trastorno de fobia social con trastorno de personalidad evitativa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014); de ésta manera también lo concluye la revisión sistemática de estudios de cohorte, realizada por Moreno y colaboradores (Moreno, y otros, 2014) donde se encontraron cinco estudios que asociaban el trastorno de pánico con trastornos de la personalidad, trastorno bipolar, trastornos del sueño, depresión y otros trastornos psicológicos, en el caso de ansiedad generalizada, fueron asociados trastornos de personalidad, trastorno bipolar, depresión y trastornos del sueño en cuatro estudios dentro de dicha revisión.

Como se encontró en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, la tasa de trastornos de ansiedad tuvo una variabilidad en los diferentes grupos de edades, sin embargo, tienden a concentrarse en las edades jóvenes (antes de los 15 años) (Medina, y otros, 2003), por esta razón diferentes estudios se han enfocado en este grupo de edad encontrando también asociación entre el alto consumo de cafeína en jóvenes y síntomas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio ($p < 0,005$) (Mi-Joo, y otros, 2016), así como asociación entre el consumo de alcohol y trastornos de ansiedad social, presentando como posibles factores de riesgo para esta asociación el género femenino, pobre aceptación y presencia de una segunda comorbilidad como depresión, ansiedad generalizada, agorafobia, ansiedad de separación y trastorno obsesivo compulsivo (Cruz, Martins, & Diniz, 2017).

Ansiedad en estudiantes universitarios

Debido a que en edades jóvenes se presenta el pico de trastornos de ansiedad, se han llevado a cabo diversos estudios en población universitaria a nivel global, uno de esos es el estudio realizado por Auerbach y colaboradores en una población de 2274 estudiantes universitarios y no estudiantes entre los 18 y 22 años de edad, residentes de 21 países de ingresos bajos, medios y altos, en el cual se determinó que los trastornos de ansiedad fueron los trastornos más prevalentes dentro del total de la muestra (11.7 - 14.7%), siendo las fobias los trastornos individuales más frecuentes (9.0 – 11.1%) y presentando los estudiantes universitarios prevalencias más altas que los no estudiantes para trastorno de pánico y menores prevalencias de trastornos del comportamiento (Auerbach, y otros, 2016). Otro estudio realizado por Farrer y colaboradores (Farrer, Gulliver, Bennett, Fassnacht, & Griffiths, 2016), en el que se estudió una muestra de 611 estudiantes universitarios de una institución australiana, encontró

una prevalencia de 17,5% de estudiantes con criterios clínicos para trastorno de ansiedad generalizada y una razón de momios alta para el género femenino, estudiantes que se mudaron para asistir a la universidad, estudiantes nacidos en Australia y estudiantes que experimentan estrés financiero de manera ocasional, frecuente y constante (OR: 2.71, 2.04, 2.28, 2.22, 4.36 y 4.00 respectivamente, IC: 95%).

A nivel de Latinoamérica además del estudio ya mencionado realizado por Antúnez y Vinet en estudiantes chilenos (Antúnez & Vinet, 2013), se llevó a cabo otro en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile más específicamente en estudiantes que consultaban al servicio de salud estudiantil en los cuales se encontró una prevalencia de 20,9% de trastornos de ansiedad, ocupando el segundo puesto entre los diagnósticos, solamente superados por los trastornos del estado de ánimo (22,8%) (Micin & Bagladi, 2011).

En estudiantes del área de salud también se han realizado estudios para determinar prevalencia y factores asociados a trastornos de ansiedad, en la investigación realizada por Castillo, Chacón y Díaz en estudiantes chilenos de enfermería y tecnología médica ($n = 173$) se evidenció un 90% de alumnos con niveles de ansiedad leve y moderada, y en los dos grupos de estudiantes se determinaron como principales factores de estrés: sobrecarga académica, falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y realización de un examen (Castillo, Chacón, & Díaz, 2016). También en 661 estudiantes universitarias de la licenciatura de enfermería pero en este caso de la ciudad de Hong – Kong se estudió la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés aplicando la escala DASS 21, encontrando que los síntomas de ansiedad fueron los más frecuentes con un 39,9% de presentación en el total de la muestra y que el grupo de edad más joven (18-22 años) fue el que presentó mayor proporción de ansiedad (51,4% $p = 0.007$) (Cheung, y otros, 2016).

En Colombia igualmente se aplicó la escala DASS 21 en estudiantes de odontología de una universidad de Cartagena (Arrieta, Díaz, & González, 2013), en ellos se encontró que los síntomas de ansiedad estaban presentes en el 37,4% de la muestra y que los factores asociados a la sintomatología ansiosa fueron la disfuncionalidad familiar y falta de apoyo de amigos. También en estudiantes universitarios pero en nivel de posgrado se han realizado investigaciones, una de ellas la que se llevó a cabo en residentes de especialidades médicas de un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, aplicando el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después, concluyendo que tanto los síntomas depresivos, ansiosos y el riesgo de suicidio aumentaron a los 6 meses comparado con la medición inicial, en el caso de ansiedad, los síntomas aumentaron de un 38% a un 56,5% ($p < 0.001$) (Jiménez, Arenas, & Angeles, 2015).

Específicamente en estudiantes de la licenciatura de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí ($n = 323$), aplicando el inventario de ansiedad estado – rasgo se halló una prevalencia de 13% de rasgos de ansiedad que estaban asociados al igual que el estado ansioso con la probable presentación de depresión medida según escala de Zung (Galván, Jiménez, Hernández, & Arellano, 2017).

CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Definición de trastornos de personalidad

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10 desde su publicación definió los trastornos de personalidad como “formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como respuestas inflexibles en un amplio espectro de situaciones individuales y sociales”, además “representan desviaciones extremas o significativas del modo en que el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, particularmente, se relaciona con los demás”, por último expone que estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Una definición muy similar pero más reciente es la definición dada por la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico DSM 5, donde se describe a un trastorno de personalidad como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto”, “se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene un inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según el mismo manual diagnóstico DSM 5, existen dos perspectivas para considerar la definición de los trastornos de personalidad, el utilizado en el manual representan la perspectiva categorial de que los trastornos son síndromes clínicos cualitativamente distintos y la otra perspectiva es la dimensional que considera los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de personalidad que se mezclan imperceptiblemente

con la normalidad entre ellos, tan solo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), por esto, es importante realizar la aclaración de la definición de rasgos de personalidad y su clasificación según la teoría.

Desde 1930 aparece el concepto de rasgo dado por G. Allport, definiéndolo como una tendencia a comportarse de una manera particular ante diferentes situaciones y concibe la personalidad como una estructura jerárquica y organizada de sistemas psicofísicos que determinan la adaptación del sujeto al ambiente (García, 2005), más adelante Eysenck a partir de la década de 1940's, propone su modelo PEN de la personalidad, en el que plantea la estructura de esta en tres dimensiones o rasgos bipolares: Extraversión/Introversión, Neuroticismo y Psicoticismo, posteriormente en la década de 1960's, Cattell desarrolla su modelo de 16 factores de la personalidad, considerando a esta última como un "conjunto de rasgos que tienen carácter predictivo sobre la conducta, que es un constructo constituido por partes (los rasgos) y que es una estructura única y original para cada individuo" (García, 2005).

Actualmente las teorías más usadas para el estudio de los rasgos de personalidad son la teoría psicobiológica de la personalidad de Cloninger que propone la existencia de dos grandes dimensiones de la personalidad (temperamento y carácter) cada una compuesta por determinados rasgos de personalidad y la otra teoría es el modelo de los cinco grandes factores propuesto por McCrae y Costa (Tabla 5) (Jerez, 2018).

Tabla 5.
Clasificación de los rasgos de personalidad

Teoría		Rasgos de Personalidad
Modelo de los 5 grandes factores⁵		Cordialidad/Antagonismo
		Responsabilidad/Negligencia
		Extraversión/Introversión
		Apertura a la experiencia
		Neuroticismo/Estabilidad Emocional
Teoría psicobiológica de la personalidad de Cloninger^{5,21}	Dimensión Temperamento	Evitación del daño (HA)
		Búsqueda de novedad (NS)
		Dependencia del refuerzo (RD)
		Persistencia (P)
	Dimensión Carácter	Auto-Trascendencia (ST)
		Auto-Directividad (SD)
		Cooperatividad (C)

Fuente: Tomado y traducido de “Depression and Personality Traits”, por Jerez, Y, 2018, *Mexican Journal of Medical Research*, 12, 14-17.

Por último existe un diagnóstico propuesto por el CIE – 10 que se debe diferenciar de los trastornos de personalidad, y son las transformaciones de la personalidad, que se diferencian de los trastornos por el momento y modo de aparición, la transformación es “adquirida normalmente durante la vida adulta, como consecuencias de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátrico graves o de lesiones o enfermedades cerebrales” (Organización Mundial de la Salud, 1994), la transformación de la personalidad está asociado con un comportamiento inflexible y maladaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia patogénica y no es una manifestación de otro trastorno mental o síntoma residual de algún antecedente de trastorno mental (Reich, 2005).

Sintomatología y clasificación de los trastornos de personalidad

Para hablar de la sintomatología de cada trastorno de personalidad, se debe explicar primero la clasificación de estos; actualmente se utilizan dos clasificaciones las cuales son la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10 (Tabla 6) y la expuesta en el Manual Diagnóstico DSM – 5 (Figura 3). Sin embargo la más utilizada es ésta última, donde se describe cada trastorno de la siguiente manera (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- Trastorno de la personalidad paranoide: un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
- Trastorno de la personalidad esquizoide: un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
- Trastorno de la personalidad esquizotípica: un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.
- Trastorno de la personalidad antisocial: un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- Trastorno de la personalidad límite: un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- Trastorno de la personalidad histriónica: un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- Trastorno de la personalidad narcisista: un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

- Trastorno de la personalidad evitativa: un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- Trastorno de la personalidad dependiente: un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC): un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- Cambio de la personalidad debido a otra afección médica: un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica (p. ej., una lesión del lóbulo frontal). Este diagnóstico podría encajar con el concepto de transformación de la personalidad descrito en el CIE – 10.
- Otro trastorno de la personalidad especificado y trastorno de la personalidad no especificado: se agrupan en una categoría que se compone de dos situaciones: 1) un patrón de la personalidad del individuo que cumple los criterios de un trastorno de la personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de la personalidad, pero que no cumple los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad, o 2) un patrón de la personalidad que cumple los criterios generales para un trastorno de la personalidad, aunque se considera que la persona tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5 (p. ej., el trastorno de la personalidad pasiva-agresiva).

Según la clasificación CIE 10, se especifica el trastorno de personalidad tipo impulsivo, que al igual que el trastorno límite de la personalidad se distinguen como un subtipo del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (Organización Mundial de la

Salud , 1994), este tipo impulsivo se caracteriza principalmente por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos.

En general los criterios diagnósticos para todos los trastornos de personalidad según el manual diagnóstico DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014) en conjunto con los expuestos por Dobbert (2007) son los siguientes:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos). Según nos refiere Dobbert en su libro Entendiendo los Trastornos de Personalidad: una introducción, la persona con el trastorno se ve a sí mismo diferente a como ve los otros, ellos pueden verse a sí mismo en términos de grandiosidad o pueden tener un muy bajo sentido de autoestima, ninguna de las cuales son percepciones precisas. Esta percepción incorrecta de ellos mismo influencia su percepción de los eventos y consecuentemente sus respuestas comportamentales. Ellos no son capaces de ver el mundo desde la perspectiva de otro, ni son capaces de examinar los eventos con una perspectiva que no sea la propia, consecuentemente tienen una visión egocéntrica aunque incorrecta. Por último nos dice que las personas con un trastorno de personalidad creen que su percepción de los eventos y subsecuente respuesta comportamental son correctas y no pueden entender cómo y por qué otros encuentran su percepción y comportamiento inadecuado.

2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional). Para éste punto, Dobbert también explica que la persona tiene dificultad para regular el nivel de su respuesta emocional a eventos y que la percepción errada de ellos mismos, de los eventos, de las personas y la subsecuente afectividad inapropiada es dictada por el trastorno de personalidad específico y es la clave para el diagnóstico diferencial.

3. Funcionamiento interpersonal. Según Dobbert la diferencia de la percepción entre la persona sin trastorno y la persona con trastorno de personalidad produce una falta de entendimiento y a menudo angustia en la persona sin trastorno de personalidad quien cuestiona la percepción de la persona con trastorno, resultando en conflicto y disrupción de la funcionalidad interpersonal, esta disrupción puede o no causar angustia en la persona con el trastorno y dependiendo del trastorno la persona puede responder con hostilidad, ataques agresivos o en el extremo opuesto con un comportamiento autodestructivo.

4. Control de los impulsos. La mala percepción de ellos mismos, de los eventos y de los otros, junto con la incapacidad para regular la respuesta emocional y los frecuentes encuentros de disfunción interpersonal son exacerbadas por la pérdida de control de los impulsos, en lugar de dar un paso atrás en la situación y examinar las circunstancias la persona con trastorno de personalidad responderá impulsivamente.

B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.

- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
- E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico).

Tabla 6.
Clasificación de los trastornos de personalidad según CIE - 10

Trastornos específicos de la personalidad	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad	F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad	F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica
F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad	F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad	F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica
F60.2 Trastorno disocial de la personalidad		F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad
F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad		F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación
30. Tipo impulsivo		
31. Tipo límite		
F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad		
F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad		
F60.6 Trastorno ansioso (con conducto de evitación) de la personalidad		
F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad		
F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad		
F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación		

Fuente: Elaboración propia con información de Guía de bolsillo de la clasificación CIE – 10

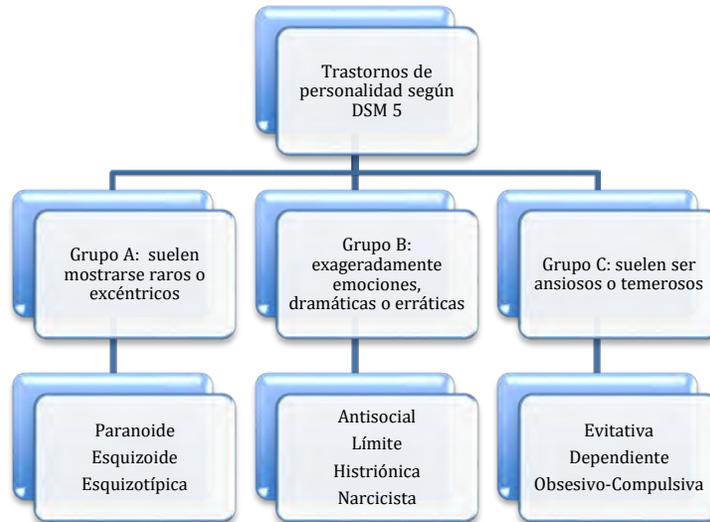


Figura 3. Clasificación de los trastornos de personalidad según DSM 5.

Fuente: Elaboración propia

Panorama epidemiológico

En el continente europeo, más específicamente en población española, estudios realizados entre 1997 – 2007 con muestras mayores de 250 personas, se estimó una prevalencia entre el 4,4% y 19% de trastornos de personalidad, y en población clínica también española la prevalencia aumenta considerablemente ubicándose entre el 3,7% y el 91% (Giner, y otros, 2015).

Por otra parte, en el continente americano, se considera según estudios en población estadounidense una prevalencia entre el 9 al 14,8% de pacientes con al menos un trastorno de personalidad (Angstman & Rasmussen, 2011), prevalencia que se divide para cada trastorno específico como se muestra en la figura 4.

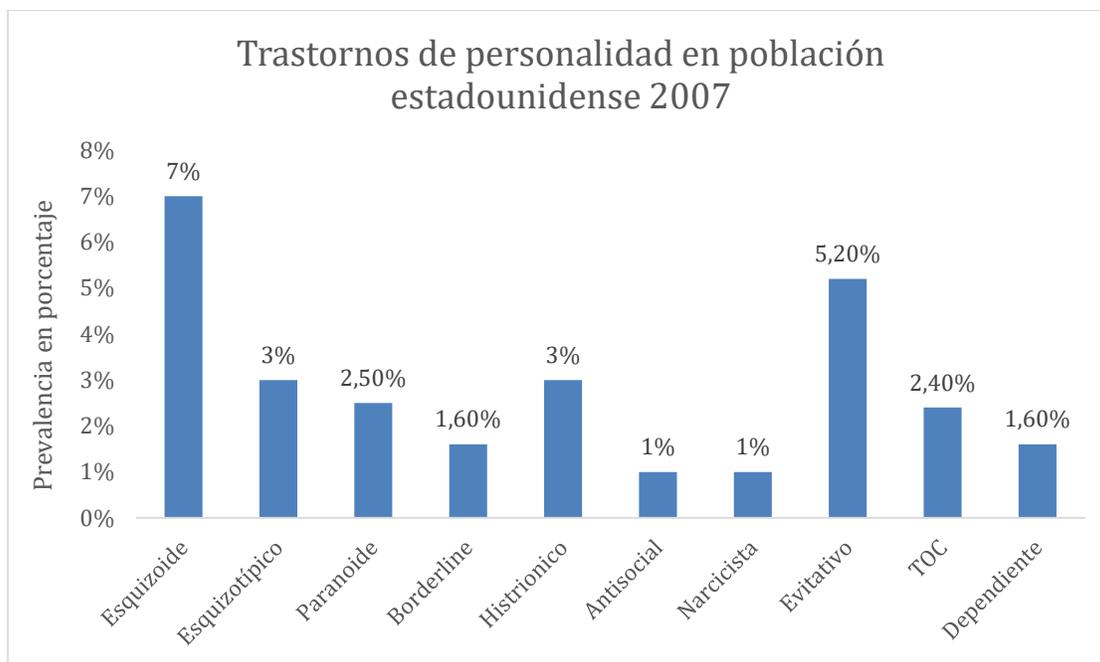


Figura 4. Prevalencias de trastornos de personalidad en población estadounidense 2007.

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de “Personality Disorders: Review and Clinical Application in Daily Practice” por Angstman, K., & Rasmussen, N, 2011, *American Family Physician*, 84(11), 1253-1260.

Ya a nivel de Latinoamérica el estudio retrospectivo llevado a cabo en Perú en una institución pública de atención a pacientes con problemas de salud mental, donde se analizaron 1489 historias clínicas de casos nuevos consultantes entre los años 2011 – 2013, evidenció una prevalencia de 6.0% para los diagnósticos con los códigos CIE 10 F60 a F69 que corresponden con los diagnósticos para trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (Zegarra, Cazorla, & Chino, 2016)

En Colombia según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015, se indagaron rasgos de personalidad en 10870 personas a nivel nacional, por medio de la entrevista estructurada del CIDI-CAPI para rasgos de personalidad de los grupos A, B y C, encontrándose que la mayor proporción de rasgos era para el probable trastorno límite de personalidad, dado que el 4,6% (IC95%, 4,1-5,2) de la población de 18 y más años tiene 6 o más rasgos de este tipo y es donde se encuentra la mayor cantidad de rasgos reportados como

entidad individual, en similar proporción de varones y mujeres (Oviedo, Gómez, Rondón, Borda, & Tamayo, 2016).

Por último, en México, Se aplicó un tamizaje de trastornos de la personalidad con base en el International Personality Disorder Examination a una muestra representativa de la población adulta mexicana en áreas urbanas (n = 2362) como parte de la Encuesta Mexicana Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002), proporcionando una prevalencia de 4.6% para el Grupo A, 1.6% para el Grupo B, 2.4% para el Grupo C, y 6.1% para cualquier trastorno de personalidad (Benjet, Borges, & Medina, 2008).

Factores asociados a trastornos de la personalidad

Como se describió anteriormente los trastornos de personalidad presentan altas prevalencias de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, de éstos últimos, la revisión sistemática realizada por Latas y Milovanovic (Latas & Milovanovic, 2014) evidenció una prevalencia de 35% de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de estrés postraumático, 47% en pacientes con trastorno de pánico con agorafobia y pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, y 48% en pacientes con fobia social; evidenció que existe una alta presentación (39%) de trastornos de personalidad del Grupo C entre individuos con trastornos de ansiedad y que los trastornos de ansiedad son altamente prevalentes en muestras de personas con trastornos de personalidad, especialmente trastorno de personalidad límite (80-84,8%).

También se expone en el manual diagnóstico DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) que determinados trastornos de personalidad se presentan con mayor frecuencia en familiares de pacientes con esquizofrenia, como es el caso de los trastornos paranoide,

esquizoide y esquizotípico, marcando la importancia del componente genético en dichos trastornos y llegando a ser el trastorno esquizotípico un posible precursor de la esquizofrenia (Angstman & Rasmussen, 2011).

En el caso de otros trastornos de la personalidad, las pacientes con trastorno antisocial, presentan mayor riesgo de desarrollar trastorno de síntomas somáticos y abuso de sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), estados delirantes y trastorno facticio (Angstman & Rasmussen, 2011), además de encontrarse con mayor frecuencia en hombres que en mujeres sin embargo se plantea la posibilidad del infradiagnóstico en mujeres por cuestiones socioculturales, que junto a factores como la pobreza, violencia influyen en la presentación de este trastorno, por cual se recomienda tener en cuenta estos factores socioculturales en el momento del diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En el caso de trastorno límite de la personalidad, se encuentra mayor frecuencia de presentación de abuso de sustancias, trastorno antisocial y trastornos depresivos y bipolares tanto en el paciente con trastorno límite como en sus familiares (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El estudio nacional transversal llevado a cabo por Sja°stad y colaboradores (Sja°stad, Gra°we, & Egeland, 2012) en una muestra de 3679 pacientes noruegos con trastornos de personalidad, comparó la prevalencia de trastornos del estado de ánimo asociado a un trastorno de personalidad, encontrando asociación significativa ($p < 0.0025$) entre depresión unipolar y trastorno evitativo y dependiente, y entre distimia y trastornos esquizoide y evitativo.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos de América, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC por sus siglas en inglés) (Lentz, Robinson, & Bolton, 2010), arroja como resultado una asociación significativa ($p < 0.001$) entre haber sufrido adversidades en la infancia como abuso físico con trastorno esquizotípico de personalidad, también posterior a controlar las variables sociodemográficas: adversidades en la infancia y otros trastornos psiquiátricos, se encontró una fuerte asociación de trastorno esquizotípico con depresión mayor, trastorno de pánico y fobia social. Por último cuando las características sociodemográficas y otros diagnósticos del eje I y II fueron controlados, los individuos con trastornos esquizotípico de la personalidad fueron 1.51 veces más propensos a realizar intento de suicidio que aquellos sin el diagnóstico de trastorno esquizotípico (95% IC: 1.16-1.97).

Trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios

La adolescencia, el enfrentarse a múltiples estresores como iniciar una nueva etapa, la sobrecarga académica, competencia con los pares, constante presión al éxito, disminución del tiempo de ocio y menos tiempo para compartir con su familia, hacen de los universitarios una población con mayor frecuencia de psicopatología que otras poblaciones (Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010).

Debido a esto, la revisión realizada por Tosevski y colaboradores (Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010), estudia rasgos de personalidad antes que trastornos, para posible intervención temprana, en ella se exponen ciertos rasgos de personalidad como predictores o factores protectores para el desarrollo de psicopatología, como por ejemplo, se expone que el rasgo de extroversión tiene un efecto positivo directo en estilos maduros de enfrentamiento de los problemas, lo cual ha sido directamente relacionado con buena salud mental, por otro lado la

timidez ha sido reconocida como un predictor confiable de varias formas de psicopatología, incluyendo abuso de sustancias y trastornos del ánimo. El perfeccionismo también ha sido catalogado como predictor de síntomas de ansiedad en estudiantes universitarios según dicha revisión, por último refieren que la desesperanza es ampliamente aceptada como el factor de riesgo más importante para suicidio, pero que está además asociado a un amplio rango de psicopatologías.

Estudiando los trastornos de personalidad como tal, la investigación llevada a cabo por Guamani, en 109 estudiantes universitarios de la licenciatura de psicología clínica de una institución en Ecuador en quienes se evaluó trastornos de personalidad por medio del cuestionario de Salamanca e inteligencia emocional por medio del Inventario de Cociente Emocional de Bar On, se encontró que la mayor prevalencia se encuentra en el trastorno de personalidad histriónica con un 27%, seguido por los trastornos de personalidad esquizoide, ansioso, obsesivo compulsivo, narcisista, paranoide, impulsivo, límite, dependiente y antisocial con prevalencias de 19, 13, 11, 8, 7, 6, 5, 4 y 1% respectivamente, no se encontraron estudiantes con trastorno esquizotípico (Guamani, 2017), al relacionar con la inteligencia emocional se encontró que los estudiantes con personalidad histriónica y narcisista puntuaron para inteligencia emocional promedio y alta, mientras las personalidades límite e impulsivo poseen un cociente emocional bajo, resultados que se pueden explicar teniendo en cuenta las características propias de cada trastorno de personalidad.

También en el estudio realizado por Micin y Bagladi (2010), en 460 universitarios que consultaron al servicio de salud de una universidad chilena, se encontró que el 21,5% de los estudiantes presentaban un trastorno de personalidad, de éstos los más prevalentes fueron el trastorno histriónico con 7%, trastorno límite con 4,8% y trastorno narcisista y esquizoide

con 2,2% cada uno. De los estudiantes que presentaron un diagnóstico del eje I, el 21,5% presentaron trastorno de personalidad ya diagnosticado y el 26,3% está en estudio, por otro lado de los estudiantes con diagnóstico de algún trastorno de personalidad, el 90,9% posee un trastorno a nivel del eje I.

Otro estudio realizado en una muestra de 1907 estudiantes de seis universidades de la ciudad de Medellín – Colombia, aplicando el inventario clínico multiaxial de Millon, arrojó como resultado que el trastorno límite de la personalidad alcanzó el mayor porcentaje (18,9%), seguido del esquizotípico (5,9%) y del paranoide (5,7%); en el caso de las mujeres el porcentaje más elevado fue el límite (12,5%), luego el esquizotípico (3,4%) y el paranoide (2,7%) y por último en los hombres el porcentaje más elevado fue el límite (6,4%), seguido del paranoide (3,0%) y del esquizotípico (2,0%) (Ferrer, y otros, 2015).

Evaluando la asociación entre patrones de la personalidad y ansiedad, el estudio llevado a cabo en una muestra de 120 estudiantes de psicología de una universidad colombiana, patrones que fueron medidos con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, que evalúa 14 escalas constituidas como patrones de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo, Compulsivo, Negativista, Autodestructivo) y patrones graves de la personalidad (Esquizotípico, Límite y Paranoide) encontró mayores puntuaciones en el patrón compulsivo, seguido del patrón histriónico (predominante en mujeres) y el narcisista (predominante en hombres), además de una correlación significativa por test de Spearman entre los trastornos de personalidad patológica, tales como agresivo y limite y la ansiedad tanto en estado como en rasgo (Salamanca, Vega, & Niño, 2014).

CAPÍTULO 3. SÍNDROME DE BURNOUT

Definición de síndrome de burnout y sintomatología

Antes de hablar de lo que sería una patología desencadenada en el ámbito laboral, se hace conveniente establecer la definición de salud laboral, en la cual, según Boada y Ficapal (Boada & Ficapal, 2012) “se pretende fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todos los daños a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su trabajo contra los riesgos para la salud, y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas”.

Una de las afecciones actuales de dicha salud laboral es el síndrome de burnout, que se podría decir que se deriva del concepto de estrés, ya que el término “burnout” es un término anglosajón cuya traducción más acertada es estar quemado o desgastado por el trabajo, esto como una respuesta al estrés crónico laboral, generando una experiencia que desencadena sentimientos y actitudes nocivas tanto a nivel personal como organizacional (Campo & Ortegón, 2012) y fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (Saborío & Hidalgo, 2015).

El concepto de síndrome de burnout se inició a partir de las descripciones que realizó el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger en 1974, en muchos de sus compañeros de equipo de trabajo, quienes “luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de

agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo” (Saborío & Hidalgo, 2015).

En 1986 Maslach, describe el síndrome de burnout como una respuesta primordialmente emocional, que se desarrolla en profesionales que trabajan con personas (Campo & Ortegón, 2012), sin embargo, en 1988 Pines y Aronso, plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas (Saborío & Hidalgo, 2015).

Actualmente la definición más aceptada es la de C. Maslach, “que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal” (Saborío & Hidalgo, 2015).

Caballero, Hederich y Palacio (Caballero, Hederich, & Palacio, 2010) refieren que posterior a la inclusión de todas las profesiones dentro del síndrome de burnout, existió una tercera etapa de la investigación en este tema, donde se amplió la población afectada por el síndrome de Burnout hasta considerar a los estudiantes en sus procesos académicos y es aquí donde podemos hablar propiamente del síndrome de burnout académico, que surge de la presunción que los estudiantes universitarios, al igual que cualquier profesional, se encuentran con presiones y sobrecargas propias de la labor académica y se define como “una respuesta emocional negativa, persistente, relacionada con los estudios, formada por una sensación de encontrarse exhausto, de no poder más en las tareas como estudiante (agotamiento); una actitud cínica o de distanciamiento con el significado y la utilidad de los estudios que se están realizando (cinismo); y un sentimiento de incompetencia académica como estudiante (ineficacia) (Schaufeli, Salanova, González, & Bakker, 2002).

Retomando el concepto de síndrome de Burnout establecido por Maslach, donde se habla de tres rasgos principales: agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal, al explicar cada uno de ellos podemos determinar la sintomatología del síndrome; empezando por el agotamiento emocional, éste se refiere a sensaciones de sobre esfuerzo y hastío emocional como consecuencia de las interacciones, que se refleja en un sentimiento de incapacidad para servir a los demás; la despersonalización se trata de la aparición de actitudes, respuestas, sentimientos fríos y distantes hacia los demás, mostrándose cínico, irritable e irónico, tanto con las personas con quienes trabaja como a quienes sirve; por último en la realización personal se refiere una disminución en la autoconfianza, generando un auto concepto negativo, una disminución del rendimiento laboral, y una baja tolerancia a la frustración, que se materializa en una carencia de expectativas y horizontes tanto en el ámbito laboral como personal (Campo & Ortigón, 2012).

Estos síntomas característicos del síndrome inician de manera insidiosa y se presentan de forma paulatina y cíclica, “puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo” (Saborío & Hidalgo, 2015). Además de los síntomas característicos se pueden presentar signos y síntomas físicos como cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados y malestares generalizados, otros síntomas psíquicos como falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, actitud deflexiva, irritabilidad, impaciencia, síntomas depresivos, negativismo, frustración, desesperanza y desasosiego y

síntomas laborales como sobreinvolucionamiento, no comparten ni delegan trabajo y ausentismo laboral (Thomaé, Ayala, Sphan, & Storti, 2006).

Los síntomas se clasifican en cuatro niveles (Saborío & Hidalgo, 2015):

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Para el diagnóstico del síndrome de Burnout existen diferentes inventarios, actualmente la prueba más utilizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI), sin embargo no se encuentra descrito en la Clasificación CIE – 10 ni en el Manual Diagnóstico DSM 5 (Saborío & Hidalgo, 2015). Una adaptación del MBI para estudiantes, el Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS), demostró al aplicarse, síntomas como: agotamiento por las demandas del estudio, actitudes de desinterés, autosabotaje frente a las actividades académicas y dudas frente al valor del estudio (cinismo) y sentimiento de incompetencia como estudiantes (autoeficacia) (Caballero, Hederich, & Palacio, 2010).

Panorama epidemiológico

En países europeos como Alemania, para el 2010, la encuesta nacional realizada por el TNS Emnid (Instituto de investigaciones sobre política, medios de comunicación y de opinión en Alemania), plantea que el 12,5% de todos los empleados de ese país se sienten abrumados en sus puestos de trabajo (Díaz & Gómez, 2016). Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido en el año 2013, evidenció que en un total de 564 médicos generales participantes del estudio

el 46% presentaba altos niveles de cansancio emocional, 42% síntomas de despersonalización y 34% sensación de falta de realización personal (Cialteza, 2013). Esto lleva a un coste total anual en torno a 20.000 millones de euros por razones de absentismo e incapacidad laboral relacionadas con el estrés laboral en toda Europa (Sanjuan, Arrazola, & García, 2014).

El ámbito laboral en el que más se estudia el síndrome de Burnout según la revisión realizada por Salazar es el de la salud, seguido del educativo, ya que profesiones como la sanitaria, el magisterio y la seguridad, implican un mayor riesgo de estrés laboral y síndrome de Burnout (Salazar, 2015).

América Latina no es la excepción y se han realizado diversos estudios enfocados en el personal del área de salud, entre ellos el realizado en una provincia de Ecuador con 166 profesionales de la salud encontrándose una prevalencia del 26,5% para el agotamiento emocional, 25,9% para la despersonalización y 42,2% para la baja realización personal (Ramírez, 2017). El estudio llevado a cabo en Perú a partir de datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud del año 2014 (ENSUSALUD-2014) de donde se obtuvieron datos de 5067 profesionales de la salud, estableció una prevalencia de 2,8% para síndrome de Burnout y se estimó que el número total de trabajadores de salud que padecen del síndrome en el Perú, siguiendo los puntos de corte de Maslach y colaboradores, sería de 1182 profesionales (IC95%: 916 - 1448) (Maticorena, Beas, Anduaga, & Mayta, 2016).

La revisión sistemática realizada por Juárez y colaboradores (Juárez, Idrovo, Camacho, & Placencia, 2014), enfocada en estudios mexicanos sin importar la profesión y teniendo en cuenta los estudios que especificaron los puntajes de cada dimensión del síndrome de Burnout, halló que para el caso de agotamiento emocional el promedio fue de 2,06 lo que

equivale a que los síntomas se perciben “una vez al mes o menos”, para despersonalización el promedio fue de 1,46 lo que significa “pocas veces al año o menos” y para el punto de realización personal el promedio fue de 4,87 ubicándose entre los valores 4 y 5: “una vez a la semana” y “varias veces a la semana”, concluyendo que esta última dimensión fue la más afectada según los estudios revisados.

Factores asociados a síndrome de Burnout:

Como nos exponen Campo y Ortegón en su tesis (Campo & Ortegón, 2012) los factores que predisponen a la presentación del síndrome de Burnout se pueden dividir en tres grandes grupos: factores de la personalidad, factores del lugar de trabajo y factores de índole social; iniciando con los factores de la personalidad “ciertos rasgos de personalidad, tienen una mayor tendencia a desarrollar los síntomas de Burnout debido al tipo de respuestas que se generan al enfrentarse a situaciones estresantes” encontrando que el neuroticismo se relaciona con el cansancio emocional, por otro lado los rasgos de extroversión y afabilidad son factores protectores para la aparición de Burnout.

Estos autores también exponen que personas con personalidad tipo A “suelen responder excesivamente mostrando hiperactividad, irritabilidad, ambición, hostilidad, agresividad e impulsividad; además se caracterizan por la tendencia a la dominancia y las malas relaciones sociales debido a su competitividad y bajo control de impulsos, lo que los hace poco tolerantes a situaciones estresantes generando así una mayor predisposición a padecer el síndrome”; mientras que los individuos con personalidad tipo B al ser tranquilo y confiados, muestran una mayor adaptación al estrés y tolerancia a la frustración; por último las persona tipo C por ser introvertidos, sumisos y conformistas, “guardan tanta carga emocional que un

momento inesperado se le salen de control sus emociones generando la aparición del síndrome de estar quemado por el trabajo.

Respecto a los factores laborales, en esa misma tesis se especifica que los 6 principales factores detonantes del síndrome de Burnout son:

- Sobrecarga de trabajo
- Falta de control o autonomía sobre los aspectos más importantes de su trabajo
- Desbalance en el sistema de recompensas y reconocimiento
- Falta de interés por parte de la empresa frente a las necesidades de los empleados
- Falta de confianza, respeto o apertura, en el lugar de trabajo
- Incongruencia entre las características propias del sujeto, los valores de la organización y el perfil de cargo.

Otros factores extras catalogados dentro de los factores laborales desencadenantes son una dinámica negativa de trabajo, clima laboral agreste y falta de apoyo del equipo de trabajo, ambigüedad en el rol del trabajador, falta de participación en la toma de decisiones y no recibir un pago justo (Campo & Ortigón, 2012).

Dentro de los factores de índole social se encuentran como factores influyentes la edad relacionada con la experiencia, el sexo (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), armonía y estabilidad familiar, necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonio, divorcio, nacimiento de hijos (Thomaé, Ayala, Sphan, & Stortti, 2006).

En el personal de salud, además de los factores mencionados anteriormente se exponen otros factores como presión del tiempo, contacto con el sufrimiento y la muerte, relaciones difíciles

con los pacientes y sus familiares e insuficientes recursos materiales (Sanjuan, Arrazola, & García, 2014) y más específicamente en el ámbito médico se han determinado ciertos factores para la aparición del síndrome como son (Saborío & Hidalgo, 2015):

- Ser joven, junto con tener hijos y trabajar más de 60 horas a la semana.
- Recibir muchas llamadas irregulares (recibir llamadas durante 2 o más noches a la semana)
- Aumentar la carga de trabajo para pagar deudas.

También se ha encontrado asociación positiva entre el Burnout y dieta irregular, escasa práctica de ejercicio físico y de actividades de autocuidado, calidad deteriorada del sueño e incremento del conflicto entre las demandas de la vida familiar y las de los entornos laborales (Salazar, 2015).

En la revisión sistemática realizada por Jodas y colaboradores (Jodas & Nesello, 2017) se encontró que el síndrome de Burnout fue un predictor significativo de consecuencias físicas como: hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria cardiaca, hospitalización debido a enfermedad cardiaca, dolor musculoesquelético, fatiga prolongada, cefalea, problemas gastrointestinales, problemas respiratorios, lesiones graves y mortalidad por debajo de los 45 años; además de efectos psicológicos como insomnio, síntomas depresivos, uso de psicotrópicos y antidepresivos y hospitalización por trastornos mentales.

Sin embargo, es necesario, además de la disminución o anulación de factores desencadenantes del síndrome, promover la presencia de factores protectores en el ambiente laboral, los cuales según Valencia, Martínez y Díaz pertenecen a la llamada retribución positiva e incluyen: variedad de actividades, ambientes seguros en el trabajo, ingreso

económico, propósito en la entrega de un servicio o producto, felicidad y satisfacción, involucramiento, desempeño adecuado y alcance de metas y compañerismo y lealtad a la compañía (Valencia, Martínez, & Díaz, 2015).

Síndrome de burnout en estudiantes universitarios:

Para iniciar con este apartado es útil aclarar, que si bien los estudiantes no son trabajadores, “como cualquier empleado forman parte de una organización donde desempeñan un determinado rol, realizan tareas que requieren esfuerzo, tienen unos objetivos que cumplir, y su rendimiento es constantemente evaluado y recompensado por sus profesores, quienes ejercen una función análoga a la de un supervisor en el ámbito laboral” y pueden llegar a padecer daños psicosociales ante estresores y demandas concurrentes excesivas o inapropiadas, desencadenando respuestas no adaptativas y perniciosas como el llamado síndrome de quemarse por los estudios (Caballero, Breso & González, 2015).

En general como nos describe Caballero y colaboradores (Caballero, Hederich & Palacio, 2010), las variables asociadas al síndrome de Burnout académico se pueden dividir en tres:

- Del contexto académico: dentro de las cuales se encuentran falta de apoyo de tutores, relaciones distantes y de poca comunicación con los profesores, realizar prácticas formativas al mismo tiempo que se cursan asignaturas, no contar con asociación estudiantil, inadecuada distribución de la carga horaria, problemas físicos de las aulas, transporte inadecuado para llegar a la universidad, temas difíciles, profesores exigentes entre otras.
- Contexto ambiental y/o social: entre estas se encuentran variables como no contar con feedback de los compañeros, no participar en actividades culturales o

recreativas, competitividad del compañero, el tipo de carrera, poco apoyo social de la familia o amigos, falta de recursos económicos, ausencia de ofertas en el mercado laboral.

- Variables intrapersonales: Sexo, Rutina o ausencia de novedad en las actividades cotidianas, dificultad en la planificación del tiempo, ansiedad ante los exámenes, baja autoeficacia, rasgos de personalidad como ansiedad-rasgo y rigidez, bajas competencias básicas, sociales y/o cognitivas, altas expectativas de éxito en los estudios, baja motivación hacia los estudios, insatisfacción frente a los estudios.

Tanto en países europeos como en el continente americano se ha buscado establecer la asociación entre diferentes variables con el síndrome de Burnout en estudiantes universitarios, en el caso del estudio realizado por Martínez y Marques (Martínez & Marques, 2005) en una población de 1988 estudiantes de ciclo superior procedentes de varias universidades españolas y portuguesas se determinó aplicando el Maslach Burnout Inventory-Student Survey que las tres dimensiones del Burnout se relacionan negativamente con el desempeño y las expectativas de éxito y positivamente con la tendencia al abandono ($p = 0,01$).

En América Latina estudios como el llevado a cabo por Castro, David y Ortiz (Castro, David, & Ortiz, 2011) en una universidad colombiana, con una muestra de 438 estudiantes de pregrado de diferentes licenciaturas evidencian una prevalencia de Burnout de 15,5%, especificando por dimensión, el 18,7% manifestaron agotamiento emocional, el 14,4% cinismo y el 0,2% autoeficacia académica, además las variables género masculino, pertenecer a la zona urbana y estudiar en la jornada diurna se asoció a la aparición del síndrome de Burnout. En México el estudio realizado en una muestra de 243 alumnos de licenciatura de

la Universidad Pedagógica de Durango aplicando la Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil (Barraza, 2009), encontró una media de 1,73 para Burnout estudiantil como variable general, lo que corresponde a un nivel leve del síndrome y que el estrés académico da cuenta del 22,8% de la variación total del Burnout estudiantil ($p < 0,001$). La investigación realizada en una muestra de 256 estudiantes de las licenciaturas de psicología y administración del Instituto Tecnológico de Veracruz, utilizando también la Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil, arrojó como resultados que el 84,51% y 76,23% de los estudiantes de las licenciaturas de psicología y administración respectivamente, presentaron nivel leve de Burnout, mientras que un 13,54% y 22,7% presentaron nivel moderado de Burnout en los estudiantes de psicología y administración respectivamente, solo un 1% correspondiente en su totalidad a mujeres de la licenciatura de administración presentaron un nivel profundo de Burnout (Barradas, Trujillo, Sanchez, & López, 2017).

Más específicamente en licenciaturas del área de salud como estudiantes de enfermería, en la Universidad de Costa Rica se indagaron los síntomas del síndrome de Burnout por medio del Maslach Burnout Inventory-Student Survey, encontrando que el 18,8% presenta el síndrome y un 65,4% se encuentra en riesgo de presentarlo, además dentro de la población con Burnout académico se manifestaron síntomas conductuales y físicos, en estos últimos cefalea, dolor de espalda, trastornos del sueño, cansancio crónico, náuseas y alergias (Bolaños & Rodríguez, 2016). En estudiantes de medicina de primero, tercero y sexto año de la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí durante el período 2011-2012 se aplicó el inventario de Burnout de Maslach y se asociaron los resultados con otras variables como ansiedad y depresión, encontrando, que a mayor grado de licenciatura mayor porcentaje de agotamiento emocional, despersonalización y menor nivel de realización ($p < 0,001$, p

$<0,001$ y $p < 0,05$ respectivamente), también se halló una asociación positiva entre síndrome de Burnout y síntomas depresivos y conductas alimentarias de riesgo ($p < 0,001$), mientras que se halló una asociación negativa de Burnout con realización de deporte ($p < 0,05$); por último especificando por factores de Burnout, se encontró que ante mayor nivel del factor de agotamiento aumentan los cuadros de depresión y disminuyen los practicantes de deporte, y un nivel alto de despersonalización se asocia a mayor frecuencia de cuadros de ansiedad (Galván, Jiménez, Hernández, & Arellano, 2017).

JUSTIFICACIÓN

Como se expone en la literatura revisada, las cifras de depresión y ansiedad se encuentran con mayor prevalencia en los estudiantes universitarios comparado con la población en general, aumentando de ésta manera también las cifras de mortalidad por suicidio en población joven, además de otras complicaciones por estas enfermedades como son discapacidad, agravamiento de otros problemas de salud, disminución de la calidad de vida, disminución en el rendimiento académico, deserción de las licenciaturas, pérdida de años académicos, etc.; estas complicaciones también han sido interrogadas en la población universitaria mexicana, como se observó en el estudio realizado en la Universidad Autónoma del Estado de México, demostrando una correlación positiva (coeficiente de Spearman) entre el 57% de los factores para depresión incluidos en el Inventory of Depression and Anxiety Symtoms (IDAS) con el bajo rendimiento académico (Serrano, Rojas, & Ruggero, 2013).

Estas cifras nos demuestran la importancia del estudio de la prevalencia e incidencia de estos trastornos en los estudiantes universitarios, además de la detección temprana de los mismos para iniciar el tratamiento adecuado, evitar complicaciones como las mencionadas anteriormente y disminuir la cifra de suicidios en población joven. Además del estudio de la prevalencia de depresión y ansiedad, es importante conocer la presentación de otros factores que pueden influir en la presentación de dichas enfermedades, como los trastornos de personalidad y el estrés que se produce durante el estudio de la licenciatura, estrés que al presentarse de manera crónica lleva a la presentación de agotamiento estudiantil o síndrome de burnout sobre todo en los últimos semestres académicos.

En nuestra universidad solo se ha estudiado la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los estudiantes que acuden a la clínica de psicológica de la universidad, encontrándose en los consultantes durante el año 2016, prevalencias de 58.7% para depresión y 50.3% de riesgo suicida (Cotonieto & Crespo, 2016), pero no se han estudiado en el general de la población o en el área de la salud, área con mayores prevalencias de estas enfermedades según lo disponible en la literatura hasta el momento, por lo que se hace necesario realizar la descripción de frecuencias y prevalencias en estas licenciaturas, además de los factores que pueden estar asociados a depresión y ansiedad, más específicamente trastornos de personalidad y síndrome de burnout, y así, canalizar los alumnos que presentan alteraciones hacia la clínica de atención psicológica de la institución donde se pueda realizar una intervención oportuna, contribuyendo a la prevención y manejo adecuado de ansiedad y depresión en los universitarios participantes del estudio. Debido a la asociación positiva entre los factores mencionados y los síntomas de depresión y ansiedad, se resalta la importancia de indagar trastornos de personalidad y síndrome de Burnout en la población universitaria como posibles determinantes para la presentación de depresión y ansiedad, no solo en los estudiantes de últimos semestres si no desde el ingreso a la institución como forma de prevención de los trastornos por los cuales consultan más los estudiantes de nuestra universidad: depresión y ansiedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe asociación entre las prevalencias encontradas de depresión o ansiedad y trastornos de la personalidad o Burnout, en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo?

HIPÓTESIS:

Existe asociación positiva entre las prevalencias de ansiedad o depresión y síndrome de burnout o trastornos de la personalidad en los estudiantes participantes del área de salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar la fuerza de asociación entre la prevalencia de ansiedad o depresión y trastornos de la personalidad o síndrome de burnout, en estudiantes de último semestre escolarizado del área de salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de ansiedad, depresión, síndrome de burnout, y trastornos de la personalidad, en la población de estudio del área de salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Describir las prevalencias de ansiedad, depresión, síndrome de burnout y trastornos de la personalidad por licenciaturas y otros factores sociodemográficos en los participantes del estudio.
- Determinar la asociación existente entre la prevalencia de ansiedad o depresión y trastornos de la personalidad o burnout, en los estudiantes del último semestre escolarizado del área de salud de la UAEH.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio observacional ya que no se realizó ninguna intervención en la población de estudio y la medición de las variables fue tomada sin poder modificarlas. Se trata también de un estudio transversal debido a que la medición de las variables se realizó una sola vez en cada estudiante sin realizar ningún tipo de seguimiento y por último se puede decir que se trata de un estudio correlacional pues se pretendió encontrar la relación o asociación existente entre dichas variables. Catalogándose así como un estudio observacional, transversal correlacional o analítico (García, 2009).

POBLACIÓN

Población blanco:

Estudiantes de las licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Población de estudio:

Estudiantes matriculados en el semestre previo al servicio social, de las licenciaturas de medicina, enfermería, nutrición y odontología del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de

la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo durante el periodo de Enero a Diciembre de 2017. Un total de 373 estudiantes distribuidos de la siguiente manera: 165 estudiantes de Medicina entre ellos 86 mujeres y 76 hombres; Enfermería con 84 estudiantes, de ellos 70 mujeres y 14 hombres; Odontología con la participación de 68 estudiantes, 44 del sexo femenino y 24 del masculino; y por último la licenciatura de Nutrición con un total de 56 estudiantes entre ellos 46 mujeres y 10 hombres.

Tipo de Muestreo:

La selección de los participantes en el estudio se realizó por medio de muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia, ya que las pruebas se aplicaron a la totalidad de los estudiantes del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) que en el periodo de Enero – Junio de 2017 se encontraban cursando el semestre previo a realizar el servicio social obligatorio en las licenciaturas de Enfermería, Nutrición, Odontología, y a la totalidad de estudiantes que durante el periodo de Julio – Diciembre de 2017 se encontraban cursando el semestre previo a realizar el servicio social obligatorio en las licenciaturas de Medicina, dando un total de 373 participantes. Se intentó aplicar las pruebas a la totalidad de estudiantes del área de salud, sin embargo por cuestiones administrativas no se pudieron medir las variables síndrome de burnout y trastorno de personalidad en otras licenciaturas como psicología, gerontología y farmacia por lo cual no se incluyeron en el estudio.

Criterios de Inclusión:

- Estar matriculado en el semestre previo a realizar servicio social en las licenciaturas de Odontología, Nutrición y Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de

Hidalgo, durante el periodo académico Enero – Junio de 2017 y periodo Julio – Diciembre de 2017 para el caso de Medicina y Psicología

- Aceptar la participación en el estudio.

Criterios de No inclusión:

- Estudiantes que a pesar de contar con los criterios de inclusión no se encontraban asistiendo a la universidad en las fechas de aplicación de los instrumentos.

Criterios de Eliminación:

- No haber contestado completamente los cuestionarios.

Variables

Las variables medidas se podrían dividir en variables sociodemográficas (edad, licenciatura, estado civil, estar en pareja o no) y alteraciones de la salud mental (síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, trastornos de la personalidad, síndrome de Burnout) (Tabla 7). Debido a que los instrumentos utilizados miden niveles de síntomas mas no son diagnósticos, no se apunta hacia la existencia de variables independientes o dependientes, sino simplemente se busca la asociación entre los síntomas psicológicos medidos y entre los síntomas psicológicos y las variables sociodemográficas.

Tabla. 7
Variables de estudio

Variable	Def. conceptual	Def. operacional	Naturaleza/ Medición	Indicador	Instrumento
Síntomas de Depresión	La presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios	Se califica así: 1-10: estos altibajos son considerados normales.	Cualitativa/ Ordinal	Presencia de síntomas depresivos a partir de	Inventario de depresión de Beck

Variable	Def. conceptual	Def. operacional	Naturaleza/ Medición	Indicador	Instrumento
	somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. según definición DSM 5	11-16: leve perturbación del estado de ánimo. 17-20: estados de depresión intermitentes. 21-30: depresión moderada. 31-40: depresión grave. + 40: depresión extrema.		puntuación 10	
Síntomas de Ansiedad	Es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Definición DSM 5	Se califica así: 0 y 7: nivel de ansiedad 8 a 15: como leve 16 a 25: como moderado 26 a 63: como grave	Cualitativa/Ordinal	Presencia de síntomas ansiosos a partir de una calificación de 16	Inventario de ansiedad de Beck
Trastorno de la personalidad	Definidos por el DSM 5 como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.	El entrevistado escoge entre verdadero y falso para cada pregunta, con la puntuación que da cada respuesta, se realiza la sumatoria según las preguntas para cada trastorno.	Cualitativa/Nominal	Paranoide Esquizoide Esquizotípico Histriónico Antisocial Narcisista Trastorno de inestabilidad Obsesivo compulsivo Dependiente Ansioso	Cuestionario de Salamanca para screening de trastornos de la personalidad.
Síndrome de Burnout	Respuesta al estrés laboral o académico crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja o estudia y hacia el propio rol profesional,	El entrevistado escoge para cada pregunta, una de las cuatro opciones que van en orden de menor a mayor sintomatología y se transforma la sumatoria del puntaje en porcentaje y se califica así: 0-25%: no presenta	Cualitativa/Ordinal	Presencia de síndrome a partir de 26%	Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil

Variable	Def. conceptual	Def. operacional	Naturaleza/ Medición	Indicador	Instrumento
	así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado	26-50%: leve 51-75%: moderado 76-100%: profundo			
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años cumplidos	Cuantitativa/ Razón		Cuestionario de características personales
Género	Categoría taxonómica de clasificación de los seres vivos inferior a la de familia y superior a la de especie.	Femenino/Masculino	Cualitativa/Nominal		Cuestionario de características personales
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	1. soltero 2. unión libre 3. casado 4. separado 5. divorciado 6. viudo	Cualitativa/Nominal		Cuestionario de características personales
Licenciatura	Carrera universitaria de más de tres años que se encuentra estudiando en este momento.	Medicina/ Enfermería/ Nutrición / Odontología	Cualitativa/Nominal		Cuestionario de características personales
Estar en una relación de pareja	Si en el momento se encuentra en una relación amorosa de pareja con otra persona	Si / No	Cualitativa/ Nominal		Cuestionario de característica personales

Fuente: Elaboración propia

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos:

La información se obtuvo por medio de la aplicación de escalas que evalúan las variables ansiedad, depresión, síndrome de burnout, trastorno de la personalidad y características personales.

Para evaluar ansiedad se utilizó el Inventario de Beck para Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Anexo 1), estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), es un instrumento de auto-reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El BAI ha demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0,90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0,60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0,50). Las propiedades psicométricas del BAI en población mexicana presentan una alta consistencia interna (alfas de Chronbach de 0,84 y 0,83), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0,75$), validez convergente adecuada (índices de correlación entre el BAI y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado –IDARE– moderados y positivos) y una estructura factorial de cuatro factores principales denominados: a) subjetivo, b) neurofisiológico, c) autonómico y d) pánico (Galindo, y otros, 2015).

La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3, y la puntuación máxima es de 63 puntos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011) y el punto de corte desde donde se considera que ya existe sintomatología ansiosa es de 16 puntos (Ricardo, Álvarez, Valencia, & Tirado, 2012); Se hace la sumatoria total de los puntajes obtenidos en

cada reactivo y se obtiene con ellos el puntaje total que indica el nivel de ansiedad de la siguiente manera (Sanz J. , 2014):

- 0 a 7 puntos: ansiedad mínima
- 8 a 15 puntos: ansiedad leve
- 16 a 25 puntos: ansiedad moderada
- 26 a 63 puntos: ansiedad severa.

En el caso de Depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (Anexo 2), estandarizado por Jurado y colaboradores (1998) en población mexicana ($\alpha = .87$); es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (Beltrán, Freyre, & Hernández, 2012). Los puntos de corte para cada nivel de síntomas depresivos en población mexicana fueron establecidos por Jurado y colaboradores en (Jurado, y otros, 1998):

- 0-9 puntos: depresión mínima
- 10-16 puntos: depresión leve
- 17-29 puntos: depresión moderada
- 30-63 puntos: depresión severa

El punto de corte del total de la puntuación también fue establecido por estos autores en 10 puntos para la población mexicana (Jurado, y otros, 1998).

La Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil (EUBE) (Anexo 3), fue el instrumento utilizado para evaluar el Síndrome de Burnout, esta escala consta de 15 ítems que pueden contestarse mediante un escalamiento tipo lickert de cuatro valores categoriales (nunca,

algunas veces, casi siempre y siempre). Por sus características distintivas, la escala puede definirse como autodescriptiva y de dominio específico (Barraza, 2011). La obtención del índice que permitirá su interpretación a partir del baremo establecido se realiza asignando a cada uno de las respuestas de la escala los siguientes valores: 1 para nunca, 2 para algunas veces, 3 para casi siempre y 4 para siempre, posteriormente se realiza la sumatoria de puntos obtenidos, sea como variable individual o variable colectiva, se transforma el puntaje en porcentaje, sea a través de regla de tres simple o multiplicando la media obtenida por 25, una vez obtenido el porcentaje se interpreta con el siguiente baremo (Barraza A. , 2008):

- No presenta: 0 – 25%
- Leve: 26 – 50%
- Moderado: 51 – 75%
- Profundo: 76 – 100%

La variable “Trastorno de la personalidad” se evaluó con el cuestionario de personalidad de Salamanca (Anexo 4), que consta de 22 ítems (dos por cada trastorno de personalidad) resumiendo con la mayor precisión posible los valores de cada constructo y adaptándolo a un lenguaje lo más coloquial posible para facilitar la identificación de cada paciente con cada criterio contenido en cada ítem. El cuestionario analiza 11 rasgos/trastornos de personalidad (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, narcisista, histriónico, inestabilidad emocional subtipo límite, inestabilidad emocional subtipo impulsivo, anancástico, dependiente y ansioso) para hombre y mujeres. (Amaya, 2014). Cada trastorno es evaluado por medio de dos preguntas con cuatro posibilidades de respuesta (falso: 0 puntos; verdadero a veces: 1 punto; verdadero con frecuencia: 2 puntos; verdadero siempre: 3 puntos). El punto de corte establecido para cada trastorno es de 2 (Suárez, Ganum, & Cerdá, 2013).

Estos cuestionarios se ingresaron a la plataforma de formularios de Google, la cual nos permitió recoger la información de manera online y guardar las respuestas en hoja de cálculo de Excel.

Procedimiento:

Se citaron los estudiantes por medio de los coordinadores de cada licenciatura programando fecha y hora para que cada grupo asistiera a la sala de informática de la biblioteca del ICSa.

Contestaron los cuestionarios de manera online por medio de la herramienta de Cuestionarios de Google (Anexo 5), con un tiempo de 2 horas para cada grupo.

Los resultados se guardaron en una base de datos de Excel directamente desde la aplicación de Google.

ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Recuento y presentación tabular y gráfica

Los datos recolectados en las encuestas fueron incluidos en una matriz de datos en el programa Excel de Office, previa codificación de cada una de las variables, posteriormente se trasladaron al sistema SPSS versión 24 para la realización de medidas, tablas y gráficos que muestren la asociación entre variables.

Posterior a realizar la asociación entre variables y la validación de ésta, se realizaron las gráficas explicativas para dichos resultados.

Medidas de Resumen y Pruebas estadísticas

Dentro de las medidas de frecuencia por tratarse de un estudio transversal, se calcularon las prevalencias para Ansiedad, Depresión, Síndrome de Burnout, Trastornos de la Personalidad y variables sociodemográficas cualitativas.

Para las variables cuantitativas como la edad, se calculó la media y desviación estándar por la distribución normal de la variable.

Dentro de las medidas de asociación se realizó Odds Ratio (OR) y Chi cuadrada para las variables nominales y ordinales. En el caso en que no fue posible calcular estas medidas por el tamaño de la muestra se realizó prueba exacta de Fisher para determinar la asociación significativa entre las variables.

En el análisis multivariado se utilizó el análisis de regresión logística bivariante.

LINEAMIENTOS ÉTICOS

Aunque no se trata de una investigación de tipo experimental, fue necesario tener en cuenta los principios éticos generales de investigación biomédica (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2002), por lo tanto se respetó la autonomía de los estudiantes que participaron, ya que al inicio de las pruebas se explicó que las pruebas pertenecían a una batería que se venía aplicando por la Clínica de Atención Psicología de la universidad por solicitud de los coordinadores de licenciatura y se colocó también de forma online el consentimiento informado (anexo 6) antes de iniciar los cuestionarios, consentimiento que fue firmado por cada uno de los estudiantes. Por ser una investigación de tipo observacional, el riesgo que podía acarrear fue clasificado como riesgo mínimo y los datos obtenidos solo fueron manejados por el personal de la clínica de

psicología y los investigadores aunque cada estudiantes tuvo la posibilidad de solicitar información de sus resultados si así los solicitaba, respetando de esta manera el principio de beneficencia; por último se cumplió con el principio de justicia ya que los estudiantes que obtuvieron puntuaciones consideradas de riesgo o que indicaban síntomas de trastornos mentales, fueron contactados por personal de la Clínica de Atención Psicología de la universidad para realizar un diagnóstico más acertado e iniciar el manejo con terapeutas.

El estudio también fue expuesto ante expertos del grupo de investigación de salud mental (GISAME) del Instituto Nacional de Salud Pública en Colombia, se explicó el procedimiento y que los estudiantes con riesgo de trastornos mentales según los resultados, fueron contactados por la Clínica de Atención Psicológica para diagnóstico y manejo, lo cual contó con la aprobación del grupo.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra:

El total de los estudiantes que participaron en el estudio fue de 373, con mayor porcentaje de mujeres (n: 246 para un 66% de sexo femenino y n: 127 para un 34% de masculino). La edad tuvo una distribución normal con Media de 23.1, Mediana de 23.0 y Desviación estándar de 2.29 (Edad Mínima: 20 años – Edad Máxima: 41 años).

La muestra estuvo constituida en mayor porcentaje por alumnos de medicina (n: 165), seguido por enfermería (n: 84), odontología (n: 68) y nutrición (n: 56) como se muestra en el siguiente gráfico:

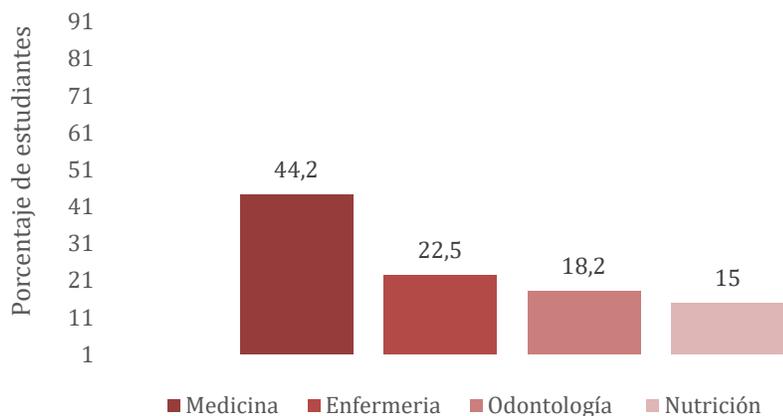


Figura 5. Distribución en porcentaje de estudiantes por licenciaturas

La mayoría de los estudiantes se encontraban con estado civil solteros (93.8%), 11 se encontraban casados y 12 en unión libre (2.9 y 3.2% respectivamente). Por último, del total de estudiantes, el 54.2% se encontraban en una relación de pareja en el momento de contestar los cuestionarios y 45.8% no lo estaban.

Prevalencia de sintomatología psicológica en el total de la muestra:

El nivel de depresión más presentado fue depresión mínima con 329 estudiantes, solo una persona presentó depresión severa y siete moderada, la distribución de porcentajes se muestra en la figura 6. Teniendo en cuenta el punto de corte de 10 para el inventario de depresión de Beck, del total de la muestra el 11.8% de los estudiantes presentaron síntomas depresivos contra 88.2% que no presentaron síntomas.

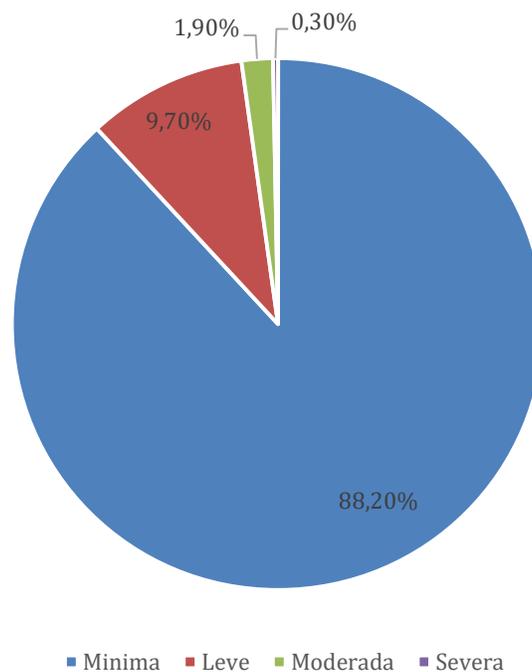


Figura 6. Porcentajes de niveles de depresión en el total de la muestra

Para el caso de síntomas ansiosos se encontró un menor porcentaje de estudiantes con dichos síntomas (5.6%), la mayoría no presentó síntomas ansiosos (94.4%) teniendo en cuenta el punto de corte de 16 puntos para el inventario de ansiedad de Beck. Los niveles de ansiedad se encontraban distribuidos como se muestra en la figura 7.

Los trastornos de personalidad más prevalentes o los que mayor riesgo tienen los estudiantes para presentar según el cuestionario de Salamanca fueron histriónico, esquizoide, trastorno de personalidad obsesivo compulsiva (TPOC) y evitativo en ese orden (Tabla 8), con un alto porcentaje de estudiantes en riesgo para uno o más trastornos de personalidad (96,2%).

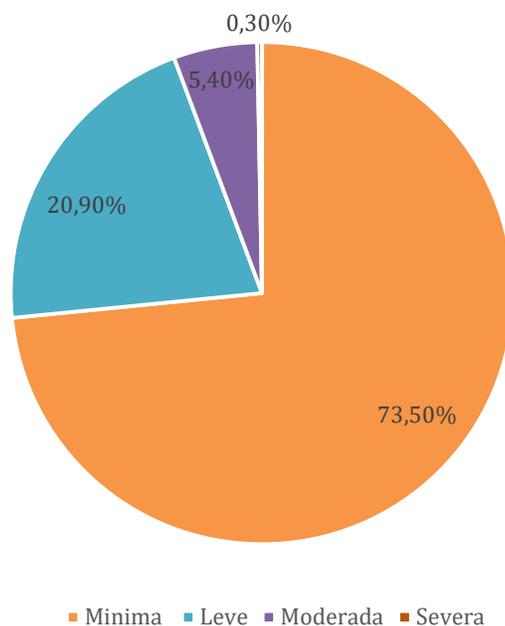


Figura 7. Porcentajes de niveles de ansiedad en el total de la muestra

Tabla 8.
Distribución en porcentajes de trastornos de personalidad en el total de la muestra

Trastorno	En riesgo (%)	Sin riesgo (%)
Paranoide	44,5	55,5
Esquizoide	71,0*	29,0
Esquizotípico	11,5	88,5
Histriónico	71,3*	28,7
Antisocial	3,2	96,8
Narcisista	29,5	70,5
Impulsivo	36,5	63,5
Límite	36,5	63,5
TPOC	68,1*	31,9
Dependiente	30,6	69,4

Trastorno	En riesgo (%)	Sin riesgo (%)
Evitativo	56,3*	43,7

Nota: *trastornos con mayor prevalencia

Dividiendo los trastornos de personalidad por clústeres A, B o C, el grupo que tuvo mayor presentación fue el cluster B (38.8%) seguido de clúster C (33.5%) y en último lugar el clúster A (27.7%).

A diferencia de los síntomas de ansiedad y depresión, la mayoría de los estudiantes presentaron síntomas para síndrome de Burnout (94.1% con síntomas vs 5.9% sin síntomas) y el nivel con mayor presentación fue el nivel leve, solo un estudiante fue positivo para nivel profundo de Burnout (Figura 8).

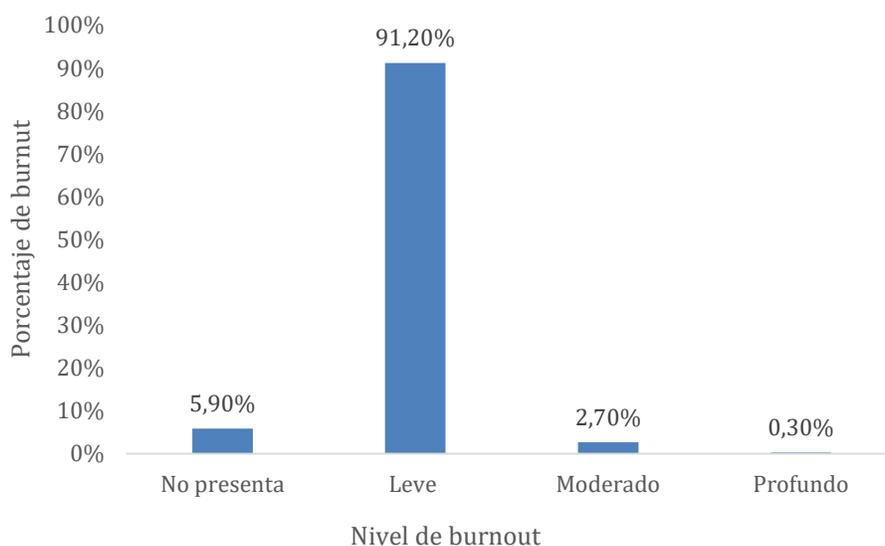


Figura 8. Porcentajes de niveles de Burnout en el total de la muestra

Prevalencia de síntomas psicológicos según factores sociodemográficos:

Las mujeres presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos y Burnout comparado con los hombres (12.6, 6.1 y 95.1% respectivamente), sin embargo la diferencia entre sexos no fue muy marcada, además de que no existe una relación significativa entre las variables sexo y síntomas depresivos, ansiosos o Burnout, como se puede observar en las Tablas 9, 10 y 11.

Del mismo modo se pudo evidenciar que la licenciatura de enfermería fue la que presentó mayor prevalencia de síntomas comparado con medicina, odontología y nutrición, aunque, al igual que con la variable sexo, no se encontró una relación significativa entre licenciatura y síntomas psicológicos (Tablas 9, 10 y 11).

Respecto al estado civil, los estudiantes solteros presentaron las mayores prevalencias de síntomas depresivos y Burnout (12.3% y 94.3% respectivamente), mientras los estudiantes casados presentaron mayor prevalencia de síntomas ansiosos (9.1%) (Tablas 9, 10 y 11), a pesar de estos resultados, la variable estado civil tampoco presenta relación significativa con los síntomas psicológicos.

Los estudiantes que se encontraban en una relación de pareja en el momento de contestar los inventarios, presentaron mayor prevalencia de Burnout (95.0%), mientras que los que no se encontraban en pareja, mostraron mayor sintomatología depresiva y ansiosa (14.6% y 7.6% respectivamente), esto sin llegar a presentar relación significativa entre las variables relación de pareja y síntomas psicológicos (Tablas 9, 10 y 11).

Tabla 9.
Prevalencia de síntomas depresivos según variables sociodemográficas

Factores sociodemográficos	Con síntomas depresivos Frecuencia (%)	Sin síntomas depresivos Frecuencia (%)	Significancia estadística
Género			
Femenino	31 (12,6)	215 (87,4)	0,502
Masculino	13 (10,2)	114 (89,8)	
Licenciatura			
Medicina	17 (10,3)	148 (89,7)	0,312
Enfermería	14 (16,7)	70 (83,3)	
Odontología	9 (13,2)	59 (86,8)	
Nutrición	4 (7,1)	52 (92,9)	
Estado Civil			
Soltero	43 (12,3)	307 (87,7)	0,430
Casado	0 (0,0)	11 (100)	
Unión libre	1 (8,3)	11 (91,7)	
Relación de pareja			
Si	19 (9,4)	183 (90,6)	0,120
No	25 (14,6)	146 (85,4)	

Nota: Significancia estadística ($p < 0,05$) según prueba de Chi².

Tabla 10.
Prevalencia de síntomas ansiosos según variables sociodemográficas

Factores sociodemográficos	Con síntomas ansiosos Frecuencia (%)	Sin síntomas ansiosos Frecuencia (%)	Significancia estadística
Género			
Femenino	15 (6,1)	231 (93,9)	0,586
Masculino	6 (4,7)	121 (95,3)	
Licenciatura			
Medicina	9 (5,5)	156 (94,5)	0,286
Enfermería	8 (9,5)	76 (90,5)	
Odontología	2 (2,9)	66 (97,1)	
Nutrición	2(3,6)	54 (96,4)	
Estado Civil			
Soltero	20 (5,7)	330 (94,3)	0,969
Casado	1 (9,1)	10 (90,9)	
Unión libre	0 (0,0)	12 (100)	
Relación de pareja			
Si	8 (4,0)	194 (96,0)	0,128
No	13 (7,6)	158 (92,4)	

Nota: Significancia estadística ($p < 0,05$) según prueba de Chi².

Tabla 11.
Prevalencia de síndrome de burnout según variables sociodemográficas

Factores sociodemográficos	Con síntomas de Burnout Frecuencia (%)	Sin síntomas de Burnout Frecuencia (%)	Significancia estadística
Sexo			
Femenino	234 (95,1)	12 (4,9)	0,244
Masculino	117 (92,1)	10 (7,9)	
Licenciatura			
Medicina	156 (94,5)	9 (5,5)	0,272
Enfermería	82 (97,6)	2 (2,4)	
Odontología	62 (91,2)	6 (8,8)	

Factores sociodemográficos	Con síntomas de Burnout Frecuencia (%)	Sin síntomas de Burnout Frecuencia (%)	Significancia estadística
Nutrición	51 (91,1)	5 (8,9)	
Estado Civil			
Soltero	330 (94,3)	20 (5,7)	0,839
Casado	10 (90,9)	1 (9,1)	
Unión libre	11 (91,7)	1 (8,3)	
Relación de pareja			
Si	192 (95,0)	10 (5,0)	0,398
No	159 (93,0)	12 (7,0)	

Nota: Significancia estadística ($p < 0,05$) según prueba de Chi².

Analizando los resultados para trastornos de personalidad con cada una de las variables sociodemográficas se evidenció que en el caso de las mujeres los trastornos a los cuales presentaron mayor predisposición fueron esquizoide (76.0%), histriónico (71.0%) y trastorno de personalidad obsesivo compulsiva (TPOC) (69.0%) (Tabla 12). Por otro lado los trastornos donde obtuvieron mayor proporción los hombres fueron histriónico (71.1%), esquizoide (61.4%) y evitativo (52.8%). Los trastornos que tuvieron relación significativa con la variable sexo fueron esquizoide ($p = 0.003$) y dependiente ($p = 0.02$) en éste último se encontró un 34.6% de mujeres y 22.8% hombres con riesgo de presentarlo (Tabla 12).

Respecto a la licenciatura los trastornos de personalidad con mayor presentación en las cuatro licenciaturas fueron esquizoide, histriónico y TPOC como se puede observar en la Tabla 12, además de estos las licenciaturas de enfermería y odontología presentaron también prevalencia alta para el trastorno evitativo (66.7% y 63.2% respectivamente) comparado con medicina y nutrición (50.3 y 50.0% respectivamente); este último trastorno (evitativo), presentó relación significativa con la variable licenciatura ($p = 0.040$) al igual que el trastorno esquizotípico ($p = 0.023$), pero el trastorno esquizotípico junto al trastorno antisocial presentaron las menores prevalencias en las cuatro licenciaturas (Tabla 12).

De acuerdo al estado civil, el trastorno que presentó mayor prevalencia en las tres opciones de estado civil (soltero, casado, unión libre) fue el trastorno histriónico con una prevalencia de 71.7%, 63.6% y 66.7% respectivamente. Los estudiantes en la categoría de solteros presentaron también prevalencia alta para esquizoide (71.7%) y TPOC (68.6%), en el caso de los casados, esquizoide (72.7%) y paranoide (63.6%) fueron trastornos con prevalencias superiores al resto y por último en los estudiantes en unión libre el TPOC presentó también prevalencia alta (66.7%). A pesar de estas prevalencias el único trastorno que presentó relación significativa con la variable estado civil fue el trastorno impulsivo ($p= 0.028\%$), en el cual se presentaron bajas prevalencias de síntomas en las tres categorías de estado civil (Tabla 12).

Tabla 12.

Prevalencia de trastornos de personalidad según variables sociodemográficas

Trastorno de personalidad	Sexo		Significancia estadística	Licenciatura				Significancia estadística	Estado Civil			Significancia estadística	Relación de pareja		Significancia estadística	
	Femenino	Masculino		Medicina	Enfermería	Odonatología	Nutrición		Soltero	Casado	Unión Libre		Si	No		
Paranoide																
En riesgo	108(43,9)	58(45,7)	0,745	78(47,3)	32(38,1)	34(50,0)	22(39,3)	0,340	157(44,9)	7(63,6)	2(16,7)	0,067	86(42,6)	80(46,8)	0,415	
Sin riesgo	138(56,1)	69(54,3)		87(52,7)	52(61,9)	34(50,0)	34(60,7)		193(55,1)	4(36,4)	10(83,3)		116(57,4)	91(53,2)		
Esquizoide																
En riesgo	187(76,0)	78(61,4)	0,003*	120(72,7)	58(69,0)	49(72,1)	38(67,9)	0,873	251(71,7)	8(72,7)	6(50,0)	0,263	140(69,3)	125(73,1)	0,421	
Sin riesgo	59(24,0)	49(38,6)		45(27,3)	26(31,0)	19(27,9)	18(32,1)		99(28,3)	3(27,3)	6(50,0)		62(30,7)	46(26,9)		
Esquizotípico																
En riesgo	25(10,2)	18(14,2)	0,250	28(17,0)	5(6,0)	4(5,9)	6(10,7)	0,023*	41(11,7)	2(18,2)	0(0,0)	0,358	27(13,4)	1(0,4)	0,227	
Sin riesgo	221(89,8)	109(85,8)		137(83,0)	79(94,0)	64(94,1)	50(89,3)		309(88,3)	9(81,8)	12(100)		175(86,6)	155(90,6)		
Histriónico																
En riesgo	175(71,1)	91(71,7)	0,917	112(67,9)	66(78,6)	52(76,5)	36(64,3)	0,148	251(71,7)	7(63,6)	8(66,7)	0,790	142(70,3)	124(72,5)	0,637	
Sin riesgo	71(28,9)	36(28,3)		53(32,1)	18(21,4)	16(23,5)	20(35,7)		99(28,3)	4(36,4)	4(33,3)		60(29,7)	47(27,5)		
Antisocial																
En riesgo	8(3,3)	4(3,1)	0,958	6(3,6)	5(6,0)	1(1,5)	0(0,0)	0,200	12(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	0,665	7(3,5)	5(2,9)	0,768	
Sin riesgo	238(96,7)	123(94,9)		159(96,4)	79(94,0)	67(98,5)	56(100)		338(96,6)	11(100)	12(100)		195(96,5)	166(97,1)		
Narcisista																
En riesgo	71(28,9)	39(30,7)	0,711	56(33,9)	24(28,6)	17(25,0)	13(23,2)	0,344	105(30,0)	3(27,3)	2(16,7)	0,601	60(29,7)	50(29,2)	0,922	
Sin riesgo	175(71,1)	88(69,3)		109(66,1)	60(71,4)	51(75,0)	43(76,8)		245(70,0)	8(72,7)	10(83,3)		142(70,3)	121(70,8)		
Impulsivo																
En riesgo	95(38,6)	41(32,2)	0,228	66(40,0)	29(34,5)	24(35,3)	17(30,4)	0,579	132(37,7)	4(36,4)	0(0,0)	0,028*	73(36,1)	63(36,8)	0,888	
Sin riesgo	151(61,4)	86(67,7)		99(60,0)	55(65,5)	44(64,7)	39(69,6)		218(62,3)	7(63,6)	12(100)		129(63,9)	108(63,2)		
Límite																
En riesgo	98(39,8)	38(29,9)	0,059	63(38,2)	31(36,9)	23(33,8)	19(33,9)	0,902	131(37,4)	4(36,4)	1(8,3)	0,120	73(36,1)	63(36,8)	0,888	
Sin riesgo	148(60,2)	89(70,1)		102(61,8)	53(63,1)	45(66,2)	37(66,1)		219(62,6)	7(63,6)	11(91,7)		129(63,9)	108(63,2)		
TPOC																
En riesgo	170(69,1)	84(30,9)	0,561	111(67,3)	58(69,0)	47(69,1)	38(67,9)	0,989	240(68,6)	6(54,5)	8(66,7)	0,613	138(68,3)	116(67,8)	0,921	
Sin riesgo	76(30,9)	43(33,9)		54(32,7)	26(31,0)	21(30,9)	18(32,1)		110(31,4)	5(45,5)	4(33,3)		64(31,7)	55(32,2)		
Dependiente																
En riesgo	85(34,6)	29(22,8)	0,020*	47(28,5)	31(36,9)	22(32,4)	14(28,5)	0,416	106(30,3)	3(27,3)	5(41,7)	0,682	60(29,7)	54(31,6)	0,695	
Sin riesgo	161(65,4)	98(77,2)		118(71,5)	53(63,1)	46(67,6)	42(71,5)		244(69,7)	8(72,7)	7(58,3)		142(70,3)	117(68,4)		
Evitativo																
En riesgo	143(58,1)	67(52,8)	0,321	83(50,3)	56(66,7)	43(63,2)	28(50,0)	0,040*	200(57,1)	4(36,4)	6(50,0)	0,355	107(53,0)	103(60,2)	0,159	
Sin riesgo	103(41,9)	60(47,2)		82(49,7)	28(33,3)	25(36,8)	28(50,0)		150(42,9)	7(63,6)	6(50,0)		95(47,0)	68(39,8)		

Nota: Datos dados en frecuencia y (%). Significancia estadística ($p < 0,05$) según prueba de Chi².

Asociaciones entre factores psicológicos:

Debido al tamaño de muestra de los estudiantes con síntomas depresivos y algunos trastornos de personalidad, no se pudo calcular en todos los casos la medida de asociación Odds Ratio (OR) o Razón de Momios ni la medida de χ^2 , en esos casos se calculó la prueba exacta de Fisher para establecer si existe asociación significativa entre las variables.

Iniciando con el análisis de los factores asociados a los síntomas depresivos, se encontró que la presencia de síntomas de ansiedad se asocia fuertemente con la presencia de síntomas depresivos presentando un OR: 10,63 (IC 95%: 4,20 – 26,90) lo que nos sugiere que los estudiantes con síntomas ansiosos tienen casi once veces mayor probabilidad de presentar concomitantemente síntomas depresivos (Tabla 13), la asociación entre estas dos variables fue además corroborada con una significancia estadística de $p < 0,005$ con la prueba de χ^2 .

Otro factor que mostró una asociación positiva y significativa fue el trastorno de personalidad límite, con un OR: 2,58 (IC 95%: 1,36 – 4,89) y $p = 0,003$ evidenciando que los estudiantes con riesgo de desarrollar el trastorno límite tienen más del doble de probabilidad de presentar síntomas depresivos (Tabla 13). Tener riesgo para uno o más trastornos de personalidad o presentar algún nivel de síndrome de burnout no presentó una asociación significativa con los síntomas depresivos como se muestra en la tabla, y a pesar que hubo otros factores con OR mayor de 1, ningún otro presentó una asociación significativa, como se muestra en la Tabla 13.

Respecto a los factores asociados a síntomas ansiosos, además de la asociación con síntomas depresivos, no se encontró ningún factor que se asocie significativamente con la presencia de síntomas ansiosos como se puede observar en la Tabla 14.

Tabla 13
Factores asociados a la presencia de síntomas depresivos.

Factores	Odds Ratio	Intervalo de Confianza 95%	Prueba Chi ²	Prueba exacta de Fisher
Ansiedad	10,63	(4,20 – 26,90)*	0,000*	-
Burnout	-	-	-	0,091
En riesgo para TP	1,76	(0,23 – 13,86)	-	1,00
TP. Paranoide	1,58	(0,84 – 2,97)	0,154	-
TP. Esquizoide	1,44	(0,68 – 3,03)	0,332	-
TP. Esquizotípico	1,25	(0,49 – 3,15)	0,641	-
TP. Histriónico	1,42	(0,67 – 2,99)	0,352	-
TP. Antisocial	2,60	(0,67 – 10,0)	-	0,158
TP. Narcisista	1,42	(0,74 – 2,76)	0,287	-
TP. Impulsivo	1,89	(1,00 – 3,55)	0,47	-
TP. Límite	2,58	(1,36 – 4,89)*	0,003*	-
TPOC	1,29	(0,64 – 2,59)	0,483	-
TP. Dependiente	1,68	(0,88 – 3,20)	0,113	-
TP. Evitativo	1,41	(0,74 – 2,71)	0,296	-

Nota: *significancia estadística $p < 0,05$. TP: trastorno de personalidad.

Tabla 14.
Factores asociados a la presencia de síntomas ansiosos

Factores	Odds Ratio	Intervalo de Confianza 95%	Prueba Chi ²	Prueba exacta de Fisher
Burnout	-	-	-	0,625
En riesgo para TP	-	-	-	1,00
TP. Paranoide	2,11	(0,85 – 5,23)	0,99	-
TP. Esquizoide	1,32	(0,47 – 3,71)	0,593	-
TP. Esquizotípico	0,79	(0,18 – 3,55)	-	1,0
TP. Histriónico	1,31	(0,47 – 3,66)	0,611	-
TP. Antisocial	-	-	-	1,0
TP. Narcisista	1,51	(0,61 – 3,75)	0,373	-
TP. Impulsivo	1,99	(0,83 – 4,83)	0,119	-
TP. Límite	1,33	(0,55 – 3,24)	0,531	-
TPOC	0,93	(0,37 – 2,38)	0,885	-
TP. Dependiente	1,76	(0,72 – 4,31)	0,208	-
TP. Evitativo	1,59	(0,63 – 4,04)	0,324	-

Nota: TP: trastorno de personalidad

El análisis de asociación entre trastornos de personalidad y síndrome de burnout, arrojó una asociación significativa entre el trastorno histriónico y Burnout con un OR: 2,66 (IC 95%: 1,12 – 6,33) y $p = 0,023$ lo que nos indica que los estudiantes con riesgo de padecer trastorno histriónico de la personalidad tienen dos veces más probabilidad de desarrollar síndrome de Burnout en cualquiera de sus niveles (Tabla 15) pero no se halló asociación significativa con ninguna otra variable psicológica.

Tabla 15.
Asociación entre síndrome de burnout y trastornos de personalidad.

Factores	Odds Ratio	Intervalo de Confianza 95%	Prueba Chi ²	Prueba exacta de Fisher
En riesgo para TP	2,83	(0,59 – 13,49)	-	0,197
T. Paranoide	1,43	(0,59 – 3,50)	0,428	-
T. Esquizoide	1,76	(0,73 – 4,25)	0,203	-
T. Esquizotípico	1,32	(0,30 – 5,86)	-	1,00
T. Histriónico	2,66	(1,12 – 6,33)*	0,023*	-
T. Antisocial	-	-	-	1,00
T. Narcisista	1,45	(0,52 – 4,03)	0,473	-
T. Impulsivo	1,57	(0,60 – 4,11)	0,356	-
T. Límite	1,25	(0,49 – 3,13)	0,641	-
TPOC	1,85	(0,78 – 4,41)	0,160	-
T. Dependiente	2,92	(0,85 – 10,1)	-	0,095
T. Evitativo	1,59	(0,67 – 3,78)	0,290	-

Nota: *significancia estadística $p < 0,05$. TP: trastorno de personalidad

Sin embargo al revisar la base de datos se pudo observar que la única persona con sintomatología depresiva severa presentaba ansiedad severa, burnout moderado y altos puntajes en el cuestionario de Salamanca para trastornos de personalidad, por lo que se decidió realizar un análisis entre los factores psicológicos, solamente teniendo en cuenta los niveles moderado y severo para ansiedad y depresión, niveles moderado y profundo para burnout y presencia o ausencia de riesgo para cada trastorno de personalidad utilizando prueba de Chi² ya que el tamaño de la muestra nos arroja intervalos de confianza para OR muy amplios; en los casos en que se encontraban casillas con valor < 5 en la tabla de contingencia se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Realizando este análisis se encontró nuevamente una asociación significativa entre síntomas moderados y severos de ansiedad con síntomas moderados y severos depresivos ($p < 0,005$) y se pudo establecer asociación significativa entre la presencia de síndrome de burnout (nivel moderado o profundo) con síntomas depresivos moderados o severos ($p < 0,005$) (Tabla 16). Además de esto también se evidenció una asociación entre los niveles de ansiedad estudiados con niveles moderado y profundo de burnout ($p = 0,019$) y asociación entre trastorno

narcisista y niveles moderado y profundo de síndrome de burnout ($p = 0,018$) (Tabla 16) con un OR: 4,4 (IC 95%: 1,26 – 15,35) lo que nos indica que los estudiantes con riesgo de presentar trastorno narcisista de la personalidad presentan 4,4 veces más probabilidad de presentar síndrome de burnout en niveles moderado o profundo.

Tabla 16.
Asociación de factores psicológicos en la muestra de estudiantes con niveles moderado, severo y profundo de síntomas depresivos, ansiosos y burnout.

Factores	Depresión	Ansiedad	Burnout
Ansiedad	0,000*	-	-
Burnout	0,000*	0,019*	-
T. Paranoide	0,146	0,116	0,496
T. Esquizoide	0,447	0,805	0,522
T. Esquizotípico	1,000	1,000	0,368
T. Histriónico	0,448	0,805	0,735
T. Antisocial	1,000	1,000	1,000
T. Narcisista	0,242	0,460	0,018*
T. Impulsivo	0,147	0,119	0,219
T. Límite	0,055	0,531	0,107
TPOC	0,445	0,885	0,185
T. Dependiente	0,704	0,227	0,184
T. Evitativo	0,474	0,372	0,360

Nota: *significancia estadística $p < 0,05$. T: trastorno de personalidad

Análisis multivariado:

Se analizarán a continuación los factores psicológicos que mostraron asociación significativa ($p < 0,05$) con más de dos variables.

Realizando el modelo de regresión logística binaria, para la variable síntomas depresivos, síntomas ansiosos y trastorno límite de la personalidad se evidenció que el modelo (síntomas ansiosos junto a riesgo de trastorno límite de personalidad) puede predecir correctamente el 89% de los casos de síntomas depresivos (Tabla 17). Además nos indica que la presencia de síntomas ansiosos y riesgo de trastorno límite de la personalidad explican significativamente la presencia de síntomas depresivos ($p < 0,05$), sin embargo entre las dos variables asociadas a los síntomas depresivos, serían los síntomas ansiosos los que tienen mayor fortaleza para

explicar los síntomas depresivos ya que su valor de ExpB es el que más se aleja de 1 (Tabla 18).

Tabla 17.
Tabla de clasificación^a correcta síntomas depresivos

Observado	Pronosticado		
	Síntomas depresivos		Porcentaje correcto
	Sin	Con	
Síntomas depresivos			
Sin síntomas	326	3	99,1
Con síntomas	38	6	13,6
Porcentaje global			89,0

Nota: tomado de programa SPSS, ^ael valor del corte es 0,5

Tabla 18.
Variables en la ecuación para síntomas depresivos

	B	Error estándar	Significancia	Exp(B)
T. Límite	0,983	0,344	0,004	2,672
Síntomas ansiosos	2,400	0,489	0,000	11,019
Constante	-2,717	0,265	0,000	0,066

Fuente: tomado y modificado de programa SPSS.

Al analizar los síntomas depresivos y ansiosos teniendo en cuenta solo los niveles moderado y severo de dichos síntomas, se pudo hallar como se mencionó anteriormente asociación de cada una de estos síntomas con otras dos variables psicológicas, por lo tanto se decidió realizar también con ellas análisis de regresión logística binaria, encontrando que en el caso de síntomas depresivos moderados y severos, el modelo propuesto (nivel de ansiedad y nivel de burnout) puede predecir el 97,9% de los casos de síntomas depresivos moderados y severos y que a mayor nivel de ansiedad y burnout mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos moderados y severos (Tabla 19); por último de las dos variables el nivel de burnout el que presenta mayor fortaleza para explicar los síntomas depresivos en los niveles mencionados.

Tabla 19.

Variables en la ecuación para niveles moderado y severo de depresión

	B	Error estándar	Significancia	Exp(B)
Nivel Ansiedad	1,283	0,489	0,009	3,609
Nivel Burnout	2,359	0,784	0,003	10,584
Constante	-11,036	1,916	0,000	0,000

Fuente: tomado y modificado de programa SPSS.

Para el caso de síntomas ansiosos moderados y severos se evidenció que el modelo (nivel de burnout y nivel de depresión) puede predecir el 94,4% de los casos de síntomas ansiosos moderados y severos; también se pudo evidenciar que a mayor nivel de síntomas depresivos mayor probabilidad de síntomas ansiosos moderados y severos lo que no ocurrió con la variable nivel de burnout ya que presentó una significancia de 0,662 (Tabla 20).

Tabla 20.

Variables en la ecuación para niveles moderado y severo de ansiedad.

	B	Error estándar	Significancia	Exp(B)
Nivel Burnout	0,330	0,489	0,662	1,391
Nivel depresión	1,708	0,381	0,000	5,518
Constante	-5,762	1,440	0,000	0,003

Fuente: tomado y modificado de programa SPSS.

En la figura 9 se resumen las asociaciones significativas entre variables psicológicas tanto a nivel bivariado como multivariado, la dirección de las flechas muestra la dirección de la asociación, como en el caso del análisis multivariado, donde el conjunto de variables (Ejm. síntomas ansiosos y T.P. Límite) influyen en la presentación de la variable analizada (depresión moderada y severa).

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Factores psicológicos en el total de la muestra y por variables sociodemográficas

Como se pudo observar en los resultados, a pesar de las asociaciones encontradas, la prevalencia de síntomas depresivos en el total de la muestra fue baja (11,8% de estudiantes con sintomatología depresiva) esto comparado con los resultados de estudios revisados anteriormente en los cuales la prevalencia de depresión o síntomas depresivos supero el 30% en estudiantes universitarios (Antúnez & Vinet, 2013; Campo, Díaz, & Cogollo, 2006; Ferrel, Celis, & Hernández, 2011; Zagdánska & Kiejna, 2016) y al dividir la presencia de síntomas por niveles encontramos que dichas prevalencias también fueron menores a las encontradas en el estudio realizado por Ferrel y colaboradores (Ferrel, Celis, & Hernández, 2011) donde el 25% de estudiantes universitarios presentaron depresión leve, el 19% depresión moderada y el 8% depresión grave, lo que muestra una prevalencia del 52% en esa población, a diferencia del 9,7%, 1,9% y 0,3% para la clasificación leve, moderada y severa respectivamente en este estudio, lo que nos lleva a pensar si existe una posible simulación o negación de síntomas por parte de los estudiantes participantes, ya que se encuentran previos al servicio social y pueden imaginarse que los resultados influyen en la asignación de su servicio social, o por otro lado, cuáles son las estrategias de afrontamiento que desarrollan los estudiantes a este nivel, para lograr disminuir la presentación de síntomas depresivos. A pesar de la discrepancia en las cifras con otros estudios realizados en estudiantes universitarios, la prevalencia de síntomas depresivos encontrados en este estudio supera la cifra de 4,8% encontrada a nivel nacional en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica para el periodo 2001 – 2002 (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo,

2012) lo que recalca la importancia de la prevención e intervención oportuna de los trastornos depresivos en la población universitaria.

A diferencia de los trabajos realizados por Ferrel y Coffin (Ferrel, Celis & Hernandez, 2011; Coffin, Alvaréz, & Marín, 2011) en estudiantes del área de salud donde las mayores prevalencias de síntomas depresivos estuvieron en la licenciatura de medicina, en este estudio la mayor prevalencia se encontró en los estudiantes de la licenciatura de enfermería con una prevalencia de 16,7% no muy lejana a la encontrada por Cheung y colaboradores (Cheung, y otros, 2016) en estudiantes de enfermería de Hong Kong (24,3%), estas diferencias con otros estudios podrían explicar la asociación no significativa o confiable entre la variable depresión y licenciatura que se obtuvo en los resultados de este estudio. Con respecto al sexo, se corroboró como en los estudios revisados anteriormente que la mayor prevalencia de síntomas depresivos se encontró en el sexo femenino analizando el total de la muestra, sin embargo al analizar la variable sexo por licenciaturas a pesar de encontrar una proporción similar de mujeres en las licenciaturas de enfermería y nutrición, como ya se mencionó anteriormente, enfermería presentó las cifras más altas de síntomas depresivos, mientras nutrición presentó la menor prevalencia, lo que nos reafirma la relación no significativa entre la variable sexo y variables psicológicas en esta muestra.

Siguiendo con el análisis de otras variables psicológicas, los síntomas de ansiedad se encontraron con una prevalencia menor a la descrita en estudios realizados en estudiantes universitarios tanto en países desarrollados como a nivel de Latinoamérica en los cuales la prevalencia sobrepasa el 10% (11,7% - 90%) (Antúnez & Vinet, 2013; Auerbach, y otros, 2016; Castillo, Chacón, & Díaz, 2016; Farrer, Gulliver, Bennett, Fassnacht, & Griffiths, 2016; Micin & Bagladi, 2011) mientras que el presente estudio los resultados solo alcanzaron

una prevalencia de 5,6% de síntomas ansiosos, lo que nos lleva a pensar, al igual que con los resultados de síntomas depresivos, si existe simulación o negación de síntomas por parte de los estudiantes o si a ese nivel de licenciatura ya existe estrategias de afrontamiento para la disminución de síntomas ansiosos.

Discriminando las prevalencias de los síntomas ansiosos por licenciatura, el trabajo realizado por Cheung y colaboradores (Cheung, y otros, 2016) mostró una prevalencia de ansiedad de 39,9% en estudiantes de enfermería, mientras en este estudio, a pesar de ser la prevalencia más alta entre las licenciaturas, alcanzó el 9,5%, cifra que junto a la de síntomas depresivos podría explicar resultados como los encontrados en el trabajo de Suberbiel en estudiantes consultantes de la clínica de atención psicológica de nuestra universidad durante el año 2015, donde la licenciatura de enfermería presentó una prevalencia de 100% de ideas suicidas (Suberbiel, 2018), cifras que en conjunto (síntomas ansiosos, síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes de enfermería consultantes a la clínica psicológica) nos hace pensar en la necesidad de indagar cuáles son los factores que están influyendo en dicha licenciatura para la presentación de estos síntomas psicológicos. Igualmente en las licenciaturas de odontología y medicina las prevalencias de síntomas ansiosos fue menor comparandolas con otros estudios, ya que en las investigaciones realizadas por Arrieta y Galván (Arrieta, Díaz, & González, 2013; Galván, Jiménez, Hernández, & Arellano, 2017) se encontraron prevalencias de 37,4% para odontología y 13% para medicina, en contraste con las prevalencias de 2,9% y 5,5% encontradas en este estudio para los estudiantes de odontología y medicina respectivamente.

Como se expuso en el capítulo anterior, a pesar de encontrar dichos porcentajes y que las prevalencias de síntomas depresivos y ansiosos en los consultantes de la clínica de psicología

de la universidad son altas (Cotonieto & Crespo, 2016; Suberbiel, 2018), ninguna de las variables sociodemográficas mostró una relación confiable con los síntomas depresivos y ansiosos, por lo que en este estudio no se pueden establecer como posibles factores asociados o influyentes en la presentación de dichos síntomas.

La prevalencia de al menos un trastorno de personalidad en el total de la muestra en este estudio fue de 96.2%, bastante mayor a la encontrada en el estudio realizado por Micin y Bagladi (2010), en estudiantes que consultaron al servicio de salud de una universidad chilena, en donde la prevalencia fue de 21,5% y aunque las prevalencias distan, el trastorno de personalidad más frecuente fue el histriónico al igual que en este estudio y el realizado por Guamani (2017) quien utilizó también el cuestionario de Salamanca. En ese último trabajo, el orden de presentación de los trastornos fue muy similar al de éste estudio, siendo los trastornos de personalidad más frecuentes el histriónico, esquizoide, evitativo y TPOC y en menor presentación los trastornos esquizotípico (0%) y antisocial, el cual presentó una prevalencia del 1% en ese trabajo (Guamani, 2017), versus un 3,2% de este estudio. En otros estudios el trastorno con mayor presentación fueron los trastornos límite e impulsivo, los dos pertenecientes al trastorno de inestabilidad emocional de la clasificación CIE 10 (Ferrer, y otros, 2015; Salamanca, Vega, & Niño, 2014).

Los trastornos de personalidad mas prevalentes de acuerdo a la variable sexo se diferenciaron de los resultados hallados en el estudio de Ferrer y colaboradores en el cual tanto mujeres como hombres presentaron mayores prevalencias de trastorno límite, esquizotípico y paranoide, mientras que en este estudio fueron histriónico y esquizoide, sin embargo según la prueba de significancia de χ^2 encontrada en este trabajo, solo se puede decir que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar trastorno esquizoide de personalidad (76%,

$p = 0,003$) y trastorno evitativo (36.4%, $p=0,02$) comparado con los hombres, pues ningún otro trastorno de personalidad tuvo resultados confiables para cada sexo.

Al tener en cuenta las demás variables sociodemográficas que se relacionan con los trastornos de personalidad de manera confiable, tenemos que las prevalencias medidas en cada licenciatura son confiables para los trastornos evitativo y esquizotípico, siendo enfermería y odontología las licenciaturas con mayor propabilidad de presentar el trastorno evitativo ($p=0,04$), mientras medicina presenta mayor probabilidad para el trastorno esquizotípico ($p=0,023$).

Esta relación significativa entre el trastorno evitativo con el sexo femenino y la licenciatura de enfermería podría explicar la mayor presentación de síntomas tanto depresivos como ansiosos, según la asociación descrita en la literatura de dicho trastorno de la personalidad con trastornos depresivos y ansiosos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Friberg, et al. 2014; Skodol, et al. 1999; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005), aunque como se observó en el análisis bivariado en esta muestra solo el trastorno límite presentó asociación significativa con síntomas depresivos y ningún trastorno de personalidad con síntomas ansiosos.

Por último aunque el estado civil presentó prevalencias confiables para el trastorno de personalidad impulsivo ($p=0,028$) no existe mayor diferencia entre las prevalencias de dicho trastorno para el estado civil soltero (37,7%) y casado (36,4%), que contrastan con el 0,0% para unión libre, planteandose la posibilidad de hablar de un factor protector en el caso de éste último estado civil.

La prevalencia de acuerdo al cluster difiere por mucho de las prevalencias encontradas a nivel nacional en la última Encuesta Mexicana Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002) donde el cluster o grupo A presentó la mayor prevalencia (4,6%) seguido del grupo C (2,4%) y por último el grupo B (1,6%) (Benjet, Borges, & Medina, 2008), mientras que en este estudio el grupo más prevalente fue el B (38,8%) seguido del grupo C (33,5%) y por último el grupo A (27,7%), esto si se tiene en cuenta el trastorno subtipo impulsivo de la clasificación CIE 10, ya que como vimos en los resultados tanto el subtipo impulsivo como el límite presentaron la misma prevalencia en el total de la muestra (36,5% para cada uno), lo que nos puede llevar a dudar de si los dos subtipos están midiendo los mismos síntomas, por eso, si se tiene en cuenta la clasificación del DSM 5, al retirar el subtipo impulsivo, el grupo con mayor prevalencia sería el grupo C (dependiente, evitativo y TPOC).

Al analizar los resultados obtenidos en el total de la muestra para el síndrome de burnout, tenemos que en este estudio se encontraron cifras similares aunque mayores (91,2%) que en estudios mexicanos como los realizados por Barraza y Barradas (Barradas, Trujillo, Sanchez, & López, 2017; Barraza A, 2009), donde el nivel mas prevalente fue el leve con cifras superiores al 75% en ambos estudios y una prevalencia de 1% para nivel profundo, cercana al 0,3% hallada en este estudio para el mismo nivel. Por otro lado el estudio realizado por Castro y colaboradores (Castro, David, & Ortiz, 2011) en estudiantes universitarios colombianos, arrojó una prevalencia de 15.5%, prevalencia inferior a la encontrada en este estudio, sin embargo dicho estudio fue realizado en estudiantes de todas las licenciaturas, mientras que este estudio se realizó solo en estudiantes del área de salud, por lo cual sería interesante indagar la influencia de la diferencia de carga académica que tienen los

estudiantes del área de salud comparado con el resto de universitarios y que podría estar influyendo en la alta prevalencia de síndrome de burnout en este estudio.

Aunque en la literatura se describe el hecho de ser mujer como un factor protector para el síndrome, por sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo (Thomaé, Ayala, Sphan, & Storti, 2006), en este estudio no hubo diferencias significativas entre ambos sexos, presentando altas prevalencias en los dos (95,1% mujeres y 92,1% hombres) por lo cual no hubo una significancia estadística para la variable sexo con el síndrome de burnout.

A pesar de que no existe tampoco diferencias significativas entre las prevalencias por licenciaturas y por tanto no existe una significancia estadística entre licenciaturas y burnout, la mayor prevalencia se encontró en la licenciatura de enfermería con un 97,6% cifra muy distante a la encontrada en estudiantes costarricenses de la misma licenciatura (18,8%) en el estudio llevado a cabo por Bolaños y Rodríguez (2016). Esta diferencia podría estar explicada por el instrumento utilizado en el estudio costarricense (Maslach Burnout Inventory) o queda la posibilidad de comparar los programas académicos de dos instituciones y países diferentes como posible factor asociado a la presentación del síndrome.

Por último no se encontró diferencias significativas entre las diferentes categorías de estado civil o estar o no en pareja, con prevalencias muy cercanas y $p > 0,05$.

Análisis bivariado:

Como está descrito en la literatura, muchos pacientes con trastornos depresivos presentan comorbilidad con trastornos ansiosos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Moreno, y otros, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2017), situación que se puede observar también en población adolescente (Cruz, Martins, & Diniz, 2017; Mi-Joo, y otros,

2016) y universitaria (Antúnez & Vinet, 2013; Campo, Díaz, & Cogollo, 2006), esto se pudo corroborar en los resultados de éste estudio donde los estudiantes con síntomas ansiosos presentaron casi once veces mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos y viceversa (OR: 10,63 IC95%: 4,20 – 26,90) ($p < 0,05$). Debido a que el inventario de ansiedad de Beck fue diseñado precisamente para distinguir los síntomas ansiosos de síntomas depresivos (Sanz, 2014), se puede estar seguro de que la asociación encontrada entre estos síntomas en el estudio no se deben a solapamiento de los síntomas.

Diferentes estudios muestran además que existe una asociación entre los trastornos de personalidad con la presentación de trastornos depresivos (Corruble, Ginestet, & Guelfi, 1996; Medine & Çiçek, 2011; Sanderson, Wetzler, Beck, & Betz, 1992; Skodol, et al. 1999; Wongpakaran, y otros, 2015; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005), evidenciando en algunos de ellos la asociación con el trastorno límite de personalidad (Corruble, Ginestet, & Guelfi, 1996; Medine & Çiçek, 2011; Skodol, et al. 1999; Wongpakaran, et al. 2015) que se encontró en este estudio, donde los estudiantes con riesgo de desarrollar trastorno límite de personalidad tuvieron mas del doble de probabilidad de presentar síntomas depresivos (OR: 2,58 IC95%: 1,36 – 4,89) ($p = 0,003$).

Por otro lado al analizar los niveles moderado y severo de síntomas depresivos encontramos que además de la asociación con ansiedad ($p < 0,05$) también existe asociación con los niveles moderado y profundo de burnout ($p < 0,05$) como se describe en algunos estudios en universitarios y población general (Chiu, Stewart, Woo, Yatham, & Lam, 2015; Galván, Jiménez, Hernández, & Arellano, 2017). De esta manera se puede decir que los estudiantes que presentaron niveles moderado y profundo de síndrome de burnout tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos en niveles moderados y severos; además de

ésta asociación también los resultados arrojaron que presentar niveles moderado y profundo de burnout influyen en la presentación de síntomas ansiosos moderados y severos ($p = 0,019$), asociación que también se halló en estudiantes universitarios de la licenciatura de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí (Galván, Jiménez, Hernández, & Arellano, 2017), lo que nos lleva a pensar que al encontrarse niveles altos de sintomatología ya sea depresiva, ansiosa o burnout, se afectan simultáneamente otras áreas psicológicas expresándose en la aparición de otra sintomatología.

Finalizando el análisis bivariado, en este estudio se pudo encontrar una asociación entre algunos trastornos de personalidad con síndrome de burnout, como fue el caso de los estudiantes en riesgo de presentar trastorno de personalidad histriónico quienes presentan el doble de probabilidad de síndrome de burnout (OR: 2,66 IC95% 1,12 – 6,33) ($p=0.023$) y los estudiantes en riesgo de desarrollar trastorno de personalidad narcisista presentan mayor probabilidad de desarrollar síndrome de burnout en sus niveles moderado y profundo ($p=0,018$).

Análisis Multivariado:

Como se observó en los resultados del análisis multivariado, se puede concluir que los estudiantes con síntomas ansiosos y riesgo de trastorno límite de la personalidad tienen una probabilidad alta de desarrollar síntomas depresivos, ya que el conjunto de estas dos variables puede predecir en un 89% la presencia de síntomas depresivos.

Por otra parte, los estudiantes con síntomas ansiosos y síndrome de burnout, tienen una alta probabilidad de presentar síntomas depresivos moderados o severos, ya que como se encontró en el análisis, el conjunto de estas dos variables puede predecir en un 97,9% la presencia de

síntomas depresivos en esos dos niveles, además de que, a mayor nivel de ansiedad o burnout, mayor nivel de depresión.

Por último en el caso de ansiedad, los estudiantes que presentan síntomas depresivos y síndrome de burnout tienen una probabilidad del 94,4% de presentar síntomas ansiosos moderados o severos, en este caso, la variable que tiene mayor fuerza para explicar los síntomas ansiosos es el nivel de depresión, por lo tanto a mayor nivel de síntomas depresivos, mayor nivel de síntomas ansiosos.

En conclusión, se puede decir que los estudiantes del semestre previo al servicio social en el periodo enero – diciembre de 2017 de las licenciaturas de medicina, enfermería, nutrición y odontología presentaron bajas prevalencias de síntomas ansiosos y depresivos, pero altas prevalencias para nivel leve de Burnout.

A pesar de que hubo prevalencias más altas en mujeres para todas las variables psicológicas y que la licenciatura de enfermería presentó igualmente las prevalencias más altas en todos los síntomas psicológicos, no se puede establecer una asociación confiable entre las variables sociodemográficas y los factores psicológicos.

Se puede aceptar la hipótesis propuesta en la investigación ya que se encontró una asociación positiva entre síntomas depresivos y síntomas ansiosos en general como en los niveles moderados y severos con las variables síndrome de burnout y trastornos de personalidad como se especificó tanto en los resultados como en la discusión.

Por último se pudieron establecer conjuntos de variables que pueden predecir altamente la presentación de síntomas depresivos en todos sus niveles o síntomas depresivos y ansiosos en niveles moderado y severo.

Limitaciones

- Por tratarse de un estudio de tipo transversal no se pueden hallar asociaciones de causalidad, sino solo la probabilidad de la presentación de los factores psicológicos analizados.
- Debido a que la forma de obtención de la muestra de estudio fue por conveniencia y que solo se pudieron recoger datos de las licenciaturas de medicina, enfermería, odontología y nutrición, no se puede realizar inferencia a la totalidad de estudiantes del área de salud y la validez del estudio es de tipo interna.
- Aunque no es el caso de todas las asociaciones, al discriminar las prevalencias de depresión, ansiedad y burnout por niveles, los niveles severo y profundo de dichas variables presentaron pocos casos, por lo cual no se pudo obtener la razón de momios y por consiguiente si existía un aumento o disminución en la probabilidad de presentar esos síntomas.
- El cuestionario de Salamanca como se mencionó en la sección de instrumentos, se encuentra validado para población de habla hispana y ha sido utilizado en diferentes países de Latinoamérica, sin embargo sería más certero utilizar un cuestionario validado en población mexicana.

Recomendaciones

- Las altas prevalencias de síndrome de burnout en los estudiantes participantes evidencian la necesidad de indagar sobre los factores que influyen en la presentación de este síndrome, especialmente en aquellos que pueden ser modificados por las autoridades académicas como falta de tiempo para recreación, sobrecarga académica, falta de incentivos, etc.

- Aunque fueron bajas las prevalencias de niveles moderado y severo de síntomas depresivos y ansiosos, la asociación encontrada entre estos y con el síndrome de burnout indican la importancia de continuar realizando este tipo de screening no solo en los estudiantes que están próximos a su servicio social, si no de ser posible al inicio de cada semestre, para que los estudiantes con riesgo de desarrollar patología psiquiátrica sean detectados y manejados a tiempo.
- Se identificó que existe alto riesgo de desarrollar trastornos de personalidad y que junto a estos se presenten otras patologías psiquiátricas como fue el caso de trastorno límite para síntomas depresivos y trastorno histriónico y narcisista para burnout, por lo que se recomienda incluir dentro de los screening un inventario o cuestionario para trastornos de personalidad y se realice por medio de la clínica de atención psicológica de la universidad el diagnóstico e intervención oportuna, para lo cual es necesario confirmar la adecuada capacitación del personal de la clínica, en el diagnóstico y manejo de trastornos de personalidad.
- Por último, se recomienda un abordaje integral de los estudiantes en riesgo o con patología, con la intervención de áreas como trabajo social y cambios en el ámbito académico, que permitan intervenir y prevenir los factores de riesgo mencionados en este trabajo para la presentación de patología psiquiátrica.

REFERENCIAS

- Angstman, K., & Rasmussen, N. (2011). Personality Disorders: Review and Clinical Application in Daily Practice. *American Family Physician*, 84(11), 1253-1260.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Rev Med Chile*, 141, 209-216.
- Arrieta, K., Díaz, S., & González, F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Colomb Psiquiat*, 42(2), 173-181.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington: Panamericana.
- Auerbach, R., Alonso, J., Axinn, W., Cuijpers, P., Ebert, D., Greif, J., & Hwang, I. (2016). Mental disorders among college students in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 46(14), 2955–2970.
- Ayuso, J. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Barradas, M., Fernandez, N., Balderrama, J., Daberkow, F., & Luna, M. (2013). Incidencia y nivel de depresión en estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, (10), 1-19.
- Barradas, M., Trujillo, P., Sanchez, A., & López, J. (2017). Burnout estudiantil en universitarios veracruzanos. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14), 1-20.
- Barraza, A. (2008). Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil. *Universidad Pedagógica de Durango*, 104-106.
- Barraza, A. (2009). Estrés académico y Burnout estudiantil. Análisis de su relación en alumnos de licenciatura, *Psicogente*, 12(22), 272-283.
- Barraza, R., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, Á., Araya, V., Villagra, J., & Contreras, A. (2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 53(4), 251-260.
- Benjet, C., Borges, G., & Medina, M. (2008). DSM-IV personality disorders in Mexico: results from a general population survey. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(3), 227-234.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 5(1), 74-80.
- Boada, J., & Ficapal, P. (2012). *Salud y trabajo: Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales*. Madrid: UOC.

- Bobes, J., Sáiz, P., González, M., & Bousoño, M. (1999). Trastornos de ansiedad. *Medicine*, 7(106), 4952-4962.
- Bolaños, N., & Rodríguez, N. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout académico en el estudiantado de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. *Enfermería Actual en Costa Rica*,(31), 1-19.
- Caballero, C., Bresó, E., & González, O. (2015). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el caribe*, 32(3), 424-441.
- Caballero, C., Hederich, C., & Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 131-146.
- Campo, A., Díaz, C., & Cogollo, Z. (2006). Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 167-183.
- Campo, L., & Ortigón, J. (2012). *Síndrome de Burnout: una revisión teórica* (Informe final diplomado en gestión humana para el desarrollo). Universidad de la Sabana, Bogotá.
- Castillo, C., Chacón, T., & Díaz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Inv Ed Med*, 5(20), 230-237.
- Castro, C., David, O., & Ortiz, L. (2011). Síndrome de Burnout en estudiantes de pregrado de la universidad de Nariño. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 223-246.
- Cheung, T., Wong, S., Wong, K., Law, L., Ng, K., Tong, M., & Yip, P. (2016). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 13(779), 1-25.
- Chiu, L., Stewart, K., Woo, C., Yatham, L., & Lam, R. (2015). The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 172, 361-366.
- Cialteza, J. (2013). *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad*, *Corrientes* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Córdoba, Corrientes.
- Coffin, N., Álvarez, M., & Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Ginebra: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). *Evaluación del Inventario BAI*. Madrid: www.cop.es. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- COPOLAD. (s.f.). Inventario de ansiedad de Beck. *Cooperation Programme between Latin America, the Caribbean and the European Union on Drugs Policies*. Recuperado de: <http://copolad.eu/home/banco-de-instrumentos/ficha/56>
- Corruble, E., Ginestet, D., & Guelfi, J. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord*, *37*, 157-170.
- Cotonieto, E., & Crespo, K. (2016). *Calidad de Vida, Ansiedad, Depresión y riesgo suicida en usuarios de Atención Psicológica de ICSA* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto.
- Cruz, E., Martins, P., & Diniz, P. (2017). Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *J Pediatr*, *93*, 442-451.
- Díaz, F., & Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el caribe*, *33*(1), 113-131.
- Dobbert, D. (2007). *Understanding Personality Disorders: An Introduction*. Estados Unidos de América: Praeger.
- Farrer, L., Gulliver, A., Bennett, K., Fassnacht, D., & Griffiths, K. (2016). Demographic and psychosocial predictors of major depression and generalised anxiety disorder in Australian university students. *BMC Psychiatry*, *16*(249), 1-9.
- Ferrel, R., Celis, A., & Hernández, O. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el caribe*, (27), 40-60.
- Ferrer, A., Londoño, N., Álvarez, G., Arango, L., Calle, H., Cataño, C., & Jaramillo, H. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, *7*(1), 73-96.
- Friborg, O., Martinsen, E., Marinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K., & Rosenvinge, J. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 1-11.
- Galván, J., Jiménez, M., Hernández, J., & Arellano, J. (2017). Sistema de tamizaje de psicopatología en estudiantes de Medicina. *Gac Med Mex*, *153*, 75-87.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. Ciudad de México: Manual Moderno.

- García, G. (2005). Estructura factorial del modelo de personalidad de Catell en una muestra colombiana y su relación con el modelo de cinco factores. *Avances en Medición*, 3, 53-72.
- González, A., Juárez, F., Solís, C., González, C., Jiménez, A., Medina, M. E., & Fernández, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55.
- González, M., Landero, R., & García, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica*, (25), 141-5.
- Guamani, J. (2017). *Inteligencia emocional y personalidad en estudiantes universitarios* (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Ambato.
- Guillén, E., Gordillo, M. M., Ruíz, I., Gordillo, G. M., & Gordillo, S. T. (2013). ¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y la adolescencia. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 499-506.
- Hernández, A. (2017). *Intervención cognitivo-conductual para modificar pensamientos rumiativos e Interleucina-6 en estudiantes universitarios con sintomatología depresiva* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto.
- Hopkins, P., & Shook, N. (2017). A Review of Sociocultural Factors that may Underlie Differences in African American and European American Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 1-50.
- IHME. (2016). *Global Health Data Exchange*. Washintong: GBD Results Tool. Recuperado de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñíz. (s.f.). *Depresión. Hablemos*. Recuperado de <https://depressionhablemos.wixsite.com/inicio>
- Instituto Nacional de las Mujeres México. (2006). *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres. Recuperado de www.inmujeres.gob.mx
- Jerez, Y. (2018). Depression and Personality Traits. *Mexican Journal of Medical Research*, (12), 14-17.
- Jiménez, J., Arenas, J., & Angeles, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(1), 20-28.
- Jodas, D., & Nesello, F. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), 1-29.
- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A., & Placencia, O. (2014). Síndrome de Burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 159-176.

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 21*(3), 26-31.
- Latas, M., & Milovanovic, S. (2014). Personality disorders and anxiety disorders: what is the relationship? *Curr Opin Psychiatry, 27*, 57–61.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lentz, V., Robinson, J., & Bolton, J. (2010). Childhood Adversity, Mental Disorder Comorbidity, and Suicidal Behavior in Schizotypal Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis, 198*, 798-801.
- Lima, A., & Strafford, D. (2018). *Intervención cognitivo conductual con componentes de psicología positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños con y sin sintomatología depresiva* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Pachuca de Soto.
- Looker, T., & Gregson, O. (1997). *Superar el estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- López, I. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez, I., & Marques, A. (2005). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Aletheia*(21), 21-30.
- Maticorena, J., Beas, R., Anduaga, A., & Mayta, P. (2016). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33*(2), 241-247.
- Medina, E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26*(4), 1-16.
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., & Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 35*, 1773–1783.
- Medine, Y., & Çiçek, H. (2011). Relationship between Personality and Disability in Patients with Major Depressive Disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci, 48*(2), 123-128.
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica, 29*(1), 53-64.
- Miguel, J. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA). Madrid: UCM.

- Mi-Joo, J., Chang-Ho, Y., Hae-Yin, K., Hyo-Min, K., A-Sol, K., Ha-Na, M., & Seung-Pil, Y. (2016). The Relationship of Caffeine Intake with Depression, Anxiety, Stress, and Sleep in Korean Adolescents. *Korean J Fam Med*, 37, 111-116.
- Moreno, P., Conejo, S., Motrico, E., Rodriguez, A., Fernández, A., García, J., & Bellón, A. (2014). Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of affective disorders*, 168, 337-348.
- Organización Mundial de la Salud . (1994). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Panamericana
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en salud mental. Ginebra: *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017, Abril). Trastornos mentales. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018, Agosto 24). Suicidio. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). 10 datos sobre la salud mental. *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Preguntas mas frecuentes. *Organización Mundial de la Salud* . Retrieved from <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washigton, D.C: Organización Panamerica de la Salud.
- Oviedo, G., Gómez, C., Rondón, M., Borda, J., & Tamayo, N. (2016). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev colomb psiquiat*, 45(S1), 127-134.
- Ramírez, M. (2017). Prevalencia del síndrome de Burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (1), 241-252.
- Reich, J. (2005). *Personality Disorders current research and treatments*. New York: Taylor & Francis Group.
- Ricardo, C., Álvarez, M., Valencia, G., & Tirado, F. (2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *Rev Colomb Psiquiat*, 41(3), 606-619.

- Saborío, L., & Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 1-6.
- Salamanca, Y., Vega, A., & Niño, S. (2014). Relación entre patrones de Personalidad Patológica y Ansiedad en estudiantes de psicología. *psicología desde el caribe*, 31(3), 435-454.
- Salazar, A. (2015). Salud, burnout y estrés en ámbitos laborales. Una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 25(2), 147-155.
- Sanderson, W., Wetzler, S., Beck, A., & Betz, F. (1992). Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*, 42(1), 93-99.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad, Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.
- Sanjay, J., Samir, A., Hilal, A., Magdi, M., & Asya, A. (2009). Prevalence and age-of-onset distributions of DSM IV mental disorders and their severity among school going Omani adolescents and youths: WHM- CIDI findings. *Biomed Central*, 3(29),1-11.
- Sanjuan, L., Arrazola, O., & García, M. (2014). Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*, (36), 253-264.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck . *Anales de Psicología*, 9(2), 133-170.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González, V., & Bakker, A. (2002). The Measurement of Burnout and Engagement: A Confirmatory factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, (3), 71-92.
- Secretaría de Salud. (2010). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México: secretaria de salud.
- Serrano, C., Rojas, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Sja°stad, H., Gra°we, R., & Egeland, J. (2012). Affective Disorders among Patients with Borderline Personality Disorder. *Plos One*, 7(12), 1-7.

- Skodol, A., Stout, R., McGlashan, T., Grilo, C., Gunderson, J., Shea, M., & Oldham, J. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety, 10*, 175-182.
- Suárez, M., Ganum, G., & Cerdá, M. (2013). Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria. *Rev Argent Cardiol, 81*(1), 39-44.
- Suberbiel, K. (2018). *Factores asociados a la ideación suicida en universitarios usuarios de atención psicológica en el instituto de ciencias de la salud* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto.
- Thomaé, M., Ayala, E., Sphan, M., & Stortti, M. (2006). Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*(153), 18-21.
- Tosevski, D., Milovancevic, M., & Gajic, S. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Curr Opin Psychiatry, 23*, 48-52.
- Valencia, A., Martínez, E. and Díaz, L. (2015). Factores psicosociales. In: T. Hernández, M. García, M. Carrión and D. Navarrete, ed., *Síndrome de Burnout: un factor de riesgo laboral*, 1ª ed. Pachuca de Soto: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Vásquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed, 17*(3), 1-21.
- Vila, J. (1984). *Manual de Modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Wagner, F., Gonzáles, C., Sánchez, S., García, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental, 35*(1), 3-11.
- Wang, Y., Zhu, X., Cai, L., Wang, Q., Wan, M., Yi, J., & Yao, S. (2013). Screening cluster A and cluster B personality disorders in Chinese high school students. *BMC Psychiatry, 13*(116), 2-7.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Boonyanaruth, V., Pinyopornpanish, M., & Intaprasert, S. (2015). Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 1091-1096.
- Yap, M., Pilkington, P., Ryan, S., & Jorm, A. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 156*, 8-23.
- Zagdńska, M., & Kiejna, A. (2016). Prevalence and risk factors of depressive episodes among student population in Wrocław. *Psychiatria Polska, 50*(3), 631-641.
- Zarragoitia, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

- Zegarra, J., Cazorla, E., & Chino, B. (2016). Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental “Moisés Heresi” de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013. *Rev Neuropsiquiatr*, 79(2), 98-107.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Beck para ansiedad.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le vaya la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos, o el corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota: por respeto a los derechos de autor no se expone el cuestionario completo.

Anexo 2. Inventario de depresión de Beck.

- 1) .
- No me siento triste
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2) .
- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3) .
- No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4) .
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.

Nota: por respeto a los derechos de autor no se expone el cuestionario completo.

Anexo 3. Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil (EUBE).

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. El tener que asistir diariamente a clases me cansa				
2. Mis problemas escolares me deprimen fácilmente				
3. Durante las clases me siento somnoliento				
4. Creo que estudiar hace que me sienta agotado				
5. Cada vez me es más difícil concentrarme en las clases				
6. Me desilusionan mis estudios				
7. Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado				
8. No me interesa asistir a clases				
9. Cada vez me cuesta más trabajo ponerle atención al maestro				
10. El asistir a clases se me hace aburrido				
11. Siento que estudiar me está desgastando físicamente				
12. Cada vez me siento más frustrado por ir a la escuela				
13. No creo terminar con éxito mis estudios				
14. Siento que tengo más problemas para recordar lo que estudio				
15. Creo que estudiar me está desgastando emocionalmente				

Nota: por respeto a los derechos de autor no se expone el cuestionario completo.

Anexo 4. Cuestionario de personalidad de Salamanca.

1. Pienso que más vale no confiar en los demás.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
2. Me gustaría dar a la gente su merecido.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
4. Prefiero estar conmigo mismo.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
5. ¿Piensa la gente que es usted raro o excéntrico ?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
6. Estoy más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
7. Soy del tipo adusto emocional.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
8. Doy mucha importancia y atención a mi imagen.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
9. Hago cosas que están fuera de la ley.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F

Nota: por respeto a los derechos de autor no se expone el cuestionario completo.

Anexo 5. Captura de pantalla, herramienta de cuestionarios de Google.

Inventario de ansiedad de Beck

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando el círculo según la intensidad de la molestia.

Síntomas *

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentir oleada de calor (bochorno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Debilidad de piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Miedo a que pase lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sensación de mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Opresión en el pecho o latidos acelerados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventario de depresión de Beck

En este cuestionario se encuentran grupos enumerados de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Seleccione el círculo que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. *

Yo no me siento triste

Me siento triste

Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo

Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. *

En general no me siento descorazonado por el futuro

Me siento descorazonado por mi futuro

Siento que no tengo nada que esperar del futuro

Cuestionario de Salamanca

Este es un cuestionario de screening. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado. Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1. A veces, 2. Con frecuencia y 3. Siempre

	Verdadero - A veces	Verdadero - Con frecuencia	Verdadero - Siempre	Falso
1. Pienso que más vale no confiar en los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me gustaría dar a la gente su merecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Prefiero estar conmigo mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala Unidimensional del Burnout

Instrucciones: Señala la frecuencia con la que te sientes o percibes, en su caso, cada una de las situaciones expresadas en las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
El tener que asistir diariamente a clases me cansa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis problemas escolares me deprimen fácilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante las clases me siento somnoliento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que estudiar hace que me sienta agotado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cada vez que me es más difícil concentrarme en las clases.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me desilusionan mis estudios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 6. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Ansiedad, depresión, trastornos de personalidad y burnout en estudiantes del área de salud

Nombre de investigador: Yary Zulay Jerez Pacheco. Dra. Andrómeda Valencia

Clínica de Atención Psicológica UAEH

Teléfono de contacto: 771717200, extensión 4317

1. Introducción

Lo invitamos a participar en el presente estudio que busca identificar por medio de cuestionarios síntomas de depresión, ansiedad, burnout y riesgo de trastornos de personalidad. Puede tomarse el tiempo necesario para decidir participar o no en el estudio o hablar sobre las dudas que tenga respecto del estudio con una persona con quien se sienta cómodo.

2. Propósito u objetivo del estudio

Se han identificado en estudios anteriores altas cifras de depresión y ansiedad en los estudiantes que consultan a la clínica de psicología, por lo cual a petición de los coordinadores de cada licenciatura se busca identificar síntomas depresivos, ansiosos y algunos factores como síndrome de burnout o trastornos de personalidad que influyen en la salud mental de los estudiantes.

3. Tipo de Intervención de Investigación

Este estudio utiliza la aplicación de cuestionarios en una única vez. Solo se le solicitará acudir a la clínica de atención psicológica si sus resultados arrojan algún tipo de riesgo para presentar esas patologías.

4. Selección de participantes

Usted ha sido llamado por solicitud del coordinador de licenciatura, como parte de un tamizaje a los estudiantes del área de salud próximos a realizar el servicio social obligatorio.

5. Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

6. Descripción del Proceso

Los cuestionarios que usted llenará están disponibles vía online, cada cuestionario tiene las indicaciones necesarios para irlo contestando, en cualquier momento que tenga una duda puede llamar al investigador para resolverla. Posterior a terminar los cuestionarios se puede retirar si no tiene algún comentario o duda por resolver. Los resultados serán evaluados por personal de la clínica de atención psicológica y de ser necesario será llamado a consulta por este mismo personal. Si usted quiere saber sus resultados puede dirigirse a preguntarlos en la clínica después de dos semanas de la aplicación de los cuestionarios.

7. Duración

La duración prevista para llenar todos los cuestionarios es de dos horas, sin embargo si desea más tiempo puede tomarlo con tranquilidad, en el momento que termine de llenarlos puede retirarse si no tiene comentarios o dudas a resolver.

8. Las circunstancias y/o razones previstas bajo las cuales se puede dar por terminado el estudio o la participación del sujeto en el estudio

Será excluido del estudio si decide retirarse o si sus cuestionarios no fueron completados en su totalidad.

9. Riesgos y Molestias

Debido a que la investigación no contempla ninguna intervención a parte de llenar los cuestionarios, los riesgos previstos son mínimos, sin embargo si en cualquier momento se siente mal o quiere recibir atención psicológica se lo debe hacer saber a la persona encargada de vigilar el grupo.

10. Beneficios

Si usted se encuentra con síntomas depresivos, ansiosos, síndrome de burnout o en riesgo de presentar trastornos de personalidad y no ha recibido la atención oportuna adecuada, gracias a estos cuestionarios se podrán identificar y se será llamado para recibir la atención adecuada por parte de la clínica de atención psicológica de la universidad.

11. Confidencialidad

Los resultados de este estudio serán solo manejados por los investigadores y por el personal de la clínica encargado de localizar y atender los participantes con resultados que muestren patología o riesgo de desarrollarla. Los datos personales como nombre y semestre no serán utilizados en la investigación, solo serán utilizados para localizar los estudiantes que lo necesiten.

12. A Quién Contactar

En caso de querer aclarar cualquier duda o solicitar información, se puede dirigir a la clínica de atención psicológica de la universidad donde será puesto en contacto con los investigadores del estudio o con un profesional.

Firma de consentimiento informado

He sido invitado a participar en la investigación de síntomas de depresión, ansiedad, síndrome de burnout y trastornos de personalidad. Entiendo que de aceptar la participación, debo llenar cuestionarios via online, por una única vez. He sido informado de los riesgos. Sé que de ser necesario recibiré la atención oportuna por la clínica de atención de psicología de la universidad. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Semestre al que pertenece el estudiante _____

Grupo académico al que pertenece el estudiante _____

Fecha _____