

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA



TÍTULO

Análisis de los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida. Revisión bibliográfica

Nombre de las sustentantes

Elieth Daniela Blanco Hernández

María José Cascante Quesada

Tutor

Dr. Tony Fabián Ruiz Chavarría

Año 2023

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

I. Resumen

Existe actualmente, un conglomerado de patologías que impactan negativamente la salud mental, entre ellas los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión, los cuales son considerados como dos de las principales causas de discapacidad y carga mundial de enfermedad porque disminuyen la funcionalidad de la persona que conlleva a una afectación directa en su calidad de vida. Ambas enfermedades se pueden presentar en toda la población, sin embargo, hay diversos grupos sociales que se ven mayormente afectados, entre ellos, la población universitaria que cursa una carrera relacionada con las Ciencias de la Salud porque, por lo general, los estudiantes están expuestos a situaciones y factores de riesgo que promueven la aparición de dichos trastornos.

La presente investigación pretende identificar los factores de riesgo asociados a la manifestación de ansiedad y depresión y las formas de abordaje médico integral implementadas en pacientes y sus alcances en la mejora de la funcionalidad y calidad de vida.

Analizar los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida es el Objetivo General de este estudio investigativo.

Se realizó una investigación descriptiva basada en una revisión bibliográfica de la evidencia existente sobre los principales trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria que cursa una carrera en Ciencias de la Salud, así como la identificación de los factores de riesgo relacionados con la ansiedad, depresión y las medidas terapéuticas implementadas en pacientes que reportan mejora en la calidad de vida. Los motores de búsqueda utilizados incluyen Google Académico, Scielo PubMed y Elsevier, con una temporalidad que va del 2017 al 2023, en idiomas inglés y español. Se usaron como descriptores: “depresión”, “ansiedad”, “factores de riesgo”, “enfermedad mental” y “universitarios”. En total se incluyeron 42 artículos científicos relacionados con los objetivos, los cuales fueron clasificados según el nivel de evidencia de Sackett, queda de la siguiente manera: seis (14,3 %) nivel I, tres (7,2 %) nivel II, 4 (9,5%) nivel III y 29 (69%) nivel IV.

Se obtiene como resultados que los trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria que cursa una carrera relacionada con las Ciencias de la Salud, especialmente en estudiantes de medicina, odontología, farmacia y enfermería, son el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada. Los principales factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y depresión en dicha población universitaria se dividen en personales y académicos.

Entre los factores personales se pueden mencionar: edad entre 25 y 30 años, sexo femenino, ser estudiante extranjero, poseer una calidad del sueño deficiente, inactividad física, mala alimentación, entre otros. Los aspectos académicos más relevantes involucrados en la aparición de trastornos afectivos son: bajo rendimiento académico, estrés debido a la alta carga académica y cursar materias con índole clínico.

Las medidas terapéuticas farmacológicas mayormente utilizadas en el manejo de los trastornos de ansiedad y depresión que evidencian una mejoría en la calidad de vida corresponden al uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), Benzodiazepinas (BZD) y los Antidepresivos Tricíclicos (ATC).

Las medidas terapéuticas no farmacológicas empleadas en el manejo de los trastornos afectivos que se utilizan mayormente y evidencian que mejoran la calidad de vida son: asistir a terapia psicológica, poseer herramientas como las estrategias de regulación emocional, contar con un alto nivel de inteligencia emocional, realización de actividad física y la meditación de respiración consciente.

Como conclusiones generales se puede decir que la depresión y la ansiedad conforman los trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria que cursa una carrera afín a las Ciencias de la Salud, en estudiantes de medicina, odontología, farmacia y enfermería. Además de la presencia de altos niveles de ansiedad y de depresión, los estudiantes de Ciencias Médicas también suelen cursar con niveles de estrés elevados, lo cual predispone directamente a la aparición de trastornos afectivos.

Los principales factores de riesgo asociados a la manifestación de depresión y ansiedad son: edad entre 25 y 30 años, sexo femenino, ser estudiante extranjero, cursar el tercer año de la carrera de medicina, baja calidad del sueño, mala alimentación, consumo de alcohol, pésimas herramientas para la resolución de problemas, somnolencia diurna y estrés.

El tratamiento farmacológico de primera línea para el trastorno de ansiedad y la depresión mayor son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). Los fármacos más eficaces para la ansiedad son la Fluoxetina y el Escitalopram, mientras que los fármacos más eficaces para depresión son el Escitalopram, la Paroxetina, la Venlafaxina y la Vortioxetina.

Las medidas no farmacológicas con mayor evidencia en la resolución de la sintomatología de los trastornos afectivos son la realización de actividad física, contar con mecanismos de autorregulación emocional y afrontamiento eficientes y la meditación de respiración consciente.

IV. Tabla de contenidos

I. Resumen	II
II. Agradecimientos.....	V
III. Dedicatoria	VI
IV. Tabla de contenidos.....	VII
V. Lista de tablas	XI
VI. Lista de figuras	XII
VII. Lista de gráficos	XIII
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Introducción.....	2
1.2. Planteamiento del problema	3
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación.....	5
1.5. Antecedentes.....	6
1.5.1. Antecedentes Históricos	6
1.5.2. Antecedentes Internacionales	8
1.5.3. Antecedentes Nacionales	10
2. CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Concepto de salud.....	13
2.2. Concepto de salud mental.....	13
2.3. Calidad de vida y funcionalidad	15
2.4. Trastornos mentales frecuentes en población universitaria.....	15
2.4.1. Trastornos del comportamiento	16
2.4.1.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	16
2.4.1.2. Trastorno disocial (TD)	17
2.4.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).....	18
2.4.3. Psicosis.....	19
2.4.4. Trastornos afectivos	20
2.5. Trastorno de ansiedad (TA).....	21
2.5.1. Definición de ansiedad fisiológica.....	21

2.5.2.	Definición de ansiedad patológica	22
2.5.3.	Epidemiología	23
2.5.4.	Etiología y factores de riesgo	24
2.5.5.	Fisiopatología.....	26
2.5.6.	Clasificación.....	29
2.5.7.	Manifestaciones clínicas	32
2.5.8.	Diagnóstico	34
2.5.8.1.	Diagnóstico diferencial.....	35
2.5.9.	Abordaje médico integral.....	36
2.5.9.1.	Planificación del tiempo de duración	37
2.5.9.2.	Tratamiento farmacológico	38
2.5.9.2.1.	Antidepresivos	38
2.5.9.2.2.	Benzodiacepinas	39
2.5.9.3.	Tratamiento no farmacológico	42
2.5.9.4.	Vigilancia y seguimiento.....	43
2.5.9.5.	Referencia.....	43
2.5.10.	Prevención de los trastornos de ansiedad	45
2.6.	Depresión.....	48
2.6.1.	Epidemiología	48
2.6.2.	Etiología y factores de riesgo.....	50
2.6.3.	Fisiopatología.....	51
2.6.4.	Manifestaciones clínicas	53
2.6.5.	Niveles de depresión según CIE-10.....	53
2.6.6.	Criterios diagnósticos según DSM-V ⁶³	54
2.6.6.1.	Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.....	54
2.6.6.2.	Criterios diagnósticos para depresión mayor	55
2.6.6.3.	Trastorno depresivo persistente.....	56
2.6.6.4.	Trastorno disfórico premenstrual:	57
2.6.6.5.	Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:	58
2.6.7.	Diagnóstico diferencial	59
2.6.8.	Abordaje médico integral.....	61
2.6.8.1.	Tratamiento farmacológico	62

2.6.8.2. Tratamiento no farmacológico	66
2.6.8.3. Factores que pueden influir en una respuesta inadecuada al tratamiento	68
2.6.9. Promoción de la salud mental y prevención de depresión	69
2.6.9.1. Prevención primaria	69
2.6.9.2. Prevención secundaria	70
2.6.9.3. Prevención terciaria	70
2.7. Modelos multidimensionales de ansiedad y depresión	71
2.7.1. Tipos de afectos	71
2.7.1.1. Modelo Cognitivo – Conductual	72
2.7.1.2. Modelo Bifactorial de Afectividad de Watson y Tellegen	72
2.7.1.3. Modelo Tripartito de ansiedad-depresión de Clark y Watson	73
2.7.1.4. Modelo Cuatripartito de la depresión de Watson	73
2.8. Perfil profesional del médico en el abordaje de ansiedad y depresión	73
2.9. Medidas terapéuticas implementadas por los universitarios	74
2.9.1. Medidas de afrontamiento	74
2.9.2. Inteligencia emocional	75
3. CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO	77
3.1. Enfoque de la investigación	78
3.2. Tipo de investigación	78
3.3. Fuentes de información	79
3.4. Criterios de búsqueda de la información	79
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.	80
3.6. Variables de la investigación	81
3.7. Descripción del procedimiento de recolección	82
3.8. Descripción de instrumentos y técnicas	83
3.9. Análisis de información	83
3.10. Clasificación de la información según nivel de evidencia	85
4. CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	87
4.1. Principales trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria	89
4.2. Factores de riesgo relacionados con la ansiedad y/o depresión en el grupo poblacional universitario	93

4.3.	Medidas terapéuticas implementadas en pacientes con ansiedad y/o depresión que reportan mejora en la calidad de vida	100
4.3.1.	Tratamiento farmacológico	101
4.3.1.1.	Ansiedad.....	101
4.3.1.2.	Depresión mayor	102
4.3.2.	Tratamiento no farmacológico de ansiedad y depresión.....	104
4.3.2.1.	Terapia psicológica.....	104
4.3.2.2.	Actividad física.....	106
4.3.2.3.	Mecanismos de autorregulación emocional y afrontamiento.....	107
4.3.2.4.	Inteligencia emocional	107
4.3.2.5.	Meditación.....	108
5.	CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
5.1.	Conclusiones.....	112
5.2.	Recomendaciones	114
6.	CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
7.	CAPÍTULO VII- ANEXOS.....	131
7.1.	Anexo 1. Clasificación de la información según nivel de evidencia.....	132

V. Lista de tablas

Tabla 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica.....	22
Tabla 2. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características según la DSM-V-TR.....	29
Tabla 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características según la CIE-10.....	31
Tabla 4. Síntomas físicos y cognoscitivos de la ansiedad.....	33
Tabla 5. Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad.....	35
Tabla 6. Dosis y periodo de uso de los fármacos empleados para el tratamiento del trastorno de ansiedad.....	40
Tabla 7. Diagnóstico diferencial de trastorno depresivo.....	60
Tabla 8. Mecanismo de acción de fármacos antidepresivos.....	63
Tabla 9. Dosis y frecuencia de administración de los fármacos empleados para el tratamiento del trastorno depresivo.....	64
Tabla 10. Reacciones adversas de los antidepresivos.....	65
Tabla 11. Componentes de la inteligencia emocional.....	76
Tabla 12. Criterios de búsqueda de la información.....	79
Tabla 13. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos.....	80
Tabla 14. Operacionalización de variables de la investigación.....	81
Tabla 15. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia.....	85
Tabla 16. Cantidad y equivalencia porcentual según el tema de los artículos revisados.....	88
Tabla 17. Clasificación de fármacos según su eficacia, aceptabilidad y tasa de abandono.....	104

VI. Lista de figuras

Figura 1. Mecanismos fisiopatológicos implicados en el trastorno de ansiedad.....	28
Figura 2. Algoritmo diagnóstico y de manejo de los trastornos de ansiedad.....	44
Figura 3. Interconexiones entre el sistema límbico y las redes cognitivas corticales.....	52
Figura 4. Proceso asistencial de la depresión.....	62
Figura 5. Tratamiento escalonado para el manejo de la depresión.....	66
Figura 6. Factores que pueden influir en una respuesta insuficiente del tratamiento.....	68
Figura 7. Prevención del trastorno depresivo.....	71
Figura 8. Análisis de información.....	84
Figura 9. Organización de las medidas terapéuticas a analizar.....	100

VII. Lista de gráficos

Gráfico 1. Datos epidemiológicos del trastorno de ansiedad.....	24
Gráfico 2. Datos epidemiológicos de la depresión en Costa Rica en los años 2014 y 2017....	49

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

En la actualidad, los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad son considerados como dos de las principales causas de discapacidad y carga mundial de enfermedad¹, porque forman parte del conglomerado de patologías que impactan negativamente en la salud mental.

Ambas enfermedades se pueden presentar en toda la población, sin embargo, hay diversos grupos sociales que se ven mayormente afectados, entre ellos, la población universitaria que cursa una carrera relacionada con las ciencias médicas² porque, por lo general, los estudiantes están expuestos a situaciones y factores estresantes que promueven la aparición de dichos trastornos.

El presente trabajo de investigación se basa en el análisis de los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida.

Se considera necesario, asimismo, señalar las principales características de los trastornos afectivos frecuentes en la población universitaria y sus efectos en la salud, junto con la descripción de la ansiedad y la depresión, así como los elementos relacionados con la aparición de estos. Además, se pretende identificar las formas de abordaje médico integral implementadas en pacientes y sus alcances en la mejora de la funcionalidad y calidad de vida en conjunto con las estrategias que implementan los estudiantes para el manejo de estos trastornos.

Todo este estudio está fundamentado en criterios de diversos autores y la recopilación de datos de artículos científicos, libros y documentos técnicos complementarios.

1.2. Planteamiento del problema

La salud mental es un tema que actualmente ha obtenido una mayor relevancia, no obstante, desde varios años atrás se conoce que la población universitaria que cursa una carrera de Ciencias de la Salud con frecuencia padece de trastornos afectivos como ansiedad y depresión. La presencia de estos trastornos se relaciona en gran medida con la gran carga académica que los alumnos tienen, sin embargo, no se puede atribuir como único factor de riesgo que conlleve a la presencia de enfermedades psiquiátricas porque la mayoría de los estudiantes se encuentra en una etapa de adultez emergente.

La presencia de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios expuestos a factores estresantes propicia una disminución de la funcionalidad, generan una necesidad de abordaje terapéutico específico para lograr la mejora de la calidad de vida de los estudiantes.

Se plantea dado lo anterior: ¿cuáles son los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Discutir los principales trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria.
2. Describir los factores de riesgo relacionados con la ansiedad y/o depresión en el grupo poblacional universitario.
3. Identificar las medidas terapéuticas implementadas en pacientes con ansiedad y/o depresión que reportan mejora en la calidad de vida.

1.4. Justificación

La vida universitaria, para muchos atractiva y excitante, para otros complicada, es una fuente que además de transmitir conocimiento, puede generar experiencias que afectan directamente la salud mental, donde las clases suelen ser impartidas con metodologías diferentes, en un ambiente formal, con exámenes y trabajos por realizar.

En muchos casos los jóvenes universitarios provienen de distintos lugares y presentan diferencias socioeconómicas, de personalidad, religión, de raza, afiliación política lo que en conjunto con la gran carga académica podría influir en el desempeño académico y social de los estudiantes, condicionando la presencia de trastornos afectivos que pueden repercutir de manera importante en la calidad de vida³.

Los estudiantes universitarios que cursan una carrera de Ciencias de la Salud no son la excepción de lo mencionado anteriormente porque estos están expuestos a múltiples factores durante su estudio académico y clínico que contribuyen a la aparición de depresión y ansiedad⁴.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el 4,4 % de la población sufre depresión, con mayor prevalencia en mujeres (5,1 %) que en hombres (3,6%). Por otro lado, la proporción mundial de los trastornos de ansiedad es de 3,6 % y al igual que con la depresión, son más comunes entre las mujeres que entre los hombres (4,6 % frente a 2,6 % a nivel mundial)¹.

En Costa Rica, de acuerdo con datos reportados por el Centro Centroamericano de Población (CCP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el porcentaje de casos reportados de depresión entre 2014 y 2017 fluctuó entre el 1,08 % y el 1,14 %, lo cual evidencia una tendencia al alza; al mismo tiempo, el trastorno se presentó tres veces más en mujeres que en hombres (0,80 % - 0,84 % en comparación con 0,28 % - 0,30 %)⁵.

Se considera que la salud mental de los alumnos de ciencias médicas es otro motivo importante de investigación porque la prevalencia de depresión que ha sido reportada entre los estudiantes sanitarios va desde un 2 % hasta un 35 % y la prevalencia mundial de ansiedad es del 29.2 % al 38.7 %⁶⁻⁷.

La salud mental se deteriora durante los años universitarios y continúa haciéndolo cuando los alumnos ingresan a la fuerza laboral⁵. Sin embargo, los estudiantes de Ciencias de la Salud pueden aprender a adoptar un enfoque de afrontamiento activo para controlar los trastornos afectivos, de forma que su funcionalidad y calidad de vida no se vean comprometidas.

Se considera de vital importancia hacer hincapié en la salud mental de los estudiantes de Ciencias de la Salud, la cual es sumamente indispensable para su desarrollo personal y como futuros profesionales. Por ello, es necesario analizar los distintos factores relacionados con la manifestación de depresión y ansiedad en esta población, así como el abordaje médico integral de dichos trastornos afectivos.

1.5. Antecedentes

Desde hace unas décadas el estudio de los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad presentes en los estudiantes de Ciencias de la Salud despertó el interés entre los investigadores y a partir de este momento, se han realizado exhaustivas investigaciones sobre los factores de riesgo relacionados con la aparición de estos trastornos y las opciones terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas de estas patologías que se presentan frecuentemente en la actualidad. A continuación, se mencionan algunos de estos estudios.

1.5.1. Antecedentes Históricos

Zoccolillo et al.⁸, en su estudio prospectivo, evaluaron de manera mensual la presencia de depresión en estudiantes de medicina utilizando el Inventario de Depresión de Beck, que es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple empleado para la medición de la severidad del trastorno. La muestra consistió en 304 estudiantes de primer y segundo año de la carrera durante el periodo de 1982-1984.

Toda la población en estudio firmó un formulario de consentimiento informado aprobado por el Comité de Estudios Humanos. Este análisis mostró que la incidencia de depresión mayor o probable durante los dos primeros años de la Facultad de Medicina fue del 12 % y la prevalencia de por vida fue del 15 %, asimismo, como resultado se indicó que un episodio de depresión es más común entre estudiantes previamente diagnosticados antes de ingresar a la carrera y también en aquellos con un antecedente familiar de depresión tratada, por lo que la elevada tasa de depresión no parece ser el resultado de la experiencia de la Escuela de Medicina por sí sola.

Wolf et al.⁹, por su parte, examinaron la ansiedad, la depresión, la soledad, el apoyo social y el maltrato percibido en el transcurso de los 4 años de educación médica de pregrado, a partir de 1991. La muestra representativa de 406 estudiantes comprendida entre población desde la orientación del primer año hasta final del cuarto año completó una serie de cuestionarios referentes a los factores por investigar. Esta investigación evidenció que la depresión y la ansiedad fueron más altas al final del primer año y más bajas al final del cuarto año. Además, el maltrato percibido, particularmente de naturaleza psicológica, fue generalizado a lo largo de los 4 años de estudio y este último se correlacionó significativamente de forma positiva con la depresión y la ansiedad en la orientación de primer año y al final del primer año.

Rasco et al.¹⁰, realizaron en el año 2001 un estudio con el objetivo de determinar la ansiedad y el estrés académico entre los estudiantes de medicina humana de primer y sexto año de una Universidad Privada de Lima. Esta prueba mostró que la población de estudiantes de primer año en comparación con la de sexto año presentó mayores niveles de ansiedad. Asimismo, Celis et al.¹¹, en el mismo año, mediante un estudio analítico transversal, concluyeron igualmente en que hay mayores niveles de ansiedad en alumnos de primer año que en alumnos de sexto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Además, como dato conjunto, las principales situaciones generadoras de estrés evidenciadas en este último estudio fueron la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y la realización de un examen.

Menchola et al.¹², por otra parte, analizaron la eficacia de los tratamientos autoadministrados (SAT: por sus siglas en inglés) para los niveles clínicos de depresión y ansiedad con contacto terapéutico mínimo, mediante el metaanálisis de 24 estudios. Los resultados mostraron grandes efectos para los SAT en comparación con los grupos de control sin tratamiento, sin embargo, a diferencia de metaanálisis anteriores que encontraron diferencias no significativas entre los SAT y los tratamientos administrados por terapeutas, en esta muestra los SAT dieron resultados significativamente más pobres.

González et al.¹³, investigaron la relación existente entre la ansiedad, la depresión y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. La población de 506 estudiantes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio recibió información previa sobre su propósito y el respeto a los principios de confidencialidad. Como resultados se obtuvo que, en cuanto al diagnóstico de depresión, el 96,4 % de los participantes mostraron depresión leve y solo 0,8 % de los alumnos presentaron depresión intensa. Con respecto a la ansiedad, se observó que el 50 % de los estudiantes de la muestra presentaron un nivel de ansiedad social.

1.5.2. Antecedentes Internacionales

Ferrel et al.¹⁴, en una prueba realizada en Colombia, cuyo objetivo fue identificar la relación entre depresión y programa académico/ semestres cursados de estudiantes de Ciencias de la Salud. Esta investigación mostró que en estudiantes del 5° semestre de Medicina la prevalencia de depresión grave es del 17,7 % y de depresión moderada es del 33,9 %. Asimismo, en estudiantes de Odontología se evidenció que la prevalencia de depresión grave es del 6,3 % y de depresión moderada es del 1,9 %.

Wampold et al.¹⁵, en su estudio metaanalítico examinaron la eficacia relativa de nuevos tratamientos basados en la evidencia (EBT: por sus siglas en inglés) versus el tratamiento habitual (TAU: por sus siglas en inglés) en la atención de rutina para la ansiedad y la depresión en adultos. Se realizó una búsqueda de 14 investigaciones que comparan directamente una EBT con un TAU.

Se encontró una heterogeneidad significativa en las condiciones de TAU, que iban desde tratamientos de salud mental desconocidos hasta intervenciones psicoterapéuticas proporcionadas por profesionales capacitados. En los resultados del estudio se observó que no hay evidencia suficiente para recomendar los nuevos EBT para la ansiedad y la depresión a la atención de rutina, particularmente cuando la atención de rutina involucra servicios psicoterapéuticos.

Arrieta et al.¹⁶, por su lado, decidieron realizar un estudio analítico cuyo objetivo fue estimar la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos donde se tomaron en cuenta variables como: factores sociodemográficos, académicos y sociales entre la población estudiantil de Odontología. En la prueba participaron 251 personas con consentimiento informado para evitar temas vulnerables. En los resultados de la prueba se observó que el 56,5 % de los estudiantes tenían síntomas depresivos y 37,4 % presentaron síntomas ansiosos. Según la gravedad, se observaron síntomas depresivos de grado moderado en el 13,1 % y síntomas ansiosos en el 20,3 %. En el análisis se evidenció que algunos de los factores asociados son los recursos económicos, la función familiar, la falta de tiempo para el descanso y el apoyo social.

Guerrero et al.⁷, identificaron los factores que predicen la presencia de síntomas depresivos en estudiantes de primer año de medicina de acuerdo con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D: por sus siglas en inglés), que es un cuestionario diseñado para evaluar la sintomatología depresiva en la población general y con el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI: por sus siglas en inglés), que es un instrumento diseñado para evaluar la sintomatología de ansiedad. La muestra consistió en 517 alumnos que cursaban el primer año de la carrera. Esta prueba mostró que la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como de factores estresantes, fue significativamente más frecuente en mujeres que en hombres, además, los factores que predijeron depresión fueron la ansiedad de estado, los factores estresantes y el nivel socioeconómico bajo. Los resultados de este estudio recomiendan implementar medidas de apoyo a estudiantes que sufren ansiedad, que sean de medio socioeconómico bajo y que presenten factores estresantes.

Barraza et al.¹⁷, además, realizaron un estudio con un muestreo no probabilístico en Chile, con el objetivo de establecer el grado de relación asociativa de las dimensiones de organización de la personalidad con los síntomas depresivos y ansiosos. Se utilizó como muestra a 110 estudiantes voluntarios de Ciencias de la Salud que cursaban el primer año. A partir de esta prueba, fue posible constatar que un 35 % de los estudiantes se encuentra en un rango medio a moderado de ansiedad y un 12 % en rango severo a muy severo. Por otro lado, en cuanto a la depresión un 22,4 % en rango medio a moderado y un 5,6 % en rango severo a muy severo.

Monterrosa et al.¹⁸, en el año 2018 realizaron un estudio sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de Ciencias de la Salud, donde se incluyeron alumnos de las carreras de medicina y farmacia. Los resultados de este estudio obtuvieron que el 62.5 % de estudiantes de medicina y 26.7 % de farmacia se identificaron con algún síntoma de ansiedad. Asimismo, la depresión fue definida en un 80.5 % en la carrera de medicina y 85.7 % en farmacia.

Ordóñez³, por otro lado, en su estudio descriptivo transversal, determinó la presencia de depresión y ansiedad en estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía del Centro Universitario de Oriente. Para la realización de la prueba se utilizó una muestra de 359 estudiantes. A partir de los resultados, se estableció que predominó la ansiedad leve con un 68% y la depresión leve con un 66 %. Asimismo, en la investigación se observó que el sexo predominante fue el femenino y el 11 % de los encuestados admitieron ser fumadores y el 31% refirió consumir con frecuencia bebidas alcohólicas, factores relacionados con la aparición de trastornos afectivos.

1.5.3. Antecedentes Nacionales

Montenegro et al.¹⁹, en su estudio, buscaron determinar la correlación entre la ansiedad, la depresión y los trastornos alimenticios en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica, así como ver la incidencia de estos. Para la realización de la prueba se utilizó una muestra compuesta por 71 estudiantes.

En la investigación se halló una correlación significativa entre trastornos alimenticios y ansiedad. Sin embargo, se encontraron bajos resultados en la incidencia de trastornos afectivos, no obstante, es importante destacar las diferencias según sexo en ansiedad y depresión porque los hombres puntuaron más alto en depresión y las mujeres puntuaron más alto en ansiedad.

Jiménez²⁰, por su parte, valoró el nivel de estrés de estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica. La muestra consistió en 204 estudiantes, quienes completaron los formularios correspondientes para medir el estrés durante el primer ciclo lectivo del año 2009. Esta prueba mostró que el 50 % de los estudiantes muestran estrés grave, el cual se manifiesta principalmente mediante depresión y ansiedad. Los resultados recomiendan hacer un seguimiento a la percepción de estrés de los estudiantes, identificar las causas de este, implementar medidas que ayuden a aprender a manejar el estrés y mejorar o cambiar lo que sea más adecuado.

Alvarado et al.²¹, identificaron el deterioro cognitivo que pueden tener los jóvenes que sufren de alteraciones notables en sus horas de sueño, niveles de estrés, presión, frustración emocional y depresión en la capacidad de aprendizaje y los resultados que estos puedan obtener. La muestra utilizada fue de 74 estudiantes de segundo semestre de segundo año de medicina de la Universidad de Costa Rica al momento de encontrarse en un período de evaluación normal y con un nivel de cansancio notable tras un período de evaluación más intenso. Toda la población del estudio firmó un consentimiento informado para poder ser parte de la investigación. Los datos obtenidos comprobaron que efectivamente la elevada carga académica, el estrés, la falta de sueño y la depresión de los estudiantes de medicina, tienen una influencia directa y negativa en su desempeño académico.

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1. Concepto de salud

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de salud fue adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en el año 1946, donde se estableció que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Dicha definición se firmó el 22 de julio de 1946, la cual entró en vigor el 7 de abril de 1948 y hasta la fecha no ha sido modificada²².

A partir del momento en el cual se definió el concepto de salud, el estudio de los indicadores de salud se encuentra en auge y conceptos como calidad de vida, felicidad, salud mental y bienestar social son de uso común porque forman parte del conglomerado de elementos que constituyen el bienestar biopsicosocial completo de la persona⁶.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de etnia, creencia religiosa, ideología política o condición socioeconómica. Además, los conocimientos médicos y psicológicos deberían estar al alcance de la población mundial para alcanzar el nivel de salud más alto posible.

2.2. Concepto de salud mental

La salud mental es parte integral e indispensable de la salud, por ello se define como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de realizar una contribución a la comunidad²³.

En sentido positivo, la salud mental es la base del funcionamiento eficaz de la comunidad y del bienestar individual porque permite pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, trabajar y disfrutar de la vida. Debido a esto, se puede considerar que la promoción y proteger la salud mental deberían ser parte de las preocupaciones de las personas, las comunidades y las sociedades a nivel global.

La salud mental está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Entre los factores sociales, se mencionan el estatus socioeconómico, las condiciones laborales y los apoyos sociales de la comunidad. Asimismo, hay factores de la personalidad y psicológicos específicos tales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás. Por último, los factores de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales²³⁻²⁴.

Se puede determinar con base en lo dicho anteriormente, que la salud mental deficiente se asocia a las presiones socioeconómicas persistentes, a las condiciones de trabajo estresantes, al apoyo limitado de la sociedad, a la discriminación (por ejemplo, de género, raza, religión, ideología política, entre otras), a la exclusión social, a los estilos de vida poco saludables y a las violaciones de los derechos humanos.

Algunas personas y grupos sociales se encuentran en un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental como depresión y ansiedad, entre los cuales se pueden mencionar: familias que viven en condición de pobreza, las personas con enfermedades crónicas, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes propensos por primera vez al abuso de sustancias, las poblaciones indígenas, los adultos mayores, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros, las personas expuestas a conflictos bélicos, desastres naturales y otras emergencias humanitarias²⁴.

En el año 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, el cual reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. Dicho plan contempla una serie de objetivos cuya finalidad es fortalecer la importancia de la salud mental, entre los cuales se mencionan: reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental, fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental²⁵.

2.3. Calidad de vida y funcionalidad

Según la OMS, calidad de vida se define como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.”²⁶

La calidad de vida se ve perturbada por trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia y aún más en periodos de estrés de la vida universitaria, como se ha mencionado anteriormente, el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo, el cual está relacionado con niveles de alta incapacidad que afectan de manera importante la salud física, mental, social y familiar, así como las actividades de trabajo provoca un desgaste evidente en quien padece de ansiedad y depresión²⁷.

La funcionalidad, por otro lado, es la interacción que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive. Asimismo, se asocia a la salud y al valor de las actividades que le permiten a la población ser y hacer. Cuando la funcionalidad se encuentra comprometida, no solo por la aparición de una patología física, sino también por la presencia de una enfermedad mental, a las personas se le dificulta realizar las actividades cotidianas, comprometiendo su desarrollo individual y comunal²⁸.

La calidad de vida y la funcionalidad, por lo tanto, se pueden ver afectadas por la presencia de trastornos afectivos, como el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo, los cuales provocan que la percepción y las expectativas del ser humano y la capacidad del individuo para realizar distintas tareas se vean afectadas, generan un ciclo vicioso de sentimientos negativos junto con disminución en el desarrollo integral, ya sea individual o como parte esencial de la comunidad.

2.4. Trastornos mentales frecuentes en población universitaria

A nivel mundial se estima que el 14 % de la población joven universitaria padece algún trastorno mental, entre los cuales se pueden mencionar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno disocial (TD), trastornos de la conducta alimentaria, psicosis, trastorno de ansiedad, y depresión²⁹.

A menudo la aparición de estos trastornos en las personas universitarias se puede relacionar con la exposición a factores de riesgo, tales como la presencia de sentimientos de soledad, dificultad para dormir, el consumo de tabaco y alcohol, prácticas sexuales de riesgo, el estrés y la estigmatización de los trastornos mentales porque incita a los adolescentes a no solicitar ayuda cuando la necesitan³⁰.

La población joven que cursa una carrera universitaria, de la misma manera, además de estar expuesta a los factores anteriormente mencionados, maneja una gran carga académica y debe aprender a sobrellevar las exigencias impuestas por el entorno universitario, lo cual propicia de manera importante la aparición de trastornos que afectan directamente la salud mental. Por lo que, a continuación, se revisarán los trastornos mentales más frecuentes en la población universitaria.

2.4.1. Trastornos del comportamiento

En jóvenes se pueden observar trastornos del comportamiento, como el TDAH y el trastorno disocial, los cuales pueden comprometer la forma en la que las personas interactúan con su entorno porque suelen expresarse de manera conflictiva o desafiante provocando enfrentamientos a nivel social, lo cual afecta de manera directa su salud.

2.4.1.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarrollo, caracterizada por la dificultad para responder a determinados estímulos, planificar y organizar acciones, reflexionar sobre posibles consecuencias e inhibir una respuesta automática inicial a fin de sustituirla por una más apropiada. Este trastorno lo padece el 2,4 % de los jóvenes a nivel mundial^{29,31}.

Los síntomas principales de TDAH son inatención, hiperactividad e impulsividad. Su etiología es de origen multifactorial y en el 70% de casos, puede coexistir con otros trastornos psiquiátricos y neurológicos. El diagnóstico es en general clínico y requiere, idealmente, de un examen cuidadoso, así como de entrevistas exhaustivas a los padres, profesores o personas cercanas, además de la entrevista al paciente en la medida de lo posible³¹.

Todo paciente diagnosticado con TDAH debe tener un plan integral de tratamiento individualizado, que considere la potencial cronicidad y el impacto del cuadro, involucrando manejo psicofarmacológico y/o enfoques terapéuticos conductuales para mejorar las manifestaciones centrales de esta condición y un posible deterioro funcional asociado³¹.

Se deduce, con base en lo anterior, que el TDAH es un trastorno que se puede presentar en pacientes jóvenes y tiende a limitar la capacidad que tienen para relacionarse con su entorno, hace difícil su facultad para tomar decisiones. Dicho trastorno para su diagnóstico requiere la elaboración de una historia clínica completa que incluya aquellas características del paciente que lo encasillen en dicha patología. El tratamiento también está enfocado en el uso de fármacos y la terapia cognitivo conductual, lo cual permite brindarle al paciente una mayor calidad de vida y funcionalidad con respecto a su posición como integrante de una comunidad.

2.4.1.2. Trastorno disocial (TD)

El trastorno disocial (TD) se presenta a nivel global en el 2,4 % de los jóvenes³¹. Este trastorno se caracteriza por la ejecución reiterada y persistente de actos en contra de las normas sociales y los derechos de los demás, incluye las agresiones a personas o animales, la destrucción de la propiedad privada y la fraudulencia, generan un deterioro significativo en la vida académica, escolar y/o laboral del individuo³².

Los pacientes diagnosticados, por lo general, con trastorno disocial presentan una historia que involucra múltiples factores de riesgo, la mayoría implica la violencia y falta de apoyo familiar. Por otro lado, tienden a presentar mayor fracaso académico, problemas escolares y otras dificultades que pueden incidir negativamente en su salud física, psicológica y sexual, como el uso más precoz y frecuente de alcohol y drogas, trastornos por uso de sustancias, intentos suicidas, problemas legales, malas relaciones con pares y adultos, promiscuidad sexual y embarazo no deseado³².

El TD es un trastorno en el cual, si se controla la exposición a los factores de riesgo, se puede prevenir, es un punto clave en la protección de los jóvenes que están expuestos a condiciones adversas. Dicha enfermedad afecta de una manera más comprometedora, la relación de las personas con el ambiente que los rodea, genera lazos afectivos negativos con la consecuente discriminación, tanto familiar como a nivel social, tanto así, que inclusive los pacientes pueden verse envueltos en problemas con la ley.

2.4.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Además de los trastornos del comportamiento, las personas jóvenes también pueden presentar trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los cuales pueden repercutir de manera negativa en el desarrollo de sus actividades cotidianas y provocar una afectación a la salud física.

Los principales TCA son: la anorexia nerviosa (AN) que se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo a aumentar de peso y la alteración de la imagen corporal; la bulimia nerviosa (BN) donde se presentan episodios de sobreingestas recurrentes con sensación de pérdida del control, seguidos de conductas compensatorias y por el último, el trastorno por atracones (TA) en el que se caracterizan episodios de sobreingesta sin conductas compensatorias relacionadas³³.

La clínica de los TCA dependerá de la gravedad del trastorno y el estado evolutivo, por ejemplo, la pérdida de peso de más de 20 % del peso corporal total, erosiones en la mucosa esofágica por lo vómito inducido, lesiones en la columna vertebral y las articulaciones por la realización de ejercicio excesivo, el aumento de cetonas debido a un tiempo de ayuno prolongado, etc., las complicaciones orgánicas son habituales y pueden poner en riesgo la vida; la comorbilidad psiquiátrica subyacente es muy frecuente, especialmente relacionada con trastornos afectivos como ansiedad y depresión³³.

El diagnóstico se realiza mediante la utilización de criterios internacionales establecidos, como el DSM-5 y la CIE-10. Para el tratamiento se recomiendan los abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, los cuales están encaminados a restaurar un estado normal de nutrición, normalizar los hábitos alimentarios, resolver las alteraciones somáticas presentes y tratar la comorbilidad psíquica³³.

Los TCA en la actualidad con el advenimiento de las redes sociales han tenido un aumento en su incidencia, de forma que, cada vez más los jóvenes, especialmente femeninas, suelen verse afectadas por dichos trastornos. La aparición de estas enfermedades repercute negativamente en el desarrollo individual de las personas porque comer, lo cual es una necesidad del ser humano, se vuelve conflictivo, convierte la principal fuente de energía del cuerpo en un enemigo. El diagnóstico de los TCA se realiza principalmente con la sospecha y los hallazgos clínicos sugestivos presentes, así como con el uso de herramientas diagnósticas. El tratamiento es multidisciplinario porque, por lo general, los pacientes presentan una condición afectiva de fondo, es necesaria la combinación de tratamiento farmacológico, junto con psicoterapia y atención nutricional.

2.4.3. Psicosis

En la población universitaria es frecuente la presencia de trastornos mentales que comprometen negativamente la calidad de vida y la forma en la cual interactúan con la sociedad, entre los cuales se menciona la psicosis.

La psicosis se define como un trastorno mental importante de origen diverso y que de manera común se caracteriza por la presencia de las alteraciones del pensamiento (delirios), de la percepción (alucinaciones) y un número limitado de trastornos graves del comportamiento, tales como hiperactividad y excitación³⁴. El término psicosis, en general, engloba una clasificación extensa, de la cual se pueden mencionar varios tipos, como la psicosis debida a enfermedades orgánicas, psicosis originada por el consumo de sustancias tóxicas, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y psicosis compartida. De manera común a todos los tipos de psicosis, es preciso el tratamiento sintomático mediante fármacos denominados genéricamente antipsicóticos³⁴.

Es de importancia con base en lo anterior, destacar que los trastornos psicóticos además de generar una relación deficiente con las personas de alrededor, provoca una distorsión de la realidad, lo cual entorpece el desarrollo personal. Depende del tipo de psicosis que presenten los pacientes, así va a ser su presentación clínica, por ejemplo, el trastorno esquizoafectivo se caracteriza por presentar síntomas y signos de psicosis junto con manifestaciones de trastornos afectivos, principalmente depresión. El uso de fármacos antipsicóticos es fundamental para el tratamiento porque permite mantener en lo más posible el control de los delirios y las alucinaciones.

2.4.4. Trastornos afectivos

En el ámbito universitario, los estudiantes se encuentran bajo una presión social y carga académica importante, por lo cual, es común en esta población la presencia de trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión.

El trastorno de ansiedad es más frecuente en la juventud porque se calcula que el 4,6 % de los jóvenes padecen de este trastorno. La ansiedad es definida como un mecanismo adaptativo natural que le permite a la persona ponerse en estado de alerta ante situaciones de conflicto, sin embargo, esta se puede convertir en patológica cuando se manifiesta de manera desproporcionada y demasiado prolongada para la situación, lo cual puede producir un deterioro biopsicosocial que puede interferir con las actividades cotidianas^{29,35}.

La depresión, por otro lado, es la alteración patológica del estado de ánimo con descenso de humor en el que predominan los síntomas afectivos de tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida que limitan la funcionalidad de los jóvenes afectando su calidad de vida³⁶. Se calcula que el 2,8 % de los jóvenes padecen de depresión²⁹.

Dichos trastornos afectivos serán ampliados a lo largo de la investigación porque se considera de suma importancia profundizar y conocer las características de la ansiedad y la depresión como patologías que se presentan en la población universitaria, especialmente en aquella que cursa una carrera relacionada con Ciencias de la Salud.

2.5. Trastorno de ansiedad (TA)

La ansiedad en general engloba dos términos, la ansiedad fisiológica y la patológica que comparten un mismo mecanismo fisiopatológico, sin embargo, se diferencian principalmente en que la fisiológica se considera una respuesta normal del organismo, mientras que la patológica se caracteriza por presentar manifestaciones clínicas que afecta la funcionalidad y calidad de vida de las personas. A continuación, se definen ambos términos de manera más extensa.

2.5.1. Definición de ansiedad fisiológica

La ansiedad es una respuesta o modo de alarma que surge ante situaciones peligrosas, en las que se anticipa una posible amenaza y que prepara al organismo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones fisiológicas y conductuales³⁷.

El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que se consideran respuestas normales ante situaciones de estrés, las cuales preparan al organismo para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, incluye el aumento de la actividad simpática que se refleja mediante temblor, poliuria, diarrea, entre otras manifestaciones somáticas³⁷⁻³⁸.

La ansiedad generalmente implica 3 sistemas de respuesta, los cuales son: el subjetivo – cognitivo, que se relaciona con la experiencia interna, percepción y la evaluación subjetiva de los estímulos, el fisiológico – somático relacionado con la activación del sistema nervioso autónomo y el motor – conductual caracterizado por el escape y la evitación³⁷.

La ansiedad fisiológica en general, es aquella que se define normal, la cual forma parte de un mecanismo de defensa interno que está presente en el organismo de los seres humanos, el cual se activa ante situaciones de estrés, como la realización de un examen o huir de una situación peligrosa, por ejemplo, un posible asalto. Dicha respuesta normal se asocia a la activación del sistema nervioso autónomo, el cual permite realizar modificaciones en los distintos órganos y componentes del cuerpo para lograr superar los momentos de crisis.

2.5.2. Definición de ansiedad patológica

En ocasiones, la ansiedad no facilita una mejor adaptación ante situaciones estresantes provocando falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son o en otros casos, tiende a percibir reiteradamente una serie de peligros magnificados que provocan niveles excesivamente altos de ansiedad, convierte el estado de alerta a un estado de miedo desproporcionado y prolongado, al cual se le denomina ansiedad patológica³⁷.

La ansiedad patológica pasa de ser un sistema de alerta eficiente del organismo, a ser un sistema deficiente que provoca la activación del sistema nervioso autónomo en situaciones indebidas que no implican un peligro inminente para la vida, por ejemplo, la realización de una llamada telefónica o la comunicación con los demás. El estado de ansiedad permanente genera una afectación directa de la calidad de vida con la consecuente alteración de la funcionalidad de las personas que la padecen.

Es de suma importancia reconocer las diferencias entre ansiedad fisiológica y ansiedad patológica porque la primera funciona como un sistema de alerta que prepara al organismo para afrontar una situación de peligro, mientras que la otra es el resultado de una interpretación exagerada de una situación que no se considera un riesgo como tal. A continuación, en la Tabla 1 se encuentran las principales diferencias entre ambos términos.

Tabla 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica

Característica	Ansiedad fisiológica	Ansiedad patológica
Definición	Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta a la vida diaria debido a la interpretación de miedos de forma magnificada
Aparición	En relación con una circunstancia habitual	Desproporcionada al desencadenante
Rendimiento	Mejora el rendimiento	Empeora el rendimiento
Severidad	Es más leve	Es más grave
Síntomas	Menor componente somático	Mayor componente somático
Atención médica	No requiere	Sí requiere

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia³⁷⁻³⁸.

La ansiedad patológica se caracteriza por una sobrevaloración de los estímulos y situaciones amenazantes, así como una infravaloración de las capacidades personales para responder ante las amenazas. Los individuos con síntomas de ansiedad patológica presentan miedo o preocupaciones y habitualmente no reconocen su temor como algo disfuncional, ocasionando así que el individuo trate de evitar el estímulo que le causa ansiedad³⁸.

La ansiedad patológica generalmente, se presenta acompañada de síntomas somáticos, tales como: cefalea, dolor abdominal, llanto, irritabilidad y enojo; los cuales pueden ser interpretados como oposición o desobediencia, cuando en realidad se trata de una expresión de temor³⁷.

Los pacientes que padecen de trastorno de ansiedad suelen asociar mayores manifestaciones clínicas en comparación con la ansiedad fisiológica porque el estado persistente de activación del sistema nervioso simpático genera molestias crónicas, que incluyen desde sudoración excesiva hasta una cefalea de moderada intensidad.

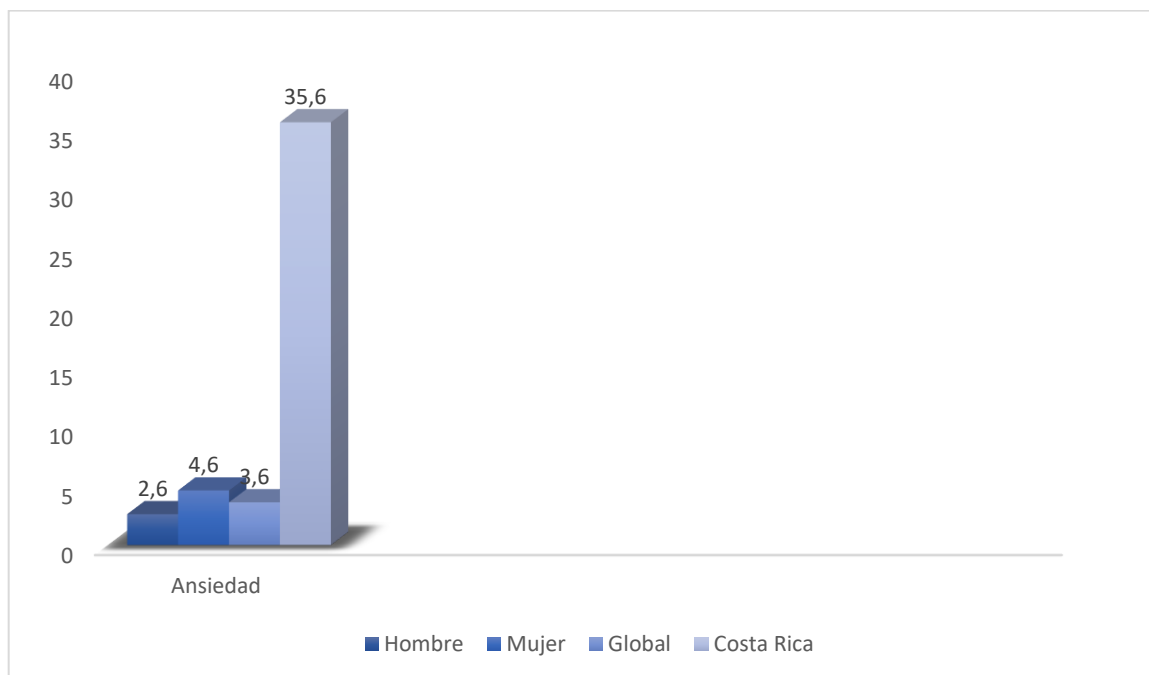
2.5.3. Epidemiología

El trastorno de ansiedad en el ámbito de la salud pública representa uno de los problemas más significativos de salud mental, principalmente por el nivel tan alto de afectación de la funcionalidad y calidad de vida en el individuo que lo padece. Su importancia epidemiológica en los últimos años es enorme porque afecta a todos los grupos etarios, incluida la población universitaria.

Datos recientes de la OMS¹, estiman que la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad es de 3,6 %. El número total estimado de personas que viven con dicha patología globalmente es de 264 millones, es más común en las mujeres que en los hombres (4,6 % frente a 2,6 % respectivamente). Asimismo, en el continente americano se calcula que el 7,7 % de la población femenina padece trastornos de ansiedad.

En Costa Rica para el año 2020, se estima que el 35,6 % de los costarricenses padecen de ansiedad y la prevalencia en el reporte de dicha enfermedad es de 5934,3 casos por cada 100.000 habitantes. Igual que a nivel mundial, en el país según la distribución por género, la población más afectada es la femenina³⁹. A continuación en el Gráfico 1 se encuentran los datos epidemiológicos ilustrados para una mayor comprensión.

Gráfico 1. Datos epidemiológicos del trastorno de ansiedad



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia^{1,39}.

2.5.4. Etiología y factores de riesgo

La etiología de los TA constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores de riesgo, entre ellos se pueden mencionar factores biológicos, psicosociales, traumáticos, factores cognitivos y conductuales, que median en la expresión de este trastorno.

Entre los factores biológicos se menciona inicialmente el sexo femenino porque las mujeres en general presentan mayor riesgo de presentar un trastorno de ansiedad⁴⁰. Por otro lado, es de suma importancia resaltar los factores genéticos porque predisponen en un 30 a un 50 % la presencia de los TA. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social^{37,41}. El modo de herencia es complejo, con muchos factores genéticos variantes de pequeños efectos que interactúan con otro riesgo, por lo general con factores ambientales. La base genética de los trastornos de ansiedad se superpone no sólo dentro de los diferentes trastornos de ansiedad, sino también con la dimensión de ansiedad no patológica, lo que sugiere al menos un continuo parcial de la ansiedad normal a la patológica⁴².

Los mecanismos epigenéticos implican la modificación del ADN y cromatina que regulan la expresión génica, que podría mediar en las interacciones gen-ambiente y podría ser modificada por la intervención farmacológica en un futuro. Estudios basados en hipótesis sugieren metilación diferencial de genes como MAOA, CRHR1 y OXTR55 que se asocian con el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad social⁴².

Los estresores psicosociales (interpersonales, laborales, académicos, socioeconómicos, entre otros) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales. Asimismo, factores traumáticos como el enfrentar acontecimientos fuera del rango de la experiencia humana normal (por ejemplo, accidentes graves, desastres naturales, asaltos, violaciones, torturas y secuestros), suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad³⁷.

Entre los factores de riesgo psicosociales con mayor relación en la aparición del TA se mencionan el consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de cannabis, comportamiento de evitación, factores ocupacionales, estrés académico y valoraciones negativas de eventos estresantes de la vida⁴³.

Las experiencias infantiles adversas y maltrato emocional en la etapa de la niñez también predisponen a la presencia de trastornos de ansiedad posteriormente en la adolescencia o en el adulto joven. A su vez, vulnerabilidades temperamentales específicas (especialmente temperamentos retraídos o inhibidos), interacciones con los padres que se caracterizan por una sobreinvolucración y negatividad y relaciones reducidas con los compañeros se pueden relacionar con la aparición de TA⁴⁰.

Se considera, por otro lado, que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales, como la ansiedad porque esta se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás, haciendo el cuadro más florido⁴¹.

Los factores ambientales negativos como acontecimientos de la vida son importantes en la génesis de los TA, entre los cuales se mencionan: enfermedad crónica, abuso físico, violencia sexual, lesiones traumáticas, muerte de personas cercanas, divorcio o separación y condición económica difícil⁴¹.

Se deduce a partir de lo descrito anteriormente, que los seres humanos están expuestos a múltiples factores de riesgo para padecer de trastornos de ansiedad, desde el aspecto biológico hasta el ambiental, lo cual representa la importancia de dicha patología. Asimismo, debido a la relación con la genética, es importante preguntar sobre antecedentes heredofamiliares de ansiedad porque dicha asociación puede aumentar la sospecha diagnóstica.

2.5.5. Fisiopatología

La ansiedad al ser un trastorno que afecta directamente la salud mental tiene como punto de partida fisiopatológico la alteración de distintas estructuras anatómicas y funcionales pertenecientes al Sistema Nervioso Central (SNC), dictamina así, no solo su origen como enfermedad, sino también la aparición de las distintas manifestaciones de esta patología.

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en zonas del tallo cerebral, tales como los núcleos del Rafé y el locus coeruleus que están involucrados en el desarrollo y transmisión de la angustia, así como el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. En general, se dice que la amígdala presenta una sobre reactividad, provocada por el proceso consciente o no consciente de estímulos relacionados con amenazas en el trastorno de ansiedad^{37,41}.

Se menciona además de lo descrito anteriormente, la alteración de neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y el sistema ácido gamma-aminobutírico (GABA) que es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante porque a veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. A su vez ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (por ejemplo, cortisol, ACTH, etc.) y a la presencia de ansiedad^{37,44}.

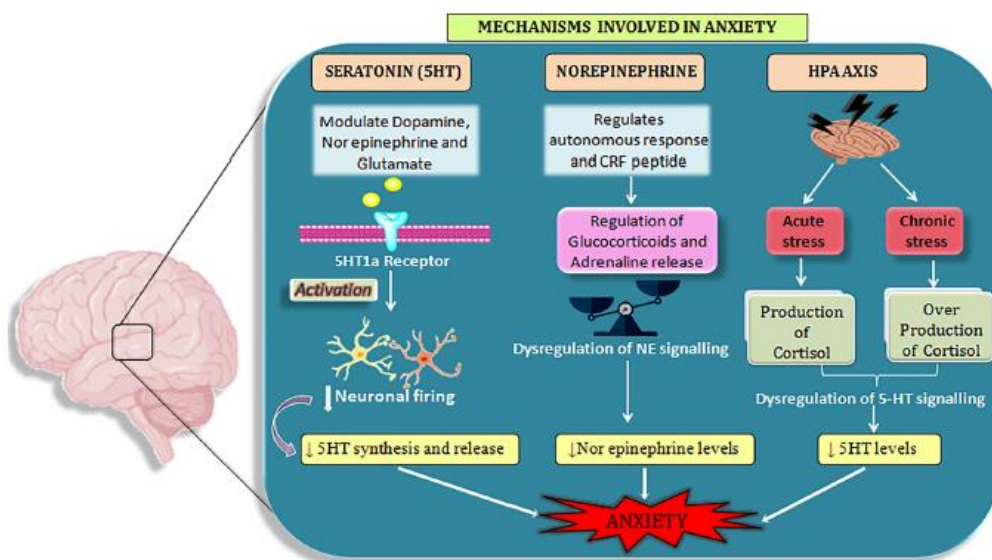
Con respecto a la serotonina (5-HT), como se mencionó anteriormente es un neurotransmisor que juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo, el miedo, la agregación y la modulación de la ansiedad. La serotonina consta de 14 tipos de receptores y entre ellos se observa que el 5-HT_{1A} juega un papel clave en la etiología de la ansiedad. En el cerebro, los receptores 5-HT_{1A} se localizan presináptica y postsinápticamente y la activación de estos por parte de la serotonina da como resultado una tasa de activación reducida que suprime la síntesis de 5-HT, el recambio de 5-HT y la liberación de 5-HT en las áreas de proyección. A su vez el receptor 5HT-1A modula la liberación de GABA, glutamato, dopamina y su modulación puede originar complicaciones neuropsiquiátricas como la ansiedad⁴⁵.

La noradrenalina (NE) es un importante neurotransmisor de monoamina responsable de la excitación, la vigilancia, la concentración y la activación de las respuestas al estrés. La mayoría de las neuronas adrenérgicas se ensamblan en pequeños grupos separados en el tronco del encéfalo que se designan como grupos de células A1 a A7, las neuronas A4 y A6 están presentes en el locus coeruleus y tienen un papel destacado en la mediación de la respuesta al estrés. Las neuronas NE presentes en el locus coeruleus proyectan y conducen señales de estrés a las áreas del cerebro anterior y están involucradas en la organización de la respuesta al estrés, por lo que cuando se produce una desregulación en el locus coeruleus, se produce ansiedad. Aparte de esto, la entrada de NE regula la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que desempeña un papel en diversas respuestas autonómicas, como el aumento del flujo simpático, que libera glucocorticoides y adrenalina. Para equilibrar las respuestas autonómicas, la NE media el mecanismo de retroalimentación negativa que resulta en la normalización de la respuesta autonómica⁴⁵. El neurotransmisor GABA, por otro lado, actúa a través de sus dos receptores, el receptor ionotrópico GABAA y el receptor metabotrópico GABAB. GABAA es un canal de iones controlado, ligando que abre el canal de iones de cloruro y muestra actividad inhibitoria en las neuronas y controla la excitabilidad del cerebro mientras que GABAB modula la generación de potencial postsináptico excitatorio y la potenciación a largo plazo. Los receptores GABAB están involucrados en la regulación de muchos mecanismos cerebrales normales y patológicos, incluidos el sueño, la memoria, las emociones y las alteraciones en el funcionamiento de GABAB conducen a la ansiedad⁴⁵.

Además de las alteraciones fisiopatológicas estructurales y de los neurotransmisores mencionados anteriormente, también se afecta el eje hipotálamo pituitario suprarrenal (HPA), el cual se activa en respuesta a los estímulos estresantes. La activación del eje HPA incluye la secreción del factor liberador de corticotropina (CRF) del hipotálamo que finalmente resulta en la secreción de cortisol. En la ansiedad aguda, la activación del eje HPA es adaptativa porque el cortisol parece reducir el miedo percibido al afectar la recuperación de la memoria de información emocionalmente excitante. Sin embargo, en caso de ansiedad crónica, existe una desconexión entre el factor estresante y los cambios de comportamiento, por lo que, en respuesta al estrés crónico, el eje HPA se sobreactiva, lo que es dañino y da como resultado la sobreproducción de cortisol que da como resultado un agotamiento de los receptores 5-HT y un mecanismo de afrontamiento deteriorado⁴⁵.

A continuación, en la Figura 1 se describen los mecanismos fisiopatológicos implicados en el TA.

Figura 1. Mecanismos fisiopatológicos implicados en el trastorno de ansiedad



Fuente: Imagen tomada de Anxiety: An ignored aspect of Parkinson´s disease lacking attention⁴⁵.

2.5.6. Clasificación

Para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad, existen criterios universales, los cuales se encuentran recopilados en las dos clasificaciones de trastornos mentales más importantes a nivel mundial: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición revisada (DSM-V-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. El DSMV- TR enumera 12 TA y en la CIE-10 los trastornos neuróticos, los cuales se agrupan en los trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos^{37,46}. En la tabla 2 se presenta la clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características de la DSM-V-TR.

Tabla 2. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características según la DSM-V-TR

Trastorno	Características
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico.
Fobia simple	Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria, por ejemplo, animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño y situacional.
Fobia social	Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor. En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses.

Trastorno de angustia sin agorafobia	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación.
Agorafobia sin crisis de angustia	Presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
Trastorno obsesivo compulsivo	Caracterizado por obsesiones (provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas), y/o compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no para proporcionar placer o gratificación)
Trastorno por estrés postraumático	Reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma.
Trastorno por estrés agudo	Síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días, pero menos de 1 mes.
TA debido a una enfermedad médica	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
TA inducido por sustancias	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
TA no especificado	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia^{37,46}.

A continuación, se presenta en la Tabla 3 la clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características de la CIE-10.

Tabla 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características según la CIE-10

Trastorno	Características
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico.
Trastorno de angustia	Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. Las crisis son recidivantes e inesperadas que causan agorafobia, la cual se define como un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación.
Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo)	Obsesiones que provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas, y/o compulsiones.
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión.
Trastorno de estrés postraumático	Reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma.
Reacción de estrés agudo	Síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días, pero menos de 1 mes.
Trastorno de adaptación	Alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.

Trastornos disociativos	Trastornos mentales que suponen una desconexión y falta de continuidad entre pensamientos, recuerdos, entornos, acciones e identidad.
Trastornos somatomorfos	El trastorno somatomorfo se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas orgánicos crónicos acompañados de niveles significativos y desproporcionados de angustia, preocupaciones y dificultades en el funcionamiento diario relacionadas con dichos síntomas.
Otros trastornos neuróticos	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia^{37,41,46}.

2.5.7. Manifestaciones clínicas

Las características clínicas de los trastornos de ansiedad son las mismas de la ansiedad no patológica, se diferencia de ella en cuanto a duración y gravedad porque la persistencia de las manifestaciones clínicas son la principal razón por la cual los pacientes consultan en un servicio de consulta de atención primaria.

Dicha sintomatología se puede clasificar en síntomas físicos, los cuales se reflejan a nivel somático y los síntomas cognoscitivos, los cuales se manifiestan a nivel psicológico. La gravedad del cuadro clínico puede variar desde sentimientos de intranquilidad hasta episodios de terror paralizante.

A continuación, se presentan de manera puntual en la Tabla 4 los síntomas físicos y cognoscitivos de la ansiedad.

Tabla 4. Síntomas físicos y cognoscitivos de la ansiedad

Síntomas físicos	Síntomas cognoscitivos
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, dolor precordial	Miedo a perder el control o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, problemas de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento	Irritabilidad, inquietud
Genitourinarios: micción frecuente, pérdida deseo sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁶.

Los síntomas físicos más reconocidos en el TA son: aumento de la tensión muscular, mareos, cefalea, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, accesos de hiperventilación, parestesias, temblor, dolor abdominal, aumento de la frecuencia urinaria y diarrea. Por otro lado, los síntomas cognoscitivos predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, temor a perder la razón y el control, deseo de huir y sensación de muerte inminente⁴⁷.

En los TA se presentan, además, otros síntomas comunes, como la crisis de angustia, la cual se caracteriza por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, que se acompaña de 4 a 13 síntomas somáticos o cognoscitivos descritos anteriormente. Inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (usualmente en 10 minutos o menos), acompañándose de una sensación de peligro o de muerte inminente y necesidad urgente de escapar³⁷.

La agorafobia, asimismo, es otra manifestación esperada porque se define como la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia, no se puede disponer de ayuda. Suele conducir en forma típica a conductas evitativas de múltiples situaciones, por ejemplo, estar solo dentro o fuera de casa, viajar en automóvil, autobús o avión o encontrarse en un puente o en un ascensor³⁷.

Las manifestaciones somáticas del trastorno de ansiedad son muy inespecíficas, lo cual complica la sospecha diagnóstica, sin embargo, los pacientes además de presentar dicha sintomatología, suele asociar las crisis de angustia y/o agorafobia, lo cual encamina la realización del diagnóstico apropiado.

2.5.8. Diagnóstico

La base para el diagnóstico de ansiedad es la realización de una buena historia clínica, la cual debe ser orientada al contexto de la enfermedad, el cual debe ser esclarecido en el momento de preguntar el motivo de consulta.

La entrevista clínica debe enfocarse en la recolección de información básica (por ejemplo, características de los síntomas, tiempo de evolución de la enfermedad) y específica (por ejemplo, factores desencadenantes, entorno sociofamiliar). Asimismo, debe explorar la esfera psicosocial del paciente con el fin de determinar el contenido del pensamiento, su afectividad y personalidad⁴⁶.

La historia clínica por ello, debe incluir los antecedentes personales de: uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades orgánicas conocidas y acontecimientos vitales estresantes (vinculados a la historia familiar, laboral y social del paciente) con el fin de descartar una etiología médica o neurológica³⁷.

No existen en general, pruebas de laboratorio o gabinete capaces de diagnosticar un trastorno de ansiedad o tipificarlo, pero sí se puede hacer uso de instrumentos o escalas para complementar la valoración, son preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como por ejemplo, la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS), empleada para evaluar el nivel de ansiedad que experimenta una persona y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), utilizado para valorar los síntomas somáticos presentes en el paciente⁴⁷.

Todo paciente con síntomas de ansiedad y una vez descartados otros padecimientos médicos, incluidos otros psiquiátricos, el uso de medicamentos y sustancias psicoactivas que cursan con estos síntomas, deberá clasificarse de acuerdo con los criterios específicos definidos anteriormente, según el DSM-V-TR y el CIE-10^{37,47}.

2.5.8.1. Diagnóstico diferencial

Debido a que la sintomatología del trastorno de ansiedad es muy diversa, se debe realizar un adecuado diagnóstico diferencial, principalmente con patologías que pueden comprometer la vida del paciente. Para ello es necesario realizar una historia clínica completa con un examen físico que permita dar puntos clave en distintas patologías, asimismo, se pueden utilizar distintos exámenes de laboratorio y de gabinete como hemograma, perfil hormonal, radiografía de tórax, etc., que ayuden a realizar una apropiada diferenciación con el TA.

A continuación, en la Tabla 5 se presentan los principales diagnósticos diferenciales que pueden producir síntomas ansiosos.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad

Diabetes mellitus	Prolapso de la válvula mitral	Porfiria aguda intermitente
Enfermedad de Cushing	Hipovolemia	Alucinógenos
Enfermedad de Addison	Anemia	Analgésicos
Hipertiroidismo	Hiperventilación	Anestésicos
Hiperparatiroidismo	Angina	Anticolinérgicos
Hiperpituitarismo	Asma	Antidepresivos
Menopausia	Edema pulmonar	Antihistamínicos
Feocromocitoma	Embolia pulmonar	Antihipertensivos
Vértigo	EPOC	Alcohol
Dolor	Neumotórax	Broncodilatadores
Enfermedad de Huntigton	Hipoxia	Simpaticomiméticos
Miastenia gravis	Úlcera péptica	Cafeína
Poliomielitis	Colitis	Anfetaminas
Temblor esencial	Brucelosis	Cocaína

Epilepsia	Mononucleosis	Bazuco
Migraña	Malaria	Marihuana
Enfermedad cerebro vascular	Hepatitis	Penicilina
Encefalitis	Neumonía	Sulfonamidas
Esclerosis múltiple	Hipoglicemia	Nicotina
Arterioesclerosis cerebral	Síndrome premenstrual	Esquizofrenia
Arritmias cardíacas	Lupus eritematoso sistémico	Depresión
Infarto del miocardio	Artritis reumatoide	Demencia
Insuficiencia cardíaca	Acidosis	Hipocondría
Insuficiencia coronaria	Desequilibrio	Anorexia nerviosa
Enfermedad de Wilson	hidroelectrolítico	Bulimia nerviosa

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia³⁷.

De los primeros pasos que se deben seguir ante la sospecha de un TA, es descartar otras patologías médicas o psicológicas que puedan presentar síntomas somáticos o cognoscitivos semejantes a la ansiedad. Lo anterior es de suma importancia porque estas condiciones podrían representar un riesgo considerable de muerte en algunas ocasiones.

2.5.9. Abordaje médico integral

Los trastornos de ansiedad se pueden abordar con tratamiento farmacológico, con psicoterapia o ambos, dependiendo de la gravedad en la cual se presente el paciente. Como anteriormente se mencionó antes de iniciar el tratamiento de TA, el médico debe diferenciar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia.

El médico también debe considerar la edad del paciente, si presenta comorbilidades, tratamiento previo para TA, reportar si fue farmacológico o de psicoterapia, incluir el tipo de medicación, dosis inicial, efectos secundarios y resultados. Asimismo, es trascendental indagar sobre el riesgo de intento suicida, tolerancia, posibles interacciones con otros medicamentos y posibilidad de embarazo⁴⁷.

En el abordaje inicial en atención primaria, estos pacientes acuden a consulta en los primeros meses de inicio de los síntomas, cuando es posible que haya mejoría con el diálogo y el apoyo. Se les debe ofrecer una explicación clara sobre los síntomas físicos de la ansiedad y para afrontar cualquier problema social que pueda contribuir a la persistencia del trastorno³⁷.

Para el adecuado manejo de los TA se debe realizar un programa de tratamiento, el cual debe incluir una planificación del tiempo de duración, el tipo de tratamiento (farmacológico, no farmacológico o ambos) la vigilancia y el seguimiento los cuales se realizan con base en el criterio médico. Por otro lado, es importante considerar las situaciones en las cuales es necesario referir con un especialista en psiquiatría.

2.5.9.1. Planificación del tiempo de duración

Se describen en general, dos tipos de planes, los cuales son: tratamiento a corto plazo, el cual tiene una duración de 12 semanas y el tratamiento a largo plazo que tarda aproximadamente entre 6 a 24 meses.

El objetivo del tratamiento a corto plazo es la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, control de la ansiedad anticipatoria y de las conductas evitativas agorafóbicas. En general, se han descrito que las intervenciones psicológicas (cognitivo-conductual) han demostrado ser efectivas, por ende, se puede considerar enviar al paciente con un especialista en psicología. Asimismo, el abordaje farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (BZD) ha mostrado resultados positivos. De igual forma, ambas terapéuticas se pueden recomendar por aparte o bien en combinación porque se ha visto que el uso de ambas de manera simultánea tiene beneficios en la terapia a corto plazo³⁷.

En el tratamiento a largo plazo el objetivo es mantener el control sobre los síntomas y reducir las tasas de recaída, donde la terapia cognitivo-conductual parece obtener mayores reducciones en las tasas de recaídas que otras intervenciones. No se recomienda utilizar como terapia individual los fármacos porque por sí solos, no mejoran el cuadro del paciente a largo plazo, por ende, lo más efectivo es brindar la terapia combinada³⁷.

2.5.9.2. Tratamiento farmacológico

Los TA son enfermedades crónicas que pueden llevar a la discapacidad, por ende, el principal objetivo de la terapéutica es el control de la sintomatología central. Debido a esto, se considera de suma importancia que, al iniciar el tratamiento, se le indique al paciente con claridad la dosis, los efectos adversos esperables, el riesgo por interrupción del tratamiento y la necesidad del cumplimiento.

La aplicación de estos fármacos asimismo, puede traer consigo implicaciones negativas que implican riesgos en la salud del paciente. La iatrogenia y la medicación con potencial adictivo es un problema relevante de salud con potencial de generar graves consecuencias a nivel individual, familiar y social⁴⁰. Es por ello por lo que se hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción³⁷.

2.5.9.2.1. Antidepresivos

La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en TA. Los fármacos de primera línea recomendados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina adrenalina (IRSR). Los fármacos de segunda línea son los antidepresivos tricíclicos (TCA) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Se ha observado que los ISRS brindan una mejoría clara de los síntomas de ansiedad tras 8 semanas de tratamiento. Sin embargo, entre los efectos adversos de los ISRS destacan los problemas digestivos y los trastornos de la función sexual. Entre los fármacos más empleados de este grupo se encuentran la Fluoxetina, la Sertralina y el Citalopram^{37,41}.

Entre los IRSN, la Venlafaxina ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas de ansiedad. Asimismo, existe otro fármaco empleado en el tratamiento de TA llamado Paroxetina. Por otro lado, entre las reacciones adversas más frecuentes están los trastornos digestivos, mareos, trastornos visuales, insomnio, nerviosismo, temblor, trastornos de la función sexual, astenia y dolor^{37,41}.

Los ATC son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina y antagonistas de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Como ejemplos de este grupo farmacológico están la Clomipramina e Imipramina. Sin embargo, para hacer uso de estos medicamentos se debe tener especial cuidado en pacientes con patología cardiovascular, glaucoma, hipertrofia prostática, bajo umbral convulsivo, afectación hepática o renal o feocromocitoma^{37,41}.

Los IMAO tiene una base sólida para la eficacia de los TA, pero la seguridad de estos es cuestionada por lo que su uso es limitado. Ejemplos de estos fármacos son la Moclobemida y la Fenelzina⁴¹.

2.5.9.2.2. Benzodiacepinas

Las BZD son psicotrópicos que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos. Debido a estos efectos se han utilizado en diferentes trastornos de ansiedad porque actúan a nivel del SNC, en el sistema límbico, los cuales posee receptores capaces de ejercer propiedades ansiolíticas y sedantes. Además, se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este neurotransmisor⁴¹.

Son los medicamentos más utilizados en los pacientes ansiosos con sintomatología aguda. La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas está bien establecida, inclusive se pueden usar en combinación con los ISRS o IRSN durante las primeras semanas de tratamiento. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento prolongado (por 4 meses o más) de la ansiedad, está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica^{37,41}.

Estos fármacos son liposolubles y atraviesan la barrera hematoencefálica fácilmente y los efectos ansiolíticos tienen acción rápida con la vía oral o parenteral. Las BZD utilizados frecuentemente en los TA se clasifican en tres, según la semivida de eliminación en: acción larga (>24 horas) como Clonazepam, acción intermedia (6-24 horas) como Lorazepam y Alprazolam y de acción corta (<6 horas) como el Bromazepam⁴¹.

Al seleccionar estos fármacos, sin embargo, se deben considerar los efectos adversos como ataxia, disartria, vértigo, sedación, incoordinación motora con caídas, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, trastornos de memoria a corto plazo e incluso el desarrollo de depresión y su posible sintomatología de abstinencia, alteraciones cognitivas, la problemática cuando se asocia al abuso de alcohol y riesgo de dependencia con el uso a largo plazo. En casos excepcionales las BZD están contraindicadas en pacientes con tendencias a suicidio, enfermedad cardíaca, historia de abuso de las BZD u otra sustancia^{37,41}.

A continuación, en la Tabla 6 se presenta la dosis y el periodo de uso de los fármacos frecuentemente utilizados para el tratamiento de los TA.

Tabla 6. Dosis y periodo de uso de los fármacos empleados para el tratamiento del trastorno de ansiedad

Fármaco	Clasificación	Dosis	Periodo de uso
Citalopram	ISRS	20-60 mg/día (iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	Exclusivamente durante la fase depresiva
Fluoxetina	ISRS	20-80 mg al día (iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	De 18 a 24 meses
Sertralina	ISRS	100-200 mg al día (iniciar con 50-100 mg e incrementar 50 mg cada 5 días)	De 18 a 24 meses
Paroxetina	ISRN	40-80 mg al día (iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	De 18 a 24 meses
Venlafaxina	ISRN	150-300 mg al día (iniciar con 75 mg e incrementar 75 cada 5 días)	De 18 a 24 meses

Clomipramina	ATC	150-250 mg al día (iniciar con 50 mg e incrementar de 25-50 mg cada 5 días)	De 18 a 24 meses
Imipramina	ATC	150-250 mg al día (iniciar con 50 mg e incrementar de 25-50 mg cada 5 días)	De 18 a 24 meses
Clonazepam	BZD de acción larga	2-6 mg/día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica
Alprazolam	BZD de acción intermedia	2-4 mg al día (iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica
Lorazepam	BZD de acción intermedia	2-5 mg/día Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica
Bromazepam	BZD de acción corta	6-12 mg/día Iniciar con 6 mg y manejar a dosis respuesta)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁷.

El tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad son los antidepresivos, de los cuales los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) son los fármacos de primera elección. La segunda línea de tratamiento está conformada por los Antidepresivos Tricíclicos (ATC) y las Benzodiacepinas (BZD), los cuales se pueden utilizar como coadyuvantes de los ISRS o IRSN en las etapas iniciales de la enfermedad o bien cuando el tratamiento de primera línea falle en el manejo de estos pacientes.

2.5.9.3. Tratamiento no farmacológico

Para el tratamiento de los TA, además del empleo de terapia farmacológica, también se le recomienda al paciente la asistencia a psicoterapia, la cual le brinda herramientas que le permiten visualizar de una manera más racional las situaciones que le generan miedo o incomodidad, conlleva a un mayor control de la ansiedad, lo cual culmina en un mejoramiento de la funcionalidad y la calidad de la vida del individuo.

La terapia cognitivo conductual (TCC) y las terapias psicodinámicas se consideran tratamientos de primera línea en los TA. La TCC, es aplicada por periodos de entre 10 a 20 semanas y es considerada como una terapia orientada al paciente en el presente, desarrolla patrones cognitivos, comportamientos aptos para su ambiente y relaciones interpersonales, cuyo objetivo es colocar cierto estrés controlado para que el paciente desarrolle sus habilidades logrando evitar recaídas⁴⁰. Los elementos de la terapia también se pueden aprender con una mínima participación del terapeuta o a través de herramientas de autoayuda (usando libros, audio/video, internet y aplicaciones para teléfonos inteligentes). Las técnicas incluyen educación, terapia de exposición, entrenamiento de relajación y biorretroalimentación y técnicas de resolución de problemas⁴⁸.

Las terapias psicodinámicas, tienen su origen en el psicoanálisis, la motivación inconsciente en la conducta, el manejo de mecanismos de defensa como estrategias para modular la ansiedad, angustia o miedos. Entre ellas se pueden mencionar la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo analítica³⁷. Es una forma de terapia orientada a la introspección que tiene como objetivo resolver conflictos inconscientes que se cree que son el resultado de las relaciones de la vida desde temprana edad⁴⁸.

Existe también, otro tipo de terapias que se han relacionado en el manejo del trastorno ansioso como la psicoterapia de apoyo, la cual es una forma de terapia comúnmente practicada y no directiva que se enfoca en apoyar la autoestima del paciente. En un cálido y sin prejuicios ambiente, el terapeuta escucha atentamente al paciente y proporciona tranquilidad y aliento⁴⁸.

Practicar técnicas como el mindfulness que es un tipo de meditación en la cual los pacientes aprenden a aumentar la conciencia del presente, ayuda en el tratamiento de dicha patología. En esta herramienta se anima a los pacientes a centrarse en las sensaciones corporales, las emociones y pensamientos sin juzgar⁴⁸.

Se recomienda, por otro lado, la realización de actividad física moderada a intensa durante 75 a 300 minutos a la semana porque esta reduce de manera significativa los síntomas de ansiedad, además de mejorar el estado físico y la cognición, lo cual aumenta la funcionalidad de la persona⁴⁹.

A partir del tratamiento mencionado anteriormente, es de suma importancia considerar que la mayor tasa de éxito en el manejo de los pacientes con ansiedad está basada en la combinación del tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas, como la psicoterapia, el mindfulness y la realización de ejercicio físico.

2.5.9.4. Vigilancia y seguimiento

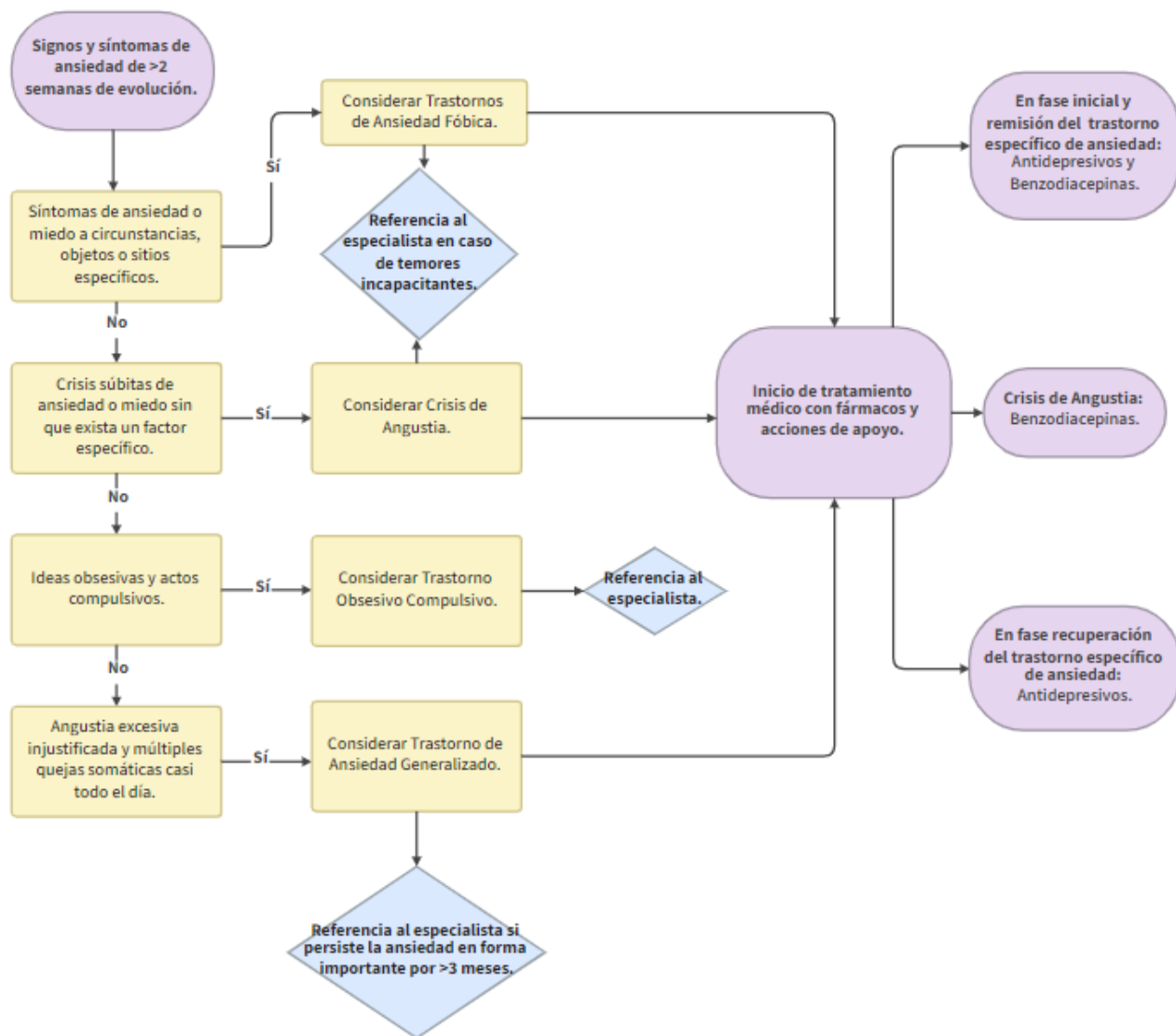
Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas. Al cabo de las 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con el tratamiento o considerar una intervención alternativa y en el caso de que el medicamento continúe por más de 12 semanas el paciente deberá ser evaluado cada 8-12 semanas dependiendo de la evolución clínica⁴⁷.

2.5.9.5. Referencia

Deben ser referidos aquellos pacientes en caso de tenerse dificultad o duda diagnóstica, comorbilidad psiquiátrica u orgánica (por ejemplo, depresión mayor, dependencia etílica y abuso de sustancias), ideación suicida, en caso de persistencia de síntomas a pesar de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico por más de 12 semanas y síntomas muy incapacitantes que generan una limitación social, académica o laboral⁴⁷.

A continuación, en la Figura 2 se presenta un algoritmo diagnóstico y de manejo de los trastornos de ansiedad.

Figura 2. Algoritmo diagnóstico y de manejo de los trastornos de ansiedad



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁷.

2.5.10. Prevención de los trastornos de ansiedad

La prevención de los trastornos de ansiedad brinda estrategias que buscan reducir la incidencia de las manifestaciones clínicas asociadas a dicho diagnóstico, así como prevenir recaídas en los pacientes que ya padecen de esta patología. Por ello es importante que el médico conozca los distintos métodos preventivos con la finalidad de ayudar a la población en riesgo.

Las medidas preventivas han quedado rezagadas en contraste con la prevención de otras condiciones, como la depresión, quizás en parte debido a la naturaleza crónica de esta condición. Dada la temprana edad de inicio de la mayoría de los trastornos de ansiedad, los esfuerzos de prevención se han dirigido principalmente a los jóvenes, aunque algunos se han propuesto en adultos y adultos mayores, pero los efectos tienden a ser pequeños e inconsistentes⁴⁰.

Las intervenciones indicadas generalmente se dirigen a aquellos individuos entre 7 a 18 años que ya muestran altos niveles de síntomas de ansiedad, pero que podrían no cumplir con el diagnóstico completo, por lo que se han desarrollado varios programas indicados y la mayoría se entregan en escenarios escolares, los cuales en general cubren varias estrategias de manejo de la ansiedad, tales como relajación, acercarse a objetos o situaciones temidas y pensamiento realista. Dichas intervenciones son eficaces si se brindan durante un periodo de mantenimiento de hasta 12 meses⁴⁰.

En estudiantes universitarios, asimismo, la psicoeducación, los programas de relajación o reestructuración cognitiva han mostrado una reducción moderada de los síntomas independientemente del formato de entrega o nivel de prevención. También, intervenciones conductuales en el estilo de vida, por ejemplo, estimulación con ejercicio, participación en deportes, apoyo social, habilidades de afrontamiento y una adecuada higiene del sueño han demostrado eficacia en prevención de la ansiedad^{40,42}.

Las intervenciones de prevención, además, principalmente en relación con la terapia cognitivo-conductual (TCC) o intervenciones educativas o ambas, tienen un beneficio para la prevención de ansiedad⁴².

La prevención en atención primaria, por otro lado, es trascendental porque, por lo general, las consultas en este nivel de atención son el primer contacto del paciente con el médico y de allí dependerá la mayor parte del abordaje adecuado para los trastornos de ansiedad. Dicha medida presenta distintos objetivos, los cuales ayudan a la estructuración adecuada de la prevención y permite dividirla en tres niveles, prevención primaria, secundaria y terciaria.

Dentro de los objetivos de la prevención de la ansiedad en atención primaria se describen: identificar a los individuos de alto riesgo para TA e introducir estrategias para reducir ese riesgo, detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos, disminuir el riesgo de recaídas, minimizar la discapacidad y minusvalía en los casos en que los síntomas son prolongados y severos³⁷.

Con respecto a la prevención primaria, el primer paso corresponde a identificar a los individuos de alto riesgo valorando los factores de riesgo, los cuales se pueden dividir en aquellos que están relacionados con las experiencias, por ejemplo, factores estresantes crónicos, problemas interpersonales y laborales, acontecimientos vitales estresantes, enfermedades agudas o crónicas y aquellos relacionados con la vulnerabilidad, entre los cuales se mencionan: personalidad: rasgo o condición crónica que predispone a problemas de ansiedad, estilo cognitivo: ciertos prejuicios y distorsiones cognitivas predisponen a los individuos a reaccionar fuertemente ante las situaciones estresantes, ausencia de apoyo social: la presencia de un confidente parece ser de particular importancia porque actúa como amortiguador frente a la ansiedad³⁷.

En la prevención secundaria, la detección y tratamiento precoces de los nuevos casos es fundamental porque el médico de atención primaria se debe plantear un diagnóstico de ansiedad en todos los casos en los que el paciente presenta problemas físicos, cuando estos no se puedan incluir dentro de una categoría diagnóstica clásica. De esta manera aumenta la probabilidad de detectar y tratar este problema psicológico y disminuir los gastos y complicaciones derivadas de exploraciones innecesarias³⁷.

El tratamiento precoz de los nuevos casos mediante las intervenciones psicológicas, asimismo, forma el eje principal del tratamiento en atención primaria. Las intervenciones psicológicas focalizadas son efectivas en el tratamiento precoz de la ansiedad y trastornos mentales relacionados. En la terapia de solución de problemas se ayuda a los pacientes a identificar la causa de su ansiedad y se acuerda un programa de acciones para cambiar sus conductas, el cual consta de seis fases descritas a continuación:

1. Definir los problemas en los propios términos del paciente.
2. Situar los problemas en un orden de importancia.
3. Reflexionar y exponer las posibles soluciones del problema más importante.
4. Escoger la mejor solución y hacer planes detallados para llevarlo a cabo.
5. Ponerla en práctica.
6. Evaluar el resultado³⁷.

La prevención terciaria es aquella que se realiza para evitar las recaídas, donde se han propuesto varias estrategias psicológicas específicas útiles para reducir este riesgo. Su objetivo es: aumentar la sensación de control del paciente, enseñar al paciente a detectar los síntomas iniciales de la recaída, identificar las situaciones de alto riesgo para recaída y establecer estrategias para afrontarlas, motivar al paciente a que continúe practicando las habilidades aprendidas durante la terapia³⁷.

Este nivel de prevención, por otro lado, busca la reducción de daño, por lo que se considera que estos pacientes deberían ser dirigidos, al menos en una ocasión, a la unidad de salud mental para su valoración y recibir asesoría para su manejo. Hay varias estrategias que se pueden seguir desde la atención primaria para reducir el daño al paciente: explicarle de forma reiterada y reforzar el diagnóstico de ansiedad de una forma positiva, mantener la investigación y la referencia a problemas físicos en un mínimo, ofrecer un programa estructurado de consultas breves regulares, de manera que el paciente tenga la oportunidad de aprender que puede resistir los problemas que aparecen entre consultas, ayudarlo a reconocer los problemas interpersonales y estimularlo para que se desarrolle y haga más uso de sistemas de apoyo social informales³⁷.

2.6. Depresión

La depresión, al igual que el trastorno ansioso, es una patología que afecta negativamente la salud mental, la cual provoca una disminución en su funcionalidad, conlleva de este modo a una alteración en la funcionalidad, perjudica la relación no solo consigo misma, sino con las personas que lo rodean, afecta su interacción y participación como miembro de una comunidad.

Según el DSM-5, los trastornos depresivos son una desregulación del estado de ánimo donde es común un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de síntomas somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo⁵⁰, es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo²⁷, que puede convertirse en un problema de salud serio con consecuencias y manifestaciones que afectan no solo a la persona, sino a todo su grupo familiar y social, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave, además de causar gran sufrimiento, alteran sus actividades cotidianas porque involucran alteraciones emocionales graves y duraderas, en este caso referidas a un estado de ánimo bajo o irritable acompañado de pérdida de placer en las actividades diarias⁵¹⁻⁵².

“El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto y cognición⁵⁰”.

Es importante reconocer en los estudiantes universitarios la presencia de síntomas psicosomáticos, conductuales y emocionales característicos del trastorno depresivo porque este podría inducir a una disminución marcada de concentración, que se reflejará en un desempeño social y académico negativos, exacerbando las distintas manifestaciones clínicas.

2.6.1. Epidemiología

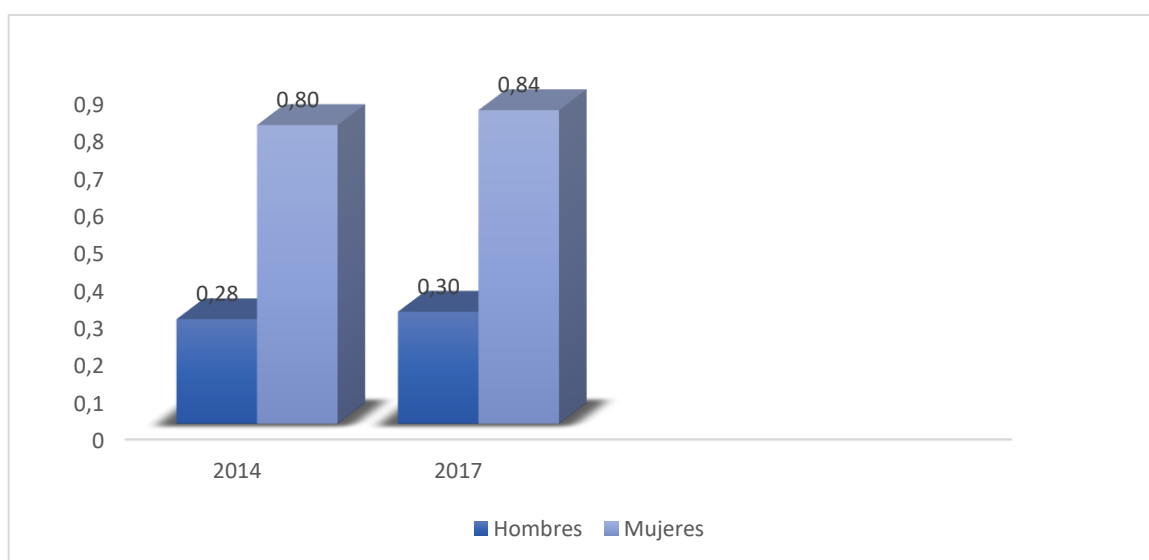
Dado el incremento en casos de depresión durante los últimos años, se genera una preocupación por sus consecuencias negativas para quienes la padecen porque esto no solo afectará el estado de ánimo, sino también la concentración, toma de decisiones, el desempeño en cualquier área, asimismo el crecimiento personal de jóvenes vulnerables.

Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida⁵³.

En todo el mundo la depresión es altamente prevalente y esta ha ido en aumento con los años. A lo largo de la vida, en países desarrollados la prevalencia es de 18 %, mientras que en países en vías de desarrollo es de 9,2 %, además se estima que en el sexo femenino es el que más predomina⁵⁴.

En Costa Rica, asimismo, utilizando las proyecciones de crecimiento poblacional reportadas por el Centro Centroamericano de Población (CCP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), entre 2014 y 2017 reportan que el porcentaje fluctuó entre el 1,08 % y el 1,14 % (51 451 casos en 2014 vs 56 563 en 2017), lo cual evidencia una tendencia a la alza, al mismo tiempo, el trastorno se presentó tres veces más en mujeres que en hombres (0,80 % - 0,84 % en comparación con 0,28 % - 0,30 %) ⁵¹. A continuación en el Gráfico 2 se encuentran los datos epidemiológicos referentes a la depresión en Costa Rica en los años 2014 y 2017 ilustrados para una mayor comprensión.

Gráfico 2. Datos epidemiológicos de la depresión en Costa Rica en los años 2014 y 2017



Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁵¹.

2.6.2. Etiología y factores de riesgo

La depresión es un trastorno multifactorial, es decir, su desarrollo involucra la interacción compleja de numerosos factores genéticos y ambientales, entre los cuales la exposición a estrés es uno de los más relevantes⁵⁵ y un conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo y que son percibidas como una amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica.

El deterioro de la salud mental en el ámbito académico puede deberse a factores de diferentes entidades como:

- Factores personales: la baja autoestima, pobre autovaloración relacionada con la apariencia física⁵⁶.
- Estrés: el estrés, tensión o adversidad por la que pasa cada estudiante durante su vida universitaria altera los mecanismos de afrontamiento, afecta la salud mental, mismo que conduce a trastornos mentales como la depresión⁵⁷.
- Factores familiares: falta de apoyo por parte de los integrantes de la familia son un factor negativo importante, así como la falta de comunicación dentro del núcleo familiar y la poca flexibilidad frena el desarrollo social del individuo y lo hace menos resiliente ante situaciones adversas⁵⁶.
- Factores sociales: Divorcio o fallecimiento de los padres, mudanzas, inicio de las relaciones afectivas, embarazo no deseado y hasta el desempleo en quienes costean todas sus necesidades solos⁵⁶.
- Falta de apoyo social: representa un factor de riesgo que evidencia una mayor prevalencia de depresión mientras que un alto nivel de apoyo social genera en la persona un nivel alto de autoconcepto, un adecuado estilo de afrontamiento al estrés, mayor autoestima, confianza; además de contar con una mejor salud en general⁵⁷.

- Factores académicos: la sobrecarga académica a los que se someten los estudiantes del área de salud, al ser estas carreras tan demandantes posee un impacto negativo en la salud mental, así como en la calidad de vida obteniendo como resultado un bajo rendimiento académico que conlleva al estudiante a percibir sentimientos de fracaso, insatisfacción personal y falta de motivación⁵⁷.
- Estilo de vida: los estilos de vida negativos, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la dieta poco saludable, la falta de actividad física adecuada, así como el sueño insuficiente pueden aumentar el riesgo de formación de SAD entre los estudiantes universitarios⁵⁸.

Resulta de suma importancia reconocer la prevalencia de esta entidad patológica que afecta la salud mental, especialmente en los estudiantes universitarios porque existe una posible relación entre estresores académicos y personales que en conjunto conlleven a manifestaciones clínicas. Por otro lado, la identificación de los factores de riesgo permitirá promover estrategias de intervención y prevención, con lo cual se mejora significativamente la calidad de vida y se protege de la aparición del trastorno depresivo.

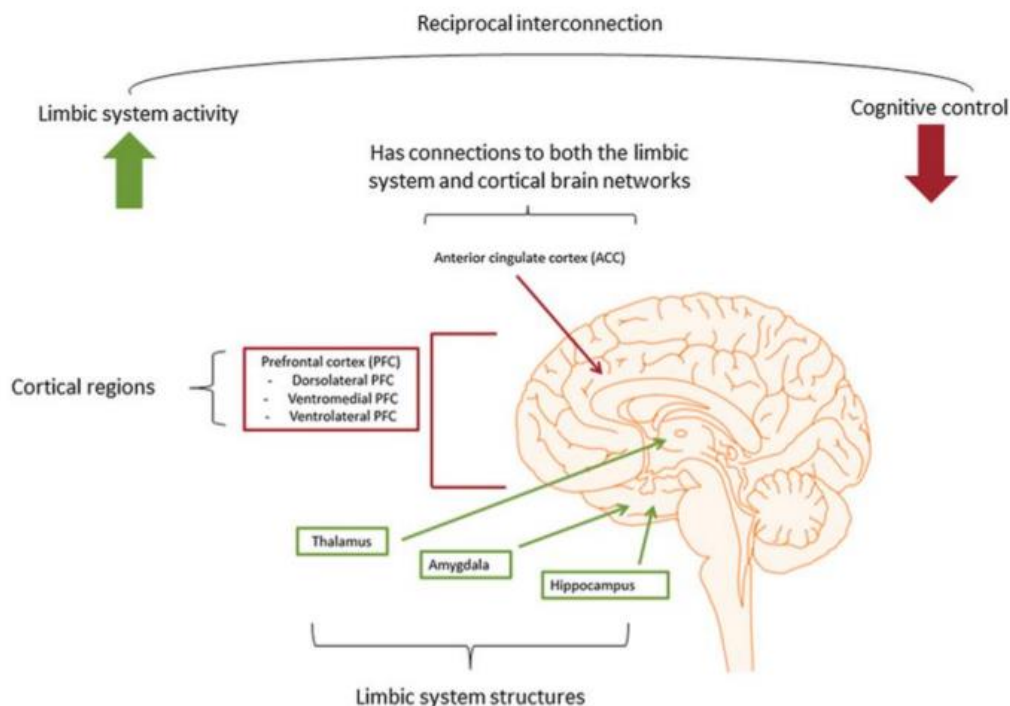
2.6.3. Fisiopatología

La fisiopatología del trastorno depresivo permite conocer el origen de la patología como tal, en la cual se describen alteraciones tanto estructurales como aquellas relacionadas con la desregulación de neurotransmisores, así como la interacción entre la genética y un ambiente estresor que conllevan al origen de la sintomatología, los pensamientos intrusivos y en general la presentación clínica característica en los pacientes.

Se ha demostrado, en diversas investigaciones por medio de estudios de imagen en pacientes con trastorno depresivo mayor, alteraciones estructurales en varias áreas cerebrales, entre ellas el hipocampo donde se observa un menor volumen, así como en la amígdala y la corteza prefrontal, dorso lateral y ventral donde se encuentra una reducción de la densidad glial⁵⁹.

A continuación, en la Figura 3 se muestran las interconexiones entre el sistema límbico y las redes cognitivas corticales, que en condiciones normales está implicado en el procesamiento de la información y la capacidad de regulación de las emociones⁶⁰.

Figura 3. Interconexiones entre el sistema límbico y las redes cognitivas corticales



Fuente: Imagen tomada de Potenciales Estrategias en el Tratamiento de la Depresión⁶⁰.

Existen múltiples hipótesis acerca de los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a este trastorno como la interacción de factores genéticos con un ambiente estresor porque dicha relación puede ser un predictor de la atrofia en áreas cerebrales implicadas en la depresión. Asimismo, la participación de neurotransmisores, como el glutamato y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), además, de la intervención en la citotoxicidad cerebral⁶⁰. Las monoaminas también se han relacionado con este trastorno porque se debe a deficiencia en el neurotransmisor serotonina (5-HT) que juega un papel crítico en la regulación del humor y el temperamento, por otro lado, se ha observado una disminución la liberación o producción de norepinefrina en individuos deprimidos, lo que señala una desregulación del sistema⁵⁹.

2.6.4. Manifestaciones clínicas

La presentación clínica del trastorno depresivo es variable, implica desde la aparición de síntomas anímicos hasta síntomas psíquicos, los cuales alteran la capacidad del individuo para desarrollarse individualmente y dentro de la sociedad, es por ello, que la identificación por parte del médico es trascendental, no solo para realizar el diagnóstico de la patología, sino para iniciar intervenciones tanto farmacológicas como de apoyo de manera temprana. A continuación, se presentan los distintos síntomas que se pueden observar en un paciente con depresión:

- Síntomas anímicos: los síntomas indicadores que comprenden este núcleo son la tristeza, apatía, indiferencia, ansiedad, irritabilidad, melancolías, pérdida de energía e interés, disminución de las funciones físicas y mentales, desesperanza, la desmotivación, el pesimismo, el llanto, la incapacidad para pensar situaciones agradables, el retiro de la vida social, decadencia en el nivel de actividad y/o la restricción de las actividades.
- Síntomas somáticos: cefaleas tensionales, trastornos gastrointestinales, anorexia, pérdida de peso, astenia y fatiga o pérdida de energía, alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad, insomnio/hipersomnia, algias, astenia, opresión torácica facies hipomímica.
- Síntomas psicomotores: melancolía, baja autoestima, desesperanza, ideas de suicidas, ideas delirantes de culpa, déficit de concentración y atención, culpabilidad, desesperanza, sentimientos de culpa.
- Síntomas psíquicos: abandono personal, hipotonía general, aislamiento, llanto, intentos de suicidio, irritación, uso de alcohol y drogas, indecisión, malhumor e irritabilidad, dificultades escolares, retraimiento social⁶¹.

2.6.5. Niveles de depresión según CIE-10

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, es posible diferenciar la depresión en distintos niveles: leve, moderado y severo, depende de la sintomatología y la afectación para la realización de actividades relacionadas con el diario vivir, desde trabajar o estudiar hasta el aseo básico.

Episodio depresivo leve: cuando la persona presenta síntomas propios de la depresión y en el momento de realizar sus actividades demandará un esfuerzo extraordinario.

Episodio depresivo moderado: presenta cuatro o más criterios, además es muy probable que el paciente tenga dificultades para cumplir con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo severo: presenta varios de los síntomas marcados anteriormente mencionados que afectan al paciente; son muy comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes algunos síntomas somáticos⁶².

2.6.6. Criterios diagnósticos según DSM-V⁶³

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos para depresión establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición revisada (DSM-V) donde se menciona su clasificación en: trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, depresión mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual y trastorno depresivo inducido por el uso de sustancias y/o medicamentos.

2.6.6.1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (rabietas verbales) y/o con el comportamiento (agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (padres, maestros, compañeros).
- E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

- F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia])
- K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

2.6.6.2. Criterios diagnósticos para depresión mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso)
 - 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - 4. Insomnio o hipersomnias 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 (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 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, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

2.6.6.3. Trastorno depresivo persistente

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
1. Poco apetito o sobrealimentación.
 2. Insomnio o hipersomnias.

3. Poca energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.6.6.4. Trastorno disfórico premenstrual:

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
1. Labilidad afectiva intensa (cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
 2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
 4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

- C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.
1. Disminución del interés por las actividades habituales (trabajo, escuela, amigos, aficiones).
 2. Dificultad subjetiva de concentración.
 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
 5. Hipersomnia o insomnio.
 6. Sensación de estar agobiada o sin control.
 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.
- D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).
- E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
- F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (hipertiroidismo).

2.6.6.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio:

Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.6.7. Diagnóstico diferencial

El trastorno depresivo, por lo general, se puede presentar junto con múltiples enfermedades, ya sean psiquiátricas o médicas, aunque también puede presentarse como una patología aislada, por lo que se debe realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Para ello es necesario realizar una historia clínica completa con un examen físico que permita dar puntos clave en distintas patologías, asimismo, se pueden utilizar distintos exámenes de laboratorio y de gabinete, que ayuden a realizar una apropiada diferenciación.

La depresión está típicamente relacionada con comorbilidades psiquiátricas, estudios han encontrado una prevalencia de esta relación desde un 69 % hasta un 75 %, entre los más comunes se encuentran: trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, trastorno de oposición desafiante, trastorno de uso y abuso de sustancias y trastornos de personalidad⁵⁴.

Es común también la presencia de comorbilidades médicas, donde la depresión puede deberse al proceso propio de una enfermedad o al deterioro del funcionamiento y la discapacidad que surge de algunas patologías. Entre las comorbilidades médicas se encuentran: enfermedades neurológicas como epilepsia, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple y enfermedad de Alzheimer, enfermedades infecciosas, enfermedades endocrinas y metabólicas, trastornos inflamatorios, enfermedad cardíaca, padecimientos oncológicos y enfermedades renales⁵⁴.

Además de indagar la posibilidad de presentarse una comorbilidad, también es necesario corroborar si la depresión es un trastorno aislado como tal o se debe a la presencia de otra patología. Entre los principales diagnósticos diferenciales que se deben tomar en cuenta son: trastornos tiroideos, uso de medicamentos cuyo efecto secundario provoca depresión, etapa de duelo complicada, intensa, prolongada e incapacitante, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo⁵⁴.

A continuación, en la Tabla 7, se describen los diagnósticos diferenciales por considerar cuando se sospecha un trastorno depresivo.

Tabla 7. Diagnóstico diferencial de trastorno depresivo

Tristeza.	Este sentimiento es inherente a la condición humana y su sola presencia no es suficiente para establecer el diagnóstico, aunque comúnmente forma parte de un cuadro depresivo, no son sinónimos.
Duelo.	Es una reacción ante una pérdida significativa. En general, la presencia prolongada de síntomas como insomnio, anorexia, sentimientos de culpa y dificultades en el desempeño social y laboral, junto a otros síntomas depresivos, debe conducir a considerar la existencia de un probable trastorno depresivo.
Trastorno de ansiedad.	Es excepcional encontrar pacientes deprimidos que no presenten ansiedad asociada.
Enfermedades físicas.	La depresión puede presentarse encubierta por gran variedad de síntomas físicos, especialmente de naturaleza dolorosa que frecuentemente migran a diferentes partes del cuerpo.
Trastornos del sueño.	El sueño puede verse interrumpido por diversas causas como nicturia, dolor, apnea, disnea paroxística nocturna, entre otras.
Funcionamiento cognoscitivo.	Es importante definir la alteración de las funciones mentales superiores como atención, concentración, memoria reciente y orientación porque es un problema que se asocia frecuentemente a episodios depresivos.

Fuente: Elaboración propia basada en la referencia⁶⁴.

2.6.8. Abordaje médico integral

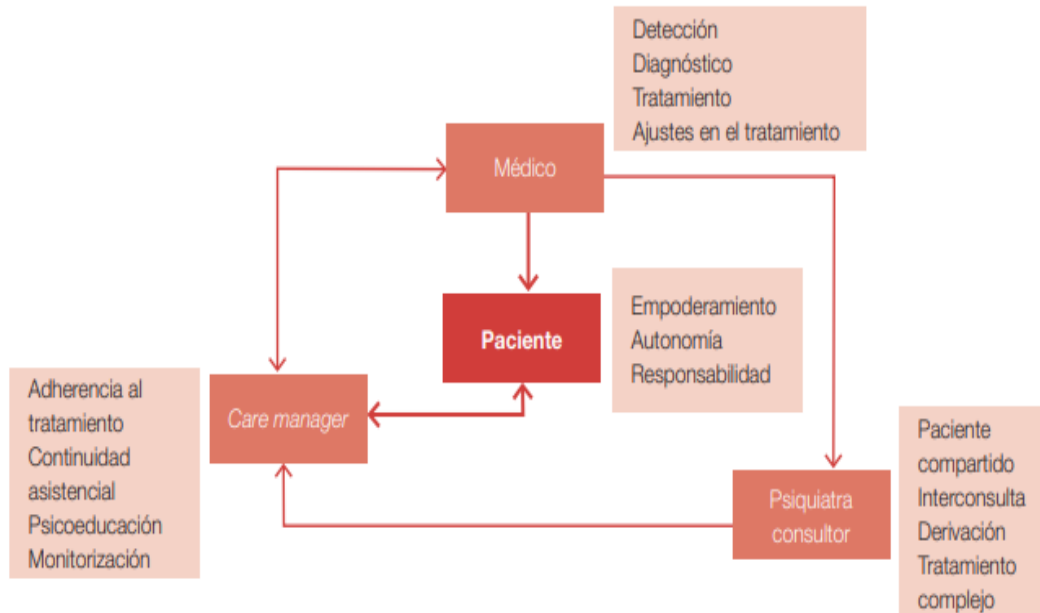
El trastorno depresivo se puede abordar con tratamiento farmacológico, con psicoterapia, o ambos, depende de la gravedad en la cual se presente el paciente. Por otro lado, como se mencionó anteriormente, antes de iniciar el tratamiento de depresión, el médico debe diferenciar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia.

El abordaje médico integral de la depresión, es desde una perspectiva biopsicosocial, la atención compartida, cuya metodología es de intervención integral, sistematizada y multidisciplinaria la cual proporciona a los pacientes el manejo de la comorbilidad, la accesibilidad y la continuidad de la atención, que son elementos característicos de la Atención Primaria, combinadas con los beneficios de la atención especializada donde se pretende la remisión de la sintomatología y la recuperación funcional de la persona así como un tratamiento precoz optimizado, centrado en las necesidades particulares del sujeto⁶⁵⁻⁶⁶.

Un abordaje multidisciplinario que incluya al médico, enfermería, psicología, psiquiatra y un trabajador social en algunos casos especiales podría ayudar a abordar dicho trastorno en la asistencia primaria y así contribuir a una mayor recuperación en cuanto a síntomas y funcionalidad de la persona enferma. Al abordar al paciente de una manera integral es importante explicar de manera clara lo que es la depresión, así como los riesgos que conlleva y sus opciones terapéuticas, asimismo indagar sobre las ideaciones y preocupaciones del paciente para poder ofrecer un abordaje y los recursos disponibles de acuerdo con las posibilidades de la persona, por otra parte, es importante hacer un seguimiento y no dejarla sola durante el proceso.

A continuación, en la Figura 4 se observa un algoritmo sobre el proceso asistencial de la depresión, donde se consideran puntos clave acerca del abordaje de los pacientes con dicha patología.

Figura 4. Proceso asistencial de la depresión



Fuente: Imagen tomada de Abordaje compartido de la depresión. Documento multidisciplinar⁶⁵.

2.6.8.1. Tratamiento farmacológico

Con respecto al tratamiento farmacológico, los medicamentos más comúnmente recomendados para el tratamiento inicial de este trastorno son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram, los inhibidores serotoninérgicos de la recaptación de noradrenérgicos (IRSN) como venlafaxina y duloxetina, inhibidores de la recaptación de dopamina y/o noradrenalina (IRDN) como bupropión⁶⁰.

Ante un diagnóstico de depresión leve no es recomendable iniciar con una terapia farmacológica sin antes evaluar a profundidad cada caso, pero sí cuando se trata de depresión de moderada a severa, todos acompañados con ayuda psicológica. Cuando se trata de un tratamiento donde se vaya a utilizar fármacos se debe pensar en cuál es el que más beneficios le podrá propiciar a cada paciente y hacérselo saber, así como los efectos secundarios y el periodo en que tiene que tomarlo para el efecto deseado.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC), dado su perfil de efectos adversos, solo están indicados en depresión grave y/o resistente cuando otros antidepresivos no son eficaces o no se toleran⁵⁷.

A continuación, en la Tabla 8 se mencionan los mecanismos de acción de las distintas familias de fármacos antidepresivos mencionados anteriormente.

Tabla 8. Mecanismo de acción de fármacos antidepresivos

Antidepresivo	Mecanismo de acción
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)	Inhiben la recaptación del neurotransmisor serotonina. Los efectos secundarios más frecuentes son los relacionados con el aparato digestivo: náuseas, vómitos, diarreas. También son frecuentes cefaleas, nerviosismo e insomnio, extrapiramidales y disfunciones sexuales.
Inhibidores serotoninérgicos de la recaptación de noradrenérgicos (IRSN)	Restauran los niveles de serotonina y noradrenalina en la hendidura sináptica mediante la unión a sus transportadores de recaptación previniendo la recaptación y posterior degradación de dichos neurotransmisores. Este bloqueo de la recaptación conduce a la acumulación de monoaminas en la hendidura sináptica y la concentración vuelve al intervalo normal.
Inhibidores de la recaptación de dopamina y/o noradrenalina (IRDN)	Su mecanismo de acción es dual porque inhiben la recaptación de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina. Su acción noradrenérgica puede provocar hiperactividad, inquietud e insomnio.

Antidepresivos tricíclicos	Bloquean la recaptación de noradrenalina y serotonina y son antagonistas competitivos de los receptores de acetilcolina muscarínicos (M1), los receptores de histamina (H1) y de los α adrenérgicos.
----------------------------	---

Fuente: Elaboración propia basada en la referencia⁶⁷.

A continuación, en la Tabla 9 se presenta el fármaco, clasificación, la dosis y el periodo de uso de los fármacos frecuentemente utilizados para el tratamiento de depresión.

Tabla 9. Dosis y frecuencia de administración de los fármacos empleados para el tratamiento del trastorno depresivo

Fármaco	Clasificación	Dosis	Frecuencia de administración
Citalopram	ISRS	20-40 mg	1 vez al día
Fluoxetina	ISRS	20-60 mg	1 o 2 veces al día
Paroxetina	ISRS	20-50 mg	1 vez al día
Sertralina	ISRS	50-200 mg	1 vez al día
Escitalopram	ISRS	10-20 mg	1 vez al día
Duloxetina	IRSN	60 mg (hasta 120 mg)	1 vez al día
Venlafaxina	IRSN	75-375 mg	1 vez al día Varias veces al día
Bupropión	IRDN	150-300 mg	1 vez al día

Fuente: elaboración propia basada en la referencia⁶⁸.

Una vez enviado algún fármaco, se debe reevaluar al paciente en 2 o 4 semanas desde que se inicia el tratamiento, de tener un efecto positivo, se debe continuar de 6-8 semanas más y reevaluar la respuesta y una vez alcanzada la remisión se debe mantener el tratamiento durante 6 o 9 meses, sin embargo, este periodo se puede alargar hasta 2 años si el paciente presenta algunos factores de riesgo. De no observar ninguna mejoría en las primeras semanas y luego de comprobar la adherencia al tratamiento se recomienda cambiar de fármaco⁶⁸.

Una característica por considerar para una adecuada adherencia al tratamiento es la presencia o ausencia de efectos adversos porque estos pueden provocar una intolerancia al fármaco, conlleva al paciente a un retroceso de su recuperación. A continuación, en la Tabla 10, se presentan los efectos adversos mayormente asociados a distintos fármacos antidepresivos.

Tabla 10. Reacciones adversas de los antidepresivos

Fármaco	Reacción adversa
Citalopram	Prolongación QTc, disfunción sexual.
Fluoxetina	Insomnio, agitación, disfunción sexual.
Paroxetina	Hipotensión ortostática, disfunción sexual, en menor medida prolongación QTc.
Sertralina	Insomnio, agitación, prolongación QTc, toxicidad gastrointestinal, disfunción sexual.
Escitalopram	Disfunción sexual.
Duloxetina	Toxicidad gastrointestinal, en menor medida provoca insomnio, agitación, aumento de peso y disfunción sexual.
Venlafaxina	Sedación, insomnio, agitación, prolongación QTc, toxicidad gastrointestinal, agitación, aumento de peso y disfunción sexual.
Bupropion	Insomnio, agitación, prolongación QTc, y toxicidad gastrointestinal.
Amitriptilina	Efectos anticolinérgicos, sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso.

Fuente: Elaboración propia basada en la referencia⁶⁹.

El tratamiento farmacológico para dicha patología son los antidepresivos, los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) son los fármacos de primera elección. La segunda línea de tratamiento está conformada por los Inhibidores de la recaptación de Dopamina y/o Noradrenalina (IRDN) y los Antidepresivos Tricíclicos (ATC), los cuales se pueden utilizar como coadyuvantes de los ISRS o IRSN en las etapas iniciales de la enfermedad o bien cuando el tratamiento de primera línea falle en el manejo de estos pacientes.

Como se menciona anteriormente, no se recomienda un tratamiento farmacológico de entrada, sino que debe ser escalonado según la necesidad de cada paciente. A continuación, en la Figura 5 se muestra un modelo escalonado para el manejo de la depresión.

Figura 5. Tratamiento escalonado para el manejo de la depresión



Fuente: Imagen tomada de: Tratamiento de la depresión en atención primaria: cuándo y con qué⁵⁷.

2.6.8.2. Tratamiento no farmacológico

Para el tratamiento del trastorno depresivo, además del empleo de terapia farmacológica, también se le recomienda al paciente la asistencia a psicoterapia, la cual le brinda herramientas que le permiten obtener una autorregulación emocional adecuada, conlleva a un mayor control de los síntomas anímicos y psíquicos, lo cual culmina en un mejoramiento de la funcionalidad y la calidad de la vida del individuo.

2.6.8.2.1. Terapia psicológica

El objetivo del tratamiento no farmacológico se basa en cumplir metas como detener la caída y agravamiento de los síntomas de manera constante, lo cual se logra principalmente mediante la terapia psicológica, idealmente la terapia cognitivo conductual (TCC). El principal objetivo de esta etapa es detener el proceso de caída, es empático con el paciente y comprendido en su dolencia, asimismo crear un vínculo paciente-terapeuta para formar un equipo de trabajo y que el paciente sepa de qué trata su padecimiento, además, convocar a los familiares del paciente. Dentro de los objetivos también se encuentra lograr remisión de la sintomatología y fortalecer y mantener un buen estado anímico y lograr que logre sentir confianza en sí mismo⁶⁷.

2.6.8.2.2. Mecanismos de autorregulación emocional y afrontamiento

La autorregulación emocional es una fase que ayuda a obtener una correcta adecuación evitando comportamientos que perjudiquen tanto el estado físico como la salud mental, del mismo modo existe el afrontamiento, que es un conjunto de estrategias adaptativas o activas aplicadas con el fin de proporcionar resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, las estrategias pasivas, pretenden lograr la evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica⁴⁵⁻⁷⁰.

Las personas que tienen un trastorno de ansiedad o de depresión mayor pueden emplear estrategias que orientan a enfrentar el problema, buscar apoyo social, expresar las emociones y reevaluar el evento estresante. Por otra parte, en personas depresivas se ha encontrado un conjunto de estrategias pasivas como medida de afrontamiento⁴⁵.

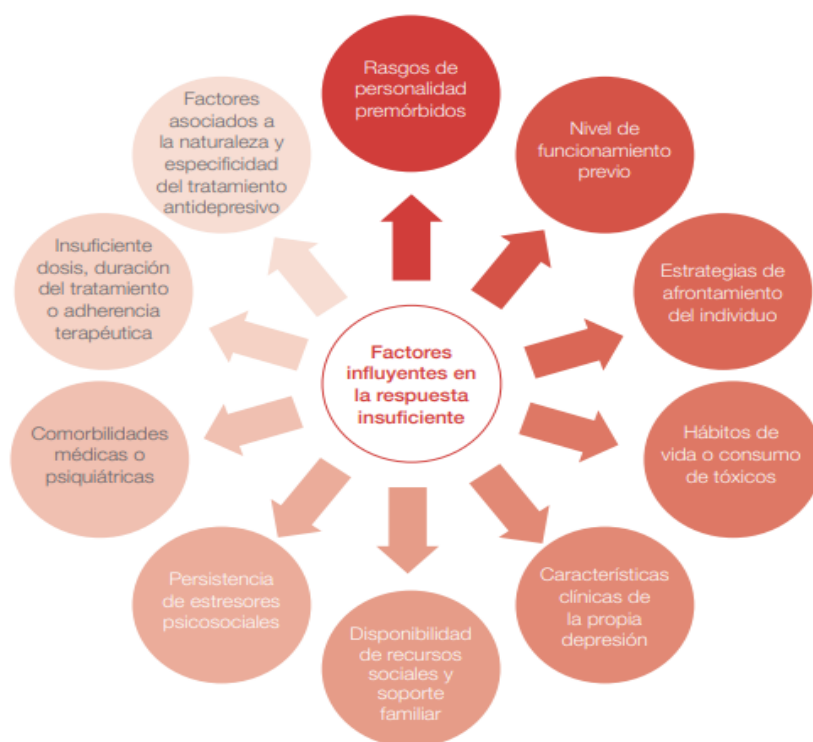
Un grupo con mayor sintomatología puede utilizar la evitación emocional, reacción agresiva, así como el apoyo social, la utilización de estrategias de afrontamiento orientadas al problema como la reevaluación positiva, actividades deportivas o artísticas como la meditación, con el fin de suplir las necesidades de apoyo social de los estudiantes⁷⁰.

Los pacientes con trastornos depresivos, en general, presentan ausencia de herramientas de autorregulación emocional y afrontamiento, lo cual puede agravar la patología porque suelen tener un comportamiento evitativo e irritante, conlleva a una limitación en la comunicación con los demás, por lo que, poseer un dominio adecuado de dichas estrategias, brinda la posibilidad de mejorar su relación con el ambiente que lo rodea y permite alcanzar un nivel de confianza sobre sí mismo eficiente.

2.6.8.3. Factores que pueden influir en una respuesta inadecuada al tratamiento

El tratamiento del trastorno depresivo es multidisciplinario, el cual involucra tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico, de modo que dichas intervenciones pueden verse afectadas por factores que le impidan al paciente una adherencia total o al tratamiento o bien lo predispongan a recaídas. A continuación, en la Figura 6, se evidencian factores que pueden influir negativamente en el tratamiento de la depresión.

Figura 6. Factores que pueden influir en una respuesta insuficiente del tratamiento



Fuente: imagen tomada de Abordaje compartido de la depresión. Documento multidisciplinar⁶⁵.

2.6.9. Promoción de la salud mental y prevención de depresión

La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida y procura los medios para mantener la salud⁷¹.

La prevención de la salud son las medidas destinadas para prevenir la aparición de ciertas enfermedades con el fin de reducir los factores de riesgo, así como tratar de detener su avance y disminuir lo mayor posible las consecuencias una vez que están instauradas⁷¹.

La depresión forma parte de las enfermedades que pueden prevenirse mediante la reducción a la exposición de factores de riesgo, asimismo, mediante el uso de esta herramienta se puede frenar su progresión y con ello disminuir la aparición de complicaciones, entre ellas, la más temida, el suicidio.

En los últimos años la depresión mayor en universitarios de Ciencias de la Salud ha tenido un gran impacto en el crecimiento y el desarrollo personal, así como en el rendimiento académico, relaciones familiares e interpersonales que puede provocar una continuidad de este trastorno por largos periodos, por lo que es de suma importancia fomentar estrategias que prevengan o disminuyan esta noxa, realizar esfuerzos orientados a las acciones que permitan manejar las conductas excesivas por las personas en relación con los recursos con lo que dispone que permitan las emociones estresantes.

Estas acciones preventivas se clasifican en: atención primaria, secundaria, terciaria y tienen el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, controlar las causas y factores de riesgo que permitan contar con medidas que protejan y promuevan la salud mejorando la calidad de vida.

2.6.9.1. Prevención primaria

La prevención primaria hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia del trastorno depresivo, enfatiza en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos⁷¹.

2.6.9.2. Prevención secundaria

La prevención secundaria hace hincapié en la detección temprana de la enfermedad y su objetivo son las personas de aspecto saludable con formas subclínicas de la enfermedad, que consiste en cambios patológicos, pero sin síntomas evidentes que sean diagnosticables⁷².

2.6.9.3. Prevención terciaria

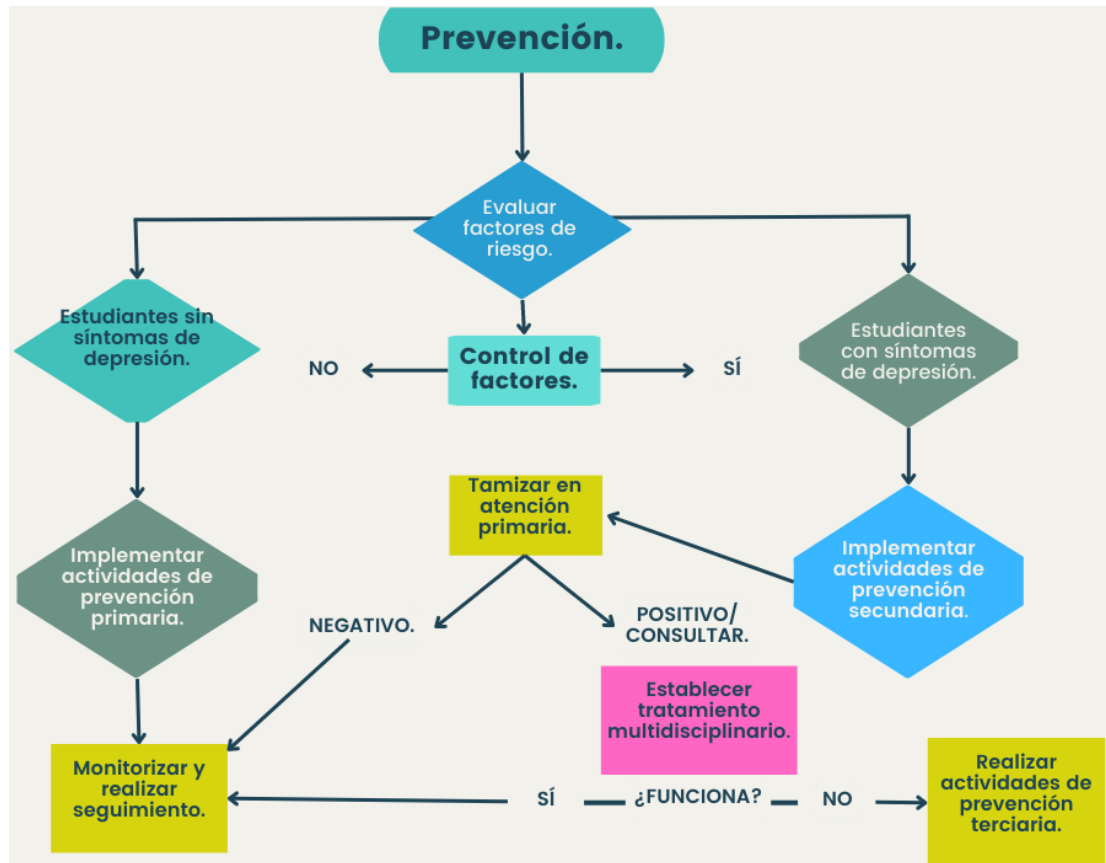
Esta prevención se enfoca en la etapa clínica, cuando ya se tiene un diagnóstico establecido. Cuando el paciente está sintomático y tiene el objetivo de reducir la gravedad de la enfermedad y reducir los efectos de esta una vez establecida en un individuo que pueden generar secuelas⁷². Esta prevención se basa en la rehabilitación.

La principal manifestación clínica de este trastorno es la alteración del humor y afecto, repercute en las actividades de la persona. Dada la gran incidencia de esta patología, al ser un problema que causa discapacidad, genera también un problema de salud pública que actualmente va en incremento. De lo anteriormente dicho es que radica la importancia de la promoción y prevención de este trastorno.

Al analizar la elevada incidencia del trastorno depresivo y teniendo en cuenta también el daño social, físico, académico, familiar, es que surge la necesidad de implementar y aplicar programas de prevención de la depresión en esta población porque se encuentran en una etapa de estrés que provoca alteraciones.

A continuación, en la Figura 7 se evidencia un algoritmo sobre la prevención del trastorno depresivo.

Figura 7. Prevención del trastorno depresivo



Fuente: Elaboración propia en base a la referencia⁷¹⁻⁷².

2.7. Modelos multidimensionales de ansiedad y depresión

Los modelos multidimensionales de depresión y ansiedad surgen de diferentes teorías para conocer mejor estas sintomatologías y se considera como primordial enfatizarlos, además comprobar si la ansiedad y depresión se relacionan con el nivel de satisfacción con la vida (en lo que se refiere a la afectividad positiva y negativa)

2.7.1. Tipos de afectos

- Emociones.
- Sentimientos.
- Estados de ánimo.

La afectividad se constituye de modo general de varias características, como la universalidad, características diferenciales, subjetividad, reacciones, polaridad y expresiones. Involucra el comportamiento para alcanzar determinados objetivos e interviene en la personalidad. Entre los modelos multidimensionales se destacan los siguientes: el Cognitivo – Conductual, Bifactorial de Watson, Clark y Tellegen, el Tripartito de Clark y Watson y el Cuatripartito de Watson⁷³. A continuación, dichos modelos se explican brevemente a continuación:

2.7.1.1. Modelo Cognitivo – Conductual

Este modelo propone incorporar diferentes estrategias de tratamiento donde la primera etapa se fundamenta en la evaluación de la terapia y la segunda incluye módulos de terapia activa, por otra parte, prevenir recaídas⁷³.

2.7.1.2. Modelo Bifactorial de Afectividad de Watson y Tellegen

Se considera que la afectividad es un tema complejo porque los afectos comprenden mecanismos fisiológicos, componentes cognitivos, expresiones del comportamiento, condicionantes sociales y culturales. Se señala que existen dos factores importantes en las experiencias emocionales, el afecto positivo y el afecto negativo.

La afectividad positiva describe la existencia de un nivel alto de entusiasmo, energía, mente despierta que se percibe en la persona, sin embargo, de tal manera que si existe un bajo nivel de la afectividad positiva se refleja como fatiga, cansancio mental y físico.

La afectividad negativa comprende diversos estados de ánimo negativos como el miedo, ansiedad, hostilidad y disgusto, lo que hace susceptible a la persona a emociones negativas que interviene en los procesos cognitivos, además de en el autoconcepto provoca depresión y poca satisfacción⁷³.

2.7.1.3. Modelo Tripartito de ansiedad-depresión de Clark y Watson

Este modelo se centra en tres factores:

- El afecto negativo: no es específico de la ansiedad ni de la depresión, pero se destaca un nivel alto en estas dos sintomatologías.
- El afecto positivo.
- La hiperactivación fisiológica: característica propia de la ansiedad.

En cuanto a la depresión, tanto el alto afecto negativo, como el bajo afecto positivo (anhedonia), este último mecanismo es más específico para distinguir las sintomatologías de la depresión y de la ansiedad⁷³.

2.7.1.4. Modelo Cuatripartito de la depresión de Watson

Este modelo postulado por Watson tuvo como intención extender el modelo Tripartito comentado anteriormente compuesto por 4 tipos de síntomas:

- Síntomas de alto distrés con un límite específico.
- Síntomas de alto distrés con un aumento definido.
- Síntomas de bajo distrés y con aumento específico.
- Síntomas de bajo distrés con una especificidad restringida⁷³.

2.8. Perfil profesional del médico en el abordaje de ansiedad y depresión

A nivel mundial, se estima que casi 1 de cada 10 personas padece un trastorno mental, pero solo el 1 % del personal sanitario mundial presta sus servicios en la esfera de la salud mental. Además, casi la mitad de la población mundial vive en países donde hay menos de un psiquiatra por cada 100 000 habitantes⁷⁴.

A partir de lo anterior, es evidente que tanto los trastornos de ansiedad como los de depresión son fenómenos de enorme trascendencia en la funcionalidad de las personas, por ende, suelen encontrarse entre los motivos de consulta más frecuentes en la atención primaria.

En el campo psicológico y psiquiátrico, la demanda de atención por dichos trastornos afectivos es enorme porque la presencia de los múltiples factores de riesgo incurre en la aparición de dichas patologías, que de hecho son condiciones que se hallan íntimamente asociadas¹³.

El médico, por ende, se encuentra en la obligación de ofrecer una explicación clara sobre los síntomas físicos y psicológicos de la ansiedad y la depresión. Además de brindarle a las pacientes herramientas que funcionen para el control de estas patologías, debido a la importancia y trascendencia de todas las formas de presentación de los trastornos afectivos que viene dada fundamentalmente por el impacto que tienen en la morbilidad del paciente, en su calidad de vida, en el deterioro funcional y en el uso de los servicios sanitarios¹².

2.9. Medidas terapéuticas implementadas por los universitarios

Los estudiantes universitarios, especialmente aquellos que cursan una carrera relacionada con Ciencias de la Salud se exponen diariamente a diversos factores estresantes de los cuales son conscientes, así como sus consecuencias, lo que exige la implementación de medidas con las cuales puedan adquirir la capacidad para hacer frente al estrés y demás factores de riesgo que los predisponen a un trastorno de ansiedad y/o depresión, con la finalidad de prevenir la aparición de dichos trastornos o bien si ya los padecen, lograr con éxito la recuperación para obtener una mejor calidad de vida y rendimiento académico.

Las estrategias de afrontamiento e inteligencia emocional, asimismo, protegen a un individuo expuesto a los diferentes factores de riesgo al reducir la amenaza y la frustración que experimentan. Es decir, la adopción de estos mecanismos resulta efectivo porque ayudan a desarrollar resiliencia y también a reducir los riesgos de padecer dichos trastornos afectivos⁵⁷.

2.9.1. Medidas de afrontamiento

Existen diversas medidas de afrontamiento que son utilizadas por los pacientes universitarios, entre las cuales se mencionan estrategias positivas como la búsqueda de apoyo social, emocional o espiritual y la incorporación a actividades diferentes. Por otro lado, existen estrategias de afrontamiento negativas, las cuales ayudan con el manejo del paciente de los trastornos afectivos como tal, pero a la larga provocan un empeoramiento del cuadro, como el consumo de sustancias psicoestimulantes o la ingesta de alcohol.

La búsqueda de apoyo social instrumental como consejería, ayuda o información es de suma trascendencia porque brinda la empatía o comprensión de sus sentimientos, la cual es una de las medidas más utilizadas, así como la supresión de actividades competidoras, es decir, evitar otras actividades que se relacionan con el problema para afrontarlo.

Dentro de este marco, evitar pensar en las consecuencias de un evento atendiendo a otras actividades, en modo de negación donde se ignora o rechaza un hecho también es una forma de afrontamiento. Sin embargo, no todo es positivo porque también acuden al uso de sustancias como de alcohol para el alivio temporal de emociones desagradables⁶⁸.

Para un número de universitarios lo primordial es encontrar refugio en el ámbito religioso, no en modo de fanatismo, sino como fuente de apoyo emocional o espiritual. Así mismo, la aceptación para conseguir una reinterpretación positiva.

2.9.2. Inteligencia emocional

El no tener un adecuado desarrollo de inteligencia emocional (IE) ni ser fortalecida en el transcurso de la vida, predispone al individuo para un incremento de tendencia al aislamiento, falta de comprensión de emociones, ansiedad, nerviosismo, impulsividad y agresividad, así como la tendencia a la depresión⁵⁸.

Esta habilidad permite percibir, asimilar, comprender y regular tanto las emociones propias como las de los demás, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. En cuanto a su función en el rendimiento académico, se ha evidenciado que se logra una capacidad para responder a los retos educativos y el desarrollo de aptitudes que permitan afrontar de manera positiva cualquier situación adversa. En la Tabla 11 se definen siete elementos que juegan un papel importante en la IE: la confianza, desarrollo de la curiosidad, intencionalidad, autocontrol, relación, capacidad de comunicación y cooperatividad, considerados clave para asumir la inteligencia emocional⁷⁰.

Tabla 11. Componentes de la inteligencia emocional

Confianza.	Sensación de control, dominio y no fracasar en las metas trazadas.
Desarrollar la curiosidad.	Sensación de descubrir cosas con un enfoque positivo generador de placer.
Intencionalidad.	Deseo y capacidad de obtener un impacto, actuar con persistencia, está relacionada con el deseo de competir.
Autocontrol.	Se expresa como la capacidad de amoldar y lograr el dominio de las acciones de forma apropiada a cada grupo etario.
Relación.	Capacidad de comprometerse con otra persona basada en la sensación de ser comprendido y comprender a los demás.
Capacidad de comunicación.	Deseo y la capacidad de intercambio de ideas, sentimientos y conceptos relacionada con la sensación de confianza en los demás.
Cooperatividad.	Capacidad de equilibrar las propias necesidades con las de los demás en una actividad en grupo.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁷⁰.

La inteligencia emocional es considerada una herramienta fundamental porque permite comprender las emociones personales y las de los demás, lo cual posibilita la generación de relaciones sociales sólidas. Por otro lado, si se carece de dichas estrategias, se entorpece la posibilidad de tener una relación armónica con los demás, por lo que el aprendizaje de estas herramientas brinda un crecimiento emocional e intelectual, que hasta cierto punto, se considera necesario para la integración en la sociedad.

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

En el siguiente capítulo, se realizará una descripción sistemática de la metodología empleada en esta investigación, la cual brindará mediante los criterios metodológicos descritos a continuación, la búsqueda adecuada con base en evidencia científica de la información permitirá el correcto análisis de los resultados, conlleva a una consecuente conclusión fructífera que responda a los objetivos planteados con anterioridad.

A continuación, se detallarán aspectos como el enfoque y tipo de investigación, variables de la investigación y se describe el método de recolección, además, se procura mostrar el tipo de fuentes de información utilizadas y su respectiva clasificación apegada al método científico.

3.1. Enfoque de la investigación

El enfoque de la presente investigación corresponde a una revisión bibliográfica, la cual es definida como una operación documental de recuperar un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican sobre un tema específico⁷⁵. Asimismo, este estudio es basado en la evidencia existente sobre los factores de riesgo y la manifestación de ansiedad y depresión en estudiantes de Ciencias de la Salud, así como el abordaje médico terapéutico de ambas patologías.

3.2. Tipo de investigación

El estudio actual corresponde a una revisión bibliográfica basada en literatura actualizada, enfocada en ansiedad y/o depresión en estudiantes de Ciencias de la Salud; se utilizaron diferentes motores de búsqueda digitales como Google Académico, Scielo, PubMed, Elsevier, entre otros, donde, Parreño⁷⁶ menciona que este tipo de investigación permite ampliar la información, mediante el uso de diferentes artículos científicos, libros o textos con el fin de realizar una investigación más profunda. El objetivo principal del estudio es analizar los factores de riesgo relacionados con la manifestación de ansiedad y depresión, así como el abordaje integral dirigido hacia la mejora de la funcionalidad y calidad de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud.

3.3. Fuentes de información

Para la realización de esta investigación, las fuentes de información utilizadas son principalmente artículos científicos y bases bibliográficas basadas en estudios sobre factores de riesgo de ansiedad y depresión, así como su abordaje médico integral y el impacto de la funcionalidad y calidad de vida que dichas patologías provocan.

3.4. Criterios de búsqueda de la información

En la Tabla 12 se observan los criterios de búsqueda utilizados, tales como descriptores, motores de búsqueda, periodo de búsqueda e idioma, según cada objetivo de la investigación.

Tabla 12. Criterios de búsqueda de la información

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de búsqueda	Idioma
Discutir los principales trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria.	Trastornos afectivos en población universitaria.	Google Académico Scielo PubMed Elsevier	2017-2023	Español Inglés
Describir los factores de riesgo relacionados con la ansiedad y/o depresión en el grupo poblacional universitario.	Factores de riesgo de ansiedad en población universitaria.	Google Académico Scielo PubMed Elsevier	2017-2023	Español Inglés
	Factores de riesgo de depresión en población universitaria.	Google Académico Scielo PubMed Elsevier	2017-2023	Español Inglés

Identificar las medidas terapéuticas implementadas en pacientes con ansiedad y/o depresión que reportan mejora en la calidad de vida.	Medidas terapéuticas para ansiedad.	Google Académico Scielo PubMed Elsevier	2017-2023	Español Inglés
	Medidas terapéuticas para depresión.	Google Académico Scielo PubMed Elsevier	2017-2023	Español Inglés

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión.

En la Tabla 13 se mencionan los criterios de inclusión y exclusión en base a las palabras claves utilizadas para la selección de artículos.

Tabla 13. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos de revisión sobre depresión y ansiedad publicados entre el periodo de 2017-2023.	Artículos de revisión sobre trastornos afectivos en poblaciones diferentes a las de esta revisión bibliográfica.
Artículos de revisión sobre depresión y ansiedad publicados en el idioma inglés y español.	Artículos de revisión sobre trastornos afectivos secundarios a una patología orgánica.
Artículos de revisión sobre ansiedad y depresión que incluya población universitaria exclusivamente.	Artículos de revisión de poca evidencia científica que no van acorde a las fuentes solicitadas en esta revisión.
Artículos de revisión buscados con las siguientes palabras claves: depresión, depression, ansiedad, anxiety, factores de riesgo para ansiedad, risk factors of anxiety, factores de riesgo para depresión, risk factors of depression, enfermedad mental en universitarios, mental illness in college students.	

Fuente: Elaboración propia.

3.6. Variables de la investigación

En la Tabla 14 se menciona la operacionalización de variables de la presente investigación.

Tabla 14. Operacionalización de variables de la investigación

Objetivo	Variable	Concepto	Indicador	Instrumento
Discutir los principales trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria.	Trastornos afectivos.	Enfermedades psicológicas que afectan la funcionalidad y calidad de vida de las personas.	Características de los trastornos mentales.	Revisión bibliográfica.
Describir los factores de riesgo relacionados con la ansiedad y/o depresión en el grupo poblacional universitario.	Ansiedad.	Sobrevaloración de los estímulos y situaciones amenazantes, así como una infravaloración de las capacidades personales para responder ante las amenazas.	Características generales de la ansiedad.	Revisión bibliográfica.
	Depresión.	Desregulación del estado de ánimo donde es común un ánimo triste, vacío o irritable.	Características de la depresión.	Revisión bibliográfica.

	Factores de riesgo.	Condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que exponen a una persona a un mayor riesgo de presentar una enfermedad.	Factores de riesgo para ansiedad y depresión.	Revisión bibliográfica.
Identificar las medidas terapéuticas implementadas en pacientes con ansiedad y/o depresión que reportan mejora en la calidad de vida.	Medidas terapéuticas para ansiedad y depresión.	Medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas utilizadas para enfrentar el trastorno de ansiedad y la depresión.	Medidas implementadas en el trastorno de ansiedad.	Revisión bibliográfica.
	Calidad de vida.	Conjunto de factores que brindan bienestar a una persona.	Condiciones que contribuyen a un bienestar social y personal.	Revisión bibliográfica.

Fuente: Elaboración propia.

3.7. Descripción del procedimiento de recolección

Para la presente investigación se realizará una fase de descripción fundamental general del tema donde se recopilará información sobre depresión y ansiedad, la cual posteriormente será sistematizada con la finalidad de realizar un análisis, para con ello generar una serie de conclusiones y recomendaciones que permitan reflexionar sobre la relevancia del problema establecido en el estudio.

3.8. Descripción de instrumentos y técnicas

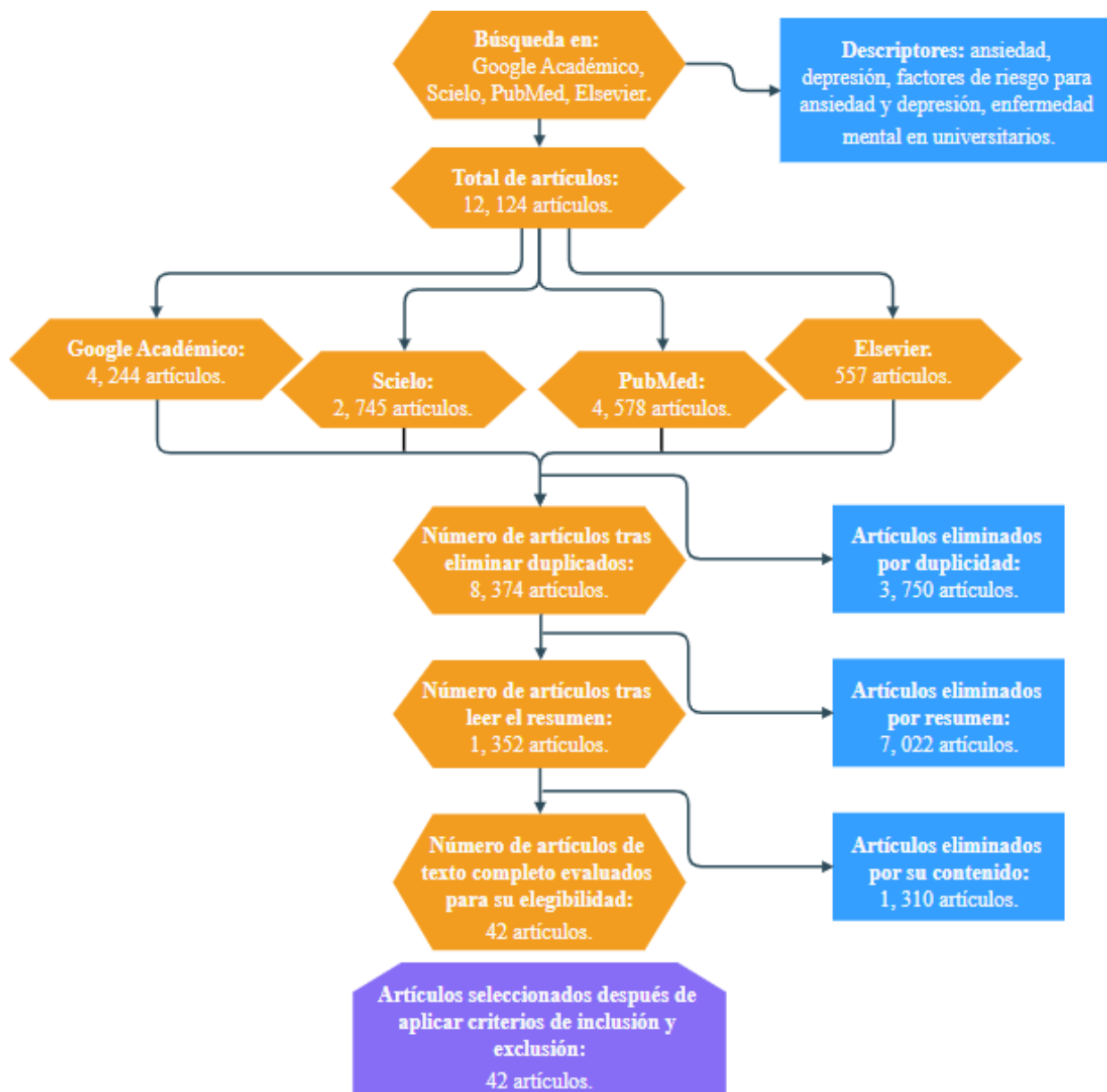
Para el estudio actual se pretende realizar una revisión bibliográfica a partir de criterios de búsqueda, los cuales comprenden criterios de inclusión y de exclusión que permitan obtener información enriquecedora para la investigación con la finalidad de analizar los factores de riesgo relacionados con la manifestación de ansiedad y depresión en estudiantes de Ciencias de la Salud, así como algunas medidas terapéuticas empleadas para la mejora de la calidad de vida.

3.9. Análisis de información

En la búsqueda de información, se obtuvieron en total 12,124 artículos, entre el año 2017 y el 2023, en los idiomas inglés y español. Sin embargo, al eliminar los duplicados y al hacer la lectura del resumen de cada artículo, se redujo el número a 1,352. Asimismo, se excluyeron aquellos que no cumplían con el objetivo del tema de la investigación al ser artículos que abordaban otro tipo de población, así como patologías afectivas secundarias a una patología orgánica logrando reducir el número a 42. Estos se utilizaron por ser artículos con mayor nivel de evidencia y recientes, además, fueron seleccionados de acuerdo con el objetivo de la investigación porque abordan los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida.

A continuación, en la Figura 8, se observa de forma esquematizada el análisis de información.

Figura 8. Análisis de información



Fuente: Elaboración propia.

3.10. Clasificación de la información según nivel de evidencia

Los artículos utilizados en esta investigación fueron clasificados según el nivel de evidencia propuesta por el epidemiólogo David Sackett, una sistematización que jerarquiza los niveles de evidencia que permite clasificarlos en cinco niveles, donde I se refiere a una mejor evidencia, es la V la peor. Es utilizada en distintos escenarios o ámbitos de la práctica clínica. Por lo tanto, se efectúa dependiendo de la metodología de los artículos empleados⁷⁷.

Los artículos recopilados son relacionados con ansiedad y depresión, abordaje médico integral de dichas patologías y salud mental. En el anexo 1 se detallan los artículos que fueron revisados para dar sustento al estudio, donde se especifica el autor, la revista y el año de publicación, el título, tipo de estudio, población metodología, por último, resultados y conclusiones. A continuación, en la Tabla 15, se observa la cantidad de artículos utilizados según tipo de estudio y nivel de evidencia.

Tabla 15. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	Porcentaje
I	Metaanálisis.	6	6	14,3 %
II	Análisis de cohorte.	1	3	7,2 %
	Ensayo controlado aleatorizado.	2		
III	Revisión sistemática.	4	4	9,5 %
	Estudio transversal.	23		
	Estudio de diseño no experimental ex post facto.	1		

IV	Estudio transversal, descriptivo y observacional.	1	29	69,0 %
	Investigación cuantitativa transversal no experimental de nivel correlacional.	1		
	Estudio descriptivo y transversal.	1		
	Investigación cuantitativa correlacional y transversal.	1		
	Estudio experimental.	1		
Total.....	42	42	100 %	

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, en la Tabla 16 se muestra la sistematización que se realizó tras la lectura de los artículos, donde se determinó que existen tres grupos de temas: trastornos mentales frecuentes en población universitaria, factores de riesgo de ansiedad, depresión y tratamiento de ansiedad y depresión.

Tabla 16. Cantidad y equivalencia porcentual según el tema de los artículos revisados en relación con los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida.

Temática de los artículos	Cantidad de artículos	Equivalencia porcentual
Trastornos afectivos frecuentes en población universitaria.	11	26,2 %
Factores de riesgo de ansiedad y depresión.	17	40,5 %
Tratamiento de ansiedad y depresión.	14	33,3 %
Total.....	42	100 %

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la tabla anterior se obtiene que un 26,2 % de los artículos revisados para la realización de este análisis corresponden a los principales trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria.

Por otro lado, 40,5 % de la información abarcaba todo lo relacionado a los factores de riesgo relacionados con la ansiedad y/o depresión en el grupo poblacional universitario. El porcentaje restante de 33,3 % corresponde a la información sobre medidas terapéuticas implementadas en pacientes con ansiedad y/o depresión que reportan mejora en la calidad de vida.

Por lo que se deduce que la mayoría de los artículos encontrados son sobre los factores de riesgo relacionados con la ansiedad y/o depresión en el grupo poblacional universitario.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos durante la realización de la presente investigación donde se le brindará respuesta a cada uno de los objetivos tanto general como específicos planteados con anterioridad.

4.1. Principales trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria

Trunce et al.⁷⁸, en su estudio de tipo transversal, evaluaron los niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. La muestra fue de 186 estudiantes de una universidad pública del sur de Chile, del Departamento de Salud. Se aplicó la versión chilena abreviada de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21). En los resultados de la investigación se obtuvo que el 29 % de los estudiantes presenta algún trastorno asociado a depresión, el 53.20 %, a ansiedad y el 47.80 % a estrés.

Barraza et al.⁷⁹, por otro lado, en su estudio de diseño no experimental ex post facto, investigaron la relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de Carreras de la Salud en la Región de Coquimbo, Chile. La muestra utilizada fue de 235 universitarios de primer año de Medicina, Enfermería y Kinesiología de tres universidades de Chile. Para dicho estudio se utilizaron el Inventario de Organización de la Personalidad y la Escala DASS-21 para tamizar a los participantes. La relación de la personalidad con los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés se determinó mediante análisis de regresión múltiple. Se encontró que las dimensiones primarias y generales de la personalidad explican la prevalencia de un 28 % de la depresión, un 20 % de la de ansiedad y un 22 % de estrés.

Es trascendental señalar, con base en lo anterior, que los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión son prevalentes en la población universitaria que cursa una carrera de Ciencias de la Salud, por ejemplo, medicina y/o enfermería, los cuales no solo afectan el rendimiento académico del estudiante, sino que también son predispuestos por los niveles altos de estrés, lo cual agrava todavía más la presencia de dichas patologías mentales.

Gao et al.⁸⁰, en su estudio transversal, evaluaron los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19. La muestra fue de 179 estudiantes universitarios de Shanghái.

Para dicha investigación se utilizó un cuestionario en línea creado por los autores con la finalidad de obtener información general sobre los estudiantes y para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad se emplearon el cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Como resultado se obtuvo que la incidencia de ansiedad fue de 32,4 % y la incidencia de depresión fue del 46,40%.

Araújo et al.⁸¹, por su parte, en su estudio transversal, descriptivo y observacional analizaron los efectos psicológicos del distanciamiento social en estudiantes de medicina. La muestra de dicha investigación fue de 170 estudiantes universitarios. Para evaluar el trastorno depresivo y la ansiedad se utilizaron el Cuestionario PHQ-9 y el GAD-7. Como resultados de la investigación se encontró que el 42,9 % de los estudiantes tenían ansiedad y el 37,0 % de los participantes tenían trastorno depresivo. Los estudiantes de medicina con edades entre 25 y 29 años, sin trastorno psicológico previo, fueron los más propensos a mostrar mayores signos de depresión y ansiedad durante la pandemia.

Se interpreta a partir de lo anterior, que en estudiantes de Ciencias de la Salud los niveles de ansiedad y depresión se pueden ver incrementados debido a situaciones de crisis, como lo fue la pandemia por COVID-19, donde el distanciamiento social y las clases impartidas en línea, proporcionan una preocupación en el estudiantado, afectan así, la salud mental y la calidad de vida de las personas.

Wang et al.⁸², en su estudio transversal analizaron los comportamientos de búsqueda de tratamiento de salud mental en estudiantes de medicina mediante la realización de una encuesta que incluía escalas para evaluar la depresión (Cuestionario PHQ-9) y la ansiedad (GAD-7). La muestra fue de 510 estudiantes de medicina de EE. UU. Entre los resultados de la investigación se encontró que alrededor de una cuarta parte de los participantes cumplieron con los criterios de posibles trastornos depresivos (24 %) o de ansiedad (24 %).

Caro et al.⁸³, asimismo, en su estudio de tipo transversal evaluaron la prevalencia y los factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad, rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. La muestra consistió en 325 estudiantes de medicina de la universidad de Antioquia.

Para dicha investigación se aplicó un cuestionario digital creado por los autores para indagar las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes y para valorar la ansiedad y la depresión se utilizaron el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck. Como resultados de la investigación se encontró que de la población estudiada el 30,15 % presentó algún síntoma de depresión, mientras que el 26,5% describió alta ansiedad. A su vez se concluye que la presencia de variables académicas como sentir angustia ante una actividad evaluativa, dificultades en la relación con sus compañeros y sentirse decaído explican la presencia de los síntomas.

La ansiedad y la depresión en estudiantes de medicina, en función de lo anterior, constituyen los trastornos afectivos más prevalentes, los cuales se pueden ver influenciados por características sociodemográficas y académicas de los alumnos, donde la realización de exámenes y las relaciones interpersonales difíciles que se establecen a lo largo de la carrera universitaria suponen factores de riesgo.

Santos et al.⁸⁴, en su estudio transversal evaluaron el estrés académico en estudiantes de medicina y su asociación con la depresión. La muestra fue de 159 estudiantes de medicina de primero a noveno ciclo de la Universidad Católica de Cuenca-Ecuador. Para dicha investigación se evaluó el estrés académico y su relación con la depresión, a través de un formulario conformado por variables sociodemográficas, el Inventario SISCO y la Escala de Hamilton. Entre los resultados del estudio se obtuvo que los estudiantes presentaron un 95 % de estrés académico, donde el 57.9 % presenta sintomatología depresiva.

Los estudiantes de medicina, a lo largo de su carrera universitaria, se ven expuestos a una carga académica extenuante y a factores personales que pueden incrementar los niveles de estrés, el cual se correlaciona directamente de manera negativa con la depresión, de forma que se espera que de aquellos estudiantes que presentan estrés, la mitad curse con depresión, afectando su funcionalidad.

Álvarez et. al.⁸⁵, en su estudio de tipo transversal analizaron la salud mental en estudiantes de odontología de una Universidad Pública de Colombia y sus factores relacionados. La muestra correspondió a 205 estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

Para dicho estudio se utilizó una encuesta realizada por el grupo investigador, donde se obtuvo que el 52 % de los estudiantes tenía depresión y el 42 % ansiedad.

Basudan et al.⁸⁶, además, en su estudio transversal sobre depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología, midieron la ocurrencia y los niveles de depresión, ansiedad y estrés mediante la Escala DASS-21. La muestra fue de 247 estudiantes de Odontología de la Universidad de King Saud. Como resultado, se identificaron niveles anormales de depresión, ansiedad y estrés en el 55,9 %, 66,8 % y 54,7 % de los participantes del estudio, respectivamente.

Es de importancia destacar, a partir de lo descrito anteriormente, que además de los estudiantes de medicina, los alumnos que cursan la carrera de odontología presentan altos niveles de ansiedad y depresión, junto con una prevalencia de estrés alta, lo cual repercute negativamente en la salud mental.

Sabri et al.⁸⁷, en su estudio transversal sobre depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes de farmacia en Malasia, utilizaron la escala DASS-21 para evaluar los trastornos emocionales mediante la determinación de la prevalencia y la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. La muestra empleada fue de 223 estudiantes de la Facultad Kulliyah de Farmacia de la Universidad Islámica Internacional de Malasia. Como resultados se obtuvo que la prevalencia global de síntomas de depresión, ansiedad y estrés fue del 50,7%, 72,2 % y 42,2 % respectivamente.

Pego et al.⁸⁸, por otro lado, estudiaron la prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en el estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia mediante un estudio transversal. La muestra fue de 955 estudiantes de enfermería de las Escuelas Universitarias de Enfermería de A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra en los cursos 1º, 2º y 3º. Para la realización de este estudio utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión. Entre los resultados del estudio se encontró que la prevalencia de ansiedad en torno al 60 % y la prevalencia de sintomatología de depresión en torno al 62 %.

Además de los estudiantes de medicina y odontología, los de farmacia y enfermería presentan niveles prevalentes de ansiedad y depresión, los cuales intervienen en la realización profesional del estudiantado, afecta su desempeño académico. Asimismo, presentan niveles de estrés elevados, lo cual predispone a la presencia de trastornos afectivos en dichas poblaciones.

4.2. Factores de riesgo relacionados con la ansiedad y/o depresión en el grupo poblacional universitario

Vargas⁸⁹, en su estudio tipo revisión bibliográfica, evaluó los factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios mediante la recopilación de 17 artículos científicos de diferentes bases de datos. En los resultados del estudio se observó que los principales factores asociados con la manifestación de depresión comprenden el bajo rendimiento académico, edad, sexo, procedencia, año de estudio, la calidad de sueño, pésimo estado físico y la mala alimentación.

Solomonu et al.⁹⁰, por otro lado, mediante una revisión bibliográfica sobre la asociación de la calidad de la dieta con la salud mental de los estudiantes universitarios, realizaron una búsqueda de literatura, utilizaron distintas bases de datos, de los cuales se encontró que de 25 estudios que investigaron la influencia de la calidad de la dieta en la depresión, 20 sugirieron que la asociación entre la dieta se asocia negativamente con la depresión. Por otro lado, se demostró que de 9 estudios que investigaron la influencia de la calidad de la dieta sobre la ansiedad, 4 sugirieron una asociación negativa entre la dieta con la ansiedad.

Es de suma importancia destacar, con base en lo anterior, que la depresión en estudiantes universitarios puede estar precipitada por factores como el bajo rendimiento académico, la edad, el sexo, el lugar de origen, el año de estudio, la calidad del sueño, además de una mala alimentación, la cual también se relaciona con el trastorno de ansiedad porque influencia de manera negativa la aparición de dichos trastornos, repercute no solo en la salud física de la persona, sino también en la salud mental.

Pham et al.⁹¹, en su estudio transversal examinaron la prevalencia de la depresión y los factores de riesgo asociados entre los estudiantes de medicina de la Universidad Médica de Hanoi en Vietnam.

Utilizaron un cuestionario creado por los autores que incluía datos demográficos y características, asimismo, otras herramientas como el Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9) y la Escala de Motivación Académica. La muestra consistió en 494 estudiantes de medicina con experiencia clínica. El estudio tuvo como resultado que la depresión se asoció principalmente a la carga financiera percibida y a la poca motivación personal.

Zhu et al.⁹², además, en su estudio tipo transversal evaluaron la asociación de depresión y la ansiedad con la calidad del sueño y la salud autoevaluada en estudiantes de medicina mediante la aplicación de distintas herramientas como el Cuestionario de Calidad del Sueño (SQQ) y el PHQ-9. La salud autoevaluada se estimó a través de un cuestionario desarrollado por los investigadores, donde se consideraron variables como la salud física y psicológica. La muestra fue de 637 estudiantes. Los resultados de la investigación evidencian que la calidad del sueño interviene significativamente en la aparición de los síntomas depresivos y de ansiedad sobre la salud autoevaluada.

A partir de lo descrito previamente, la pésima calidad del sueño entorpece el desempeño académico y también se asocia directamente con la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad, lo cual sumado a la poca motivación personal puede afectar considerablemente la calidad de vida. Asimismo, dichos trastornos pueden precipitarse debido a la condición económica que los estudiantes de medicina atraviesan en ese momento porque dicha preocupación entorpece la concentración en el estudio de las distintas materias que se cursan en el momento.

Jeppu et al.⁹³, en su estudio transversal estudiaron la comparación del malestar psicológico entre los estudiantes de medicina de diferentes niveles de formación. Para ello se utilizó el diseño de encuesta transversal mediante un cuestionario que fue desarrollado para medición del malestar psicológico por adaptación de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 (DASS-21). La muestra consistió en 318 estudiantes de medicina en diferentes años de formación académica. Entre las conclusiones del estudio se obtuvo que los estudiantes del tercer año tenían una angustia psicológica significativamente mayor en comparación con todos los demás años de estudio, debido a que en este año se inician los cursos clínicos de la carrera universitaria.

Abdel et al.⁹⁴, por su parte, en su estudio transversal valoraron la prevalencia y correlación de ansiedad con la salud entre estudiantes de medicina. Se utilizó para evaluar dichos parámetros el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud (SHAI). La muestra fue de 193 estudiantes de medicina que asisten a la Universidad de los Emiratos Árabes Unidos (UAEU). Los hallazgos del estudio demuestran que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos con y sin ansiedad en edad, género, lugar de origen o año de estudio.

Tam et al.⁹⁵, además, en su revisión sistemática investigaron sobre la prevalencia de síntomas depresivos entre estudiantes de medicina, mediante la selección de 10 artículos de la base de datos de MEDLINE. Los resultados de dicha revisión indican que a nivel mundial la prevalencia de depresión es del 27 % en estudiantes de medicina y los principales factores asociados son el año de estudio, el género, factores personales, problemas familiares y estado de salud.

Se destaca en función de lo anterior, que el año de estudio incide directamente en la aparición de trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión porque conforme se avanza en la carrera, aumenta el nivel de complejidad, especialmente a la hora de cursar las asignaturas clínicas porque estas además de poseer un componente teórico, presentan un componente práctico con el consecuente contacto directo con pacientes, lo cual provoca que la dificultad aumente considerablemente.

Emiro et al.⁹⁶, en su investigación cuantitativa transversal sobre depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, estrés académico e ideación suicida en universitarios colombianos, tuvo como muestra a 477 estudiantes universitarios colombianos de 18 a 25 años. Para dicha investigación se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), el Inventario SISCO del Estrés Académico, Test de Cribado de Abuso de Cannabis (CAST) y Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT). Entre los resultados del estudio se concluye que la depresión tuvo una correlación significativa con el estrés académico y el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el estrés académico no se correlacionó con el consumo de sustancias psicoactivas, pero sí con la ideación suicida.

Jovanovic et al.⁹⁷, a su vez, en su estudio transversal evaluaron el afrontamiento de los síntomas de los trastornos de salud mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19 en relación con sus hábitos de vida. Para la realización de dicha investigación se utilizó un cuestionario creado por los autores para evaluar los trastornos de salud mental en relación con el estilo de vida de los estudiantes. La muestra fue de 1400 estudiantes seleccionados al azar de la Universidad de Nis en Serbia. Entre los resultados se presentó que los síntomas de depresión estaban relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas. Para los síntomas de ansiedad, el papel principal fue jugado por el consumo de alcohol, pero también por el uso de las redes sociales. El consumo de alcohol fue el más responsable de niveles elevados de estrés.

Se evidencia, con base en lo descrito anteriormente, que, en los estudiantes universitarios de ciencias de la salud, factores personales como el consumo de sustancias psicoactivas y el alcohol desencadenan síntomas relacionados con el trastorno de ansiedad y depresión. De igual forma, intervienen directamente con los niveles elevados de estrés, el cual se considera un factor predisponente relevante para las distintas manifestaciones relacionadas con los trastornos afectivos.

Lemos et al.⁹⁸, mediante un estudio transversal evaluaron el estrés y la salud mental en estudiantes de medicina y su respectiva relación con afrontamiento y actividades extracurriculares. Se aplicaron para dicho estudio el Cuestionario de Estrés Percibido (PSS14), el PHQ-9, el Cuestionario de Ansiedad Generalizada 7 (GAD 7) y el Cuestionario de Apoyo Social (MOS-SSS), así como medidas fisiológicas y un registro de actividades extracurriculares. La muestra fue de 217 estudiantes, los cuales se seleccionaron aleatoriamente y se clasificaron según el ciclo académico. Como resultados de la investigación se obtuvo que el estrés y los síntomas emocionales están relacionados con distintos factores de riesgo, entre los cuales se mencionan: sexo femenino, cursar en el ciclo básico, no realizar actividades extracurriculares, bajas puntuaciones en solución de problemas y dificultad en la expresión de afrontamiento.

Han et al.⁹⁹, asimismo, en un estudio transversal estudiaron las relaciones entre la actividad física, la imagen corporal, el Índice de Masa Corporal (IMC), la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19.

Para la realización de dicho estudio se utilizaron el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), el Cuestionario de Imagen Corporal (BIQ), la Escala de Autoevaluación de Depresión (SDS) y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad (SAS). La muestra evaluada fue de 251 estudiantes universitarios de 17 a 22 años. Entre los resultados se obtuvo que la inactividad física se correlacionó significativamente de forma negativa con la depresión y la ansiedad. La imagen corporal tuvo un efecto moderador significativo en la relación entre el físico, la actividad física y la ansiedad, pero no hubo un efecto moderador entre la depresión y la actividad física.

Se demuestra, en relación con lo anterior, que la no realización de actividades extracurriculares como la actividad física, repercute directamente con la aparición de depresión y ansiedad, conlleva a la vez una alteración de la imagen corporal, empeora la manifestación de dichas patologías. Por otro lado, es importante destacar que poseer herramientas deficientes para el afrontamiento de problemas y la expresión de estos provoca que los síntomas emocionales empeoren, generan una afectación psicológica mayor.

Wyszomirska et al.¹⁰⁰, en su estudio transversal estimaron la adaptación emocional temprana de estudiantes de medicina en una crisis situacional en el ejemplo de la pandemia de COVID-19. Para dicha investigación se utilizaron para evaluar la ansiedad y el enojo el cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), el Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo (STAXI-2) y un cuestionario creado por los autores. La muestra fue de 949 estudiantes de medicina de la Escuela de Medicina de la Universidad de Silesia en Polonia. El estudio tuvo como resultado que, durante la adaptación temprana a la crisis situacional de la pandemia por COVID-19, el nivel general de ansiedad se explica por el contacto con personas potencialmente infectadas y el nivel de ira se basó en la necesidad de un mayor apoyo social.

Mir et al.¹⁰¹, por su parte, en su estudio transversal valoraron los determinantes y los predictores de la salud mental durante y después del confinamiento por COVID-19 entre estudiantes universitarios de Malasia. Para dicha investigación se utilizaron para evaluar los determinantes y predictores de salud mental el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ-SF), el GAD-7 y el PHQ-9. La muestra correspondió a 417 estudiantes de la Universidad Tunku Abdul Rahman.

Dentro de los resultados se obtuvo que, durante el confinamiento, la renta familiar y la inactividad física se asoció con la ansiedad, mientras que la depresión con el género. Después del confinamiento, los ingresos familiares se asociaron con la ansiedad y la depresión.

Es de importancia destacar, a partir de lo descrito anteriormente, que durante situaciones de crisis como, por ejemplo, la pandemia por COVID-19, existen diferentes factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de síntomas de trastornos afectivos, de los cuales se mencionan: el confinamiento, la inactividad física y el aumento en gastos debido a la renta familiar. Asimismo, dichos factores actúan junto con el miedo al contagio al estar en contacto con personas posiblemente infectadas y con la necesidad de un mayor apoyo social debido a diferentes situaciones como limitaciones económicas o poco acceso a la compra de suministros, desencadena una mayor posibilidad de padecer de ansiedad y depresión.

Helga et al.¹⁰², en su estudio de tipo transversal evaluaron la relación de la somnolencia diurna excesiva con bruxismo, depresión, ansiedad, estrés y sexo en estudiantes de odontología. Se utilizó para evaluar la depresión, la ansiedad y el estrés la Escala de Somnolencia de Epworth, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Síntomas de Estrés en adultos. Posteriormente se aplicó la prueba de Spearman. La muestra consistió en 128 estudiantes de odontología. Entre los resultados se presentó una alta correlación positiva de somnolencia con la depresión, el estrés y la ansiedad en el sexo femenino, mientras que no hubo correlación de somnolencia con bruxismo. El estudio concluye en que hay una correlación positiva entre las estudiantes femeninas de odontología y la depresión.

Radeef et al.¹⁰³, por otro lado, en su estudio transversal estudiaron los factores estresantes y su asociación con síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología. La muestra correspondió a 257 estudiantes de odontología en la Universidad Islámica Internacional de Malasia. La prevalencia y la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés se midieron mediante la escala DASS-21. Entre los resultados de la investigación se obtuvo que los factores académicos y personales producidos por el estrés precipitaron la angustia psicológica.

Es de trascendencia indicar, de acuerdo con lo anterior, que en estudiantes de odontología los principales factores de riesgo que precipitan la aparición de síntomas de ansiedad y depresión son los relacionados con la alta carga académica, así como el estrés y trastornos relacionados con el sueño, como la somnolencia diurna excesiva, es esta manifestación más prevalente en la población femenina de dicha carrera universitaria.

Zeng et al.¹⁰⁴, en su estudio transversal analizaron la prevalencia y correlación de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de enfermería de escuelas de formación profesional de Sichuan, China. La muestra consistió en 554 estudiantes de enfermería de escuelas de formación profesional. La prevalencia de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés se midieron con la Escala DASS 21 y para examinar la correlación de los síntomas se utilizaron análisis de regresiones logísticas. Entre los hallazgos de la investigación la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes de enfermería fueron de 28,7 %, 41,7 % y 20,2 % respectivamente. Las correlaciones más consistentes de los problemas de salud mental fueron la reducción de la participación en actividades físicas y otras actividades de ocio, pobre calidad del sueño, experiencia de eventos negativos de la vida y mala autopercepción de salud mental.

Al-Qerem et al.¹⁰⁵, por su parte, en su estudio transversal evaluaron la ansiedad y depresión entre estudiantes de farmacia antes y durante la pandemia de COVID-19. La muestra fue de 400 estudiantes de farmacia de dos universidades árabes: Al-Zaytoonah y Al-Yarmouk. Para la investigación se utilizó un cuestionario creado por los autores que incluía datos como edad, género, nacionalidad, año académico, entre otros. Asimismo, se emplearon otras herramientas como el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo. Dentro de los resultados del estudio se obtuvo que varios factores se asociaron mayormente con la depresión y la ansiedad, los cuales son ser estudiante internacional, género femenino y estudiante de último año.

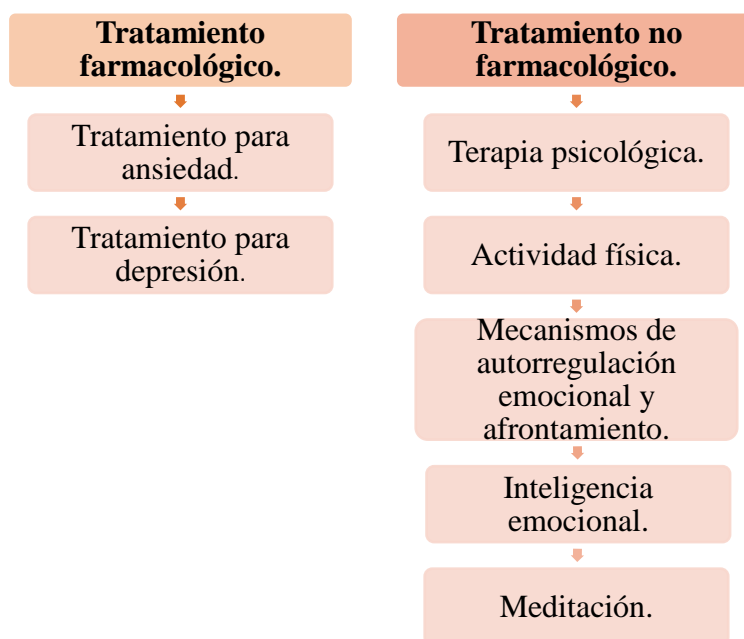
Los estudiantes de enfermería presentan niveles altos de ansiedad y depresión, los cuales se ven exacerbados por factores como la inactividad física, trastornos del sueño, experiencias negativas a lo largo de la vida y la deficiencia de herramientas necesarias para la construcción de una salud mental adecuada.

Los estudiantes de farmacia, por otro lado, al igual que las demás carreras de Ciencias de la Salud, presentan con frecuencia trastornos afectivos, que surgen debido a factores personales, por ejemplo, ser un estudiante extranjero y del género femenino, así como de factores académicos como ser estudiante que cursa el último año de la carrera.

4.3. Medidas terapéuticas implementadas en pacientes con ansiedad y/o depresión que reportan mejora en la calidad de vida

En el siguiente apartado, se mostrarán las principales medidas terapéuticas implementadas en pacientes con ansiedad y/o depresión que reportan mejora en la calidad de vida, las cuales se pueden dividir en dos apartados: tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico. Asimismo, el tratamiento farmacológico se subdivide en tratamiento farmacológico para ansiedad y en tratamiento farmacológico para depresión. Por otro lado, el tratamiento no farmacológico se subdivide en terapia psicológica, actividad física, mecanismos de autorregulación emocional y afrontamiento, inteligencia emocional y meditación. A continuación, para una mayor comprensión de lo dicho anteriormente, se muestra la Figura 9, la cual abarca la organización de las medidas terapéuticas a analizar.

Figura 9. Organización de las medidas terapéuticas a analizar



Fuente: Elaboración propia.

4.3.1. Tratamiento farmacológico

En el manejo para el trastorno depresivo y ansioso los fármacos no están exentos a producir un efecto adverso que impacte negativamente al paciente, como síntomas gástricos, insomnio e incluso un incremento de ansiedad, aunque la mayoría de tales efectos no son de carácter colectivo, según la bibliografía consultada durante la realización de esta investigación, con respecto a los fármacos utilizados para el tratamiento del trastorno depresivo y trastorno ansioso, un gran número de artículos encontrados recalcan que no es el mejor método de tratamiento porque dados los efectos secundarios conlleva a una mala adhesión al tratamiento y por lo tanto una inadecuada atenuación de los síntomas.

No quiere decir lo anterior que no se pueden utilizar porque al ser un tratamiento individualizado los efectos son diferentes entre cada paciente y funcionan como tratamiento en conjunto con la terapia no farmacológica. La selección de cada fármaco que se vaya a utilizar requiere de una evaluación individualizada que incluya los factores asociados, obedece en la clínica, las comorbilidades, así como preferencias del paciente.

4.3.1.1. Ansiedad

El tratamiento farmacológico de primera línea para el trastorno de ansiedad, son los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), lo cual es respaldado por Gómez et al.¹⁰⁶, en un metaanálisis que realizaron sobre la comparación de la eficacia entre las benzodiazepinas y los antidepresivos serotoninérgicos, en dicho estudio encontraron que los ISRS en 16 ensayos con 5444 individuales demostraron un efecto más alto así como los IRSN en 17 ensayos con 4993 participantes, con respecto a las benzodiazepinas que arrojaron un efecto más bajo demostrado en 23 ensayos con 2218 participantes. Con respecto a los antidepresivos ISRS y IRSN, Jakubovski et al.¹⁰⁷, confirmaron su uso como primera línea de tratamiento, además agregaron que no existen diferencias en eficacia.

Leichsenring et al.¹⁰⁸, de la misma forma, mencionan en su metaanálisis que la tasa de respuesta media para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fue del 51 % frente al 39 % para un placebo utilizado en este estudio, lo cual reafirma su eficacia ante el tratamiento de TA.

Jakubovski et al.¹⁰⁷, menciona que los SIRS también se asociaron con una mayor probabilidad de respuesta al tratamiento en comparación con el placebo utilizado en este estudio a partir de la cuarta semana, además que tuvo un mejor ajuste del modelo, asimismo, menciona que, de estos agentes, la fluoxetina demostró una mejora significativamente mayor en comparación con escitalopram.

Slee et al.¹⁰⁹, por otro lado, en su metaanálisis basado en 89 ensayos, donde se incluyó 25 441 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada asignados aleatoriamente a fármacos activos o placebo, evidenció que las benzodiazepinas y los antidepresivos tricíclicos son fármacos eficaces utilizados ampliamente como segunda línea de tratamiento en la práctica clínica para la ansiedad porque demostraron que sus efectos son beneficiosos para reducir las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Se deduce, a partir de lo anterior, que los fármacos de primera línea para el tratamiento del trastorno de ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN), los cuales cuentan con una eficacia alta para revertir las manifestaciones clínicas que afectan la calidad de vida y la funcionalidad del paciente. Con respecto a los antidepresivos tricíclicos (ATC) y las benzodiazepinas, se evidencia que su uso como fármacos de segunda línea en el tratamiento de dicha patología brindan un efecto beneficioso con respecto a la sintomatología del paciente, por lo que en la práctica clínica se convierten en una opción fidedigna de tratamiento.

4.3.1.2. Depresión mayor

Almohammed et al.¹¹⁰, realizaron un análisis de datos de cohortes donde se compara la mejora en los pacientes que utilizan antidepresivos con aquellos que no tienen un tratamiento farmacológico, donde la mayoría de los que utilizaban medicamentos correspondía al sexo femenino.

Para dicho análisis estudiaron en promedio 17,5 millones de casos, de los cuales el 58% recibió tratamiento farmacológico, mostró una mejoría en las manifestaciones clínicas de la depresión, por ende, en la calidad de vida de los pacientes.

Almohammed et al.¹¹⁰ asimismo, hace énfasis en que hay una mejoría significativamente mayor cuando se combina el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en comparación con la farmacoterapia como única alternativa porque como lo menciona Cipriani et al.¹⁰³, existe un porcentaje de abandono al tratamiento farmacológico debido a eventos adversos, como, por ejemplo, un evento traumático que afecte negativamente el proceso de recuperación de los pacientes.

En dicho estudio el uso de antidepresivos se asoció con una mayor tasa de recaídas en comparación con el placebo, con lo cual se concluye que es importante reevaluar la necesidad de farmacoterapia y considerar que los pacientes reciban terapia no farmacológica porque influye significativamente en la mejora de la calidad de vida de estos.

Cipriani et al.¹¹¹, en cuanto a efectividad, en su estudio donde incluyeron a 116 477 pacientes asignados aleatoriamente agregaron que escitalopram, paroxetina, venlafaxina y vortioxetina fueron más eficaces en comparación con la fluoxetina, la fluvoxamina, la reboxetina que se encontraban entre los menos eficaces. Sin embargo, en cuanto a la aceptabilidad, escitalopram, fluoxetina, sertralina y vortioxetina fueron más tolerables que otros antidepresivos. Además, amitriptilina, clomipramina, duloxetina, fluvoxamina, reboxetina, trazodona y venlafaxina fueron los antidepresivos asociados con las tasas de abandono más altas debido a sus efectos secundarios. A continuación, se presenta la Tabla 16, la cual se elabora con la finalidad de brindar un entendimiento más adecuado sobre la clasificación de los fármacos antidepresivos según su eficacia, aceptabilidad y tasa de abandono.

Tabla 17. Clasificación de fármacos según su eficacia, aceptabilidad y tasa de abandono

Más eficaces	Menos eficaces	Mayor aceptabilidad	Tasas de abandono más alta
Escitalopram	Fluoxetina	Escitalopram	Amitriptilina
Paroxetina	Fluvoxamina	Fluoxetina	Clomipramina
Venlafaxina	Reboxetina	Sertralina	Duloxetina
Vortioxetina		Vortioxetina	Fluvoxamina
			Reboxetina
			Trazadona
			Venlafaxina

Fuente: Elaboración propia basada en la referencia¹¹¹.

Es importante destacar, con base en lo anterior, que el uso de fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) son los fármacos más eficaces y con mayor evidencia para el tratamiento de la depresión mayor, entre los cuales se mencionan como mejores opciones: escitalopram, paroxetina, venlafaxina y vortioxetina. Por otro lado, se recomienda el tratamiento en conjunto con la intervención psicológica porque junto con la medicación, permite que la tasa de abandono de tratamiento disminuya, asegura así, un proceso curativo exitoso, le devuelve al paciente su funcionalidad.

4.3.2. Tratamiento no farmacológico de ansiedad y depresión

4.3.2.1. Terapia psicológica

González et. al.¹¹², en su estudio tipo metaanalítico investigó el uso de la meditación y la terapia de comportamiento cognitivo conductual para el tratamiento del estrés, depresión y ansiedad en los estudiantes. Para dicho análisis, la búsqueda bibliográfica se realizó a través del buscador Web of Science, en las categorías de “Educación e Investigación Educativa” y “Psicología”.

Se obtuvo una muestra de 122 artículos publicados entre 2007 y 2018, donde tras la aplicación de los criterios de inclusión, se seleccionaron 34 artículos para su respectivo uso. Entre los resultados del estudio se encontró que las estrategias de meditación, atención plena y programas de terapia cognitivo conductual, reducen el estrés, la ansiedad y la depresión. También, se encontró que el nivel académico de los individuos impacta en el éxito de la intervención de dichos trastornos afectivos.

Karyotaki et. al.¹¹³, asimismo, en su ensayo controlado aleatorizado, evaluaron el transdiagnóstico guiado de terapia cognitiva conductual adaptada individualmente para los síntomas de depresión y/o ansiedad en estudiantes universitarios. La muestra de este estudio fue de 100 estudiantes universitarios de ≥ 18 años que reportaron depresión leve a moderada y/o síntomas de ansiedad y asistían a universidades en los Países Bajos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a terapia cognitivo conductual guiada ($n = 48$) y tratamiento psicológico habitual ($n = 52$). Los síntomas de depresión y ansiedad se midieron a las 7 semanas después de la aleatorización y también a los 6 y 12 meses posteriores a esta. Entre los resultados se evidenció que no se encontraron pruebas de una diferencia entre los efectos de ambos tipos de terapia psicológica con respecto a los síntomas de depresión y ansiedad, calidad de vida, logros educativos y abandono de la universidad en todos los puntos de tiempo. Sin embargo, los efectos de la terapia cognitivo conductual se asociaron con la satisfacción con el tratamiento y la adherencia.

Se considera, a partir de lo expuesto anteriormente, que la terapia psicológica asocia una reducción del estrés, el cual es un factor de riesgo para la manifestación de trastornos afectivos, así como se relaciona con la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, de forma que, esta opción de tratamiento no farmacológico impacta en el éxito de la evolución del paciente. Por otro lado, la terapia cognitivo conductual mejora la adherencia al tratamiento, así como con una mayor satisfacción de los pacientes con respecto a su recuperación.

4.3.2.2. Actividad física

Según Rodríguez et al.¹¹⁴, la actividad física se relaciona con una buena salud mental y lo comprueba mediante la aplicación de dos cuestionarios, son estos: Cuestionario Global de Actividad Física (GPAQv2) y el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) autoadministrados, donde se tomó en cuenta las respuestas de 847 estudiantes de pregrado de universidades públicas y privadas de Madrid. Mediante los cuestionarios mencionados anteriormente, se confirma la teoría de que la actividad física es un factor protector para la salud mental porque evidencia que un alto porcentaje de los estudiantes de grado que participaron en el estudio padecen algún tipo de trastorno mental (puntaje GHQ12 \geq 4), con una incidencia más significativamente mayor en mujeres (48,4 %) que en hombres (38,1%).

Murray et al.¹¹⁵ concuerda que la actividad física tiene efectos positivos disminuyendo los síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios. En su estudio, Murray et al.¹¹⁵ tomaron en cuenta a 77 universitarios de ambos sexos, los cuales se sometieron a dos lecciones de ejercicio de resistencia aeróbica por 30 minutos y prácticas de yoga por un lapso de 8 semanas consecutivas, con lo cual concluye en su estudio que hubo una disminución de ansiedad, pero que fue más significativa en la depresión a pesar de estar expuestos a factores estresantes como la aplicación de exámenes.

Heissel et. al.¹¹⁶, asimismo, en su estudio metaanalítico, analizaron el ejercicio como medicina para los síntomas depresivos. Para dicha investigación se utilizaron 41 estudios con 2264 participantes totales, los cuales fueron encontrados en diferentes buscadores como The Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed, MEDLINE, Embase, SPORTDiscus, PsycINFO, Scopus y Web of Science. Dichos artículos incluyen participantes de 18 años o más con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o aquellos con sospecha de depresión por las manifestaciones clínicas. El estudio demuestra que el ejercicio es eficaz en el tratamiento de depresión y de los síntomas depresivos y debe ser ofrecido como una opción de tratamiento, principalmente el ejercicio supervisado y grupal con moderados regímenes de intensidad y ejercicio aeróbico.

Se demuestra, de acuerdo con lo indicado anteriormente, que el ejercicio físico mínimo 30 minutos dos veces por semana, reduce los síntomas de ansiedad y depresión, de forma que se debería considerar como una recomendación terapéutica para los pacientes, junto con el tratamiento farmacológico y la terapia psicológica.

4.3.2.3. Mecanismos de autorregulación emocional y afrontamiento

Lira et al.¹¹⁷ en su investigación de tipo cuantitativa, donde su objetivo fue describir los niveles de estrés percibido, las estrategias de regulación emocional cognitiva y de afrontamiento ante situaciones de estrés que pueden afectar la salud mental de los universitarios, observaron que mediante el uso de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE), los alumnos de primero a tercer semestre puntuaron más alto en evitación con respecto a los estudiantes que cursan del cuarto a décimo semestre, los estudiantes de primer a tercer semestre implementan más los comportamientos en comparación con los de cuarto al décimo semestre. Asimismo, evidenció correlaciones entre estrategias de afrontamiento activo como búsqueda de apoyo y resiliencia, asimismo, la minimización, bromas, fantasías y apoyo religioso o espiritual.

Es de importancia destacar, con base en el estudio descrito anteriormente, que contar con herramientas que permitan un afrontamiento más positivo ante situaciones de estrés, como las estrategias de regulación emocional percibida y de afrontamiento, permiten que los niveles de estrés disminuyan, provoca así que la prevalencia de trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión se reduzca.

4.3.2.4. Inteligencia emocional

Montenegro¹¹⁸, en su investigación, refiere que la inteligencia emocional es un factor protector ante la ansiedad y depresión y lo demuestra mediante un estudio de tipo probabilístico donde se tomó en cuenta a 332 estudiantes de ambos sexos y de manera aleatoria.

En lo que respecta a inteligencia emocional y ansiedad, un 24.1 % del total de estudiantes evaluados presentan una inteligencia emocional y ansiedad media, en segundo lugar, se puede observar con un 13.3 % a estudiantes con alta inteligencia emocional y baja ansiedad. En menor porcentaje se puede señalar una inteligencia emocional y ansiedad baja con el 4.2 %. En tanto, Inteligencia Emocional y depresión, un 20.8 % del total de estudiantes evaluados presentan una inteligencia emocional y depresión media, en segundo lugar, se puede observar con un 14.2 % a estudiantes con alta inteligencia emocional y media depresión, así como una inteligencia emocional media y alta depresión.

4.3.2.5. Meditación

Komariah et. al.¹¹⁹ en su estudio tipo ensayo controlado aleatorizado, investigaron el efecto de la meditación de respiración consciente sobre la depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes universitarios. La muestra correspondió a 122 estudiantes de Universitas Padjadjaran y otras provincias de Indonesia, con 61 estudiantes en cada grupo. Se realizó una prueba previa y se administró un post-test antes y después de la intervención utilizando la escala DASS-42. La intervención se llevó a cabo durante 4 semanas con 15 minutos de práctica en cada sesión. Entre los resultados se encontró que hubo un efecto de la meditación de respiración consciente en la disminución de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de intervención.

Se deduce, a partir de lo anterior, que realizar actividades como la meditación consciente permite la disminución de la sintomatología de trastornos afectivos, así como el estrés, el cual es considerado un factor de riesgo para dichas patologías, por lo tanto, la ejecución de prácticas como la mencionada anteriormente, debería ser considerada como alternativa en el tratamiento de la depresión y ansiedad.

El análisis de resultados realizado previamente permite a continuación dar respuesta al objetivo general planteado al inicio en esta investigación, el cual corresponde al análisis de los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida.

Se destaca, a partir de los resultados descritos previamente que los trastornos afectivos que se presentan con mayor frecuencia en la población universitaria que cursa una carrera relacionada con las Ciencias de la Salud, especialmente en estudiantes de medicina, odontología, farmacia y enfermería son el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada.

Los principales factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud, incluyendo estudiantes de medicina, farmacia, odontología y enfermería se dividen en personales y académicos. Entre los factores personales se pueden mencionar: edad entre 25 y 30 años, sexo femenino, ser estudiante extranjero, poseer una calidad del sueño deficiente, inactividad física, mala alimentación, carga financiera alta debido a los costos de la universidad, poca motivación personal, problemas familiares, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, estrés por problemas personales, uso excesivo de redes sociales y poseer una baja autoestima.

Los factores académicos más relevantes involucrados en la aparición de trastornos afectivos son: bajo rendimiento académico, estrés debido a la alta carga académica y cursar materias con índole clínico, las cuales se imparten a partir del tercer año de carrera universitaria aproximadamente. Tanto los factores personales como los académicos influyen en las patologías que perjudican la salud mental de los estudiantes de Ciencias de la Salud, las cuales disminuyen su funcionalidad y afectan su calidad de vida, repercuten negativamente en su desarrollo profesional, social y personal.

Las medidas terapéuticas farmacológicas utilizadas mayormente en el manejo de los trastornos de ansiedad que evidencian una mejoría en la calidad de vida corresponden al uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) y la benzodiazepinas (BZD), sin embargo, la recomendación terapéutica ideal para sobrellevar de la mejor manera la curación de dicho trastorno, es la combinación de farmacoterapia con tratamiento no farmacológico, principalmente con la terapia psicológica.

Las medidas terapéuticas farmacológicas utilizadas mayormente en el manejo de la depresión mayor que evidencian una mejoría en la calidad de vida corresponden al uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) y los Antidepresivos Tricíclicos (ATC). Sin embargo, la tasa de pacientes que abandonan al tratamiento farmacológico debido a la presencia de efectos secundarios es alta, por lo que se recomienda el uso de estos en combinación con la psicoterapia porque aumenta la adherencia al tratamiento y a su vez el paciente recibe herramientas que le permiten sobrellevar de una mejor manera aquellos factores de riesgo que pueden afectar su salud, tanto física como mental.

Las medidas terapéuticas no farmacológicas empleadas en el manejo de los trastornos afectivos, como la ansiedad y la depresión, que se utilizan mayormente evidencian que mejoran la calidad de vida. Estas son: asistir a terapia psicológica principalmente cognitivo conductual, poseer herramientas para afrontar situaciones de estrés como las estrategias de regulación emocional, contar con un alto nivel de inteligencia emocional que les permita a los pacientes tomar mejores decisiones.

La realización de actividad física, tanto aeróbica, ejercicios de fuerza y realizar prácticas como el yoga, por otro lado, además de mejorar el estado físico del paciente y elevar la autoestima, brinda la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, contribuyen de manera eficaz en el manejo de dichos trastornos afectivos. También, la meditación de respiración consciente brinda a los pacientes volver a un estado de calma basal, lo cual es ideal en momentos de angustia que exacerbaban directamente las crisis de estrés, el cual está directamente relacionado con el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor.

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En este trabajo de investigación se analizaron los factores de riesgo asociados con la manifestación de ansiedad y/o depresión en los estudiantes de Ciencias de la Salud de centros universitarios orientado al establecimiento de medidas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida, del cual se concluye lo siguiente:

1. La depresión y la ansiedad conforman los trastornos afectivos que se presentan más frecuentemente en la población universitaria que cursa una carrera afín a las Ciencias de la Salud, especialmente en estudiantes de medicina, odontología, farmacia y enfermería.
2. Además de la presencia de altos niveles de ansiedad y de depresión, los alumnos que estudian una carrera afín a Ciencias de la Salud también suelen cursar con niveles de estrés elevados, lo cual predispone directamente a la aparición de trastornos afectivos.
3. Los principales factores de riesgo asociados a la manifestación de depresión son: bajo rendimiento académico, edad entre 25 y 30 años, sexo femenino, ser estudiante extranjero, cursar el tercer año de la carrera de medicina, baja calidad del sueño, pésimo estado físico, mala alimentación, carga financiera alta, poca motivación personal, estado de salud deficiente, problemas familiares, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, pésimas herramientas para la resolución de problemas, somnolencia diurna y estrés.
4. Los principales factores de riesgo asociados a la manifestación de ansiedad son: mala alimentación, baja calidad del sueño, edad entre 25 y 30 años, género femenino, ser estudiante extranjero, cursar el tercer año de la carrera de medicina, consumo de alcohol, uso excesivo de redes sociales, herramientas deficientes para la resolución de problemas, inactividad física, somnolencia diurna y estrés.

5. Durante situaciones de crisis como la pandemia por COVID-19, existen diferentes factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de síntomas de trastornos afectivos, de los cuales se mencionan: el confinamiento, la inactividad física, el aumento en gastos debido a la renta familiar y el miedo al contagio al estar en contacto con personas posiblemente infectadas.
6. El tratamiento farmacológico de primera línea para el trastorno de ansiedad son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). Los fármacos más eficaces son la Fluoxetina y Escitalopram.
7. El tratamiento farmacológico de primera línea para el trastorno depresivo son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). Los fármacos más eficaces son el Escitalopram, Paroxetina, Venlafaxina y Vortioxetina.
8. Las medidas no farmacológicas con mayor evidencia en el tratamiento de ansiedad y depresión son: la terapia psicológica, realización de actividad física, contar con mecanismos de autorregulación emocional y afrontamiento eficientes y la meditación de respiración consciente.

Recomendaciones

1. Trabajar en programas tanto de prevención como de acompañamiento durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos en los centros universitarios de manera permanente.
2. Explorar a cerca de los factores de riesgo que se relacionan directamente con la aparición de dichos trastornos en la comunidad universitaria, principalmente la sobre carga académica y la motivación personal.
3. Realizar futuras revisiones e investigaciones con variables que impacten de manera positiva el desempeño de los estudiantes y esta manera contribuir con herramientas que proporcionen una mejora en la salud mental y éxito académico.
4. Conocer y evidenciar los principales trastornos psicológicos para de esta manera lograr diseñar estrategias que permitan atenuar los factores de riesgo que pueden llegar a provocar los problemas de salud mental con el fin de obtener una mejora en la calidad de vida.
5. Implementar psicoeducación, clases o tutorías guiadas por profesionales en salud mental dirigidas a estudiantes que cursan el primer y segundo año previo al inicio de las rotaciones clínicas para que los mismos cuenten con herramientas que les permitan un mayor control y manejo de estados de estrés, depresión o ansiedad.
6. Romper el estigma que representa los problemas de salud mental, generar espacios donde el personal docente de las instituciones sea capacitado para reconocer las emociones de los estudiantes e implementar técnicas de respiración y relajación en ciertos momentos durante las lecciones.

7. Dar a conocer actividades extracurriculares y espacios adecuados que permitan al estudiante salir de la rutina académica y de esta manera generar en el alumnado un estado de bienestar físico, mental y social.

8. Generar estudios donde se evidencie la evolución y desarrollo de los diferentes periodos que se cursaron durante la pandemia por la COVID-19 que permita contar con un mejor abordaje a la problemática de la salud mental y generar medidas preventivas ante la posibilidad de siguientes situaciones de crisis.

9. Se sugiere implementar al menos una vez al año la realización de pruebas diagnósticas de tamizaje de trastornos de ansiedad y depresión donde de esta manera se pueda realizar una detección precoz de estas entidades clínicas y así brindar una adecuada red de apoyo a nivel institucional.

10. Se recomienda al personal médico o todos aquellos profesionales en general que forman parte del abordaje multidisciplinario de los trastornos afectivos, mantenerse actualizados con respecto a la información más reciente para el tratamiento de dichas patologías porque esto brinda una terapéutica más eficaz con respaldo científico.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva, Nueva Zelanda: OMS; 2017 [consultado el 31 de mayo del 2022]. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 1-24. URL: <https://cutt.ly/IJnHK6N>
2. Bacchi S, Licinio J. Qualitative Literature Review of the Prevalence of Depression in Medical Students Compared to Students in Non-medical Degrees. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado el 01 de junio del 2022]; 39(3):293-9. DOI: 10.1007/s40596-014-0241-5
3. Ordóñez Galeano R. Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. *RMC CUNORI* [Internet]. 2020 [citado el 01 de junio del 2022]; 2(4):15-21. URL: <https://doi.org/10.36314/cunori.v4i2.123>
4. Moir F, Yielder J, Sanson J, Chen Y. Depression in medical students: current insights. *AMEP* [Internet]. 2018 [citado el 01 de junio del 2022]; 9(2):323-333. URL: <http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S137384>
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. San José, Costa Rica: INEC; 2021 [consultado el 31 de mayo del 2022]. Estimaciones y proyecciones de población [4 pantallas aprox.]. URL: <https://www.inec.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
6. Gutiérrez I, Quesada J, Gutiérrez A, Nouni R, Carratalá M. Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Rev. Esp. Edu. Med.* [Internet]. 2021 [citado el 02 de junio del 2022]; 2(1):21-31. DOI: 10.6018/edumed.470371
7. Guerrero J, Heinze G, Ortiz S, Cortés J, Barragán V, Flores M. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gacet. Med. Méx* [Internet]. 2013 [citado el 02 de junio del 2022]; 149(3):598-604. URL: <https://cutt.ly/nJnKtqK>
8. Zoccolillo M, Murphy G, Wetzel R. Depression among Medical Students. *J. Affect. Disord* [Internet]. 1986 [citado el 02 de junio del 2022]; 11(1):91-96. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2944933/>
9. Wolf T, Scurria P, Webster, M. A Four-year Study of Anxiety, Depression, Loneliness, Social Support, and Perceived Mistreatment in Medical Students. *J. Health Psychol* [Internet]. 1998 [citado el 02 de junio del 2022]; 3(1):125-136. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021348/>

10. Rasco L, Suarez V. Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima Este, 2016. [Tesis presentada para optar el título profesional de psicólogo]. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión; 2017.
11. Celis J, Bustamante M, Cabrera D, Cabrera M, Alarcón W, Monge E. Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. An. Fac. med., Univ. nac. mayor San Marcos [Internet]. 2001 [citado el 02 de junio del 2022]; 62(1): 25-30. URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37962105>
12. Menchola M, Arkowitz H, Burke B. Efficacy of Self-Administered Treatments for Depression and Anxiety. Prof. Psychol. Res. Pr. [Internet]. 2007 [citado el 02 de junio del 2022]; 38(4):421-429. DOI: 10.1037/0735-7028.38.4.42.
13. González M, Landero R, García J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2009 [citado el 03 de junio de 2022]; 25(2): 141-145. URL: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9873>
14. Ferrel R, Celis A, Hernández O. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). Psicología desde el Caribe [Internet]. 2011 [Citado el 03 de junio del 2022]; 1(27):40-60. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21320708003>
15. Wampold B, Budge S, Laska K, Del Re A, Baardseth T, Flückiger C et al. Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: A meta-analysis of direct comparisons. Rev. Clin. Psychol [Internet]. 2011 [citado el 03 de junio del 2022]; 31(8): 1304-1312. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.07.012
16. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2013 [citado el 03 de junio del 2022]; 42(2): 173-181. URL: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629187004.pdf>
17. Barraza L, Muñoz N, Alfaro G, Álvarez M, Araya T, Villagra C, et al. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. Rev chil neuro-psiquiatr [Internet]. 2015 [citado el 02 de junio de 2022]; 53(4):251–60. URL: <https://cutt.ly/SJmhady>

18. Monterrosa A, Ordosgoitia E, Beltrán T, E. Ansiedad y depresión identificadas con la escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud. *Medunab*. 2020. [citado el 01 de junio del 2022]; 23(3):372-388. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3881>
19. Montenegro E, Blanco T, Almengor P, Pereira C. Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Rev. Wímb lu* [Internet]. 2009 [citado el 02 de junio del 2022]; 4(1):31-40. URL: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/1588>
20. Jiménez Herrera L. Estrés en estudiantes de farmacia de la Universidad de Costa Rica. *AIE* [Internet]. 2010 [citado el 02 de junio del 2022]; 10(2):1-29. URL: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/10114>
21. Alvarado V, Arroyo G, Castro G, Fuentes F, Marín J, Soto G et al. *Med. Leg. Costa Rica* [Internet]. 2012 [citado el 02 de junio del 2022]; 29(2): 19-38. URL: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n2/art3.pdf>
22. Organización Mundial de Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: La Organización; 2022 [consultado el 08 de junio del 2022]. Constitución; [5 pantallas aprox.]. URL: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
23. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: La Organización; 2022 [consultado el 08 de junio del 2022]. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta; [5 pantallas aprox.]. URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
24. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: La Organización; 2013 [consultado el 08 de junio del 2022]. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020; 1-54. URL: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506021>
25. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: La Organización; 2022 [consultado el 08 de junio del 2022]. Trastornos mentales; [10 pantallas aprox.]. URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
26. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: OMS; 2022 [consultado el 02 de junio del 2022]. WHOQOL: Medición de la calidad de vida [1 pantalla]. URL: <https://www.who.int/tools/whoqol>

27. Ramírez L, Avilés A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. Elsevier [Internet]. 2014 [citado el 08 de junio del 2022]; 21 (4): 109-112. DOI: 10.1016/S1405-8871(16)30030-X
28. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: La Organización; 2020 [consultado el 08 de junio del 2022]. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la Atención Primaria de Salud; 5-81. URL: <https://cutt.ly/xJNP43b>
29. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: La Organización; 2021 [consultado el 08 de junio del año 2022]. Salud mental del adolescente; [4 pantallas aprox.]. URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
30. Cuenca N, Robladillo L, Meneses M, Suyo J. Salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos: Revisión sistemática. AVFT [Internet]. 2020 [citado el 08 de junio del año 2022]; 39(8): 689-698. URL: <https://www.redalyc.org/journal/559/55965387003/55965387003.pdf>
31. Rusca F, Cortez C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: una revisión clínica. Rev Neuropsiquiatr. [Internet]. 2020 [citado el 08 de junio del año 2022]; 83(3): 148-156. DOI: 10.20453/rnp.v83i3.3794
32. Rey C, Monguí Z, Paitán L. Diferencias entre adolescentes con trastorno disocial de inicio infantil e inicio adolescente. Psicol. Caribe [Internet]. 2015 [consultado el 08 de junio del año 2022]; 32(3):365-379. URL: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21342681003.pdf>
33. Fernández S, Grande T, Banzo C, Félix-Alcántara M. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicine [Internet]. 2015 [consultado el 08 de junio del año 2022]; 11(86): 44-52. URL: <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004>
34. Ortuño F, Gutiérrez L. Psicosis. Medicine [Internet]. 2011 [consultado el 08 de junio del año 2022]; 10(84): 693-702. URL: <https://cutt.ly/IJNSKLW>
35. Ortiz Castillo J. Relación de la Ansiedad y Depresión sobre el rendimiento académico en estudiantes de medicina humana. Rev. Psiquiatr. Salud Ment [Internet]. 2016 [citado el 02 de junio del 2022]; 4(3):123-131. URL: <https://cutt.ly/1JnKTA2>

36. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: OMS; 2022 [consultado el 02 de junio del 2022]. Depresión [2 pantallas aprox.]. URL: <https://cutt.ly/OJx5SYB>
37. Navas W, Vargas M. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Rev. Méd. Costa Rica Centroam. [Internet]. 2012 [consultado el 08 de junio del año 2022]; 69(604): 497-507. URL: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
38. Velasteguí D, Mayorga P. Estados de ánimo, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina durante la crisis sanitaria COVID-19. RP UNEMI [Internet]. 2021 [citado el 08 de junio del 2022]; 5(9): 10-20. URL: <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp10-20p>
39. Santomauro D. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet [Internet]. 2021 [citado el 08 de junio del 2022]; 3(98): 1700-1712. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext)
40. Craske M, Stein M, Eley T, Milad M, Holmes A, et al. Anxiety Disorders. Nat. Rev. Dis. Primers [Internet] 2017. [consultado el 08 de julio del 2023]; 3(1): 1-18. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28470168/>
41. Chacón E, Xatruch D, Fernández M, Murillo R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula [Internet]. 2021 [citado el 09 de junio del 2022]; 35(1): 23-36. URL: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
42. Pennix W, Pine D, Holmes E, Reif A. Anxiety Disorders. Lancet. [Internet] 2021 [consultado el 08 de julio del 2023]; 39(7): 914-227. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
43. Zimmermann M, Chong A, Vechiu C, Papa A. Modifiable Risk and Protective Factors for Anxiety Disorders Among Adults: A Systematic Review. Psychiatry Res. [Internet] 2019 [consultado el 08 de julio del 2023]; 5(1): 2-43. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>
44. Arango C, Rincón H. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. Rev Colomb Psiquiat. [Internet]. 2018 [citado el 09 de junio del 2022]; 47(1): 46-55. URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>

45. Khatri D, Choudhary M, Sood A, Singh S. Anxiety: An ignored aspect of Parkinson's disease lacking attention. *Biomed. Pharmacother.* [Internet] 2020 [consultado el 20 de febrero del 2023]; 13(1): 2 – 8. URL: <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110776>
46. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid, España: La Organización; 2008 [consultado el 10 de junio del 2022]. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 31-106. URL: <https://cutt.ly/wJVbFWG>
47. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. México: La Organización; 2015 [consultado el 10 de junio del 2022]. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. 2-13. URL: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>
48. De Martini J, Patel G, Fancher T. Generalized Anxiety Disorder. *Ann. Intern. Med.* [Internet] 2019. [consultado el 08 de julio del 2023]; 50(2): 1-16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30934083/>
49. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: La Organización; 2020 [consultado el 10 de junio del año 2022]. Actividad física; [6 pantallas aprox.]. URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
50. Frack P, Canino G, Moffitt T, Nigg J, Rhode L, Tannock R et al. Trastornos depresivos. En: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ª ed. Estados Unidos: Médica Panamericana; 2013.
51. Sequeira A, Blanco M, Brenes J. La depresión mayor en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y psicobiológicos. *Población y Salud en Mesoamérica.* 2022 19(2). DOI: 10.15517/psm.v0i19.48038
52. Hoyos E, Lemos M, Torres Y. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *Int J Psychol Res* [Internet]. 2012 [citado el 06 de junio del 2022]; 5(1):109-121. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539013>
53. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 2021 [citado el 07 de junio del 2022]; 89 (1): 47-52. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

54. Piñar G, Suárez G, De La Cruz N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev. Méd. Sinerg. [Internet]. 2020 [citado el 07 de junio del 2022]; 5 (12): 1-17. DOI: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>
55. Nolasco N, Hidalgo S, Hernández Y. Prevalencia de la depresión en estudiantes de una universidad privada en Villahermosa, Tabasco. Revista salud en Tabasco [Internet]. 2021 [Citado el 07 de junio del 2022];27 (1-2): 1-2. URL: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/39.pdf>
56. Luna T, Hernández E. Depression: current situation. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2017 [citado el 6 de junio del 2022]; 17 (2): 78 -80. DOI: 10.25176/RFMH.v17.n3.1197
57. Información farmacoterapéutica. Tratamiento de la depresión en atención primaria: cuándo y con qué. INFAC [Internet] 2017 [consultado el 5 de mayo del 2023]: 25(1):3. URL: <https://n9.cl/zhf5c>
58. Arias L, Gavilanes D. Inteligencia emocional y asertividad en estudiantes universitarios. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. [Internet] 2023 [consultado el 24 de febrero del 2023]; 4(1) 1031–1060. URL: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.317>
59. Villa B, González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev. Latinoam Psiquiatría. [Internet] 2012 [consultado el 24 de febrero del 2023]; 11 (3): 107-115. URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
60. Khabir Y, Hashmi M, Asghar A. Rapid-acting oral drug (Auvelity) for major depressive disorder. Ann Med Surg [Internet] 2022 [consultado el 18 de abril del 2023]; 82(1): 104629. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.104629
61. Maquera M. Depresión y estrés académico en estudiantes de enfermería de la universidad nacional del altiplano, puno - 2019 [Tesis de Licenciatura de Enfermería]. Puno, Perú: Universidad Nacional Del Altiplano De Puno; 2020.
62. Parajuá P, Magariños M. Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10. 24a ed. España: Médica Panamericana; 2000. 5, Trastornos mentales y del comportamiento. 98-100.
63. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos depresivos. En: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Estados Unidos: Médica Panamericana; 2013.

64. Salud S. Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención depresión en la persona adulta mayor programa de atención al envejecimiento. Gob.mx. Ciudad de México, México: ISBN; 2018 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/hdPRZk>.
65. Lundbeck, Roca M, Aragonés E. Abordaje compartido de la depresión. Documento multidisciplinar. 1ed. España: Lundbeck; 2018
66. Millán R. La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre la psiquiatría y la atención primaria. Acta méd costarric [Internet]. 2014 [citado el 10 de junio del 2022]; 56 (4): 151. URL: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v56n4/art02v56n4.pdf>
67. Navas W, Vargas M. Abordaje de la depresión: intervención en crisis. Revista Cúpula [Internet]. 2012 [citado el 08 de junio del 2022]; 26 (2): 19-35. URL: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
68. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet] Málaga, España: SAMFyC; 2022 [consultado el 1 de mayo del 2023]. URL: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2023/06/CasosClinicosAP_JART2022.pdf
69. Orzechowska A, Blizniewska-Kowalska K, Galecki P, Szul A, Plazaza O, Su K-P, Georgescu D, Gałeczka M. Ways of Coping with Stress among Patients with Depressive Disorders. J. Clin. Medicina. [Internet]. 2022 [consultado el 20 de febrero del 2023]; 11(21) 6500. DOI: 10.3390/jcm11216500
70. Robles I, Soto C. Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de medicina antes y después de la COVID-19. EDUMECENTRO. [Internet]. 2023 [consultado el 25 febrero del 2023]; 15(1). URL: <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/2497>
71. Cabal D, Molina K. Determinación de indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander [Tesis de pregrado psicología]. Santander, Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB; 2019.
72. Kisling A, Das J. Estrategias de prevención. StatPearls [Internet]. 2023 [consultado el 12 de julio del 2023]; 1(1) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>.

73. Pereira H. Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española. [Tesis doctoral en neurociencias]. Salamanca, España: Universidad de Salamanca; 2019.
74. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC, Estados Unidos de América: La Organización; 2015 [consultado el 10 de junio del año 2022]. A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos; [2 pantallas aprox.]. URL: <https://www.who.int/es/news/item/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health>
75. Roberto Hernández S. Fundamentos de investigación. 1a ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2017.
76. Ángel Parreño. Metodología de investigación en salud. 124a ed. Riobamba, Ecuador: Epoch; 2016.
77. Mella M, Zamora P, Mella M, Ballester J, Uceda P. Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación. [Internet]. 2012 [consultado el 18 de enero del 2023];29(1/2):59-72. URL: <https://n9.cl/2jn69>
78. Trunce S, Villaruel G, Arntz J, Muñoz S, Werner K. Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Inv. Ed. Med. [Internet] 2020 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 36(9): 8-16. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349765723002>
79. Barraza R, Muñoz N, Contreras A. Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile. Rev. Colomb. Psiquiat. [Internet] 2017 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 46(4): 203-208. URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v46n4/0034-7450-rcp-46-04-00203.pdf>
80. Gao D, Xiang Q, Lu G, Tong J, Jiang W, Yu X, et al. Evaluation and analysis of anxiety and depression symptoms for college students during COVID-19 pandemic. BMC Psychology. [Internet] 2022 [consultado el 28 de febrero del 2023]; 10(227): 1-9. URL: <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00934-1>
81. Araújo L, De Sousa R, Vieira S, Vasconcelos R, Hill E, Almeida M. Psychological effects of social distancing on medical students. Enf Global [internet] 2023. [consultado el 20 de febrero del 2023]; 22(1): 235-242. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.533011>.

82. Wang J, Fitzke R, D Tran D, Grell J, Pedersen E. Mental health treatment-seeking behaviors in medical students: A mixed-methods approach. *The Journal of Medicine Access* [Internet]; 2023 [consultado el 21 de febrero del 2023]; 7(1): 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1177/27550834221147787>
83. Caro Y, Trujillo S, Trujillo N. Prevalencia y Factores Asociados a Sintomatología Depresiva y Ansiedad Rasgo en Estudiantes Universitarios del Área de la Salud. *Psychol.* [Internet] 2019 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 13(1): 41-52. URL: <https://n9.cl/tful0>
84. Santos J, Jaramillo J, Morocho M, Senín M, Rodríguez J. Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes de Medicina y su Asociación con la Depresión. *Revista Médica HJCA.* [Internet] 2017 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 9(3): 255-260. URL: <https://idus.us.es/handle/11441/75732>
85. Álvarez L, Carmona Y, Holguín V, Ortiz M, Patiño S, Vélez S, et al. Salud mental en estudiantes de odontología de una Universidad Pública de Medellín (Colombia) y sus factores relacionados. *Rev Nac Odontol* [Internet]. 2019 [citado el 28 de junio del 2022]; 15(29):1-19. DOI: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.02.08>.
86. Basudan S, Binanzan N, Alhassan A. Depression, Anxiety and Stress in Dental Students. *Int. J. Med. Educ.* [Internet] 2017 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 8(1): 179-186. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28553831/>
87. Sabri A, Ghazi G. Depression, Anxiety and Stress Among Pharmacy Students in Malaysia. *J. Int. Dent.* [Internet] 2020 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 13(2): 628-632. URL: <https://n9.cl/nb2b3>
88. Pego R, Río M, Fernández I, Gutiérrez E. Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *Ene.* [Internet] 2018 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 12(2): 1-30. URL: <https://n9.cl/nyd97>
89. Vargas S. Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Revista Conrado* [Internet]. 2021 [citado el 28 de junio del 2022]; 7(82): 387-394. URL: <https://n9.cl/ruql7>

90. Solomonu S, Logue J, Reilly S, Perez G. A systematic review of the association of diet quality with the mental health of university students: implications in health education practice. *Health Education Research* [Internet] 2023. [consultado el 22 de febrero del 2023]; 38(1): 28-68. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyac035>
91. Pham T, Bui L, Nguyen A, Nguyen B, Tran P, Vu P, et al. The prevalence of depression and associated risk factors among medical students: An untold story in Vietnam. *Plos One* [Internet]. 2019 [citado el 28 de junio del 2022]; 14(8): 1-17. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31430339/>
92. Zhu Y, Jiang C, Yang Y, Dzierzewski J, Spruyt K, Zhang B, et al. Depression and Anxiety Mediate the Association between Sleep Quality and Self-Rated Health in Healthcare Students. *Behav. Sci.* [internet] 2023 [consultado el 21 de febrero del 2023]; 13(2): 82. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs13020082>
93. Jeppu A, Azam F, Ashok J, Kumar K. Comparing the Psychological Distress Among the Medical Students at Different Levels of Training. *Indian J Public Health Res Dev.* [Internet] 2023 [consultado el 20 de febrero del 2023]; 14(1): 47 – 51. URL: <https://n9.cl/73idk>
94. Abdel K, Stip E, Al-Sanadi A, Al-Shamsi A, Al-Sharqi H, Al-Zaabi M, et al. Prevalence and correlates of health anxiety among medical students: a cross-sectional study from the United Arab Emirates. *Middle East Curr. Psychiatry.* [Internet] 2022 [consultado el 28 de febrero del 2023]; 30(3): 1-7. URL: <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00273-2>
95. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Med. Educ* [Internet]. 2018 [citado el 28 de junio del 2022]; 2(1): 1-10. DOI: 10.1111/medu.13770
96. Emiro J, Sánchez O, Calderón G, Castañeda T, Osorio Y, Diez P. Depression and its relationship with the consumption of psychoactive substances, academic stress and suicidal ideation in colombian university students. *Health and Addictions* [Internet]. 2018 [consultado el 28 de junio del 2022]; 18 (2): 227 -239. URL: <https://n9.cl/nxso5>
97. Jovanovic T, Visnjic A. Coping with Symptoms of Mental Health Disorders among University Students during the COVID-19 Pandemic in Relation to Their Lifestyle Habits. *Medicina.* [Internet] 2023 [consultado el 27 de febrero del 2023]; 59(180): 2-12. URL: <https://doi.org/10.3390/medicina59010180>

98. Lemos M, Henao M, López D. Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. *Arco Med.* [Internet] 2018 [consultado el 21 de enero del 2023]; 14(2:3): 5-6. DOI: 10.3823/1385
99. Han D, Du G, Yang Y, Chen J, Sun G. Relationships between physical activity, body image, BMI, depression and anxiety in Chinese college students during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health.* [Internet] 2021 [consultado el 28 de febrero del 2023]; 23(1): 2-11. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14917-9>
100. Wyszomirska J, Sosnowska M, Daniel A. Anxious and Angry: Early Emotional Adaptation of Medical Students in a Situational Crisis on the Example of the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* [Internet] 2023 [consultado el 27 de febrero del 2023]; 20(1847): 2-15. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph20031847>
101. Mir I, Kuan S, Noh M, Razzaq M, Humayra S. Determinants and predictors of mental health during and after COVID-19 lockdown among university students in Malaysia. *PLOS One.* [Internet] 2023 [consultado el 27 de febrero del 2023]; 18(1): 1-16. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280562>
102. Helga K, Lamartine C, Pereira F, Coelho M, Micheline D, Santos M, et al. Relationship of excessive daytime sleepiness with bruxism, depression, anxiety, stress, and sex in odontology students – A cross sectional study. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2022 [citado el 28 de junio del 2022]; 14(6): 64-70. DOI: 10.4317/jced.59049
103. Radeef A, Faisal G. Stressors and Their Association with Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Dental Students. *Makara J. Health Res* [Internet]. 2018 [consultado el 28 de junio del 2022]; 22(2): 58-62. DOI: 10.7454/msk.v22i2.9064
104. Zeng Y, Wang G, Xie C, Hu X, Reinhardt J. Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from Sichuan, China: a cross-sectional study. *Psychol Health Med.* [Internet] 2019 [consultado el 24 de mayo del 2023]; 18(3): 2-14. URL: <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574358>
105. Al-Qerem W, Hammad A, Amawi H, Jarab A, Ling J. Anxiety and depression among pharmacy students before and during COVID-19 pandemic. *Trop. J. Pharm. Res* [Internet]. 2021 [citado el 28 de junio del 2022]; 20(5): 1039-1047. URL: <http://dx.doi.org/10.4314/tjpr.v20i5.22>

106. Gómez A, Barthel A, Hofmann S. Comparing the Efficacy of Benzodiazepines and Serotonergic Anti-Depressants for Adults with Generalized Anxiety Disorder: A meta-analytic review. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]; 2018 [consultado el 8 de mayo del 2023]; 19(8): 883-894. DOI: 10.1080/14656566.2018.1472767.
107. Jakubovski E, Johnson J, Nasir M, Müller-Vahl K, Bloch M. Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders. *ADAA* [Internet]; 2019 [consultado el 13 de mayo del 2023]; 36(3):198–212. DOI: 10.1002/da.22854
108. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S, Loannidis J. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado el 15 de junio del 2023]; (21):133–145. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20941>.
109. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantl N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Rev Colomb Psiquiat.* [Internet]. 2019 [citado el 15 de junio del 2023]; (18)31793-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31793-8.
110. Almohammed O, Alsalem A, Almangour A, Alotaibi H, Al Yami S. Antidepressants and health-related quality of life (HRQoL) for patients with depression: Analysis of the medical expenditure panel survey from the United States. *PLoS ONE* [Internet]; 2022 [consultado el 15 de mayo del 2023]; 17(4). DOI: 10.1371/journal.pone.0265928
111. Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, Chaimani A, Atkinson L, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* [Internet]; 2018 [consultado el 16 de mayo del 2023]; 391(10128):1357-1366. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7
112. González G, Zurita F, Ubago J, Puertas P. Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet] 2019 [consultado el 21 de junio del 2023]; 16(1): 2-23. DOI: 10.3390/ijerph16224394

- 113.Karyotaki E, Klein A, Ciharova M, Bolinski F, Krijnen L, et al. Guided internet-based transdiagnostic individually tailored Cognitive Behavioral Therapy for symptoms of depression and/or anxiety in college students: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* [Internet] 2021 [consultado el 21 de junio del 2023]; 15(1): 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.104028>
- 114.Rodríguez G, Acebes J, García S, Garrido M, Blanco C, Diez I. Physical Activity and Mental Health in Undergraduate Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet] 2022 [consultado el 24 de febrero del 2023]; 20(1): 195. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9819335/>
- 115.Murray A, Marenus M, Cahuas A, Friedman K, Ottensoser H, Kumaravel V, et al. The Impact of Web-Based Physical Activity Interventions on Depression and Anxiety Among College Students: Randomized Experimental Trial. *JMIR Form Res.* [Internet] 2022 [consultado el 28 de febrero del 2023]; 6(4): 1-13. DOI: 10.2196/31839
- 116.Heissel A, Heinen D, Brokmeier L, Skarabis N, Kangas M, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. *Br J Sports Med* [Internet] 2023 [consultado el 21 de junio del 2023]; 1(1): 1-10. DOI: 10.1136/bjsports-2022-106282
- 117.Lira D, Ortiz A, Ramírez G, Ramos G, Tovar E, Zaragoza S, et al. Regulación emocional cognitiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios ante el COVID-19. [Internet] 2021. [consultado el 20 de febrero del 2023]; 10(1). URL: <https://n9.cl/tohy0>
- 118.Montenegro J. La inteligencia emocional y su efecto protector ante la ansiedad, depresión y el estrés académico en estudiantes universitarios. *Rev. Tzhoeoen.* [Internet] 2020 [consultado el 28 de febrero del 2023]; 12(4): 449-161. URL: <https://doi.org/10.26495/tzh.v12i4.1395>
- 119.Komariah M, Ibrahim K, Pahria T, Somantri I. Effect of Mindfulness Breathing Meditation on Depression, Anxiety, and Stress: A Randomized Controlled Trial among University Students. *Healthcare* [Internet] 2023 [consultado el 21 de junio del 2023]; 26(11): 1-13. DOI: doi.org/10.3390/healthcare11010026

CAPÍTULO VII- ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de la información según nivel de evidencia

Autor/ Revista/ Año	Ref	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Trunce S, Villaroel G, Arntz J, Muñoz S, Werner K. / Inv. Ed. Med./ 2020.	62	Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios.	Estudio transversal.	4	186 estudiantes de una universidad pública del sur de Chile, del departamento de salud.	Se aplicó la versión chilena abreviada de las escalas de depresión, ansiedad y estrés DASS – 21, constituida por 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta en formato en escala Likert.	En los resultados se obtuvo que el 29% presenta algún trastorno asociado a depresión; el 53.20%, a ansiedad; y el 47.80%, a estrés. Se observó asociación estadísticamente significativa entre las variables ansiedad y rendimiento académico.
Barraza R, Muñoz N, Contreras A./ Rev. Colomb.	63	Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile.	Estudio de diseño no experimental ex post facto.	4	235 universitarios de primer año de Medicina, Enfermería y Kinesiología de tres universidades de Chile.	Se utilizó el inventario de organización de la personalidad y la escala de depresión, ansiedad y estrés para tamizar a los participantes. La relación de la personalidad con los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés se determinó mediante análisis de regresión múltiple.	Se encontró que las dimensiones primarias y generales de la personalidad explican la prevalencia de un 28% de la depresión, un 20% de la de ansiedad y un 22% de estrés.
Gao D, Xiang Q, Lu G, Tong J, Jiang W, Yu X, et al./ BMC Psychology. /2022.	64	Evaluation and analysis of anxiety and depression symptoms for college students during COVID-19 pandemic.	Estudio transversal.	4	179 estudiantes universitarios de Shanghai.	Se utilizó un cuestionario general en línea creado por los autores con la finalidad de obtener información general sobre los estudiantes. Para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad se utilizó el cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9).	Se obtuvo que la incidencia de ansiedad fue de 32,4%, la incidencia de depresión fue del 46,40%. Además, el estudio reveló que los estudiantes varones con una fuerte calidad psicológica, que no se vieron afectados fácilmente por la pandemia de COVID-19, que recibieron menos información negativa o falsa, y que tenían un conocimiento sólido de psicología con menos probabilidades de sufrir ansiedad.

Araújo L, De Sousa R, Vieira S, Vasconcelos R, Hill E, Almeida M./ Enf Global/2023	65	Psychological effects of social distancing on medical students.	Estudio transversal, descriptivo y observacional.	4	170 estudiantes universitarios.	Se utilizó un Cuestionario de Salud del Paciente-9, instrumento que evalúa el trastorno depresivo, y el Trastorno de Ansiedad General- 7, que evalúa y monitorea la ansiedad.	Se encontró que el 42,9% de los estudiantes tenían ansiedad y el 37,0% de los participantes tenían trastorno depresivo. Los estudiantes de medicina con edades entre 25 y 29 años, sin trastorno psicológico previo, fueron los más propensos a mostrar mayores signos de depresión y ansiedad durante la pandemia.
Wang J, Fitzke R, D Tran D, Grell J, Pedersen E./ The Journal of Medicine Access/ 2023	66	Mental health treatment-seeking behaviors in medical students: A mixed-methods approach.	Estudio transversal.	4	510 estudiantes de medicina de EE. UU.	Se realizó una encuesta que incluía escalas para evaluar la depresión (Cuestionario de Salud del Paciente-9), ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada-7) y síntomas del último año de consumo de riesgo (Test de Identificación del Trastorno por Consumo de Alcohol)	Alrededor de una cuarta parte de los participantes cumplieron con los criterios de posibles trastornos depresivos (24%) o de ansiedad (24%); 9% de la muestra bebió a niveles de consumo peligrosos.
Caro Y, Trujillo S, Trujillo N. Psychol. / 2019.	67	Prevalencia y Factores Asociados a Sintomatología Depresiva y Ansiedad Rasgo en Estudiantes Universitarios del Área de la Salud.	Estudio transversal.	4	325 estudiantes de medicina de la universidad de Antioquia.	Se aplicó un cuestionario digital creado por los autores para indagar las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes. Para valorar la ansiedad y la depresión se utilizaron el cuestionario STAI y el inventario de depresión de Beck.	De la población estudiada el 30,15% presentó algún síntoma de depresión, mientras que el 26,5% describió alta ansiedad. A su vez se concluye que la presencia de variables académicas como sentir angustia ante una actividad evaluativa, dificultades en la relación con sus compañeros y sentirse decaído explican la presencia de los síntomas.

Santos J, Jaramillo J, Morocho M, Senín M, Rodríguez J. / Revista Médica HJCA/ 2017.	68	Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes de Medicina y su Asociación con la Depresión.	Estudio transversal.	4	159 estudiantes de medicina de primero a noveno ciclo de la Universidad Católica de Cuenca-Ecuador.	Se evaluó el estrés académico y su relación con la depresión, a través de un formulario conformado por variables sociodemográficas, el inventario SISCO y la escala de Hamilton.	Entre los resultados del estudio se obtuvo que los estudiantes presentaron un 95% de estrés académico, en donde el 57.9% presenta sintomatología depresiva.
Álvares L, Carmona Y, Holguín V, Ortiz M, Patiño S, Vélez S, et al./ Rev Nac Odontol/ 2019.	69	Salud mental en estudiantes de odontología de una Universidad Pública de Medellín (Colombia) y sus factores relacionados.	Estudio transversal.	4	205 estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia)	Se utilizó una encuesta realizada por el grupo investigador.	El 52% tenía depresión y el 42% ansiedad. Se evidencia la necesidad de realizar actividades y estrategias no solamente en el campo de la intervención sino en el ámbito de la promoción de la salud mental, desde aspectos que circunscriben el campo académico y social.
Basudan S, Binanzan N, Alhassan A. / Int. J. Med. Educ./ 2017.	70	Depression, Anxiety and Stress in Dental Students.	Estudio transversal.	4	247 estudiantes de Odontología de la Universidad de King Saud.	Para medir la ocurrencia y los niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de licenciatura en odontología se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).	Se identificaron niveles anormales de depresión, ansiedad y estrés en el 55,9%, 66,8% y 54,7% de los participantes del estudio, respectivamente.
Sabri A, Ghazi G. / J. Int. Dent./2020	71	Depression, Anxiety and Stress Among Pharmacy Students in Malaysia.	Estudio transversal.	4	223 estudiantes de la Facultad Kulliyyah de Farmacia de la Universidad Islámica Internacional de Malasia.	Se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) para evaluar los trastornos emocionales mediante la determinación de la prevalencia y la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (DAS).	La prevalencia global de síntomas de depresión, ansiedad y estrés fue del 50,7 %, 72,2 %, % y 42,2 % respectivamente.

Pego R, Río M, Fernández I, Gutiérrez E./Ene./ 2018.	72	Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia.	Estudio transversal.	4	955 estudiantes de enfermería de las Escuelas Universitarias de Enfermería de A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra en los cursos 1º, 2º y 3º.	Este estudio utiliza los cuestionarios BDI, EADG y HAD para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión.	Los datos obtenidos han sido estadísticamente significativos determinando de media la prevalencia de ansiedad en torno al 60% y la prevalencia de sintomatología de depresión en torno al 62%.
Vargas S./ Revista Conrado. / 2021.	73	Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: una revisión sistemática.	Revisión sistemática	3	N/A	Se realizó una recopilación de artículos de diferentes bases de datos como Scopus, SciELO, ProQuest, ESBCOI en un total de 127 artículos científicos de los cuales solo se utilizó 17.	Los principales factores comprenden el bajo rendimiento académico, edad, sexo, procedencia, año de estudio, la calidad de sueño, pésimo estado físico y la mala alimentación. Es importante contar con estrategias para observar y prevenir que los estudiantes puedan presentar situaciones depresivas.
Solomonu S, Lougue J, Reilly S, Pérez G/ Health Education Research/ 2023	74	A systematic review of the association of diet quality with the mental health of university students: implications in health education practice.	Revisión sistemática	3	N/A	Se realizó una búsqueda de la literatura el 1 de julio 2020 y en 2022 para actualizar la revisión con estudios reciente. Se utilizaron las siguientes bases de datos PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, The Cochrane Library y Web of Science.	De 25 estudios que investigaron la influencia de la calidad de la dieta en la depresión, 20 sugirieron que la calidad de la dieta se asoció negativamente con depresión. Nueve estudios examinaron la influencia de la calidad de la dieta sobre la ansiedad. De estos estudios, cuatro usaron una dieta calificada y todos encontraron una asociación negativa de calidad de la dieta con ansiedad.

Pham T, Bui L, Nguyen A, Nguyen B, Tran P, Vu P, et al. / Plos One/ 2019.	75	The prevalence of depression and associated risk factors among medical students: An untold story in Vietnam.	Estudio transversal.	4	494 estudiantes de medicina con experiencia clínica de la Universidad Médica Hanoi.	Se utilizó un cuestionario creado por los autores que incluía datos demográficos y características, asimismo, otras herramientas como el Cuestionario de Salud del Paciente 9, Escala de Motivación Académica y el Cuestionario Internacional de Actividad Física.	El estudio tuvo como resultado que la prevalencia de la depresión fue del 15,2% y esta se asoció principalmente a la carga financiera percibida y a la poca motivación personal.
Zhu Y, Jiang C, Yang Y, Dzierzewski J, Spruyt K, Zhang B, et al./ Behav. Sci/ 2023	76	Depression and Anxiety Mediate the Association between Sleep Quality and Self-Rated Health in Healthcare Students.	Estudio transversal.	4	637 estudiantes.	Se realizó un cuestionario de calidad del Sueño (SQQ) y el cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) para evaluar la calidad del sueño, la depresión y la ansiedad. La salud autoevaluada se evaluó a través de un cuestionario desarrollado por con características de salud física y psicológica.	Entre los resultados se encuentra un efecto total significativo de la calidad del sueño sobre la salud autopercebida, un efecto directo significativo tanto de la calidad del sueño como de los síntomas depresivos y de ansiedad sobre la salud autoevaluada y un efecto indirecto significativo de la calidad del sueño sobre la salud autoevaluada a través de los síntomas depresivos y de ansiedad.
Jeppu A, Azam F, Ashok J, Kumar K./ Indian J Public Health Res Dev./ 2023.	77	Comparing the Psychological Distress Among the Medical Students at Different Levels of Training.	Estudio transversal.	4	318 estudiantes de medicina en diferentes años de formación académica.	Se utilizó el diseño de encuesta transversal en la Mediante un cuestionario que fue desarrollado para medición del malestar psicológico por adaptación de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 (DASS-21).	Los estudiantes del tercer año tenían una angustia psicológica significativamente mayor en comparación con todos los demás años de estudio. El estrés y la depresión son significativamente más altos en los estudiantes de tercer año que han progresado desde los años preclínicos al año clínico.

Abdel K, Stip E, Al-Sanadi A, Al-Shamsi A, Al-Sharqi H, Al-Zaabi M, et al./ Middle East Curr. Psychiatry. / 2023.	78	Prevalence and correlates of health anxiety among medical students: a cross-sectional study from the United Arab Emirates.	Estudio transversal.	4	193 estudiantes de medicina que asisten a la Universidad de los Emiratos Árabes Unidos (UAEU).	Los estudiantes fueron evaluados para la ansiedad usando el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud (SHAI).	Los hallazgos del estudio demuestran que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre aquellos con y sin ansiedad en edad, género, lugar de origen o año de estudio. Hubo una diferencia estadísticamente significativa con respecto a un historial de condiciones médicas o de salud mental que influyeron en la elección de universidad.
Tam W, Lo K, Pacheco J. / Med. Educ. / 2018.	79	Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews.	Revisión sistemática.	3	N/A	Revisión sistemática de la literatura publicada y de la base de datos MEDLINE en donde se seleccionaron un total de 10 estudios.	Los resultados indican que a nivel mundial la prevalencia de depresión es del 27% en estudiantes de medicina y los principales factores asociados son año de estudio, género, asuntos personales problemas familiares y estado de salud.
Emiro J, Sánchez O, Calderón G, Castañeda T, Osorio Y, Diez P/ Health and Addictions/2018	80	Depression and its relationship with the consumption of psychoactive substances, academic stress and suicidal ideation in colombian university students.	Investigación cuantitativa, transversal, no experimental de nivel correlacional	4	477 estudiantes universitarios colombianos de 18 a 25 años.	Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck – II, inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, Inventario SISCO del Estrés Académico, Test de Cribado de Abuso de Cannabis –CAST y Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol –AUDIT, todos fueron aplicados por psicólogos y por estudiantes de psicología.	La depresión tuvo una correlación con el estrés académico, el estrés académico no se correlacionó con el consumo de sustancias psicoactivas, pero sí con la ideación suicida. Se analiza y destaca la importancia de dilucidar la correlación entre el consumo de sustancias y la depresión, y entre la depresión y el estrés académico.

Jovanovic T, Visnjic A./ J Medicina. / 2023.	81	Coping with Symptoms of Mental Health Disorders among University Students during the COVID-19 Pandemic in Relation to Their Lifestyle Habits.	Estudio transversal.	4	1400 estudiantes seleccionados al azar de la Universidad de Nis en Serbia.	Se utilizó un cuestionario creado por los autores para evaluar los trastornos de salud mental en relación con el estilo de vida de los estudiantes.	Entre los resultados, se presentó que los síntomas de depresión estaban relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas. Para los síntomas de ansiedad, el papel principal fue jugado por el consumo de alcohol, pero también por el uso de las redes sociales. El consumo de alcohol fue el más responsable de niveles elevados de estrés.
Lemos M, Henao M, López D./ iMedPub Journals/ 2018	82	Estrés y Salud Mental en Estudiantes de medicina: Relación con afrontamiento y actividades extracurriculares.	Estudio transversal.	4	217 estudiantes seleccionados aleatoriamente estratificando según el ciclo académico-	Se aplicaron el Cuestionario de estrés percibido (PSS14), Cuestionario de salud (PHQ-9) para depresión, cuestionario de ansiedad generalizada (GAD 7), Cuestionario de Apoyo Social (MOS-SSS) y cuestionario de estrategias de afrontamiento modificado; así como medidas fisiológicas y un registro de actividades extracurriculares.	Se presentaron niveles altos de estrés (64%), depresión (56.2%) y ansiedad (48.3%). Mediante una regresión logística bivariada se encontró que ser mujer, estar en el ciclo básico, no realizar actividades extracurriculares, bajas puntuaciones en solución de problemas, altas en reacción agresiva) y expresión de dificultad y afrontamiento fueron factores de riesgo para el estrés y síntomas emocionales.
Han D, Du G, Yang Y, Chen J, Sun G./ BMC Public Health / 2023.	83	Relationships between physical activity, body image, BMI, depression and anxiety in Chinese college students during the COVID-19 pandemic.	Estudio transversal.	4	251 estudiantes universitarios chinos de 17 a 22 años.	Se utilizaron los parámetros el Cuestionario Internacional de Actividad Física-Formulario Corto (IPAQ-SF), el Cuestionario de Imagen Corporal (BIQ), la Escala de Autoevaluación de Depresión (SDS) y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad (SAS).	La actividad física se correlacionó significativamente de forma negativa con la depresión y la ansiedad. La imagen corporal tuvo un efecto moderador significativo en la relación entre el físico, la actividad física y la ansiedad, pero no hubo un efecto moderador entre la depresión y la actividad física.

Wyszomirska J, Sosnowska M, Daniel A. / Int. J. Environ. Res. Public Health. / 2023.	84	Anxious and Angry: Early Emotional Adaptation of Medical Students in a Situational Crisis on the Example of the COVID-19 Pandemic.	Estudio transversal.	4	949 estudiantes de medicina de la Escuela de Medicina de la Universidad de Silesia en Polonia.	Se utilizó para evaluar la ansiedad y el enojo el cuestionario de STAI (Ansiedad Estado Rasgo), el STAXI-2 (Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo) y un cuestionario creado por los autores.	El estudio tuvo como resultado que, durante la adaptación temprana a la crisis situacional, el nivel general de ansiedad se explica por el contacto con personas potencialmente infectadas y el nivel de ira se basó en la necesidad de un mayor apoyo social.
Mir I, Kuan S, Noh M, Razzaq M, Humayra S. / PLOS One. / 2023.	85	Determinants and predictors of mental health during and after COVID-19 lockdown among university students in Malaysia.	Estudio transversal.	4	417 estudiantes de la Universidad Tunku Abdul Rahman.	Se utilizaron para evaluar los determinantes y predictores de salud mental el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ-SF), el cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizado-7 (GAD-7) y el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9).	Dentro de los resultados se obtuvo que, durante el confinamiento, la renta familiar y la actividad física se asociaron con la ansiedad. Durante el confinamiento, la renta familiar y la actividad física fueron predictores de ansiedad, mientras que el género fue un predictor de depresión. Después del confinamiento, el ingreso familiar fue un predictor tanto de ansiedad como de depresión.
Helga K, Lamartine C, Pereira F, Coelho M, Micheline D, Santos M, et al. / J Clin Exp Dent. / 2022.	86	Relationship of excessive daytime sleepiness with bruxism, depression, anxiety, stress, and sex in odontology students – A cross sectional study.	Estudio transversal.	4	128 estudiantes de odontología.	Se utilizó para evaluar la depresión, la ansiedad y el estrés la Escala de Somnolencia de Epworth, El Inventario de Depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de Síntomas de Estrés en adultos. Posteriormente se aplicó la prueba de Spearman.	Entre los resultados, se presentó una alta correlación positiva de somnolencia con la depresión, el estrés y la ansiedad en el sexo femenino, mientras que no hubo correlación de somnolencia con bruxismo. El estudio concluye en que hay una correlación positiva entre las estudiantes femeninas de odontología y la depresión.

Radeef A, Faisal G/ Makara J. Health Res/2018.	87	Stressors and Their Association with Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Dental Students.	Estudio transversal.	4	257 estudiantes de odontología en la Universidad Islámica Internacional de Malasia.	La prevalencia y la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (DAS) se midieron mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).	Los síntomas de DAS fueron 47,5%, 67,3% y 42,8%, respectivamente. Los factores académicos y personales producidos por el estrés que precipitaron la angustia psicológica.
Zeng Y, Wang G, Xie C, Hu X, Reinhardt J. / Psychol Health Med. /2019.	88	Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from Sichuan, China: a cross-sectional study.	Estudio transversal.	4	554 estudiantes de enfermería de escuelas de formación profesional.	La prevalencia de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés se midieron con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 (DASS 21). Para examinar la correlación de los síntomas se utilizaron análisis de regresiones logísticas.	La prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes de enfermería fueron de 28,7%, 41,7% y 20,2 % respectivamente. Las correlaciones más consistentes de los problemas de salud mental fueron la reducción de la participación en actividades físicas y otras actividades de ocio, pobre calidad del sueño, experiencia de eventos negativos de la vida y mala autopercepción de salud mental.
Al-Qerem W, Hammad A, Amawi H, Jarab A, Ling J. /Trop. J. Pharm. Res. / 2021.	89	Anxiety and depression among pharmacy students before and during COVID-19 pandemic.	Estudio transversal.	4	400 estudiantes de farmacia de dos universidades árabes: Al-Zaytoonah y Al-Yarmouk.	Se utilizó un cuestionario creado por los autores que incluía datos como edad, género, nacionalidad, año académico, entre otros. Por otro lado, se emplearon otras herramientas como el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo.	Dentro de los resultados se obtuvo que varios factores se asociaron mayormente con la depresión y la ansiedad, los cuales son: ser estudiante internacional, género femenino y ser estudiante de último año.

Gómez A, Barthel A, Hofmann S /Expert Opin Pharmacother/ 2018	90	Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic antidepressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review.	Metaanálisis.	1	N/A.	Se realizó una búsqueda exhaustiva de ensayos aleatorizados de farmacoterapia, controlados con placebo, utilizando las bases de datos en línea PsycInfo, PubMed y Web of Science en donde se utilizaron 56 estudios únicos con 12 655 participantes.	Entre los resultados del estudio se evidencia que las benzodiazepinas son más eficaces que los antidepresivos para reducir los síntomas del TAG.
Jakubovski E, Johnson J, Nasir M, Müller-Vahl K, Bloch M /ADAA/2019	91	Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	N/A.	Se realizaron búsquedas en PubMed y en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios controlados con placebo de ISRS/IRSN en pacientes adultos con trastornos de ansiedad. Se utilizaron 57 ensayos con un total de 16 056 participantes.	Entre los resultados del estudio se obtuvo que para los SNRI un modelo logarítmico ofrecía el mejor ajuste en comparación con el placebo (lo que indica que la mejora incremental más grande desde el inicio ocurrió temprano en el tratamiento); mientras que para ISRS un modelo lineal proporcionó el mejor ajuste (lo que indica una mejora similar durante la duración de la fase de tratamiento agudo). No hubo diferencias significativas en la eficacia entre los agentes farmacológicos dentro de cada clase o al comparar los ISRS con los IRSN.
Leichsenring F, Steinert C, Rabung S, Loannidis J./World		The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies				Se realizaron 69 comparaciones metaanalíticas de farmacoterapias con placebo o TAU,	Las farmacoterapias lograron SMD en comparación con el placebo entre 0,33 y 0,45. En general, los tamaños del efecto para la farmacoterapia estuvieron

Psychiatry/2022	92	pies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses.	Metaanálisis.	1	N/A	26 comparaciones de psicoterapias con placebo o TAU, 11 comparaciones de psicoterapias frente a farmacoterapias directas y 13 comparaciones de psicoterapia y farmacoterapia combinadas con cualquiera de las monoterapias.	entre 0,01 y 0,56, siendo la mayoría de los tamaños del efecto pequeño. Para el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada, la farmacoterapia produjo tasas de respuesta del 52 % y el 56 %, respectivamente, frente al 32 % y el 41 % con placebo.
Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantl N./ Rev Colomb Psiquiat/ 2019	93	Pharmacologic al treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis.	Metaanálisis.	1	N/A	Se realizó una revisión sistemática y un metanálisis en red de ensayos aleatorizados en pacientes adultos ambulatorios con trastorno de ansiedad generalizada identificados en MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov, Chinese National Knowledge Infrastructure (CNKI), datos de Wanfang, Drugs, FDA y registros comerciales de productos farmacéuticos. Se incluyeron ensayos con placebo y control activo.	Este análisis se basa en 89 ensayos, que incluyeron 25 441 pacientes asignados aleatoriamente a 22 fármacos activos diferentes o placebo. la sertralina, la fluoxetina, la buspirona y la agomelatina también resultaron eficaces y bien toleradas.
Almohammed O, Alsalem A, Almangour A, Alotaibi H, Al Yami S./ PLoS ONE/2019.	94	Anti-depressants and health-related quality of life		2	N/A.	Para la medición de CVRS se utilizó el SF-12 y se informó como resúmenes de componentes físicos y mentales (PCS y	Entre los resultados se evidenció que la mayoría de la población en estudio eran mujeres (67,9 %), de las cuales una mayor proporción recibía

		(HRQoL) for patients with depression: Analysis of the medical expenditure panel survey from the United States.	Análisis de cohorte.			MCS). Se comparó una cohorte de pacientes que usaban medicamentos antidepresivos con una cohorte de pacientes que no los usaban. Se utilizaron 57 ensayos con un total de 16 056 de participantes.	medicamentos antidepresivos (60,5 % frente a 51,5 % de los hombres). Aunque el uso de antidepresivos se asoció con alguna mejora en el MCS, el análisis univariado no reveló diferencias significativas entre las dos cohortes en PCS o MCS.
Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, Chaimani A, Atkinson L, Ogawa Y, et al. /Lancet/ 2018	95	Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review.	Revisión sistemática.	3.	N/A.	Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, CINAHL, Embase, base de datos LILACS, MEDLINE, MEDLINE In-Process, PsycINFO, AMED, el Registro Nacional de Investigación del Reino Unido y PSYINDEX.	Los hallazgos del estudio sugirieron que los enfoques de intervención basados en la atención plena son útiles para disminuir la depresión, la ansiedad y el estrés en los estudiantes de salud; sin embargo, existen desafíos en la participación y retención de los estudiantes.
González G, Zurita F, Ubago J, Puertas P./ Int. J. Environ. Res. Public Health./ 2019.	96	Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students.	Metaanálisis.	1	N/A.	La búsqueda bibliográfica se realizó a través del buscador Web of Science, en las categorías de “Educación e Investigación Educativa” y “Psicología”, obteniendo una muestra de 122 artículos publicados entre 2007 y 2018. Tras la aplicación de los criterios de inclusión, se seleccionaron 34 artículos para su inclusión en este metanálisis.	Entre los resultados del estudio se encontró que las estrategias de meditación, atención plena y programas de terapia cognitivo conductual, reducen el estrés, la ansiedad y la depresión. También, se encontró que el nivel académico de los individuos impacta en el éxito de la intervención de dichos trastornos afectivos.

Karyotaki E, Klein A, Ciharova M, Bolinski F, Krijnen L, et al./ Behav Res Ther./2021.	97	Guided internet-based transdiagnostic individually tailored Cognitive Behavioral Therapy for symptoms of depression and/or anxiety in college students: A randomized controlled trial.	Ensayo controlado aleatorizado.	2	100 estudiantes universitarios de ≥ 18 años que reportaron depresión leve a moderada y/o síntomas de ansiedad y asistían a universidades en los Países Bajos.	Los participantes fueron asignados aleatoriamente a terapia cognitivo conductual guiada (n = 48) y tratamiento psicológico habitual (n = 52). Los síntomas de depresión y ansiedad se midieron a las 7 semanas después de la aleatorización y también a los 6 y 12 meses posteriores a esta.	Entre los resultados se evidenció que no se encontraron pruebas de una diferencia entre los efectos de ambos tipos de terapia psicológica con respecto a los síntomas de depresión y ansiedad, calidad de vida, logros educativos y abandono de la universidad en todos los puntos de tiempo. Sin embargo, los efectos de la terapia cognitivo conductual se asociaron con la satisfacción con el tratamiento y la adherencia.
Rodríguez G, Acebes J, García S, Garrido M, Blanco C, Diez I./ Int. J. Environ. Res. Public Health/2022	98	Physical Activity and Mental Health in Undergraduate Students.	Estudio descriptivo y transversal	4	847 estudiantes de pregrado.	La actividad física y la salud mental fueron medidas por el Cuestionario de Actividad Física (GPAQv2) y Cuestionario de Salud General (GHQ-12)	Se encontró que cuanto mayor sea la actividad física total, mejores serán sus puntuaciones de salud mental. Altos niveles de desplazamiento y la actividad física en el tiempo libre también se asocia con una mejor salud mental, mientras que los niveles moderados de actividad física ocupacional se asocian con un mejor estado de salud mental.
Murray A, Marenus M, Cahuas A, Friedman K, Ottensoser H, Kumaravel V, et al./ JMIR Form Res. /2022	99	The Impact of Web-Based Physical Activity Interventions on Depression and Anxiety Among College Students: Randomized Experimental Trial.	Estudio experimental	4	77 estudiantes de una Universidad Pública de la región del Medio Oeste de Estados Unidos.	Los participantes fueron asignados al azar al grupo WeActive o WeMindful y se sometieron a dos lecciones de ejercicios de resistencia aeróbica de 30 minutos o lecciones de yoga por semana durante 8 semanas.	Los resultados del análisis indicaron que hubo una disminución estadísticamente significativa de ansiedad y depresión en ambos grupos posterior a la realización de los ejercicios.

						Para realizar la comparación de antes y después de los ejercicios, se completó de forma anónima una encuesta de Qualtrics, incluida la Escala de Trastorno de Ansiedad y el Inventario de Depresión Mayor.	
Heissel A, Heinen D, Brokmeier L, Skarabis N, Kangas M, et al./ Br J Sports Med/ 2023.	100	Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression.	Metaanálisis.	1.	N/A.	Se utilizaron 41 estudios con 2264 participantes totales, los cuales fueron encontrados en diferentes buscadores como The Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed, MEDLINE, Embase, SPORTDiscus, PsycINFO, Scopus and Web of Science. Dichos artículos incluyen participantes de 18 años o más con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o aquellos con sospecha de depresión por las manifestaciones clínicas.	Se demuestra que el ejercicio es eficaz en el tratamiento de depresión y de los síntomas depresivos y debe ser ofrecido como una opción de tratamiento, principalmente el ejercicio supervisado y grupal con moderados regímenes de intensidad y ejercicio aeróbico.
Lira D, Ortiz A, Ramírez G, Ramos G, Tovar E, Zaragoza S, et al/ 2021.	101	Regulación emocional cognitiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios ante el COVID-19.	Investigación cuantitativa, correlacional y transversal.	4	259 estudiantes universitarios mexicanos.	Se realizó la Prueba T Student para muestras independientes, tomando como variable dependiente cada uno de los factores de las diferentes escalas como: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE), Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones	Entre los resultados de la investigación se obtuvo que las mujeres suelen realizar mayor búsqueda de apoyo social. Puede ser que la situación actual, junto a la menor posibilidad de búsqueda de apoyo social, los estudiantes de primer a tercer semestre emplearon más las estrategias de Evitación y Catastrofismo que los de cuarto a décimo semestre.

						(CERQ) y Escala de Estrés Percibido (PSS-14).	
Montenegro J./ Rev. Tzhoecoen. / 2020.	102	La inteligencia emocional y su efecto protector ante la ansiedad, depresión y el estrés académico en estudiantes universitarios.	Estudio transversal	4	257 estudiantes de la Facultad de Humanidades de la Universidad Señor de Sipán.	Se utilizó para evaluar la inteligencia emocional la Escala de Wong-Law, para la depresión se aplicó el PHQ-9, para la ansiedad el Inventario de Ansiedad ante Exámenes-Estado y para el Burnout académico se utilizó el Ítem Único de Burnout.	El estudio tuvo como resultado que la inteligencia emocional posee un papel protector ante la ansiedad y el estrés académico, proporcionando mayor capacidad de afrontamiento. Sí existe relación entre inteligencia emocional y estrés; a mayor inteligencia emocional, mayor capacidad para afrontar el estrés.
Komariah M, Ibrahim K, Pahria T, Somantri I./ Healthcare/ 2023		Effect of Mindfulness Breathing Meditation on Depression, Anxiety, and Stress: A Randomized Controlled Trial among University Students.	Ensayo controlado aleatorizado.	2	122 estudiantes de Universitas Padjadjaran y otras provincias de Indonesia participaron en este estudio, con 61 estudiantes en cada grupo.	Se realizó una prueba previa y se administró un post-test antes y después de la intervención utilizando la escala DASS-42. La intervención se llevó a cabo durante 4 semanas con 15 minutos de práctica en cada sesión.	En este estudio, hubo un efecto de la meditación de respiración consciente en la disminución de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de intervención. Sin embargo, sólo el estrés y la ansiedad mostraron una diferencia significativa en los resultados post-test de la intervención.

Fuente: elaboración propia.