

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**



**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR**

TEMA:

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ACADÉMICOS RELACIONADOS
EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA CLÍNICA DEL DOCTORADO EN
MEDICINA.**

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR, SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2021

INFORME FINAL

Presentado para su revisión y aprobación

MAESTRANTE:

VLADIMIR HUMBERTO CRUZ BARAHONA

ASESORA

MsC. CORINA DE FÁTIMA, MOLINA MEJÍA

SAN SALVADOR, FEBRERO 2022

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

Dra. Cristina De Amaya

Rectora

Dra. Mirna García De González

Vicerrectora Académica

Dra. Nuvia Estrada

Vicerrector de Investigación y Proyección social

Ing. Sonia Rodríguez

Secretaria general

Dra. Nadia Menjívar

Directora de la Escuela de Posgrado

Dra. Andrea Vallecampo

Coordinadora de Carrera

MSc. Corina de Fátima Molina Mejía

Asesora

Contenido

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
A. Situación problemática	3
Factores académicos relacionados con la ansiedad	7
B. Enunciado del problema	9
C. Objetivos de la Investigación	10
D. Contexto del estudio.....	10
E. Justificación del estudio	15
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	17
A. Estado actual del hecho o situación	17
Terapia cognitiva-conductual.....	20
Concepción Psicológica de la ansiedad.....	31
Factores académicos relacionados con la ansiedad	35
Clasificación actual de la ansiedad según el Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales, DSM-V	38
B. Hipótesis de Investigación	40
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
A. Enfoque y tipo de investigación.....	42
B. Sujeto Y objeto de estudio.....	42
Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población.....	43
5. Criterios de inclusión y exclusión	44
6. Variables e indicadores.....	44
C. Técnicas, Materiales e instrumentos	47
1. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información.....	47
2. Instrumentos de registros y medición	47
2.3 Juicio de expertos para validar los instrumentos	50
D. Procesamiento y análisis de la información	51
G. Estrategias de utilización de resultados	53
H. Aspectos éticos de la investigación.....	53
I. Matriz de congruencia.....	56

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	58
A. Análisis Descriptivo	58
2. Prevalencia de Ansiedad.....	61
3. Factores académicos relacionados con la ansiedad	65
B. Análisis Inferencial.....	69
C. Discusión de resultados	73
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS	79
ANEXOS.....	86

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mis agradecimientos son para Dios, por haberme permitido tomar este camino como lo es el estudio de la metodología para la Investigación Científica, en segundo lugar, mi agradecimiento es para mi familia nuclear y mi familia extendida, por haberme apoyado a lo largo de todo el tiempo de preparación académica, mis agradecimientos explícitos a mi esposa y a mis dos hijos.

Agradezco a mi hermano mayor, el Sr. Mario Barahona, a quien dedico este logro académico, ya que siempre ha estado presente en las diferentes etapas de mi historial académico y específicamente en las etapas de formación de nivel de educación media, pregrado y posgrado.

A mi madre y mis tres hermanas, quienes siempre me apoyaron. Sra. Leonor Barahona, gracias por tu apoyo a través de tus oraciones y también gracias por tus mejores deseos de éxitos y bienestar en todas las facetas de mi vida.

Mis agradecimientos también para la MsC. Corina Mejía, mi asesora de investigación y quien oportunamente me brindo sus orientaciones en el proceso investigativo.

RESUMEN

Introducción. Los jóvenes universitarios del área de la salud durante su formación académica se ven expuestos a una serie de Factores Académicos, los cuales en muchos casos se convierten en factores generadores de ansiedad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de ansiedad y los factores académicos relacionados en población universitaria. **Materiales y Métodos:** El enfoque de análisis fue cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, transversal e inferencial. La muestra de 250 personas fue probabilística y estratificada. Los instrumentos utilizados fueron: el Test de Ansiedad de Beck, BAI, y el Cuestionario de Factores Académicos y para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba Rho de Spearman. Aprobado por el Comité de Ética en fecha 11 junio 2021. **Resultados:** Los hallazgos revelan una prevalencia de ansiedad del 24.72%; las mujeres presentan una mayor prevalencia de ansiedad en comparación con los hombres, no se encontró relación estadísticamente significativa entre los Factores: Carga académica, Metodología empleada por el docente, Personalidad del docente y Sistema de evaluación y la variable ansiedad y finalmente existe una relación positiva y débil entre los Factores: Horas semanales de estudio, Exámenes parciales y Modalidad virtual de estudio y la variable ansiedad. **Conclusiones:** Se encontró una prevalencia de ansiedad del 24.72%, las mujeres presentaron una mayor prevalencia de ansiedad; los factores: carga académica, metodología empleada por el docente, personalidad del docente y el sistema de evaluación no se relacionan con la ansiedad, mientras que los factores: Horas semanales de estudio, exámenes parciales y Modalidad virtual de estudio, poseen una relación positiva débil.

Palabras clave: Prevalencia de Ansiedad, Factores Académicos, Estudiantes de la salud.

INTRODUCCIÓN

La salud física y mental juegan un papel importante en la calidad de vida de las personas, por lo tanto, es fundamental que estos individuos procuren un estado óptimo de salud en general, o al menos poseer las condiciones mínimas que les permitan desarrollarse en su entorno personal, familiar, laboral y social.

La presente investigación tiene como propósito indagar sobre los factores académicos y su relación con la ansiedad en la población universitaria de la salud de la Universidad Evangélica de El Salvador. Puesto que los jóvenes universitarios durante la etapa de formación académica se ven expuestos a condiciones propias del proceso de enseñanza y aprendizaje, entre los que se destacan: a) el número de horas de estudio, b) el estrés frente a las evaluaciones, c) la metodología y modalidad de enseñanza, d) la personalidad del docente, etc. Además, como resultado de dicha exposición surgen alteraciones de la salud con síntomas motores, cognitivos y emocionales de ansiedad en muchos de los casos.

Así pues, tal parece que la academia y la familia son algunos de los escenarios predilectos de la ansiedad, en los cuales existen factores académicos considerados activadores o detonadores de ansiedad en la población de jóvenes universitarios, agravando de esta manera el número de personas que sufren síntomas o trastornos de tipo ansiosos.

La ansiedad constituye uno de los problemas más graves de salud mental a nivel nacional, regional y mundial. Así mismo la población universitaria es expuesta a un riguroso proceso de formación académica donde no se encuentran exentos de sufrir o estar en riesgo de poseer en algún momento de su proceso de formación académica este tipo de fenómenos.

La presente investigación estudia el comportamiento de la ansiedad y los factores académicos como variables con la finalidad de aportar datos científicos los cuales proporcionen una visión o acercamiento a la explicación del fenómeno de la

problemática de la salud física y emocional de las personas. Lo anterior en un contexto de pandemia mundial por Covid-19 y los efectos en la población estudiantil del doctorado en Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador.

Por tanto, para el abordaje de la problemática la presente investigación está dividida en capítulos los cuales son: a) Capítulo I. Planteamiento del problema, b) Capítulo II. Marco teórico, c) Capítulo III. Metodología de la investigación. En dichos capítulos se desarrolla el proceso de investigación y se proporciona un acercamiento a la explicación de la problemática de la prevalencia de ansiedad y factores académicos relacionados en la población universitaria del área clínica del doctorado en medicina de la Universidad Evangélica de El salvador en el periodo de septiembre hasta octubre del año 2021; en el capítulo IV, se presenta el análisis cuantitativo de la información, iniciando con la presentación de resultados a través de la estadística descriptiva, luego el análisis por cada factor y la presentación de las inferencias estadísticas, finaliza la investigación con la presentación de las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

Las personas en general necesitan gozar de un estado adecuado de salud física y mental, de tal modo que sean capaces de desempeñarse eficazmente en las actividades de su vida cotidiana, en su entorno familiar, en su trabajo y en las relaciones sociales con los demás; éste estado de bienestar físico y mental les permitirá ser capaces de afrontar eficazmente las dificultades diarias de la vida, posibilitando así un desempeño satisfactorio en los diversos contextos en donde se desempeñe.

Los datos estadísticos globales relacionados con las alternaciones del comportamiento a escala mundial son preocupantes, por ejemplo: los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades (1)

Aproximadamente, 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta (OMS, 2004), así mismo ciento un millón de personas padecen depresión, 70 millones sufren problemas relacionados con el alcohol, 37 millones demencia y 24 millones padecen esquizofrenia. (2)

Más de uno de cada cuatro personas padece un trastorno mental o neurológico; uno de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede padecer un trastorno mental; significando que entre un 25% a 50% de la población los padece en algún momento de la vida. En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga de enfermedades casi la cuarta parte de la carga total de enfermedades (3)

Estas enfermedades mentales producen en las personas un grado importante de sufrimiento a nivel individual y colectivo, en muchos casos imposibilitándoles obtener un calidad de vida óptima; es así que en América Latina y el Caribe, los

trastornos mentales más frecuentes son: la depresión, que es la más común (5%); seguida por los trastornos de ansiedad (3.4%), la distimia (1.7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1.4%), el trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una) y trastorno bipolar (0.8%), entre otros. (4)

Algunos estudios hacen referencia que el número de profesionales de la salud mental son insuficientes al compararlos con el número de personas y pacientes que requieren este tipo de atención específica, es así que son las enfermeras las profesionales que tienen la tasa más alta, la mediana mundial de enfermeras es de 5.8 por cada cien mil habitantes. Se estima que casi la mitad de la población mundial vive en un país donde en promedio hay un psiquiatra o menos para servir a 200 mil personas, según publicación. (5)

Los jóvenes del mundo y de las Américas no están exentos de padecer este tipo de problemas de salud mental de tal modo que Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003 de Colombia, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general fue de 40,1 %, siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más afectados; entre dichos trastornos los más altos correspondieron a ansiedad las edades promedio de inicio de fobia social, agorafobia y trastorno de pánico fueron 14, 16 y 18 años, respectivamente. (6)

En Colombia, los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales; el 19,3 % de la población entre 18 y 65 años la ha padecido alguna vez en la vida (en mujeres, la prevalencia aumenta a 21,8 %). La región del Pacífico y Bogotá son las que presentan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad, con 22,0 % y 21,7 %, respectivamente, mientras que la región Atlántica presenta la menor, con 14,9 %. (7)

Los resultados de algunos estudios previos han reportado que únicamente el 1,9 % de los pacientes acude al servicio de psiquiatría; mientras que el 5,6 %, asiste a

consulta con el médico general; y solamente el 3,9 % optan por utilizar tratamientos que brinda la medicina alternativa. (8)

Esta realidad en la región centroamericana no es muy diferente comparada con otras regiones en el mundo, es así que, en El Salvador, como en muchos países del mundo, la atención a la salud mental no es el equivalente a la salud física. (9)

Esto obedece a múltiples razones, entre estas se destaca el enfoque biologicista de la salud, la estigmatización de las personas, los pobres recursos asignados, la centralización de la atención en los hospitales psiquiátricos y una cobertura territorial débil. (1)

En El Salvador, para los años 2001, 2002, 2005, el Ministerio de Salud Salvadoreño reveló que los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta de los trastornos mentales en el sistema nacional de salud. (10)

Estudios relacionados con la salud mental de la sociedad salvadoreña, están revelando que los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en la población salvadoreña son la depresión y ansiedad. En un estudio realizado en estudiantes universitarios salvadoreños, quienes encontraron que un 34% de la muestra, presentaban alteraciones mentales, como: ansiedad, depresión, somatización y disfunciones sociales, las cuales eran el resultado de experiencias de abuso en la infancia. (11)

Por lo tanto, las enfermedades mentales, no sólo afectan a los países desarrollados, sino que también causan estragos en los países subdesarrollados, como en Centro y Sudamérica, donde suelen ser enfermedades ignoradas, mal diagnosticadas y poco tratadas. Además, la falta de tratamiento puede convertirse en una pesada carga para las economías de los países; la mayor incidencia se encuentra en los

grupos sociales desfavorecidos, en personas con escasos ingresos y bajo nivel de educación. (12)

Para comprender adecuadamente el problema de salud mental en el país, se sumaron las cifras de los diez trastornos mentales y del comportamiento más prevalentes registrados por el MINSAL e ISSS, durante el periodo de 2006 a 2013. También se obtuvieron las tasas por cada 100 mil habitantes en cada trastorno por año, para dimensionar la magnitud de cada trastorno en El Salvador; arrojando prevalencias importantes, las que se describen a continuación: en primer lugar, se tiene el *trastorno de ansiedad no especificado*; aproximadamente, cada año, enferman más de 61,000 personas, con una tasa superior a los 2,000 casos por cada 100 mil habitantes, a octubre de 2013, se registraban 47,344, con una tasa de 1,488 casos por cada 100 mil habitantes.(11)

En segundo lugar, se tiene el trastorno episodio depresivo no especificado; alrededor de 20,000 personas enferman cada año, con una tasa de más 936 casos por cada 100 mil habitantes; a octubre de 2013 se registraba 13,106 casos, con una tasa de 520 casos por cada 100 mil habitantes. (11)

En tercer lugar, aparece el *trastorno ansiedad generalizado*; cada año enferman más de 11,000 personas, arriba de 500 casos por cada 100 mil habitantes; a octubre de 2013, se contabilizaba 8,606 casos, 355 por cada 100 mil habitantes. (11)

Antes de hacer referencia a los factores académicos relacionados con la ansiedad, es necesario definir lo que significa la ansiedad, para ellos se plantea la siguiente pregunta: ¿Que es la ansiedad?:

Se puede considerar la ansiedad como una respuesta adaptativa normal frente a una amenaza (estrés), que permite al individuo mejorar su desempeño, aunque hay ocasiones en que la respuesta no resulta adecuada debido a que el estrés puede ser excesivo para los recursos de que se dispone. Selye (1950) denominó síndrome

general de adaptación a aquella situación en la que el organismo realiza un esfuerzo para adaptarse. (12)

Todos los individuos experimentan ansiedad en alguna etapa de su vida; esta se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante un tiempo, y a menudo se acompaña de síntomas vegetativos como cefalea, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente. (13)

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar en alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos a resolver. A pesar de ello, en ocasiones el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado.

Factores académicos relacionados con la ansiedad

Acerca de los factores académicos, existen diversos estudios que presentan explicaciones claras sobre como los factores académicos pueden constituir una influencia directa para el apareamiento de los síntomas físicos y psicológicos de ansiedad en la población universitaria de la salud.

Es así como la mayoría de los estudiantes experimentan una elevada ansiedad en época de exámenes. Esta elevada activación no sólo repercute negativamente en el rendimiento ante los exámenes, sino que puede llegar a desequilibrar la salud de los alumnos ante este tipo de situaciones. (14)

Los estudiantes universitarios, tanto hombres como mujeres sufren de ansiedad: Se encontró una mayor **prevalencia de ansiedad rasgo y síntomas depresivos en los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina**, respecto a la población

general. Siendo los comportamientos de esta prevalencia similares a lo reportado en otras escuelas de medicina nacionales e internacionales. Por lo tanto, se sostiene que los estudiantes de pregrado presentan rasgos de ansiedad en comparación con la población en general y la prevalencia es mayor en mujeres en comparación con los hombres. (15)

Se conoce que diversas investigaciones sostienen que los estudiantes de carreras de la salud están expuestos a niveles de estrés más elevados que la población general; sin embargo, la mayoría de estos estudios están centrados en estudiantes de la carrera de medicina, donde se han encontrado niveles de estrés del orden del 91% en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a lo que se agrega que un 25% de ellos presentaba estados de tensión patológica. Otros estudios fijan los niveles de prevalencia de estrés entre un 36.3 y un 91.1%. (12)

De igual manera las principales fuentes de estrés en estos estudiantes se asocian a eventos académicos, psicosociales y económicos. De estos factores, los que más destacan son los académicos, principalmente la alta **carga académica** expresada en cantidad de cursos y horas, tanto presenciales como no presenciales, que deben dedicar al estudio. (12)

Las **numerosas asignaturas** que deben ser aprobadas cada semestre suponen un gran factor de estrés para los estudiantes. Dicho estrés, de no ser tolerado o bien adaptado por los estudiantes, puede interferir en el rendimiento académico y la adquisición de los conocimientos y habilidades específicas de la carrera, afectando su bienestar psicológico y su salud en general. (12)

Así mismo, se pudo constatar en un estudio que existe relación entre **el tiempo de estudio y la ansiedad ante los exámenes**; los resultados indicaron que el tiempo de estudio y las manifestaciones cognitivas de ansiedad no son independientes, apareciendo que hay menos sujetos de los esperados con manifestaciones de ansiedad preocupante o muy preocupante que estudian suficiente o mucho, y a su

vez hay más sujetos de los esperados con manifestaciones de ansiedad preocupante o muy preocupante que estudian poco. (16)

En el estudio vinculado con los Factores causales de estrés en estudiantes universitarios, se encontró que los factores exógenos, los cuales son aquellos factores que influyen desde el exterior en el rendimiento académico. El ambiente social el nivel socioeconómico, procedencia urbana o rural, conformación del hogar, etc. En este aspecto también se puede considerar la **metodología del docente, los materiales educativos, material bibliográfico, infraestructura y el sistema de evaluación.** (17)

Los resultados arrojados por un estudio sobre prevalencia de ansiedad y Factores académicos y sociofamiliares, sostienen que **la no convivencia en el hogar familiar y la existencia de asignaturas pendientes de cursos anteriores parecen estar asociadas a trastornos de ansiedad** en los estudiantes universitarios, presentando una OR ajustada de 1,380 y 1,383, respectivamente, rozando la significación estadística. (18)

B. Enunciado del problema

Debido a lo anteriormente planteado, surge la necesidad de llevar a cabo un estudio que permita reconocer desde la perspectiva científica, como se relacionan las variables en estudio, es decir, establecer la relación entre los factores académicos y la ansiedad en la población universitaria. Con este propósito se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y su relación con los factores académicos en población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina, en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021?

C. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la prevalencia de ansiedad y su relación con los factores académicos en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador, de septiembre a octubre 2021

Objetivos específicos:

1. Identificar los factores académicos relacionados con ansiedad en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador.
2. Estimar la prevalencia de ansiedad en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador.
3. Analizar la relación entre los factores académicos y la ansiedad en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador.

D. Contexto del estudio

La Universidad Evangélica de El Salvador, recibe cada año a una población aproximada de cuatro mil estudiantes los cuales se clasifican en estudiantes de pregrado y estudiantes de posgrado, la institución educativa está conformada en su estructura organizativa por un directorio ejecutivo de máximo nivel, un rector, dos vicerrectores uno académico y otro de investigación y proyección social, Decanos de Facultades y Directora de la Escuela de posgrado, así como directores y coordinadores de carrera, los cuales garantizan desde los diversos niveles el buen funcionamiento de la institución.

Dentro de las seis facultades, se encuentra la Facultad de Medicina, en la cual se imparte la oferta académica representada en cuatro carreras de la salud, y en las

cuales están inscritos un total aproximado de dos mil estudiantes distribuidos en las carreras de Doctorado de Medicina, Licenciatura en Nutrición y Dietética, Licenciatura en Enfermería y Técnico en Enfermería. La población total de estudiantes inscritos en la facultad supera los dos mil estudiantes de los cuales un poco menos de mil quinientos alumnos están matriculados en la carrera de doctorado en medicina y el resto distribuidos de las demás carreras antes indicadas. La carrera de Doctorado en Medicina fue creada en 1981, aprobada por el Ministerio de Educación el 23 de marzo de 1981; según acuerdo ejecutivo 2625, dando inicio el 1° de julio de 1981 (Cfr. Acuerdo ejecutivo del MINED y Acta de DE).

El programa de la carrera Doctorado en Medicina se desarrolla en la sede de la Facultad de Medicina, desde el ciclo I hasta el Ciclo VIII, específicamente en el Edificio N° 3 del campus de la Universidad Evangélica de El Salvador, ubicado en la prolongación alameda Juan Pablo II, calle El Carmen, San Antonio Abad, San Salvador. Para el desarrollo del área clínica a partir del Ciclo IX, los estudiantes tienen la posibilidad de continuar su formación en los siguientes Hospitales-Escuela:

Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil, para el desarrollo de las áreas de externado e internado, así como para las prácticas de Nosología I y II, según lo establecido en el Convenio de Cooperación Académica entre la UEES y el referido Hospital, el cual está ubicado en la Av. Castro Morán, Calle la Ermita, Colonia Zacamil, Mejicanos, San Salvador (Cfr. Convenio de Cooperación entre Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil para el área de Externado; Convenio de Cooperación entre Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil para el área de Internado).

Hospital Nacional “San Juan de Dios” de Santa Ana, para desarrollo de las áreas de externado e internado según lo establecido en el Convenio de Cooperación Académica entre la UEES y el referido Hospital, el cual está ubicado en la 1ª Calle Oriente y Novena Avenida Sur, Santa Ana (Cfr. Convenio de Cooperación entre el Hospital Nacional “San Juan de Dios” de Santa Ana y la UEES).

La pandemia por Covid-19 en el contexto salvadoreño

Vivir una pandemia nunca ha sido fácil para las poblaciones a nivel mundial, y la desatada en el año 2019 por Covid-19 no es la excepción, por lo tanto, las crisis emocionales derivadas del confinamiento, de las pérdidas humanas y materiales, han generado sufrimiento físico y emocional en las personas que la han experimentado, alterando de esta forma su orden natural de vida.

El primer impacto de una epidemia es la crisis misma. No obstante, la población en general y las personas suelen presentar temor, ansiedad, angustia y depresión. En el año 2003, al inicio del brote de SARS, se informaron problemas de salud mental, que incluyeron depresión persistente, ansiedad, ataques de pánico, excitación psicomotora, síntomas psicóticos, delirium e incluso tendencias suicidas. (19)

A continuación, se presentan algunas disposiciones legales En El Salvador, las cuales fueron normadas a raíz de la pandemia por Covid-19 en El Salvador y que si bien es cierto las mismas fueron estrategias de afrontamiento de país ante la pandemia, sin embargo, todas tenían en común el hecho de resignar a un confinamiento a toda la población salvadoreña, las disposiciones se presentaron de la forma siguiente:

1) Decreto Legislativo N° 593 de fecha 14 de marzo de 2020- Declaratoria de Emergencia Nacional; Ningún trabajador que sea objeto de cuarentena por COVID-19, ordenada por autoridad de salud competente, ni aquellos que estén imposibilitados a regresar al lugar de trabajo por restricciones migratorias o sanitarias, podrán ser despedidos ni tampoco podrán ser sujetos de descuentos en su salario. (20)

2) Decretos legislativos N° 593 y N°594, Decreto Ejecutivo N° 6 en el ramo de Salud de fecha 16 de marzo de 2020 - Disposiciones para Ordenar a los Trabajadores el Retorno a su Domicilio para Resguardarse del Contagio de la Pandemia de Covid-19, y para Garantizar su Remuneración: Todos los trabajadores que se encuentren incluidos dentro de las categorías incluidas como

“alto riesgo” conforme al Decreto, deberán resguardarse en sus respectivos lugares de residencia y el patrono tendrá que mantener el pago de su salario, mientras dure la aplicación de los decretos legislativos N° 593 (30 días a partir del 16/03/2020), N°594 (15 días a partir del 16/03/2020) o sus prórrogas. (20)

3) Ley de Regulación del Teletrabajo: El 20 de marzo de 2020, la Asamblea Legislativa aprueba Ley de Regulación del Teletrabajo, la cual tiene objeto promover, armonizar, regular e implementar el teletrabajo como un instrumento para la generación de empleo y modernización de las instituciones públicas, privadas y autónomas, a través de la utilización de tecnologías de la información y comunicación. (20)

4) Plan de Respuesta y Alivio Económico: en marzo de 2020, la Asamblea Legislativa aprobó el Plan de Respuesta y Alivio Económico, consistente en la suspensión temporal de la Ley de Responsabilidad Fiscal, así como la adquisición de deuda por US\$2,000 millones para mitigar los efectos de la emergencia ante COVID-19. La deuda podrá contraerse mediante la emisión de títulos valores o créditos en el extranjero. El 70% será para atender la emergencia sanitaria y el otro 30% será para las alcaldías (20)

También es conocido por parte del sector crítico de la población salvadoreña, que al igual que en muchos países del mundo, existe un subregistro de los datos estadísticos del número de personas muertas e infectadas por Covid-19, por ejemplo, para el mes de julio del 2020, los datos oficiales registraban un total de 9,391 personas infectadas por Covid-19, siendo la capital San Salvador, la ciudad mayormente golpeada con 1,533 casos debidamente confirmados. (21)

Contexto demográfico de la población salvadoreña

En cuanto a los aspectos demográficos de país, se vuelve necesario caracterizar el escenario social, en donde los salvadoreños y los jóvenes universitarios se desenvuelven, así: Las características demográficas del país, representa uno de los

temas relevantes que se abordan en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de la DIGESTYC. De acuerdo a los resultados, la población total del país en el 2019, fue de 6,704.864 personas, de las cuales 4,134,360 residen en el área urbana y 2,570,504 en el área rural, lo cual significa una representación del 61.7% y 38.3% respectivamente. (22)

La población salvadoreña es mayoritariamente joven, dado que el 51.4% de la población es menor de 30 años, mientras que el 13.6% tiene una edad de 60 años y más. Así mismo se conoce que existe una relación de 89 hombres por cada 100 mujeres, siendo este índice en la zona urbana de 0.87% y en la zona rural del 0.92%. (22)

El indicador de densidad poblacional por departamento muestra que, con relación al promedio nacional, los departamentos con los niveles más altos son: San Salvador, La Libertad, Sonsonate y Cuscatlán; mientras que el resto se ubican por debajo del promedio nacional, destacándose Chalatenango y La Unión. (22)

De acuerdo a los resultados para el 2019, el 14.9% de la población padeció de alguna enfermedad, síntoma o lesión. La prevalencia de enfermedad en el área urbana es de 14.3% y en el área rural 15.9%. De las personas que se enfermaron y consultaron con alguien, a nivel nacional el 44.5% lo hizo en una unidad de salud del MINSAL, el 14.0% consultó en un hospital del MINSAL, por otra parte, el 10.4% consultó en unidades del ISSS ya sea unidades médicas, clínicas comunales o empresariales, mientras que el 6.0% consultó en un hospital del ISSS. Por su parte el 20.4% de los que se enfermaron y consultaron lo hicieron en hospital o clínica particular, mientras que el 4.6% consultó en otros lugares como el hospital militar, bienestar magisterial, ONG's, farmacias, clínica natural, etc. (22)

E. Justificación del estudio

La realización del presente estudio permitiría comprender la forma en cómo se relacionan la ansiedad en presencia de otros factores, es decir; la relación entre ansiedad y los factores académicos. En los diferentes estudios que se han realizado a lo largo del tiempo, no se han dejado suficientemente claro que exista una relación directa e inequívoca entre ambas variables.

Conocer la dinámica del comportamiento de las variables en estudio: ansiedad y factores académicos, permitirá identificar aquellos aspectos generadores o detonadores de ansiedad en la población universitaria, siendo estos posiblemente los catalizadores de la manifestación de la misma. También se podrá observar aquellos aspectos propios del proceso de enseñanza y aprendizaje, y de la metodología utilizada por el docente durante la clase y que probablemente constituyen factores protectores para el estudiante, lo cual brindaría argumentos científicos para la toma de decisiones para la mejora de la salud mental y el proceso formador de los alumnos.

Es por ello que en el presente estudio se buscara reconocer en qué medida los factores académicos tales como el tiempo de estudio de los alumnos, la carga académica, la modalidad virtual de enseñanza, la metodología utilizada por el maestro, la personalidad del docente y el sistema de evaluación se relacionan con la presencia de síntomas de ansiedad en la población universitaria de la salud. De igual modo se buscará determinar la prevalencia de síntomas físicos y emocionales de ansiedad presentes en los estudiantes durante su proceso formativo a nivel superior.

Es necesario mencionar que, si bien es cierto que, en El Salvador, se han llevado a cabo investigaciones relacionadas con la salud mental, no obstante, las mismas son insuficientes, ya que muchas de las problemáticas aún no han sido estudiadas o en su defecto ni siquiera están diagnosticadas.

El Salvador como en muchos países de la región, existe una pobre investigación sobre los problemas de salud mental, con importantes deficiencias metodológicas en el abordaje de los problemas mentales. (9)

La importancia del presente estudio es que a través del mismo, se obtendrá una mejor comprensión acerca del comportamiento las variables que para este caso se trata de la ansiedad y los factores académicos, sino que también permitirá fortalecer los rubros de investigación y desarrollo a nivel de país, sabiendo que otros estudios revelan que en El Salvador hay una inversión en materia de investigación y desarrollo muy baja, es así que alarmantemente únicamente se invierte del Producto Interno Bruto (PIB) el 0.03%, para investigación y desarrollo. (23)

Según los datos del Banco Mundial obtenidos en el Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS), Brasil es el país de la región con el mayor porcentaje de inversión en investigación, con 1,21% de su PIB, seguido de Argentina y Costa Rica. En los últimos lugares se encuentra Paraguay, con 0,05% y El Salvador, con 0,03%. (23)

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

A. Estado actual del hecho o situación

Son muchas las teorías y enfoques que intentan explicar el fenómeno de la ansiedad; a continuación, se exponen algunas explicaciones teóricas desde la teoría cognitiva-conductual.

Terapia cognitiva-conductual

Generalidades de la teoría cognitiva

En la actualidad, la terapia cognitivo conductual es el modelo psicológico que más aplicaciones tiene. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta terapia y el campo de aplicación se ha ido ampliando progresivamente. Hay tratamientos específicos para los trastornos de ansiedad, la depresión, la esquizofrenia, las disfunciones sexuales, etc. Sin embargo, a pesar de su situación actual favorable, no siempre fue reconocida; tuvo que ir abriéndose camino entre las técnicas tradicionales de terapia conductual y psicoanálisis que se fueron flexibilizando paulatinamente. (24)

La terapia cognitiva-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente conductas desadaptativas. El propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias nuevas, más adaptativas. (25)

Las terapias cognitiva-conductuales comparten algunos supuestos, por ejemplo, mantienen que los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos y que el

aprendizaje está mediado cognitivamente. Así mismo, la modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta y algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse. Algunas de las principales características de la terapia cognitiva conductual son las siguientes (28)

Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.

1. Los objetivos específicos de algunos procedimientos son cognitivos.
2. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno.
3. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en intentos de modificar las cogniciones.
4. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
5. La terapia es de duración breve.
6. La terapia requiere de la colaboración entre terapeuta y paciente
8. Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos.
9. El cambio de los síntomas sucede posterior al cambio cognitivo (28)

La posición cognitiva-conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas (la organización interna de información, memoria a corto y largo plazo, almacenamiento sensorial, etc.), de contenido cognitivo (el contenido real que se almacena, conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas, etc.), de procesos cognitivos (la manera de funcional del sistema para recibir, almacenar y transformar y gobernar la salida de información, atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación, etc.), y de los productos cognitivos (resultados de la manipulación del sistema cognitivo, atribuciones, imágenes, creencias a las que se ha accedido, decisiones, pensamientos, etc.) (34)

El proceso terapéutico de las terapias cognitivas más clásicas, como Beck o Ellis están basados sobre esa idea. Los pacientes ponen en marcha procesos erróneos, distorsionados de pensamiento, que los llevan a un conocimiento no válido. Terapeuta y paciente trabajan activamente para encontrar dichas

representaciones equivocadas de la realidad de manera que con las técnicas terapéuticas el paciente logre tener pensamientos más válidos, más ajustados a la realidad, mejorando sus procesos de conocimiento (29)

Las terapias cognitivas darán diversas respuestas al problema del significado y a los mecanismos necesarios de cambio. Por ejemplo, y de forma muy esquemática, mientras que para Ellis la meta está en desarrollar una filosofía más racional de vida, para Beck está en cambiar el procesamiento distorsionado de información.

A pesar de estas diferencias, es posible encontrar fuentes comunes que dieron origen al modelo cognitivo. Según Beck y Weishaar (1989), serían tres las principales. Por una parte, el enfoque “fenomenológico” en un sentido general y donde se destaca la filosofía estoica para la cual el punto de vista que mantenemos sobre el sí mismo y el mundo determina nuestra conducta.

La famosa frase de Epicteto describe el espíritu cognitivo, así como la apuesta que el modelo cognitivo hace sobre el origen y el tratamiento de los problemas emocionales. “Los hombres no se trastornan por las cosas que pasan, sino por las opiniones sobre las cosas: por ejemplo, la muerte no es terrible, porque si lo fuera, le hubiera parecido así a Sócrates, ya que la opinión sobre la muerte, que es terrible, es lo terrible” (34).

La segunda influencia radica en la teoría estructural y en la psicología profunda, a través de la conceptualización freudiana de la organización jerárquica de la cognición en procesos primarios y secundarios.

La tercera influencia se encuentra en la psicología cognitiva, como el trabajo de Kelly sobre los constructos personales o el de Lazarus sobre la primacía dada al papel de la cognición en el cambio emocional y conductual.

Al margen de los temas filosóficos, lo cierto es que la terapia cognitiva se ha venido desarrollando a partir del psicoanálisis y de la terapia conductual, utilizando elementos de estas escuelas o criticándolas y proponiendo visiones alternativas. Freeman (1983) plantea que los primeros terapeutas cognitivos tomaron del modelo conductual su interés por el método científico, el foco en el cambio conductual y diversas técnicas conductuales. Por otra parte, tomaron del modelo psicodinámico la importancia de comprender el proceso y el diálogo interno.

El modelo cognitivo-conductual en psicoterapia, en sus inicios se pudo sintetizar con uno de sus conceptos básicos: la mediación cognitiva. Este concepto afirmaba que la respuesta, sea emocional o conductual ante los estímulos no dependía exclusivamente del estímulo, sino en gran parte de la evaluación del estímulo, de lo que la persona pensaba e interpretaba del mismo. Como ejemplo podemos citar que las personas no se deprimen por el abandono de su pareja, o por el no haber aprobado un examen, sino por lo que se dicen a sí mismos sobre eso, por lo que piensan sobre esa situación y sobre sí mismos en relación a sus objetivos y deseos, y por la visión que creen causar en los otros y en el mundo (33).

Terapia cognitiva-conductual

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basada en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la Terapia Cognitiva "terapia a corto plazo", consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento y producir ciertos sesgos cognitivos. La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto, previniendo las recaídas.

El proceso de la psicoterapia cognitiva supone recorrer tres etapas diferenciadas:

1. Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación.

El objetivo de esta primera etapa, es entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta. Para lo cual es importante redefinir el problema presente en términos de relación pensamiento - afecto - conducta (P-A-C). Luego hay que re-conceptualizar el proceso de intervención y modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema para hacer al sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas. (27)

El primer paso consiste en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos- conductuales. Finalmente se hace una recogida de datos y auto observación. Se conceptualizan los problemas cognitivamente, se definen etapas y objetivos graduales de intervención y se elige un problema para auto observación al mismo tiempo que se explica al sujeto los autorregistros. (27)

2. Segunda etapa: generar alternativas.

El objetivo de esta segunda etapa, es ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas, incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores, mediante la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas que serán detalladas posteriormente. (27)

Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento de autor registro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas conductuales, a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes. (27)

3. Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

La finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir

la probabilidad de recaídas, mediante la atribución de los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. Además, se identifican con antelación situaciones de alto riesgo futuro y se desarrollan habilidades preventivas de tipo cognitivo- conductual. (27)

Estructura de la sesión

Una de las características básicas del modelo cognitivo es el grado de estructuración sobre el cual se debe regir el tratamiento. El terapeuta organiza el tiempo de la sesión entre 45 y 60 minutos para poder trabajar el foco del conflicto y tratarlo de manera cognitiva (27)

La relación terapéutica

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar como el paciente parece vivir sus estados emocionales y la visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (30).

Estrategias de tratamiento

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas durante las sesiones y evaluadas periódicamente, se pide feedback de su entendimiento.

Técnicas cognitivas

El objetivo de las técnicas cognitivas es lograr que el paciente sea capaz de identificar los pensamientos que le causan problemas, así como ver otros puntos de vista alternativos de una situación que no ha considerado antes y modificar posibles errores cognitivos. A continuación, un detalle de las principales técnicas cognitivas de Beck (31)

Psicoeducación directa: Los pacientes reciben información acerca de lo que no conocen para adquirir seguridad. Por ejemplo, información sobre la seguridad de los ascensores para un paciente con fobia.

Descenso vertical: Mostrar al paciente peores escenarios que le permitan dimensionar sus problemas de una forma objetiva, se utilizan preguntas como: “Qué ocurriría si...”

Detección de pensamientos automáticos: Los pacientes son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea.

Reatribución: El paciente puede creer que es responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación, se buscan otras causas que pudieron contribuir a ese suceso.

Uso de imágenes: Se puede usar imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo, pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Negación de los problemas: El paciente hace una lista de los problemas y los categoriza según su importancia. El objetivo es que se analice por que la situación no es un problema.

Comprobación de predicciones: Hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.

Técnicas conductuales

Al igual que las técnicas cognitivas, las conductuales trabajan con los síntomas principales del paciente. Algunas de las principales técnicas conductuales utilizadas en terapia cognitiva estándar son:

Programación de actividades alternativas: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta- problema, por ejemplo realizar actividades deportivas para reducir la agresión.

Escala de dominio/placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (utilizando escalas de 0-5).

Asignación de tareas graduadas: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad para poder alcanzar la conducta meta.

Entrenamiento asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y utilice conductas que protejan sus derechos mientras respeta la de los otros.

Entrenamiento en relajación: Técnicas para que el paciente aprenda a distraerse

de las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular.

Ensayo conductual y rol playing: Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas, se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

Exposición en vivo: el paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que modifica sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

Visualización: Enseñar a los pacientes a usar imágenes placenteras para distraerse del pensamiento negativo e inducir la relajación.

Entrenamiento en habilidades sociales: Entrenar a los pacientes en las habilidades necesarias para conocer gente, iniciar nuevas conversaciones, ir a entrevistas de trabajo, etc.

Estrategias cognitivo-conductuales grupales

La terapia cognitiva también se ha utilizado como estrategia grupal.

Especificidad de los grupos

Se trabajan con grupos de psicopatología homogénea, preferentemente, ya que se trata de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares, con un tamaño de 5 a 10 sujetos, siendo 9 lo ideal. El proceso de terapia tiene 15 sesiones como mínimo y la duración media de las sesiones es de 2 horas, normalmente se requieren dos sesiones semanales (33).

Existen dos niveles de trabajo:

1) *Trabajo individual:* se seleccionan 3 problemas de 3 pacientes y se le dedica unos 20 minutos a cada paciente; el resto del grupo escucha, a menos que el terapeuta pida su intervención con preguntas (¿tú qué hubieras pensado en esa situación?, ¿cómo piensas que actuó, ¿cómo crees que tú hubieses actuado?, ¿a alguien le ha ocurrido algo parecido?).

2) *Trabajo de rondas*: se revisan progresos, auto registros individuales, tareas para casa. Para la ronda, se les pide a los pacientes que seleccionen 1 o 2 situaciones para analizar su afrontamiento cognitivo-conductual.

Al igual que las sesiones de psicoterapia individual, existe una estructura típica de la sesión cognitiva grupal. En la primera fase se hace una introducción progresiva de elementos conceptuales de la terapia y se trabaja sobre técnicas cognitivas y técnicas conductuales a ser utilizadas, posteriormente se trabaja con la revisión de las tareas para casa y finalmente se realiza un resumen del trabajo y se programan nuevas de tareas para casa.

Las tareas terapéuticas: Como cualquier otro elemento del tratamiento, la tarea prescrita en terapia cognitiva debe ajustarse siempre al tipo de paciente, a su contexto, a su nivel de deterioro o malestar. La tarea es tan importante, que incluso se ha llegado a predecir el éxito del tratamiento en función de la respuesta a la tarea.

Los tipos de tareas que puede hacer un paciente son muy diversos, y con diferente grado de dificultad y estructuración. Así, podemos tener tareas tan importantes como el registro de pensamientos, modificación de actitudes negativas.

El objetivo específico de la asignación de tareas es que el paciente comunique al terapeuta su estado cognitivo emocional a lo largo de la semana, y que aprenda a relacionar pensamientos, emociones y conductas. Permiten desarrollar su capacidad de introspección, básica para poder hacer terapia cognitiva, y su motivación y adherencia al tratamiento.

Adicionalmente, modifica una conducta disfuncional para establecer una apropiada, cambiando las creencias y los pensamientos distorsionados, ayuda a vencer temores e inhibiciones, mejorando la autoconfianza y finalmente prepara a los pacientes para ser sus propios terapeutas (33).

Existen ciertos pasos para la planificación de las tareas, primero se debe definir el problema y formular un proyecto que inicie con actividades sencillas para que progresivamente se incremente la dificultad. El terapeuta deberá dar retroalimentación inmediata al paciente y aclararles las dudas o los problemas que se hayan podido suscitar en el proceso.

El terapeuta deberá explicar con claridad la importancia de las tareas y prevenir al paciente de posibles fracasos y consecuencias que éstas traerán para su vida. Deben ser definidas en cooperación y de común acuerdo, analizando los problemas y las posibles soluciones.

Finalmente, es fundamental asegurarse de que el paciente cumpla con las tareas, y con el registro y memorización de lo acordado, para lo cual éstas siempre deben ser revisadas en cada sesión. El paciente desde un inicio debe conocer en detalle su finalidad para sentir la motivación en su ejecución, y si llegara a incumplirlas se debe analizar los motivos para corregirlos (32).

Terapia racional emotiva conductual (TREC)

Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC". Este concepto se grafica así por sus siglas en inglés: $A \rightarrow B \rightarrow C$

"A" ("Activating Event") representa el acontecimiento activador. Puede ser una situación, un acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" ("Belief System") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" ("Consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C"

pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

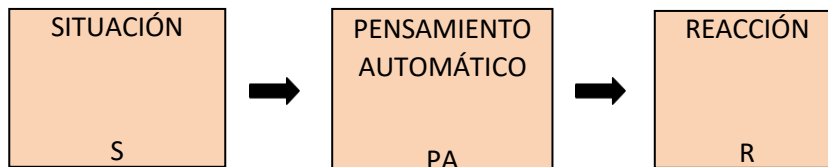
La terapia racional emotiva se maneja a través de seis principios fundamentales (33):

- 1) El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas.
- 2) El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.
- 3) Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos.
- 4) Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología.
- 5) A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir.
- 6) Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad.

Esquema básico

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma lo que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto, la forma en que sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre una situación. (34)

El esquema básico del paradigma puede representarse así: (34)



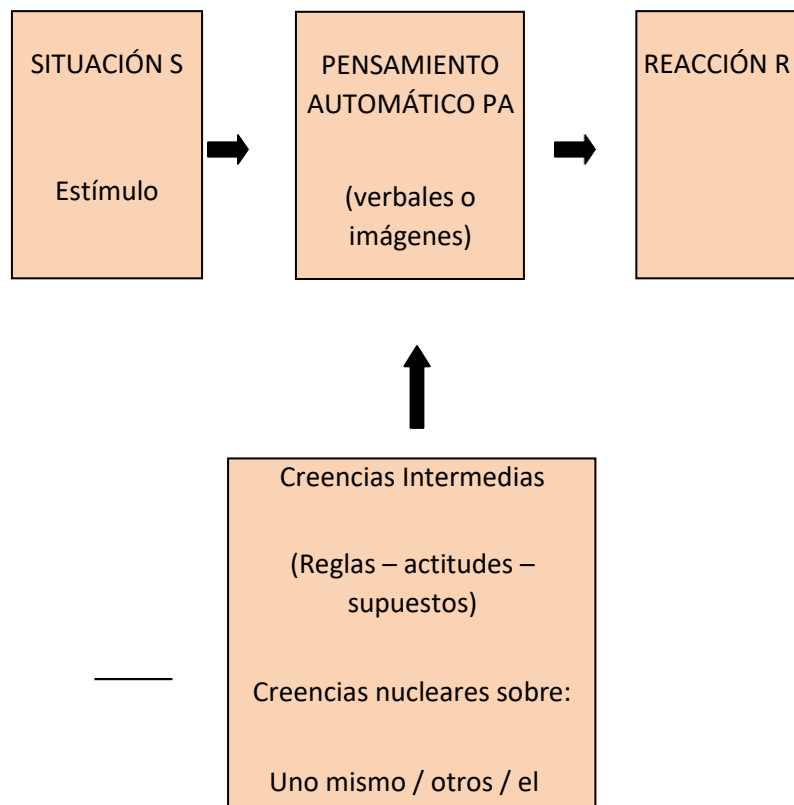
Cuadro 2. Esquema básico de la terapia cognitiva-conductual.

En una representación más amplia vemos que los pensamientos automáticos surgen de un sistema cognitivo integrado por creencias intermedias y nucleares.

Las situaciones o estímulos pueden ser externos o internos. Los internos pueden ser fantasías, sensaciones, síntomas recuerdos o imágenes. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos, que no suelen ser el resultado de razonamientos sino más bien nacen espontáneamente. Estos pensamientos pueden tener una forma verbal y/o no verbal. Los pensamientos automáticos surgen de creencias, son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cognición. Estas son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. (34)

Las creencias más centrales o nucleares son cogniciones que las personas frecuentemente no expresa ni aún para sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas que las personas hacen sobre sí mismas, de las otras personas y de su mundo. Representan el nivel más profundo, global y rígido de interpretación, que influye en otros niveles. (34)

Entre estos dos niveles están las creencias intermedias, de las cuáles surgen los pensamientos automáticos, y están influidas y condicionadas por las nucleares. Están establecidas por el sistema de normas actitudes y supuestos. Finalmente, las respuestas pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. (34)



Cuadro 3. Esquema completo de la terapia cognitivo-conductual. (34)

Origen de la palabra ansiedad

La palabra ansiedad, así como la mayoría de las variables relacionadas con la salud mental pueden explicarse a través de la historia, es así como se puede explicar la etimología de la palabra la cual procede del latín de la siguiente manera:

El término ansiedad proviene del latín *anxiatus*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. (35)

En cuanto a su definición, se conoce que el término angustias, así como angor, *angina*, provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. (35)

No obstante, de acuerdo con el psicoanálisis, deben de separarse y diferenciarse los conceptos de ansiedad y angustia; el intento de diferenciar entre los conceptos es un ejemplo claro de dicha problemática, la utilización de ambos términos dio lugar a confusión en el siglo pasado dado que, en algunas ocasiones, eran usados como sinónimos y, en otras, como vocablos de distinto significado. Actualmente, las herramientas Diagnósticas como el DSM-VR y CIE sirven para identificar la sintomatología y los trastornos mentales.

Concepción Psicológica de la ansiedad

Una primera aproximación que permite plantear desde la perspectiva psicológica a la variable en estudio es decir la ansiedad, es tomar en cuenta dentro de su definición dos palabras claves, la anticipación y la activación, en donde la anticipación refiere a las respuestas anticipatorias que aparecen de manera abrupta cuando un acontecimiento significativo ocurre y la activación se manifiesta en condición de la experiencia emocional, es a menudo anterior a la activación cerebral, y puede existir sin un conocimiento del estímulo que le haya dado lugar, esta activación neurovegetativa y rápida tiene valor de supervivencia.

“Ansiedad, emoción engendrada por la anticipación de un peligro difuso, difícil de prever y controlar. Se transforma en miedo frente a un peligro bien identificado. La ansiedad se acompaña de modificaciones fisiológicas y hormonales características de los estados de activación elevada y se asocia a menudo al comportamiento de conservación retirada o a conductas de evitación.” (36)

La ansiedad, además de ser una experiencia emocional desagradable, es una respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto nivel del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Esta respuesta puede ser facilitada, tanto por situaciones o estímulos externos, como por estímulos internos, tales como pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros, los cuales son percibidos por el sujeto como eventos amenazantes. (38)

Ansiedad normal y anormal: una perspectiva cognitiva

El modelo cognitivo de la ansiedad se centra fundamentalmente en la ansiedad patológica. El miedo puede ser adaptativo y la ansiedad es una experiencia común en la vida cotidiana. (39)

¿Cómo explica el modelo cognitivo la diferencia entre la ansiedad normal y la anormal?

¿Entonces, cuál es la naturaleza del procesamiento cognitivo normal de la ansiedad?

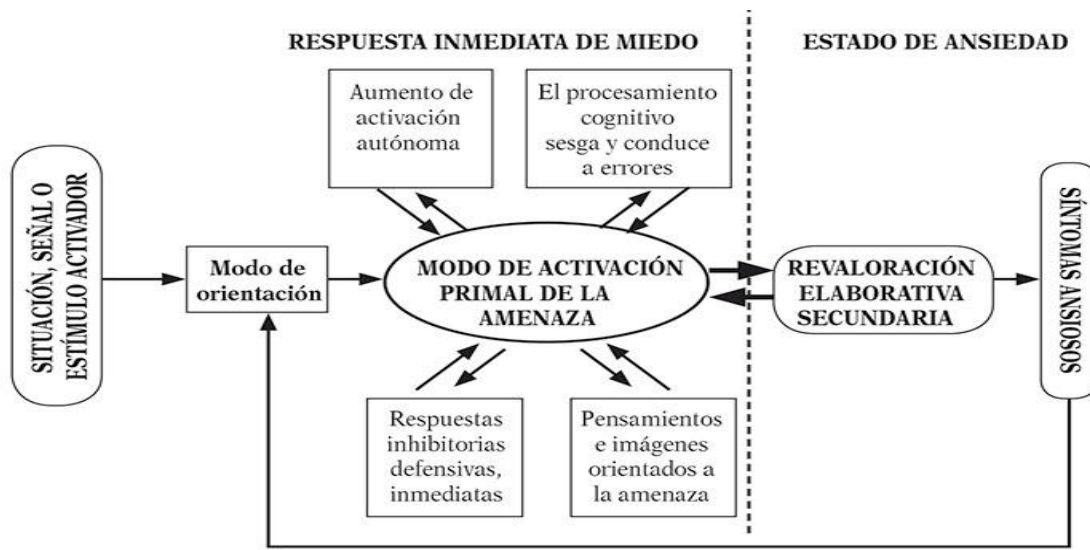
En la Tabla 1, se sintetizan algunas diferencias claves de las fases automática y elaborativa del procesamiento de información que caracterizan a la ansiedad clínica y no clínica. (39)

Tabla 1. Diferencias cognitivas entre la ansiedad normal y anormal previstas por el modelo cognitivo

Fase de procesamiento	Ansiedad anormal	Ansiedad normal
Modo de orientación	Mayor sensibilidad hacia los estímulos negativos	Sensibilidad más equilibrada hacia la detección de estímulos positivos y negativos
Activación primal de la amenaza	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración primaria exagerada de la amenaza • Evaluación negativa de la activación autónoma • Presencia de sesgos y errores de procesamiento relacionados con la amenaza • Frecuencia y saliencia de pensamientos e imágenes automáticos de la amenaza • Iniciación de conductas automáticas, inhibitorias y auto-protectoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración más apropiada y realista de la amenaza • Considera la amenaza como una incomodidad pero no como un estado amenazante • La atención no se limita tanto a la amenaza, menos errores cognitivos. • Menor cantidad y menor saliencia de los pensamiento e imágenes ansiosas • Retraso en las conductas inhibitorias auto-protectoras mientras se consideran las respuestas de afrontamiento más elaborativas
Revalorización elaborativa secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Atención centrada en la debilidad; poca auto eficacia y expectativa de resultados negativos • Escaso procesamiento de señales de seguridad • Innacesibilidad del pensamiento de modo constructivo • Preocupación incontrolable orientada a la amenaza • Se fortalece la estimación inicial de la amenaza 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención centrada en la fuerza; mucha auto-eficacia y expectancia de resultados positivos. • Mejor procesamiento de señales de seguridad • Capacidad para acceder y utilizar el pensamiento de modo constructivo • Preocupación más controlada y reflexiva, orientada a la resolución de problemas • Se debilita la estimación inicial de la amenaza

Fuente: de elaboración propia tomada de Cognitivas SP. David A. Clark Aaron T. Beck [Internet]. Srmcursos.com. 2012

MODELO COGNITIVO DE LA ANSIEDAD



Fuente: de elaboración propia tomada de Cognitivas SP. David A. Clark Aaron T. Beck [Internet]. Srmcursos.com. 2012

Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad

Valoraciones exageradas de la amenaza:

La ansiedad se caracteriza por una atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo sobre los intereses vitales o el bienestar. (39)

Mayor indefensión:

La ansiedad conlleva una evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida. (39)

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad:

Los estados de ansiedad se caracterizan por un procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido. (39)

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo:

En los estados de ansiedad el acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil y, por ello, se emplea de manera ineficaz para la reducción de la ansiedad. (39)

Procesamiento automático y estratégico:

La ansiedad conlleva una mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad. (39)

Procesos auto-perpetuantes:

La ansiedad conlleva un ciclo vicioso en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva. (39)

Primacía cognitiva:

La valoración cognitiva primaria de la amenaza y la valoración secundaria de la vulnerabilidad personal pueden generalizarse de tal manera que una amplia serie de situaciones o estímulos adicionales sea malinterpretada como amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales sean inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza. (39)

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad:

El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias nucleares sostenidas (esquemas) sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la saliencia de la amenaza (39)

Factores académicos relacionados con la ansiedad

En cuanto a los Factores Académicos, algunos estudios sugieren que existen una relación entre estos factores y la presencia de ansiedad, dichas investigaciones se han realizado en diversas poblaciones y en diversos niveles educativos, así:

Por lo tanto, un estudio relacionado con la autoeficacia de los estudiantes sostiene que la **ansiedad ante los exámenes** produce en algunos alumnos una serie de reacciones emocionales negativas que pueden inhibir la ejecución de los estudiantes de acuerdo con su potencial académico. Lo cual sugiere que, al someter a los estudiantes a evaluaciones, pudiesen manifestarse en algunas jóvenes reacciones inapropiadas para la resolución de la evaluación. Además, la ansiedad ante los exámenes puede ser considerada como un rasgo de personalidad o como un estado. (40)

Los Trastornos mentales no se pueden reducir a una sola condición o factor desencadenante, estos en su mayoría pueden estar relacionados con las condiciones sociales, ambientales, económicas, políticas y culturales.

En un estudio relacionado con los factores académicos y desarrollado con estudiantes universitarios de Perú, se obtuvieron los siguientes resultados: en los relacionados a las situaciones que más generan estrés académico a los estudiantes, se encuentra la carga de trabajo académico (75,7%), seguido de falta de tiempo (70,7%), formación clínica (70,0%), y confianza en uno mismo (57,1%); respecto a las dimensiones evaluadas. (41)

En el factor falta de tiempo, la falta de tiempo para realizar seminarios, trabajos de laboratorio o record clínico y la falta de tiempo para relajarse, fueron las causas que más estrés genera y Respecto al nivel académico, se encontró que el estrés fue mayor en estudiantes de preclínica que aquellos que están en el nivel clínico. (41)

En otro estudio sobre Prevalencias y Factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad desarrollado en Colombia, con estudiantes universitarios de la salud, se encontraron dos factores asociados los cuales fueron: **dificultades para relacionarse con los compañeros** y experimentar angustia o preocupación ante de rendir ante una prueba académica; así: Para el caso de la ansiedad rasgo el

modelo estimado sugiere que de las variables analizadas las que mejor explican el evento fueron: sentir angustia o preocupación antes de presentar **una prueba académica, haber presentado en el último año dificultades en la relación con sus compañeros** de estudio y sentirse triste, decaído o aburrido en el último año. (15)

Y también los resultados en el mismo estudio sugieren que la probabilidad de presentar ansiedad rasgo en estudiantes que se sienten angustiados o preocupados **antes de presentar una prueba académica** es de 2.05 veces con respecto a los que no están preocupados o angustiados frente a esta situación. Las RP ajustadas para presentar ansiedad rasgo son de 4.40 veces para los estudiantes que en el último año se han sentido tristes, decaídos o aburridos. Finalmente, para quienes han presentado dificultades con sus compañeros en el último año la probabilidad de presentar el rasgo es de 3.1 veces, respecto a quienes tienen buenas relaciones con sus compañeros de clase. (15)

Investigaciones en el campo de la salud mental han fijado su atención en la población universitaria, y diversos estudios señalan que los trastornos depresivos y ansiosos en estudiantes universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general. Este aumento se debe a que en el ambiente universitario se ponen a prueba competencias y habilidades para alcanzar los objetivos durante el periodo de formación profesional, sometiendo continuamente al estudiante a una gran **carga de exigencias académicas, nuevas responsabilidades, evaluaciones, realización de trabajos, algunas veces desarraigo, así como presiones familiares, económicas y sociales**, que al interactuar con factores identificados como de riesgo para la presencia de ansiedad y depresión (42)

En el estudio vinculado con los Factores causales de estrés en estudiantes universitarios, expresaron que los factores exógenos, los cuales son aquellos factores que influyen desde el exterior en el rendimiento académico. El ambiente social el nivel socioeconómico, procedencia urbana o rural, conformación del hogar,

etc. En este aspecto también se puede considerar la **metodología del docente, los materiales educativos, material bibliográfico, infraestructura y el sistema de evaluación.** (43)

Clasificación actual de la ansiedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, DSM-V

A continuación, se presenta la clasificación actual según el DSM-V, por sus siglas en el idioma inglés, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, dicho manual los presenta en el siguiente orden:

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico (*)
TA por Separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo Selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).	Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).
Fobia Específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, Entorno natural, Sangre- heridas- inyecciones, Situacional, Otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
Trastorno Social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.	Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o

		la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
Tras torno de Angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.	
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
TA generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.
TA inducido por sustancias / medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.	No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i> .
TA debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.	No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i> .
Otros TA especificados	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de

		estar presente la mayoría de días.
TA no especificado	<p>Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.</p> <p>No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).</p>	

Fuente: de elaboración propia tomada de Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 [Internet]. <https://cipesalud.com.ar/>. 2014

Nota. TA = trastorno de ansiedad.

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

B. Hipótesis de Investigación

Hipótesis alterna:

- Hi: A mayor número de horas semanales de estudio, mayores niveles de ansiedad en los estudiantes
- Hi: A mayor dificultad en los exámenes parciales, mayores niveles de ansiedad en los estudiantes
- Hi: A mayor número de horas clases virtuales por semana, mayor nivel de ansiedad en los estudiantes
- Hi: A Mayor cantidad de materias por ciclo, mayor nivel de ansiedad en los estudiantes
- Hi: A mayor metodología tradicional del docente, mayor nivel de insatisfacción en los estudiantes
- Hi: A Mayor empatía y accesibilidad del docente, menor ansiedad de los estudiantes
- Hi: A mayor claridad en la estructura de los exámenes parciales, menor ansiedad en los estudiantes.

Hipótesis nula:

- Ho: A menor número de horas semanales de estudio, menor nivel de ansiedad en los estudiantes
- Ho: A menor dificultad en los exámenes parciales, menor nivel de estrés en los estudiantes
- Ho: A menor número de horas clases virtuales por semana, menor nivel de ansiedad en los estudiantes
- Ho: A menor cantidad de materias por ciclo, menor nivel de ansiedad en los estudiantes
- Ho: A menor metodología tradicional del docente, mayor nivel de satisfacción en los estudiantes
- Ho: A menor empatía y accesibilidad por parte del docente, mayor ansiedad de los estudiantes
- Ho: A menor claridad en la estructura de los exámenes parciales, mayor ansiedad en los estudiantes.

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

1. Enfoque Cuantitativo de investigación:

Se sabe que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (45)

2. Tipo de Investigación: Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo e inferencial en el que se establecerán correlaciones.

- En cuanto a la secuencia temporal, el estudio fue de tipo transversal, ya que se estudió a la población una sola vez en el tiempo.
- En cuanto a la cronología del estudio, fue de tipo prospectivo, ya que los datos fueron recopilados durante los meses de septiembre y octubre 2021.

B. Sujeto Y objeto de estudio

1. Sujetos de estudio: Estudiantes del área clínica de la carrera Doctorado en Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador y que estuvieron activos durante los meses de septiembre y octubre 2021.

2. Objeto de estudio: La presencia de los factores académicos y su relación con la ansiedad en la población universitaria del área clínica de la carrera doctorado en medicina.

3. Lugar de estudio: El estudio se llevó a cabo en las sedes clínicas del Hospital Nacional Dr. “Dr. Juan José Fernández” de Zacamil y la sede clínica del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de Santa Ana, las cuales están adscritas a la Facultad de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador.

4. Cálculo de la muestra: El cálculo de la muestra se hizo a través del Software Open-Epi, Versión 3.1, en donde se consideró para hacer el cálculo a la población total de estudiantes pertenecientes a las áreas clínicas de la Sede Zacamil y de la Sede Santa Ana, así:

ASIGNATURA	Estudiantes / Sede Santa Ana	Estudiantes / Sede Zacamil	Total
Externado I	30	246	276
Externado II	30	60	90
Internado	24	68	92
TOTAL	84	374	458

Fuente: Sistema de reporte de notas Analyze Innovasoft

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(<i>N</i>):	450
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (<i>p</i>):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(<i>d</i>):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- <i>EDFF</i>):	1

Tamaño muestral (*n*) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	210
80%	121
90%	170
97%	231
99%	269
99.9%	319
99.99%	348

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Fuente: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>

Obteniendo a partir de un muestreo probabilístico y estratificado un total de 210 personas participantes en el estudio distribuidos del siguiente modo:

ASIGNATURA	Estudiantes / Sede Santa Ana	Estudiantes / Sede Zacamil	Total
Externado I	30	76	106
Externado II	30	30	60
Internado	24	20	44
TOTAL	84	154	210

Fuente: de creación propia a partir de los datos del Sistema de reporte de notas Analyze Innovasoft

5. Criterios de inclusión y exclusión

Para cumplir con una adecuada selección de las personas participantes en el estudio, se plantearon los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

5.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- ✓ Estudiante activo durante los meses de septiembre y octubre 2021 en la Universidad Evangélica de El Salvador
- ✓ Que pertenezcan al área clínica de la Sede Hospital Zacamil o Sede Hospital de Santa Ana
- ✓ Dispuesto a completar de forma voluntaria el instrumento de evaluación

Criterios de exclusión

- ✓ Personas que estén en tratamiento farmacológico que los imposibilite
- ✓ Personas con patologías psiquiátricas

6. Variables e indicadores

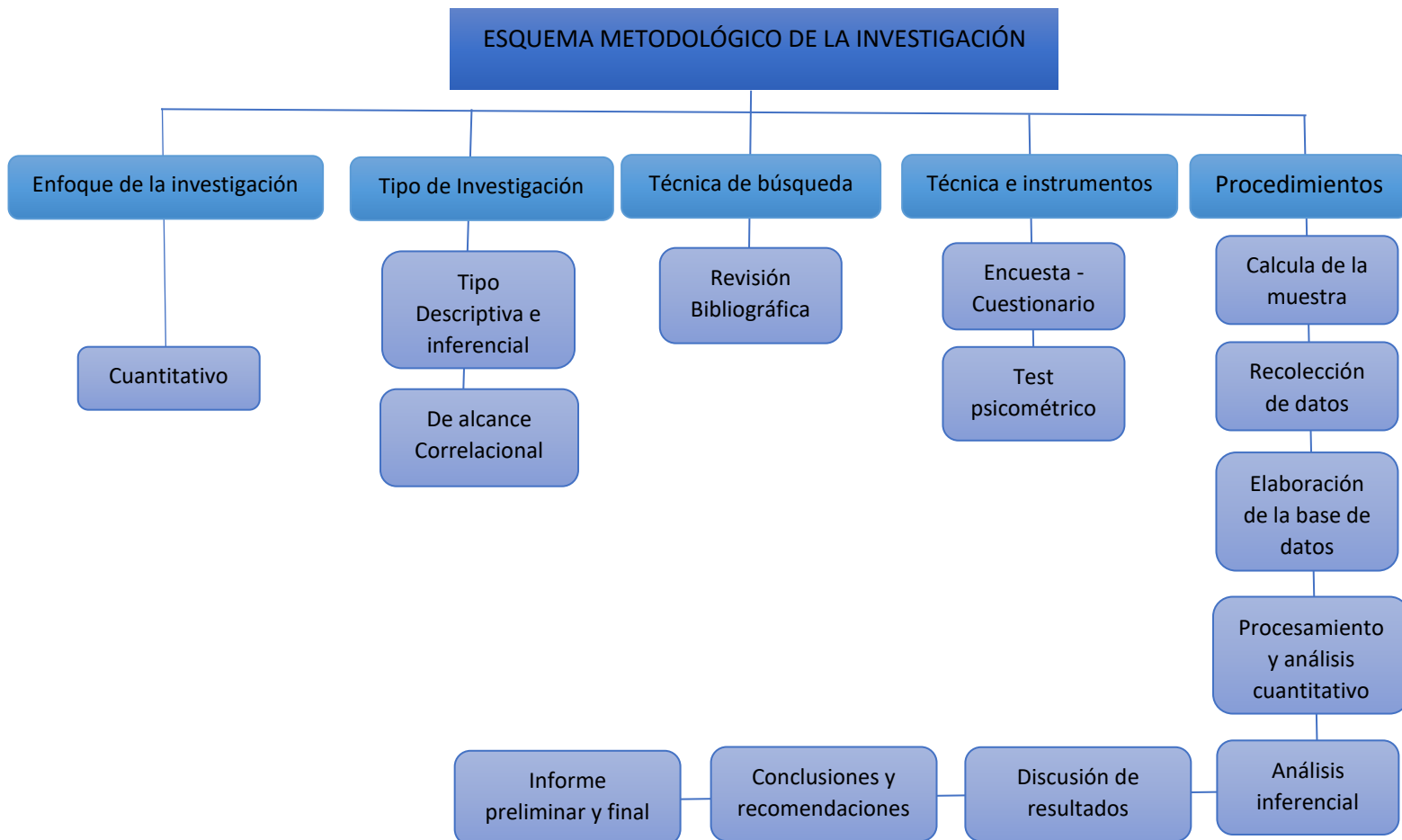
Variables Independientes:

A continuación, se presentan las variables e indicadores involucradas en el presente estudio:

Variable	Definición conceptual de variable	indicadores
Factores Sociales y demográficos	Fenómenos cuantificables o numéricos que ocurren en los conglomerados humanos y que abarcan los aspectos culturales, las creencias, las actitudes, la religión y la política.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Estado Civil - Nivel educativo - Procedencia - Número de hijos - Ocupación
Factores Académicos	Horas semanales de estudio: Se trata del número de horas clases impartidas a los estudiantes durante una semana, regularmente tiene una duración de 50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Número de horas de estudio por día - Número de horas clases virtuales por semana - Número de contenidos bibliográficos a revisar - Preocupación por contenidos bibliográficos extensos
	Exámenes parciales: Evaluaciones administradas por los docentes a los estudiantes y regularmente son tres exámenes parciales durante el ciclo, un examen por registro.	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de dificultad de los exámenes - Número de preguntas numerosas en el instrumento - Claridad de las indicaciones en los instrumentos de evaluación. - Frecuencia con la que los evalúan - Presencia de tensión, preocupación y nerviosismo ante los exámenes
	Modalidad virtual de estudio: La educación virtual es una modalidad de la educación a distancia; implica una nueva visión de las exigencias del entorno económico, social y político, así como de las relaciones pedagógicas y de las TIC.	<ul style="list-style-type: none"> - La modalidad virtual de enseñanza - La modalidad virtual de enseñanza facilita la comprensión de los contenidos - Las sesiones virtuales superan los 120 minutos - La plataforma virtual utilizada es percibida como amigable y fácil de utilizar - Dificultades para mantener la atención y concentración.
	Carga académica: Número de materias que un estudiante cursa durante un ciclo académico, las cuales están determinadas por el número de unidades valorativas según el plan de estudios de la carrera (1UV= 20 horas clases)	<ul style="list-style-type: none"> - El número de materias por ciclo es el adecuado - El número de horas clases y prácticas clínicas son numerosas - Alto número de horas de trabajo durante las prácticas clínicas - Sobrecarga de actividades académicas - Experimenta intranquilidad por el trabajo prolongado durante la práctica clínica.
	Metodología empleada por el docente: Las estrategias metodológicas son las que permiten identificar principios y criterios, a través de métodos, técnicas y procedimientos que constituyen una secuencia ordenada y planificada permitiendo la construcción de conocimientos durante el proceso enseñanza-aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> - Maestros altamente exigentes - Explicación clara de los contenidos - Los contenidos impartidos poseen aplicaciones prácticas y son de interés - Percibe el método de enseñanza que utiliza el maestro como el adecuado - Presencia de inseguridad y preocupación durante la clase

	<p>Personalidad del docente: Se trata del patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta el docente y que persisten a través de las diferentes situaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad por parte del docente - Relación docente-estudiante de respeto mutuo - Empatía del docente hacia sus estudiantes - El docente proyecta confianza y seguridad - Nerviosismo del estudiante ante el docente
	<p>Sistema de evaluación: Es aquella realizada después de un período de aprendizaje, o en la finalización de un programa o curso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se evalúan los contenidos que han sido previamente enseñados - Las evaluaciones son objetivas y justas para todos los estudiantes. - Las ponderaciones de las actividades son acordes a su nivel de dificultad - El docente da a conocer la rúbrica de los contenidos a evaluar - El docente socializa con los estudiantes sus evaluaciones intermedias antes del examen parcial.

Esquema Metodológico: A continuación, se presenta el esquema metodológico que se implementó para el desarrollo de la investigación:



C. Técnicas, Materiales e instrumentos

1. Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

La técnica utilizada para la recolección de los datos fue la encuesta, utilizando dos instrumentos:

a) Cuestionario de factores académicos y b) Inventario de ansiedad de Beck. (ver anexos)

2. Instrumentos de registros y medición

2.1 Cuestionario de Factores académicos:

Se trata de un instrumento de medición con escala tipo Likert de creación propia.

Se administrará un cuestionario en el cual se ha dividido en secciones, en cada una de las secciones se investigan los factores, con respuesta en escala de Likert, que oscila entre 1 a 5, en donde:

Nunca	Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	2	3	4	5

El cuestionario de Factores Académicos (CFA), consta de 35 preguntas, las cuales están distribuidas con cinco ítems por cada Factor Académico; así:

FACTORES ACADÉMICOS	ITEMS
Horas semanales de estudio	1, 2, 3, 4 Y 5
Exámenes parciales	6, 7, 8, 9 Y 10
Modalidad virtual de estudio	11, 12, 13, 14 Y 15
Carga académica	16, 17, 18, 19 Y 20
Metodología empleada por el docente	21, 22, 23, 24 Y 25
Personalidad del docente	26, 27, 28, 29 Y 30
Sistema de evaluación	31, 32, 33, 34 Y 35

Para el diseño del Cuestionario de Factores Académicos (CFA), se distribuyeron 5 preguntas por cada uno de los factores, los cuales se puntúan en base a una escala tipo liker, en donde: 1= nunca, 2= Casi nunca, 3= A veces, 4= Con bastante frecuencia y 5= Casi siempre.

La puntuación mínima por factor es de 5 puntos y la puntuación máxima es de 25 puntos, para poder determinar de este modo la intensidad de cada uno de los factores. Sin embargo, no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones en el Factor personalidad del docente y específicamente el Ítems 30.

Administración:

El CFA, puede ser administrado de forma individual o colectiva, y también puede ser autoadministrado por los participantes.

Calificación:

Se suma el total de puntos por cada ítem, siendo la puntuación mínima 1 punto y la puntuación máxima 5 puntos, luego se suma el total de puntos obtenidos por ítems para obtener la puntuación por factor, siendo la puntuación mínima 5 puntos y la máxima 25 puntos.

Para la interpretación de los resultados las puntuaciones se convierten en frecuencias y porcentajes de acuerdo a cada factor evaluado. En cuanto mayor sea el puntaje encontrado en el factor, se puede decir que mayor es la presencia o intensidad de dicho factor y en cuanto menor sea la puntuación encontrada, se podría decir que menor es la intensidad o presencia del factor evaluado.

Sin embargo, no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones en el Factor Personalidad del docente y específicamente el Ítems 30

Inventario de Ansiedad de Beck, se presenta la ficha técnica a continuación:

Consistencia interna de la prueba:

El análisis de la consistencia interna del BAI arrojó un coeficiente alfa de Crombach de 0,90, lo que indicaba una muy buena consistencia interna (46)

La consistencia interna del BAI fue elevada ($\alpha = 0,90$). El BAI tuvo una correlación de 0,63 con el "Inventario de depresión de Beck-II", pero un análisis factorial reveló que sus ítems formaban dos factores, sugiriendo que su correlación se debe más a la relación entre ansiedad y depresión que a un problema de validez discriminante. Respecto a la validez de criterio, los pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad tenían puntuaciones más altas en el BAI que los pacientes de otros grupos diagnósticos, aunque no se encontraron diferencias con los pacientes con trastornos depresivos. Se concluye que el BAI es un instrumento válido y fiable para detectar y cuantificar síntomas de ansiedad en pacientes con trastornos psicológicos. (46)

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- 36 o más - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Los pasos para aplicar los cuestionarios fueron los siguientes:

- a)** Se reunió a estudiantes de área clínica en modalidad virtual o presencial
- b)** Se les proporcionó el consentimiento informado a los participantes para su lectura comprensiva, y posteriormente firmaron del documento.
- c)** Las personas completaron el cuestionario de forma confidencial, a través de un link proporcionado por el investigador y sus colaboradores, con este link fueron dirigidos al cuestionario virtual, configurado en Google Form; el cuestionario fue

resguardado por el investigador para proteger la identidad de la persona que lo completo y para efectos de confidencialidad.

d) Posteriormente que los estudiantes completaron los cuestionarios y al final del mismo, se habilitara el botón “Enviar”, para registrar los datos. Seguidamente la información fue descargada en el software Microsoft Excel y luego esa misma base de datos fue exportada al Software SPSS con licencia y Versión 22 con la finalidad de ejecutar el análisis cuantitativo y las inferencias estadísticas para la prueba de hipótesis.

2.2 Pasos para aplicar el consentimiento informado

- a)** Se reunieron a los estudiantes de área clínica en modalidad virtual o presencial
- b)** Se les brindó el consentimiento informado a los participantes para su lectura comprensiva (ver anexo 4).

2.3 Juicio de expertos para validar los instrumentos

Los pasos descritos a continuación, fueron ejecutados con el propósito validar el “Cuestionario de Factores Académicos”, mientras que el “Inventario de Ansiedad de Beck”, a pesar de ser una escala ya validada, sin embargo, se incluyó en el juicio de expertos para proveer de todo el contexto a los evaluadores.

- a.** Se seleccionaron a tres expertos con formación académica en las ciencias psicológicas y en docencia universitaria; dichos profesionales gozan de experiencia profesional.
- b.** A través de un correo electrónico, se les invito a formar parte del grupo de tres profesionales que llevarían a cabo la labor de expertos evaluadores (juicio de expertos) de los instrumentos de evaluación a utilizar en el estudio y en el mismo correo se les adjunto el “Cuestionario de Factores Académicos” y la Escala de Ansiedad de Beck.
- c.** Durante un tiempo promedio de 10 días, los tres expertos revisaron los documentos y señalaron vía correo electrónico y por teléfono (una persona evaluadora) las observaciones al instrumento de evaluación. Haciendo comentarios de la idoneidad del instrumento y de los aspectos a fortalecer.

d. Posteriormente y por escrito emitieron los expertos una constancia de revisión de los instrumentos de evaluación (ver anexo 5, 6 y 7)

2.3 Prueba piloto

a. Se llevo a cabo una reunión de planificación con la directora de la Escuela de medicina; para definir las fechas y alcances del muestreo, luego se aplicaron los cuestionarios a 25 personas.

b. A través de los Coordinadores de las áreas clínicas Sede Santa Ana y Sede Zacamil y vía correo electrónico, teléfono y redes sociales, se convocará a reunión virtual a la muestra participante, enviándoles un link en la plataforma zoom (considerando que estas personas seleccionadas tengan las características similares a la población que se estudiará).

c. En fecha y hora programada se les brindo un saludo

d. A continuación se les brindaron instrucciones generales del estudio, entre las que se incluirán, nombre del estudio, pregunta de investigación y objetivos.

e. Seguidamente se llevó a cabo la lectura comprensiva al consentimiento informado

f. Posteriormente, se les brindara en el chat de la plataforma zoom un link el cual los dirigió a la resolución de los cuestionarios a través de google form, y se incluyó un espacio en el instrumento para que los participantes compartieran sus observaciones o experiencia con la prueba.

g. Posteriormente los datos fueron descargados en el software Microsoft Office y luego la base de datos fue exportada al programa SPSS versión 22.

D. Procesamiento y análisis de la información

Cada uno de los cuestionarios administrados fueron codificados y organizados, luego la información fue tabulada por medio del programa Microsoft Excel 2020 y SPSS, versión 22, y luego se efectuó un análisis descriptivo, obteniendo: frecuencias y porcentajes.

Los resultados fueron presentados a partir de tablas y gráficas de tal modo de presentar de una forma ordenada los resultados obtenidos y finalmente se llevó a

cabo un análisis inferencial para la comprobación de las hipótesis, se utilizó la prueba no paramétrica de Rho Spearman, y se analizó el coeficiente de correlación, cuya fórmula es:

$$r_R = 1 - \frac{6\sum_i d_i^2}{n(n^2-1)}$$

Los coeficientes de correlación se expresan por un número con varios decimales entre -1 y 1, donde -1 y 1 indican correlaciones perfectas, negativas y positivas respectivamente y 0 indica correlación nula.

G. Estrategias de utilización de resultados

Los resultados del estudio serán divulgados en las sedes clínica Hospital Zacamil y en la sede clínica Hospital Santa Ana, de la Facultad de Medicina y en la Universidad Evangélica de El Salvador. Será la biblioteca central UEES la encargada de mantener a disposición los resultados del estudio, a fin de que sea accesible a las personas interesadas.

Así mismo los resultados serán publicados en la revista institucional “Crea Ciencia” o en cualquier otra revista de difusión científica con la finalidad de fortalecer la difusión de conocimiento en temas de interés para la comunidad científica y como aporte a la investigación de país.

H. Aspectos éticos de la investigación

Con base a los principios bioéticos y de buenas prácticas se establecieron cuatro principios básicos de similar fuerza moral: el principio de beneficencia, principio de la no maleficencia, principio de la justicia y principio de autonomía.

El presente estudio estará sujeto y dirigido acorde al código de ética de los profesionales de psicología: “Código de Ética para el Ejercicio de la Profesión de Psicología en El Salvador” es el instrumento normativo básico, que regula el comportamiento y correcto ejercicio profesional del gremio de Psicólogas y Psicólogos en el país. Con su aplicación, la Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología cumplirá de mejor manera sus atribuciones de control y vigilancia del ejercicio profesional, según lo estipula el Código de Salud, tomando en cuenta no solo las normativas legales, sino las éticas, para los profesionales y estudiantes de Psicología, interesados en contribuir, con honestidad y eficiencia, al desarrollo humano y social de El Salvador. (47)

III NORMAS ETICAS

2.7 Como investigador.

2.7.1. Con humanos.

a. Asumir responsabilidad de realizar investigaciones que sean útiles al progreso de la Psicología y al fomento del bienestar humano. b. Respetar los principios éticos y científicos de la investigación, la cual debe realizarse en función de los derechos humanos de los participantes. c. Compartir la responsabilidad legal y ética con todos los participantes en la investigación, quienes deben tener la adecuada capacidad técnica y científica. d. Especificar con claridad las responsabilidades entre investigador y sujetos de la investigación mediante un acuerdo justo que delimita los compromisos de cada uno. e. Informar a los sujetos de la investigación todas las características y procedimientos, y explicar otros aspectos que pregunten, excepto aquellas situaciones que puedan alterar los resultados. f. Asegurar que el sujeto de la investigación comprende los motivos que exige retener información cuando los requerimientos metodológicos de un estudio lo justifican. g. Respetar la libre aceptación, declinación o retiro de los sujetos de la investigación; esta libertad es vigilada constantemente en el proceso de investigación. (47)

Los profesionales deben de practicar los siguientes principios en su ejercicio profesional, Principio de beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien. En cuanto al Principio de la no maleficencia: se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico. (48)

Principio de la justicia: encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten. Principio de autonomía: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. (48) La información de las personas que decían participar en el estudio será confidencial y las mismas completaran el consentimiento informado, como evidencia de su

participación voluntaria en el estudio. Los participantes no obtendrán ningún beneficio económico debido a su participación en el estudio, sin embargo, gracias a su valiosa colaboración, podrán proveer información que será utilizada para tratar de minimizar los efectos relacionados con los Factores Académicos y la Ansiedad en los estudiantes del área clínica la carrera de Doctorado en medicina.

I. Matriz de congruencia

Tema: Prevalencia de ansiedad y Factores Académicos relacionados, en población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y su relación con los factores académicos en población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina, en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021?

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad y su relación con los factores académicos en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021

Objetivos específicos	Hipótesis nula	Unidad de análisis	Variables Cualitativas Escala tipo Liker	Operacionalización	Ítems	Técnicas para la recolección de datos	Tipo de Instrumento
1. Identificar los factores académicos relacionados con ansiedad en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador.	Ho: Los factores académicos no se relacionan con la ansiedad en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina, en la Universidad Evangélica de El Salvador	Población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador	Factores Académicos: - Horas semanales de estudio	Número de horas de estudio durante la semana	1, 2, 3, 4 y 5	La encuesta	1. Cuestionario de Factores académicos 2. Test psicométrico: Inventario de Ansiedad de Beck
			- Exámenes parciales	Número de preguntas empleadas durante un examen escrito ó virtual para medir conocimiento	6, 7, 8, 9 y 10		
			- Modalidad virtual de estudio	Número de recursos tecnológicos empleados por el docente para desarrollar la clase virtual	11, 12, 13, 14 y 15		
			- Carga académica	Número de materias por ciclo académico	16, 17, 18, 19 y 20		
			- Metodología empleada por el docente	Diversas formas de enseñanza	21, 22, 23, 24 y 25		
			- Personalidad del docente	Rasgos característicos del docente durante la relación docente-estudiante.	26, 27, 28, 29 y 30		
			- Sistema de evaluación	Número de actividades intermedias y exámenes parciales empleados durante un ciclo académico	31, 32, 33, 34, y 35		
2. Establecer la prevalencia de ansiedad en los estudiantes			Ansiedad	Número de personas con ansiedad / 100	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21		

universitarios de la salud							
3. Analizar la relación entre los factores académicos y la ansiedad en los estudiantes universitarios de la salud en población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador			Factores Académicos	<p>Coeficiente de correlación Rho Spearman</p> $r_R = 1 - \frac{6\sum_i d_i^2}{n(n^2-1)}$			
			Ansiedad	<p>Puntuaciones</p> <p>00-21 - Ansiedad muy baja</p> <p>22-35 - Ansiedad moderada</p> <p>más de 36 - Ansiedad severa</p>			

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el análisis de la información se presentan los resultados obtenidos en la investigación a lo largo de sus diferentes etapas. De modo que los datos fueron recolectados a través de dos cuestionarios (factores académicos relacionados con la ansiedad y test psicométrico de Inventario de Ansiedad de Beck) y el análisis cuantitativo fue realizado a partir del software Microsoft Excel y SPSS (versión 22). Los resultados se presentan por medio de estadísticas descriptivas y con el empleo de frecuencias porcentuales. Con respecto al análisis inferencial y la comprobación de hipótesis se empleó el coeficiente de correlación de Rho Spearman. De ahí que este capítulo está construido con una secuencia lógica y narrativa donde se presenta una aproximación descriptiva de los datos correspondientes a los sujetos de estudio. Luego los resultados de la prevalencia de la ansiedad. Posteriormente se analizan los datos obtenidos acerca de los factores académicos relacionados con la ansiedad. En último lugar se realizó el análisis inferencial para dar paso a la discusión de problemas, las conclusiones y recomendaciones.

A. Análisis Descriptivo

1. Datos Sociodemográficos

En la presente investigación se determinaron las características sociodemográficas de la población en estudio mediante una serie de interrogantes contempladas en el cuestionario de factores académicos con la finalidad de describir al sujeto de estudio y realizar puntualmente un acercamiento a la solución de la pregunta: ¿Cuáles son los factores académicos relacionados con la ansiedad en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador?

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los estudiantes del área de la salud y pertenecientes a la carrera Doctorado en Medicina, área clínica.

Variables sociodemográficas de la población estudiada			
Variable	Tipo	Frecuencia absoluta	Porcentajes
Sexo	Femenino	143	64%
	Masculino	81	36%
	Total	224	100%
Edades	20 a 25 años	183	82%
	26 a 30 años	39	17%
	31 años o más	2	1%
	Total	224	100%
Estado Civil	Soltero	218	97%
	Casado	1	1%
	Acompañado	5	2%
	Total	224	100%
Zona de Residencia	Zona occidental	37	16%
	Zona central	172	77%
	Zona oriental	15	7%
	Total	224	100%
Sede clínica a la que pertenece	Sede Clínica Hospital Zacamil	152	68%
	Sede clínica Hospital Santa Ana	72	32%
	Total	224	100%
Nivel en el que se encuentra	Externado I	119	53%
	Externado II	64	29%
	Internado rotatorio	41	18%
	Total	224	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

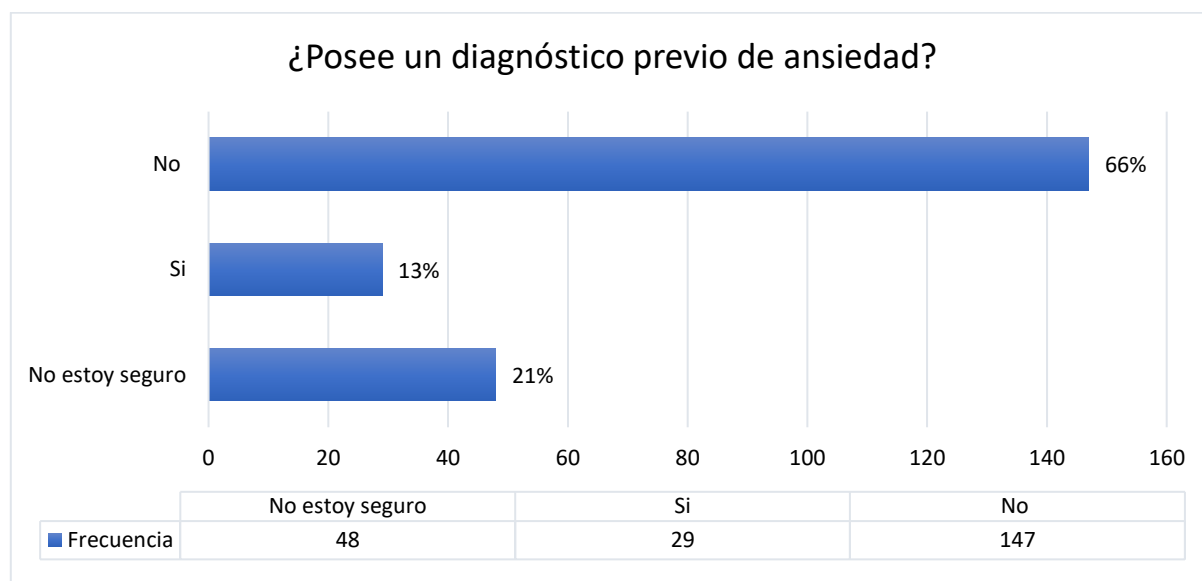
En primer lugar, el análisis descriptivo de los datos nos ayuda a evidenciar una contextualización de las características socioeconómicas de la población en estudio. Es así como la muestra de la población está representada por el 64% en el caso del “sexo femenino”; y el 36% en el “sexo masculino”. En segundo lugar, se muestran los rangos de edades las cuales se encuentran en el 82% (de 20 a 25 años); el 17% (de 26 a 30 años); y el 1% (de 31 años o más). En tercer lugar, se refleja el estado civil de los encuestado con el 97% (Soltero); el 1% (Casado); y el 2% (Acompañado). En cuarto lugar, se puede ver las zonas de residencia con el 16% (Zona occidental); el 77% (Zona central); y el 7% (Zona oriental). En quinto lugar, se hace alusión a la sede clínica a la que pertenece la población con el 68% (Sede Clínica Hospital Zacamil); y el 32% (Sede Clínica Hospital Santa Ana). Por último, se presenta el nivel académico en el que se encuentra con el 53% (Externado I); el 29% (Externado II); y el 18% (Internado rotatorio).

Los datos anteriores nos permiten aproximarnos a una contextualización y descripción socioeconómica de la población en estudio donde la mayor población se representa por el “Sexo Femenino” en el rango de 20 a 25 años de edad, “Estado Civil Soltero”, perteneciente a la “Zona Central” con “Sede Clínica Hospital Zacamil” y el nivel académico de “Internado I”. Esta descripción anterior determina una representación que es reflejo de los altos niveles poblacionales en los departamentos de El Salvador (Santa Ana, San Miguel y San Salvador) y manifiesta futuros factores a considerar como la concentración poblacional o aglomeración de las urbes. En este sentido es fácilmente explicable la concentración de la muestra y la representatividad reflejada en la población en estudio. Así pues, en este contexto se podría decir que los estudiantes del área de la salud y pertenecientes a la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador están influenciados por niveles de ansiedad los cuales no han sido determinados previamente y por lo cual es necesario realizar un diagnóstico previo de ansiedad en dicha población.

2. Prevalencia de Ansiedad

La prevalencia de la ansiedad en los sujetos de estudio de esta investigación se determinó mediante el test psicométrico de Inventario de Ansiedad de Beck que proporciona la diferenciación entre los síntomas conductuales, emocionales y fisiológicos en personas con ansiedad y depresión. Lo anterior es realizado mediante una serie de afirmaciones que permiten determinar los niveles de ansiedad de la población estudiantil. Dentro de este marco expuesto los resultados de dicho test se complementan con la realización de un sondeo con respecto a poseer un diagnóstico previo de ansiedad.

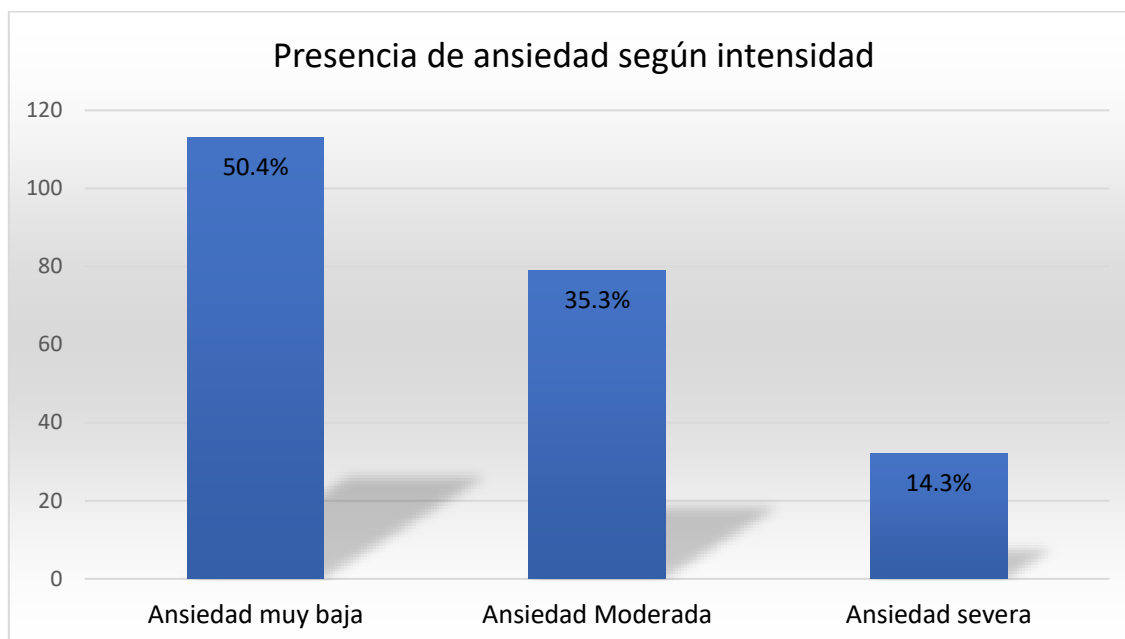
Gráfica 1. Población estudiantil con diagnóstico previo de ansiedad



Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

En la gráfica 1, se observa que solamente un 13% de la población en estudio posee un diagnóstico previo de ansiedad; mientras que el 21% no está del todo seguro de poseer un diagnóstico previo de ansiedad; y el 66% no posee un diagnóstico previo de ansiedad. Entonces es necesario conocer las representaciones de la ansiedad de los estudiantes y de la comunidad universitaria en general. Por ello en esta investigación se incluyó la realización de un análisis mediante el test psicométrico de Inventario de Ansiedad de Beck para determinar la prevalencia de ansiedad según intensidad (Gráfica 2).

Gráfica 2. Presencia de ansiedad según intensidad



Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

En la gráfica 2, se presenta el grado de ansiedad encontrado en la población estudiantil según intensidad. Dichos resultados muestran que el 50.4% de la población posee una ansiedad muy baja, mientras que el 35.3% manifestó adolecer de ansiedad moderada y el 14.3% sufre de ansiedad severa. En definitiva, los resultados anteriores evidencian la presencia de ansiedad en el 49.6% ($35.3\% + 14.3\% = 49.6\%$) de la población encuestada. Pues, la presencia de “Ansiedad Moderada” representa que la población estudiantil contemplada en este porcentaje a iniciado un proceso progresivo de incremento de ansiedad el cual con el tiempo se convertirá en ansiedad severa. De igual manera es indispensable visualizar la prevalencia puntual de ansiedad severa en la población universitaria, pero es igualmente representativa en términos porcentuales de la población encuestada según estudios realizados con anterioridad.

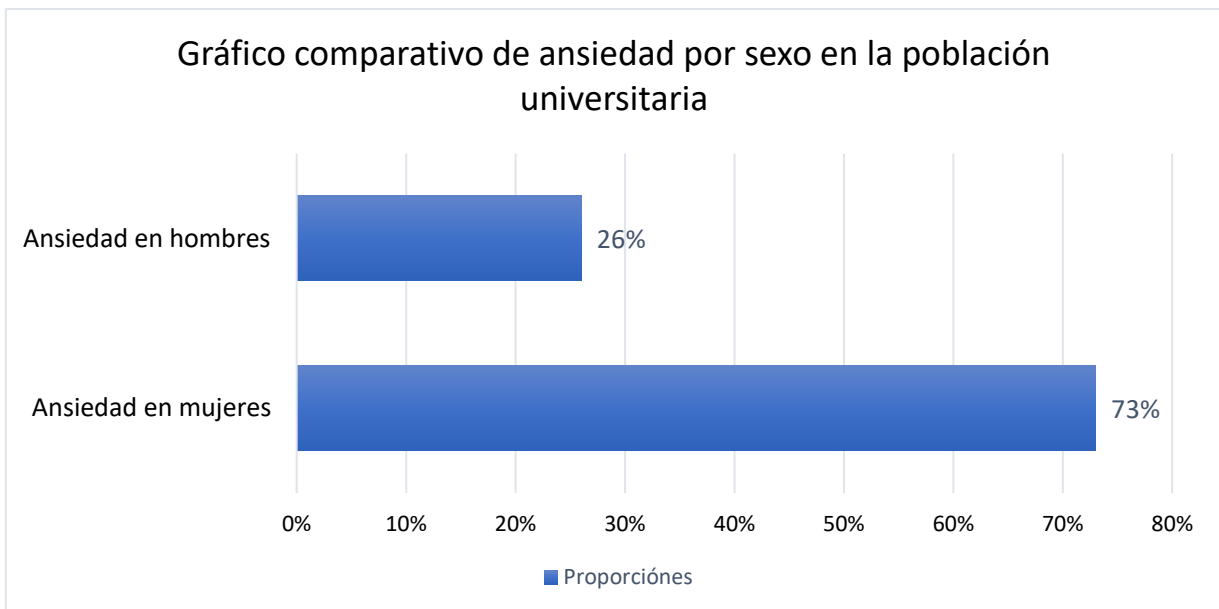
Tabla 2. Prevalencia puntual de ansiedad en la población universitaria

Prevalencia de ansiedad en la población universitaria			
PREVALENCIA	111 (población con presencia de ansiedad)	X100	=24.72%
	449 (población total de estudiantes)		

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta.

En la tabla 2, se puede observar la proporción de estudiantes que presentaron ansiedad la cual corresponde a un 24.72% de las personas encuestadas. Estas manifestaron durante la aplicación del instrumento el haber experimentado durante el periodo contemplado en esta investigación sintomatología concerniente a la ansiedad moderada y severa. Es por ello que el análisis contemplado en la gráfica 2 evidencia una transición exponencial entre los tipos de ansiedad la cual avanza paulatinamente si esta no es diagnosticada y tratada con el respectivo tratamiento. Igualmente es necesario visualizar la prevalencia por medio del sexo de la población encuestada (gráfica 3).

Gráfica 3. Prevalencia de ansiedad por sexo en la población universitaria



Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

En la gráfica 3, se presenta la prevalencia de la ansiedad por sexo de la población encuestado. En este sentido existe una mayor prevalencia de ansiedad en la población universitaria de mujeres con un 73% contra un 26% en los hombres. De modo que los resultados siguen la tendencia antes mencionada en el perfil sociodemográfico (49) y representan las tendencias acerca de la preferencia del sexo femenino por las especialidades de medicina en Latinoamérica (50). De igual manera que los resultados obtenidos por el estudio llamado “Feminización en medicina” (51). De ahí que los resultados obtenidos en la prevalencia de la ansiedad siguen la misma línea de la investigación realizada acerca de las “Diferencias entre hombre y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica” donde se evidencia en los resultados obtenidos que aproximadamente las mujeres en edad reproductiva desarrollan entre 2 a 3 veces más trastornos de ansiedad que los hombres (52). Por tanto, ahora se conoce un perfil sociodemográfico y es necesario determinar los factores académicos relacionados con la ansiedad para complementar una narrativa la cual ayude a explicar la problemática abordada en esta investigación y ayude a determinar la prioridad del diagnóstico de la ansiedad en la población estudiantil de la Universidad Evangélica de El Salvador.

En cuanto a las posibles explicaciones a estas diferencias entre sexos descritas con anterioridad, algunos autores refieren que se debe a diferencias hormonales; pero realmente no se conoce de forma definitiva las diferencias en los datos relacionados con el trastorno de ansiedad entre hombres y mujeres; no obstante, se especula que sobre los factores de tipo bioquímicos, hormonales y sociales. En este último apartado las mujeres en su rol social trabajan excesivamente en casa y aquellas que tienen un trabajo formal o informal; al llegar a casa deben de retomar las actividades del hogar al llegar a casa.

3. Factores académicos relacionados con la ansiedad

Los factores académicos relacionados con la ansiedad nos permiten determinar posibles aspectos generadores o detonantes de las alteraciones en la salud mental de la población universitaria. Así pues, los factores académicos analizados fueron: a) Horas semanales de estudio, b) Exámenes parciales, c) Modalidad virtual de estudio, d) Carga académica, e) Metodología empleada por el docente, f) Personalidad del docente y g) Sistema de evaluación. En este sentido a continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario de factores académicos mediante una serie de tablas. A demás es de resaltar que el análisis siguiente de los resultados se realiza con respecto a la presentación de los porcentajes predominantes en las tablas y mediante esta metodología se valoran las conclusiones emitidas acerca de la influencia o no del factor académico y su relación con la ansiedad.

Tabla 3. Factor horas semanales de estudio

FACTOR	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE	TOTAL
Horas semanales de estudio	12%	16%	14%	24%	24%	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

La tabla 3, muestra el factor horas semanales de estudio, en donde los resultados indican la presencia del factor con el 22% (nunca), 16% (casi nunca), 14% (a veces), 24% (con bastante frecuencia) y 24% Siempre.

Los resultados anteriores evidencian una prevalencia de preocupación de la población universitaria con respecto a las horas semanales dedicadas al estudio porque el predominio de los datos encontrado en las respuestas “Con bastante frecuencia” y “Siempre”; aunque también el 22% afirmo que las horas semanales de estudio “nunca” resultan ser una situación de estrés. Pues esta misma tendencia de resultados es obtenida en la investigación acerca de “El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina” (50).

Pues, las horas semanales diarias dedicadas al estudio determinan un exceso de carga académica que permite alteraciones del sistema de respuesta a nivel cognitivo de la población estudiantil de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador. Entonces, se puede considerar al factor horas semanales de estudio como un detonante de la ansiedad. Sin embargo, dichos resultados son aplicables únicamente a las horas dedicadas de los estudiantes al momento de estudiar sus contenidos, en la comprensión de las lecturas, realización de tareas.

Tabla 4. Factor exámenes parciales.

FACTOR	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE	TOTAL
EXAMENES PARCIALES	19%	21%	15%	21%	24%	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

La tabla 4, muestra el factor exámenes parciales, en donde los resultados indican la presencia del factor con él 19% (nunca), 21% (casi nunca), 15% (a veces), 21% (con bastante frecuencia) y 24% Siempre.

Los resultados anteriores evidencian una tendencia hacia la determinación de este factor como generador de estrés y siguen la misma línea de los resultados obtenidos en la investigación “Estrés académico y resultados docentes en estudiantes de medicina” (53). Donde uno de los hallazgos muestra dicha relación antes mencionada. El 45% de los encuestados manifestó que los exámenes parciales les genera estrés y ansiedad y el otro 55% dijo que nunca, casi nunca o solamente a veces sucedía.

Tabla 5. Factor modalidad virtual de estudio

FACTOR	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE	TOTAL
MODALIDAD VIRTUAL DE ESTUDIO	17%	20%	17%	24%	22%	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

La tabla 5, muestra el factor Modalidad virtual de estudio, en donde los resultados indican la presencia del factor con el 17% (nunca), 20% (casi nunca), 17% (a veces), 24% (con bastante frecuencia) y 22% Siempre.

Los resultados anteriores demuestran que casi el 46% de la población estudiantil, considera el hecho que la modalidad de estudio podría constituir un factor de estrés y ansiedad; no obstante, el 54% de la población dijo que nunca, casi nunca y a veces, este factor constituye una fuente de estrés y ansiedad.

Dichos resultados siguen la misma tendencia de las conclusiones obtenidas en la investigación “Factores de estrés en estudiantes universitarios en época de pandemia (Covid-19)” (54). donde se presenta la modalidad virtual de enseñanza como un factor generador de estrés de la población estudiantil.

Tabla 6. Factor carga académica

FACTOR	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE	TOTAL
CARGA ACADÉMICA	25%	17%	21%	19%	18%	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

La tabla 6, muestra el factor Carga académica, en donde los resultados indican la presencia del factor con el 25% (nunca), 17% (casi nunca), 21% (a veces), 19% (con bastante frecuencia) y 18% (Siempre).

Los resultados anteriores muestran que el número de materias asignadas en la malla curricular como carga académica a la población estudiantil no representa un factor de estrés ya que el 63% de los encuestados dijeron que nunca, casi nunca o a veces, este factor está presente. Esto proporciona una medición significativa del buen trabajo que realiza la facultad de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador en gestión. Sin embargo, se puede apreciar una tendencia en las dos

últimas descripciones 19% “con bastante frecuencia”, y 18% siempre, esto podría ser explicado a partir de las horas dedicadas durante las prácticas clínicas y al trabajo prolongado durante los turnos.

Tabla 7. Factor metodología empleada por el docente

FACTOR	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE	TOTAL
METODOLOGÍA EMPLEADA POR EL DOCENTE	21%	22%	22%	20%	15%	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

La tabla 7, muestra el factor Metodología empleada por el docente, en donde los resultados indican la presencia del factor con el 21% (nunca), 22% (casi nunca), 22% (a veces), 20% (con bastante frecuencia) y 14% (Siempre). En cuanto a los resultados anteriores se evidencia una tendencia a la percepción de la población estudiantil hacia el hecho que no existe una influencia de la metodología empleada por el docente con respecto a la generación de estrés, el 65% lo manifestó de ese modo.

Tabla 8. Factor personalidad del docente

FACTOR	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE	TOTAL
PERSONALIDAD DEL DOCENTE	20%	23%	20%	20%	16%	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

La tabla 8, muestra el factor Personalidad del docente, en donde los resultados indican la presencia del factor con el 20% (nunca), 23% (casi nunca), 20% (a veces), 20% (con bastante frecuencia) y 16% (Siempre).

En cuanto a los resultados presentados se puede decir que el factor personalidad docentes no es generador de estrés en la población estudiantil debido a la tendencia hacia un resultado positivo del docente de mostrar empatía y accesibilidad con

respecto a sus estudiantes. El único resultado relativamente negativo es el ponerse nervioso acerca de la presencia del docente. Sin embargo, al realizar una lectura general del factor se puede concluir que no es significativo este resultado de la presencia del docente con respecto a las valoraciones realizadas de accesibilidad y empatía.

Tabla 9. Factor sistema de evaluación

FACTOR	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE	TOTAL
SISTEMA DE EVALUACIÓN	20%	19%	19%	22%	20%	100%

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

La tabla 9, muestra el factor Sistema de evaluación, donde se presentan las descripciones de “El docente evalúa de forma objetiva y justa para todos los estudiantes” en donde los resultados indican la presencia del factor con el 20% (nunca), 19% (casi nunca), 19% (a veces), 22% (con bastante frecuencia) y 20% (Siempre). Los resultados anteriores muestran la influencia de un factor generador de estrés hacia las preocupaciones generadas con respecto a las notas obtenidas por la población estudiantil y el rendimiento académico. Estos resultados siguen la misma línea de las conclusiones obtenidas en la investigación “Estudiantes de Medicina y su Rendimiento Académico” (56). Donde se menciona que un generador de estrés es el rendimiento académico de la población estudiantil de Medicina y en ese sentido se puede concluir que el sistema de evaluación no influye cuantificablemente en la prevalencia de este factor en la población estudiantil

B. Análisis Inferencial

El abordaje del análisis de los resultados de esta investigación responde **en primer lugar** a interpretaciones descriptivas de los datos que permiten realizar un acercamiento a la problemática y **en segundo lugar** a explicaciones inferenciales que produzcan conclusiones acerca de las hipótesis del objeto de estudio. **En dicha**

línea la construcción de los hallazgos finales se realiza a partir de pruebas estadísticas y el análisis descriptivo previo. Así pues, mediante la inferencia se determina el grado de relación entre los factores académicos y la ansiedad en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador en el periodo de junio hasta julio del 2021. En adición a lo anterior la comprobación de las hipótesis se realizó a través de la prueba estadística del coeficiente de correlación de Spearman (Rho Spearman). El cual es recomendable utilizarlo cuando los datos presentan valores extremos, ya que dichos valores afectan mucho el coeficiente de correlación de Pearson, o ante distribuciones no normales. No está afectada por los cambios en las unidades de medida (57).

Entonces, a continuación, se presentan el análisis de las hipótesis y las pruebas estadísticas.

Las correlaciones presentadas obedecen a puntuaciones acumuladas por cada factor, del siguiente modo:

Tabla 10. Correlaciones entre ansiedad y factores académicos

Correlaciones							
Ansiedad	Horas semanales de estudio	Exámenes parciales	Modalidad virtual de estudio	Carga académica	Metodología empleada por el docente	Personalidad del docente	Sistema de evaluación
Rho de Spearman	0.20**	0.18**	0.22**	0.01	0.02	0.07	0.02
Sig.	0.007	0.009	0.003	0.86	0.803	0.30	0.763
N	224	224	224	224	224	224	224

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia y con datos de la encuesta

En la tabla 10, se muestran los resultados de la inferencia estadística de izquierda a derecha en función de la variable ansiedad y su relación con los factores académicos de estudiantes universitarios del área clínica del Doctorado en Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador. En primer lugar, se aprecia el coeficiente de correlación entre las variables “Ansiedad” y “Horas semanales de estudio” ($\rho = 0.20$, $p < 0.01$). En segundo lugar, el coeficiente de correlación entra las variables “Ansiedad” y “Exámenes parciales” ($\rho = 0.18$, $p < 0.01$). En tercer

lugar, el coeficiente de correlación entre las variables “Ansiedad” y “Modalidad virtual de estudio” ($\rho = 0.22$, $p < 0.01$). En cuarto lugar, el coeficiente de correlación entre las variables “Ansiedad” y “Carga académica” ($\rho = 0.01$, $p > 0.01$). En quinto lugar, el coeficiente de correlación entre las variables “Ansiedad” y “Metodología empleada por el docente” ($\rho = 0.02$, $p > 0.01$). En sexto lugar, el coeficiente de correlación entre las variables “Ansiedad” y “Personalidad del docente” ($\rho = 0.07$, $p > 0.01$). En séptimo lugar, el coeficiente de correlación entre las variables “Ansiedad” y “Sistema de evaluación” ($\rho = 0.02$, $p > 0.01$).

Entonces a través de los resultados anteriores se interpretan las hipótesis de investigación de la siguiente manera:

a) Para los factores “Carga académica”, “metodología empleada por el docente”, “Personalidad del docente” y “Sistema de evaluación”, no hay suficiente evidencia estadística como para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, las variables mencionadas con anterioridad no poseen relación con la “Ansiedad”.

Dichos resultados cobran sentido cuando se verifican los obtenidos durante la etapa descriptiva de análisis con excepción del factor “Carga académica” que presento niveles de influencia en sus respectivas conclusiones. Esto podría evidenciar la necesidad de una mayor profundidad al momento del abordaje del factor “Carga académica” en los estudiantes universitarios o nuevas líneas de investigación, aunque el énfasis podría ser en las horas dedicadas durante las prácticas clínicas y al trabajo prolongado. Pero no en función del número de asignaturas.

b) En cuanto a los factores “Horas semanales de estudio”, “Exámenes parciales” y “Modalidad virtual de estudio”, los resultados muestran que existen suficientes evidencias estadísticas como para rechazar la hipótesis nula y afirmar una relación con la variable “Ansiedad”. En este sentido la correlación entre el factor “Horas semanales de estudio” y la “Ansiedad” ($\rho = 0.20$) permite afirmar que existe una relación positiva pero débil entre estas variables. Sin embargo, al analizar la prevalencia puntual de ansiedad en la población universitaria (24.72%) en

conjunto con la correlación anterior; los datos cobran sentido ya que no se alejan mucho de la prevalencia de la ansiedad y sustentan los hallazgos encontrados en la etapa de análisis descriptivo. Asimismo, la correlación entre el factor “Exámenes parciales” y la “Ansiedad” ($\rho = 0.18$) presenta una relación positiva débil lo cual evidencia un vínculo generador cuando se juntan dichas variables. Este resultado es sustentado por las conclusiones presentadas en el análisis descriptivo donde se determinó como generador de estrés el factor “Exámenes parciales”. Además, al examinar la correlación entre el factor “Modalidad virtual de estudio” y la “Ansiedad” ($\rho = 0.22$) se aprecia una relación positiva débil que evidencia una relación generadora de ansiedad al juntar estas variables en el proceso de enseñanza-aprendizaje de educación.

- c) Ya que los resultados encontrados determinaron que algunos factores poseen una correlación positiva y débil, mientras que otros factores no tienen correlaciones con significancia estadística; esto se podría explicar debido a la presencia de otros factores, como los factores clínicos, personales o laborales, que también están presente en la vida cotidiana de los estudiantes y también pueden ser explicados a partir de la teoría cognitiva conductual la cual sostiene que no todas las personas responden de la misma manera ante un determinado estímulo, es decir que dos personas pueden responder de forma distinta ante el mismo estímulo estresor.

C. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A Continuación, se presentan las discusiones de resultados en donde se contrastan los datos obtenidos en la presente investigación y los resultados obtenidos en otros estudios los cuales abordaron las mismas variables; así:

En cuanto a la prevalencia puntual de ansiedad los hallazgos sugieren la presencia de una prevalencia del 24.72% en la población universitaria de la salud estudiada en la Facultad de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador; este dato es bastante parecido al estudio transversal realizado en la Universidad de Antioquía, Colombia, con una muestra de 325 estudiantes en donde se obtuvo una prevalencia del 26.5% de ansiedad (15).

Los hallazgos revelaron que existe una mayor prevalencia de ansiedad en las mujeres con un 73% en comparación con los hombres con un 26%; estos resultados siguen la tendencia del estudio “Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica” donde se evidencia en los resultados obtenidos que aproximadamente las mujeres en edad reproductiva desarrollan entre 2 a 3 veces más trastornos de ansiedad que los hombres (52). En otro estudio con población salvadoreña El estudio revela que las mujeres están más afectadas que los hombres y que el grupo de 18 a 23 años de edad es el que más síntomas de ansiedad presenta, comparado con otros grupos de mayor edad. Al dividir el resultado según el género, se encontró que 779 (61,7 %) son mujeres y 484 (38,3 %) hombres (59)

Para los factores “Carga académica”, “metodología empleada por el docente”, “Personalidad del docente” y “Sistema de evaluación” no se encontró relación entre las variables. Este resultado contrasta con el hallazgo del estudio denominado: “Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud” en donde se evidencio que hay tres aspectos generadores de ansiedad los cuales

fueron: la sobrecarga académica, falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y realización de un examen (55)

En cuanto a los factores “Horas semanales de estudio” y “Exámenes parciales” los resultados demuestran que existe relación entre estos factores estudiados y la variable Ansiedad. Del mismo modo el estudio denominado: “Ansiedad ante exámenes y hábitos de estudio en educación superior”, se obtuvo la correlación r de entre las variables ansiedad ante exámenes y hábitos de estudio (entiéndase como horas semanales de estudio), se obtuvo el valor de $r = -0,371$ ($p=0,00$). La correlación fue negativa moderada estadísticamente significativa entre los hábitos de estudio y la ansiedad ante exámenes. (59)

Asimismo, la correlación entre el factor “Exámenes parciales” y la “Ansiedad” ($\rho = 0.18$), Este resultado es sustentado por las conclusiones presentadas en el análisis descriptivo donde se determinó como generador de estrés el factor “Exámenes parciales”. Del mismo modo el estudio denominado “Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud”, determinaron que algunos modelos estadísticos como los de regresión sugieren que las variables académicas posibilitan el hecho de que los estudiantes experimenten ansiedad ante una actividad evaluativa (15)

Además, al examinar la correlación entre el factor “Modalidad virtual de estudio” y la “Ansiedad” ($\rho = 0.22$) se aprecia una relación positiva débil que evidencia una relación generadora de ansiedad al juntar estas variables en el proceso de enseñanza-aprendizaje de educación; de igual modo los hallazgos encontrados en el estudio denominado: “Ansiedad al Aprendizaje en línea: relación con actitud, género, entorno y salud mental en universitarios”, se encontró que Para la Ansiedad al Aprendizaje en Línea se observaron correlaciones inversas con el resto de las variables, siendo la más destacable de ellas, su relación con la Salud Mental Autopercebida [$r=-.35$ (190), $p<.001$] (60).

Explicaciones teóricas:

La diferencia de resultados entre los factores puede explicarse a partir de varios aspectos del siguiente modo:

- La presencia de factores psicosociales (como hacen y como organizan el trabajo)

Este apartado hace referencias a las formas en como los estudiantes universitarios hacen y organizan su trabajo en las áreas clínicas; el trabajo es realizado en ambientes hospitalarios en donde regularmente se ven expuestos a turnos laborales extenuantes que demandan un sobre esfuerzo físico y emocional de los jóvenes. El trabajo es asignado en base a demanda de usuarios, la cual de forma regular es muy alta. Estas condiciones propias del trabajo regularmente hacen que las personas atraviesen las tres fases del estrés, como lo son: el estado de alarma, el estado de resistencia y el agotamiento; existiendo la posibilidad de desarrollar enfermedades profesionales, incluyendo el síndrome del burnout. La sobrecarga de trabajo, la dificultad del trabajo que se realiza, el trabajo repetitivo, el trato agresivo con otros, recibir instrucciones contradictorias, exceso de horas de trabajo, etc., todo esto constituye un factor enorme de riesgo psicosocial. Existe una clara relación entre la exposición a factores de riesgo psicosocial y daños a la salud mental, entre los que se destaca la ansiedad y la depresión.

- La presencia de los factores sociodemográficos (sexo, edad y procedencia)

Puesto que los hallazgos encontrados confirman la predominancia del sexo femenino en comparación con la población universitaria masculina; las diferencias encontradas en torno a la presencia de ansiedad mayormente en mujeres pueden explicarse del siguiente modo: algunos autores refieren que se debe a diferencias hormonales; pero realmente no se conoce de forma definitiva sus causas, se especula la influencia de los factores de tipo bioquímicos, hormonales y sociales.

En su rol social de “mujeres”, las jóvenes universitarias deben de realizar después del trabajo hospitalario el rol de hijas, hermanas y en algunos casos madres, de tal modo que al llegar a casa deben de asumir algunas responsabilidades laborales de casa, las cuales no son remuneradas ni reconocidas por los miembros de la familia;

en el caso de “los hombres” deben de ayudar a sus padres en “la empresa familiar”, teniendo que sacrificar en algunos casos, el tiempo de descanso o el tiempo para estudiar contenidos con anticipación.

En cuanto a las edades de los estudiantes, el rango predominante fue de 20 a 25 años, siendo esta etapa de desarrollo físico y madurativo en la cual aún no gozan de una amplia experiencia de vida y por ende mayor nivel de madurez emocional, esto genera las condiciones para que los jóvenes desarrollen estilos de vida no saludables, entre los que se destaca el consumo de sustancias psicoactivas, las múltiples relaciones sexuales en algunos casos de riesgo, el consumo de alimentos inapropiados (comida chatarra), entre otras cosas. Estas condiciones propician el apareamiento de conductas de riesgo entre los alumnos y el apareamiento de enfermedades mentales. Siendo la mayoría de los estudiantes solteros, tienden a tener relaciones sentimentales superficiales o dicho de otro modo relaciones sin compromiso formal para con su pareja, propiciando de este modo la inestabilidad en cuanto a el establecimiento de compromisos familiares a largo plazo.

Siendo las zonas de procedencia de los estudiantes principalmente la zona central y después la occidental; esto puede explicar en parte el cambio comportamental de las mujeres y los hombres, por ejemplo, los que deciden irse al área clínica de la zona occidental; deben de romper el vínculo materno y paterno y de pronto comenzar a vivir solos o en compañía de otros estudiantes y sin la posibilidad de poder tener el apoyo de la familia nuclear. Algunos de estos estudiantes no logran adaptarse y después de algún tiempo presentan bajo rendimiento académico, estrés y ansiedad.

De acuerdo a la teoría cognitiva conductual, no todas las personas responden de forma similar ante un mismo estímulo estresor, todo dependerá de la interpretación cognitiva (es decir sus pensamientos) que haga el individuo ante los estímulos ambientales; algunos responderán con pensamientos, emociones y conductas adaptativas ante el estresor y otras personas responderán de forma no adaptativa.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Posteriormente al desarrollo de la investigación se concluye lo siguiente:

Los Factores Académicos identificados fueron: Horas semanales de estudio, Exámenes parciales, Modalidad virtual de estudio, Carga académica, Metodología empleada por el docente, Personalidad del docente y Sistema de evaluación.

La Prevalencia de ansiedad en población universitaria de la salud del doctorado en medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador fue de veinticuatro puntos setenta y dos por ciento, existiendo una mayor prevalencia de ansiedad en mujeres con un setenta y tres por ciento en comparación con los hombres con un veinte y seis por ciento; evidenciando de esta manera la necesidad de generar políticas públicas que estén encaminadas a la atención de la salud mental de las personas y del mismo modo la designación de un presupuesto de país robusto a fin de fortalecer los servicios de salud mental en todo el territorio.

Los Factores Académicos que se relacionan estadísticamente significativa con la Ansiedad de forma positiva y débil fueron: Horas semanales de estudio, Exámenes parciales, y Modalidad virtual de estudio, mientras que los factores Carga académica, Metodología empleada por el docente, Personalidad del docente y el Sistema de Evaluación no poseen relación estadísticamente significativa.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Universidad Evangélica de El Salvador y específicamente a la Facultad de Medicina, prestar especial atención a la proporción de estudiantes que presentaron ansiedad moderada y grave, ya que los hallazgos revelan la presencia de un problema de salud mental en progreso o ya establecido en estudiantes pertenecientes al área clínica. Se recomienda establecer un programa permanente de autocuidado que permita a los estudiantes el poder recibir atención en salud mental.

Se recomienda a la dirección del Hospital Zacamil y Santa Ana, a que realicen diagnósticos psicológicos, previos al ingreso de los estudiantes a las áreas de formación clínica, sin dejar de lado la creación de un seguimiento y monitoreo de la salud mental de la población estudiantil durante el transcurso de la carrera universitaria. Se recomienda a la facultad de medicina el diseño de un programa de desarrollo de habilidades blandas, dirigida a los estudiantes en específico la resiliencia.

Se recomienda al Ministerio de Salud pública a que genere políticas públicas que permitan la creación de centros de atención en salud mental, próximos a la zona urbana y rural, para que la población de jóvenes pueda acceder a la misma. Para ello se debe de asignar un presupuesto de país robusto que posibilite la contratación un mayor número de profesionales en salud mental.

Se recomienda a los futuros investigadores a que estudien a profundidad la presencia de variables tales como: factores laborales, factores clínicos, factores familiares y estrategias de afrontamiento ante el estrés; así como la depresión clínica en población estudiantil.

Se recomienda a los futuros investigadores estudiar este fenómeno a partir de un enfoque cualitativo de la investigación, se recomienda desarrollar un estudio de casos que permita profundizar en las posibles causas del fenómeno. Se recomienda desarrollar la temática “Capacidades de resiliencia en estudiantes universitarios”.

FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

1. Paho.org. [citado el 10 de marzo de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
2. Who.int. [citado el 12 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
3. Salud Mental [Internet]. Paho.org. [citado el 12 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
4. Paho.org. [citado el 15 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=686:dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=291
5. La Salud Mental 12940 Harbor Drive FMP, 494. VA 22192 T, 494. F 703. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental [Internet]. Paho.org. [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/costa-rica/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-mental&alias=23-salud-mental-en-atencion-primaria&Itemid=222
6. Cardona-Arias JA, Perez-Restrepo D, Rivera-Ocampo S, Gómez-Martínez J. Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas*. 2015;11(1):79.
7. Cardona-Arias JA, Pérez-Restrepo D, Rivera-Ocampo S, Gómez-Martínez J, Reyes Á. Prevalencia de ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Medellín-Colombia [Internet]. Edu.co. [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1453/1/R5.%20Prevalencia%20de%20ansiedad%20en%20estudiantes%20universitarios.pdf>
8. Posada-Villa MD JA, Buitrago-Bonilla TS JP, Medina-Barreto TS Y, Rodríguez-Ospina. MD M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova*. 2006;4(6):33.
9. Quintanilla JRG, García y. CB. La Ansiedad y la Depresión como indicadores de Salud Mental en los salvadoreños [Internet]. Unam.mx. [citado el 19 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art12.pdf>

10. Salvador E. Perfiles de los Sistemas de Salud [Internet]. Paho.org. [citado el 23 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-El_Salvador_2006.pdf
11. Gutiérrez Quintanilla JR, Portillo García CB. Prevalencia De Trastornos Mentales Y Recursos Humanos En Salud Mental En El Salvador. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]. 2015 [citado el 25 de marzo de 2021];18(3). Disponible en: <http://www.ojs.unam.mx/index.php/rep/article/view/52692>
12. Castillo Pimienta C, Chacón de la Cruz T, Díaz-Véliz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Investig educ médica. 2016;5(20):230–7.
13. Kaplan Y Sadock - Sinopsis De Psiquiatria.pdf [Internet]. Scribd.com. [citado el 25 de marzo 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/357743323/Kaplan-Y-Sadock-Sinopsis-De-Psiquiatria-pdf>
14. Bausela Herreras E. Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. EDUCERE. 2005;9(31):553–7.
15. Caro Y, Trujillo S, Trujillo N. Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. Psychol. [Internet]. 2019;13(1):41–52. Disponible en: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/3726>
16. Joaquín Á, Manuel AJ, Javier LJ. Educational Psychology [Internet]. Redalyc.org. [citado el 27 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551017.pdf>
17. Suárez RER, Hernández JC, Juárez JLH, Macossay PEJ, Sánchez KS. Análisis del estrés académico en estudiantes de enfermería de una IES en Tabasco. Disponible en: [http://www.ijbmi.org/papers/Vol\(10\)4/Ser-1/E1004013742.pdf](http://www.ijbmi.org/papers/Vol(10)4/Ser-1/E1004013742.pdf)
18. Balanza Galindo S, Morales Moreno I, Guerrero Muñoz J. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. Clin Salud. 2009;20(2):177–87.
19. COVID-19 y salud mental: mensajes clave [Internet]. Paho.org. [citado el 27 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-salud-mental-mensajes-clave>

20. Disposiciones normativas a raíz del COVID-19 en El Salvador [Internet]. Blplegal.com. [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.blplegal.com/es/Disposiciones-normativas-COVID19-coronavirus-El-Salvador>
21. Beatriz Calderón. [Internet]. Noticias de El Salvador - La Prensa Gráfica | Infórmate con la verdad. 2020 [citado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://mediacenter.laprensagrafica.com/elsalvador/Hay-un-subregistro-de-muertes-sospechosas-por-covid-19-en-El-Salvador-aparte-de-las-46-confirmadas-dice-ministro-de-Salud-20200601-0037.html>
22. López JC. Ya se encuentra disponible la Encuesta de Hogares de Propósitos múltiples 2019 - dirección General De Estadística Y Censos [Internet]. Gob.sv. [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/novedades/avisos/965-ya-se-encuentra-disponible-la-encuesta-de-hogares-de-propositos-multiples-2019.html>
23. Estrategiaynegocios.net. [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.estrategiaynegocios.net/inicio/908399-330/el-salvador-solo-invierte-el-003-de-su-pib-en-innovar>
24. Lega LI, Caballo VE, Ellis A. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. 2a ed. Siglo XXI de España Editores; 2002.
25. intervención Cognitiva Conductual [Internet]. Scribd.com. [citado el 02 de abril de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/428617519/intervencion-cognitiva-conductual>
26. Villa J. Terapia Cognitivo Conductual: La guía completa para principiantes de TCC, para aprender las estrategias para superar la ansiedad, el insomnio, la depresión y estabilizar del estado de ánimo. Central Park Language Learning; 2020.
27. Terapia Cognitivo Conductual. Antecedentes y características [Internet]. Institutosalamanca.com. 2017 [citado el 02 de abril de 2021]. Disponible en: <https://institutosalamanca.com/blog/terapia-cognitivo-conductual-antecedentes-y-caracteristicas/>
28. Ingram RE, Scott WD. Cognitive Behavior Therapy. En: International Handbook of Behavior Modification and Therapy. Boston, MA: Springer US; 1990. p. 53–65.
29. Aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la universidad privada San Juan Bautista [Internet]. 1Library.co. [citado el 05 de abril de 2021]. Disponible en: <https://1library.co/document/zlnm2goq-aplicacion-cognitiva-conductual-adolescentes-depresion-provenientes-universidad-bautista.html>

30. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Publications; 1987.
31. El Modelo Cognitivo de la Depresión [Internet]. Com.ar. [citado el 07 de abril de 2021]. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>
32. Caro I. Manual teórico práctico de Psicoterapias Cognitivas [Internet]. Academia.edu. 2006 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/38026731/TRATAMIENTO_PARA_LA_DEPRESION
33. Obst J. La Terapia Cognitiva, Integrada. y Actualizada [Internet]. Scribd.com. 2008 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/169651768/LA-TERAPIA-COGNITIVA-INTEGRADA-Y-ACTUALIZADA-docx>
34. Ortiz A. Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del instituto técnico superior Gran Colombia de la ciudad de Quito de Octubre del 2011 a Enero del 2012 [Internet]. 1Library.co. 2012 [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://1library.co/document/yj7lp92y-aplicacion-cognitiva-tratamiento-depresion-adolescentes-instituto-tecnico-colombia.html>
35. Virues E. Estudio sobre ansiedad [Internet]. Psicologiacientifica.com. 2005 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
36. Moya Martín-Caro C. La ansiedad y su prevalencia en la población. Un estudio interdisciplinar de los aspectos adaptativos y patológicos [Internet]. [España]: Universidad Computense Madrid; 2018 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49155/>
37. Doron R. Diccionario akal de psicología. https://books.google.com.co/books?id=UKWPwux2JtYC&printsec=frontcover&source=gbs_book_other_versions_r#v=onepage&q&f=false: Akal Ediciones; 2006.
38. Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. Emociones y Salud. Ansiedad y Estrés [Internet]. Researchgate.net. 2001 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230577062_Emociones_y_Salud
39. Cognitivas SP. David A. Clark Aaron T. Beck [Internet]. Srmcursos.com. 2012 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf

40. Onyeizugbo EU. Self-efficacy, gender and trait anxiety as moderators of test anxiety. Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag [Internet]. 2017;8(20). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25115/ejrep.v8i20.1377>
41. Córdova Sotomayor DA, Santa María Carlos FB. Factores asociados al estrés en estudiantes de odontología de una universidad peruana. Rev estomatol hered. 2018;28(4):252.
42. Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados [Internet]. Iscii.es. 2014 [citado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://scielo.iscii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
43. Sarubbi de Rearte, Emma y Castaldo, R (..) (2013) - Factores Causales Del Estrés en Los Estudiantes Universitarios [Internet]. Scribd.com. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/424305491/Sarubbi-de-Rearte-Emma-y-Castaldo-r-2013-Factores-Causales-Del-Estres-en-Los-Estudiantes-Universitarios-1>
44. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 [Internet]. <https://cipesalud.com.ar/>. 2014 [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2019/10/los-trastornos-de-ansiedad-en-el-dsm-5.pdf>
45. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación [Internet]. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/>. 2014 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
46. Researchgate.net. [citado el 23 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/286536823_THE_BECK_ANXIETY_INVENTORY_BAI_psychometric_properties_of_the_Spanish_version_in_patients_with_psychological_disorders
47. De la profesión en psicología Periodo 2009- J de V. Código de ética para el ejercicio de la profesión de psicología En el salvador [Internet]. Gob.sv. [citado el 24 de abril de 2021]. Disponible en: <http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/codigo-de-etica-bisnieto-2009-2011.pdf>
48. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev cuba oftalmol. 2015;28(2):228–33.

49. Marquina de Reyes AM, García de González MM. Matrícula y titulación de educación superior en El Salvador, con perspectiva de género. *Realidad y Reflexión* [Internet]. 2017 Dic 23 [cited 2021 Dic 21];(46):54. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/RyR/article/view/5507/5194>
50. Collazo, C. A. R., Rodríguez, F. O., & Rodríguez, Y. H. El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Rev. Psiquiatr Clín*, [Internet] 2008 [Citado el 10 nov 2021] Disponible en: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/2371Collazo.pdf>
51. Petrone P. La feminización en la Medicina. *Rev Colomb Cir*. 2018;33:132-34. <https://doi.org/10.30944/20117582.54>
52. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología* (Internet) [Internet]. 2009 Dic 1;3(1):20–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1989-38092009000300003
53. Conchado Martínez, J. H., Álvarez Ochoa, R. I., Cordero Cordero, G., Gutiérrez Ortega, F. H., & Terán Palacios, F. Estrés académico y resultados docentes en estudiantes de medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. [Internet] 2019 [Citado el 11 dic 2021] 23(2), 302-309. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200302
54. Reinoso, J. P. C., Guevara, J. E. C., Meza, D. C. V., & Parra, L. A. O. Factores de estrés en estudiantes universitarios en época de pandemia (Covid-19). *Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*. [Internet] 2021 [Citado el 12 dic 2021] 5(20), 1258-1272. Disponible en: <https://revistahorizontes.org/index.php/revistahorizontes/article/view/302/655>
55. López, D. C. M., Zambrano, K. P. M., Arias, S. L. V., Duque, P. A., & Valderrama, S. M. C. Factores generadores de estrés percibidos por estudiantes de enfermería en su primera práctica clínica. *Ciencia y Salud Virtual*. [Internet] 2018 [Citado el 12 dic 2021] (2018). 10(2), 33-50 Disponible en: <https://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/1155/962>
56. Llanga Vargas EF, Molina Villarroel SN, Yacelga Ramírez KA. Estudiantes de medicina y su rendimiento académico. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo* [Internet]. 2019 May 31 [citado 2021 Ago 11];(mayo). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/05/estudiantes-medicina-rendimiento.html>
57. Martínez Ortega RM, Tuya Pendás LC, Martínez Ortega M, Pérez Abreu A, Cánovas AM. El coeficiente de correlación de los rangos de spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2009 Jun 1;8(2).

Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017

58. Gutiérrez Quintanilla, J. R., Lobos Rivera, M. E. y Chacón Andrade, E. R. Síntomas de ansiedad por la COVID-19, como evidencia de afectación de salud mental en universitarios salvadoreños. [Internet]. 2020 dic 12 Disponible en: <http://hdl.handle.net/11298/1171>

59. Ruiz-Segarra MI. Ansiedad ante exámenes y hábitos de estudio en educación superior. Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación [Internet]. 2020 Dec 26 [cited 2021 Dec 21];4(16):461–8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/hrce/v4n16/v4n16_a09.pdf

60. Castillo Riquelme, Víctor, Cabezas Maureira, Nicolás, Vera Navarro, Constanza, & Toledo Puente, Constanza. Ansiedad al aprendizaje en línea: relación con actitud, género, entorno y salud mental en universitarios. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. [Internet]. 2021 vol.15 no.1. Disponible en: (2021, 15(1), e1284. <https://dx.doi.org/10.19083/ridu.2021.1284>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Universidad Evangélica de El Salvador

Fecha. ___/___/___ Encuestador _____

Introducción

Saludos cordiales, somos personal de la Universidad Evangélica y actualmente estamos realizando el estudio denominado: Prevalencia de ansiedad y Factores Académicos relacionados en población universitaria del Área Clínica del Doctorado en medicina.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta encuesta. Si usted está de acuerdo en por favor complete los cuestionarios que le serán proporcionados.

Riesgos y Beneficios

Es importante que conozca que su persona no obtendrá ningún beneficio económico debido a su participación. Sin embargo, gracias a su valiosa colaboración, usted proveerá información que será utilizada para tratar de minimizar los efectos relacionados con los factores Académicos y la Ansiedad en los estudiantes del área clínica la carrera de Doctorado en medicina. Si usted se niega a participar, esto no hará ninguna diferencia ni repercusiones en sus actividades académicas.

Preguntas o Preocupaciones

Hay personas que usted puede contactar si tiene alguna duda o preocupación. A continuación, le brindaré un número telefónico, el cual corresponde a la persona que coordina esta encuesta. Si usted tiene preguntas sobre esta encuesta, sus derechos al participar o preguntas sobre los cuestionarios, puede llamar a Lic. Vladimir Cruz Barahona, al 7613-9818. Si usted llama y no contestan, por favor deje un mensaje incluyendo su nombre y número telefónico, y mencione que llama por el proyecto de encuesta Factores Académicos Asociados a la Ansiedad Estudiantes de medicina. Alguien le responderá la llamada lo más pronto posible.

Confidencialidad

El dato obtenido de esta encuesta serán privados. Únicamente los investigadores conocen las respuestas que usted ha dado a las preguntas. Nadie tendrá acceso a su información personal. Nadie tendrá la capacidad de determinar cuáles respuestas fueron dadas por usted.

Participación voluntaria

La participación es completamente voluntaria. Usted decide si desea participar. Si usted se niega a participar, no habrá ningún cambio en sus actividades académicas Solamente las personas que están haciendo esta encuesta conocerán si usted rehusó participar.

¿Está usted de acuerdo en participar en esta encuesta?

Sí No

Firma del estudiante _____

Nombre del estudiante _____

Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Tema: Prevalencia de ansiedad y Factores Académicos relacionados, en población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y los factores académicos relacionados en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina, en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021?

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)					
Indicaciones: A continuación, encontrará una serie de síntomas comunes de ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy: las opciones son: En absoluto, Levemente, Moderadamente o severamente.					
No		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado o que se le va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores fríos o calientes				

Anexo 3. Cuestionario de Factores Académicos

CUESTIONARIO DE FACTORES ACADÉMICOS

Estudio: Prevalencia de ansiedad y Factores Académicos relacionados, en población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021

Objetivo General: Determinar la prevalencia de ansiedad y los factores académicos relacionados en la población universitaria del área clínica del Doctorado en Medicina en la Universidad Evangélica de El Salvador, de junio a julio 2021

Bienvenida: saludos cordiales a todas las personas presentes el día de hoy, mi nombre es (nombre de la persona que administra el instrumento) y formo parte del equipo de investigadores de la UEES, deseo comentarles que actualmente estamos investigando el tema: "Prevalencia de Ansiedad y los Factores académicos relacionados en los estudiantes del área clínica del Doctorado en Medicina". ¿Estaría usted de acuerdo en participar con nosotros contestándonos las siguientes preguntas?

I. DATOS GENERALES

1. Edad

2. Sexo

- * Femenino
- * Masculino

3. Área de residencia

- * Urbana
- * Rural

4. Año académico de carrera

**5. Estado civil
ansiedad**

- * Soltero/a
- * Acompañado/a
- * Casado/a
- * Divorciado/a

6. Tengo un diagnóstico de

- * SI
- * No
- * No estoy seguro

* Viudo/a

II. FACTORES ACADÉMICOS

No	Factor: Horas semanales de estudio	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Siempre o casi siempre (5)
1	Dedico de 1 a 3 horas diarias de estudio					
2	Recibo en promedio unas 15 horas clases virtuales por semana					
3	El número de horas clases que recibo por semana son excesivas					
4	Después de realizar mis turnos en el hospital, debo de ir a leer contenidos en libros y otras fuentes bibliográficas					
5	Me preocupa el hecho que debo de estudiar amplios contenidos bibliográficos					
No	Factor: Exámenes parciales	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Siempre o casi siempre (5)

6	Considera que los exámenes parciales son de mucha dificultad					
7	El número de preguntas durante los exámenes parciales son numerosas					
8	Las indicaciones brindadas par la resolución de los exámenes parciales no son claras					
9	La frecuencia con que nos examinan es la adecuada					
10	Me siento tenso, preocupado y nervioso ante los exámenes parciales					
No	Factor: Modalidad virtual de estudio	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Siempre o casi siempre (5)
11	Es de su agrado la modalidad virtual de enseñanza utilizada para recibir las clases					
12	Se le facilita comprender al maestro o la maestra desde la modalidad virtual					
13	Las sesiones virtuales superan los 120 minutos siempre					
14	La plataforma virtual utilizada para recibir sus clases es amigable y fácil de utilizar					
15	Le cuesta estar atento y concentrado durante las clases virtuales					
No	Factor: Carga académica	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Siempre o casi siempre (5)
16	El número de materias por ciclo me parecen adecuadas					
17	El número de horas clases y prácticas clínicas durante el ciclo son numerosas					
18	Dedico un número elevado de horas de trabajo durante las prácticas clínicas					
19	Me siento sobrecargado de actividades académicas durante mi formación profesional					
20	Me siento ansioso debido a el trabajo prolongado durante mis prácticas hospitalarias					
No	Factor: Metodología empleada por el docente	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Siempre o casi siempre (5)
21	Los maestros y maestras son altamente exigentes					
22	El maestro y la maestra, explican con claridad					
23	Los contenidos de las materias poseen aplicaciones prácticas y son de interés					

24	El método de enseñanza del docente es el adecuado					
25	Me siento inseguro y preocupado en los minutos previos al inicio de la clase y luego se me pasa					
No	Factor: Personalidad del docente	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Siempre o casi siempre (5)
26	El docente es accesible para con sus estudiantes					
27	El docente procura establecer una relación de respeto para con los estudiantes					
28	El docente demuestra empatía hacia sus estudiantes					
29	El docente genera confianza y seguridad					
30	Me pongo nervioso ante la presencia del docente					
No	Factor: Sistema de evaluación	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Con bastante frecuencia (4)	Siempre o casi siempre (5)
31	Solamente se evalúan los contenidos que han sido previamente impartidos					
32	El docente evalúa de forma objetiva y justa para todos los estudiantes					
33	Las ponderaciones de notas asignadas por el docente a las actividades son acordes a su nivel de dificultad					
34	El docente da a conocer la rúbrica de evaluación de las actividades a evaluar					
35	Me preocupa el hecho que no logro conocer a tiempo (antes de la evaluación final) los resultados de mis evaluaciones intermedias					

Anexo 4. Carta permiso para realizar el estudio en las sedes clínicas de la Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

MISIÓN

"Formar profesionales con excelencia académica, conscientes del servicio a sus semejantes y con una ética cristiana basada en las Sagradas Escrituras para responder a las necesidades y cambios de la sociedad".

VISIÓN

"Ser la institución de educación superior, líder regional por su excelencia académica e innovación científica y tecnológica; reconocida por su naturaleza y práctica cristiana".



AFILIADA A
UDAL
Unión de Universidades de América Latina y el Caribe



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

San Salvador, 14 de mayo de 2021

Dr. Carlos Miguel Mónico
Decano de la Facultad de Medicina
Presente,

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus actividades laborales

Por medio de la presente deseo hacer de su conocimiento que actualmente soy un estudiante egresado en la Maestría En Metodología de la Investigación Científica y dentro de los requisitos de graduación, se contempla la necesidad de llevar a cabo una investigación sobre un problema de salud mental, que afecte a nuestra población de forma directa o indirecta; dicha investigación debe de culminar durante el mes de octubre del año en curso.

Debido a lo antes planteado solicito de favor me conceda autorización para poder llevar a cabo el estudio denominado: "Prevalencia de ansiedad y Factores Académicos relacionados, en la población universitaria del área clínica del doctorado en Medicina, UEES 2021"

Se pretende que los resultados obtenidos beneficien a la población estudiantil al obtener estimaciones de las variables en estudio.

Sin nada más en particular,

Lic. Vladimir Humberto Cruz Barahona
Maestrante MMIC



Email: glass.web@gmail.com

Celular: 7613-9818

EDUCACIÓN DE CALIDAD, CON VALORES CRISTIANOS"

Prolongación Alameda Juan Pablo II, Calle El Carmen, San Antonio Abad.

Apartado Postal 1789, San Salvador, El Salvador, C.A.

PBX: 2275-4000, Fax: 2275-4040, Web Site: www.uees.edu.sv

[/ueesoficial](https://www.facebook.com/ueesoficial) [@ueesoficial](https://www.instagram.com/ueesoficial) [ueesoficial](https://www.youtube.com/ueesoficial)

Anexo 5. Constancia de revisión de instrumentos por parte del juicio de expertos 1

San Salvador, Mes de mayo de 2021

A quien interese:

Por medio de la presente hago constar que he revisado los instrumentos presentados por: Vladimir Humberto Cruz Barahona, postulante a la Maestría en Metodología de la Investigación Científica, de la forma siguiente:

- a) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- B) Cuestionario de Factores Académicos (CFA)

No omito mencionar que dentro de mis valoraciones he realizado algunas observaciones específicas; las cuales están incluidas en los documentos a fin de mejorar dichos instrumentos.

Sin nada más en particular


PhD. Dra. Milena de Reyes
Directora de Escuela de Medicina



Anexo 6. Constancia de revisión de instrumentos por parte del juicio de expertos 2

San Salvador, Mes de mayo de 2021

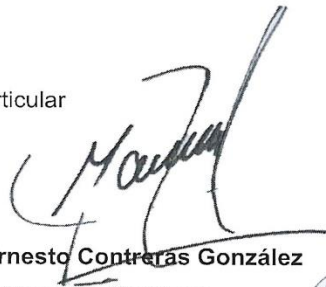
A quien interese:

Por medio de la presente hago constar que he revisado los instrumentos presentados por: Vladimir Humberto Cruz Barahona, postulante a la Maestría en Metodología de la Investigación Científica, de la forma siguiente:

- a) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- B) Cuestionario de Factores Académicos (CFA)

No omito mencionar que dentro de mis valoraciones he realizado algunas observaciones específicas; las cuales están incluidas en los documentos a fin de mejorar dichos instrumentos.

Sin nada más en particular



MsC. Lic. Manuel Ernesto Contreras González
Director de Educación Continua



Anexo 7. Constancia de revisión de instrumentos por parte del juicio de expertos 3

San Salvador, 20 de mayo de 2021

A quién interese:

Por medio de la presente hago constar que:

He revisado los instrumentos presentados por el Licenciado Vladimir Humberto Cruz Barahona, postulante a la Maestría en Metodología de la Investigación Científica, de la forma siguiente:

- a) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- B) Cuestionario de Factores Académicos (CFA).

No omito mencionar que dentro de mis valoraciones he realizado algunas observaciones específicas; las cuales están incluidas en los documentos a fin de mejorar dichos instrumentos.

Sin nada más en particular,

Licda. Digna Guadalupe Santos de Martínez
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
J.V.P.P. No. 3698

Licda. Digna Guadalupe Santos de Martínez.

Egresada: Maestría en Psicología Clínica, UJMD

Anexo 8. Carta de aprobación por parte del Comité de Ética



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR VICE RECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Acta de Evaluación de Protocolo de Investigación

ACTA N° 225

En San Salvador, a los 11 días del mes de junio del 2021, el Comité de Ética para la investigación en Salud de la Universidad Evangélica de El Salvador (CEIS-UEES), con asistencia de sus miembros permanentes: Dr. Ernesto Hurtado y Dra. Brenda Alfaro, han escuchado la solicitud y revisado los documentos presentado por Vladimir Humberto Cruz Barahona.

1. Protocolo: "PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ACADÉMICOS RELACIONADOS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA CLÍNICA DEL DOCTORADO EN MEDICINA". UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR, JUNIO-JULIO 2021.
2. Formulario de Consentimiento Informado: "PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ACADÉMICOS RELACIONADOS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA CLÍNICA DEL DOCTORADO EN MEDICINA". UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR, JUNIO-JULIO 2021.
3. El currículum Vitae de Vladimir Humberto Cruz Barahona.

Después de revisar los documentos anteriores, los miembros del Comité declararon:

- El diseño se ajusta a las normas de Investigación en Seres Humanos.
- La razón beneficio fue estimada aceptable.
- No tener conflicto de Interés.
- El antecedente curricular del investigador, garantiza la ejecución de la investigación dentro de los marcos éticamente aceptables.

En consecuencia, el Comité de Ética para la investigación en salud de la UEES por mayoría de sus miembros dictamina: **Aprobado** el estudio Protocolo "PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ACADÉMICOS RELACIONADOS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA CLÍNICA DEL DOCTORADO EN MEDICINA". UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR, JUNIO-JULIO 2021.

Dicho estudio se da por **aprobado** y se llevará a cabo por Vladimir Humberto Cruz Barahona.

Dr. Ernesto Hurtado. MD; M.Sc
Presidente

Dra. Brenda Alfaro. OD; M.sC
Secretaria

- C/C.
- Investigador Principal.
 - Institución.
 - Secretaría C.E.I.



Anexo 9. Cronograma de actividades

Actividad	Mes	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Selección del tema de investigación		█	█																																											
Introducción				█																																										
Elaboración del Capítulo I. Planteamiento del problema					█	█	█	█	█																																					
Situación problemática					█																																									
Enunciado del problema					█																																									
Objetivos de la investigación						█																																								
Contexto de la investigación							█	█	█	█																																				
Capítulo II. Fundamentación Teórica																																														
Antecedentes y estado actual																																														
Hipótesis de investigación																																														
Capítulo III. Metodología de la investigación																																														
Enfoque y tipo de investigación																																														
Sujeto y objeto de estudio																																														
Técnicas, materiales e instrumentos																																														

Anexo 10. Presupuesto

Honorarios profesionales

Detalle	Número de horas	Precio unitario	Total
Horas de trabajo del investigador	240 horas	\$15.00	\$ 3,600.00
Número de encuestas aplicadas	210	\$2	\$ 420.00
Total			\$4,020.00

Papelería y útiles

Descripción	Cantidad	Precio unitario	Total
Libreta de apuntes	2	\$2	\$4.00
Lapiceros	4	\$0.25	\$1.00
Resma de papel bond	2	\$4.50	\$9.00
Internet	6 meses	\$29.00	\$174.00
Fotocopias	200	\$0.02	\$40.00
Impresiones	150	\$0.15	\$22.5
Anillado	3	\$2.50	\$7.5
Empastado	3	\$10.00	\$30.00
Alimentación	6	\$5.00	\$30.00
Gasolina	12 galones	\$3.75	\$45.00
Teléfono	6 meses	\$10.00	\$60.00
TOTAL			\$423.00

PRESUPUESTO CONSOLIDADO:

Detalle	Total
Honorarios profesionales	\$3,600.00
Encuestadores	\$420.00
Papelería y útiles	\$423.00
Otros gastos	\$150.00
TOTAL	\$4,593.00