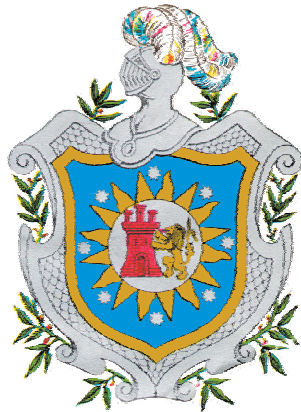


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



Tesis para optar al Título de Cirujano Dentista

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión asociado al entorno académico- social de los estudiantes de Odontología de la U.N.A.N. – León. Junio 2008 – Abril 2009.

Autoras:

Maryel Katyana Díaz Zavala

Jenniffer Espinoza Carmona

Miriam Eugenia Fisher Blandino

Tutor:

Lic. Jairo Rodríguez Cruz

MSc. en Psicología.

Asesor:

Dr. Marvin González

MSc. en Epidemiología.

“A la libertad por la Universidad”



ÍNDICE TEMÁTICO

CONTENIDO	No. PÁGINA
I.- Dedicatoria	
II.- Agradecimientos	
III.- Resumen	
IV.- Introducción	1
VI.- Antecedentes	3
VII.- Justificación	5
VIII.- Planteamiento del problema	6
IX.- Objetivos	7
X.- Marco teórico	8
XI.- Diseño metodológico	24
XII.- Resultados	32
XIII.- Discusión	45
XIV.- Conclusiones	48
XV.- Recomendaciones	50
XVI.- Referencias bibliográficas	52
XVII.- Anexos	54



I.- DEDICATORIA

A nuestros padres, por ser los más grandes educadores que nos han llevado de la mano en el arduo camino de la vida con amor y apoyo incondicional.

A los estudiantes de la Facultad de Odontología U.N.A.N. - León, porque nos motivaron a realizar esta investigación.



II.- AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo fue posible gracias a:

DIOS por brindarnos sabiduría, fortaleza, salud y sobre todo por permitirnos concluir este trabajo monográfico de manera satisfactoria.

Nuestros padres y demás familiares por el esfuerzo y sacrificio que realizaron por brindarnos en todos los días de nuestras vidas apoyo moral y económico.

Lic. Jairo Rodríguez, que consiente de las necesidades psicológicas de los estudiantes de odontología, nos brindó su motivación y apoyo incondicional en la tutoría de este trabajo.

Dr. Marvin Gonzáles, por su buena voluntad de ayudar a los demás sin ningún interés mas que el de brindar sus conocimientos y contribuir con el asesoramiento de esta investigación.

Dr. Lenín Fisher por su ayuda importante, a lo largo del proceso de redacción de la investigación

Br. Oscar Danilo López, amigo incondicional que nos apoyó en todo momento aplicando su capacidad y habilidad en el manejo del programa sps.

Ing. Martha Camona, por su aporte en el diseño y elaboración de gráficos.

Los estudiantes de la Facultad de Odontología de la U.N.A.N. - León por su colaboración y por regalarnos parte de su valioso tiempo.

Todas las personas que de una u otra forma contribuyeron en la realización de este trabajo monográfico.





III.- RESUMEN.

Introducción: La ansiedad, estrés y depresión con el pasar del tiempo se han convertido en un problema de salud mental. Teniendo estos amplias conexiones con el ámbito social, familiar y académico, siendo este último uno de los grupos más vulnerable, por lo cual nos propusimos determinar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes de la Facultad de Odontología y su relación con el entorno académico-social, entre Junio 2008 - Abril 2009.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó muestreo probabilístico y estratificado proporcional tomando una muestra de 98 estudiantes de los diferentes cursos académicos. Se aplicó una encuesta que constaba de tres test internacionalmente validados y un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas que abordaban aspectos sociodemográficos, entorno académico social y factores de riesgo. Se calculó la prevalencia general por desorden mental, sexo y edad.

Resultados: El 93% de los estudiante estaban ansiosos, el 75% deprimidos y el 100% estresados. El 61% presentó estrés alto; el 52% sintomatología psicológica alta; el 37% sintomatología social alta; el 31% sintomatología física alta y media; el 58% ansiedad moderada; y el 36% depresión leve. Los estresores más frecuentes fueron la frustración por el no cumplimiento de expectativas, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y la búsqueda de pacientes para cumplir requisitos con 80%.

Conclusión: Los estudiantes tuvieron altas prevalencias de estrés, ansiedad y depresión, los factores estresantes fueron la frustración por el no cumplimiento de expectativas y la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y búsqueda de pacientes para cumplimiento de requisitos. Las clases más estresantes. Farmacología, preclínica y clínica de prótesis fija y clínica de odontopediatría I y II, anatomofisiología clínica de la boca, periodoncia, anestesia local.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Estrés.



IV.- INTRODUCCIÓN.

Los estudiantes de la Carrera de Odontología se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica, donde son puestas en juego las competencias y habilidades para alcanzar una preparación óptima como futuro profesional que se va a insertar en un mercado laboral cada vez más competitivo. Algunas veces la ansiedad, el estrés y el estado de ánimo decaído que afronta el estudiante de odontología durante su formación, puede constituir un problema importante, ya que al malestar psíquico se le agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio, sobrepasando la capacidad de resiliencia con riesgo de alteraciones en su salud mental.

En la actualidad las alteraciones de salud mental más frecuentes en la población de nuestro continente y el resto del mundo son la ansiedad y depresión.¹ Siendo también el estrés un problema de salud pública e incidencia alta muy común en los distintos países.²

Según la Organización Mundial de Salud, la depresión representa la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial, estimándose que en el año 2020 estará en segundo lugar.¹ Asimismo indica que existen entre 186 y 310 millones de deprimidos³ y más de 19 millones de personas padeciendo algún trastorno de ansiedad entre los 18 y 54 años de edad en Estados Unidos. Alrededor de la cuarta parte de la población experimentará algún tipo de este trastorno ansioso en su vida⁴ o por diversas razones desarrollaran depresión clínicamente manifiesta, traducido en 100 millones de personas por cada año; es muy probable que estas cifras vayan en aumento.⁵

Actualmente existe una co-morbilidad entre depresión y ansiedad; las investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre ella y de esta manera prevenir el suicidio. Sin embargo, es frecuente que se presenten los pensamientos de ideación suicida o muerte en muchos individuos de ambos sexos con este padecimiento, representando el suicidio la primera causa de muerte en países tales



como Japón, Canadá, Chile, Venezuela, Costa Rica y Nicaragua, en el cual se encuentra la proporción de intentos suicidas más alta entre los 15 y 19 años de edad.⁵

El estrés a su vez se relaciona directamente con las principales causas de muerte y como sucesos anticipatorios de enfermedades cardíacas, gastrointestinales, hepáticas, hipertensión arterial, riesgos de accidentes, cáncer e incluso el mismo suicidio.²

Cabe señalar que en toda la población existe una elevada incidencia de estrés.⁶ Los estudiantes de los diferentes niveles educativos son uno de los grupos más afectados por este problema, estando por encima del mostrado en individuos en situación de desempleo.⁷ Se sabe que el estrés académico afecta en especial a estudiantes universitarios y dentro del ámbito educativo,⁸ las ramas de las ciencias médicas son las que producen mayores niveles de estrés.⁶

Existiendo alta vulnerabilidad en los estudiantes de la Facultad de Odontología a padecer la triada estrés, ansiedad y depresión, por el hecho de desenvolverse en un medio altamente estresante, debido a que constantemente están sometidos a situaciones tensionantes como una falta de control sobre el nuevo ambiente, que implica trabajar con precisión en un medio biológico, tratar de persuadir y motivar al paciente, para brindarle tratamientos y servicios; cumplir con requisitos establecidos en cada asignatura y estar al día en las tareas, exámenes, trabajos académicos y demás actividades. Conjuntamente la situación económica, los conflictos interpersonales, la falta de tiempo libre, la carencia de destrezas y habilidades en los procedimientos clínicos y el estado de angustia de algunos pacientes que puede ser absorbido por el mismo estudiante, implican un gran reto y una gran fuente generadora de las situaciones y cifras antes mencionadas.



V.- ANTECEDENTES.

Tomoda y cols. (2000), encontraron prevalencia de depresión del 21% en 116 estudiantes de primer año.⁹ Así mismo, Campo-Cabal y Gutiérrez (2001), reportaron un 67% de depresión o ansiedad, con alta co-morbilidad de estos trastornos en estudiantes universitarios.¹⁰ Al igual Rajab (2001), investigó la tensión percibida por 276 estudiantes dentales. Siendo los estresores: exámenes y las notas, día totalmente cargado, y falta de tiempo para relajación. Durante los años clínicos, las llegadas tarde de pacientes o no presentarse a sus citas y completar requisitos clínicos también eran estresores sustanciales.¹¹

Sanders (2002), basado en la premisa de que el estrés tiene implicaciones sobre el desempeño académico, demostró que existen cuatro factores que lo generan: auto-eficacia, la facultad y su administración, sobrecarga de trabajo y presión para el desempeño. Encontró poca correlación entre el desempeño académico y el estrés, pero que la facultad y la administración hacen que los estudiantes muestren menor competencia clínica y entendimiento contextual. No hubo diferencias entre género, étnias y etapas del curso.¹²

Artola y cols. (2002), estudiaron a 75 estudiantes del tercer año de Medicina, encontrando: 37% de los varones con estrés moderado y el 68% de las mujeres con estrés leve.¹³

Obando C. y cols. (2004), reportaron una prevalencia de depresión en una muestra de 339 personas entre 15 y 65 años de 41%. De 119 deprimidos el 26% presentó depresión media; el 13% depresión moderada y el 2% depresión severa. Presentando algún grado de depresión el 47% de las mujeres y el 27% de los hombres, siendo el 44% de los deprimidos solteros. Además, el grupo que presentó mayor tasa de depresión fueron los estudiantes con 52%.¹⁴



Muirhead y col. (2005), estudiaron a 171 estudiantes de odontología donde identificaron que los estresores fueron: académicos, sociales, financieras y las prácticas clínicas. "Los exámenes y las calificaciones" produjeron el mayor estrés académico y la opinión impredecible de instructores creó la mayor tensión relacionada a la clínica. Los estudiantes encontraron que teniendo un papel dual esposa o marido y estudiante dental era el estresor social más pesado. Aproximadamente, el 60% de estudiantes informaron problemas matrimoniales. No se relacionó tensión total con la edad, género o el estado civil. Los estudiantes que viven con sus padres durante un periodo de tiempo tenían mayores niveles de estrés.¹⁵

Según Díaz y cols. (2007), el 4% de los alumnos de la carrera de Odontología no presentan estrés; el 31% presenta estrés leve; y el 65% de los estudiantes presenta estrés moderado. No se presentaron casos de estrés severo, pero sí hubo mayor prevalencia de estrés en mujeres de 5º y 7º semestre que en hombres. Los datos que proyectaron las encuestas de materias más complicadas en el curso de la carrera de odontología fueron: I semestre con 26% generalidades; III semestre con 22% transporte y defensa con laboratorio; V semestre con 24% endodoncia; VII semestre con un 28% clínica integral y odontología infantil.¹⁶



VI.- JUSTIFICACIÓN.

Los desordenes mentales con el tiempo se han convertido en un problema de salud pública prioritarios para la O.M.S. A su vez representan la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y en Nicaragua, siendo el estrés, ansiedad y depresión los principales factores que inciden en el suicidio, convirtiéndose este último en la primera causa de muerte en los jóvenes entre 15 y 30 años de edad.

Lo factores antes mencionados son la punta del Iceberg, es decir que existen otros factores poco visibles o imperceptibles tales como: exámenes académicos, problemas financieros, ausencia de apoyo social y el ambiente estresante de la Facultad que se presentan durante toda la carrera.

Por tal razón decidimos realizar la investigación con el fin de dar un aporte significativo, novedoso, de impacto, con datos actualizados sobre la Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes de Odontología. Permitiendo diseñar propuestas y estrategias para disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en el entorno académico-social de los estudiantes.



VII.- PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la U.N.A.N.-León y su relación con el entorno académico-social, Junio 2008 -Abril 2009?



VIII.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes de la Facultad de Odontología y su relación con el entorno académico-social, junio 2008 - abril 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características socio-demográficas de los estudiantes de Odontología.
2. Determinar el nivel de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes de Odontología.
3. Establecer los factores que producen mayor estrés tomando en cuenta el entorno académico-social de los estudiantes de Odontología.
4. Establecer cual es el componente curricular que causa mayor estrés en los estudiantes de Odontología.



IX.- MARCO TEÓRICO.

Existen muchas maneras de definir el estrés: el estrés como respuesta no específica a cualquier demanda planteada al organismo según Hans Selye. (Lazarus, 1966; Appley y Trumbull, 1967; Weitz, 1974; y Cox, 1978); sin embargo, en su mayoría caen en una de las siguientes tres categorías: la dimensión basada en los estímulos, las fundamentadas en las respuestas y las centradas en el concepto estímulo–respuesta.

Según las definiciones basadas en los estímulos, el estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión. De acuerdo a las definiciones basadas en la respuesta, el estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.¹⁷ Es el estado de alarma que debe ser comprendido como un proceso del organismo que posibilita la aparición de respuestas en diferentes dimensiones.¹⁸ Para las definiciones basadas en estímulo–respuesta, el estrés es una interacción de estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.¹⁷

El hecho de señalar al estrés, a los estímulos como estresantes o potencialmente estresantes, ha sido concebido en términos de una relación directa unicausal estímulo–respuesta; ése es el modelo fisiológico del estrés originalmente planteado por Cannon en 1932 y perfeccionado por Selye en 1950.¹⁹

Si el estrés, es o no es, consecuencia en un individuo particular, depende de las peculiares características de éste y de sus procesos psicológicos, de lo cual sólo las definiciones basadas en el concepto estímulo–respuesta dan cuenta.

La definición funcional del estrés considera a éste como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y por procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externos que plantean a la persona especiales demandas físicas y psicológicas.¹⁷



El mecanismo fisiológico del estrés se basa en el funcionamiento del sistema nervioso y el endocrino lo cual supone estímulo–respuesta, así como procesos mediadores. Inicialmente se plantea una forma específica de captar los distintos estímulos (externos o internos) a través de receptores altamente específicos para la transducción de información hacia el interior del sistema nervioso autónomo. Los receptores responden de acuerdo con la intensidad de la estimulación recibida y transforman la señal en corriente eléctrica, llevada hacia el sistema nervioso central por vías aferentes. Estas señales son llevadas hacia el hipotálamo y el sistema límbico, donde se organizan respuestas que son conducidas por vías eferentes que llevan información hacia distintas áreas del organismo.

El sistema nervioso simpático prepara al individuo para la pelea o la huida como lo señaló Cannon. En la respuesta al estrés se producen entre otros efectos los siguientes: aumento de la frecuencia cardíaca y de la fuerza de contracción del corazón, vasoconstricción periférica, derivación de sangre al sistema muscular y otras que permiten una respuesta inmediata ante situaciones de alarma.¹⁸

De forma inmediata la reacción al estrés esta mediada por el sistema simpático y la mayor parte del tiempo por acción del sistema endocrino de la siguiente manera: en parte por la liberación de adrenalina y noradrenalina de la médula suprarrenal hacia la circulación. A través de la hormona hipofisiaria ACTH (hormona adrenocorticotrópica), cuya secreción produce elevación del nivel de glucocorticoides secretados por la corteza suprarrenal; los glucocorticoides permiten que exista una correcta reactividad vascular a las catecolaminas y además provocan gluconeogénesis.¹⁸ Según Téllez-Vargas y Forero-Vargas, también el elemento inmune está estrechamente relacionado con el modelo fisiológico del estrés.

El sistema de estrés o la reacción de estrés es una oportunidad para lograr la adaptación. El estrés alcanza su verdadero significado y logra su tarea protectora, al transformarse, en una reacción de ajuste.



La reacción de alarma es la fase inicial y consta de dos partes: a) la fase de choque que se caracteriza por hipotensión arterial, hipotermia, disminución de la reserva alcalina, hemoconcentración, disminución de la diuresis, hipocloremia, hiperpotasemia y linfocitosis. La fase de contrachoque, durante la cual se invierte el sentido de las reacciones humorales y neurovegetativas.

La reacción de resistencia es el conjunto de reacciones de adaptación y de los mecanismos de compensación del organismo sometidos a estímulos crónicos. Si la capacidad de adaptación del organismo ha sido superada por un exceso de estimulación, puede llegar a la tercera etapa o de agotamiento, la cual es la etapa final y que lleva, en casos extremos a la muerte del organismo.

Los factores desencadenantes del estrés son llamados estresores. Se llama estresor a todo estímulo que sea capaz de generar estrés.¹⁸ Un estresor puede ser todo suceso, situación o persona que encontramos en nuestro medio ambiente externo.¹⁷ El cerebro es capaz de categorizar los estresantes o estresores y utilizar respuestas por vía neural de acuerdo al tipo de estresante: físico o psicológico. El estrés físico está relacionado con un incremento de los niveles de noradrenalina, en tanto que el estrés psicológico se relaciona con aumento de la epinefrina.²⁰

El ruido es un estresor principalmente cuando distrae. El ruido excesivo e intermitente interfiere con nuestra concentración y es fuente de frustración que puede conducir al enojo y a la tensión. La prolongada exposición puede conducir a la fatiga y a la disminución del desempeño.

Los roles conflictivos pueden ser objetivos y subjetivos: objetivos, cuando dos o más personas están dando órdenes contradictorios; subjetivos, cuando provienen del conflicto entre los requisitos formales del rol y los propios deseos, metas o valores del individuo.

La consecuencia mejor documentada de los roles conflictivos es la disminución de la satisfacción en el trabajo, ansiedad y otras dificultades como: disminución de la calidad de las decisiones tomadas y reducción de la creatividad.



En cuanto a la sobrecarga de trabajo, no es la condición transitoria la causante del problema, sino la sobrecarga crónica, que durante un período de tiempo prolongado hace que el individuo se sienta sobrecargado gran parte o todo el tiempo. Puede ser de dos tipos: cuantitativa y cualitativa. La cuantitativa es cuando los estudiantes por ejemplo perciben que tienen mucho trabajo que hacer, diferentes cosas que hacer, o poco tiempo para terminar el trabajo asignado; puede causar cambios bioquímicos, especialmente elevaciones en los niveles de colesterol sanguíneo. La sobrecarga es mucho más peligrosa entre individuos que experimentan satisfacción más baja en su trabajo. La cualitativa ocurre cuando los estudiantes sienten que carecen de la habilidad para efectuar su trabajo o que las normas de desempeño están muy altas, independientemente del tiempo que tengan.

La sobrecarga puede ser responsable, indirectamente, de la disminución en la calidad de la toma de decisiones, del deterioro de las relaciones interpersonales y del aumento de los índices de accidentes. French y Caplan, en 1973, indicaron que la sobrecarga puede producir nueve consecuencias indeseables: insatisfacción en el trabajo, excesiva tensión, disminución de la autoestima, amenaza, vergüenza, altos niveles de colesterol, pulso acelerado, resistencia de la piel y mayor consumo de cigarrillos.

La responsabilidad en función de las cosas y de las personas: La responsabilidad por las cosas se refiere a ser responsables de equipos, instrumentos, presupuestos; La responsabilidad de la gente es un estresor mucho más potente; quienes tienen bajo su responsabilidad a personas son los que tienen mayor probabilidad de padecer afecciones cardíacas.¹⁷

Se consideran estresores relativos al desarrollo de la carrera las variables de la carrera; éstas pueden servir como estresores cuando se convierten en fuentes de preocupación, ansiedad y frustración para el individuo; cuando se encuentra generalmente insatisfecho ante la falta de correspondencia entre sus aspiraciones y el nivel real de sus logros dentro de la carrera.



La activación de los mecanismos de defensa del organismo no constituye la única consecuencia del estrés debido al contacto con un estresor. Los efectos o consecuencias del estrés pueden ser muy diversos y numerosos. Algunas consecuencias pueden ser primarias y directas, otras pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios o terciarios; unas son, casi sin duda, resultado del estrés; otras simplemente se relacionan de forma hipotética con tal fenómeno. Algunas pueden ser positivas, como el impulso exaltado y el incremento de la automotivación. Muchas son disfuncionales, provocan desequilibrio y resultan potencialmente peligrosas.

Cox, en 1978, propuso la taxonomía de las consecuencias o efectos del estrés, clasificándolos así: subjetivos, conductuales, cognoscitivos, fisiológicos y organizacionales. Los efectos subjetivos son: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad y vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca autoestima, amenaza y tensión, nerviosismo y soledad. Los efectos conductuales son: propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebida alcohólica o de cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor.

Los efectos cognoscitivos son: incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental. Los efectos fisiológicos son: aumento de catecolaminas y corticoesteroides en sangre y orina, elevación del nivel de glucosa sanguínea, incrementos del ritmo cardíaco y de la presión arterial, sequedad de la boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, sensación de nudo en la garganta, entumecimiento y escozor en las extremidades. Los efectos organizacionales son: ausentismo, relaciones estudiantiles pobres, baja productividad, alto índice de accidentes, antagonismo e insatisfacción en los estudios o prácticas clínicas.¹⁷



El estado psicológico que se denomina ansiedad es un sentimiento normal experimentado por todos los seres humanos en muchos momentos de la vida cotidiana, al menos de una forma fugaz y con una intensidad media. La ansiedad es por tanto un sentimiento o vivencia que forma parte de la experiencia de la vida y que puede ser reconocida con facilidad por todo el mundo.²¹ Se puede definir como un estado emocional intermitente o sostenido que se caracteriza por sentimientos subjetivos de nerviosismo, irritabilidad, anticipación difícil y aprensión, a menudo aunque no siempre con los fenómenos fisiológicos acompañantes de las emociones intensas.²²

La ansiedad no es en consecuencia una situación patológica en principio, sino que forma parte del sistema de alarma ante situaciones adversas en potencia. Todo indica que dicho sistema de alarma tiene la finalidad de poner al sujeto en disposición de desplegar los mecanismos de adaptación necesarios ante las situaciones dañinas e indeseables. Esta función se asemeja también al dolor.²¹

El género femenino tiene mayor predisposición genética a sufrir de ansiedad por el hecho de tener más estrógenos, una hormona fundamental para su sistema reproductivo. Pero además, durante sus años reproductivos, las mujeres experimentan una compleja interacción entre esta actividad ovárica y la serotonina, un neurotransmisor clave en los estados de ansiedad, por lo que no es nada raro que las mujeres vivan una vida más ansiosa que los hombres, y de hecho, los mayores cuadros de ansiedad suele darse en la mujer en su edad fértil.²³

Según el modelo de Lang para describir la ansiedad contiene tres componentes independientes: una conducta motora, unos componentes lingüísticos y unos cambios fisiológicos acompañantes. La conducta motora se expresa en forma de conductas evasivas, incremento o disminución de la gestualidad, cambios posturales, temblor, etc. Las expresiones lingüísticas comprenden la forma de expresar los sentimientos de la persona ansiosa, la relación entre los sentidos y la memoria, así como las experiencias significativas anteriores y la manera de procesar mediante la cognición lo que el individuo experimenta.



Por último el componente fisiológico implica un incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, con el consecuente incremento de la frecuencia cardíaca, diaforesis, taquipnea, aumento del tono muscular, etc.²¹

La evaluación de la ansiedad se hace a través del autorreporte, la conducta manifiesta y el método fisiológico. En el autorreporte se concede una importancia primordial de las impresiones subjetivas inmediatas del individuo sobre sí mismo y su mundo. Esta vívida descripción que un sujeto hace de su situación es la base para tratar de entender la ansiedad. Sin embargo, tratar de describir con sus propias palabras los fenómenos relativos a sus emociones le dificulta comparar sus experiencias con la de los demás y cuantificar sus afirmaciones. Es por estas razones que los investigadores han ideado varios cuestionarios que intentan traducir las impresiones del individuo a términos estandarizados. Con la conducta manifiesta se juzga que una persona es ansiosa cuando se le ve temblar, comerse las uñas o evadir una situación.

El método fisiológico permite definir la ansiedad desde el punto de vista funcional, de acuerdo a las actividades del sistema nervioso autónomo y de la secreción de ciertas glándulas endocrinas; se pueden observar algunos cambios psicológicos que indican ansiedad: respiración acelerada, sudoración, ritmo cardíaco acelerado, mayor secreción de adrenalina por las glándulas suprarrenales.¹⁹

Freud distingue tres tipos de ansiedad: objetiva, moral y neurótica. La ansiedad objetiva se refiere a la reacción del yo ante un peligro de tipo externo (ej.: la ansiedad que se siente cuando peligra la vida misma). Este tipo de ansiedad es lo mismo que el miedo justificado. La ansiedad moral, experimentada por el yo en forma de culpabilidad o de vergüenza. Y la ansiedad neurótica, es decir el miedo a las consecuencias desastrosas de la expresión de un impulso previamente castigado.¹⁹



La diferencia entre la ansiedad normal y patológica estriba básicamente en la intensidad, frecuencia y duración de su presentación. La acentuación de algunas de sus características, así como la repercusión sobre las actividades de la vida diaria del sujeto y la subsiguiente producción de algún tipo de discapacidad. Los límites entre lo normal y lo patológico son difusos y exige una cuidadosa evaluación individual.²¹

Se clasifica como un trastorno psicológico cuando se vuelve molesta o persistente o se caracteriza por conductas mal adaptadas que tienden a reducirla. Existe un conjunto de estos trastornos, los mas comunes son: trastorno de ansiedad generalizada, y trastorno de angustia, fobias y trastorno obsesivo- compulsivo. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden sentirse tensas e inquietas en forma persistente e incontrolable. La ansiedad aumenta hasta tal punto que aparecen episodios de intenso terror en quienes padecen trastorno de angustia. Las personas con un trastorno fóbico pueden tener miedos irracionales respecto a un objeto o una situación específica. Los pensamientos y las acciones persistentes y repetitivas son típicos del trastorno obsesivo compulsivo.

La explicación para estos trastornos desde la perspectiva psicoanalítica de Freud es que estos representaban la descarga de los impulsos, ideas y sentimientos intolerables reprimidos y esta energía mental sumergida algunas veces produce síntomas desconcertantes como la ansiedad. En la actualidad los psicólogos tienden a considerar estos trastornos a partir de las perspectivas del aprendizaje y de la biología. La perspectiva del aprendizaje los ve como un producto del condicionamiento, de la generalización del estímulo, del reforzamiento y del aprendizaje mediante la observación del miedo. La perspectiva biológica considera que existen posibles influencias evolutivas, genéticas y biológicas.²⁴



El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza esencialmente por la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un período superior a seis meses. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompaña por lo menos de tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, trastornos del sueño.

Los factores de riesgo más importantes son los rasgos temperamentales de conducta inhibida, separación temprana de los padres y rendimiento escolar pobre. El Trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para padecer depresiones.²¹

Los síntomas de ansiedad persistente con insomnio, laxitud y fatiga deben despertar siempre la sospecha de una enfermedad depresiva. A menudo los síntomas psiquiátricos de ansiedad no son más que un componente de un trastorno más grave, que pueden dar por resultado suicidio o algún otro acto antisocial.²²

Desde el punto de vista etimológico, depresión viene del latín *depressivo*: hundimiento; el individuo se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital que le impide cada vez más vivir con plenitud.

La depresión se define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y del autoestima, con manifestaciones ideativas, afectivas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social ocupacional. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza, desaliento desesperanza, minusvalía personal, pesimismo, tendencias autopunitivas, pérdida de repercusión afectiva ante eventos favorables y lentitud psicomotora generalizada; se acompaña en ocasiones de síntomas vegetativos que incluyen trastornos del apetito, del sueño y del peso corporal.²¹



Es un trastorno de todo el organismo que involucra predisposiciones genéticas, desequilibrios bioquímicos, estado de ánimo melancólico y pensamientos negativos. El riesgo de depresión aumenta con individuos con un progenitor o hermano depresivo. Los genes actúan dirigiendo los acontecimientos bioquímicos que influyen en el comportamiento. La noradrenalina y la serotonina son neurotransmisores que aumentan la excitación y mejoran el estado de ánimo, estos se encuentran disminuidos durante la depresión. Se ha encontrado que el cerebro de las personas deprimidas es menos activo, lo cual indica un estado de ralentización.

Las personas deprimidas tienden a explicar los hechos malos como algo estable, (va a durar toda la vida), global (afecta todo lo que hace), e interno (todo es culpa mía). La depresión suele tener origen en experiencias estresantes como perder el empleo, tener malas notas, sufrir un accidente etc. Esta pesadumbre después del fracaso puede ser adaptativa, pero las personas con tendencia a la depresión responden a los sucesos negativos con un estilo centrado en uno mismo y culpógeno. Este fenómeno ayuda a explicar el riesgo duplicado de la depresión en las mujeres con los problemas. Las mujeres tienden a pensar y los hombres a actuar; las mujeres suelen tener recuerdos vívidos de las experiencias hermosas y espantosas; los hombres recuerdan vagamente esas experiencias.

Esta diferencia según el sexo en un recuerdo emocional puede alimentar la cavilación mayor de las mujeres sobre los acontecimientos negativos y explicar porque las mujeres que ingresan a la universidad se encuentran más abrumadas que los varones.

El círculo vicioso de la depresión se da cuando ocurren acontecimientos negativos interpretados a través de un estilo explicativo pesimista que crea un estado de desesperanza y deprimido que dificulte la manera que la persona piensa y actúa. Esto a su vez provoca más experiencias negativas.²⁴



Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas se mantienen la mayor parte del día, casi diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras tareas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (molestias y dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza o muestran una alta irritabilidad.

Pueden referir que han perdido el interés en las actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Comúnmente, el apetito disminuye y muchos tienen que esforzarse por comer. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o culpas referidas a pequeños errores pasados. Refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse, tomar decisiones o falta de memoria.

La alteración del sueño asociada es el insomnio. Es característico el insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño).

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio.²⁵



La evolución en el tiempo y el incremento de la manifestación sintomática anuncian la instalación del período de estado o estado depresivo.²¹

La depresión se clasifica en leve, moderada y severa. Es leve si existe presencia de sólo 5 ó 6 síntomas depresivos y una incapacidad leve o una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante o inhabitual. Es moderada si existen síntomas de incapacidad entre leve y grave. La depresión severa se subdivide en dos tipos: sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos. Es severa sin síntomas psicóticos cuando presenta varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en las actividades laborales o sociales habituales, o en las relaciones con los demás. Es severa con síntomas psicóticos cuando existen ideas delirantes o alucinaciones.²⁵

En la depresión se distinguen cinco subtipos, a saber: melancólico, psicótico, catatónico, estacional y mixto. Estos diferentes subtipos se pueden presentar en jóvenes y adultos. En el subtipo melancólico predominan rasgos esenciales que ayudan a su rápido diagnóstico, son marcadas la pérdida de interés o placer en las actividades o la falta de respuesta adecuada a los estímulos placenteros, padecen de trastornos del sueño; en ocasiones refieren insomnio de conciliación y suelen despertar dos horas antes de lo habitual.

La mañana es el momento del día de mayor angustia, no se puede levantar de la cama y es el momento de mayor riesgo en caso de que el sujeto refiera ideas suicidas. La falta de apetito los lleva a una marcada pérdida de peso. En algunos casos puede referir intensa agitación, siendo este dato clínico de importancia capital, ya que la agitación en la depresión es un marcador de riesgo suicida. De igual forma presentan variación diurna, ya que a medida que transcurre el día se sienten mejor. Las personas refieren auto-reproches, ideas de culpa o ruina.

El subtipo psicótico o depresión psicótica es una forma severa de depresión caracterizada por presentar alucinaciones o ideas delirantes. Los síntomas psicóticos representan un índice de mayor gravedad, siendo la presencia de ideas



delirantes más común que las alucinaciones. Estos síntomas pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo. Los clásicos temas congruentes con el estado de ánimo se relacionan con, la ruina y la enfermedad, particularmente intensas las ideas de culpa.

Existe cambio psicomotriz e intenso daño cognitivo, los cuales son mayores que en los otros tipos de depresión y más perceptibles por el sujeto cuando ceden los componentes psicóticos.

El subtipo catatónico se caracteriza por una marcada perturbación psicomotora, que implica inmovilidad, negativismo extremo, mutismo, ecolalia, ecopraxia y movimientos voluntarios peculiares. En el subtipo estacional lo habitual es que se presente en una época del año. Este cuadro es recurrente con características más hipoanérgicas que afectivas, cursando con profunda astenia y adinamia, somnolencia, hipersomnia, enlentecimiento psicomotor y altísimo consumo de carbohidratos (dulces). Dentro del trastorno mixto o depresivo-ansioso están incluidos los individuos con síntomas ansiosos y depresivos que no tienen la suficiente severidad como para ser tratados dentro de un trastorno específico. Los síntomas pueden ser severos y resistentes; se altera el desempeño psicosocial con una fuerte tendencia a la remisión parcial y el curso crónico. Son síntomas evidentes: taquicardia, sudoración, lamentación e insomnio.²¹

Estrés, ansiedad y depresión en estudiantes relacionada con factores académicos-sociales

Estrés académico se circunscribe al que padecen los alumnos a consecuencia de las exigencias endógenas o exógenas que impactan su desempeño en el ámbito universitario.²⁶

Las causas de estrés varían por año de entrenamiento. En el primer año, el estudiante se enfrenta con los desafíos del alejamiento del grupo familiar y de los



amigos junto con nuevos hábitos y exigencias de aprendizaje. Una vez ingresado al entrenamiento clínico, el estudiante es separado de su grupo inicial que solía ser un apoyo y debe desempeñarse en diferentes áreas clínicas. Estas rotaciones significan cambios que hacen resaltar las deficiencias del estudiante a las cuales se les pueden agregar otros factores como problemas financieros, exceso de tareas y la exposición al sufrimiento y los problemas de los pacientes, abuso estudiantil que es altamente frecuente y percibido por los estudiantes y se expresa de múltiples formas que pueden ser: imponerle tareas descalificantes, burlarse de sus errores, exceso de trabajo, discriminación racial y en las mujeres acoso sexual.

Ante situaciones de abuso, el estudiante suele sufrir cuadros de ansiedad, depresión, pérdida de la autoestima, consumo excesivo de alcohol. Aunque los estudiantes que viven en pareja o están casados están más contenidos por su pareja y resisten mejor todos estos impactos.

Dentro de las consecuencias del estrés académico encontramos: deterioro del rendimiento académico; la falta de empatía hacia el paciente, en el futuro erosionará la calidad del profesional y afectará su capacidad para conquistar pacientes; deshonestidad académica; tendencia a las adicciones generalmente para mitigar la depresión, el estrés y la ansiedad; las ideaciones suicidas son mucho más frecuentes.

Entre los factores que generan depresión entre universitarios se encuentra el elevado costo de los estudios, la competencia académica y un ajustado mercado de trabajo para graduados.



Además, la alta frecuencia de pertenecer a hogares desintegrados, de alcoholismo en alguno o ambos padres, baja autoestima, poca o nula estimulación para actividades socioculturales, deficientes hábitos de estudio, escasos recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, de educación y aún menos de recreación y esparcimiento.

La principal causa de la depresión es el estrés y puede desencadenarse a partir de cualquier cambio drástico en la vida normal y habitual, incluso si el cambio es elegido, como es el caso de una carrera universitaria. El ingreso a la universidad suele ser el primer cambio importante en la vida de un joven adulto. En esta fase de transición, los estudiantes suelen enfrentar problemas tales como: necesidad de organizar los horarios, obligación de atender necesidades propias (horarios para comer, lavar la ropa, dormir y trabajar), presión académica, manejo autónomo del dinero, cambios en las relaciones familiares sociales y amistades, preocupaciones por el futuro profesional.²⁷

Los estudiantes con desórdenes de ansiedad pueden presentar varios comportamientos en el salón de clase. Los comportamientos más comúnmente expresados que se relacionan con este desorden son: ausencias frecuentes, negación a participar en actividades sociales, comportamiento aislante, muchas quejas físicas, preocupación excesiva sobre la tarea o las notas, calificaciones bajas, episodios de llanto, frustración, miedo de situaciones nuevas, abuso de las drogas o del alcohol, irritabilidad.

Puesto que los estudiantes con trastornos de ansiedad se sienten frustrados fácilmente, pueden tener dificultad de terminar su trabajo. Pueden preocuparse tanto de hacer el trabajo perfectamente bien que tardan más que los otros estudiantes. O ellos pueden simplemente negarse a comenzar por miedo a no poder hacer nada bien. Sus miedos de ser desconcertados, humillados, o de fracasar pueden dar lugar a que el estudiante evite la universidad. A menudo rezagarse en su trabajo debido a las ausencias numerosas, crea un ciclo de miedo al fracaso, de la ansiedad creciente, y de la evitación, que conduce a más ausencias.²⁸



La ansiedad ante los exámenes es un tipo de ansiedad de ejecución lo que puede experimentar una persona en una situación donde importa mucho el rendimiento o la correcta ejecución de una tarea o existe una gran presión por hacer las cosas bien. En un examen, la ansiedad puede hacer que sienta que se le hace un nudo en la garganta, o tenga molestias gastrointestinales o un dolor de cabeza tensional. A algunas personas les tiemblan y/o les sudan las manos y el corazón les late más deprisa de lo habitual mientras esperan a que les repartan el examen. Un estudiante con una ansiedad ante los exámenes muy intensa hasta puede tener diarrea o ganas de vomitar.

La ansiedad ante los exámenes se puede convertir en un verdadero problema cuando una persona se estresa tanto al hacer un examen que no puede controlar los nervios a fin de concentrarse en las preguntas del examen y dar lo máximo de sí misma. Aunque los estudiantes universitarios frecuentemente se preocupan por los exámenes, el estudiante que constantemente se preocupa por el fracaso, a pesar de obtener siempre buenas notas, exhibe el patrón de preocupación típica de este trastorno.



X.- DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: El estudio se realizó en la Facultad de Odontología de la U.N.A.N. –León, situada en el Campus Médico, ubicado al sur-oeste de la ciudad de León de Nicaragua junio 2008 – abril 2009.

Población de estudio: Fueron los 339 estudiantes de la Facultad de Odontología de segundo, tercero, cuarto y quinto años matriculados oficialmente en el año lectivo 2008.

Muestra: A fin de poder conocer la prevalencia de la ansiedad, estrés y depresión seleccionamos una muestra representativa de la población en base a la fórmula:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

n= número de elementos que debe de poseer la muestra

N= Población (339 Estudiantes)

Z= Estadístico al 95%

P= Proporción de individuos con la característica (90%)

e= Error muestral (0.05)

La muestra fue de 98 estudiantes que equivale al 29% de la población total, la cual fue seleccionada mediante un muestreo estratificado proporcional y distribuida por curso lectivo de la siguiente manera: segundo año 25 estudiantes (26%); tercer año 24 estudiantes (24%); cuarto año 31 estudiantes (32%) y quinto año 18 estudiantes (18%).



Criterios de inclusión:

- ❖ Estudiantes de Odontología del curso académico 2008.
- ❖ Seleccionados mediante una rifa elaborada por las investigadoras.
- ❖ Participar voluntariamente.
- ❖ Llevar todas las clases del año que cursaban.

Fuente: Primaria,

Instrumento: Se elaboró un instrumento que constó de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas que abordaban los aspectos sociodemográficos, entorno académico social, factores precipitantes y tres pruebas (test) validadas internacionalmente y en Nicaragua. Los tests utilizados fueron: el Inventario de Sintomatología del Estrés (ISE), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y el Test Inventario Depresión de Beck (BDI).

El ISE fue elaborado por Bernardo Moreno Jiménez de la Universidad Autónoma de España (UAE) y Ana María Benavides Pereira de la Universidad Paulista de Río de Janeiro. Este instrumento es de auto-aplicación, consta de 30 ítems y está conformado por una matriz de doble entrada en la que la primera columna presenta 30 signos y síntomas de estrés y las siguientes cinco columnas ofrecen una escala tipo Likert (nunca, rara vez, moderadamente, frecuentemente, siempre); a cada uno de ellas se les asignó un valor. El ISE indaga sobre la presencia de sintomatología física, psíquica, social y global del individuo con estrés. Valora la sintomatología psicológica con intervalos de 0-11 (bajo); de 12-19 (medio) y mayor de 19 (alto). La sintomatología física y socio-psicológica es valorada con intervalos de 0-5 (bajo); de 6-8 (medio); y mayor de 8 (alto). La sintomatología global recibe valores de 0-22 (bajo); de 23-33 (medio) y mayor de 33 (alto).



El HARS es un inventario desarrollado por M. Hamilton. Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad; consta de un total de 14 ítems que valoran los aspectos físicos, psíquicos y conductuales de la ansiedad. Es una escala hetero-aplicada. Los puntos de corte recomendados son: 0-5 (no existe ansiedad); 6-14 (ansiedad leve) y más de 15 (ansiedad moderada a grave).

El BDI fue desarrollado por Beck en 1978; luego fue validado por Beck y Steer en 1984; en México por Jurado y cols., en 1988 y en España por Sanz y Vásquez en 1998. Es un instrumento autoaplicado de 21 grupos de aseveraciones.

Las puntuaciones medias correspondientes a los distintos niveles de gravedad de la depresión comprenden, a saber: depresión ausente o mínima (puntuación media de 11); depresión leve (puntuación media de 19); depresión moderada (puntuación media de 25); depresión grave (puntuación media de 30).

El cuestionario previamente elaborado y adaptado al contexto del estudiante de Odontología sobre situaciones académicas y sociales constó de 20 preguntas a las que el encuestado debió responder “sí” o “no” y se encontraron agrupadas en aspectos académicos, sociales, familiares y personales.

Recolección de datos: Previo a la aplicación del instrumento se coordinó con las autoridades correspondientes para obtener los horarios y el local adecuado para poder asistir adonde se encontraban los alumnos seleccionados en las aulas de clases. Luego, utilizando el listado se aplicó un sorteo mediante el método de la lotería seleccionando a los estudiantes de cada año. Se procedió a llegar a las aulas de clases correspondientes, donde se les explicó a los estudiantes el motivo de la visita y que podrían participar de forma voluntaria en la investigación.

Posteriormente, las investigadoras junto con los estudiantes seleccionados se ubicaron en un local privado y tranquilo, donde se explicó la intención y el sentido de las preguntas de los instrumentos.



Los instrumentos se auto-aplicaron de forma individual de la siguiente manera: a los estudiantes de segundo y quinto año se les aplicó en una sola sesión; a los estudiantes de tercer año y cuarto año se les aplicó en dos sesiones respectivamente. El tiempo promedio para contestar fue de 35 a 45 minutos aproximadamente.

Plan de análisis: Los datos se introdujeron en el programa estadístico SPSS, versión 16. Al finalizar de aplicar el instrumento a cada año, se corrió la base de datos para hacer limpieza de su contenido y control de calidad. Se realizó análisis descriptivo, distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se definieron niveles de estrés, ansiedad y depresión y se calculó su prevalencia en sub-grupos según sexo, edad, estado civil y curso. Se presentaron los resultados en graficas y tablas.

Aspectos éticos: Los aspectos éticos tomados en cuenta para la obtención de la información fue la utilización de un consentimiento informado donde se les explicó a los encuestados en qué consistía la investigación, que la información brindada sería anónima, de estricta confidencialidad y con fines únicamente investigativos. Además, se les oriento que en cualquier momento del proceso de la investigación si deseaban no continuar podrían hacerlo y esto no perjudicaría en nada su vida estudiantil. Cada uno de los estudiantes firmó si estaba o no dispuesto a participar.



Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Valor
Datos sociodemográficos.			
Sexo	Clasificación en femenino o masculino basada en las características anatómicas y cromosómicas.	Cuestionario.	Femenino. Masculino.
Estado civil	Situación afectiva en que está una persona ante la ley.	Cuestionario.	Soltero. Casado. Unión libre. Otros.
Curso	Período de un año que comienza con la apertura de las clases.	Cuestionario.	II Curso, III Curso, IV Curso, V Curso.
Edad	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Cuestionario.	Menor de 20 años. Mayor igual a 20 años.
Procedencia	Orígen, principio de donde nace o se deriva algo.	Cuestionario.	León. Fuera de León.
Factores sociales y académicos que producen mayor tensión.			
Entorno social	Agrupación de individuos con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o algunos de los fines de la vida: recreativos, culturales, deportivos o benéficos.	Cuestionario.	Mala alimentación, relación docente-alumno, condición habitacional, poco tiempo para intereses y distracciones personales, problemas familiares, preocupación sobre el futuro, situación económica precaria, frustración por el no cumplimiento de las expectativas.



Entorno académico	Conjunto de situaciones relacionados con diversas actividades académicas universitarias.	Cuestionario.	Sobrecarga de tareas, trabajos seminarios, alto costo de los materiales, carencia de instrumentos odontológicos, cumplimiento de requisitos, búsqueda de pacientes, incumplimiento de pacientes, asumir costos de tratamientos dentales de pacientes, llegadas tardes de docentes, falta de tiempo para cumplir con actividades académicas, realización de un examen, mantener un buen promedio académico.
Componente curricular I y II Semestre que producen mayor estrés.			
Componente curricular del I semestre II curso.	Actividades académicas de estudiantes del II curso realizadas en los primeros seis meses.	Cuestionario.	Fortaleza y Aprendizaje, Anatomía Humana, Histología y Embriología Bucodental, Bioquímica, Educación Sanitaria, Odontología Preventiva I, Anatomía Dental, Promoción de la Salud I.
Componente curricular del II semestre II curso.	Actividades académicas de estudiantes del II curso realizadas en los segundos seis meses.	Cuestionario.	Inglés, Fisiología, Microbiología, Patología General, Anatomofisiología Clínica de la Boca, Odontología Preventiva II, Promoción de la Salud II, Identificación de Afecciones de los dientes.
Componente curricular del I semestre III curso.	Actividades académicas de estudiantes del III curso realizadas en los primeros seis meses.	Cuestionario.	Metodología de la Investigación, Farmacología y Terapéutica, Patología Bucal I, Radiología, Propedéutica Clínica, Oclusión
Componente curricular del II semestre III curso.	Actividades académicas de estudiantes del III curso realizadas en los segundos seis meses.	Cuestionario.	Patología Bucal II, Materiales Dentales, Periodoncia, Periodoncia, Operatoria Dental, Anestesia Local.



Componente curricular del I semestre IV curso.	Actividades académicas de estudiantes del IV curso realizadas en los primeros seis meses.	Cuestionario.	Endodoncia, Prótesis Parcial Fija, Cirugía Oral, Clínica de Periodoncia, Clínica de Operatoria, Eje Atención Odontológica Integral Nivel I, Consejería.
Componente curricular del II semestre IV curso.	Actividades académicas de estudiantes del IV curso realizadas en los segundos seis meses.	Cuestionario.	Epidemiología, Prótesis Parcial Removible, Odontopediatría, Cirugía Oral II, Clínica Endodoncia, Clínica Prótesis Parcial Fija, Eje Atención Odontológica.
Componente curricular del I semestre V curso.	Actividades académicas de estudiantes del V curso realizadas en los primeros seis meses.	Cuestionario.	Ortodoncia, Clínica Prótesis Parcial Removible, Clínica de Odontopediatría, Cirugía Oral III, Eje Atención Odontológica Integral Integradora (Nivel I), Protocolo de Monografía.
Componente curricular del II semestre V curso.	Actividades académicas de estudiantes del V curso realizadas en los segundos seis meses.	Cuestionario.	Odontología Sanitaria, Clínica de Prótesis Total, Clínica de Odontopediatría II, Cirugía Oral IV, Eje Atención Odontológica Integral Integradora (Nivel II), Elaboración de Monografía.
Niveles de depresión, ansiedad y estrés.			
Depresión.	Estado emocional anormal caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, vacío y desesperanza, en grado inapropiado y desproporcionado respecto a la realidad.	Test inventario depresión de Beck.	Ausente o mínima (11puntos). Leve (19puntos). Moderada (25puntos). Grave (30puntos).

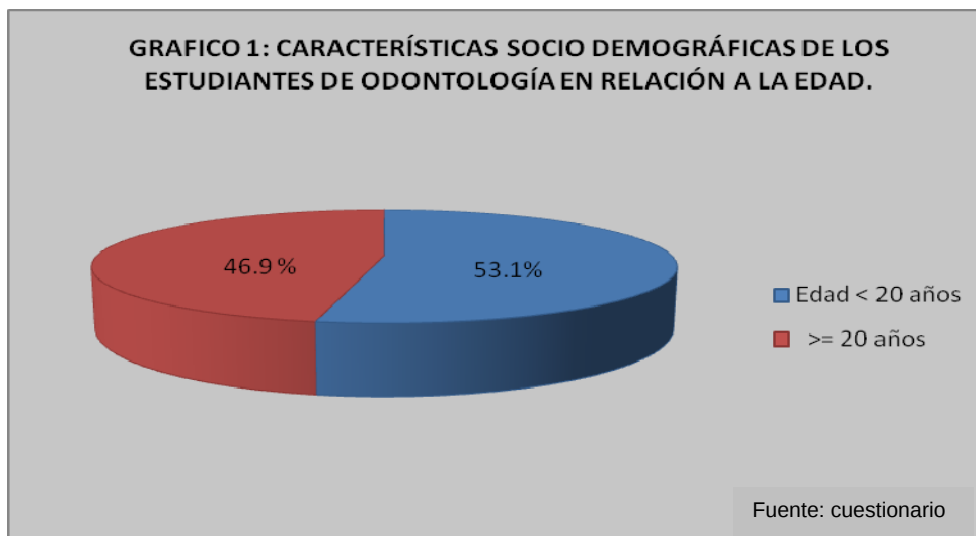


Ansiedad.	Estado de aprensión, tensión e intranquilidad que responde a la percepción de una amenaza.	Test escala de Hamilton para la ansiedad.	No existe ansiedad: 0-5 puntos. Ansiedad Leve: 6-14 puntos. Ansiedad Moderada a grave: más de 15 puntos.
Estrés.	Respuesta automática y natural del organismo ante las situaciones que resultan amenazadoras o desafiantes.	Test Inventario de sintomatología del estrés.	Psicológico 0-11 (baja), 11-19(media), +19 (Alta). Física 0-5 (bajo), 6-8 (medio) +8 (alto). Social 0-22 (bajo), 23-33 (medio) +33 (alto). Global 0-22 (bajo); de 23-33 (medio) y mayor de 33 (alto).

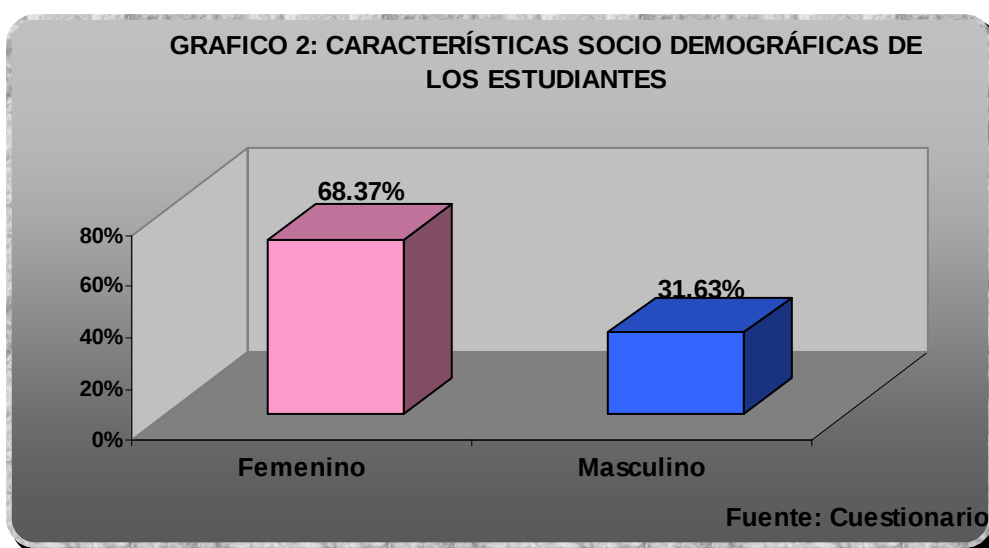


XI.- RESULTADOS.

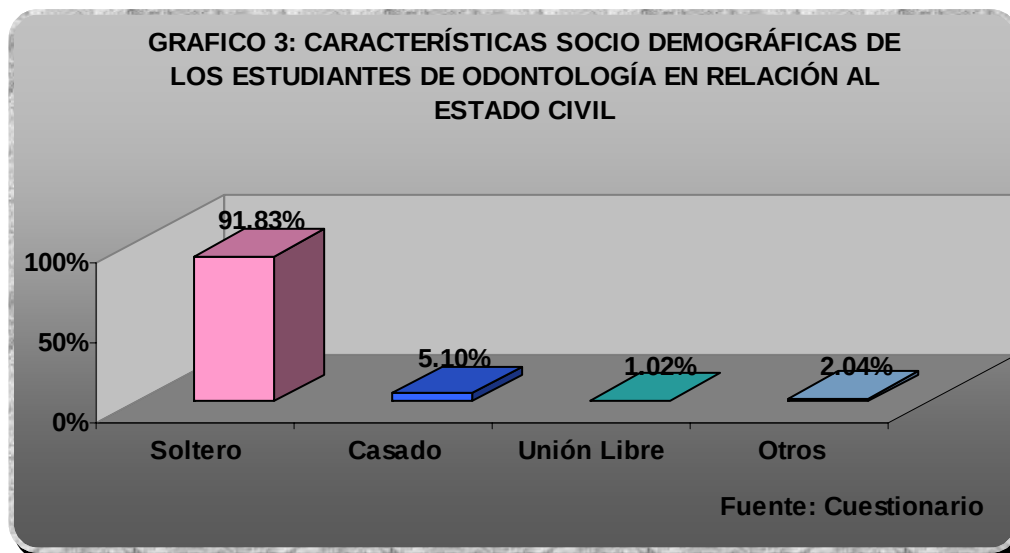
Se estudiaron un total de 98 estudiantes de la Facultad de Odontología, los cuales tenían una edad promedio de 20 años (desviación estándar = 1.714), edad mínima de 17 y máxima de 25. El 53% fue menor de 20 años y el 47% era mayor de 20 (gráfico 1).



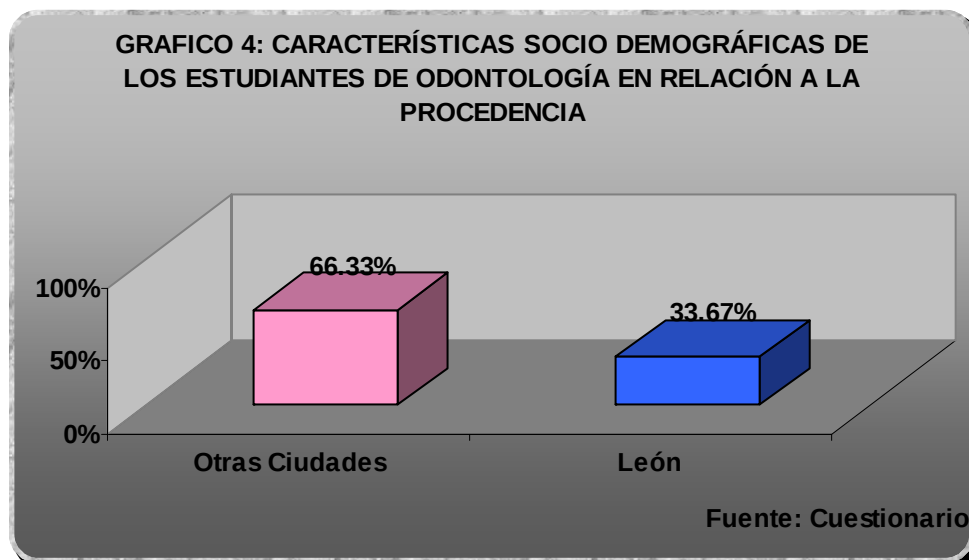
El 68% de los estudiantes eran mujeres, mientras que el 32% eran del sexo masculino (gráfico 2).



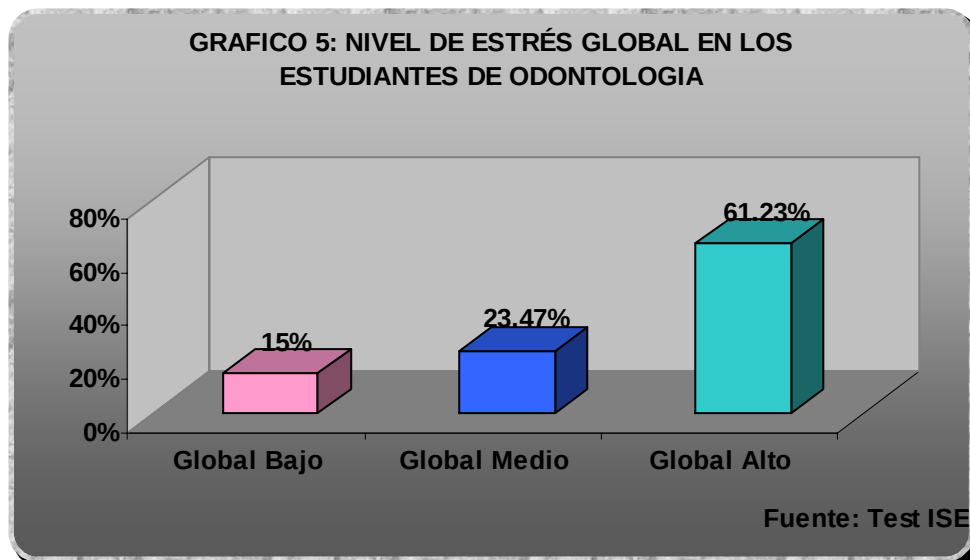
El estado civil que prevaleció fue la soltería en el 92%, seguido por 5% de casados (gráfico 3).



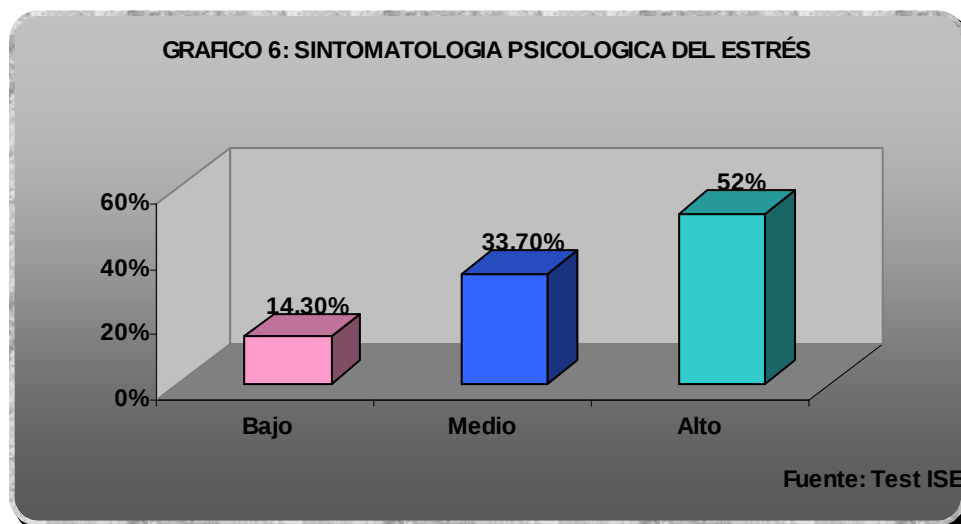
El 66% de los estudiantes de odontología procedían de otras ciudades y el 34% era de la ciudad de León (gráfico 4).



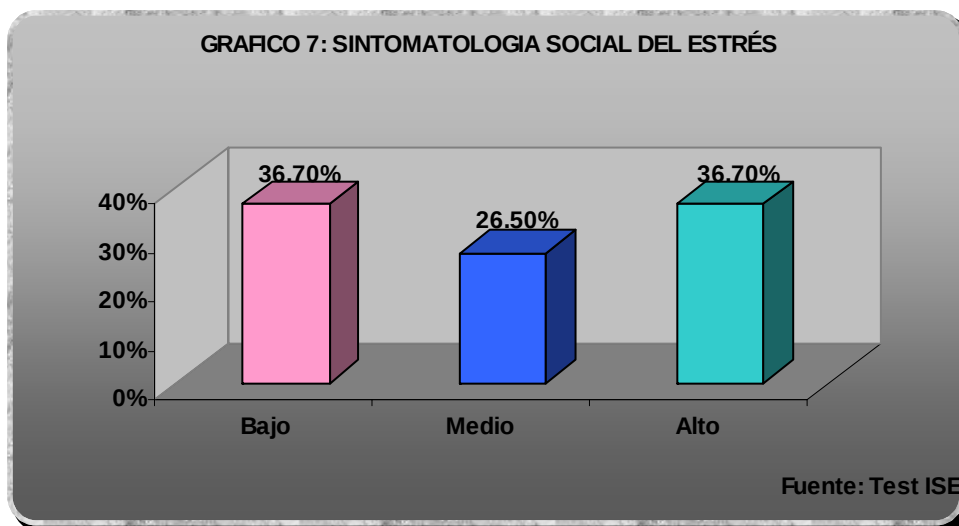
El 61% de los encuestados manifestó estrés alto; el 23% presentó estrés medio y el 15% reveló estrés bajo (gráfico 5).



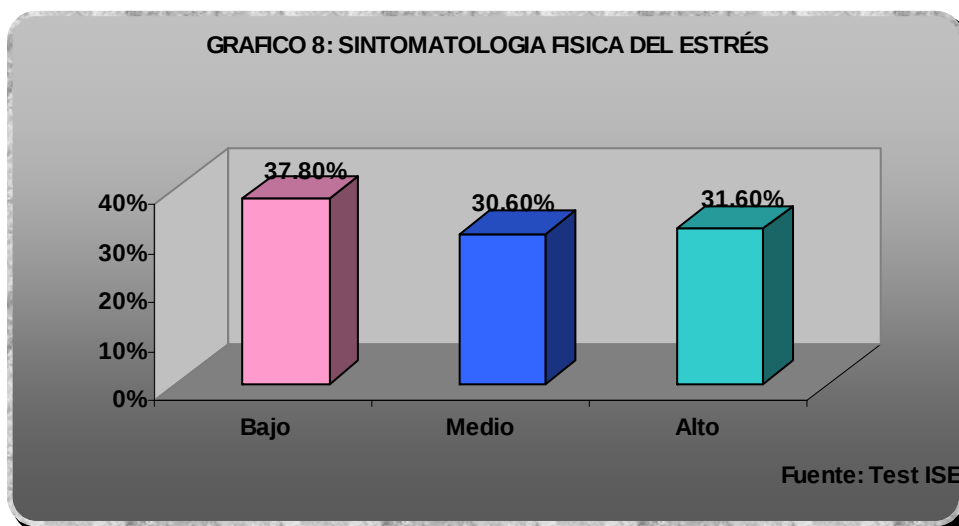
Al evaluar la sintomatología psicológica del estrés observamos que el 52% presentó sintomatología psicológica alta, seguido de la sintomatología psicológica media y baja con un 34 y 14% respectivamente (gráfico 6).



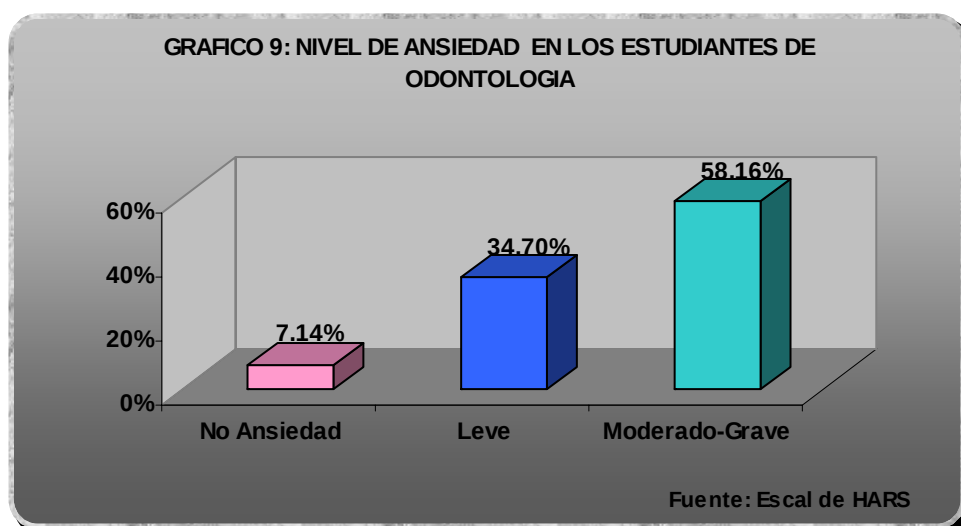
La sintomatología social del estrés en los estudiantes de odontología fue de 37% en las categorías alta y baja y de 26% en la categoría media (gráfico7).



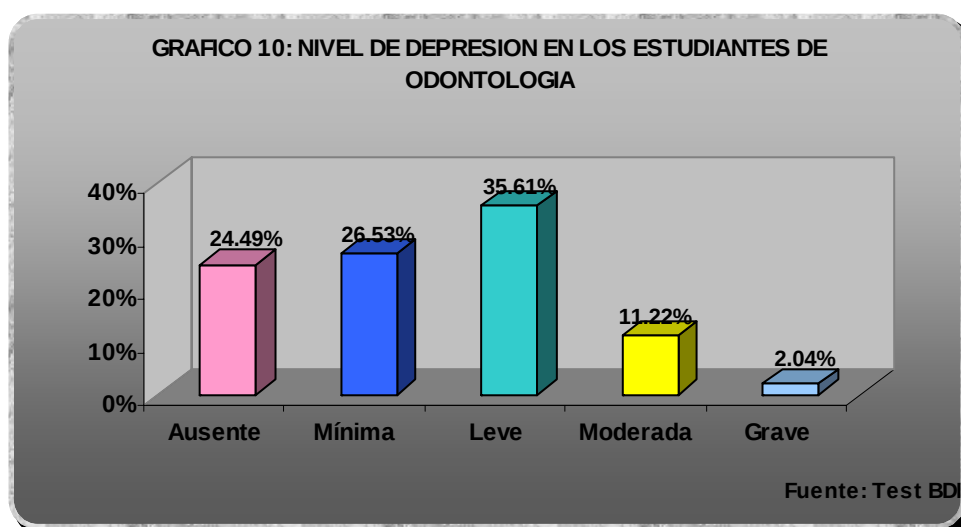
Los síntomas físicos bajos se presentaron en el 38% de los encuestados, mientras que los síntomas físicos medios y altos estuvieron presentes en el 31% (gráfico 8).



Según el test de ansiedad de Hamilton el 58% de los estudiantes presentaron ansiedad moderada-grave y el 35% tuvo ansiedad leve (gráfico 9).



Los niveles de depresión según el test de Hamilton fueron: depresión leve 36%; depresión mínima 27%; y depresión moderada 11% (gráfico 10).





De acuerdo al comportamiento de depresión, ansiedad y estrés, el 76% de las mujeres estaban deprimidas, 94% ansiosas y 100% estresadas; mientras que en el sexo masculino se encontró que el 74% estaba deprimido, el 90% ansioso y el 100% estresados (cuadro 1).

CUADRO 1: COMPORTAMIENTO DE DEPRESIÓN/ ANSIEDAD/ ESTRÉS –SEXO.

Variables	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Depresión				
Si	51	76.12	23	74.20
No	16	23.9	8	25.8
Ansiedad				
Si	63	94.0	28	90.3
No	4	6	3	9.7
Estrés				
Si	67	100	31	100
No	0	0	0	0

Entre los menores de 20 años el 75% estaba deprimido, el 96% ansioso y el 100% estresado. En el grupo con 20 años o más, el 76% estaba deprimido, el 89% ansioso y el 100% estresado (cuadro 2).

CUADRO 2: COMPORTAMIENTO DE DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS–EDAD.

Variables	<20 años		> = 20 años	
	Nº	%	Nº	%
Depresión				
Si	39	75	35	76.0
No	13	25	11	24
Ansiedad				
Si	50	96.1	41	89.1
No	2	3.9	5	10.9
Estrés				
Si	52	100	46	100
No	0	0	0	0



De los 90 estudiantes solteros el 77% estaba deprimido, el 93% manifestó ansiedad y el 100% presentó estrés. El 60% de los casados se encontraron deprimidos, 80% con ansiedad y 100% con estrés (cuadro 3).

CUADRO 3: RELACIÓN DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS-ESTADO CIVIL

Variables	Soltero		Casado		Unión libre		Otros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Depresión								
Si	69	76.6	3	60	0	0	2	100
No	21	23.4	2	40	1	100	0	0
Ansiedad								
Si	84	93.3	4	80	1	100	2	100
No	6	6.7	1	20	0	0	0	0
Estrés								
Si	90	100	5	100	1	100	2	100
No	0	0	0	0	0	0	0	0

Los estudiantes procedentes de León presentaron mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión que los estudiantes de otras ciudades, con 82% de depresión, 97% de ansiedad y 100% de estrés (cuadro 4).

CUADRO 4: CONDUCTA DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS -PROCEDENCIA.

Variables	León		Fuera León	
	Nº	%	Nº	%
Depresión				
Si	27	81.8	47	72.3
No	6	8.2	18	27.7
Ansiedad				
Si	32	96.9	59	90.7
No	1	3.1	6	9.3
Estrés				
Si	33	100	65	100
No	0	0	0	0



El segundo curso presentó los niveles más altos de depresión con un 85%, al igual que la ansiedad con un 96%. Y los estudiantes del quinto curso reflejaron menores niveles de depresión con un 67% y ansiedad con 83%. El estrés se presentó en todos los estudiantes (cuadro 5).

CUADRO 5: COMPORTAMIENTO DE DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS–CURSO EN LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.

Variables	II Curso		III Curso		IV Curso		V Curso	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Depresión								
Si	22	84.6	18	75	22	73.3	12	66.6
No	4	15.14	6	25	8	26.7	6	33.4
Ansiedad								
Si	25	96.1	23	95.8	28	93.3	15	83.3
No	1	3.9	1	4.2	2	6.7	3	16.7
Estrés								
Si	26	100	24	100	30	100	18	100
No	0	0	0	0	0	0	0	0

Dentro de los factores académicos, los más relevantes son: la frustración por el no cumplimiento de expectativas y la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas con 81% para ambas; seguido de la búsqueda de pacientes para cumplimiento de requisitos con 80%; la sobrecarga de tareas, trabajo, seminarios y exámenes, asumir costos de tratamientos dentales de pacientes (78%); el alto costo de los materiales (72%); el incumplimiento de pacientes (inasistencia o llegadas tarde) 71%; la realización de un examen (68%); mantener un buen rendimiento o promedio académico (65%); los factores sociales como poco tiempo para intereses y distracciones personales o situación económica precaria con 42% (cuadro 6).

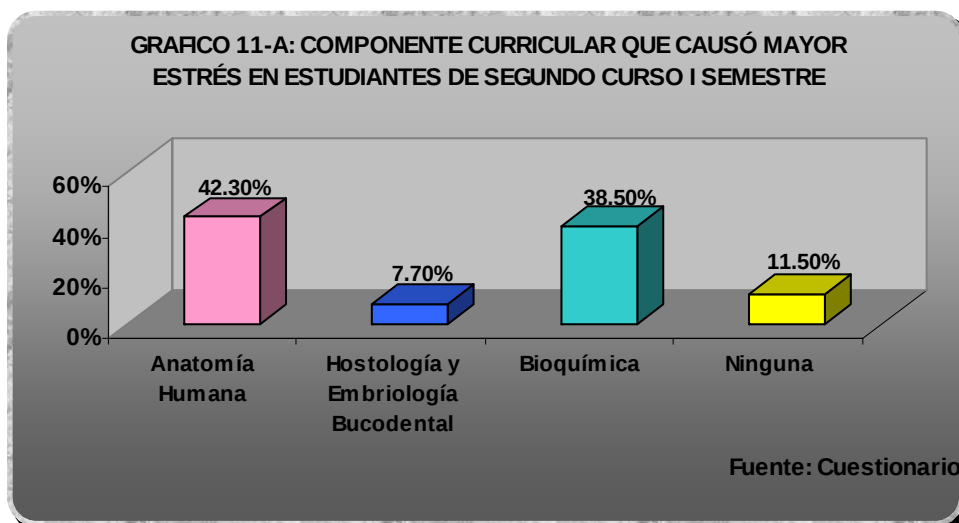


**CUADRO 6. FACTORES ACADÉMICOS-SOCIALES QUE PRODUCEN ESTRÉS
EN
ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.**

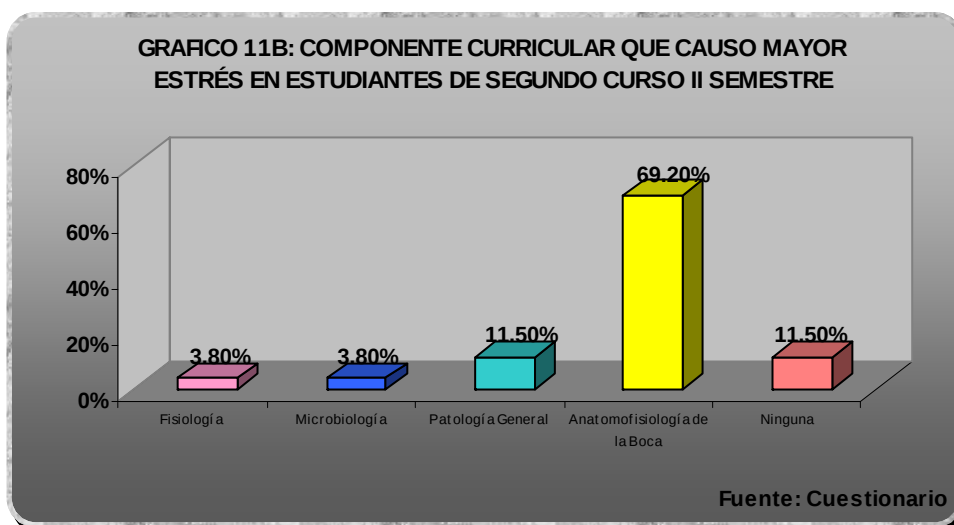
FACTORES	No.	%
Carencia de instrumentos y materiales facilitados por la Facultad	53	54.1%
Mala alimentación	63	64.3%
Relación Docente-alumno	22	22.4%
Poco tiempo para distracciones personales	41	41.8%
Condición habitacional	26	26.5%
Problemas familiares	30	30.6%
Preocupación sobre el futuro	60	61.2%
Situación económica precaria	41	41.8%
Frustración por el no cumplimiento de expectativas	79	80.6%
Sobrecarga de tareas	76	77.6%
Alto costo de materiales	71	72.4%
Cumplimiento de requisitos	76	77.6%
Búsqueda de pacientes	78	79.6%
Incumplimiento de paciente	70	71.4%
Asumir costos de tratamientos de pacientes	52	53.1%
Llegadas tardes de docentes	37	37.8%
Falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas	79	80.6%
Realización de un examen	67	68.4%
Mantener promedio académico	64	65.3%



Los estudiantes de odontología del segundo curso manifestaron que anatomía humana y bioquímica fueron las clases más estresantes durante el año académico con un 42% y 39% respectivamente (gráfico 11-A).

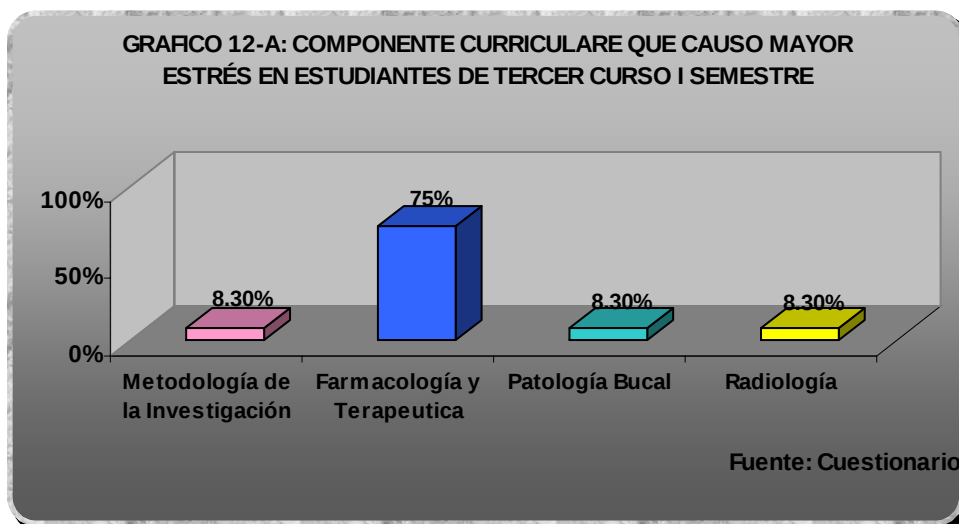


En el segundo semestre la asignatura más estresante fue anatomofisiología de la boca con 69% (gráfico 11-B).

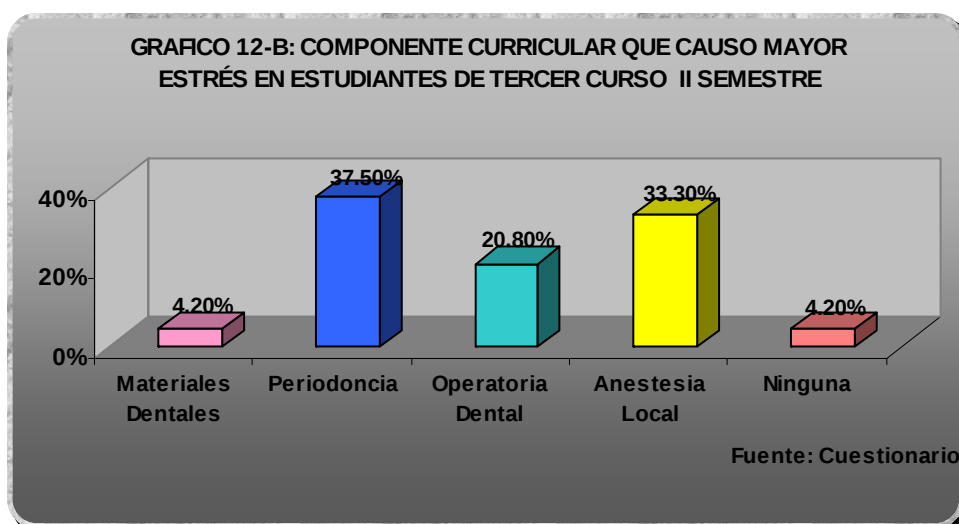




Farmacología fue el componente curricular más estresante según los estudiantes de tercer curso con un 75% (gráfico 12-A).

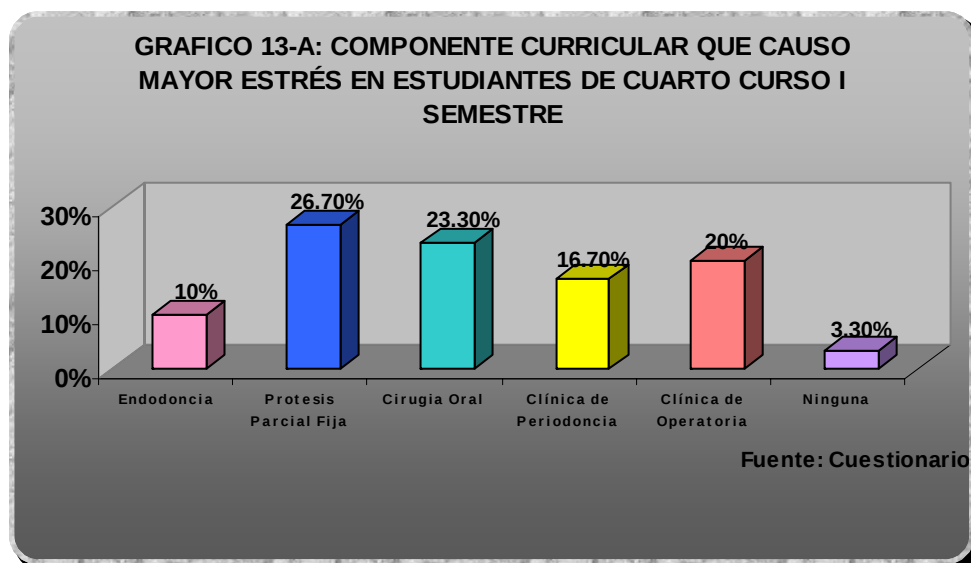


Tanto periodoncia como anestesia local se presentaron como las asignaturas más estresantes en el segundo semestre con 38 y 33% respectivamente (gráfico 12-B).

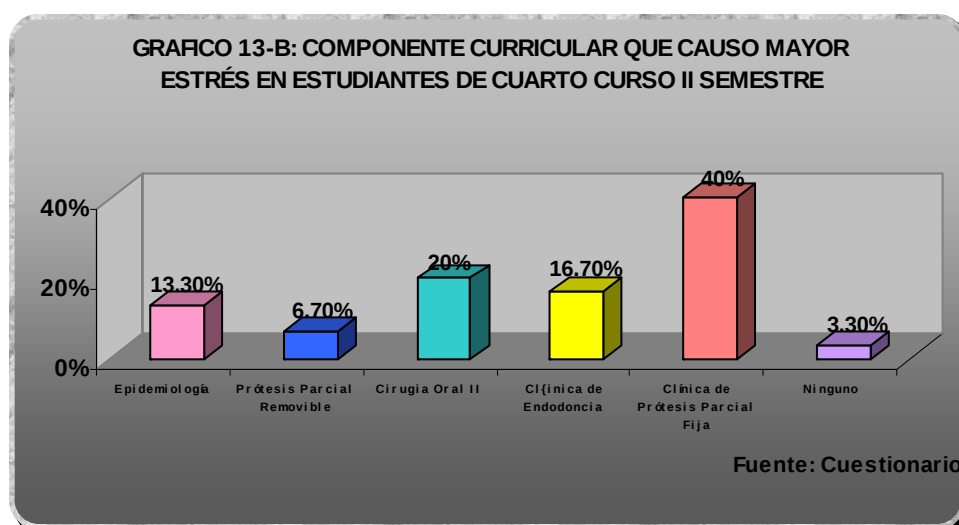




En el cuarto curso los estudiantes consideraron que prótesis parcial fija con 27%; cirugía oral con 23% y clínica de operatoria con 20% eran los componentes curriculares más estresantes (gráfico 13-A).

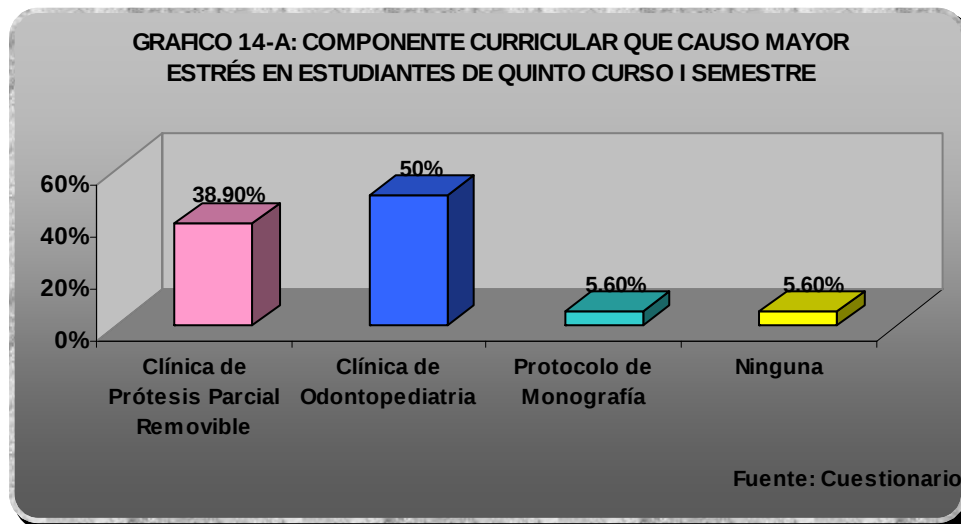


En el segundo semestre el componente curricular que produjo mayor tensión fue la clínica de prótesis parcial fija 40%, seguido de cirugía oral con 20% (gráfico 13-B).

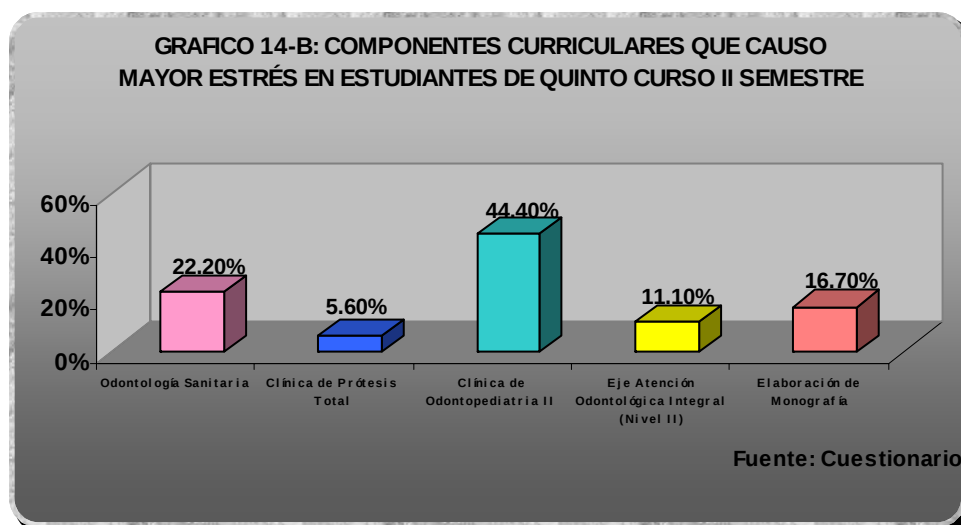




Odontopediatría fue la clínica que causó mayor tensión en los estudiantes de quinto curso con un 50%, seguida de prótesis parcial removible con 39% (gráfico 14-A).



Al igual que en el primer semestre la clinica de odontopediatría provocó más tensión en los estudiantes 44% y en segundo lugar odontología sanitaria con 22% (gráfico 20-B).





XII.- DISCUSIÓN.

Los desórdenes mentales a los que están sometidos los estudiantes de diferentes años varían de acuerdo al entorno social y académico en el que se desarrollan los estudiantes durante cada semestre. Por lo que se ha observado que el género femenino presenta mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés; teniendo así, mayor predisposición que los hombres a padecer dichos desórdenes mentales, debido a los cambios hormonales, en los niveles de estrógeno y progesterona, que parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Pero además, durante sus años reproductivos, las mujeres experimentan una compleja interacción entre esta actividad ovárica y la serotonina, un neurotransmisor clave en estos estados²³.

Si bien es cierto que los niveles de estrés están presentes en todos los estudiantes universitarios, encontramos que el 100% de los estudiantes de la Facultad de Odontología presentó estrés, y de ellos, el 61% tuvo estrés global alto, coincidiendo esto con el estudio de Díaz, que mostró que el 96% de los alumnos de la carrera de Odontología presentó estrés, el 31% estrés leve y el 65% estrés moderado, sin casos de estrés severo¹⁶. Nuestra prevalencia de estrés estudiantil fue más alta que la reportada por la literatura mundial.

Sin embargo, la sintomatología Psicológica alta estuvo presente en el 52%, la sintomatología física baja en el 38% y la sintomatología social alta y baja en el 37% respectivamente. Estos resultados fueron ligeramente más altos a lo reportado por Adlaf y cols. (1998), quienes hallaron 30% de estrés psicológico elevado²⁹. Así mismo, Humphris, Blinkhom y cols. (2002), reportaron que en siete Facultades de Odontología de Europa el 36% de los encuestados presentó estrés psicológico significativo traducido en morbilidad.³⁰



La prevalencia de ansiedad en los estudiantes de odontología fue del 93%, superior al estudio realizado en la universidad del Valle donde la prevalencia de ansiedad fue de 67%. Así mismo, el 75.5% de los estudiantes presentaron diferentes niveles de depresión, distinto al estudio realizado por Mkize y cols, donde reportaron una prevalencia de depresión del 53%.³¹

A pesar de que la mayoría de los estudiantes son originarios de otros departamentos, éstos se encontraban menos deprimidos y ansiosos con una frecuencia de 72% y 91% respectivamente, a diferencia de los estudiantes de la ciudad de León que presentaron un mayor número de deprimidos y ansiosos con 82% y 97%; ansiedad moderada-grave de 63% y estrés global alto de 72%. Locker encontró que los estudiantes de Odontología que vivían junto a sus padres presentaron mayores niveles de estrés. Existe alguna evidencia de que el nivel de apoyo brindado en el hogar puede ayudar en el proceso, para contrarrestar la sobrecarga emocional a la que se ven sometidos los estudiantes en su carrera¹⁵.

En los estudiantes menores de 20 años existió tanto mayor depresión, como ansiedad coincidiendo con los resultados obtenidos en el comportamiento de la depresión, ansiedad con el II curso en el que los estudiantes en su mayoría oscilaban en estas edades. La diferencia existente entre ambos grupos de edades no es muy significativa.

El curso con un mayor número de estudiantes con depresión y ansiedad fue segundo año con un 85% de deprimidos y 96% de ansiosos. El mayor número de estudiantes con ansiedad moderada a grave y de estrés global alto se encontró en segundo año con 69 y 63% respectivamente. El cuarto año resultó ser el único curso con niveles de depresión grave con un 7%. Naidu (2002) sugirió que existe relación entre el estrés y los años de estudio, haciendo referencia a las implicaciones que tiene el cambio de la pre clínica a la clínica.³²



Las asignaturas más estresantes para los estudiantes de 2do, 3ro, 4to y 5to año de la carrera de odontología durante el primer semestre fueron: anatomía humana, farmacología, preclínica de prótesis fija y clínica de odontopediatría I respectivamente. En el segundo semestre: anatomofisiología clínica de la boca, periodoncia junto con anestesia local, clínica de prótesis fija y clínica de odontopediatría II. En la investigación realizada por Díaz Aguilar (2007), el componente más estresante para el último curso fue odontopediatría y para 4to año la clínica de endodoncia, difiriendo este último con nuestro estudio porque la asignatura más estresante percibida por los estudiantes fue prótesis parcial fija.¹⁶

La frustración por el no cumplimiento de expectativas y la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas; seguido de la búsqueda de pacientes para cumplimiento de requisitos; sobrecarga de tareas, trabajo, seminarios y exámenes, son los factores que los estudiantes consideraron más estresantes. Concordando con los estudios llevados a cabo por Rajab en el 2001, quien encontró que los mayores productores de estrés son los exámenes, los días cargados de trabajo y la falta de tiempo para el descanso. En los años clínicos, el bienestar de los pacientes o el no cumplimiento de sus turnos, junto con el cumplimiento de requisitos académicos fueron los principales factores.¹¹



XIII.- CONCLUSIONES.

1. El estrés global alto fue mayor en estudiantes menores de 20 años, en mujeres, entre solteros y los procedentes de León que cursaban el segundo y quinto curso de Odontología.
2. La sintomatología psíquica fue la de mayor prevalencia.
3. La ansiedad moderada-grave fue mayor en las mujeres mayores de 20 años, en solteros y procedentes de la ciudad de León, que cursaban el segundo y cuarto cursos.
4. La depresión de forma general fue mayor en el sexo femenino. Sin embargo, la depresión moderada-grave fue más frecuente en el sexo masculino, en los solteros, en los estudiantes de tercero y cuarto cursos y procedentes de León.
5. No existe una relación significativa del estrés, ansiedad y depresión con respecto al sexo, la edad y el estado civil. únicamente, hubo una aparente relación entre la ansiedad, la procedencia y los niveles de estrés con el curso.
6. Los factores académicos que los estudiantes consideraron más estresantes fueron: la frustración por el no cumplimiento de expectativas, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y la búsqueda de pacientes para cumplimiento de requisitos, exámenes, inasistencia de pacientes, alto costo de materiales dentales y asumir el costo de tratamientos dentales de pacientes.
7. Los componentes curriculares más estresantes fueron: para primer año, anatomía humana en el primer semestre y anatomofisiología clínica de la boca en el segundo semestre; para los estudiantes de segundo, farmacología en el primer semestre y periodoncia en el segundo; preclínica y clínica de



prótesis parcial fija en el primer y segundo semestre respectivamente para el cuarto año; odontopediatría I y II en los estudiantes de quinto año.



XIV.- RECOMENDACIONES.

A la Facultad de Odontología:

Crear un servicio de orientación psicológica disponible en todo momento para sus estudiantes.

- Asegurar la afluencia de pacientes a las distintas clínicas, garantizando su captación; fortaleciendo o reactivando el programa de captación de los mismos.
- Reconocer las posibles causas que hacen que ciertos componentes curriculares teóricos o clínico-prácticos produzcan altos niveles de tensión a los estudiantes; perfeccionando e innovando el proceso de enseñanza-aprendizaje existente en busca de mejorar la calidad de la educación.
- Implementar cursos para el manejo del estrés y brindar información a los docentes acerca de cómo detectar probables trastornos de ansiedad y depresión en sus alumnos.
- Darle la posibilidad al estudiante para que opine sobre el programa educativo y tomar en cuenta sus sugerencias.

A los profesores:

- Fortalecer el rol del docente como facilitador del aprendizaje del estudiante con un ambiente agradable, para que el estudiante logre un correcto desempeño.
- Practicar un rol docente humanista, siendo accesible, receptivo, motivador y comprensivo; explicar conceptos y técnicas claramente según el nivel de conocimiento del estudiante, entendiendo sus límites y teniendo en cuenta que cada alumno tiene su propio ritmo de aprendizaje, que debe ser respetado y valorado.



- Establecer una correcta relación estudiante-docente-paciente.

Al estudiante:

- Adoptar un estilo de vida saludable, dormir lo suficiente (8 horas diarias), realizar ejercicios físicos combinado con una alimentación saludable, evitar consumir nicotina, licor u otras sustancias dañinas.
- Desarrollar y mantener un sistema fuerte de apoyo social con los compañeros.
- Organizar mejor su tiempo, estudiar con anticipación, no dejar todo para último momento, llegar siempre temprano a la clínica y tener listo todo para evitar atrasos en la atención del paciente y aprovechar al máximo el tiempo establecido.

A los padres de familia:

- Los padres o responsables de cada estudiante deberán tratar de lograr un mayor acercamiento con sus hijos, apoyándolos y manteniendo constante comunicación con ellos.



XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alarcón RD, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. Organización Panamericana de la Salud. El manual moderno. 2da. ed. 2005
2. Estrés. Características del estrés. Estudio de TNS Gallup. Instituto Gubel, Buenos Aires, Argentina. Oct. 2007. <http://www.hipnosisnet.com.ar/estres-estresados-tratamiento-depresion.htm>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. 2001
4. Virues Elizondo RA. Estudio sobre ansiedad. Revista electrónica psicología científica.com. 2005. <http://www.psicologiacientifica.com>
5. Organización Panamericana de la Salud. Trastornos depresivos en diferentes culturas. Publicación científica No. 458. 1983
6. Román Collazo CA, Ortiz Rodríguez F, Hernández Rodríguez Y. El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. Escuela Latinoamericana de Medicina. Cuba. www.rieoei.org/deloslectores/2371Collazo.pdf
7. Albanesi de Nasetta S, Tifner S, Nasetta J. Revista venezolana. Artículo número 3. Vol.44. 2006.
8. Bedoya Lau SA, Perea Paz M, Ormeño Martínez R. Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. Revista Estomatológica Herediana. V 16; No.1; Lima. Jun. 2006
9. Tomada A et al. One year prevalence and incidence of depression among first year university students in japan: a preliminary study. Psychiatry Clin Neuroci 2000 Oct; 54(5):583-8
10. Campo-Cabal G, Gutiérrez SJ Psicopatología en estudiantes universitarios. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2001 Dic; 30(4)
11. Rajab LD. Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, The University of Jordan, Aman. Perceived sources of stress among dental students at the University of Jordan. 2001



12. Sanders E. Prevention and differences among dental office personal. General Dentist, 2002; 66(9):1021-1030
13. Artola Miranda DJ et. al. Estrés en estudiantes de tercer año de la carrera de medicina. U.N.A.N.-León. 2002
14. CIDS, UNAN-LEON, FETP-CDC Atlanta. Escala de valoración psiquiátrica para la depresión. León, Nicaragua. 2004
15. Muirhead V. Locker D. Faculty of Dentistry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada. Canadian dental students' perceptions of stress. 2005
16. Díaz Aguilar D, Portugal Márquez J, Roa Vázquez AG et. al. Nivel de estrés en estudiantes de la carrera de odontología de la FESI en el ciclo escolar 2007. <http://odontologia.iztacala.unam.mx>
17. Ivancevich JM, Matteson MT. Estrés y trabajo, una perspectiva gerencial. 2ª ed. Trillas.
18. Reynoso Erazo, L. Seligson Nisenbaun I. Psicología clínica de la salud, un enfoque conductual. 1ª. ed. Manual moderno. 2005
19. Davidson GG, Neale JM. Psicología de la conducta anormal, enfoque clínico experimental. Limusa..
20. Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán, LE. Psiquiatría. Fundamentos de medicina. 4a. ed. Corporación para investigaciones biológicas. 2004
21. Alarcón, RD, Mazzotti, G, Nicolini, H. Psiquiatría. Organización Panamericana de la Salud. El manual moderno. 2da. ed. 2005
22. Raymond D. Adams, et al. Principios de Neurología. 6ª. ed. México; Mc Grawhill Interamericana, 1999.
23. Ileana M Fumero. Galenus nº4. Suplemento: Depresión. La depresión mayor en la mujer. <http://www.galenusrevista.com/La-depresion-mayor-en-la-mujer>
24. Myers, David G. Psicología. 7a. ed. Buenos Aires. Panamericana. 2005
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. Washington, D.C. 1994
26. Barraza Arturo. Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. Revista electrónica psicología científica. ISSN: 2011-



2521.<http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-19-3-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.html>.

27. Dyrbye LN, Thomas MT, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions, Mayo Clin Proc. 2005;80:1613-1622.
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=41309>.
28. Minnesota Association for Children's Mental Health (MACMH). Trastorno de Ansiedad. Hoja informativa sobre la salud mental de niños para el salón de clase. http://www.macmh.org/publications/fact_sheets/spanish/Ansiedad.pdf.
29. Adlaf EM, et al. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. J Am Coll Health 2001 Sep; 50(2): 67-72
30. Humphris G, Blinkhorn A, Freeman R, Gortez R, Hoad-Reddick G, Murtomas H, O'Sullivan R. y Splieth C. Psychological stressing undergraduate dental students; baseline results from seven European dental schools. Eur. J. Dent. Edu, 2002; 6(1): 22-29
31. Mkize. LP, Ntsekelela NF, Mkize DL. Prevalence of depression in a university population. University of Trankesi
32. Nadiu R, Adams J, Simeon D, y Persad S. Sources of stress and psychological disturbance among dental students in the West Indies. J. of dent. Edu, 2002; 66(9): 1021-1030



XVI.- ANEXOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario y tests se están realizando con el fin de obtener información sobre la “Prevalencia de estrés, ansiedad, depresión en los estudiantes de odontología de la U.N.A.N - León y su relación con lo académico – social”.

Lo que se pretende con esta investigación es:

- Describir las características socio demográficas de los estudiantes de odontología.
- Medir el nivel de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes.
- Establecer los factores que producen mayor estrés tomando en cuenta el entorno académico social.
- Establecer cual es el componente curricular que causa mayor estrés.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Firma del estudiante



Cuestionario.

Somos estudiantes de V año de la Facultad de Odontología de la UNAN –León. Estamos realizando una investigación sobre prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes de dicha facultad. Dicho trabajo consta de 4 tests con el fin de lograr los objetivos de nuestra investigación. Todos los datos que nos brinden guardaran estricta confidencialidad y son de mucho interés para nuestra investigación.

Datos Personales:

Sexo: Femenino_____ Masculino_____

Estado civil: Soltero_____ Casado_____ Unión de hecho _____ Otro _____

Curso: _____ Edad: _____

Procedencia: _____

De las siguientes situaciones relacionadas con la actividad académica, estudiantil, personal y familiar, cuál le produjo tensión, preocupación o inquietud.

Indique a la par de cada opción sí o no.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Horario muy extenso y mucho tiempo de espera entre cada turno de clase | si | no |
| 2. Sobrecarga de tareas, trabajos, seminarios, exámenes | si | no |
| 3. Llevar clases de arrastre | si | no |
| 4. Alto costo de materiales | si | no |
| 5. Carencia de instrumentos odontológicos y materiales facilitados por la facultad | si | no |
| 6. Cumplimiento de requisitos en cuanto a la cantidad de ellos | si | no |
| 7. Búsqueda de pacientes para cumplimiento de requisitos | si | no |
| 8. Incumplimiento de pacientes (inasistencia o llegadas tarde) | si | no |
| 9. Actitudes del paciente que atiendes (no cooperador, histérico, nervioso, crítico, etc.) | si | no |



10. Asumir costos de tratamientos dentales de los pacientes	si	no
11. Llegadas tarde de docentes a las clínicas o laboratorios	si	no
12. Incumplimiento del rol de asistentes y mecánicos en clínicas y laboratorios	si	no
13. Malas relaciones con compañeros	si	no
14. Mala alimentación por largas jornadas de trabajo	si	no
15. Relación docente-alumno (relaciones interpersonales)	si	no
16. Condición habitacional (compartir habitación, falta de espacio para estudio, ambiente ruidoso)	si	no
17. Viajar de su ciudad de origen a la ciudad de León	si	no
18. Poco tiempo para intereses y distracciones personales	si	no
19. Responsabilidades maternas o paternas	si	no
20. Problemas familiares	si	no
21. Problemas de pareja	si	no
22. Problemas de salud: enfermedad del individuo o de un familiar cercano, muerte de un ser querido	si	no
23. Relación superficial y falta de comunicación entre los miembros de la Facultad	si	no
24. Situación personal-afectiva	si	no
25. Preocupación por el futuro	si	no
26. Situación económica precaria	si	no
27. Falta de tiempo o tiempo limitado para poder cumplir con las actividades académicas	si	no
28. Realización de un examen	si	no
29. Exposición de trabajos en clase	si	no
30. Realización de trabajos obligatorios para aprobar la asignatura	si	no
31. El tipo de trabajo que solicitan los profesores	si	no
32. Mantener un buen rendimiento o promedio académico	si	no
33. Frustración por el no cumplimiento de las expectativas	si	no
34. Monotonía en las actividades académica que realiza	si	no
35. Excesiva exigencia o competitividad	si	no
36. Insatisfacción vocacional	si	no
37. Trabajos clínicos en un lapso de tiempo corto.	si	no



¿Qué componente curricular considera le produce o le produjo mayores niveles de estrés?

(MARQUE UNA OPCION POR SEMESTRE).

I SEMESTRE	SI	II SEMESTRE	SI
FORTALEZA Y APRENDIZAJE		INGLES	
ANATOMIA HUMANA		FISIOLOGÍA	
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL		MICROBIOLOGIA	
BIOQUÍMICA		PATOLOGÍA GENERAL	
EDUCACIÓN SANITARIA		ANATOMOFISIOLOGIA CLINICA DE LA BOCA	
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA I		ODONTOLOGÍA PREVENTIVA II	
ANATOMIA DENTAL		PROMOCION DE LA SALUD II	
PROMOCION DE LA SALUD I		IDENTIFICACIÓN DE AFECCIONES DE LOS DIENTES	
CONSEJERIA		CONSEJERIA	
		DEPORTE I	



Test: Escala de Ansiedad

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems.

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Tensión: sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Miedos: a la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Insomnio: dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Funciones intelectuales (cognitivas): dificultad de concentración. Falta de memoria.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Estado de ánimo depresivo: pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Síntomas somáticos musculares: dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Síntomas somáticos generales: zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	☐	☐	☐	☐	☐
9	Síntomas cardiovasculares: taquicardia. Palpitaciones. Dolor	☐	☐	☐	☐	☐



	torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas respiratorios: opresión torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	☐	☐	☐	☐	☐
11	Síntomas gastrointestinales: dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia (dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica). Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza).	☐	☐	☐	☐	☐
14	Conducta en el transcurso del test: tendencia al abatimiento. Agitación (manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos). Inquietud (va y viene). Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	☐	☐	☐	☐	☐



Test Inventario de Depresión.

El siguiente cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo.

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso.

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción.

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo



5. Culpa.

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo.

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio.

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación.

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas.

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.



10. Episodios de llanto.

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad.

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social.

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión.

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.



15. Enlentecimiento.

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo cualquier tarea.

16. Insomnio.

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad.

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito.

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso.

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.



20. Preocupaciones somáticas.

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía.

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.



Test de sintomatología del estrés

Señale con una cruz la frecuencia con la que ha sentido los siguientes síntomas en los seis últimos meses.

N.	SINTOMAS	Nunca	Rara vez	Moderada-mente	Frecuente-mente	Siempre
1	Dolores de espalda o cuello					
2	Irritabilidad fácil					
3	Pérdida o exceso de apetito					
4	Sentirse sin ganas de comenzar nada					
5	Dolor de cabeza					
6	Escasas ganas de comunicarse					
7	Presión en el pecho					
8	Falta de flexibilidad adaptativa					
9	Dificultad con el sueño					
10	Sensación de cansancio mental					
11	Dificultades sexuales					
12	Tiempo mínimo para uno mismo					
13	Erupciones en la piel, sarpullido					
14	Fatiga generalizada					
15	Pequeñas infecciones					
16	Sentimientos de baja autoestima					
17	Aumento de la bebida, tabaco u otras sustancias					
18	Dificultad de memoria y concentración					
19	Problemas gastrointestinales					
20	Necesidad de aislarse					
21	Problemas alérgicos					
22	Estado de apresuramiento continuo					
23	Presión arterial alta					



N.	SINTOMAS	Nunca	Rara Vez	Moderada- mente	Frecuente- mente	Siempre
24	Pérdida del sentido del humor					
25	Resfriados y gripes					
26	Perdida del deseo sexual					
27	Problemas en la voz (afonía, cambios de voz, carraspera, etc.)					
28	Escasa satisfacción en las relaciones sociales					
29	Dificultad para controlar la agresividad					
30	Cansancio rápido en todas las cosas					

