

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

INFORME FINAL

**SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**

Estudio descriptivo realizado en la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala
octubre, noviembre y diciembre 2009 – enero, febrero 2010

Félix Danilo Palencia

Franklin Otoniel Peñate Rodríguez

Edgar Andrés Rosado Castillo

Guatemala, agosto 2010

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Félix Danilo Palencia Escobar	8612957
Franklin Otoniel Peñate Rodríguez	9013688
Edgar Andrés Rosado Castillo	200012054

Han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA”**

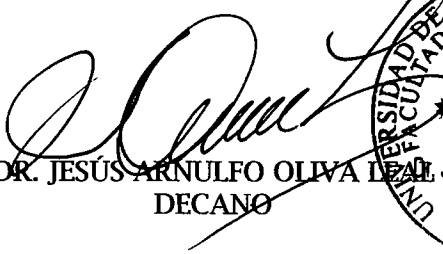
**Estudio descriptivo realizado en la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

octubre, noviembre y diciembre 2009 - enero, febrero 2010

Trabajo asesorado por la Licda. Karla Irene Aldana Rabanales, Coasesorado por el Dr. René Vladimir López Ramírez y revisado por el Dr. Adolfo Enrique Pérez Jordán, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, cuatro de agosto del dos mil diez


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

Félix Danilo Palencia Escobar	8612957
Franklin Otoniel Peñate Rodríguez	9013688
Edgar Andrés Rosado Castillo	200012054

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**"SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA"**

Estudio descriptivo realizado en la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

octubre, noviembre y diciembre 2009 - enero, febrero 2010

El cual ha sido revisado y corregido, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el cuatro de agosto del dos mil diez.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador



Guatemala, 4 de agosto del 2010

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

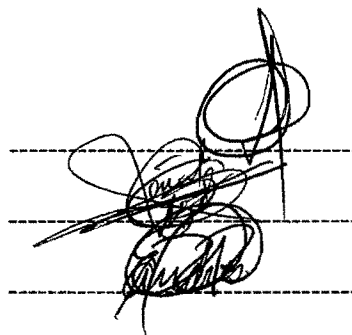
Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes,

Félix Danilo Palencia Escobar

Franklin Otoniel Peñate Rodríguez

Edgar Andrés Rosado Castillo



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA"**

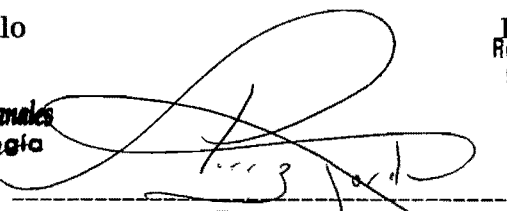
Estudio descriptivo realizado en la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

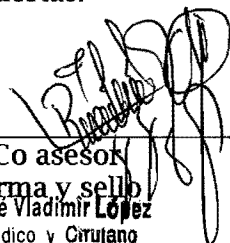
octubre, noviembre y diciembre 2009 - enero, febrero 2010

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de
la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


Asesora
Firma y sello

M.A. Karla Irene Aldana Rabanales
Licenciada en Psicología
Colegiada 5609


Revisor
Sello y firma
Reg. de Personal 960632


Co asesor
Firma y sello
René Vladimir López
Médico y Cirujano
Col. No. 9296

DR. ENRIQUE PEREZ JORDAN
Medicina Interna
Colegiado 8674

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Contextualización del área de estudio	7
3.2 Historia	8
3.3 Etiología	9
3.4 Cuadro clínico	10
3.5 Diagnóstico	12
3.6 Alteraciones asociadas	13
3.7 Clasificación	14
3.8 Tipos de evolución	18
3.9 Depresión enmascarada	18
3.10 Enfermedades relacionadas con depresión	24
3.11 Ansiedad	32
3.12 Generalidades del estudiante de Medicina	33
4. METODOLOGÍA	33
4.1 Tipo y diseño.	33
4.2 Unidad de análisis.	35
4.3 Población y muestra.	35
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.	36
4.5 Operacionalización de variables.	37
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.	39
4.7 Procesamiento y análisis de los datos.	40
4.8 Alcances y límites de la investigación	40
4.9 Aspectos éticos	40
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSIÓN	47
7. CONCLUSIONES	51
8. RECOMENDACIONES	53
9. APORTES	55
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
11. ANEXOS	61

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir la sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inscritos en los años 2009-2010. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo en donde se aplicó los test de Hamilton para ansiedad y de Zung para depresión a una muestra de 362 estudiantes voluntarios distribuidos porcentualmente en las tres fases académico administrativas de grado. **RESULTADOS:** 87% (314) de los entrevistados fue menor de 25 años, 53% (192) de sexo femenino, solamente 5% (20) se autodenominó indígena, 99% (360) de los estudiantes son solteros y 96% (346) no tiene carga familiar, del área urbana proviene el 93% (336) , ingresan como bachilleres a la universidad el 85% (309) y provienen de centros privados 91% (328), 96% (261) no tiene antecedentes de depresión, y 96% (346) no tiene compromiso laboral; **CONCLUSIONES:** Se encontró 8.5 % de ansiedad y 6.6 % de depresión, de los cuales 4.4% es en hombres y 4.1% en mujeres, 50% es menor de 25 años, 94.6 % se considera no indígena, 53% es de sexo femenino, 93% es del área urbana, 85 % ingresa a la Universidad con el título de Bachiller y 91% egresó de centros educativos privados, 95% no trabaja, 99% es soltero, 16% tiene carga familiar y 28 % refirió tener antecedente familiar de depresión y ansiedad.

Palabras clave: ansiedad, depresión, test de Hamilton, test de William Zung y estudiantes universitarios.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de las facultades de Medicina es de formar graduados que tengan el mayor y más alto grado de conocimiento, para desempeñar la profesión médica. Sin embargo existen aspectos negativos en la formación de estos, y repercuten en una forma desfavorable para el estudiante en su rendimiento y aprendizaje. (1)

Los estudiantes de Medicina tienen una importante carga de stress desde el comienzo de su formación y si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos lo resuelven en una forma adecuada. En muchas áreas de estudio y entrenamiento existe mucha exigencia y esto provoca miedo, incompetencia, enojo, sensación de inutilidad y culpa; todas estas manifestaciones pueden producir respuestas psicológicas y físicas mórbidas. (1)

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo, que constituye una reacción adaptativa, ante una situación de tensión peligro o amenaza, donde existe una alta liberación de serotonina. Sin embargo cuando la reacción es excesiva, carece de eficacia adaptativa y se convierte en patológica. (2)

La depresión es un estado en el cual el ánimo esta disminuido con tristeza y pérdida de interés por las actividades habituales, con tendencia al llanto y desesperanza, le cuesta pensar y cualquier actividad supone un esfuerzo extremo, tiene sentimiento de culpa y punitivos, que pueden desencadenar, en suicidio todo esto por disminución de la serotonina. (2)

La depresión y la ansiedad son síntomas frecuentes en la clínica y según la Organización Mundial de la Salud –OMS-, entre 3 al 5 % de la población mundial sufre enfermedad depresiva, lo que corresponde a 100 millones de personas, esta tasa aumenta entre adultos.

La ansiedad se estima que puede variar entre un 12 a 15 % de la población general. (3)

Según la OMS, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo para el 2020 y actualmente es la cuarta, lo que supone a la depresión en lugar bastante preocupante, si se supone que el no tratarlo adecuadamente puede llevarlo al suicidio. (4)

Uno de cada 33 niños y 1 de cada 8 adolescentes sufre algún tipo de depresión; y las mujeres tienen un 24 % de probabilidades de padecerlo contra un 15 % en hombres.

Báez Pablo, de la Cruz Junior y Alcántara Mercedes en un estudio realizado en 2007 con una muestra de 372 estudiantes de un universo de 11,672 estudiantes de medicina, el 40% (147) presentó algún grado de depresión. (1)

En la Universidad Nacional del Nordeste en Argentina en el año 2004, la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina fue 31.61% con síntomas de depresión con un universo de 429 estudiantes. (5) (12)

Otro estudio realizado en depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia en el año 2000, encontró que un 42.9 % de los estudiantes presentaron síntomas de depresión con un universo de 289 estudiantes encuestados. (5) (12)

En un estudio monográfico realizado en la Universidad Autónoma de Santo Domingo por los Doctores Engers Fernández, Celia Florentino, Julissa Acosta en el 2003 en un universo de 250 estudiantes del cual tomaron una muestra de 150 (60%), encontraron una prevalencia de depresión del 34.6%. (5) (12)

Estudios realizados en estudiantes de Medicina en Estados Unidos y otros países detectaron niveles de depresión alarmantes que oscilan entre 25 y 52%, el cual es más acentuado en el segundo año de estudio, en algunos grupos mejoran con los años, pero en otros permanece. La tendencia de la mayoría de estudiantes es de no solicitar ayuda a especialistas.

La ansiedad que genera el separarse de la familia, grupos sociales y adaptarse a nuevos grupos y a las exigencias del aprendizaje, hace que se resalte las muestras de ansiedad y depresión, asociado a estos cambios también están relacionados las rotaciones propias de cada ciclo educativo, y hacen que se resalten las deficiencias de algunos estudiantes, y si agregamos problemas financieros, abuso estudiantil, exceso de tareas, uso de drogas, alcohol, y exposición al sufrimiento de los pacientes o de sus familias hacen que la ansiedad y depresión se exacerben.

La ansiedad y la depresión se consideran dos de los desórdenes emocionales de mayor registro en los centros de salud, en población general. Así mismo dentro de la población universitaria, constituyen dos de los principales motivos de consulta

atendidos a través de los servicios que presta la unidad de bienestar estudiantil universitaria.

Este estudio se realizó en 362 estudiantes inscritos en las tres fases, las cuales se dividen en: Fase I, primer y segundo año; Fase II, tercero y cuarto año; Fase III, quinto y sexto año; en la carrera de medicina en la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ubicada en el Centro Universitario Metropolitano (CUM), durante los años 2009 al 2010. Se pretendió identificar las características ansiosas y depresivas mediante las puntuaciones obtenidas de los test de Zung y Hamilton para medir el nivel de depresión y ansiedad respectivamente y su relación con características de los estudiantes.

El estudio realizado es de tipo cuantitativo y descriptivo, donde se encontró que 8.56% de estudiantes refirió sintomatología de ansiedad y 6.62% de depresión, de los cuales 4.4% es en hombres y 4.1% en mujeres, 28% refirió tener antecedentes de depresión y ansiedad. El grupo de edad más afectado fue entre 19 y 20 años, con promedio de 21 años; siendo los extremos de las edades, 17 a 29 años, predominando el sexo femenino en 53%. Del total de encuestados se encontró 6% de estudiantes que refirieron ser de etnia indígena. Los estudiantes solteros fueron 99%.

En relación a estudiantes con carga familiar, se encontró únicamente a 4% de los, encuestados, 93 provienen del área urbana. Según el título de educación a nivel medio, con el cual ingresaron a la Universidad, 85% utilizó el de Bachiller. La mayoría de los estudiantes, 91% proviene de instituciones educativas privadas y 97% no tiene compromiso laboral.

2. OBJETIVOS

2.1 General:

1. Describir la sintomatología de ansiedad y depresión en los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inscritos en los ciclos 2009 y 2010.

2.2 Específicos:

1. Diagnosticar la sintomatología de ansiedad aplicando el test de Hamilton.
2. Identificar la sintomatología de depresión aplicando la prueba determinada de William Zung.
3. Caracterizar socio demográficamente al estudiante de Medicina según: edad, sexo, etnia, estado civil, procedencia, cargas familiares, título de educación media, institución educativa donde culminó la educación media, antecedentes familiares de depresión u otras sintomatologías mentales y compromiso laboral.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del lugar de estudio:

La Universidad de San Carlos de Guatemala se fundó el 31 de enero de 1,676, fue la cuarta universidad fundada en America, siendo la única universidad publica en Guatemala. Abriendo por primera vez sus puertas en 1,681, con mas de 60 estudiantes inscritos. Las primeras cátedras fueron: cánones, Leyes, Medicina, Teología, Escolástica, Teología Moral y dos cursos de lenguas.

Es autónoma desde 1,944, en la actualidad cuenta con: 10 Facultades, 6 Escuelas, 14 Centros regionales, 1 Instituto Tecnológico Maya de Educación Superior y 1 Departamento de Transferencia de Tecnología.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inicio sus actividades académicas el 20 de octubre de 1681. En 1,713 se gradúo el primer medico Dr. Vicente Ferrer Gonzáles. En los primero 100 años egresaron 5 médicos doctorados y 5 bachilleres en medicina. Se instituye la Cátedra Prima. En 1,770, el doctor José Felipe Flores oriento la reforma de la enseñanza médica, introduciendo las ciencias básicas con énfasis en filosofía y anatomía y el recurso de figuras de cera como modelos y demostraciones en el hospital.

A partir de 1,944 se inicia la autonomía universitaria y con ella se modifica la política educativa que prevalecía. Se organiza un plan de estudios con visión modernista, se plantea la necesidad del servicio social medico-rural.

En 1,957 se institucionaliza el internado rotatorio y los convenios bilaterales entre hospitales estatales y la Facultad de Medicina.

En 1,975 se inicia un estudio de unidades integradas, en el 79 se cambia a enseñanza a módulos, en el 86 se inicia la evaluación facultativa con la aplicación de la estrategia de análisis prospectivos, en el 90-95 se reordena el pensum de estudios y la organización longitudinal y transversal.

En el 2001 se traslada de la ciudad Universitaria de la zona 12 al Centro Universitario Metropolitano, zona 11.

En el 2009 se inscribieron 4,217 estudiantes de los cuales se distribuyeron, asi: primero 1,416, segundo 1,137, tercero 437, cuarto 190, quinto 348, sexto 364 y pendientes de examen general público 325 estudiantes.

Para el 2010 se inscribieron 4,447 distribuidos de la siguiente manera: primero 1,381 los cuales fueron hombres 662, mujeres 719; segundo 1,153, hombres 518, mujeres 635; tercero 528, hombres 263, mujeres 265; cuarto 298, hombres 136, mujeres 162; quinto 386, hombre 189, mujeres 197; sexto 345, hombres 156, mujeres 188; pendientes de examen general publico 356, hombres 158, mujeres 198.

3.2 Historia:

La depresión viene del latín “depressio”, que significa hundimiento, abatido, derribado. El paciente se siente con un peso sobre su existencia que le impide cada vez más vivir con plenitud. Por lo tanto la depresión es un trastorno que no solo afecta el estado de ánimo de las personas, sino su comportamiento, la manera en que se ve a sí mismo, la relación con quienes le rodean y su funcionamiento orgánico y físico.(2)

La primera descripción clínica fue realizada por Hipócrates, quien acuñó el término melancolía; (mélanos; negra, cholis; bilis) por considerar el exceso de la bilis negra en el cerebro. Se pensaba que la depresión era causada por un exceso de bilis negra. (2)

En el periodo de la edad de piedra y el renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, la influencia de los astros, o el exceso de humores. (2)

3.2.1 Paracelso:

Fue la excepción, afirma que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

3.2.2 Robert Burton:

Refería que los melancólicos descienden de padres melancólicos. En forma relativamente simultánea, Abraham y Freud, a comienzos del siglo XX, empiezan a postular que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetar temprana, lo que torna vulnerable a pérdidas posteriores y que desencadenan este cuadro.

La depresión es una de las más viejas y persistente formas de sufrimiento, constituye en el mundo actual uno de los principales problemas de salud mental producto de una alta incidencia. Por tal razón se le viene considerando como entidad de mucha importancia en el campo de la

psiquiatría. Así lo demuestran las diversas investigaciones que sobre el tema se vienen efectuando desde el punto de vista clínico, terapéutico, aun estudios comparativos entre diferentes culturas y grupos sociales. (18)

3.3 Etiología:

La teoría más popular ha postulado cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). Se ha sugerido que un déficit de serotonina sería un prerequisite básico en la etiología de la depresión. Se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a la disminución de células congénitas que usan dicho neurotransmisor, y que esta secundariamente produciría una disminución, de la monoaminoxidasa, enzima que degrada tanto las catecolamina como las seróquinas. (19)

Estas teorías se originan al tratar de entender algunos efectos de los psicofármacos. Los antidepresivos tricíclicos disminuyen la recaptación de las monoaminas y aumentan su disponibilidad en la hendidura sináptica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (isrs) disminuyen de esta. Los inhibidores de la monoaminoxidasa aumentan los neurotransmisores al disminuir su degradación por dichas enzimas. El triptófano (precursor de la serotonina) parece potenciar la acción de los antidepresivos. (19)

La depresión no se relaciona con una actividad marcadamente elevada o reducida de la noradrenalina, sino con una respuesta desigual a factores estresantes que activan los sistemas noradrenérgicos basales, la cual es excesiva, pero los factores estresantes agudos demandan la movilización de la respuesta al estrés, provocando una inadecuada de mayor transmisión noradrenérgica. (20)

Las neuronas que utilizan serotonina, el neurotransmisor fisiológicamente más elemental, proviene de la línea media del tronco cerebral y se proyectan a todo el cerebro. Estas conexiones hacen posibles que la 5-HT interacciones con otras aminas biogénicas y contribuye a la regulación de muchas funciones psicológicamente que están alteradas en los trastornos del estado de ánimo, incluyendo la afectividad, la ansiedad, la agresión, los ritmos cardíacos y estacionales y las neuroendocrinas. La 5-HT puede servir como "freno neuroquímico" para ciertas conductas innatas que habitualmente están inducidas como la agresión, incluyendo la autoagresión. Por tanto, no es

sorprendente que la disfunción serotoninérgica se haya implicado en los trastornos del estado de ánimo y que los fármacos sobre la 5-HT resulten de utilidad en el tratamiento de dichos trastornos. (19)

La actividad deficitaria de los sistemas dopaminérgicos puede relacionarse con la disminución del impulso y la menor motivación observada en la depresión. (19).

3.4 Cuadro clínico:

La depresión se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida de interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, hasta con una vivencia de ruina y necesidad de castigo.(2)

Así viviendo de esta manera, el tiempo se le torna interminable; en una oscura y angustiosa pesadilla de la que se quiere despertar. (2)

Es importante conocer que los sujetos deprimidos se tornan vulnerables a las enfermedades, al dolor y decrece su desempeño físico, individual y social. (2).

3.4.1 Formas de inicio de la Depresión:

Unos síntomas cardinales del comienzo son las perturbaciones del dormir. El insomnio de conciliación, el despertar temprano, el sueño no reparador pueden aparecer precediendo al decaimiento y al ánimo depresivo que con el correr del tiempo, se van haciendo más ostensibles. (2)

El sujeto percibe una progresiva tendencia al encierro y refiere cada vez dificultades mayores para experimentar placer. El sujeto está abatido, no sabe por qué se siente de esta manera, no se encuentra razón o desencadenante que justifique su estado. (2)

Las alteraciones en el apetito, por lo general hipo o anorexia, así como diferentes dificultades en las relaciones sensuales (disminución del deseo, disfunción eréctil en el hombre), se van manifestando. De esta forma la vivencia hipocondríaca estaría relacionada con la proyección del malestar mental en el medio social o en el cuerpo, de manera respectiva. (2)

Por último, las expresiones somáticas de la depresión pueden comenzar con síntomas vagos, inexplicables y no mejorables por la terapéutica sintomática, en forma particular, las algias. (2)

3.4.2 La presentación:

El rostro del paciente deprimido denota una marcada pobreza gestual, presenta el ceño fruncido, forma de omega en la frente, comisuras labiales apuntado hacia abajo, brillo de los ojos parece disminuido, puede que le individuo exprese llanto, más si hay ansiedad. (21)

La postura y presencia, es diferente, evidenciando y refiriendo desgano y falta de iniciativa. El semblante pálido, la mirada orientada hacia abajo, hombros caídos, la espalda encorvada, el sujeto de la impresión de estar envejecido y deteriorado. (21)

El discurso es lento y forzado, como si se arrastran con sus palabras; egocéntricos con prevalencia de tonos graves. Las frases son cortas, con intervalos prolongados entre ellas y a esto se le sumamos la expresión quejosa, monótona, es común que provoquen en las entrevistadas sensaciones de somnolencia o fastidio. También puede ocurrir al profesional como una forma de guardar distancia del dolor que padecen. (21)

Por otra parte, el sujeto deprimido presenta dificultad para entrar en contacto con otros, es porque esta razón que se hace más difícil contactar de manera psicoterápica con ellos en el periodo de estado. (21)

3.4.3 La conducta:

Los movimientos del paciente con depresión retardada y por ello parecen torpes y se queja de no poder hacer nada, fruto de la inhibición y se queja de no poder disfrutar nada. (21)

Es importante recalcar que en ocasiones, el vínculo con las actividades se mantiene, pero no la gratificación que las mismas le pueden reportar. Entonces, al no poder disfrutar de las buenas experiencias, por su particular estado afectivo en donde lo displacentero se amplifica, la investigación y ánimo depresivo incrementa más, como lo hace también la sensación de sin salida y desamparo. En estos momentos la familia,

no es que el mismo paciente, puede malinterpretar la inhibición como la vagancia o la falta de voluntad, y hacer al paciente objeto de acusaciones y reproches decirle que debe poner voluntad, cuando uno de los aspectos más afectados es el volitivo. Con este tipo de situaciones la autoestima del paciente se deteriora más. (21)

En principio debe darse por supuesto que toda persona que atenta contra su vida está deprimida en el momento. Si a esto agregáramos que la mayor parte de los enfermos deprimidos no consultan al médico, y menos al psiquiatra, y tenemos en cuenta las repercusiones laborales (ausentismos), familiares (conflictos de parejas), psicológicas (distrabilidad y sociales) (incapacidad adaptarse a sí mismo en las casos graves) que traen consigo las depresiones. (21)

3.5 Diagnóstico

El diagnóstico de depresión asienta fundamentalmente, sobre:

- Tristeza patológica.
- Desgano.
- Ansiedad.
- Insomnio.

3.5.1 Tristeza patológica:

Constituye otro síntoma cardinal sin motivos aparentemente justificable a tras un acontecimiento significativo. Es una tristeza honda, vital, encarnada en la corporalidad, que el paciente experimenta con algo que arranca de sus propias entrañas. El paciente se siente "en baja", le ha perdido el sabor a la vida. (21)

Esta tan triste que no puede pensar por las desgracias ajenas, lo cual no hace sino aumentar sus sentimientos de culpa y de reprocharse por ser desalmado. Capaz de amar, se siente necesitado. Su visión del mundo es desesperanzada y grande su dolor moral. (21)

3.5.2 Desgano:

El deprimido no tiene ganas de realizar actividades de "nada", ni de vivir. Piensa en su propia muerte como una liberación, las cosas que antes le movían le tienen ahora sin cuidado. Su desgano inunda todos los intereses. Nada le procura placer, hasta sus sentimientos parecen embotados. (21)

3.5.3 Ansiedad:

Es un acompañante habitual de la depresión. Se mantiene como un trasfondo constante. Otras veces se patentiza en forma de ataques, que duran minutos u horas y son particularmente peligrosos por las intenciones suicidas. (21)

3.5.4 Insomnio:

Es la regla, lo común es que tengan dificultad para conciliar el sueño, o que se despierten muy temprano, a las 3 o 4 de la madrugada, y ya desvelado completamente, no puede dormir más. (21)

3.6 Alteraciones asociadas

Además de los 4 síntomas descritos, los deprimidos tienen con frecuencia otras alteraciones como:

3.6.1 Alteraciones del pensamiento:

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, las ideas de rutina y de culpa. En general, el pensamiento es lento, son típicos los auto reproche, la baja autoestima. Es raro que un deprimido no se queje de su mala memoria y de frecuentes distracciones.

3.6.2 Alteraciones somáticas:

Incluyen molestias abdominales diversas: estreñimiento, son frecuente la falta del apetito y del libido la pérdida de peso, perturbaciones menstruales, una persistente sensación de fatiga o cansancio. Es típica la máscara facial del deprimido con la caída de sus comisuras labiales.

3.6.3 Alteraciones del comportamiento:

Al deprimido se le ve a menudo arrinconado, rumiando sus penas, Su tendencia al retraimiento es manifiesta, puede guardarse quieto, mano

sobre mano largo rato, como puede explotar violentamente en sus crisis de angustia y desesperación.

En todo caso el deprimido trabaja con sumo esfuerzo y su rendimiento laboral es pobre. Son frecuentes los ataques de llanto provocado por cualquier motivo, aún los insignificantes. En general el comportamiento tiende a ser inadecuado.

3.6.4 Alteraciones de los ritmos biológicos:

El paciente se halla peor en horas de la madrugada, cuando se despierta en horas de la mañana, para ir mejorando en el curso del día. A esto hay que agregar el ritmo menstrual en la mujer. (21)

3.7 Clasificación

Los trastornos depresivos corresponden a la clasificación según los trastornos afectivos, a su vez se subdividen en 3 grupos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. De estos, la depresión mayor y la distimia son las categorías más frecuentes. (21)

3.7.1 Trastorno depresivo mayor:

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. (22)

El paciente se siente triste o vacío, por observación de otros, se ve lloroso el episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede aparecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. (22)

Los pacientes describen el síntoma con frecuencia el síntoma como un dolor emocional que es una agonía, pérdida de energía que dificulta la finalización de las tareas cotidianas, empeora el rendimiento académico y laboral. Disminuye la motivación para emprender nuevos proyectos. Pérdida significativa de peso sin estar en dieta o aumento del apetito y ganancia de peso, la ansiedad es un hecho común. Insomnio o hipersomnio casi todos los días, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de desvalorización, o de culpa excesiva, menor

capacidad de pensar o concentrarse o indecisión, casi todos los días. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio específico. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como una droga de abuso una medicación, ni una enfermedad medica general. (Hipotiroidismo). (22)

Muchos sujetos refieren una alta irritabilidad como: ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranque de ira o insultando a los demás, sentimientos exagerado de frustración cosa sin importancia. (23)

En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la principal queja puede ser falta de memoria, que se puede confundir por un signo de demencia. En los niños y adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas; como las molestias y los dolores físicos, en lugar de referir sentimientos de tristeza, una reducción significativa de los niveles previos de interés del deseo sexual. (23)

Los cambios psicomotores incluyen: agitación, incapacidad para permanecer sentado, deseos de frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objetos, suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Muchos refieren capacidad disminuida para pensar y tomar decisiones, preocupación mórbida con desvalorización. (23)

3.7.2 Distimia o depresión leve:

La característica esencial este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, de las mayorías de día durante al menos 2 años. Estos sujetos describen su estado de ánimo como desanimado o triste, suelen quejarse de haberse sentido deprimido durante toda la vida. No es posible identificar una época específica del comienzo, y en todo caso describe que esta ocurrió muy al principio de la infancia o de la adolescencia con una historia subsecuente de muchas intervenciones terapéuticas. (2)

En la duración de este trastorno deben de existir, al menos otros dos síntomas los siguientes: insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito, falta de energía, fatiga, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, con pérdida de interés y un aumento de la autocrítica, incluyendo una visión de si mismos como poco interesantes. Como los síntomas depresivos suelen ser leves o moderados, es menos común en estos casos la morbilidad relacionada con la depresión mayor, como el suicidio. (2)

Los pacientes distímicos son consumidores de los recursos de asistencia médica y salud mental, y a menudo se pueden obtener en ellos antecedentes de participación en organización de autoayuda. (15)

Para el diagnostico los síntomas deben causar un malestar significativo tanto clínica como socialmente; al igual que ha de haber un deterioro laboral o de otras áreas importantes en el sujeto. El aspecto esencial de este diagnostico es la naturaleza crónica del estado de ánimo deprimido. (15)

3.7.2.1 Criterios diagnósticos de Distimia:

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observados por los demás, durante al menos 2 años.

- Presencia, mientras está deprimido:
 - a. Pérdida o aumento del apetito**
 - b. Insomnio o hipersomnia**
 - c. Falta de energía o fatiga**
 - d. Baja autoestima**
 - e. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones**
 - f. Sentimientos de desesperanzas**
 - o Durante el periodo de 2 años (1 año en niño y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios anteriores A y B durante más de 2 meses seguidos.

- o No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niño y adolescentes).
- o Nunca ha habido un episodio maniaco; un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.
- o Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia: como una droga, un medicamento o una enfermedad medica.
- o Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (15)
- o Como vemos, la distimia presenta síntomas más o menos similares a la depresión mayor, pero si diferencian entre sí respecto a:

3.8 Tipo de evolución:

El estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años. (23)

3.8.1 Severidad de los síntomas:

Los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo. (23)

3.9 Depresión enmascarada.

Cerca del 50% de los episodios depresivos mayores no se detectan por que el estado de ánimo es menos evidente que otros síntomas del trastorno. La Alexitimia o incapacidad para expresar los sentimientos con palabras, puede entrar la atención del paciente del paciente en los físicos de la depresión, como el insomnio, la disminución de la energía y la dificultad de concentración, sin que el sujeto sea consciente de que está deprimido. Una disfunción física menor que puede verse exagerada por una hipervigilancia frente a lo que se considera peligroso. El consumo de sustancias como formas de auto tratamiento de la depresión puede ser más obvio que el trastorno del estado de ánimo puede parecer que el problema principal es un trastorno de la

personalidad. Otros cuadros de depresión mayor que suelen estar enmascarados son los conflictos conyugales y familiares, el absentismo laboral, el bajo rendimiento escolar, académico, el aislamiento social y la falta de motivación. (24)

Otra forma de depresión enmascarada que se observa en la clínica se da en los pacientes con disprosodia, pierden la capacidad de comprender, repetir, comunicar el significado emocional, si se deprimen dichos pacientes pueden parecer o sentirse tristes o depresivos. El afecto puede ser irritable en lugar de deprimido. El comportamiento negativista como: incumplimiento de la terapia medica, negativo a comer, el aislamiento, los episodios violentos pueden ser más obvios que un estado de ánimo depresivo. Los síntomas vegetativos como las alteraciones del apetito, de la energía y del sueño. (24)

3.9.1 Epidemiología

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil. (12)

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor.

En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. (12)

3.9.2 La depresión en el hombre:

Aunque el hombre tiene menos posibilidades de sufrir depresiones que la mujer el hombre tiene de a ser mas recio para admitir que tiene depresión. Por lo tanto el diagnóstico de depresión puede ser más difícil

de hacer. La tasa de suicidio en el hombre es de 4 veces más altas que en la mujer. (23)

La depresión también afecta la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la mujer. (23)

Las drogas (inclusive el alcohol) enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que la mujer. Igual el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando él se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende a menos a buscar ayuda. (23)

El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante, es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento. (23)

3.9.3 La depresión en la mujer:

Se da en la mujer con una frecuencia casi el doble en el hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. El particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo postparto, la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. (23)

Muchas mujeres tiene un alto riesgo de deprimirse después del nacimiento del bebe. Debido a los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión postparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza. (23)

El tratamiento por un medico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre supere su bienestar físico y mental. (23)

En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes cerebro vasculares), Y menos propensas al suicidio que el hombre. (12)

3.9.4 La depresión en la vejez:

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudos demencia depresiva. (12)

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. (12)

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. Si se elabora el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterápicos ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente

acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratar de eficazmente con psicoterapia. (12)

3.9.5 La depresión en la infancia:

La existencia de trastornos depresivos en la infancia comenzó a abordarse en la literatura médica a partir de la década de los años setenta. (12)

La depresión en la niñez se empezó a reconocer sólo hace tres décadas. El diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la infancia es del 1-2 por ciento y, en la adolescencia, del 4-5 por ciento. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis etc. El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo (consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos para suicidas, etc.). Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo. (12)

Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión. No obstante, los estudios controlados referidos al tratamiento

farmacológico de la depresión infantil son escasos y sus resultados, en general, ambiguos y, en muchos casos, polémicos. (12)

3.9.6 Evaluación diagnóstica

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba. (12)

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y que tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos? (12)

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de William Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el test de Depresión de Goldbert, el test de depresión Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada confiabilidad. (12).

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

3.10 Enfermedades relacionadas con depresión:

La depresión que aparece en el contexto de una enfermedad orgánica es difícil de valorar. La sintomatología depresiva puede que pueda reflejar el estrés psicológico de afrontar la enfermedad o a la medicación administrada o puede, sencillamente puede coexistir en el tiempo con el diagnóstico médico. (25)

Cuando coexisten, depresión y enfermedades medicas los clínicos deben intentar determinar si la enfermedad medica de base está relacionada fisiopatológicamente con la depresión, o si algún fármaco que recibe el paciente por el cuadro médico causando depresión. (15)

Después de un infarto agudo al miocardio, los síntomas de depresión ejercen un efecto negativo en la rehabilitación y predicen una mayor tasa de morbilidad médica y mortalidad. Los pacientes deprimidos tienen menor variabilidad de la frecuencia cardiaca (un índice de disminución de la actividad del sistema nervioso parasimpático. (25)

La depresión es frecuente en los pacientes con enfermedades neurológicas, sobre todo con procesos cerebro vasculares, enfermedad de Párkinson, esclerosis múltiples y lesiones traumática del cerebro. Los accidentes cerebro vasculares del hemisferio frontal lateral dorsal, son los que más se asocian con depresión. (25)

La incidencia de depresión en los pacientes con Diabetes mellitus oscila entre el 8% y el 27%, la gravedad de la alteración del estado de ánimo es paralela a la de los síntomas físicos de la enfermedad y el grado de hiperglucemia. (25)

En las enfermedades neurológicas son frecuentes los síntomas depresivos. Esto se dan con casi mitad de los cuadros de Alzheimer en sus fases iniciales y similar en los pacientes en los pacientes con párkinson. Los síntomas depresivos son de una característica de la demencia.

En las enfermedades metabólicas es importante la diabetes, donde la depresión es 3 veces más frecuentes en la población general. Se asocia a mal control glicémico, probablemente por mal cumplimiento terapéutico.

Los pacientes oncológicos presentan clínica de depresión en un 25% de los casos, cifra próxima a la de los trastornos médicos en conjuntos, los tumores del aparato digestivo sistema nervioso suelen acompañarse de alteraciones del estado de ánimo.

La depresión es el motivo de consulta más habitual para los psiquiatras. Un alto porcentaje de los pacientes que consultan al clínico (más del 80%), refieren alguna de perturbación depresiva. Alrededor del 70% no saben que padecen depresión y no consultar al momento adecuado, estas racionalizan el episodio como cansancio, trabajo, factores relacionados con la edad. (2)

La depresión puede empeorar cualquier otra condición patológica, siendo esta observable en trastornos cardiovasculares parecen incrementar de forma significativa. (2)

3.10.1 Tratamiento

Debido al fuerte impacto negativo en el en el funcionamiento, morbilidad y calidad de vida de los pacientes afectados con depresión, una vez que el diagnostico sea establecido se vuelve de suma importancia iniciar el tratamiento manera temprana y adecuada. Con este fin, un número de modalidades terapéuticas han sido propuestas, incluyendo el uso de intervenciones farmacológicas, educativas, psicológicas, físicas y espirituales. (2)

Las modalidades no biológicas deberán ser parte integral del tratamiento ya que son esenciales para obtener un resultado clínico al favorecer una serie de aspectos de importancia como lo son: disminución de los pensamientos negativos y distorsiones, promoción de interpretaciones dinámicas saludables, mejoras en el rendimiento de la enfermedad y el manejo de situaciones estresantes, prevención, detección de recurrencias o complicaciones. (2)

Con bastante frecuencia se utilizan combinaciones de psicoterapia e intervenciones biológicas. Estudios recientes han demostrado el beneficio sinérgico de la integración de estas disciplinas, los cuales deberán considerarse en forma temprana en el tratamiento de pacientes depresivos. (2)

Dentro de las intervenciones biológicas se encuentran el uso de ciertos suplementos nutricionales como los ácidos grasos, ciertos precursores de la síntesis de neurotransmisores como el triptófano y otros aminoácidos, vitaminas, el uso de de privación del sueño, exposición a la luz brillante, así también como el uso de tratamientos eléctricos o magnético como la terapia electro convulsiva. (2)

3.10.2 Inicio del tratamiento:

El tratamiento de la depresión debe conceptualizarse como un proceso a largo plazo, por esta razón, el paciente deberá ser educado de manera rutinaria acerca del curso natural de la enfermedad y la necesidad de adherencia al tratamiento quedando a cargo del clínico la interpretación y cuantificación de los síntomas, fundamentalmente síntomas de alarma (riesgo de suicidio, violencia). (2)

Es de suma importancia reconocer que después de la educación, el rol del clínico en el tratamiento es de consultoría al paciente y la familia. Al iniciar, discontinuar o modificar el uso de los medicamentos se debe obtener el consentimiento informado del paciente. (2)

Este lleva consigo una descripción de los riesgos y beneficios anticipados con el uso del medicamento propuesto, las consecuencias al evitar el tratamiento. La descripción debe ser provista en lenguaje común y entendible, el paciente y sus familiares, cuando sea indicado, deberán tener opción de hacer preguntas y colaborar ambos. (2)

La tolerabilidad y salvedad de estas sustancias tiene una influencia en la capacidad de dosificar adecuadamente y la probabilidad de adherencia al tratamiento. (2) El objetivo primordial del tratamiento antidepresivo deberá ser promover la remisión del cuadro clínico ya que es la resolución de los síntomas lo que al final favorece la reintegración funcional del individuo y disminuye de manera dramática la calidad recidivante del proceso depresivo. (2)

Si lo anterior se logra, la decisión de extender el tratamiento a una fase de continuación entre 6 a 9 meses, y lo mantenimiento (1 a 2 años o indefinidamente) será necesaria sobre la base de la historia personal y familiar del paciente. (2)

La terapia del mantenimiento se recomienda en paciente con alto grado de recidiva, pacientes con varios episodios recurrentes, mejorías parciales, presentación clínica de gravedad (tendencia suicida, disfunción severa, abuso de sustancias durante los episodios depresivos). (2)

3.10.3 Farmacológico:

La fluoxetina se ha popularizado con su nombre comercial más extendido: Prozac^R. Su eficacia y un viento favorable a corriente de una sociedad medicalizada lo han situado más allá del ámbito farmacológico, muy cerca de la cultura popular. Puede rastrearse la presencia de la "píldora de la felicidad" en la literatura, la música, el cine o la televisión. (12)

El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia). En el caso de depresiones leves o moderadas, los antidepresivos parecen ser eficaces, pero también lo son algunas propuestas de tratamiento psicoterápico (solo o con antidepresivos). (12)

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos. (12)

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad. (12)

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la (venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de

boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados. (12)

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es una mala cumplimentación del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales. (12)

3.10.4 Psicoterapia

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión. (20)

Estudios de investigación han comprobado que dos tipos de psicoterapia a corto plazo son muy útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la terapia cognitivo-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión. (12)

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores

resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos o terapia electroconvulsiva (TEC), esta última en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella. (12)

3.10.4.1 Psicoterapias psico dinámicas breves

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones. (12)

3.10.4.2 Psicoterapia interpersonal

En este caso, el psicoterapeuta analiza los síntomas en cuanto surgen desde una perspectiva de comportamientos elaborados por el paciente a través de sus relaciones interpersonales. (12)

3.10.4.3 Terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual

Esta modalidad intenta modificar pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, sin profundizar en el análisis de la intrapsique. Entre otros recursos, se apoya sobre todo en técnicas de relajación, de adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad. (12).

3.10.5 Otros tratamientos: TEC, luminoterapia, herbolaria

La terapia electro convulsiva (TEC o "electroshock") se ha empleado en ocasiones en pacientes con depresión grave y en situaciones en las que los pacientes que no podían tomar antidepresivos. La TEC puede ser efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular.

Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar los impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico, se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

La luminoterapia o fototerapia presenta una eficacia científica probada en todo tipo de depresiones, muy especialmente en las depresiones ligadas a los cambios estacionales. (12)

Fatiga, somnolencia excesiva, desánimo e irritabilidad pueden sorprender a una persona que durante la mayor parte del año lleva una vida normal y, cuando llegan los meses de frío, aprecia un cambio considerable en su carácter, independientemente de que exista o no una depresión leve o manifiesta el resto del año. Si la tendencia persiste y aumenta el desánimo a medida que los días se acortan, entonces es muy probable que esté padeciendo algún tipo de trastorno afectivo estacional. Las personas que padecen este tipo específico de depresión experimentan un estado de ánimo melancólico únicamente durante los meses de otoño e invierno, y su tristeza se abate sólo hasta que regresan la primavera y el verano. (12)

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La planta conocida popularmente como hierba de San Juan o corazoncillo o incluso hipérico (el nombre científico es *Hypericum perforatum*) es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, y ha captado recientemente la atención de los investigadores de todo el mundo. Ha sido usada durante siglos como parte de muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el *Hypericum* se utiliza hoy día para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado porque los estudios científicos que se han llevado a cabo se realizaron únicamente a corto plazo y utilizaron dosis diferentes. (12).

3.11 Ansiedad

El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", 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.

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. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras. Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre. (26)

3.11.1 Test de Hamilton para medir sintomatología de ansiedad

La escala de Hamilton para la ansiedad (HRSA) es una escala de autoevaluación propuesta por Max Hamilton en 1959, que explora el estado de ansiedad (interrupción del continuum emocional que se expresa por medio de una sensación subjetiva de tensión, nerviosismo e inquietud y esta asociado a la activación del sistema nervioso autónomo). (28)

La HRSA representa el prototipo de escala constituida por categorías de síntomas mediante los cuales, se explora la ansiedad, la tensión, los

síntomas neurovegetativos y lo somáticos. Aunque esta escala contiene preguntas relativas a los ataques de ánimo, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada. La escala consta de 14 ítems, cada uno con una puntuación de 0 a 4. La escala fue diseñada para tener una valoración cuantitativa de la sintomatología de ansiedad. (28)

3.11.2 Interpretación de la escala de Hamilton

Ansiedad leve	18
Ansiedad moderada	25
Ansiedad severa	> 30 (28)

3.12 Generalidades en los estudiantes de Medicina

Los estudiantes de medicina sufren un importante estrés desde el comienzo de su entrenamiento y si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos los estudiantes lo resuelven de manera adecuada. En muchos de ellos, los programas y las exigencias generan miedo, incompetencia, enojo y sensación de inutilidad y culpa. Todas estas manifestaciones pueden producir respuestas psicológicas y físicas mórbidas.

Los estudiantes emplean diversos mecanismos para superar y procesar el estrés. Hay mecanismos que producen consecuencias negativas como la evasión del problema, idealización de las situaciones (interpretación de los acontecimientos como a uno le gustaría que fueran y no como realmente son), aislamiento social y autocrítica excesiva.

Las causas de estrés varían por año de entrenamiento. En el primer año, el estudiante se enfrenta con los desafíos del alejamiento del grupo familiar y de los amigos junto con nuevos hábitos y exigencias de aprendizaje. Las disecciones cadavéricas constituyen una causa conocida de estrés.

Una vez ingresado al entrenamiento médico, el estudiante es separado de su grupo inicial que solía ser un apoyo y debe desempeñarse en diferentes hospitales. Estas rotaciones significan cambios que hacen resaltar las deficiencias del estudiante a las cuales se les pueden agregar otros factores como problemas financieros, abuso estudiantil, exceso de tareas y la exposición al sufrimiento y los problemas de los pacientes. (12)

Este fenómeno es altamente frecuente y percibido por los estudiantes y se expresa de múltiples formas que pueden ser: imponerle tareas descalificantes, burlarse de sus errores, exceso de trabajo, discriminación racial y en las mujeres acoso sexual.

Ante situaciones de abuso, el estudiante suele sufrir cuadros de ansiedad, depresión, pérdida de la autoestima y cae en un consumo excesivo de alcohol. (12)

Se refleja en inventar estudios no solicitados, en copiar ideas ajenas como propias, etc. A medida que el estudiante se acerca al término de su vida universitaria le va quitando relevancia a estos actos e ingresa en un relativismo moral. Tendencia a las adicciones. En los estudiantes se detectó hasta un 20% de abuso de alcohol, generalmente para mitigar la depresión, el estrés y la ansiedad. (12)

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de la investigación.

Estudio descriptivo prospectivo

4.2 Unidad de análisis:

Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población:

Todos los estudiantes inscritos en el año 2009-2010 en las tres fases de grado de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

4.3.2 Muestra:

362 estudiantes de las tres fases de grado de la carrera de medicina. La distribución de dicha muestra se hizo con base a la proporción de estudiantes inscritos en cada fase de grado. (Consulta a departamento de estadística de la facultad de ciencias Médicas del CUM - USAC). La muestra se obtuvo utilizando la formula de Mitofsky (28)

Donde se utilizó como N el total de la población estudiantil (4217), una probabilidad (p) de 0.5, y un límite de error de 0.05.

La proporción de estudiantes se distribuyó de la siguiente forma:

Proporción de estudiantes Fase I	= 61 %
Proporción de estudiantes Fase II	= 15%
Proporción de estudiantes Fase III	= 17%
Proporción de estudiantes pendientes de Examen General Público	= 7%

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

4.5.1 Criterio de inclusión:

- Todo estudiante inscrito en el año 2009 y 2010 en cualquiera de las fases académico administrativas de grado de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala
- Ser de nacionalidad guatemalteca.

4.5.2 Criterio de exclusión:

- Estudiantes que no aceptaron participar voluntariamente.
- Que estuvieran en fase de duelo por la muerte de un ser querido.

4.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Características del estudiante	Cualidades físicas, psicológicas y cronológicas de los estudiantes encuestados	Edad: Edad cronológica en años desde su nacimiento hasta el momento en que se realice el estudio indicada por el entrevistado.	Cuantitativa Independiente	Razón	Boleta de recolección de datos
		Sexo: Clasificación sexo del estudiante según su auto percepción como: • Femenino • Masculino	Cualitativa dicotómica Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Etnia: Caracteres Generales Socioculturales y Familiares según: • Ladino • No Ladino	Cualitativa Politémica Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Estado Civil: condición de convivencia marital de pareja del encuestado según: • Soltero • Casado	Cualitativa Politémica Independiente	Nominal	Boleta de Recolección de datos
		Procedencia: Lugar, donde vivió el estudiante el ultimo año antes de ingresar a la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala	Cualitativa polítómica Independiente	Nominal	Boleta de

		- Urbano -Rural			recolección de datos
		Carga Familiar : Numero de personas que dependen económicamente del estudiante < 5 personas >5 personas	Cuantitativa politómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Título de educación media: Titulo obtenido para su ingreso a la Universidad - Bachiller - Perito contador - Perito agrónomo - Maestro - Secretaria - Otros	Cualitativa politómica Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Institución donde obtuvo el título de nivel medio, según: - Público - Privado	Cualitativa dicotómica Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Antecedentes Familiares de Depresión: dato proporcionado por el entrevistado sobre la existencia de depresión en familiares cercanos, según: - Si existen - No existen	Cualitativa dicotómica Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Compromiso laboral actual: - Actualmente trabajando - Actualmente no trabajando	Cualitativa dicotómica Independiente	Nomina	Boleta de recolección de datos
Ansiedad	Síndrome que se caracteriza por un estado de ánimo ansioso, de temores, tensión, insomnio, con sintomatología somática y sensorial de todo ser humano.	Prueba determinada de Hamilton: cuestionario de 13 preguntas que dependiendo de la puntuación que se obtenga se determina el grado de depresión del estudiante. No tiene ansiedad 1. Intensidad leve incapacitado Tiene ansiedad 1. Intensidad moderada 2. Intensidad grave 3. Totalmente	Cualitativa politómica Dependiente	Ordinal	Boleta de recolección de datos
Depresión	Síndrome que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, y distorsión de	Prueba determinada de William Zung: cuestionario de 20 preguntas que dependiendo de la puntuación que se obtenga se determina el grado de depresión del estudiante. No tiene Depresión < 50 Normal 50 – 59 Mínima a tiene Depresión 60 – 69 Moderada a notable > 70 Severa a Extrema	Cualitativa politómica Dependiente	Ordinal	Boleta de recolección de datos

	los hábitos fundamentales de todo ser humano.	leve			
--	---	------	--	--	--

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

4.6.1 Técnica

Se efectuó una entrevista abierta a los estudiantes inscritos en el año 2009-2010 en las tres fases de grado de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

4.6.2 Procedimiento.

- Previo a la autorización del protocolo por parte de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG- de la Facultad de Ciencias Médicas, se solicitó la autorización al Secretario de la Facultad.
- Se validó el instrumento de recolección de datos, se entrevistó a 15 estudiantes de la Medicina (5 de cada fase) para evaluar las preguntas de la encuesta en términos del grado de comprensión y adecuación de opciones de respuesta, claridad en las instrucciones y disposición de los estudiantes a responder y se tomó tiempo para determinar el promedio que estos se llevaron para contestar los instrumentos de recolección de datos.
- Se realizó entrevista abierta con el instrumento de recolección de datos, visitando salón en salón de clases de cada uno de los grados de la Facultad de Ciencias Médicas, el cual fue contestado en tiempo promedio de diez minutos por estudiante (tiempo ya estimado en la validación del instrumento). Esto se realizó en el Centro Universitario Metropolitano (CUM) (Fase I y II).
- Para los estudiantes de la Fase III, se realizó la entrevista en cada uno de los salones destinados y a la hora prevista para clases en cada hospital, lo cual llevó diez minutos por estudiante, previo a iniciar su respectiva clase (tiempo ya estimado en la validación del instrumento).
- Se abordaron a los estudiantes que se encontraron en la cafetería, y en la biblioteca, preguntándoles si deseaban participar en el estudio, si ya lo habían hecho no se tomaron en cuenta nuevamente en el estudio, sino habían participado, se les pidió su consentimiento para realizarlo.
- Se entrevistaron a los estudiantes elegidos aleatoriamente previo consentimiento verbal del mismo.

4.6.3 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento fue conformado por tres secciones.

En la primera sección se consignaron los datos sociodemográficos de los estudiantes. En la segunda sección se consignaron 20 preguntas que corresponden al test de William Zung, el cual identifica sintomatología de depresión, y en la tercera sección se consignaron 14 preguntas que corresponden al test de Hamilton para evaluar sintomatología de ansiedad

4.7 Procesamiento y análisis de los datos

4.7.1 Procesamiento

- Después de realizadas las encuestas se procedió a ordenar las boletas por fase
- Se ingresaron los datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para crear una base de datos.
- Posteriormente se procesaron los datos en Epi Info
- Se obtuvieron tablas y gráficas con sus respectivos porcentajes para su análisis posterior.

4.7.2 Análisis

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas **EXCEL**. En Excel se realizó la base de datos y el cuadro de resultado de investigación. Se realizó cálculo del promedio de edad de la muestra total y según sexo. Se realizó el cálculo del puntaje total de cada instrumento a utilizar en toda la muestra y su equivalente en porcentaje. De igual manera se realizó el cálculo del puntaje total del instrumento según características de los sujetos.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Alcances

Se logró determinar la existencia de sintomatología de ansiedad y depresión en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

4.8.2 Límites

La investigación se realizó a estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala siendo de forma voluntaria, y no de forma aleatoria.

4.9 Aspectos éticos

La participación en el estudio fue de forma voluntaria por medio de una encuesta donde se explicó los objetivos del estudio solicitando el consentimiento verbal del estudiante comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información.

El estudio no representó riesgo físico o psicológico para la integridad de la persona participante por lo que se clasifica en categoría I sin riesgo.

5. RESULTADOS

A continuación se presenta los datos de la encuesta realizada a 362 estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, describiendo las características sociodemográficas con sintomatología de ansiedad y depresión.

CUADRO 1
Distribución de las características sociodemográficas de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Universidad de San Carlos de Guatemala Guatemala, 2009-2010

agosto 2010

Características sociodemográficas		Fases						TOTAL	%
		FASE I		FASE II		FASE III			
		f	%	f	%	f	%		
Edad	<25 AÑOS	213	59	58	16	43	12	314	87
Sexo	MASCULINO	103	28	38	10	29	8	170	47
	FEMENINO	114	31	34	10	44	12	192	53
Etnia	NO INDIGENA	206	57	67	19	69	19	342	94
Estado civil	SOLTERO	217	60	70	19	73	20	360	99
Carga familiar	NO TIENE	207	57	71	19	68	19	346	95
Procedencia	URBANO	195	54	71	19	70	19	336	92
Título nivel medio	BACHILLER	189	52	66	18	54	15	309	85
Institución	PRIVADO	200	55	66	18	62	17	328	90
Antecedentes de Depresión y Ansiedad	NO TIENE	154	43	59	17	48	13	261	72
Compromiso laboral	NO TIENE	206	57	70	19	70	19	346	95
Depresión	NORMAL	138	38	46	13	37	9	221	60
	LEVE	69	19	19	5	29	8	117	32
	MODERADA	9	2	7	2	6	2	22	6
	SEVERA	1	1	0	0	1	1	2	2
	TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
Ansiedad	NORMAL	170	47	56	15	51	14	277	76
	LEVE	30	8	11	3	13	4	54	15
	MODERADA	10	3	3	1	5	1	18	5
	SEVERA	7	2	2	1	4	1	13	4
	TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100

Fuente: anexo 2

CUADRO 2

**Distribución de las características sociodemográficas
de estudiantes con sintomatología de Ansiedad,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala
Guatemala, 2009-2010**

agosto 2010

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	FRECUENCIA DE ESTUDIANTES CON ANSIEDAD						TOTAL ESTUDIANTES CON ANSIEDAD	%
	Fase I	%	Fase II	%	Fase III	%		
Menor de 25 años	17	5	4	1	5	1.3	26	7.3
Masculino	9	2.5	3	0.8	4	1.1	16	4.4
Femenino	8	2.2	2	0.6	5	1.3	15	4.1
No Indígena	17	4.7	5	1.3	9	2.5	31	8.5
Soltero	17	4.7	5	1.3	9	2.5	31	8.5
Urbano	16	4.4	5	1.3	9	2.5	30	8.2
No tienen Carga Familiar	17	4.7	5	1.3	8	2.2	30	8.2
Bachilleres	15	4.2	5	1.3	8	2.2	28	7.7
Institución de Educación Media Privada	17	4.7	5	1.3	9	2.5	31	8.5
Antecedentes de Ansiedad	7	1.9	1	0.3	3	0.8	11	3
No tienen compromiso laboral	17	4.7	5	1.3	9	2.5	31	8.5

Fuente: Anexo 1

CUADRO 3

**Distribución de las características sociodemográficas
de estudiantes con sintomatología de Depresión,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
Guatemala, 2009-2010**

agosto 2010

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	FRECUENCIA DE ESTUDIANTES CON DEPRESION						TOTAL ESTUDIANTES CON DEPRESIÓN	%
	Fase I	%	Fase II	%	Fase III	%		
Menor de 25 años	9	2.4	6	1.6	1	0	16	4
Masculino	6	1.7	4	1.1	2	0.6	12	3.3
Femenino	4	1.1	3	0.8	5	1.3	12	3.3
No Indígena	9	2.5	7	2	7	2	23	6.4
Soltero	10	2.8	6	1.6	7	2	23	6.4
Urbano	9	2.5	7	2	6	1.6	22	6.1
No tienen Carga Familiar	10	2.8	7	2	6	1.6	23	6.1
Bachilleres	9	2.5	6	1.6	4	1.1	19	5.2
Institución de Educación Media Privada	9	2.5	6	1.6	7	2	22	6.1
Antecedente de Depresión	5	1.3	2	0.6	3	0.8	10	2.7
No tienen compromiso laboral	9	2.5	6	1.6	6	1.6	21	5.7

Fuente: Anexo 1

6. DISCUSIÓN

El presente estudio permitió determinar que de 100% [362] estudiantes encuestados, 9 % [31] tenía sintomatología de ansiedad según el test de Hamilton, y 7% [24] presentó depresión según el test de William Zung. Estos resultados son similares a lo que la literatura internacional menciona, (3) aunque en algunos reportes refieren hasta un 25-52%.

De estos estudiantes se tiene que, los que presentan ansiedad, en su mayoría, 7.3% [26] son menores de 25 años (ver cuadro 1) al igual que depresión 4% [16] (ver cuadro 3).

En cuanto al sexo, la ansiedad fue similar entre hombres y mujeres, 4.4% [16] y 3.3% [15] (ver cuadro 2). Según datos Organización Mundial de la Salud (OMS) la ansiedad es mas frecuente en mujeres que hombres (4), pero según este estudio los datos encontrados son similares para ambos sexo, considerando que esto se debe al estrés psicológico que genera las pruebas académicas y el entrenamiento hospitalario, por el temor y tensión a no superar los exámenes, el enojo, sensación de inutilidad y culpa que esto les causa, a ambos sexos

En cuanto a depresión y sexo también se encontró igualdad de resultados entre ambos, 3.3%- 3.3% [12-12] (ver cuadro 3). Según la OMS la depresión siempre es mayor en mujeres que hombres y está dado por el maltrato femenino discriminación, menosprecio y el machismo que impera en nuestras sociedades.

Se observó que para la variable etnia, el autodenominado no indígena presento mayor prevalencia para ansiedad y depresión, 8.5% [31] y 6.4% [23] respectivamente (ver cuadros 2 y 3).

Se encontró para la variable estado civil, que el estudiante soltero presentó mayor prevalencia de ansiedad y depresión, 8.5% [31] y 6.4% [23] respectivamente (ver cuadros 2 y 3). Por lo que se infiere que la mayoría de estudiantes por alguna razón son más susceptibles a los problemas emocionales siendo solteros. Según el estudio Diamond la ansiedad y depresión es mas frecuente en hombres solteros (47%) que casados (21%) pero era más frecuente en mujeres casadas (36%) que solteras (21%). Por lo que se puede inferir que estos resultados están acordes a los estudios de otros países.

El estudiante encontrado con ansiedad y depresión proviene del área urbana, 8.2% [30] para ansiedad (ver cuadro 2) y el 6.1 % [22] para depresión (ver cuadro 3), lo que podría deberse a que han estado expuestos al estrés de la ciudad

(asaltos, asesinatos, extorsiones, tráfico excesivo, altos costos de vida citadina) por más tiempo que los que viven en área rural.

El 8.2% [30] con ansiedad y el 6.1 % [23] con depresión no tiene carga familiar (ver cuadro 2 y 3). Por lo que se considera que por tener menos responsabilidades pasan mas tiempo auto recriminándose, o son más susceptibles a las exigencias de los padres, por las situaciones de la carrera.

El 7.7% [28] de los encuestados con ansiedad y el 5.2% [19] con depresión poseen el titulo de educación media de bachilleres (ver cuadro 2 y 3). Se considera que al ingresar a la facultad siendo bachiller, entran con menor edad, lo que podría asociarse a una menor madurez psicológica. Que los expone a una mayor carga de responsabilidades, que muchas veces no pueden manejar adecuadamente y por esto se deriva a mayor ansiedad y depresión.

El 8.5% [31] de los encuestados con ansiedad y el 6.1% [22] obtuvo el título de educación media en instituciones privadas (ver cuadro 2 y 3). Asociando lo anterior que el egresado de instituciones privadas no han estado expuestos a situaciones estresantes mayores; y al enfrentarse a las exigencias propias de la carrera no les permite adaptarse adecuadamente a las mismas y como sucede con la falta de madurez psicológica, también el venir de núcleos familiares donde no hay muchas precariedades hace que al exponerse a situaciones difíciles, no tengan los mecanismos adecuados para resolver estas complicaciones, por ende generan mayor ansiedad y depresión

El 3% [11] de los encuestados con ansiedad y el 2.7% [10] con depresión tiene antecedente de ansiedad depresión (ver cuadro 2 y 3). Lo que se considera que esta relacionado con las situaciones familiares que cada encuestado ha tenido, y aunado a esto las presiones psicológicas propias de la carrera, provocan que no mejoren y que pudieran empeorar.

Se encontró que el 8.5% [31] de los encuestados con ansiedad y el 5.7% [21] con depresión no tiene compromiso laboral (ver cuadro 2 y 3), lo que podría asociarse a que los gastos de la carrera sin tener trabajo o ingresos económicos adecuados aumenta el nivel de ansiedad y depresión.

Entonces, se definió que la ansiedad se presentó más en menores de 25 años igual relación entre hombres y mujeres, que los residentes en áreas urbanas están más expuestos, los no indígenas presentan más sintomatología de ansiedad, se presentó más en solteros, todos son bachilleres, egresaron de centros privados de educación media, ninguno trabaja y la mayoría no tienen antecedentes de ansiedad.

Con relación a depresión se presenta más en menores de 25 años, el sexo no tiene diferencia alguna, se presenta mas en no indígenas, en solteros, la mayoría provienen del área urbana, no tienen cargas familiares y de estos casi todos son bachilleres, quienes egresaron de instituciones privadas, la mitad tienen antecedentes de depresión, la mayoría no trabaja.

7. CONCLUSIONES

- 7.1** Las características del estudiante de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala con sintomatología y depresión son: menor de 25 años, no indígena, sexo femenino, con procedencia del área urbana, ingresó a la Universidad con título de bachiller, y procede de centros privados, no trabajan, solteros, no tiene cargas familiares y no tiene antecedentes familiares de ansiedad y depresión.
- 7.2** El 8.5 % de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, presenta sintomatología de ansiedad, según el test de Hamilton.
- 7.3** El 6.6 % de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, presenta sintomatología de depresión, según el test de William Zung y 8 % (29), refirió tener ideas suicidas, en algún momento de su vida.

8. RECOMENDACIONES

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

1. Apoyar los datos presentados con otros estudios que evalúen la relación entre la sintomatología y el rendimiento académico, lo cual podría ofrecer información de gran valor frente a los procesos formativos y educativos de la Universidad.
2. Insistir en la necesidad de investigar sobre los factores que favorecen la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva, con el objetivo de trabajar en programas de prevención de factores de riesgo frente al desarrollo de estos y otros problemas psicológicos

A la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala

1. Incluir en los contenidos programados durante la carrera medida de detección de Ansiedad y depresión y otros problemas psicológicos en el estudiantado para así poder intervenir en un momento oportuno y mejorar con esto el estado de salud mental de los mismos.

A la Unidad de Apoyo al Estudiante (UNADE)

1. Establecer medidas de detección de estudiantes con síntomas de Ansiedad y Depresión y brindarles apoyo.
2. Crear programas de atención al estudiante que en algún momento de su vida a tenido pensamiento suicida.

Al Centro de Investigación de Ciencias de Salud (CICS):

1. En base al presente estudio se realicen nuevas investigaciones para ampliar el conocimiento de los trastornos psicológicos mencionados.

9. APORTES

A CORTO PLAZO:

El aporte que dejó esta investigación a corto plazo, fue una perspectiva de como se encuentra la prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes encuestados. En el cual nos dejó que la sintomatología de ansiedad y depresión esta en menores que proporciones de lo que reporta la literatura a nivel mundial, pero que es un problema ya presente en nuestra población estudiantil.

A MEDIANO PLAZO

Con los resultados del presente estudio, nos permite ver que la ansiedad y depresión así como otros problemas asociados que podrían estar generándose, deben ser investigados en una forma mas específica para poder tomar conductas que permitan a los estudiantes tener un mejor acceso a terapias adecuadas, ya que se encontró que un buen porcentaje de estudiantes ha pensado por lo alguna vez estar muerto y esto podría asociarse a ideas suicidas.

A LARGO PLAZO

Que las autoridades pertinentes tomen las acciones necesarias para la formación de centros de ayuda psicológica para el estudiantado que así lo requiera.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baez PP, De la Cruz, J, Alcántara M F. Caracterización de los trastornos depresivos en una población de estudiantes de medicina. Rev Latinoamericana de Psiquiatr 2007; 14 (1):50.
2. Alarcón RD. Manual moderno Psiquiatría. 2ed. Ginebra: OPS 2005.
3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Morosini P. et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004 Jun 2. 291 (21): 2581-2590
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud del Mundo 2001: salud mental nuevos conocimientos nuevas esperanzas. Informe de un grupo científico de la OMS Ginebra : OMS 2001
5. Reiger DA, Kaelber CT. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: studying the prevalence and incidence of psychopathology. En: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP. Editors The Textbook in psychiatric epidemiology. 2ed. New Jersey : John Wile & Son. 2002, p.3-35;
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Escleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. JAMA 2003 Jun 18; 289 (23): 3095-3105
7. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. Prevalence and distribution of major depression in national community sample: The National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry 1994 (151):979-986
8. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Rev Med Chile 2002 (5):130
9. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Epidemiol. 2002 37 (7):316-25
10. Kratz GF, Silva de Lima M, Frank TB, Curi HP. Síntomas depresivos y factores asociados población de adultos mayores en el sur de Brasil. Rev Salud Pública. 2004 16 (6) 378-86.
11. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Rev Cubana de Medicina Integral 2001 may-jun 17 (3):33.
12. Robinson E, Morel E. Depresión en estudiantes de medicina bajo la prueba determinada de William Zung. [en línea] [tesis de Medicina].República

- Dominicana Universidad Central Del Este, San Pedro De Macoris. 2008. [accesado el 16 de octubre de 2009] Disponible en: www.monografias.com.
13. Fernández F, Reyes P J, Guzmán D A. Rasgos depresivos en estudiantes de medicina [en línea] [tesis de Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo República Dominicana año 1986. [accesado el 25 de septiembre 2009] Disponible en www.bvsdo.intec.ecu.do.
 14. Martínez P, medina E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Facultad de Medicina. Rev de la Facultad de Medicina UNAM 2005 Sept -Oct 48 (5): 1-5.
 15. Howard H, Goldman. Psiquiatría general 4ed. México: El Manual Moderno 1996.
 16. Zahlout A J, Uzcátegui Z. La ansiedad, ante el inicio del período clínico, en los estudiantes de medicina. Rev Facultad de Medicina Caracas Venezuela 2006 dic. 29 (2): 3-5.
 17. Bustamante Araujo B, Cabrera MA, Monge, E. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de Medicina Humana del primer y sexto año. Rev. Facultad de Medicina de Lima 2001 ene 62(1):25-30.
 18. Batista F, Reyes P J, Guzmán D A, Prevalencia de rasgos depresivos en estudiantes de medicina Rev Acta Médica Dominicana. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 1987 sept-oct 9 (5):187
 19. Toro R J, Yepes L E, Fundamentos de Medicina Psiquiatría. 3ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas 1998.
 20. Hales R E. Tratado de psiquiatría DSM-IV 3ed. Washington DC.: Masson, 2000.
 21. Vidal G, Alarcón R. Psiquiatría. México: Editorial Médica Panamericana, 1996.
 22. James B, Accott V. Sinopsis de psiquiatría. En: Harold Kaplan, Benjamín Sadock. editores Psiquiatría Clínica. 9ed. Barcelona. Editora Waverly Hispánicas, 2004.
 23. Benjamin A M, Ravelo C. Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes entre las edades de 20 a 60 años a la consulta de la Unidad de Atención Primaria de Paya provincia Peravia (Bani) en el período agosto-diciembre 2007. [tesis de Medicina] Santo Domingo República Dominicana. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) 2007.
 24. Robert E, Hales R E, Yudofsky S. Tratado de psiquiatría clínica 4ed Barcelona: Masson, 2004.
 25. Principios de Medicina Interna de Harrison 16ed. México: Mc Graw-Hill, 2006.

11. ANEXOS

Anexo 1

CUADRO 1
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA 2009-2010

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	ANSIEDAD FASES			TOTAL	%	DEPRESION FASES			TOTAL	%
EDAD	I	II	III			I	II	III		
< 25 AÑOS	17	4	5	26	84	9	6	0	15	63
<25 AÑOS	0	1	4	5	16	1	1	7	9	37
Total	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
SEXO										
MASCULINO	9	3	4	16	51	6	4	2	12	50
FEMENINO	8	2	5	15	49	4	3	5	12	50
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
ETNIA										
INDIGENA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
NO INDIGENA	17	5	9	31	100	9	7	7	23	96
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
ESTADO CIVIL										
CASADO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
SOLTERO	17	5	9	31	100	10	6	7	23	96
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
PROCEDENCIA										
URBANO	16	5	9	30	96	9	7	6	22	92
RURAL	1	0	0	1	4	1	0	1	2	8
TOTAL	17	5	9	31	31	10	7	7	24	100
CARGA FAMILIARES										
TIENE	0	0	1	1	4	0	0	1	1	4
NO TIENE	17	5	8	30	96	10	7	6	23	96
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
TITULO DE EDUCACION MEDIA										
BACHILLERES	15	5	8	28	91	9	6	4	19	79
NO BACHILLERES	2	0	1	3	9	1	1	3	5	21
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
INSTITUCION DEL TITULO DE EDUCACION MEDIA										
PRIVADO	17	5	9	31	100	9	6	7	22	92
PUBLICO	0	0	0	0	0	1	1	0	2	8
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
ANTECEDENTES DE ANSIEDAD Y DEPRESION										
TIENE	7	1	3	11	35	5	2	3	10	42
NO TIENE	10	4	9	20	65	5	5	4	14	58
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100
COMPROMISO LABORAL										
TIENE	0	0	0	0	0	1	1	1	3	12
NO TIENE	17	5	9	31	100	9	6	6	21	88
TOTAL	17	5	9	31	100	10	7	7	24	100

Fuente: Base de Datos

CUADRO 2

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	FASES							
EDAD	FASE I	%	FASE II	%	FASE III	%	TOTAL	%
<25 AÑOS	213	59	58	16	43	12	314	87
>25 AÑOS	3	1	15	4	30	8	48	13
TOTAL	216	60	73	20	73	20	362	100
SEXO								
MASCULINO	103	28	38	10	29	8	170	47
FEMENINO	114	31	34	10	44	12	192	53
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
ETNIA								
INDIGENA	11	3	5	1	4	1	20	6
NO INDIGENA	206	57	67	19	69	19	342	94
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
ESTADO CIVIL								
SOLTERO	217	60	70	19	73	20	360	99
CASADO	0	0	2	1	0	0	2	1
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
CARGA FAMILIAR								
SI TIENE	10	3	1	1	5	1	16	5
NO TIENE	207	57	71	19	68	19	346	95
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
PROCEDENCIA								
URBANO	195	54	71	19	70	19	336	92
RURAL	22	6	1	1	3	1	26	8
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
TITULO NIVEL MEDIO								
BACHILLER	189	52	66	18	54	15	309	85
MAESTRO	21	6	3	1	10	3	34	9
PERITO CONTADOR	6	1	3	1	5	1	14	4
SECRETARIA	0	0	0	0	4	1	4	1
OTROS	1	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
INSTITUCION								
PRIVADO	200	55	66	18	62	17	328	90
PUBLICO	17	5	6	2	11	3	34	10
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
ANTECEDENTES. DEPRESION Y ANSIEDAD								
SI	63	17	13	3	25	7	101	28
NO	154	43	59	17	48	13	261	72
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
COMPROMISO LABORAL								
SI	11	3	2	1	3	1	16	5
NO	206	57	70	19	70	19	346	95
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
DEPRESION								
NORMAL	138	38	46	13	37	9	221	60
LEVE	69	19	19	5	29	8	117	32
MODERADA	9	2	7	2	6	2	22	6
SEVERA	1	1	0	0	1	1	2	2
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100
ANSIEDAD								
NORMAL	170	47	56	15	51	14	277	76
LEVE	30	8	11	3	13	4	54	15
MODERADA	10	3	3	1	5	1	18	5
SEVERA	7	2	2	1	4	1	13	4
TOTAL	217	60	72	20	73	20	362	100

Fuente: Base de datos

Anexo 2 **BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS**



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, CICS
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN



SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA DE
LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. de Boleta _____

PRIMERA SECCION:

Grado:

1.- Edad:

2.- Sexo:

☐ Femenino

☐ Masculino

3.- Etnia:

☐ Indígena

☐ No Indígena

4.- Estado civil:

☐ Soltero

☐ Casado

5.- Carga familiar:

6.- Procedencia:

☐ Urbano

☐ Rural

- 7.- **Título de educación media:** ☐ Bachiller ☐ Perito contador ☐ Perito agrónomo
☐ Maestro ☐ Secretaria ☐ Otros
- 8.- **Institución donde obtuvo el título de nivel medio:** ☐ Público ☐ Privado
- 9.- **Antecedentes familiares de depresión:** ☐ Si existen ☐ No existen
- 10.- **Compromiso laboral actual:** ☐ Actualmente trabajando ☐ Actualmente no trabajando

SEGUNDA SECCIÓN

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

CORRECCIÓN DEL TEST

01- Me siento descorazonado, melancólico y triste

- A) Nunca o muy pocas veces (1) C) Frecuentemente (3)
 B) Algunas veces (2) D) La Mayoría del tiempo o siempre (4)

02- Por la mañana es cuando mejor me siento

- A) Nunca o muy pocas veces (4) C) Frecuentemente (2)
 B) Algunas veces (3) D) La mayoría del tiempo o siempre (1)

03- Siento deseo de llorar

- A) Nunca o muy pocas veces (1) C) Frecuentemente (3)
 B) Algunas veces (2) D) La Mayoría del tiempo o siempre (4)

04- **Me cuesta trabajo dormir durante la noche**

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (1) | C) Frecuentemente (3) |
| B) Algunas veces (2) | D) La Mayoría del tiempo o siempre (4) |

05- **Como tanto como solía comer antes.**

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (4) | C) Frecuentemente (2) |
| B) Algunas veces (3) | D) La mayoría del tiempo o siempre (1) |

06- **Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos.**

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (4) | C) Frecuentemente (2) |
| B) Algunas veces (3) | D) La mayoría del tiempo o siempre (1) |

07- **Noto que estoy perdiendo peso.**

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (1) | C) Frecuentemente (3) |
| B) Algunas veces (2) | D) La Mayoría del tiempo o siempre (4) |

08- **Tengo problema de estreñimiento.**

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (1) | C) Frecuentemente (3) |
| B) Algunas veces (2) | D) La Mayoría del tiempo o siempre (4) |

09- **Mi corazón late más rápidamente que lo normal.**

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (1) | C) Frecuentemente (3) |
| B) Algunas veces (2) | D) La Mayoría del tiempo o siempre (4) |

10- Me canso sin motivos.

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (1) | C) Frecuentemente (3) |
| B) Algunas veces (2) | D) La Mayoría del tiempo o siempre (4) |

11- Mi mente esta tan despejada como siempre

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (4) | C) Frecuentemente (2) |
| B) Algunas veces (3) | D) La mayoría del tiempo o siempre (1) |

12- Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (4) | C) Frecuentemente (2) |
| B) Algunas veces (3) | D) La mayoría del tiempo o siempre (1) |

13- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (1) | C) Frecuentemente (3) |
| B) Algunas veces (2) | D) La Mayoría del tiempo o siempre (4) |

14- Tengo esperanza en el futuro.

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (4) | C) Frecuentemente (2) |
| B) Algunas veces (3) | D) La mayoría del tiempo o siempre (1) |

15- Me irrito más de lo normal.

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (1) | C) Frecuentemente (3) |
| B) Algunas veces (2) | D) La Mayoría del tiempo o siempre (4) |

16- Encuentro fácil el tomar decisiones.

- | | |
|--------------------------------|--|
| A) Nunca o muy pocas veces (4) | C) Frecuentemente (2) |
| B) Algunas veces (3) | D) La mayoría del tiempo o siempre (1) |

17- Siento que me necesitan y que soy útil.

A) Nunca o muy pocas veces (4)

C) Frecuentemente (2)

B) Algunas veces (3)

D) La mayoría del tiempo o siempre (1)

18- Llevo una vida de satisfacción.

A) Nunca o muy pocas veces (4)

C) Frecuentemente (2)

B) Algunas veces (3)

D) La mayoría del tiempo o siempre (1)

19- Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto.

A) Nunca o muy pocas veces (1)

C) Frecuentemente (3)

B) Algunas veces (2)

D) La Mayoría del tiempo o siempre (4)

20- Todavía disfruto de las cosas que solía hacer.

A) Nunca o muy pocas veces (4)

C) Frecuentemente (2)

B) Algunas veces (3)

D) La mayoría del tiempo o siempre (1)

Índices de Depresión	Impresión clínica Global equivalente
< 50	Normal
50 – 59	Presencia, mínima a leve
60 – 69	Moderada a notable
70 o >	Severa a extrema

TERCERA SECCIÓN: TEST DE HAMILTON PARA MEDICIÓN DE ANSIEDAD

1. Intensidad leve
2. Intensidad Moderada
3. Intensamente Grave
4. totalmente Incapacitado

No.	Pregunta	1	2	3	4
	Estado ansioso:				
1	Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad				
	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad sobresalto al responder, llanto fácil, temblores sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse				
2					
	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.				
3					
	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos				
4					
5	Funciones Intellectuales (Cognitivas):				
	Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.				
	Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer				
6					
	en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo				
	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres,				
7					
	rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado				
	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas pinchazos, picazón u hormigueos).				
8					

	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, 9 palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias				
	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción 10 el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).				
	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir 11 flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borbóridos, heces blandas, pérdida de peso, constipación				
	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes 12 micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz pérdida de libido, impotencia sexual.				
	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca 13 seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).				
	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, 14 impaciencia o intranquilidad, temblor de manos fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.				