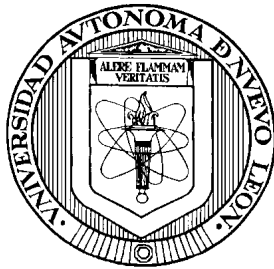


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN UNA
FACULTAD EN MÉXICO**

POR:

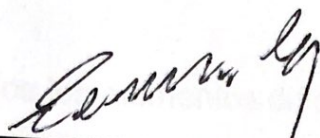
DRA. MARICRUZ JULIANA MONTELONGO RODRÍGUEZ

**TESIS COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

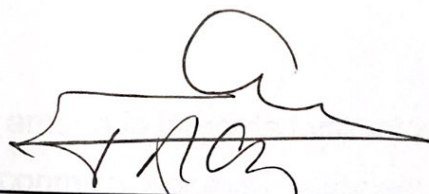
ENERO 2020

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN UNA
FACULTAD EN MÉXICO**

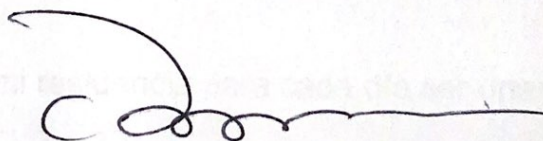
Aprobación de la Tesis:



**MSP. Eduardo Méndez Espinosa
Director de Tesis**



**Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda
Co-Director de Tesis**



**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIA

A Dios

Por siempre estar conmigo, por darme la sabiduría, la paciencia y la capacidad para resistir y terminar la residencia.

A mi esposo

Por estar a mi lado en todos los momentos difíciles durante la residencia, por darme contención cuando lo necesitaba, por escucharme, por ser mi principal apoyo, después de Dios, te amo.

A mi familia.

Por su apoyo, comprensión y amor a lo largo de toda mi vida, gracias por apoyar mis sueños, por desvelarse conmigo, por sus oraciones, a mis abuelos, mis tíos, mis hermanas, gracias.

A mis maestros

Pilar fundamental durante mi residencia para cada día ser ~~una mejor médico familiar~~ una mejor médica familiar.

Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas. Josué 1:9

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mí comisión de tesis:

Al Dr. M.S.P. Eduardo Méndez. Por siempre estar al pendiente de mi formación como residente durante estos 3 años. Muchas gracias.

Al Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda, por siempre fomentarnos el gusto por la investigación, por estar al pendiente de la investigación realizada. Muchas gracias.

A los estudiantes Víctor Cab y Patricia López, por ser una gran ayuda durante la investigación, por siempre estar al pendiente, gracias.

ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>ANTECEDENTES</i>	<i>5</i>
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	<i>11</i>
<i>HIPÓTESIS</i>	<i>11</i>
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	<i>12</i>
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	<i>13</i>
<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i>	<i>14</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>20</i>
<i>DISCUSIÓN</i>	<i>26</i>
<i>CONCLUSIÓN</i>	<i>28</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>29</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>34</i>
<i>RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO</i>	<i>36</i>

Lista de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los alumnos con Síndrome del estudiante de medicina.

Tabla 2. Hábitos de salud de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina.

Tabla 3. Percepción de salud en los alumnos con y sin síndrome del estudiante de medicina.

Tabla 4. Presencia de ansiedad y depresión en alumnos con y sin síndrome del estudiante de medicina.

Tabla 5. Presencia de síntomas asociados a una enfermedad en alumnos con y sin síndrome del estudiante de medicina.

Lista de figuras

Figura 1. Prevalencia del Síndrome del estudiante de medicina

RESUMEN

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN UNA FACULTAD EN MÉXICO

Introducción: El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por la preocupación de tener y/o desarrollar una enfermedad grave, muchas veces mortal. El individuo realiza conductas relacionadas con la salud de manera excesiva (por ejemplo, en varias ocasiones revisa su cuerpo para detectar signos de la enfermedad), o las evita, (por ejemplo, evita las citas médicas y hospitales). Esta preocupación esta presente al menos 6 meses, aunque la enfermedad específica que se teme podría cambiar durante ese periodo de tiempo. El síndrome del estudiante de medicina se caracteriza por presentar en alumnos que cursan la carrera de medicina y que tienen un trastorno de ansiedad y somatización.

Objetivo: Conocer la prevalencia y el perfil sociodemográfico de los estudiantes con Síndrome del estudiante de medicina en la Facultad de Medicina de la U.A.N.L.

Material y métodos: Este fue un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se aplicaron 385 encuestas a conveniencia a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L. Criterios de inclusión: ser estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L. del 1er. al 6to. año de la carrera, ambos sexos, foráneos y locales, mayores de edad. Criterios de exclusión: Negativa a responder la encuesta. Criterios de eliminación: Encuestas incompletas. El protocolo fue sometido para aprobación por los Comités de Ética e Investigación del Hospital Universitario "José Eleuterio González". Se obtuvo el aval del Comité de ética e Investigación institucional con la clave MF 19-00010.

Resultados: La prevalencia del síndrome del estudiante de medicina fue de 37% (142 de 385), de los cuales 44% son hombres y 56% son mujeres. En cuanto al perfil sociodemográfico de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina se encontraron 3 variables con significancia estadística: 1) Salud, 2) Enfermedad y 3) Síntoma. La comorbilidad preexistente más frecuente fue depresión con un 55% seguido de ansiedad con un 45%.

Conclusión: La prevalencia del síndrome del estudiante de medicina en nuestra facultad es del 37%. Es más común en mujeres, hay una mayor prevalencia en años inferiores de la carrera y se asocia en su mayoría con el trastorno de ansiedad generalizada.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Se ha observado que muchos estudiantes de medicina desarrollan repetidamente temor a los síntomas de enfermedades que están estudiando, fenómeno al que se le ha llamado “síndrome del estudiante de medicina” (1).

Investigaciones han indicado que las escuelas de medicina hacen que los estudiantes experimenten una gran cantidad de problemas psicológicos debido a la carga de trabajo, el estrés de los exámenes, la ansiedad asociada con experiencias en torno a la práctica clínica y el entorno competitivo en el que se desenvuelven. Otro factor exclusivo de los estudiantes de medicina es el conocimiento que se tiene sobre anatomía, fisiología, (por mencionar algunas materias) y diferentes tipos de enfermedades, sus signos y síntomas. Se cree que este conocimiento afecta la percepción de la enfermedad o cuadro clínico que se presenta y les hace creer que la tienen (2–4).

Este fenómeno ha sido estudiado desde los años 60; se describió que este síndrome constituye el mejor ejemplo de un trastorno psiquiátrico ocupacional. Mencionan que 7 de cada 10 estudiantes presentan al menos un episodio del síndrome del estudiante de medicina durante su carrera (5).

Anteriormente se definía como un síndrome hipocondríaco, aunque la mayoría de la población sólo presentaba síntomas de somatización, y una minoría presentaba incluso ambos cuadros. Anteriormente se clasificaba como trastornos de tipo hipocondríaco y de

somatización. Fergus y Valentiner (2019), propusieron un modelo estructural para la hipocondría compuesto por 2 constructos o dimensiones independientes: la fobia a contraer una enfermedad y la convicción de tener una enfermedad (6). El miedo a contraer la enfermedad aparece tanto en la hipocondría como en el trastorno de ansiedad por enfermedad, pero no sucede lo mismo con la convicción de padecer una determinada enfermedad, característico de la hipocondría (7).

En una publicación en el diario informador de la ciudad de México en el 2017, se informó que en México, 14 de cada 100 personas pasa por un proceso de somatización alguna vez en su vida, siendo esta cifra similar a la de trastornos de ansiedad. Afecta más a mujeres que a hombres. Se afirma que esta clase de pacientes sienten que los especialistas no les han diagnosticado correctamente. El paciente "no finge solo busca quien le cure la herida emocional que tiene, que posiblemente comenzó en los primeros años de su vida con abandono o descuido", señaló Alfredo Whaley Sánchez, coordinador de la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz". Los trastornos por hipocondriasis y somatización tienden a ser crónicos con periodos de remisión y exacerbación asociados a estrés. En general, los pacientes manifiestan sólo una patología, pero pueden cambiar a otra, de acuerdo con la información que van obteniendo, principalmente a través de internet (8).

La investigación epidemiológica sobre el trastorno de ansiedad por enfermedad es todavía incipiente. Se considera que registra una presencia muy superior al 1% de la que tenía la clásica hipocondría, considerándose la misma en el rango del 2-13%, con 5.72% de prevalencia vital. Existe igual afectación de hombres y mujeres (9).

El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por la preocupación por tener y/o desarrollar una enfermedad grave, muchas veces mortal; por síntomas somáticos

que muchas veces pueden no estar presentes, pero sí lo están, son de intensidad leve. Si existe alguna enfermedad o hay un alto riesgo de desarrollarla, la preocupación es excesiva o desproporcionada. Hay un alto nivel de ansiedad por la salud y el individuo es fácilmente alarmado por el estado de salud personal. El individuo realiza conductas relacionadas con la salud de manera excesiva (por ejemplo, en varias ocasiones comprueba su cuerpo para detectar signos de la enfermedad), o las evita, (por ejemplo, evita las citas médicas y hospitales). Esta preocupación ha estado presente al menos 6 meses, aunque la enfermedad específica que se teme podría cambiar durante ese periodo de tiempo (9).

Diversos estudios alrededor del mundo no han llegado a esclarecer si este síndrome existe o no. Pues aunque algunos autores afirman que sí está presente y eleva el número de consultas realizadas por los estudiantes de medicina, mientras que otros documentan la falta de significancia estadística en la comparación con estudiantes de otras áreas que no es medicina (2, 10).

El trastorno de ansiedad por enfermedad es un nuevo término que se le da al grupo de trastornos conocidos como hipocondríacos (11). Debido a que el término de hipocondríaco era ambiguo e inadecuado, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su quinta edición introdujo dos trastornos nuevos para reemplazar el trastorno hipocondríaco. Los autores del DSM-5 llegaron a la conclusión que el 75% de los pacientes con un diagnóstico de hipocondría (según el DSM-IV de 1994) recibiría ahora el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos, mientras que el 25% restante recibiría el de trastorno de ansiedad por enfermedad. La diferencia se basa en que síntomas disruptivos y angustiantes están presentes en el trastorno de somatización, mientras que

están ausentes o sólo mínimamente presentes en el trastorno de ansiedad por enfermedad (12).

La preocupación no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno somatomorfo, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno dismórfico corporal, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno delirante de tipo somático. Es importante distinguir si es de tipo de búsqueda de atención o tipo evasivo (13).

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

El síndrome del estudiante de medicina no es algo nuevo. Desde los años sesenta, investigadores buscaban explicación a las múltiples demandas y quejas por parte de los alumnos de medicina (14). En 1966 Silverman, Woods y Natterson, desarrollaron un estudio de investigación en alumnos que rotaban por el servicio de psiquiatría. De 33 estudiantes a los cuales de manera aleatorizada se les realizó una encuesta sobre ansiedad, 26 dieron positivo para el síndrome del estudiante de medicina lo que significaba que al menos en ese estudio el 70% de los médicos estudiantes sufrían de este fenómeno (5, 6).

Se sabe que este problema de salud desencadena ansiedad entre los estudiantes (15,16). Estudios realizados hace aproximadamente dos décadas demostraron que los estudiantes son más propensos a tener trastornos psicossomáticos que los estudiantes de derecho (17). En estas investigaciones hubo hallazgos contradictorios con respecto al estado de salud, los síntomas corporales y la relación de la ansiedad, e incluso los registros indicaban baja ansiedad entre los estudiantes de medicina en comparación con otros. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre este tema presentaban limitaciones como por ejemplo, se basaron en muestras de algunos años de la carrera no de todos, o las muestras eran muy pequeñas, algunas investigaciones mostraron diferencias de edad significativas entre los estudiantes, o reportaron baja tasa de respuesta a la encuesta, posiblemente por miedo a la crítica por parte de compañeros y/o profesores. Sin embargo, se ha comprobado que los estudiantes de medicina que son diagnosticados con trastornos psicossomáticos, realmente pueden tener un problema de

ansiedad derivado del estresante plan de estudios de las escuelas de medicina (5,16-20).

En el 2010 se publicó un artículo que tenía como objetivo examinar la evaluación del estado de autosalud, el miedo existente a la enfermedad y el nivel de ansiedad relacionada con la salud entre estudiantes de medicina en toda la escuela de medicina en Israel esto mediante cuestionarios anónimos como fue el MSD (the medical student's disease) para estimar el componente cognitivo-perceptual y el componente emocional-aprensivo a estudiantes de medicina de primero a sexto año en la Universidad de Tel-Aviv, además de HAQ (The Health Anxiety Questionnaire), medida basada en un análisis cognitivo-conductual de la ansiedad por la salud. La medida fue desarrollada para identificar individuos con altos niveles de preocupación por su salud. Se encontró como resultado un aumento significativo en el proceso de angustia emocional al ingresar a los años clínicos, con una disminución significativa años más adelante. Además de un patrón similar en la ansiedad por la salud, la preocupación y miedo a la enfermedad y la muerte (17, 21).

En el 2008 la CMAJ (Canadian Medical Association), publicó un artículo, sobre una estudiante la cual notó una debilidad en sus brazos y que sus músculos temblaban. Ella sospechaba de una esclerosis lateral amiotrófica, trastorno neurológico también conocido como la enfermedad de Lou Gehrig. Pero el doctor le diagnosticó: síndrome del estudiante de medicina. Cuando la estudiante se graduó ella mencionó que el estrés de mudarse a una nueva ciudad y el agotamiento que viene con un estudio intenso fue lo que contribuyó a su episodio, junto con el comienzo del mundo académico de la medicina. En el año 2001, el Dr. Derek Puddester un psiquiatra y director del programa de bienestar en el Escuela de medicina de la Universidad de Ottawa menciona, que, "Si

la gente está muy preocupada con algo que escucharon y les afecta, necesitan ver su médico familiar" (22); De ahí la importancia de nuestro estudio.

Para medir los síntomas hipocondriacos ahora conocidos como trastorno de ansiedad por enfermedad, autores de diferentes países han utilizado distintas escalas.

De los primeros estudios que se realizaron para saber si existía el síndrome del estudiante de medicina fue el de 1965 de Woods, en donde se aplicó una entrevista con los estudiantes (como consulta) además de la escala cuestionario del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). La escala MMPI está compuesta por 33 reactivos de respuesta dicotómica ("Verdadero" o "Falso"). Esta escala, en opinión de sus autores, permite la "evaluación del grado de preocupación anormal" por las propias funciones corporales. Según Kellner en 1986, lo que realmente estima este instrumento es la presencia de ciertos síntomas físicos, pero no permite una valoración de las preocupaciones hipocondriacas puesto que no evalúa creencias tales como la de estar sufriendo una grave enfermedad, que se mantiene a pesar de la información médica tranquilizadora, o los temores específicos, como el miedo a padecer cáncer o una enfermedad cardíaca. En cuanto a sus características psicométricas cabe señalar que el coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0.80. En una muestra española de pacientes con hipocondría (criterios DSM III) la escala MMPI mostró una aceptable consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.76) (16,19,23).

En el 2013 se publicó un estudio en Arabia Saudita, para conocer la prevalencia del síndrome del estudiante de medicina. Ellos utilizaron un cuestionario diseñado por su equipo de investigación basado en DSM-IV para cubrir la mayoría de los aspectos de la hipocondría entre los estudiantes de medicina, y así comparar los resultados según el género y el nivel académico de los estudiantes. Los cuestionarios incluyeron las

siguientes variables, datos demográficos como género, edad, lugar de residencia y año académico. Las variables relacionadas con la hipocondría en el cuestionario incluyeron miedo a la enfermedad, sensación de síntomas, dificultad para confiar en la tranquilidad de los médicos, de que estos ítems anteriores persistieron durante los últimos 6 meses, y una consulta si actualmente tenían un diagnóstico médico de tener hipocondría. Fue un cuestionario para uso interno el cual no tiene validez en nuestra población (4).

En el 2014 se realizó un estudio en Reino Unido el cual comparó estudiantes de medicina con estudiantes de leyes y de ciencias, se utilizó un cuestionario de salud del estudiante donde preguntaban datos sociodemográficos, se creó una tabla con un cuestionario llamado HHSB, (Hypochondriacal and Help-Seeking Behaviour), en el cual se preguntaba si el estudiante había buscado asesoría para síntomas o enfermedades empezando la universidad, el tipo de síntomas, a quien se le solicitó ayuda, que estudios se realizaron. También si la asesoría la habían buscado en familiares que eran médicos. Además, se utilizó una escala estandarizada Health Anxiety Questionnaire (HAQ), pero solo se utilizó una subescala la cual (reassurance seeking behaviour subscale) la cual en español se llama búsqueda de comportamiento de tranquilidad. A pesar de tener buena alfa de Cronbach no existe validez al español, y el objetivo del uso de las escalas mencionadas fue para saber si los estudiantes de medicina realmente presentaban más predisposición a padecer síntomas hipocondriacos (1).

Se ha visto [queque](#), en nuestro servicio de Consulta de Medicina Familiar, algunos estudiantes después de leer diagnósticos y cuadros clínicos en la literatura médica buscan ayuda para descartar alguna enfermedad parecida, en ellos. Los trastornos psicósomáticos entre estudiantes de medicina podrían estar asociados con el bajo rendimiento escolar y la baja asistencia a las escuelas. El miedo, la ansiedad y el estrés

entre estudiantes de medicina a lo largo de sus estudios pueden tener un impacto negativo en su capacidad académica y en su funcionamiento como médicos. Esto nos llevaría a considerar algún tipo de intervención. No obstante, los estudiantes de medicina que sufren de estos trastornos pueden no estar simulando y los problemas que experimentan podrían ser reales (mito o realidad). Este trastorno puede colocar una carga significativa en la asistencia sanitaria, que puede resultar en una gran utilización de recursos a través de hospitalizaciones repetidas (3,9,24).

Este estudio tiene como objetivo investigar si realmente, (como se ha encontrado en otras universidades de diferentes países), existe en estudiantes de medicina, la presencia de preocupaciones hipocondríacas cuadro conocido como el síndrome del estudiante de medicina.

Hemos observado que durante los últimos años se ha elevado el número de consultas de estudiantes de medicina en nuestro hospital. Se ha visto que algunos de ellos van por problemas reales; otros van a la consulta al mínimo síntoma o sensación de dolor. Algunos otros, ocupan ser escuchados, tienen dudas y la carga académica los tiene agobiados, lo cual los lleva a consultar. Otros exageran sus síntomas y se visualizan con enfermedades graves que aún no se les ha diagnosticado. Muchas veces en el personal médico existe la duda sobre si realmente el estudiante se siente enfermo, anticipándose al motivo de consulta de éste.

CAPÍTULO 3

JUSTIFICACIÓN

Al conocer la prevalencia del síndrome del estudiante de medicina en esta facultad se podrán hacer programas de intervención. Además, es importante que los médicos conozcan que existe este problema en los estudiantes de nuestra institución para establecer planes de manejo, enseñar sobre la existencia y la naturaleza benigna de este fenómeno, verlo como parte de un proceso normal y no patológico, y hacer que los estudiantes tengan mejores mecanismos de enfrentamiento al estrés y no ser una fuente de estrés adicional para los que ya están sobrecargados.

HIPÓTESIS

Al ser un estudio descriptivo, se omite esta sección.

CAPÍTULO 4

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de los estudiantes con síndrome del estudiante de medicina en la Facultad de Medicina de la U.AN.L.

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el perfil sociodemográfico del alumno con el síndrome del estudiante de medicina.
2. Determinar la morbilidad pre-existente en los alumnos con el síndrome del estudiante de Medicina.

CAPÍTULO 6

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal.

Universo: Se aplicaron encuestas a conveniencia a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L.

Criterios de inclusión.

Ser estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la UANL del 1er. al 6to. año de la carrera, ambos sexos, foráneos y locales, mayores de edad.

Criterios de exclusión.

Negativa a responder la encuesta.

Criterios de eliminación.

Encuestas incompletas.

Muestra:

Se calculó a través de la prueba para determinar el tamaño de muestra a partir de proporciones con un valor de z de 1.96 al cuadrado 3.8416, el 95% de confiabilidad y una precisión del 0.05 y un valor de p del 50% y q del 50%. n total: 384 estudiantes.

n = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (.50).

q = 1- p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio) (.50).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

$Z\alpha$ = distancia de la media del valor de significación propuesto.

$$n = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

Se utilizó un muestreo proporcional al número de registrados en cada año de la carrera. Dado que el número total de estudiantes en la facultad es de 7,265 la distribución y porcentaje es la ~~siguiente~~ siguiente:

1º año: 2816 (39%) ; 2º año: 960 (13%); 3º año: 948 (13%); ~~4º año: 990 (14%)~~; 4º año: 599 (8%); 5º año: 990 (14%); 6º año: 952 (13%).

Instrumento:

Se aplicó un cuestionario con las siguientes secciones:

- I. Aspectos sociodemográficos, tales como edad , sexo, año de año de la carrera, si eran alumnos regulares o irregulares, alumnos foráneos o locales, si practicaban alguna religión, hobbies, con quien vivían, si fumaban, tomaban o consumían alguna droga, si padecían alguna enfermedad y si presentaban algún síntoma actualmente.
- II. Escala de Índice de Whiteley para hipocondriasis (ahora conocido como ansiedad por enfermedad).

El índice Whiteley de Hipocondría (Index Whiteley of Hypocondriasis, o IW), es un instrumento, que fue elaborado por Pilowsky en 1967 (29) para valorar el trastorno hipocondríaco, analiza la gravedad de las actitudes hipocondríacas (miedo a enfermar, convicción de estar enfermo y preocupación corporal) y mide el cambio tras instaurar un tratamiento. Se puede utilizar de forma aislada o incluido en el IBQ. El cuestionario de Conducta de Enfermedad (The Illness Behavior Questionnaire, o IBQ), fue elaborado por

Pilowsky y Spence en 1983 (27) para medir la conducta anormal de enfermedad, existe una versión española desarrollada por Ballester y Botella (28). El IBQ contiene 62 reactivos con respuesta dicotómica de “sí” o “no” y comprende siete dimensiones: hipocondría general (Índice de Whiteley), convicción de enfermedad, percepción psicológica versus somática de la enfermedad, inhibición afectiva, distorsión afectiva, negación e irritabilidad.

La validez de constructo se estableció mediante análisis factorial del cuestionario IBQ (mejor conocido como Cuestionario de Conducta de Enfermedad o Illness Behaviour Questionnaire), en el cual se encuentra el índice de Whiteley (escala de hipocondriasis), coincide con la definición del factor de hipocondría del original IBQ (~~23~~(23) (24). Indicador de fiabilidad con alfa de Cronbach 0.76 a 0.80. Los reactivos tienen una respuesta dicotómica (Sí o No). A cada respuesta afirmativa se le asigna 1 punto (excepto en el reactivo 9 que se le asigna a la negativa), la puntuación total oscila de 0 a 14. Una puntuación arriba de 8 puntos se ~~considera~~considerará positiva, es decir, el estudiante se considerará que presenta ansiedad por enfermedad. Del mismo se derivan 3 subescalas: preocupación corporal (7 reactivos: 1, 5, 6, 9, 10, 13 y 14); fobia a la enfermedad (4 reactivos: 3, 7, 8 y 11) y convicción de la presencia de enfermedad (3 reactivos: 2, 4 y 12).

Procedimiento de aplicación de instrumento

- 1) Se capacitó al equipo de investigación para la aplicación de encuestas.
- 2) Se solicitó permiso en dirección de la facultad de medicina y a mesa directiva de pregrado para la aplicación de las encuestas.

- 3) Se solicitó permiso a maestros para aplicar la encuesta, 5 minutos antes del término de su clase.
- 4) Se les explicó a los alumnos el objetivo del estudio y se les invitó a participar en la encuesta.
- 5) Al alumno que aceptó realizar la encuesta se le solicitó y explicó el consentimiento informado por escrito.
- 6) El llenado de la encuesta era de aproximadamente 10 minutos.
- 7) Se recogieron las encuestas y se guardaron en una gaveta específica bajo llave, en el departamento de Medicina Familiar.

Aspectos éticos y mecanismos de protección para población vulnerable:

Cualquier información que podría permitir la identificación de los participantes de la investigación no fue difundida. Las encuestas se mantuvieron en el anonimato. El proyecto no tiene fines de lucro y no se encuentra financiado. Los autores no demuestran conflictos de interés. La participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectó la situación escolar del estudiante. El protocolo fue sometido para aprobación por los Comités de Ética e Investigación del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

Confidencialidad.

En nuestro estudio no se violentó la confidencialidad del paciente, no se obtuvieron datos personales como el nombre de los pacientes, únicamente se obtuvo información indirecta de cada uno de los sujetos, es decir, variables como la edad y el grado que cursan sin inferir cuál es la identidad del participante en cuestión.

Obtención de consentimiento informado:

Se solicitó consentimiento informado por escrito. Se le hizo la invitación a participar de manera voluntaria especificando que a pesar de rechazar participar se le proporcionaría la atención médica de la misma manera, se garantizaría el anonimato y el resguardo de la información.

Se obtuvo el aval del Comité de ética e Investigación institucional con la clave MF 19-00010.

Análisis de datos:

Los datos fueron capturados, procesados y analizados mediante IBM SPSS para Windows, versión XX (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). En la estadística descriptiva se reportaron frecuencia y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. En el análisis bivariado se [asoció las](#) variables sociodemográficas y médicas con la Escala de Índice de Whiteley para [hipocondrias](#) o ansiedad por enfermedad. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson, con una significancia estadística de $p < 0.05$.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Se analizaron 385 encuestas aplicadas a alumnos de la Facultad de Medicina, U.A.N.L. de los diferentes años de la carrera y que cumplieron con los criterios de inclusión. La prevalencia del síndrome del estudiante de medicina fue de 37% (142 de 385), de los cuales 44% son hombres y 56% son mujeres.

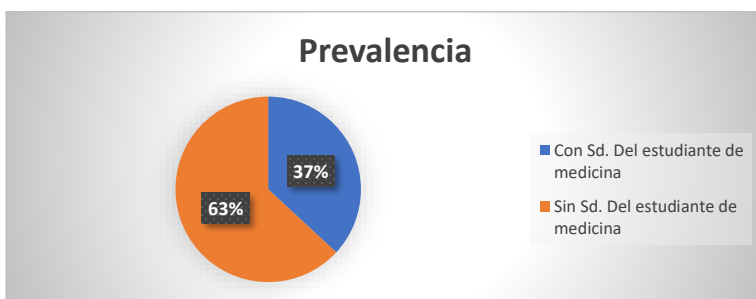


Figura 1. Prevalencia del Sd. Del estudiante de medicina (n=385)

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	63	44
Femenino	79	56
Total	142	100
Estado Civil		
Soltero	138	97
Casado	3	2
Unión libre	1	1
Separado	0	0
Total	142	100

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina.

(Cont.)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Residencia		
Monterrey	68	48
Guadalupe	17	12
San Nicolás	13	9
Apodaca	13	9
San Pedro	3	2
Santa Catarina	3	2
Otro	9	6
Foráneo	16	12
Extranjero	0	0
Total	142	100
Alumno		
Regular	131	92
Irregular	11	8
Total	142	100
Año		
Primero	52	37
Segundo	26	18
Tercero	19	13
Cuarto	13	9
Quinto	20	14
Sexto	12	9
Total	142	100
Religión		
Católica	96	68
Bautista	0	0
Cristiana	14	10
Testigo de Jehová	0	0
Ninguna	29	20
Otra	3	2
Total	142	100

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina.

(Cont).

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Vive con		
Padres	33	23
Padres y hermanos	59	42
Hermanos	9	6
Cónyuge	2	2
Cónyuge e hijos	1	1
Compañeros de la facultad	18	13
Solo	15	11
Otro familiar	4	2
Total	142	100
Salud		
Pobre	4	3
Más o menos	37	26
Buena	52	36
Muy buena	39	28
Excelente	10	7
Total	142	100

Tabla 2. Hábitos de salud de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Fuma		
Si	26	18
No	116	82
Total	142	100
Alcohol		
Si	83	58
No	59	42
Total	142	100
Droga		
Si	5	4
No	137	96
Total	142	100
Síntoma		
Si	52	37
No	90	63
Total	142	100
Enfermedad		
Si	64	45
No	78	55
Total	142	100

Tabla 3. Percepción de salud en los alumnos con y sin síndrome del estudiante de medicina.

Salud	Sin Síndrome	Con Síndrome	Total
Pobre	0	4	4
%	0	1	1
Más o menos	29	37	66
%	7	10	17
Buena	101	52	153
%	26	14	40
Muy buena	87	39	126
%	22	10	32
Excelente	26	10	36
%	7	3	10
Total	243	142	385
	62	38	100

Chi-cuadrada ($P < 0.0001$).

Tabla 4. Presencia de ansiedad y depresión en alumnos con y sin síndrome del estudiante de medicina.

Enfermedad	Sin Síndrome	Con Síndrome	Total
Ansiedad	61	64	125
%	16	17	33
Depresión	182	78	260
%	47	20	67
Total	243	142	385
	63	37	100

Exacta de Fisher ($P < 0.0001$).

Tabla 5. Presencia de síntomas asociados a una enfermedad en alumnos con y sin síndrome del estudiante de medicina.

Síntoma	Sin Síndrome	Con Síndrome	Total
Si	50	52	102
%	13	14	27
No	193	90	283
%	50	23	73
Total	243	142	385
	63	37	100

Exacta de Fisher ($P < 0.0001$).

En cuanto al perfil sociodemográfico de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina se encontraron 3 parámetros con significancia estadística: 1) Percepción de salud, 2) Presencia de ansiedad y depresión y 3) Presencia de síntomas asociados a una enfermedad. En percepción de salud el 3% de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina respondió tener una salud pobre, 26% una salud más o menos, 36% una salud buena, 28% una salud muy buena y un 7% una salud excelente. En presencia de ansiedad o depresión se encontró que de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina 45% tenían ansiedad como enfermedad de base y 55% tenían depresión. En presencia de síntomas asociados a una enfermedad el 36.58% de los alumnos con el síndrome del estudiante de medicina respondió tener algún síntoma actualmente.

La comorbilidad preexistente más frecuente fue depresión con un 55% seguido de ansiedad con un 45%.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

En un estudio realizado en la Universidad de Ciencias Médicas de Mashhad, se encontró que la prevalencia del síndrome del estudiante de medicina (ansiedad por enfermedad o síntomas hipocondríacos) entre los estudiantes de medicina era del 16%, y hubo un aumento muy significativo en la prevalencia entre las estudiantes de medicina en comparación con los hombres ($P = 0.0001$) (29).

En un estudio en población alemana (quien utilizó los criterios del DSM-IV) la prevalencia puntual de hipocondría reveló que el 0.4% de la población cumplía con los criterios para la hipocondría, también se sugirió que la prevalencia era mayor en el sexo femenino, la edad superior y la educación escolar inferior (es decir los primeros años de la carrera) (30). Otro estudio también apoyó que hubo un aumento en la prevalencia de [hipocondriasishipocondrias](#) en alumnos de los primeros años de la carrera, pero no encontró un predominio entre las mujeres (31). Un estudio más en Arabia Saudita encontró que la prevalencia general de hipocondría fue del 3,4%. No encontró ninguna diferencia significativa basada en el nivel académico de estudiantes de medicina ni hubo diferencia en la prevalencia basada en la edad o el género de los estudiantes (4).

En cuanto a nuestro estudio encontramos una prevalencia del síndrome del estudiante de medicina más alta la cual fue de 37% (142 de 385), de los cuales 44% son hombres y 56% son mujeres. Nuestro estudio coincide con el estudio realizado en [la Universidadla](#)

[Universidad](#) de Ciencias Médicas de Mashhad y en la población alemana, donde el síndrome se vio más en mujeres. Coincidimos en que al igual que el estudio hecho en Arabia Saudita no hay diferencia estadística en su nivel académico, pero si hay una mayor prevalencia en años inferiores de la carrera.

De acuerdo a los resultados los alumnos que dieron positivo para el síndrome del estudiante de medicina, presentaba como diagnóstico de base trastorno de ansiedad generalizada, lo que sugiere que hay una asociación estadísticamente significativa entre el padecer trastorno de ansiedad generalizada y cuadro de síntomas hipocondríacos en nuestro estudio. En ~~una artículo publicado~~[un artículo publicado](#) en el 2008 los autores citaron que la hipocondría puede darse como desorden independiente, o como parte de otro desorden psiquiátrico subyacente (desórdenes depresivos o de ansiedad) y que está asociada a una alta tasa de ansiedad (32).

Cuando se presenta trastorno de ansiedad generalizada en adultos y niños, no son diagnosticados o reciben un tratamiento incorrecto y pueden someterse a pruebas médicas innecesarias, invasivas o peligrosas y a un tratamiento con medicamentos inapropiados para la presunta presencia de enfermedades físicas y, como resultado, experimentan un aumento en la intensidad del miedo y la preocupación por su estado de salud, componentes del trastorno hipocondríaco ahora conocido como ansiedad por enfermedad, lo que reafirmaría la relación entre ansiedad y síntomas hipocondríacos (32).

CAPÍTULO 9

CONCLUSIÓN

La prevalencia del síndrome del estudiante de medicina en nuestra facultad es del 37%. Es más común en mujeres, y se asocia en su mayoría con el trastorno de ansiedad generalizada.

CAPÍTULO 10

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross sectional study. *JRSM open*. SAGE Publications [Internet]. 2014 [citado 24 de marzo de 2019]; 5(2):1-9. DOI: 10.1177/2042533313512480
2. Zahid MF, Haque A, Aslam M, Aleem NA, Hussain S, Fahad H, et al. Health-Related Anxiety and Hypochondriacal Concerns in Medical Students: A Cross-Sectional Study From Pakistan. *Teaching and learning in medicine*. U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2014 [citado 21 de febrero de 2019]; 28(3):252-259. DOI: 10.1080/10401334.2016.1155459
3. Sarikaya O, Civaner M, Kalaca S. The anxieties of medical students related to clinical training. *International journal of clinical practice*. U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2006 [citado 21 de febrero del 2019]; 60(11):1414-8. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2006.00869.x
4. Al-Turki YA, Sagga AT, Alhamidi HA, Alshammari SI, Alteraiqi BA, Alruaydi MA, et al. Prevalence of Hypochondriasis Among Medical Students at King Saud University. *The*

European Journal of Social & Behavioural Sciences [Internet]. 2013 [citado 25 de febrero del 2019]. 5(2): 996-1005. DOI:10.15405/ejsbs.74

5. Hunter RC, Lohrenz JG, Schwartzman AE. Nosophobia and hypochondriasis in medical students. The Journal of nervous and mental disease. U.S. National Library of Medicine [Internet].1964 [citado 25 de febrero del 2019]. 139(2):147-152. DOI: 10.1097/00005053-196408000-00008

6. Hunter, R.C.A. Prince, R.H. y Schwartzman, A.E. Comments on emotional disturbances in a medical undergraduate population. Canad. Med. Ass J [Internet]. 1961 [citado 25 de febrero del 2019]. 85(18): 989–992. Obtenido a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1848475/?page=1>

7. Ferguson E. Hypochondriacal concerns: The roles of raw and calibrated medical knowledge. Psychol Heal Med [Internet]. 1996 [citado 25 de febrero del 2019]. 1(3):315–

8. DOI: 10.1080/13548509608402228

8. Autor: NTX. En México, 14 de cada 100 personas sufren hipocondría. El Informador. 11 de marzo del 2017. [aprox.2 p.]. México. Unión Editorialista S.A. de C.V. [Internet]; [citado 26 de febrero del 2019]. Disponible en: <https://www.informador.mx/Suplementos/En-Mexico-14-de-cada-100-personas-sufren-hipocondria-20170311-0068.html>

9. Collier R. Imagined illnesses can cause real problems for medical students. *CMAJ, JAMC* [Internet]. 2008 [citado 26 de febrero del 2019];178(7):820. 10.1503/cmaj.080316

10. Sumathipala A, Siribaddana S, Hewege S, Sumathipala K, Prince M, Mann A. Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: A Sri Lanka Study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2008 [citado 26 de febrero del 2019]; 8(54):1–10. DOI: 10.1186/1471-244X-8-54.

11. Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón C, Perona-Garcelán S. From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology. Elsevier Doyma* [Internet]. 2014 [citado 21 de febrero del 2019]; 14(3): 221-231. DOI: 10.1016/j.ijchp.2014.05.002

12. Hardy MS, Calhoun LG. Psychological Distress and the "Medical Student Syndrome" in Abnormal Psychology Students. *SAGE Journals* [Internet]. 1997 [citado 19 de febrero del 2019]. 4(3): 192-193. Obtenido a partir de: https://doi.org/10.1207/s15328023top2403_10

13. Valdez VEZ, Viveros C, Carolina Miranda, Carolina Scott. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa. Dialnet, Sociedad Paraguaya de Medicina Interna [Internet]. 1970 [citado 21 de febrero del 2019]. 1(1):28-36. Obtenido a partir de: [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2014.01\(01\)28-036](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2014.01(01)28-036)
14. Starcevic V. Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. U.S. National Library of Medicine [Internet].; 2015 [citado 21 de febrero del 2019]; 23(4):369-73. DOI:10.1177/1039856215587234
15. Diagn C. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. [Citado el 20 de febrero del 2019].
16. Woods S, Natterson J, Silverman J. Medical students' disease. Academic Medicine. 1966 [Citado el 19 de febrero del 2019]; 41(8):785-90. Obtenido a partir de: https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1966/08000/medical_students__disease__hypochondriasis_in.6.aspx
17. Azuri J, Ackshota N, Vinker S. Reassuring the medical students' disease – Health related anxiety among medical students. Medical Teacher. 2010 [Citado el 21 de febrero del 2019];32(7):e270-e275. DOI: 10.3109/0142159X.2010.490282

18. Singh G, Hankins M, Weinman JA. Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? *Med Educ.* 2004 [Citado el 1 de marzo del 2019];38(5):479–81. DOI:10.1046/j.1365-2929.2004.01813.x
19. Kellner R, Wiggins RG, Pathak D. Hypochondriacal Fears and Beliefs in Medical and Law Students. *Arch Gen Psychiatry.* 1986 [Citado el 1 de marzo del 2019];43(5):487–9. DOI:10.1001/archpsyc.1986.01800050093012
20. Howes OD, Salkovskis PM. Health anxiety in medical students. *Lancet.* 1998 [Citado el 15 de Marzo del 2019];351(9112):1332. DOI:10.1016/S0140-6736(05)79059-0
21. Lucock, M. P., & Morley, S. (1996). *The Health Anxiety Questionnaire. British Journal of Health Psychology, 1(2), 137–150.* doi:10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x [3 de enero de 2020, citado 5 de enero del 2020]
22. Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. *Med Educ.* 2001[Citado el 3 de marzo del 2019];35(8):724–8. DOI:10.1046/j.1365-2923.2001.00958.x
23. Ma. Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca. Amparo Belloch Fuster. Cristina Botella Arbona. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 1997. Vol. 2. N° 2. pp. 137-153 [27 de diciembre del 2019, citado 2 de enero del 2020].

24. Ferguson E. Hypochondriacal concerns: The roles of raw and calibrated medical knowledge. *Psychol Heal Med*. 1996 [Citado el 15 de febrero del 2019];1(3):315–8. <https://doi.org/10.1080/13548509608402228>.
25. Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 11, 89-93 [3 de enero de 2020, citado 5 de enero del 2020].
26. Ballester, R., y Botella, C. (1993). Perfil de Conducta de Enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 233-265 [27 de diciembre del 2019, citado 2 de enero del 2020].
27. Tobergte DR, Curtis S. índice para hipocondría F. *J Chem Inf Model*. 2013 [Citado el 2 de marzo del 2019];53(9):1689–99.
28. MedScape [Internet]. Estados Unidos: Mary L Windle, PharmD Adjunct Associate Professor, University of Nebraska Medical Center College of Pharmacy; c1995-2019 [Noviembre 5 del 2018, citado 2 de enero del 2020]. Hypochondriasis: Treatment & Medication [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/918506-followup>.
29. Talaei A. Hypochondriasis in medical sciences students of Mashhad, Iran. *European Psychiatry*. Mar, 2009;24. [citado 6 de enero del 2020]

30. Bleichhardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British journal of health psychology*. 2007 Nov;12(Pt 4):511-23. PubMed PMID: 17931470. [citado 6 de enero del 2020]

31. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*. 2004 Apr;56(4):391-408. PubMed PMID: 15094023. [citado 6 de enero del 2020].

32. Nita V Bhatt, Matthew J Baker. Anxiety Disorders. *Psychiatry*. MedScape. [aprox. 5 p.]. [27 de marzo del 2019, citado 2 de enero del 2020]. [Internet]. Estados Unidos: Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/286227-overview>

CAPÍTULO 11

ANEXOS

I. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y MÉDICO.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
<p>1. Sexo: _____ 1 Masculino 2 Femenino</p> <p>2. Edad: _____ (en años)</p> <p>3. Estado civil: _____ 1 Soltero-2Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Separado 5 Divorciado 6 Viudo</p> <p>4. Lugar de residencia: _____ 1 Monterrey 2 Guadalupe 3 San Nicolás 4 Apodaca 5 San Pedro 6 Santa Catarina 7 Otro: _____ 8 Foráneo: _____ 9 Extranjero: _____</p> <p>5. Año de la carrera: _____ 1 Primero 2 Segundo 3 Tercero 4 Cuarto 5 Quinto 6 Sexto</p> <p>6. Alumno: _____ 1 Regular 2 Irregular</p> <p>7. Cobertura médica: _____ 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Seguro Popular 4 Seguro Particular 5 NOVA 6 No tiene 7 Otra: _____</p> <p>8. Religión: _____ 1 Católica 2 Bautista-3Bautista 3 Cristiana 4 Testigo de Jehová 5 Ninguna 6 Otra: _____</p> <p>9. Vive con: _____ 1 Padres 2 Padres y hermanos-3hermanos 3 Hermanos 4 Cónyuge 5 Cónyuge e hijos 4 Compañeros de la Facultad 7 No familiar 8 Otro familiar: _____</p>	<p>10. Tiene algún hobby?: _____ 1 Ir al gimnasio 2 Practicar algún deporte 3 Ir al cine 4 Escuchar música 5 Leer 6 Ver televisión 7 Ninguno-8Ninguno 8 Otro: _____</p> <p>II. CARACTERÍSTICAS MÉDICAS</p> <p>11. Usted diría que su salud es: _____ 1 Pobre-2Pobre 2 Más o menos 3 Buena 4 Muy buena 5 Excelente</p> <p>12. Usted fuma: _____ 1 Sí 2 No</p> <p>13. Ingiere bebidas alcohólicas: _____ 1 Sí 2 No</p> <p>14. Consume alguna droga: _____ 1 Sí 2 No</p> <p>15. Padece alguna enfermedad actualmente: _____ 1 Sí 2 No</p> <p>16. Qué enfermedad: _____ 1 Ansiedad 2 Depresión 3 Gastritis 4 Trastorno alimenticio 5 Asma-6Asma 6 Colitis 7 Migraña 8 Vitiligo 9 Ninguna 10 Otra: _____</p> <p>Si su respuesta fue No a la pregunta anterior.</p> <p>17. Algún sintomassíntoma que presente actualmente. 1 Si 2 No-¿No? ¿Cuál? _____</p> <p>18. Se relaciona con las materias que llevas actualmente. 1 Si-2Si 2 No _____ Si-tuSi tu respuesta fue Si a la pregunta anterior,</p> <p>19. ¿Con cuales materias? _____</p>

Número de Encuesta: _____

Fecha: _____

II. ESCALA DE ÍNDICE DE WHITELEY DE HIPOCONDRIA

PREGUNTA	SÍ 1	NO 2
1. ¿Se preocupa con frecuencia por la posibilidad de tener una enfermedad grave?		
2. ¿Le incomodan múltiples dolores?		
3. ¿Es consciente con frecuencia de las cosas distintas que ocurren en su cuerpo?		
4. ¿Le preocupa mucho su salud?		
5. ¿Tiene a menudo síntomas de enfermedades muy graves?		
6. Si la radio, la televisión, los periódicos o algún conocido hablan de alguna enfermedad, ¿se preocupa por la posibilidad de adquirirla?		
7. ¿Le enfada cuando está enfermo, que alguien le diga que tiene mejor aspecto?		
8. ¿Se encuentra molesto(a) por muchos síntomas diferentes?		
9. ¿Le resulta fácil olvidarse de sí mismo(a) y pensar en cualquier otra cosa?		
10. ¿Le cuesta creerle al médico si le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse?		
11. ¿Tiene la sensación de que la gente no se toma suficientemente en serio su enfermedad?		
12. ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?		
13. ¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su cuerpo?		
14. ¿Tiene miedo a la enfermedad?		

Puntaje: _____

CAPÍTULO 12

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Maricruz Juliana Montelongo Rodríguez

Candidata para obtener la especialidad en Medicina Familiar

Título de Tesis: Prevalencia del síndrome del estudiante de medicina en una facultad en México.

Área de Estudio: Medicina Familiar

Biografía

Datos Personales: Nacida el 31 de julio de 1991 en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Educación:

1997-2003: Esc. Primaria 20 de [Noviembrenoviembre](#)

2003-2006: Esc. Sec. #24 Guillermo Prieto

2006-2008: Preparatoria #7 Puentes

2008 – 2015: Médico Cirujano y Partero, Facultad de Medicina, U.A.N.L.