

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LOS PROFESIONALES
DEL INSTITUTO DE LA DEFENSA PÚBLICA PENAL”**

Estudio descriptivo transversal realizado en las sedes departamentales
de la República de Guatemala

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**David Ernetto Aguilar Molina
Mónica José Monzón García
Edgar Estuardo González López
Luis Paulo Ugarte Peláez
Juan Francisco Alvarado Fuentes**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2017

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

Los estudiantes:

- | | | | |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | David Ernesto Aguilar Molina | 200924494 | 2429958100101 |
| 2. | Mónica José Monzón García | 201010007 | 2122174100101 |
| 3. | Edgar Estuardo González López | 201010282 | 2174132500101 |
| 4. | Luis Paulo Ugarte Peláez | 201024914 | 2119427740101 |
| 5. | Juan Francisco Alvarado Fuentes | 201025098 | 2132257270101 |

Cumplieron 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:

**"TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LOS PROFESIONALES
DEL INSTITUTO DE LA DEFENSA PÚBLICA PENAL"**

Estudio descriptivo transversal realizado en las sedes departamentales
de la República de Guatemala

Trabajo asesorado por la Dra. Virginia María Ortíz Paredes y revisado por la Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el dieciocho de agosto del dos mil diecisiete



DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS,
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

- | | | | |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | David Ernesto Aguilar Molina | 200924494 | 2429958100101 |
| 2. | Mónica José Monzón García | 201010007 | 2122174100101 |
| 3. | Edgar Estuardo González López | 201010282 | 2174132500101 |
| 4. | Luis Paulo Ugarte Peláez | 201024914 | 2119427740101 |
| 5. | Juan Francisco Alvarado Fuentes | 201025098 | 2132257270101 |

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LOS PROFESIONALES
DEL INSTITUTO DE LA DEFENSA PÚBLICA PENAL"**

Estudio descriptivo transversal realizado en las sedes departamentales
de la República de Guatemala

El cual ha sido revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el dieciocho de agosto del dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*

Dr. C. César Oswaldo García
Coordinador



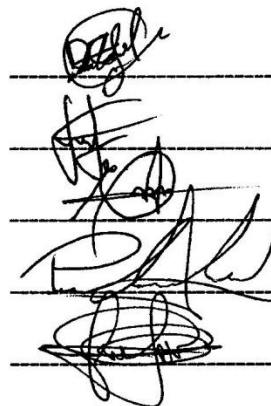
Guatemala, 18 de agosto del 2017

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que nosotros:

1. David Ernesto Aguilar Molina
2. Mónica José Monzón García
3. Edgar Estuardo González López
4. Luis Paulo Ugarte Peláez
5. Juan Francisco Alvarado Fuentes



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LOS PROFESIONALES
DEL INSTITUTO DE LA DEFENSA PÚBLICA PENAL"**

Estudio descriptivo transversal realizado en las sedes departamentales
de la República de Guatemala

Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados
obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y
recomendaciones propuestas.

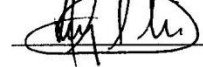
Firmas y sellos

Revisora: Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez
Reg. de personal 20020951



LUCÍA ELEONORA TERRÓN GÓMEZ
PSICÓLOGA Y CIRUJANA
COLEGIADO No. 11,193

Asesora: Dra. Virginia María Ortiz Paredes



Virginia M. Ortiz P.
Médico Psiquiatra
Col. 10,824

AGRADECIMIENTOS

A Dios, creador de todas las cosas quien nos brindó su Fortaleza y nos acompañó en cada etapa de nuestra Carrera.

A nuestros padres, por su ejemplo de perseverancia, por su apoyo incondicional en todo momento, por sus enseñanzas demostrando que con trabajo duro se obtienen recompensas.

A nuestros familiares y amigos quienes demostraron su apoyo y cariño a lo largo de esta carrera.

A la tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, por abrirnos las puertas a tan noble profesión, y que nos ha impulsado a dar lo mejor de nosotros mismos, esforzándonos y logrando nuestros objetivos.

A la facultad de ciencias médicas por brindarnos los conocimientos y las herramientas para dedicarnos al servicio de la sociedad guatemalteca.

Al Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala, en especial a la Licenciada Arévalo por darnos su disposición y apoyo para la realización de este trabajo.

A nuestros catedráticos por ser una vela en la oscuridad del conocimiento

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar a los profesionales que padecen de trastorno de ansiedad generalizada que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala, de mayo a junio del 2017. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal realizado mediante el test de ansiedad de Hamilton, posterior a un consentimiento informado, en una muestra de 424 profesionales entre las edades de 20 a 65 años en las sedes del instituto. **RESULTADOS:** De los sujetos de estudio: 50.2% de sexo femenino, con una media de edad de 39 años. La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada fue de 71.2%, siendo la ansiedad menor el hallazgo más encontrado con 42.2%; de los profesionales afectados 42% fueron procuradores jurídicos; 151 casos de sexo femenino y 151 casos de sexo masculino, 59% de los profesionales se encontraban dentro del rango de edad de 20 a 39 años. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de trastorno de ansiedad generalizada con el rango de edad ($OR=1.28$, $Chi^2=1.34$, $p=0.247$) y el sexo ($OR=1.03$, $Chi^2=0.023$, $p=0.879$). No obstante, únicamente se encontró asociación entre la presencia del trastorno de ansiedad generalizada y la posición laboral ($Chi^2=6.75$, $p=0.150$), aunque no se determinó su fuerza de asociación. **CONCLUSIONES:** Se identifica la presencia del trastorno de ansiedad generalizada en 7 de cada 10 profesionales entrevistados, siendo en su mayoría los procuradores jurídicos. No existe asociación entre la presencia del trastorno de ansiedad generalizada, el rango de edad y el sexo. Sin embargo, existe asociación entre la posición laboral y el trastorno de ansiedad generalizada.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de ansiedad, defensoría pública, trabajadores.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1 Marco de antecedentes.....	3
2.2 Marco teórico	5
2.3 Marco conceptual.....	9
2.4 Marco geográfico	17
2.5 Marco demográfico	18
2.6 Marco institucional	19
2.7 Marco legal	21
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo general.....	23
3.2 Objetivos específicos	23
4. HIPÓTESIS	25
4.1 Hipótesis estadística	25
4.1.1 Planteamiento de hipótesis.....	25
5. POBLACIÓN Y MÉTODOS	27
5.1 Tipo y diseño de la investigación	27
5.2 Unidad de análisis y de información.....	27
5.2.1 Unidad de análisis	27
5.2.2 Unidad de información.....	27
5.3 Población y muestra	27
5.3.1 Población o universo	27
5.3.2 Muestra	27
5.3.2.1 Marco muestral	27
5.3.2.2 Tipo y técnicas de muestreo	29
5.4 Selección de los sujetos de estudio	31
5.4.1 Criterios de inclusión:	31
5.4.2 Criterios de exclusión:	31
5.5 Definición y operacionalización de variables	32
5.5.1 Variables	32
5.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	34

5.6.1 Técnica.....	34
4.6.2 Procedimiento	34
5.6.3 Instrumento	35
5.7 Procesamiento y análisis de datos.....	36
5.7.1 Procesamiento de datos.....	36
4.7.2 Análisis de datos	37
5.8 Alcances y límites de la investigación	39
5.8.1 Obstáculos	39
5.8.2 Alcances.....	39
5.9 Aspectos éticos de la investigación.....	40
5.9.1 Principios éticos generales	40
5.9.2 Categoría de riesgo	41
6. RESULTADOS	43
7. DISCUSIÓN	479
8. CONCLUSIONES.....	53
9. RECOMENDACIONES	55
10. APORTES	57
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
12. ANEXOS	65
12.1 Test de Hamilton.....	65
12.2 Consentimiento informado	68

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado de bienestar, en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer contribución a su comunidad.¹ Se describe a la ansiedad como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante, acompañada de una respuesta somática y autonómica aumentada mediada por los sistemas simpáticos y parasimpáticos. Una de las enfermedades más comunes en la atención primaria, es el trastorno de ansiedad generalizada el cual afecta la salud mental de individuo repercutiendo en su vida diaria, y pudiéndose manifestar con varios síntomas somáticos.² Este tipo de trastorno mental muchas veces no es reconocido por el médico general, subestimando los efectos negativos que pueden provocar en los profesionales.

Con base a una revisión de estudios epidemiológicos relevantes sobre trastornos mentales realizados a nivel mundial durante los últimos diez años, se identificó el trastorno de ansiedad como la tercera causa de enfermedad mental, con un porcentaje del 23.1% de la población mundial³, siendo más frecuente en el sexo femenino y en sujetos de la tercera edad⁴.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental que se realizó el 2009, se estimó que uno de cada cuatro guatemalteco, puede sufrir de algún trastorno mental.⁵ Este es uno de pocos estudios relevantes sobre la salud mental en Guatemala y a pesar de que el estudio arroja cifras preocupantes, no se le dio continuidad. Tomando en cuenta que el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos más comunes a nivel mundial, es imperativo ampliar el conocimiento epidemiológico que se cuenta sobre este tema.

El Instituto de la Defensa Pública Penal (IDPP) de Guatemala, es el ente encargado de brindar asesoría jurídica en materia penal gratuita a toda la población guatemalteca, principalmente a aquellos que no cuentan con los recursos necesarios para poder costear una defensa particular.⁶ Esta labor es llevada a cabo principalmente por profesionales de derecho, conformados en su mayoría por defensores públicos, quienes poseen una carga laboral de aproximadamente 12 casos nuevos atendidos mensualmente por defensor, 29 casos con prisión preventiva en promedio y 71 expedientes con medidas sustitutivas. Durante el año 2015, el IDPP cubrió 133 mil audiencias con un promedio mensual de 61 por defensor. Esto

desemboca en una alta carga laboral por defensor, que los predispone a padecer trastornos de ansiedad.⁷

El presente estudio se realizó con base a la necesidad de conocer la realidad de los profesionales del Instituto de la Defensa Pública Penal (IDPP) de Guatemala frente al trastorno de ansiedad generalizada, dirigido a profesionales encargados de brindar representación legal y dar asesoría jurídica a toda persona sindicada en un proceso penal. Se realizó una investigación basada en el test de Hamilton para ansiedad modificado por Carrobbles en los profesionales de dicha institución para identificar la existencia de TAG.⁸ El estudio está dirigido a conocer si existen profesionales con la presencia de TAG, describir las características epidemiológicas, clínicas y laborales y la relación que puede existir entre la presencia o no de ansiedad y el cargo ocupado por el profesional.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de antecedentes

Parmentier et al, en 2013, realiza una revisión llamada: “Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe”, extrayendo datos de metaanálisis y estudios significativos alrededor de Europa para valorar el panorama general del TAG, encontrando que la prevalencia varía según países por calidad de vida, pero con el denominador común de encontrar el aumento de casos, así como de importancia social y coste económico de tratamiento para el estado. Así mismo determina que en regiones como el Reino Unido, la atención primaria es incapaz de diagnosticar y tratar este desorden al tener un mayor desconocimiento de la patología.⁹

Dowling NA et al, en el metaanálisis de 2015: “Prevalence of psychiatric comorbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis”, realiza una revisión sistemática de 36 estudios de Europa, Nueva Zelanda y Australia buscando la prevalencia de trastornos psiquiátricos del axis I del DSM-IV, siendo el primer lugar los trastornos de ánimo con 23.1 %, seguido por abuso de alcohol en 21.7% y en tercer lugar desórdenes de ansiedad en 17.6%, todas con un IC del 95% sin demostrar asociación con el juego.³

En el año 2015, Bandelow, B. y Michaelis, S. en su artículo titulado: “Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century”, identifican al trastorno de ansiedad generalizada como el trastorno mental de mayor prevalencia y lo asocian con altas repercusiones en cuanto a una alta carga de dicha enfermedad y por lo mismo costos mayores en salud. En base a la investigación se estima que un tercio de la población estará afectado por un trastorno de ansiedad en su vida, indicando que la ansiedad sigue un curso crónico, y siendo mayor en mujeres. A pesar de existir tratamiento efectivo y disponible existen pacientes que no acuden a consulta médica y los que lo hacen no son diagnosticados correctamente.¹⁰

Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida JM., elaboraron un artículo: “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública”, con el objetivo de conocer la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento.⁴

Los datos se obtuvieron de estudios comunitarios publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004. En esas investigaciones epidemiológicas se usaron instrumentos diagnósticos estructurados y se estimaron tasas de prevalencia. Los resultados fueron que los trastornos de ansiedad generalizada mostraron una alta prevalencia en la población y fueron más frecuentes en mujeres que en varones, con tasas medias estimadas en 5.5% y 3.4% respectivamente. Además, que la tercera parte de estas personas no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general. Se concluyó que la brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe fue abrumadora y que La transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional acentuaron aún más la brecha en la atención en América Latina y el Caribe, a no ser que se formulen nuevas políticas de salud mental o que se actualicen las existentes.¹¹

Perales, A. Chue, H. Padilla, A. y Barahona, L. en su artículo: “Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú”, donde su objetivo fue determinar los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en magistrados (jueces y fiscales) del distrito judicial de Lima, Perú. Tomando una población de 1137, con una muestra de 287 magistrados, 138 fiscales, 149 jueces, utilizando cuatro instrumentos para cada ítem. Con resultados donde el 12.5% presentó ansiedad, estrés general en 18.5%, estrés laboral en 33.7% y depresión en 15%. Estando presentes todas en el 6.6% del total de muestra y al menos una estuvo presente en el 25.9%. Concluyendo que al menos un cuarto presenta una de estas condiciones y, recomendando una intervención y prevención para tratarlas en conjunto dada su alta asociación.¹²

Mónica Aguilar Ponce en el 2005 realiza su tesis titulada: “Nivel de Ansiedad de los docentes ante la Evaluación del Desempeño en un colegio privado de la Ciudad de Guatemala”, en la cual evalúa a 30 sujetos formado por el personal, de ambos géneros, que labora como docente en la institución privada. El propósito de la investigación era determinar si existían diferencias significativas en el nivel de ansiedad presentado antes y después del proceso de evaluación del desempeño. Concluyendo que sí hubo diferencia y recomendando evaluar periódicamente los niveles de ansiedad en los sujetos evaluados, con el fin de mejorar su salud física y mental logrando así un desempeño laboral eficiente.¹³

González, C. en su tesis: “Estudio comparativo sobre ansiedad entre trabajadores de oficina y trabajadores operarios”, determinó la diferencia en la presencia de ansiedad en estos

dos grupos de trabajadores, 25 de área operativa y 25 del área de oficina. Concluyendo que no existió diferencia según el tipo de trabajo en lo referente a la presencia de ansiedad, pero si en la ansiedad de rasgo, determinando que ésta es mayor en el área operaria.¹⁴

En el año 2013, se realizó la tesis titulada: “Principales Factores de Ansiedad en Trabajadores que vivieron una catástrofe natural en una empresa del Occidente del País”, por la Licenciada en Psicología Heidy Herrera, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo en los trabajadores posterior al terremoto sufrido el 7 de noviembre del año 2012, concluyendo que si se produjo ansiedad en los trabajadores, debido a que no se encontraban ni física ni emocionalmente preparados, para un desastre de este tipo, también se pudo concluir que no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables demográficas, los indicadores de ansiedad según la edad, género, estado civil, área de trabajo y años de laborar.¹⁵

María Sum Robles 2015 en su, tesis titulada: “Niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del organismo judicial de la cabecera departamental de Huehuetenango” realizó una evaluación con 40 sujetos de ambos sexos y de diferentes edades en los puestos de abogados, magistrados y secretarios, en donde se concluyó que los sujetos sí presentaban diferentes niveles de ansiedad, demostrando las causas que la originaron y cómo esta se manifestaba en cada área de trabajo.¹⁶

2.2 Marco teórico

La ansiedad puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante, que se acompaña de una respuesta somática y autonómica aumentada, mediada por los sistemas simpático y parasimpático. Aunque el TAG, es uno de los trastornos mentales más comunes de la atención primaria, a menudo no es reconocido por el médico general, posiblemente porque los pacientes consultan más por problemas somáticos que por ansiedad.¹⁷

Teorías de ansiedad

En un principio, los trastornos de ansiedad se encontraban encasillados dentro del término de neurosis. No fue sino hasta 1895, que Freud identifica la neurosis como trastornos producidos por causas psicológicas y postula su primera tesis sobre la ansiedad que

diferenciaba dos grupos: La psiconeurosis de defensa, en la cual la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico de la persona, reflejándose en síntomas psiconeuróticos; y las llamadas “neurosis actuales”, en las que la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido, manifestándose en forma más o menos automática como descarga somática o como una actitud psicológica de “ansiedad libremente flotante”.¹⁸

Más adelante en 1926, Freud modifica su teoría inicial y sugiere que el proceso represivo es el resultado la presencia de ansiedad en el yo, instancia que frente a la señal de ansiedad movilizaba los procesos defensivos.¹⁸

En la década de 1950, aparecen las teorías del aprendizaje las cuales asumen que la ansiedad es un comportamiento aprendido de naturaleza anticipatoria. Luego éstas teorías mejoran con la innovación de las teorías de la preparación (de las fobias), y las teorías de la incubación. Posteriormente, existe un aumento en el interés en el papel que juegan los procesos cognitivos en la aparición de la ansiedad. Por último, existen los enfoques biológicos de donde se desprenden los estudios psicofisiológicos, neurofisiológicos y neuroendocrinos, así como datos sobre la predisposición genética y familiar.¹⁸

Teorías del aprendizaje

Condicionamiento clásico: Modelo de Watson y Ryder

Watson y Ryder sugirieron que cualquier estímulo o situación (principio de “equipotencialidad”), inicialmente neutro tiene el potencial de elicitar respuestas de miedo ante la presencia de un estímulo nocivo traumático y en donde la ansiedad se entiende como una respuesta emocional condicionada. Entre sus principales características se encuentran La repetición de la asociación de situaciones neutras con estímulos nocivos traumáticos incrementa las respuestas de miedo y las reacciones de miedo fóbico se favorecen cuando la intensidad de miedo inducido por los estímulos nocivos traumáticos es elevada.¹⁸

Condicionamiento clásico y operante: Modelo bifactorial mediacional (Mouwrer)

Se apoya sobre el paradigma de la evitación activa. Es una teoría que utiliza tanto el condicionamiento clásico como el operante. Durante la primera fase, mediante el

condicionamiento clásico se presenta una respuesta de miedo condicionada capaz de motivar una respuesta de escape. La segunda fase, implica un proceso de evitación activa en la cual la persona no aprende a evitar un estímulo o situación nociva, sino que aprende a escapar de la exposición al estímulo nocivo que le advierte de la proximidad de un evento aversivo.¹⁹

Alternativas teóricas al modelo factorial

Alternativas operacionales no mediacionales

Teoría de la señal de seguridad: La conducta de evitación se produce bajo condiciones de reforzamiento positivo. Se basa en la conducta de aproximación-relajación: cada evitación del shock aversivo, es seguida por un estado de relajación y una aproximación al área de no shock.¹⁹

Teoría del estímulo discriminativo: La persona aprende a discriminar estímulos más que a evitar los estímulos nocivos.¹⁹

Alternativas operacionales mediacionales

Solomon y Wayne: Teoría basada en dos principios, los cuales tratan de explicar la resistencia a la extinción de la conducta de evitación y la posible disociación entre las respuestas clásicas y operantes.

- Principio de conservación de la ansiedad: Las latencias cortas de las respuestas de evitación previenen que se produzcan reacciones autónomas de ansiedad al estímulo, con lo cual se conservan estas reacciones y no se extinguen.
- Principio de irreversibilidad parcial: En los casos de reacciones muy intensas de miedo, las respuestas condicionadas clásicamente son difíciles de extinguirse completamente.

Roscorla y Wayne: Considera el miedo como un estado central del organismo. Las respuestas condicionadas periféricas (autónomas) no median necesariamente las respuestas de evitación.

Levis: Parten del principio de Mower, pero incorporan además el concepto de complejidad y serialidad del estímulo neutro. Establece que la respuesta de miedo puede ser elicitada aun cuando el estímulo se presente en un corto periodo de tiempo.¹⁸

Influencias operantes sobre las respuestas autónomas

Kimmel ofrece una interpretación sobre la adquisición y paradoja de la ansiedad partiendo de una influencia directa de las respuestas operantes sobre las respuestas autónomas de la ansiedad. Se puede resumir sus puntos importantes de la siguiente manera:

- Existe una fase inicial del condicionamiento pavloviano donde el individuo es sometido a pruebas de un ensayo.
- Los estímulos neutros son fundamentalmente. Sobre la base de este principio se forman conjuntos de estímulos neutros con capacidad para elicitar reacciones autónomas condicionadas.
- Si la probabilidad de que se produzcan respuestas emocionales condicionadas tras la presencia de algún estímulo neutro es elevada, y si la probabilidad de que se produzca eventos traumáticos es baja, el sujeto, ante la no ocurrencia de eventos traumáticos, se encuentra en una situación de evitación instrumental.
- La respuesta autónoma condicionada será reforzada negativamente de manera mágica; es decir, el individuo tratará de crear las condiciones que favorezcan esta forma de reforzamiento, por ejemplo, produciendo la reacción autónoma.¹⁹

Teoría de la preparación (Seligman)

Concepto de preparación

El organismo está preparado (filogenéticamente, a través del proceso evolutivo), para asociar ciertos estímulos con relativa facilidad y otros con relativa dificultad.

El significado que posee la preparación es de tipo biológico–evolutivo (ventajas adaptativas). Seligman definió la dimensión de preparación estableciendo un continuo teórico: dependiendo de las características específicas de los eventos asociativos, el organismo puede estar "preparado" (viene dado por las respuestas instintivas), "no preparado" o "contrapreparado".

Seligman, propuso inicialmente la teoría de la preparación en relación con el aprendizaje general y, posteriormente, la aplicó a los trastornos fóbicos.

Para Seligman las fobias poseen 4 propiedades: Selectividad, fácil adquisición, resistencia a la extinción e irracionalidad. La teoría de preparación intenta explicar, cómo el organismo se comporta ante un estímulo estresante que le provoca fobia, y estas 4 propiedades básicas de las fobias, son explicables mediante la teoría, ya que consiste en una revisión del modelo de condicionamiento de la ansiedad orientada biológicamente: El individuo tiene una capacidad innata para aprender reacciones fóbicas.¹⁹

Incubación de la enfermedad (Eysenck)

Tercer gran modelo de condicionamiento de la ansiedad

Se centra en el concepto de la "ley de incubación" como complemento a la ley de la extinción. Asume la existencia de factores de vulnerabilidad individual y filogenética (hipótesis de la preparación), que facilitan los mecanismos de la incubación.

Postula que la ansiedad se adquiere y se mantiene de acuerdo con los principios de condicionamiento pavloviano tipo B.¹⁹

2.3 Marco conceptual

Trastorno de ansiedad

Se define como un episodio separado o discontinuo de preocupación persistente o excesiva, que tiene una duración de por lo menos seis meses de evolución, el cual se acompaña de tres o más de los siguientes síntomas: Insomnio, tensión o contracturas musculares, irritabilidad, inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse y cansancio.²⁰

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision), tienen la misma denominación del TAG. El CIE-10 incluye el TAG dentro del bloque de los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos colocando el TAG en la sección "otros trastornos de ansiedad", donde también se incluyen, de manera separada, el trastorno de pánico y el trastorno mixto ansioso-depresivo, mientras que el DSM-V asigna el TAG dentro de la categoría de trastornos de ansiedad.²¹

Prevalencia

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés), indica que el cuadro de TAG se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, siendo la relación de sexo dos tercios a favor de las mujeres.²² De esta forma lo menciona también el estudio: “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe”, que los trastornos de ansiedad generalizada mostraron una alta prevalencia en la población femenina con una tasa del 5.5% contra 3.4% en varones.¹¹ El cuadro suele iniciarse durante la infancia o adolescencia, teniendo un comienzo gradual y más temprano que en otros trastornos de ansiedad (Brown & Barlow, 1994; Leahy & Holland, 2000; Rapee, 1991). No obstante, también puede comenzar a principios de la edad adulta (Gale & Oakley-Browne, 2000; Hale, 1997).

La tesis de posgrado para medicina evaluadora llamada: “Trastornos de ansiedad-depresión en el entorno de la contingencia común” relaciona la presencia de ansiedad con el sexo, la edad y profesión. Concluyendo que estas patologías son más frecuentes en mujeres entre las edades de 30 a 40 años, y hay mayor incidencia entre los trabajadores de atención al público.²³

Epidemiología

Es el trastorno de ansiedad más visto por el médico general con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5 al 7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Según un estudio realizado por la OMS en consultantes por molestias somáticas un 23.8% correspondió a trastornos ansioso y un 29.52% a depresión. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto a otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abusos de consumo de alcohol o sustancias lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad.^{24, 25}

Este trastorno está asociado con un número mayor de visitas al médico, debido a que no es diagnosticado ni tratado oportunamente.²⁵

Etiología

Se observan varios aspectos tanto biológicos como psicológicos.

Factores biológicos

Se ha descrito la probabilidad de que sea de carácter hereditario ya que existen estudios en animales y humanos que demuestran que conceptos como emocionalidad, neurosis y ansiedad no clínica pueden heredarse. En un metanálisis realizado en el instituto de genética psiquiátrica y comportamental de Virginia (Estados Unidos), se encontró que la heredabilidad del TAG era de un 32% y el resto podía ser atribuido a factores ambientales.¹⁷ Otros estudios han mostrado disminución en el número de receptores del ácido gamma aminobutírico (GABA), en plaquetas de pacientes con el TAG. Algunos trabajos sugieren una menor sensibilidad a nivel central de este complejo receptor, tanto en sujetos con trastorno de pánico como en aquellos con el TAG.

Otros neurotransmisores de posible importancia en la ansiedad, son el ácido glutámico con sus acciones en los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) y, el factor liberador de corticotropina.²⁵

Factores psicosociales

Existen dos enfoques importantes, el de la teoría psicoanalítica y el de la teoría del aprendizaje. En la teoría psicoanalítica, la génesis de los síntomas neuróticos se enmarca dentro del concepto del conflicto intrapsíquico, que consiste en que determinadas pulsiones internas buscan hacerse conscientes y la realidad externa interfiere con la expresión de dichas pulsiones. En la neurosis de ansiedad o del TAG, el mecanismo habitual de defensa de, la represión, no resulta eficaz para contener la ansiedad, ni tampoco se utilizan otros mecanismos auxiliares de defensa, con el resultado de que la ansiedad en forma libre o flotante se convierte en el síntoma principal.

Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje, los estudios recientes sobre el procesamiento de la información son relevantes en la etiología del TAG. El modelo se basa principalmente en dos conceptos: Las percepciones de amenaza personal y la percepción de bajo control. De acuerdo con esta teoría, la ansiedad es una respuesta a la percepción de

peligro, y se puede volver crónica por la tendencia a dar excesiva atención a posibles peligros, asignar interpretaciones amenazantes a determinados eventos y ser especialmente “eficiente” en adquirir información amenazadora. Además, se ha observado que los pacientes con el TAG poseen una tendencia general a tener una baja percepción de control, personal sobre eventos cruciales ya sean internos o externos. Si se consideran los factores precipitantes, se encuentra que el estrés causado por eventos vitales se asocia con el comienzo del TAG, en aproximadamente la mitad de los casos y éstos pueden jugar un papel en la persistencia de los síntomas.^{25, 26, 27}

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales o económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.^{25, 28}

Signos y síntomas

El síntoma cardinal del TAG es la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, a menudo con ansiedad anticipatoria. Se debe descartar que la preocupación del paciente no sea el temor a la presentación de un ataque de pánico o a enfrentar una situación fóbica.²⁹

Estas expectativas aprehensivas se asocian al menos a tres de los siguientes seis síntomas.¹⁷

- Desasosiego o inquietud motora
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Trastorno del sueño (dificultad para conciliarlo, mantenerlo o sueño inquieto no reparador)

La ansiedad generalizada produce a menudo síntomas de hiperactividad autonómica como dificultad para respirar, palpitaciones, mareos, sudoración excesiva, sequedad de boca, poliaquiuria, náuseas o diarrea. Todos estos pueden variar bastante de paciente a paciente. Sin embargo, deben estar presentes de manera continua, la mayor parte del tiempo en un periodo no menor de seis meses. Esto constituye una diferencia importante con el trastorno de pánico, en el que la sintomatología es en forma de crisis episódicas de ansiedad. En la consulta médica los pacientes con el TAG hacen mayor énfasis en quejas somáticas y no tanto en los síntomas de nerviosismo o ansiedad cognitiva.^{2, 17, 28}

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos para el TAG se basan en la aparición de manifestaciones clínicas, los cuales se enuncian a continuación en los siguientes incisos:

A. Un período de al menos seis meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no), con relación a acontecimientos y problemas de la vida cotidiana.²

B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno de los listados entre (1) y (4).²

Síntomas autonómicos

- 1) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado
- 2) Sudoración
- 3) Temblores o sacudidas de los miembros
- 4) Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación)

Síntomas en el pecho y el abdomen

- 5) Dificultad para respirar
- 6) Sensación de ahogo
- 7) Dolor o malestar en el pecho
- 8) Náusea o malestar abdominal (por ejemplo, estómago revuelto)

Síntomas relacionados con el estado mental

- 9) Sensación de mareo, inestabilidad, o desvanecimiento
- 10) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o “fuera” de ella (despersonalización)

11) Sensación de perder el control, “volverse loco” o de muerte inminente

12) Miedo a morir

Síntomas generales

13) Sofocos o escalofríos

14) Sensación de entumecimiento u hormigueo

Síntomas de tensión

15) Tensión muscular o dolores y parestesias

16) Inquietud y dificultad para relajarse

17) Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental

18) Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar

Otros síntomas no específicos

19) Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos

20) Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad

21) Irritabilidad persistente

22) Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones

C. El trastorno de ansiedad generalizada no satisface todos los criterios para trastorno de pánico (F41.0), de ansiedad fóbica (F40.-), obsesivo-compulsivo(F42.-) o hipocondríaco (F45.2)².

D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: El trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico (F00-F09), o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiacepinas.²

Tratamiento

Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad, la mayoría de los pacientes van a requerir algún tipo de tratamiento que va a estar determinado por la severidad y persistencia de los síntomas, la presencia o no de otro trastorno psiquiátrico, el nivel de disfuncionalidad, medicamentos concomitantes y una historia de respuesta y tolerancia a tratamientos anteriores.

², 30

El objetivo del tratamiento a corto plazo, consiste en la reducción de los síntomas a un nivel tolerable ya que a menudo no es posible eliminarlos por completo, mientras que a largo plazo el objetivo es la remisión total. Si los síntomas son leves y se asocian con factores estresantes psicosociales, el manejo no farmacológico puede ser suficiente. Para síntomas más severos o duraderos es necesario combinar con el tratamiento farmacológico. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como duloxetina, escitalopram, imipramina, paroxetina y sertralina, son los de primera elección, debido a su mejor perfil de efectos adversos.^{2, 31, 32} La dosis recomendada es:

- Duloxetina 30-60 mg al día
- Escitalopram 10 mg al día
- Imipramina 25-75 mg al día
- Paroxetina 20 mg al día
- Sertralina 25-50 mg al día

Los efectos secundarios más comunes asociados a estos medicamentos son náuseas, disfunción sexual, agitación, aumento de peso e insomnio. En general son leves y suelen desaparecer rápidamente. En los casos en los que se presenta un incremento de los síntomas de ansiedad generalizada, está indicado el uso de benzodiacepinas en dosis bajas, ya que la respuesta es rápida, y la remisión de los síntomas se produce dentro la primera hora de haber tomado el medicamento.^{31, 33} Los más utilizados son:

- Alprazolam 0.25-0.50 mg 3 veces al día
- Clonazepam 0.25-0.50 mg 1 o 2 veces al día
- Clorazepate 5-10 mg 2 veces al día
- Diazepam 2-5 mg 2 veces al día
- Lorazepam 0.5-1 mg 2 veces al día

Es importante mencionar que los benzodiacepinas no son efectivos para tratar la sintomatología depresiva que acompaña al TAG. Sin embargo, el tratamiento debe ser en general individualizado pues se tienen que tomar en cuenta los factores como el apego del paciente al tratamiento, la respuesta a tratamientos anteriores, intolerancia a ciertos medicamentos, edad del paciente entre otros.³²

Test de ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton fue una de las primeras escalas desarrolladas para evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad y, que al día de hoy todavía es muy utilizada. Fue creada en 1959 por Max Hamilton, utilizando maneras sencillas para diseñar la escala de ansiedad. La primera escala comenzó utilizando 12 grupos de síntomas, que vinieron a ser trece variables de escala. Esta utilizaba una escala a cinco puntos para establecer el rango de los síntomas.⁸

La escala está diseñada para ser utilizada en niños, adolescentes y adultos, sin importar el sexo y debería tomar alrededor de 10 a 15 minutos al evaluador. Actualmente consiste en una lista de 14 incisos cada uno, con un número de síntomas y cada grupo de síntomas con un valor entre cero a cuatro puntos, siendo cuatro el más severo. Todos estos valores son utilizados para dar un resultado el cual indica la severidad de ansiedad de la persona evaluada.³⁴

Durante la prueba el examinador explica al participante en que se fundamenta cada criterio a evaluar. Cada uno con un valor independiente en una escala de cero a cuatro en donde cero corresponde que el síntoma no está presente en el paciente, el uno indica que el síntoma tiene una prevalencia leve, el dos indica una prevalencia moderada del síntoma en el participante, un tres en la escala indica que el síntoma tiene una prevalencia severa y por último el cuatro indica una prevalencia severa alta. Luego de la evaluación el examinador, a través de los 14 incisos, procede a sumar cada uno de ellos. Teniendo como base que el rango de valores se mantendrá entre cero a 56 puntos, el examinador debe interpretar este valor como a continuación se describe: Un valor entre cero y 17 puntos describe una severidad leve o ausencia de ansiedad en la persona evaluada, un valor entre 18 y 24 puntos indica que el participante tiene una ansiedad leve a moderada y por último un valor entre 25 a 30 puntos una ansiedad severa.^{8, 34}

Actualmente existe una escala de Hamilton, la cual fue modificada por Carrobbles y colaboradores realizada en 1986, la cual consiste en una adaptación al castellano evaluando la intensidad de la ansiedad, es una escala heteropalicada y dependiendo del tipo de síntoma se medirá de menor a mayor gravedad, duración o disfunción. Esta escala agrupa la ansiedad dependiendo del valor obtenido entre 0 y 56 puntos de la siguiente manera: Un valor entre cero

y cinco puntos se interpretará como no ansiedad, de seis a catorce puntos como ansiedad menor y mayor a quince puntos se interpretará, como ansiedad mayor.³⁴

2.4 Marco geográfico

Guatemala

Su nombre proviene del náhuatl Quauhtlemallan, cuyo significado es: “Entre árboles”, el cual fue dado por los soldados tlaxcaltecas que acompañaban a Pedro de Alvarado en 1523. Su nombre oficial es República de Guatemala, está localizada en el istmo centroamericano con una extensión territorial de 108,889 km² y está limitada al oeste y norte por México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al suroeste con Honduras y El Salvador y al sur con el Océano Pacífico. El territorio se encuentra integrado por 22 departamentos los cuales se dividen en 340 municipios, su capital es la ciudad de Guatemala.³⁵

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística -INE-, la población para el 30 de junio del año 2012 fue de 15,073,375 habitantes, con un crecimiento del 2.44% entre 2011 y 2012. Posee una densidad poblacional de 142.6 habitantes por km². El idioma oficial es el español, aunque existen veintitrés idiomas mayas, el xinca y el garífuna. Declaró su independencia el 15 de septiembre de 1821, para luego pasar a formar parte del Primer Imperio Mexicano. Posteriormente, pasó a formar parte de la República Federal de Centroamérica; no siendo hasta el año de 1847 cuando se establece la actual república, y cuando se comienzan a establecer relaciones diplomáticas con el resto del mundo.

Por su configuración geográfica que es bastante variada, su altura oscila entre 930 y 2100 metros sobre el nivel del mar con un clima generalmente templado. Guatemala es uno de los 340 municipios de la República de Guatemala, es la cabecera departamental del departamento de Guatemala y la capital del país. Tiene una extensión 228 km² aproximadamente. Cuenta con una ciudad, 7 aldeas y 20 caseríos.³⁶

La ciudad de Guatemala es la más grande de Centroamérica, privilegio que sostiene desde su fundación en 1976. Se encuentra situada en la Región uno o Región metropolitana. Ubicada en la latitud 14°38'29'' y longitud 90°30'47'' con una extensión de 228 km².

En la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala, realizada en el año 2009, se evidenció que la prevalencia de los trastornos de salud mental, fue de 27.8%, así mismo demostró que uno de cada cuatro guatemaltecos, entre los 18 y 65 años, ha padecido al menos de un trastorno mental en su vida. Además, se concluyó que el sexo femenino es el más afectado con trastornos de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad, los más frecuentes. Por último, se llegó a la conclusión de que solamente un 2.3% de la población guatemalteca, ha consultado alguna vez, por un trastorno de salud mental a un profesional de salud.⁹ El psiquiatra Enrique Mendoza, vicepresidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, ubica los trastornos de ansiedad como la segunda causa de morbilidad en salud mental en Guatemala, después de la depresión.⁴

2.5 Marco demográfico

Los trabajadores del Instituto de la Defensa Pública Penal, se dividen según el área en la que se desempeñan, existiendo diferentes áreas de trabajo, entre las cuales cabe mencionar, los defensores públicos de planta, los cuales son profesionales ya con un título universitario, como Abogado y Notario. Dividiéndose entre coordinadores y subcoordinadores, los cuales son encargados de las diferentes áreas dentro del IDPP, así como estar a cargo de la distribución de casos. Podemos encontrar también, del área administrativa, los cuales funge con la meta de planear, definir metas, establecer estrategias y desarrollar planes para coordinar actividades de cada uno de los defensores de planta.

Por otro lado, están los capacitadores, quienes están a cargo de los defensores públicos en formación y quienes están realizando una pasantía. Por último, los supervisores, los cuales tienen cuatro grandes funciones, proyectar, es decir programar o planificar el trabajo del día, dirigir, en la cual deben delegar autoridad y tomar decisiones, el desarrollo constante del personal y el control sobre las funciones de cada trabajador. Los defensores públicos penales en formación, son profesionales en capacitación para ejercer la abogacía.⁶

Los defensores públicos penales en pasantía, son estudiantes universitarios quienes ya culminaron el pensum de Abogado y Notario, los cuales inician su ejercicio profesional, como requisito previo a la obtención de la licenciatura. Con una carga laboral mayor, y trato exigente por cumplir con la demanda de casos establecida por la situación actual del país. Auxiliares técnicos del defensor público penal, cuya función es la elaboración de borradores y archivos de

documentos, así como clasificar, registrar y distribuir los documentos elaborados a cada uno de los defensores públicos.

Procuradores jurídicos, son encargados de dotar de agilidad a todo el procedimiento judicial dado que el procurador actuará frente a todas las decisiones y requerimientos que adopte el tribunal y a la vez garantizará que el procedimiento judicial cumple con las normas previstas, se cumple con la aplicación de las normas de enjuiciamiento y se desliga a los justiciables de todos los requerimientos, trámites y pasos que se llevan a cabo en un procedimiento judicial.

Trabajadores sociales, encargados de crear vínculos personales entre los defensores públicos penales y las personas que solicitan la ayuda. Este grupo de profesionales está comprendido en su totalidad por mujeres, las cuales con una licenciatura en trabajo social. Este grupo de profesionales pertenecen a una clase social media-baja y se encuentran entre las edades de 30 a 40 años.⁶

Siendo la mayoría de profesionales originarios y residentes de la capital, se pueden clasificar, en base al sueldo devengado mensualmente, en una clase media según puesto desempeñado, dándoles un estatus económico estable para cubrir las necesidades básicas.

2.6 Marco institucional

Instituto de la Defensa Pública Penal

El Instituto de la Defensa Pública Penal, tiene su origen en los acuerdos de paz firmados entre el gobierno y la unidad revolucionaria y nacional guatemalteca (URNG), para brindar asistencia jurídica en materia penal principalmente a personas de escasos recursos. Fue creado por medio de la ley del servicio público de defensa penal, decreto 129-97 del congreso de la República, emitido el 5 de diciembre de 1997. La Ley de Servicio Público de la Defensa Penal (LSPDP) entró en vigencia el 13 de Julio de 1998, fecha en la que la Oficina de Defensoría Pública dejó de depender de Organismo Judicial. Actualmente ubicado sobre la 7ma. avenida 10-35 de la zona 1, en la ciudad de Guatemala.³⁷

Una de las principales características, o la principal de ellas, es que es una institución autónoma e independiente del Estado de Guatemala, para el cumplimiento de sus funciones. Aunque su financiamiento es a través de la asignación anual que hace el Congreso de la República, dentro del presupuesto de ingresos y egresos de la nación.

La defensa pública fue creada con el fin de asistir a aquellas personas que no estaban en condiciones de contratar a un profesional particular, pero antes no había forma de comprobar quienes podían y quienes no, por lo que al principio la asesoría se brindaba en forma gratuita a cualquier persona. Actualmente las trabajadoras sociales del instituto realizan un estudio socioeconómico para determinar la capacidad de quien requiera los servicios legales.³⁸

Base legal

El accionar del IDPP se sustenta en el Artículo 8 de la Constitución Política, el cual hace referencia al derecho del detenido de poseer un defensor, para que participe en las diligencias policiales y judiciales. También en el Artículo 12, que establece el derecho y el proceso legal, así como el Artículo 14, que hace referencia a la presunción de inocencia y publicidad del proceso.³⁷ La institución basa su actividad, además, en los pactos y tratados internacionales suscritos al país, entre ellos, el Tratado Interamericano de Derechos Humanos.

Funciones

Entre las principales de sus funciones está llevar gratuitamente la representación legal de personas de escasos recursos, que se encuentren sometidas a proceso legal y asistir a quien solicite asesoría jurídica, cuando considere estar sindicada en un procedimiento legal.³⁷ Su misión es ser una entidad pública autónoma y gratuita que ejerce una función técnica de carácter social, con el propósito de garantizar el derecho de defensa asegurando la plena aplicación de las garantías del debido proceso, a través de una intervención en todas sus etapas. Además de tener como visión ser una entidad de alta calidad técnico-legal con presencia, protagonismo y liderazgo en el sistema de justicia y en el medio social, con una estructura organizacional funcional jurídica, priorizando a las de escasos recursos.³⁷

Cobertura

Actualmente el IDPP tiene una cobertura en los 22 departamentos del país, y en 14 municipios en donde el Organismo Judicial tiene juzgados de Primera Instancia Penal. En diciembre del 2014 se registraron 26 coordinaciones de Defensoría a nivel nacional, que atendieron a 84 mil 576 expedientes entre casos y asesorías. De estos un 41% correspondieron a casos penales ingresados en dicho año.

Durante el año 2014 los delitos más recurrentes que tuvieron atención por parte del IDPP fueron: Violencia física contra la mujer, robo agravado, negación de asistencia económica, portación ilegal de arma de fuego, extorsión, posesión para el consumo, robo, encubrimiento propio, asociación ilícita, asesinato entre otros.³⁷

Organización

El IDPP está conformado por: Defensores públicos, dirección general, personal auxiliar y administrativo y personal técnico. Consta con un consejo que se encarga de presentar candidatos para el cargo de director general ante el Congreso de la República, cuyas funciones son aprobar reglamentos, resolver apelaciones de expedientes disciplinarios y dictar las políticas generales de administración del instituto.

El consejo está integrado por un presidente de la Corte Suprema de Justicia, el procurador de los Derechos Humanos, representante del colegio de abogados y notarios, representante de las facultades de derecho y representante de los defensores de planta electo por la asamblea de defensores.³⁷ El director general es elegido por una terna que propone el consejo y, es enviada al Congreso de la República cargo que ocupará por un periodo de cinco años.⁷

2.7 Marco legal

En la Constitución Política de Guatemala, en su artículo 171 literal a, decreta el Código de Salud. En su Libro 1, Disposiciones Generales, título único, capítulo uno, Principios Fundamentales, Artículo 1 al 4, vela porque todos los habitantes de la República tengan derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna, siendo la salud producto de la interacción entre el nivel del desarrollo del

país, las condiciones de vida de la población, y su participación social, siendo obligación del estado, procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.³⁹

En el capítulo dos, sector salud, Artículo 9, literal d, indica que “las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos, promoverán en forma coordinada con los organismos del estado e instituciones del sector, la investigación en materia de salud, la formación y capacitación de recursos humanos, en los niveles profesionales y técnicos”.³⁹

En el Libro II de las Acciones de Salud, título uno, de las acciones de promoción y prevención, Capítulo II, de los Estilos de vida Saludables, en su Artículo 40 y 44 así como en el Capítulo IV de las Acciones de Rehabilitación de la Salud, Artículo 189 y 190, determinan que a través del Ministerio de Salud y de las otras Instituciones del sector, velarán por la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mental, así como desarrollar acciones para conseguir ambientes saludables y seguros en el trabajo para la prevención de enfermedades ocupacionales.³⁹

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar a los profesionales que padecen de un trastorno de ansiedad generalizada que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala, durante marzo y abril del año 2017.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Describir:

- Las características epidemiológicas
 - Edad
 - Sexo
- Las características laborales
 - Posición laboral
- Las características clínicas
 - Ansiedad mayor
 - Ansiedad menor

3.2.2 Determinar la posición laboral con la mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada.

3.2.3 Indicar el sexo que presenta mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada.

3.2.4 Establecer qué rango de edad es el que presenta mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada.

3.2.5 Asociar la relación entre sexo, edad y posición laboral con la presencia del trastorno de ansiedad generalizada.

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis estadística

El TAG presenta mayor prevalencia en sexo femenino, entre las edades de 20 a 39 años y entre los defensores públicos de planta.

4.1.1 Planteamiento de hipótesis

4.1.1.1 Hipótesis de Nulidad (H_0)

No existe relación entre la presencia de TAG y el sexo del profesional.

4.1.1.2 Hipótesis Alternativa (H_a)

Si existe relación entre la presencia de TAG y el sexo del profesional.

4.1.1.3 Hipótesis de Nulidad (H_0)

No existe relación entre la presencia de TAG y la edad del profesional.

4.1.1.4 Hipótesis Alternativa (H_a)

Si existe relación entre la presencia de TAG y la edad del profesional.

4.1.1.5 Hipótesis de Nulidad (H_0)

No existe relación entre la presencia de TAG y el cargo laboral del personal.

4.1.1.6 Hipótesis Alternativa (H_a)

Si existe relación entre la presencia de TAG y el cargo laboral del personal.

5. POBLACIÓN Y MÉTODOS

5.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptivo transversal.

5.2 Unidad de análisis y de información

5.2.1 Unidad de análisis

Datos registrados con el instrumento test de ansiedad Hamilton.

5.2.2 Unidad de información

Profesionales que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal entre las edades de 20 a 65 años.

5.3 Población y muestra

5.3.1 Población o universo

Población diana: Trabajadores que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal entre las edades de 20 a 65 años.

Población de estudio: Profesionales que cumplan los criterios de selección (inclusión y exclusión).

Muestra: 478 profesionales, establecido por el cálculo de la muestra.

5.3.2 Muestra

Profesionales entre 20 a 65 años del Instituto de la Defensa Pública Penal sometidos al test de ansiedad de Hamilton.

5.3.2.1 Marco muestral

Unidad primaria de muestreo: Instituto de Defensa Público Penal.

Unidad secundaria de muestreo: Profesionales del Instituto de la Defensa Pública Penal, los cuales se dividen en sus respectivos puestos laborales que se describen a continuación:

Tabla 5.1
Puesto laboral de profesionales
IDPP febrero de 2017

Puesto laboral	DPP	DPF	DPp	PJ	AT	Total
Departamento						
Guatemala	67	31	53	120	30	302
Sacatepéquez	3	0	4	5	0	12
Chimaltenango	3	1	0	1	0	8
El Progreso	1	1	0	2	0	4
Jutiapa	3	2	2	8	0	15
Jalapa	1	0	2	4	0	7
Zacapa	1	1	1	4	0	7
Izabal	1	2	2	3	0	9
Chiquimula	3	3	3	9	0	18
San Marcos	4	1	0	7	0	12
Petén	4	1	4	8	0	17
Huehuetenango	3	4	1	8	0	16
Quiché	2	3	3	6	0	13
Quetzaltenango	6	3	10	13	4	36
Escuintla	5	4	5	11	0	25
Retalhuleu	3	0	1	3	0	7
Suchitepéquez	2	2	0	4	0	8
Santa Rosa	3	0	0	4	0	7
Sololá	3	1	0	3	0	7
Totonicapán	1	1	0	2	0	4
Alta Verapaz	6	3	1	9	0	19
Baja Verapaz	1	2	2	4	0	9
Total	126	66	94	243	34	563

DPP: defensor público de planta DPF: defensor público en formación DPp: defensor público en pasantía

PJ: procurador jurídico AT: apoyo técnico

Fuente: Datos obtenidos del Instituto de Defensa Público Penal (IDPP)

5.3.2.2 Tipo y técnicas de muestreo

El muestreo utilizado para la presente investigación fue un muestreo estratificado con variables categóricas. La muestra de la investigación se obtuvo a través de la fórmula estadística para la población finita, utilizando un margen de error de 0.05%. La probabilidad de ocurrencia de un trastorno psiquiátrico según Kissane et al, es de un 45%, y según la OMS para el TAG, la prevalencia en el Caribe y Latinoamérica es del 5%, por lo tanto, se utilizaron los valores anteriores para el cálculo de la muestra. La muestra se calculó de la siguiente manera.

40, 41

MUESTRA SIN AJUSTAR

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2(N - 1) + z^2 * p * q}$$

Donde

N= Tamaño de la población

Z= Nivel de confianza

d= Precisión

p= Probabilidad de éxito

q= Probabilidad de fracaso (1-p)

Valores:

N=600

Z=1.96

d=0.01

p=0.05

q=0.95

Por lo tanto, sustituyendo valores:

$$n = \frac{563 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}{(0.01)^2(600 - 1) + (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}$$
$$n = 430$$

MUESTRA CON AJUSTE

$$na = n \frac{1}{1 - R}$$

Donde:

n = Muestra sin ajustar

R = Porcentaje estimado de rechazo

Valores:

n = 430

R = 0.10

Por lo tanto, sustituyendo valores:

$$na = 430 \frac{1}{1 - 0.10}$$
$$na = 478$$

Con la muestra ajustada establecida, y en base a la muestra estratificada, se utilizó una muestra probabilística simple para la escogencia de sujetos que participarían en el estudio, quedando de esta manera⁴⁰:

En donde la muestra es 478, utilizando muestreo estratificado.

$$ni = n * \frac{Ni}{N}$$

Siendo,

ni = Muestra estratificada

n = Muestra ajustada

Ni = Número de elementos del estrato

N = Número de elementos de la población

Por lo tanto, el porcentaje de puestos laborales por área de los profesionales del IDPP fue el siguiente:

Tabla 5.2
Porcentaje de puestos laborales por área, para la selección de la muestra estratificada
IDPP febrero de 2017

PROFESIÓN	POBLACIÓN	% POR ÁREA	MUESTRA
DPP	126	0.22	107
DPF	66	0.12	56
DPp	94	0.17	80
PJ	243	0.43	206
AT	34	0.06	29
TOTAL	563	1	478

DPP: Defensores públicos de planta, DPF: Defensores públicos en formación, DPp: Defensores públicos en pasantía, PJ: Procurador jurídico AT: Apoyo técnico

5.4 Selección de los sujetos de estudio

5.4.1 Criterios de inclusión:

- Profesionales entre 20 a 65 años de edad.
- Trabajadores que no hayan sido diagnosticados por un médico psiquiatra por algún trastorno previo.
- Haber laborado en la entidad a estudio por más de 6 meses.
- Participación voluntaria en el estudio.

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Trabajadores con diagnóstico de depresión.
- Trabajadores con antecedente de alguna muerte de familiar de primer grado en menos de un año.
- Personal con historia de un proceso jurídico penal en su contra abierto.
- Trabajador con nacionalidad extranjera.

5.5 Definición y operacionalización de variables

5.5.1 Variables

Tabla 5.3
Definición de variables

Macro-Variable	Micro-variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación / unidad de medida
	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno neurótico que se caracteriza por temores prolongados, vagos e intensos que no se relacionan con algún objeto o circunstancia en particular.	Puntuación en base a las respuestas obtenidas en el test de Hamilton, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo en los ítems del 1 al 14, obteniendo una puntuación de 0 a 56 como leve a muy grave respectivamente.	Categórica dicotómica	Nominal	Si: puntaje igual o mayor a 5 en el test de ansiedad de Hamilton No: puntaje menor a 5 en el test de ansiedad de Hamilton
Características Clínicas	Ansiedad mayor	Trastorno de ansiedad clínicamente significativa.	Datos registrados en el test de ansiedad de Hamilton.	Categórica	Nominal	Puntaje de 15 a 56 en el test de ansiedad de Hamilton
	Ansiedad menor	Episodios de ansiedad menor que no tienen repercusiones sobre la vida diaria del individuo.	Datos registrados en el test de ansiedad de Hamilton.	Categórica	Nominal	Puntaje de 5 a 14 en el test de ansiedad de Hamilton

Características Epidemiológicas	Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Datos de edad registrados en años.	Numérica discreta	Razón	Años
	Sexo	Diferencia de la condición fisiológica entre hombre y mujer.	Datos de sexo registrados en masculino y femenino.	Categórica dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
Características Laborales	Posición laboral	Función e importancia que desempeña dentro de la institución.	Datos de la posición laboral en la que desempeña su función.	Categórica politómica	Nominal	Defensores públicos de planta Defensores públicos en formación Defensores públicos en pasantía Auxiliares técnicos del defensor público Apoyo técnico.

5.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

5.6.1 Técnica

Para la recolección de información de la presente investigación se utilizó la técnica de entrevista, en base a un test estandarizado, la cual fue aplicada de forma individual por los investigadores en los trabajadores de 20 a 65 años en el Instituto de la Defensa Pública Penal, previa aceptación del consentimiento informado. La información fue recolectada durante el período comprendido entre mayo y junio del 2017, en las sedes del Instituto de la Defensa Pública Penal que se encuentran distribuidas en los 22 departamentos de Guatemala, en horario de 08:00 horas a 15:00 horas.

.

4.6.2 Procedimiento

Paso 1: Los investigadores se reunieron con las autoridades del Instituto de la Defensa Pública Penal, para presentar el protocolo de investigación y solicitar la respectiva autorización para realizar el trabajo de campo en el área.

Paso 2: Contando con la autorización del Instituto de la Defensa Pública Penal; cada investigador se presentó ante los coordinadores de cada sede del instituto a su cargo para informarles y presentarles el protocolo de investigación, después de lo cual se solicitó la participación de los profesionales en dicho estudio

Paso 3: Se informó a recursos humanos, quienes informaron a los coordinadores de las respectivas sedes del instituto sobre la fecha en que se iniciaría el trabajo de campo, para obtener el tiempo estipulado para su realización.

Paso 4: Se seleccionó el área laboral de la sede se va a iniciar el estudio. Luego se reunieron a los sujetos seleccionados en el área asignada por el coordinador.

Paso 5: Se les dio una charla a los sujetos de estudio previo a la entrevista, para explicarles en qué consistía la investigación, cómo se realizaría la entrevista y el papel que juegan ellos durante el proceso de investigación.

Paso 6: A los sujetos seleccionados se les brindó el consentimiento informado para que sea aprobado. El consentimiento contenía el número telefónico del investigador de dicha área para resolver cualquier duda relacionada al mismo. Ya contando con el consentimiento informado de los sujetos de estudio se procedió a entrevistar a los sujetos de estudio para llenar el test de ansiedad de Hamilton.

Paso 7: Cuando todos los sujetos de estudio finalizaron las respuestas de la entrevista, se agradeció la colaboración dada para la recolección de datos para esta investigación.

5.6.3 Instrumento

Para la obtención de información sobre el trastorno de ansiedad generalizada en profesionales del Instituto de la Defensa Pública Penal, se usó una entrevista. Dicho test fue revisado por la asesora y revisora de la investigación, y es recomendado por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación a la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.³⁴

Fue creada en el año 1959 por Max Hamilton, utilizando maneras sencillas para diseñar la escala de ansiedad. La primera escala comenzó utilizando 12 grupos de síntomas, que vinieron a ser trece variables de escala. Esta utilizaba una escala a cinco puntos para establecer el rango de los síntomas.⁸

La escala está diseñada para ser utilizada en niños, adolescentes y adultos, sin importar el sexo y debería tomar alrededor de 10 a 15 minutos al evaluador. Actualmente consiste en una lista 14 incisos cada uno con un número de síntomas y cada grupo de síntomas con un valor entre cero a cuatro puntos, siendo cuatro el más severo. Todos estos valores son utilizados para dar un resultado el cual indica la severidad de ansiedad de la persona evaluada.⁸

Durante la prueba el examinador explicó al participante en que se fundamenta cada criterio a evaluar. Cada uno con un valor independiente en una escala de cero a cuatro en donde cero corresponde que el síntoma no está presente en el paciente, el uno indica que el síntoma tiene una prevalencia leve, el dos indica una prevalencia moderada del síntoma en el participante, un tres en la escala indica que el síntoma tiene una prevalencia severa y por último el cuatro indica una prevalencia severa alta. Luego de la evaluación el examinador, a través de

los 14 incisos, procedió a sumar cada uno de ellos. Teniendo como base que el rango de valores se mantendrá entre 0 a 56 puntos el examinador debía interpretar este valor.

Actualmente existe una escala de Hamilton la cual fue modificada por Carroble y colaboradores realizada en 1986 la cual consiste en una adaptación al castellano evaluando la intensidad de la ansiedad, es una escala heteroaplicada y dependiendo del tipo de síntoma se medirá de menor a mayor gravedad, duración o disfunción. Esta escala agrupa la ansiedad dependiendo del valor obtenido entre 0 y 56 puntos de la siguiente manera: un valor entre 0 y 5 puntos se interpretó como no ansiedad, de 6 a 14 puntos como ansiedad menor y mayor a 15 puntos se interpretó como ansiedad mayor.⁸

Tabla 5.4
Puntuación de la intensidad de los síntomas por ítem

Puntuación	Intensidad
0	Ausente
1	Leve
2	Moderado
3	Grave
4	Muy grave/ Incapacitante

Con un puntaje máximo de 56 puntos, esta escala se valora de la siguiente manera:

- De 0 a 5 puntos no hay ansiedad,
- De 6 a 14 puntos se considera ansiedad menor,
- Mayor de 15 puntos se considera ansiedad mayor o clínicamente significativa.

5.7 Procesamiento y análisis de datos

5.7.1 Procesamiento de datos

Los test fueron numerados con un correlativo del 1 al 478, los cuales luego de ser completados, se revisaron y se realizó la suma correspondiente para determinar si existía la

presencia o ausencia del TAG. Posteriormente se ingresaron los datos en tablas de Microsoft Excel 2007 para la tabulación por correlativo de los mismos, correspondiente a las variables del TAG, condición epidemiológica, clínica y posición laboral.

Luego de ingresar los datos en una base informática, a partir de cuadros generales para las variables y cuadros exclusivos por variable se hizo un conteo general en cuanto a las personas que presentaron ansiedad y dentro de esta categoría se subdividieron en quienes presentaron ansiedad menor, ansiedad mayor y quienes no la presentaban, y luego correlacionaron estos hallazgos con el puesto laboral, edad y sexo a través PSPP versión gratuita de SPSS.

Después de realizar las tablas correspondientes de ansiedad con puesto laboral, ansiedad con edad y ansiedad con sexo se procedió a graficar en Microsoft Excel 2007 para su correspondiente descripción y presentación de datos.

Un ejemplo, es un sujeto de estudio de 25 años de sexo femenino que labora como defensor público penal en pasantía donde la sumatoria total de la escala de Hamilton sea de 8 puntos, que se define como un rango de ansiedad menor.

4.7.2 Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos de los test y debidamente tabulados, al ser un análisis de naturaleza univariado y bivariado, se procedió a tratar la información obtenida de la siguiente manera;

Para el objetivo general, la variable TAG se procesó por medio de porcentajes para identificar la cantidad de profesionales dentro de la muestra que presentaron este trastorno.

Para el objetivo específico número uno la información estadística, se procesó de la siguiente manera:

Al procesar la macro variable clínica, por su condición categórica nominal, se procesó con porcentaje con respecto al TAG y la proporción entre ambas micro variables.

De la macro variable epidemiológica, se procesó estadísticamente la edad por frecuencias para obtener datos de rangos de edad para realizar una media para la edad y realizar la desviación estándar. Luego se trató la variable sexo, la cual al ser categórica se representó por medio de proporción para saber la relación entre ambos sexos y a través de porcentajes para la muestra.

La macro variable posición laboral, por la condición categórica nominal se procesó al igual que la macro variable clínica, por medio de porcentajes y proporciones.

A partir de los datos obtenidos, se procederá a determinar para el objetivo específico número dos, cuál es el cargo laboral con la mayor prevalencia del trastorno, obteniendo esto a través del porcentaje de cada puesto laboral con resultado positivo para TAG.

Para el objetivo específico número tres, se estableció cual fue el sexo con mayor prevalencia de TAG, a partir de los datos generados de la micro variable sexo y la variable TAG. De la variable TAG se obtuvieron los resultados positivos y se realizó la frecuencia de estos para cada categoría de sexo, obteniendo los porcentajes dentro de esta variable.

En el objetivo específico número cuatro, se estableció cual fue el rango de edad que presenta mayor incidencia de TAG, a través de los resultados positivos para TAG cotejándolos con los rangos de edad previamente descritos. De esta manera se obtuvo los porcentajes dentro de la categoría de rangos de edad.

Luego de analizar los datos obtenidos en cada variable se procedió a realizar la prueba de chi cuadrado de Pearson, ya que fue una muestra con más de 50 datos para un análisis bivariado con cruce de variables, para establecer la asociación entre sexo y edad con TAG, utilizando un grado de libertad $(r-1)$ $(c-1)$, ya que son tablas de 2×2 ; de esta manera demostrar si existía asociación, al obtener un valor p menor al 5% ($p < 0.05$), y calcular OR cuando se obtenga un valor significativo para éstas variables.

La posición laboral cuenta con cinco categorías y se trató de demostrar la asociación a través de la prueba de chi cuadrado para una tabla de 5×2 (cuatro grados de libertad).

5.8 Alcances y límites de la investigación

5.8.1 Obstáculos

Se consideró que, debido todos los datos obtenidos acerca de la demografía de la población, así como el ambiente en el que se desarrollan los trabajadores, envuelto en problemas de corrupción, violencia, el principal obstáculo que se presentó para el desarrollo normal de la investigación, fue la no colaboración de los sujetos de estudio. Esto debido a los problemas mencionados anteriormente, se cree que podría haber cierto temor a responder cualquier tipo de pregunta, incluso un test de ansiedad. Por lo que se dio un amplio plan educacional a los entrevistados, explicándoles los motivos del presente test, así como se les explicó que ambas partes firmaron un acuerdo de confidencialidad, con el cual se comprometieron a que los datos únicamente servirán como parte del trabajo de investigación. Con respecto al nivel académico de los entrevistados, no se piensa que sea un obstáculo, debido a que se trató, únicamente con profesionales en abogacía.

En nuestro país, existen otro tipo de obstáculos, debido a situación de inseguridad que se vive actualmente, por la violencia que reina en la sociedad. Esto puede influir porque se debían visitar varias sedes del Instituto de Defensa Pública Penal, estas situadas en zonas medianamente peligrosas del país. Así como las constantes manifestaciones que se dan, principalmente en áreas de la zona 1 de la Ciudad capital de Guatemala, lugar en donde se encuentra la sede principal del IDPP.

5.8.2 Alcances

Esta investigación abarcó únicamente la presencia del trastorno de ansiedad generalizada en los profesionales del Instituto de la Defensa Pública Penal, únicamente fue descriptiva, transversal. No abarcó tratamiento del mismo, debido a que es un trabajo de investigación de la carrera de Médico y Cirujano, por lo cual no se tiene la capacidad de brindar tratamiento psiquiátrico a los profesionales que sean diagnosticados con TAG. Por lo cual se centró en identificar a los profesionales con este trastorno, reconocer los factores de riesgo que lo predispusieron y las características sociodemográficas, principalmente.

Dicho estudio se realizó únicamente en profesionales que trabajan en el IDPP, así como

en estudiantes de la carrera de Abogado y Notario, únicamente a espera de realizar prácticas para obtener dicho título profesional. No se tomó en cuenta otro tipo de nivel académico u otros tipos de trabajadores de dicha institución.

El estudio se realizó en las distintas sedes del IDPP, con las cuales se cumple la muestra de estudio, durante mayo y junio del presente año.

5.9 Aspectos éticos de la investigación

5.9.1 Principios éticos generales

La siguiente investigación estuvo basada en los principios éticos del respeto, en consideración de la autonomía y de la justicia ya que cada trabajador que fue incluido en el estudio, al momento de firmar el consentimiento informado aceptaba la participación en el mismo. Además, fueron tratadas dentro de lo moralmente correcto y apropiado, guiándose en sus derechos y vulnerabilidad, excluyendo a aquellos sujetos que no deseaban participar y que presentaban algún trastorno mental previamente diagnosticado.

Con los resultados de la investigación se busca el bienestar de la población. Logrando así una intervención adecuada para el mejoramiento de la salud de los profesionales con resultados de un ambiente laboral saludable y eficaz. Se abstuvo intencionalmente de realizar acciones que pudieran causar perjuicio o daño a los participantes, al igual que se respetó su privacidad en el momento de llenar el test, ya que no se reveló las respuestas que fueron dadas por cada participante. Toda la información fue manejada con confidencialidad, al no divulgar los resultados con todos los participantes de la investigación, sino de manera exclusiva con el individuo, ya que cuentan con beneficio de seguro social. A partir de estos resultados se elaboró un informe que se presentó a la directora que incluyeron las siguientes recomendaciones:

- ☐ Mejorar el ambiente laboral a través de la implementación de diferentes actividades de recreación una vez al mes.
- ☐ Realizar charlas y talleres motivacionales una vez al mes.
- ☐ Implementar alimentación saludable dentro del espacio laboral.

- ☐ Visitas periódicas de recursos humanos para motivación laboral y consejería para la expresión del trabajador.
- ☐ Convenios con universidades para la realización de prácticas de fisioterapia y quiropráctica dentro del ambiente laboral.
- ☐ Flexibilidad de horarios.
- ☐ Crear un espacio laboral para relajación durante la jornada laboral.

5.9.2 Categoría de riesgo

Categoría I, ya que se utilizaron únicamente técnicas observacionales, el test de Hamilton no intervino en la vida o actividad diaria del sujeto a estudio, de este modo se respetó la intimidad de la persona.

6. RESULTADOS

Los sujetos a estudio corresponden a profesionales que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal, distribuidos en las sedes de los departamentos de la República de Guatemala, cuyas características sociodemográficas incluyeron edad en un rango entre 20 y 65 años; sexo masculino o femenino y cuya posición laboral estuviera dentro de las cinco categorías descritas, quienes referían tener al menos 6 meses de laborar en dicha institución y que no tuvieran un diagnóstico previo de algún trastorno mental.

A continuación, se presentan los resultados del estudio, en el orden previamente establecido. Primero se describen las características generales de la población a estudio en la tabla 6.1. Luego se presentan los datos según la posición laboral, sexo y la edad de los profesionales. Por último, se muestra la asociación entre la presencia del trastorno de ansiedad generalizada y sexo, edad y posición.

Tabla 6.1

Características generales de los profesionales que laboran en el Instituto de la Defensa Pública,
mayo y junio 2017

<i>n=424</i>		
Características epidemiológicas	f	%
Sexo		
Masculino	211	49.8
Femenino	213	50.2
Edad		
20 a 39 años	241	56.8
40 años o más	183	43.2
Media: 37 años, Desviación estándar: 11.34		
Características laborales	f	%
Posición laboral		
Defensor público de planta	118	27.8
Defensor público en pasantía	47	11.1
Defensor público en formación	26	6.1
Procurador jurídico	165	38.9
Apoyo técnico	68	16

Tabla 6.2

Características clínicas de los profesionales que laboran en el Instituto de la Defensa Pública,
mayo y junio 2017

n=424

Características clínicas	f	%
Trastorno de ansiedad generalizada		
Ansiedad mayor	123	29
Ansiedad menor	179	42.2
Total de trastorno de ansiedad	302	71.2

Tabla 6.3

Presencia de trastorno de ansiedad generalizada por posición laboral

Posición laboral	Trastorno de ansiedad generalizada	
	f	%
Defensor público de planta	75	17.6
Defensor público en pasantía	35	8.2
Defensor público en formación	18	4.2
Procurador jurídico	127	30
Apoyo técnico	47	11
Total	302	71.2

Tabla 6.4

Presencia de trastorno de ansiedad generalizada por sexo

Sexo	Trastorno de ansiedad generalizada	
	f	%
Masculino	151	35.6
Femenino	151	35.6
Total	302	71.2

Tabla 6.5

Presencia de trastorno de ansiedad generalizada y rango de edad

Rango de edad	Trastorno de ansiedad generalizada	
	f	%
20 - 39	177	41.7
40 o mayor	125	29.5
Total	302	71.2

Tabla 6.6

Asociación de trastorno de ansiedad generalizada con rango de edad, sexo y posición laboral

Presencia de trastorno de ansiedad asociado a:	Chi²	OR	Intervalo de confianza	Valor p	Significativo
Edad	1.340	1.28	0.84 – 1.96	0.247	No
Sexo	0.023	1.03	0.67 – 1.57	0.879	No
Posición laboral	6.750	No aplica	No aplica	0.150	Si

Interpretación:

En relación a la edad de los profesionales, se demostró que no existe asociación estadísticamente significativa para presentar TAG. Así mismo, se determinó que no hay riesgo de desarrollo del trastorno en ambos rangos de edad. No existe asociación en cuanto al sexo de los profesionales con la prevalencia de TAG, o el desarrollo del mismo.

Sin embargo, se halló que existe asociación entre la posición laboral y la presencia de TAG en los profesionales del IDPP, aunque por la característica de la variable no se pudo determinar la fuerza de asociación, además no existe significancia estadística.

7. DISCUSIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada constituye una de las enfermedades más comunes en la atención primaria, sin embargo, muchas veces pasada por alto, repercutiendo en la salud mental del individuo, pudiéndose manifestar con síntomas somáticos y de no ser tratada tener consecuencias en la vida de las personas que lo padecen.

El presente estudio se enfocó en identificar a los profesionales que padecen de un trastorno de ansiedad generalizada en el Instituto de la Defensa Pública Penal. Se realizaron entrevistas con el test de Hamilton a un total de 424 profesionales, de los cuales se estudiaron sus características clínicas, características epidemiológicas y características laborales; con lo cual se estableció la frecuencia de cada una de ellas respecto al total de la muestra y se determinó si existía relación entre cada una de estas variables.

Con respecto a las características epidemiológicas, la distribución según el sexo de los profesionales entrevistados, se encontraron datos similares para ambos sexos, obteniendo una razón 1:1, la cual es un reflejo de la Caracterización Estadística de Guatemala realizada por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, donde establecía que para el año 2011 existían 96 hombres por cada 100 mujeres.⁴³ Otra característica clínica fue la edad y en relación a ésta en los profesionales, la edad media de los profesionales fue de 37 años, lo cual es un hallazgo que no está acorde a los resultados reportados por la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos ENEI 3-2016, presentada por el Ministerio de Economía en marzo del presente año donde se estimaba que la Población Económicamente Activa (PEA) de Guatemala estaba dentro de un rango de edades entre los 15 y los 29 años.⁴⁴ Esto se debe a que dentro del Instituto de la Defensa Pública Penal la mayoría de los profesionales deben de tener un grado de estudios universitarios para laborar en dicho lugar, por lo que sus edades están por arriba de los 20 años.

En las características laborales se identificó que la más frecuente entre los entrevistados correspondió a la posición laboral de procurador jurídico con un 38.9%, esto se puede deberse a que, dentro del Instituto de la Defensa Pública Penal, los procuradores jurídicos tienen funciones de asistentes de defensor público, además de esto, algunos de los defensores públicos tienen a su cargo 2 o más procuradores jurídicos debido a la alta carga laboral que tiene la institución.

Al describirse las características de los profesionales entrevistados, se pudo determinar que en las características clínicas la ansiedad menor fue la de mayor prevalencia, le sigue la de ansiedad mayor y por último la no ansiedad; dándose una prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en la que aproximadamente siete de cada diez profesionales sufren de este trastorno. Estos datos evidencian un hallazgo distinto a los encontrados en la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala, realizada en el año 2009, por Víctor Puac et al, donde se evidenció que la prevalencia de los trastornos de salud mental en Guatemala era aproximadamente un tercio de la población con un 27.8%, y donde se estimó que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada era de 3.2%, entre todos los trastornos mentales.⁵

En cuanto a los datos obtenidos en el presente estudio, se encontró que la distribución por sexo de los profesionales que padecen del trastorno de ansiedad fue similar, con 151 sujetos respectivamente. Contrario a lo que indica la Asociación Americana de Psiquiatría donde la mayor prevalencia de trastorno de ansiedad fue en el sexo femenino,²² el estudio de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe (población femenina con 5.5% contra 3.4% en varones)¹¹ y la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala donde se identificó que el sexo femenino de la población entrevistada era el más afectado con 62.1%,⁵ no existe una diferencia estadística entre ambos sexos. Aunque la población total femenina supera en pequeña medida a la población masculina; el sexo masculino tuvo una cantidad ligeramente mayor, encontrando una relación 1:1. Esto puede deberse a que, en el estudio, la participación por sexo fue equitativa, a diferencia de los otros estudios mencionados donde la participación femenina fue mayor a la masculina. En base los resultados obtenidos, el sexo no condiciona a los profesionales a padecer un trastorno de ansiedad generalizada.

Se determinó que la presencia del trastorno de ansiedad para ambos grupos de edad fue similar, debido a que se encontró 73% para las edades comprendidas de 20 a 39 años y 68% entre las edades de 40 a 65 años, demostrando que aproximadamente siete de cada diez personas padecen de este trastorno en ambos rangos de edad. A pesar de estos resultados se encontró que la probabilidad de presentar el trastorno entre los profesionales en la edad de 20 a 39 años es ligeramente mayor que la de los profesionales mayores de 40 años, y además se identificó que no existe relación entre la presencia de TAG con la edad de los profesionales. A diferencia del Estudio de Trastornos mentales de América Latina y El Caribe¹¹, donde indican que los trastornos de ansiedad son más comunes en personas de la tercera edad. Esto podría corresponder a que dentro del Instituto de la Defensa Publica Penal, la mayor cantidad de

profesionales son procuradores, y estos a su vez, son profesionales jóvenes que no superan los 40 años.

Se evidenció que la posición laboral con mayor puntaje del test fue el de procurador jurídico. El segundo lugar con el mayor puntaje encontrado fue la posición de defensor público en pasantía; el tercer y cuarto lugar, para apoyo técnico y defensor público en formación y, por último, los defensores públicos de planta. Dentro de los profesionales en los que se encontró el puntaje más alto, los procuradores jurídicos representan el cuatro de cada diez de todos los casos encontrados de ansiedad. Estos datos son similares a los encontrados en la tesis de postgrado para medicina evaluadora llamada: “Trastornos de ansiedad-depresión en el entorno de la contingencia común” que sugería que la mayor incidencia de TAG se presentaba entre los trabajadores de atención al público.²³ Lo cual cumple con el perfil de un procurador jurídico debido a que se observó durante la realización de las entrevistas, que quienes tenían mayor contacto con los usuarios (sindicados o familiares) y la mayor carga laboral, eran los procuradores jurídicos. Además de ello, los procuradores jurídicos cuentan con carga estudiantil debido a que están proceso de formación de abogacía. En cuanto la posición laboral, existe asociación entre la presencia de TAG y la posición laboral ocupada por los profesionales. Aunque no se demostró que exista un riesgo de padecer TAG, según la posición laboral.

8. CONCLUSIONES

- 8.1 En el Instituto de Defensa Público Penal de Guatemala, se identifica que 7 de cada 10 profesionales padecen de trastorno de ansiedad generalizada.
- 8.2 La edad media de los participantes es de 37 años, prevaleciendo mayor participación en el rango de edad de 20 a 39 años. La distribución de ambos sexos en este estudio es equitativa. De estos profesionales 4 de cada 10 pertenecen al grupo de procuradores jurídicos.
- 8.3 Se establece que 4 de cada 10 profesionales padecen de ansiedad menor y 3 de cada 10 profesionales ansiedad mayor.
- 8.4 Para ambos sexos la presencia del trastorno de ansiedad generalizada fue similar; el rango de edad con mayor prevalencia de este trastorno es de 20 a 39 años. Se evidencia que 4 de cada 10 profesionales que padecen de ansiedad corresponden al cargo laboral de procurador jurídico.
- .
- 8.5 No existe asociación estadísticamente significativa entre sexo, edad y presencia de trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, sí existe asociación entre la posición laboral y el trastorno de ansiedad generalizada.

9. RECOMENDACIONES

9.1 Al Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala

- 9.1.1 Promover actividades (recreativas o deportivas), anuales o semestrales para crear un ambiente laboral más agradable y con entusiasmo entre compañeros.
- 9.1.2 Evaluaciones constantes correspondidas a la salud en general, para identificar si la presencia de ansiedad está afectando a la misma.

9.2 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 9.2.1 Organizar convenios entre la facultad y el Instituto de la Defensa Pública Penal para que promuevan la realización de talleres dinámicos de intervención y prevención sobre trastornos de salud mental dirigidos al manejo de ansiedad dada su alta prevalencia.
- 9.2.2 Continuar fomentando la investigación científica sobre los trastornos mentales, en especial el trastorno de ansiedad generalizada en instituciones de ámbito jurídico.

10. APORTES

- 10.1 Se identificó a los profesionales que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala que padecen de un trastorno de ansiedad generalizada. De esta manera se les dio un amplio plan educacional para poder identificar los síntomas y signos que conlleva este trastorno.
- 10.2 Se amplió la información actual sobre la investigación de trastornos mentales en Guatemala, principalmente sobre el trastorno de ansiedad generalizada en instituciones del Estado.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [en línea]. Ginebra: OMS; c2013 [citado 16 Ene 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
2. Toro G RJ, Yepes R LE, Palacio A CA. Trastorno de ansiedad generalizada. En: Toro G Ricardo J, Calle B Jorge J. Editores. Psiquiatría. 5 ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p. 245-247.
3. Dowling N, Cowlishaw S, Jackson A, Merkouris S, Francis K, Christensen D. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry [en línea]. 2015 Jun [citado 3 Mar 2017]; 49(6): 519-539 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25735959>
4. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, et al: Los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 18: 229-240.
5. Puac V, Cobar M, De la Roca M, Dávila K, Chávez M, et al. Encuesta nacional de salud mental: descripción epidemiológica de trastornos de salud en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala mayo-julio 2009 [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009. [citado 21 Ene 2017]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2009/015.pdf>
6. Guatemala. Instituto de Defensa Pública Penal. Historia [en línea]. Guatemala: IDPP; c2001 [citado 23 Oct 2016]; [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.idpp.gob.gt/institucion/historia.aspx>
7. Galicia N. La defensa pública penal en Guatemala. Prensa Libre [en línea]. 22 Sep 2015 [citado 23 Oct 2016]; Hemeroteca [aprox. 8 pant.]. Disponible en: <http://www.prensalibre.com/hemeroteca/la-defensa-publica-penal-en-guatemala>

8. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32:50–55.
9. Parmentier H, Garcia-Campayo J, Prieto R. Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe [en línea]. Reino Unido: NCBI; c2013 [citado 3 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23356728>.
10. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century, *Dialogues. Clin Neurosci* [en línea]. 2015 Sep [citado 3 Mar 2017]; 17(3): 327-335 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610617/>
11. Organización Panamericana de la Salud WHO-AIMS. Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington, DC: OPS; c2013 [citado 16 Ene 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21321&Itemid=270&lang=es
12. Perales A, Chue H, Padilla A, Barahona L. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [en línea]. 2011 [citado 21 Ene 2017]; 28(4): 581-588. <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/419/419>
13. Aguilar M. Nivel de ansiedad de los docentes ante la evaluación del desempeño en un colegio privado de la ciudad de Guatemala [tesis Psicología Clínica en línea]. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2005. [citado 21 Ene 2017]. Disponible en: <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/43/Aguilar-Ponce-Monica/Aguilar-Ponce-Monica.pdf>
14. González C. Estudio comparativo sobre ansiedad entre trabajadores de oficina y trabajadores operarios [tesis Psicología Clínica en línea]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Psicología; 2013 [citado 21 Ene 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/77535.pdf>
15. Herrera H. Principales factores de ansiedad en trabajadores que vivieron una catástrofe natural en una empresa del occidente del país [tesis Licenciatura en Psicología]

- Industrial/Organizacional]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2013 [citado 21 Ene 2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Herrera-Heidy.pdf>
16. Sum M. Niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del organismo judicial de la cabecera departamental de Huehuetenango [tesis Psicología Industrial en línea]. Huehuetenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2015. [citado 21 Ene 2017]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/43/Sum-Maria.pdf>
17. Bados A. Trastorno de ansiedad generalizada. Madrid, España: Síntesis; 2015.
18. Ortiz A. El trastorno de ansiedad generalizada: Un enfoque psicoanalítico [en línea] México: Sociedad Psicoanalítica de México; 2015 [citado 4 Mar 2017] Disponible en: spm.mx/Home/el-trastorno-de-ansiedad-generalizada-un-enfoque-psicoanalitico/
19. Sandín B. Teorías sobre el trastorno de ansiedad. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, editores. Manual de psicopatología. 2 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2009: vol. 2 p. 91-131
20. Elkin D. Psiquiatría clínica. México: McGraw-Hill, Interamericana; 2010.
21. Fernández M. Comparación del padecimiento del nivel de ansiedad, entre un grupo de empleados que trabajan en horario nocturno y un grupo de horario diurno en un call center [tesis Licenciatura en Psicología Industrial/Organizacional]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2016. [citado 4 Mar 2017]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/43/Fernandez-Marialis.pdf>
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.^a ed. Washington, DC: APA; 1994.
23. González M, Mata I, Mena E. Trastornos de ansiedad–depresión en el entorno de la contingencia común [en línea]. Madrid, España: Asepeyo; c2006 [citado 3 Mar 2017]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445>

24. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; c2009 [citado 16 Ene 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
25. Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Andreu J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 7 ed. Madrid, España: Elsevier; 2011.
26. Pedersen D. Notas de psiquiatría. 3 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
27. Feldman R, Velásquez Arellano J, Vadillo Bueno G, Cantú Elizondo L. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. México: McGraw-Hill; 2002.
28. Academia Nacional de Medicina de México. El trastorno de la ansiedad generalizada. Rev. Fac. Med. (Méx.) [en línea]. 2013 Ago [citado 3 Mar 2017]; 56(4): 53-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor; 1994.
30. Montelongo RV, Lara AC, Morales G, Villaseñor SJ. Los trastornos de ansiedad. Revista Digital Universitaria [en línea]. 2005 Nov [citado 3 Mar 2017]; 6(11): 1-8. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
31. México. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Guía de práctica clínica [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2010 [citado 4 Mar 2017]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
32. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manejo de pacientes con trastornos de

- ansiedad en atención primaria. Guía de práctica clínica [en línea]. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 4 Mar 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
33. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud [en línea]. Ginebra: OMS; c2010 [citado 5 Mar 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
34. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin [en línea]. 2002 Abr [citado 21 Ene 2017]; 118(13): 493-499 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223>
35. Naciones Unidas, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE. Guatemala: población y desarrollo. Un diagnóstico sociodemográfico. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2001. (Serie Población y Desarrollo; 20).
36. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización República Guatemala [en línea]. Guatemala: INE; c2014 [citado 23 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/L5pNHMXzy5FFWmk9NHCrK9x7E5Qqvvy.pdf>
37. Guatemala. Congreso de la República. Decreto 129-1997. Ley del Servicio Público de Defensa Penal. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala; 1997.
38. Guatemala. Instituto de la Defensa Pública Penal. Funciones. [en línea]. Guatemala: IDPP; c2001 [citado 23 Oct 2016]; [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.idpp.gob.gt/institucion/quienessomos.aspx>
39. Guatemala. Congreso de la República. Decreto 90-1997. Código de salud. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala; 1997.

40. Danel O, Acosta A, Santa María C. Manual de bioestadística para estudiantes de carreras de Ciencias de salud y residentes. [Blog en línea]. Caracas: Octavio Oscar Danel Ruas. Ago 2016 [citado 4 Mar 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306959537_Bioestadistica_para_estudiantes_de_e_las_carreras_de_ciencias_de_salud_Parte_1
41. Martin M. Descripción de la variabilidad aleatoria: las funciones de probabilidad. En: Martin M, Horna O, Nedel Fúlvio, Navarro A, editores. Fundamentos de estadística en ciencias de la salud. Barcelona: Servei de Publicacions; 2010: p. 136-140.
42. Wayne D. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud. 4 ed. México: Editorial Limusa S.A. de C.V.; 2002. Capítulo 6. Estimación; p. 150-200.
43. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización estadística de Guatemala [en línea]. Guatemala: INE; c2011 [citado 4 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/caracterizacion-estadistica>
44. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de empleo e ingresos [en línea]. Guatemala: INE; 2016 [citado 4 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/index.php/encuestas/emple-e-ingreso>



12. ANEXOS

12.1 Test de Hamilton

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas
Investigación

Trastorno de ansiedad generalizada en profesionales que
laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal



TEST DE HAMILTON

Datos generales

Edad		Posición laboral	
Sexo		Departamento	

Escala de percepción de sintomatología

0	Ausente
1	Intensidad leve
2	Intensidad moderada
3	Intensidad elevada
4	Intensidad máxima

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

Síntomas de los estados de Ansiedad	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.					

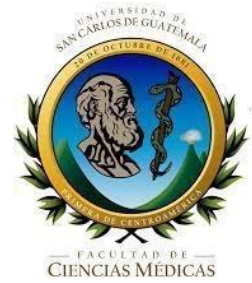
2. Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
6. Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones de pinchazos u hormigueos.					
9. Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos.					
10. Síntomas respiratorios: Sensación de opresión en pecho. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Dificultad para respirar.					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades para defecar. Gases. Dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, dolor en la boca del estómago. Cólicos abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios: Problemas al orinar. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					

13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					

PUNTUACIÓN TOTAL	
-------------------------	--

Puntuación	Interpretación
0 – 5	No ansiedad
6 – 14	Ansiedad menor
≥ 15	Ansiedad mayor

12.2 Consentimiento informado



Consentimiento Informado

Trastorno de Ansiedad Generalizada en Profesionales del Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre una enfermedad llamada trastorno de ansiedad generalizada, el cual es un trastorno mental donde una persona a menudo está preocupada o ansiosa respecto a muchas cosas y le parece difícil controlar esta ansiedad. Este trastorno afecta la salud mental del individuo repercutiendo a nivel personal, social y laboral. Se estima que 1 de cada 4 guatemaltecos padece de algún trastorno mental. Le vamos a dar información e invitarlo a participar en nuestro estudio. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, si tiene una duda sobre el estudio, deténganos para resolver cualquier inquietud que le pueda surgir. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

El trastorno de ansiedad generalizada, es uno de los trastornos mentales más comunes de la atención primaria a nivel mundial, que muchas veces no es reconocido por el médico general, ya que la mayoría de pacientes consultan únicamente por síntomas aislados. Se ha observado una alta prevalencia en la población latinoamericana en los últimos años, más frecuente en adultos jóvenes, especialmente en mujeres.

Por ello invitamos a todos los profesionales del Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala, comprendidos entre las edades de 20 a 65 años, para la detección temprana de este trastorno y prevenir daños a la salud, si fuera necesario, de quienes se logre identificar este padecimiento y mejorar la calidad de vida de la persona. El beneficio de este estudio consiste en identificar a los profesionales de esta institución que padecen este trastorno y

referirlos al seguro social para una atención especializada, si lo desean. Así mismo, se elaborará un informe a la directora de esta institución, donde no serán mencionados los nombres de los profesionales que padecen de un trastorno ansiedad generalizada, sino que solo se darán los resultados finales en cuanto a la cantidad de profesionales padecen el trastorno, el sexo, el rango de edad y la posición laboral con la mayor prevalencia del trastorno y, además, se plantearán sugerencias para mejorar las condiciones y el ambiente laboral de los profesionales.

Cabe mencionar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima. En cualquier momento puede rehusarse a participar. Si elige participar o no, nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Se abstendrá de realizar acciones, intencionalmente, que puedan causar daño o perjudicar a los participantes, sus datos serán manejados con total privacidad y confidencialidad, ya que al finalizar la recolección de los datos obtenidos en esta entrevista se descartará el instrumento utilizado, de modo que dicha información no pueda ser utilizada por personas ajenas a esta investigación. No existe riesgo alguno a participar en este estudio, ya que ninguna persona conocerá el resultado de su entrevista, únicamente su persona al finalizar la misma. Además, si desea información del tema puede avocarse en cualquier momento a las personas entrevistadoras para que esté mejor informado.

Usted será citado para atender la entrevista en un horario entre las 8:00 a.m. y 3:00 p.m. acorde a su disponibilidad, se le indicará en qué lugar se realizará el estudio.

El procedimiento a realizar es el siguiente:

1. Se le estará realizando una entrevista según está establecido para este estudio (test de Hamilton), la cual será anónima, pudiéndola responder en un periodo de aproximadamente 30 minutos. En esta entrevista se le estarán realizando preguntas precisas sobre el padecimiento de síntomas relacionados con el trastorno de ansiedad, las cuales requieren respuestas en base a la intensidad o ausencia de estos síntomas. De esta manera se obtendrán los datos para poder clasificar su resultado en ansiedad mayor, ansiedad menor o ausencia de ansiedad.
2. Al finalizar la entrevista se le dará a conocer su resultado únicamente a su persona.
3. Se le dará la referencia para una evaluación especializada al seguro social, si fuera necesario.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

“Trastorno de ansiedad generalizada en los profesionales que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala”

He sido invitado(a) a participar en la investigación para detectar “Trastorno de ansiedad generalizada en los profesionales que laboran en el Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala”, a sabiendas de que contestaré un cuestionario el cual consta de 14 ítems, el cual servirá para clasificar mi estado en no ansiedad, ansiedad menor y ansiedad mayor.

He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha respondido satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____