



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA**

*Tesis, previo a la obtención del título de
Médico General*

**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO CALASANZ DE LOJA MEDIANTE LA
HERRAMIENTA 23 DEL MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA**

AUTORA:

Andrea Gabriela Cosios Sarmiento

DIRECTORA:

Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán

LOJA-ECUADOR

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de Septiembre de 2014

Dra. Elvia Ruíz
DOCENTE DEL ÁREA DELA SALUD HUMANA

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada: “**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO CALASANZ DE LOJA MEDIANTE LA HERRAMIENTA 23 DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**” de auditoría de la Srta. **ANDREA GABRIELA COSIOS SARMIENTO**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente



Dra. Elvia Ruíz

AUTORIA

Yo, Andrea Gabriela Cosíos Sarmiento declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contrario de la mismas.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca Virtual.



Andrea Gabriela Cosíos Sarmiento
1104869720

Loja, 16 de Octubre de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, ANDREA GABRIELA COSIOS SARMIENTO, declaro ser autor de la tesis titulada DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO CALASANZ DE LOJA MEDIANTE LA HERRAMIENTA 23 DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.



Andrea Gabriela Cosios Sarmiento
1104869720

Dirección: Pedro Deleiva y Av. Chuquiribamba (Condominios San José).
E-mail: andreagabrielacosiossarmiento@gmail.com Celular: 0986768649

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Elvia Raquel Ruíz Bustán

Tribunal de grado: Dr. Richard Jiménez

Dra. Angélica Gordillo

Dr. Cristian Galarza

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme permitido llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre la Sra. Rita Alexandra Sarmiento López, por ser el pilar fundamental de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones, por dejar sus sueños para luchar por los míos. A mis abuelitos Luis Sarmiento y Margot López a quienes quiero como si fueran mis padres, han sido un gran apoyo en mi formación con sus consejos; y palabras de aliento. A mis tíos Jaime y Sheyla Sarmiento que han sabido entenderme y alentarme en cada decisión que tomo. A mis hermanos Luis, Stefany y Luisa que siempre estuvieron dispuestos a ayudarme alentarme y entender mi mal humor en momentos no tan gratos de mi formación. A mis sobrinas Camila y Samanta quienes con una sonrisa y un te quiero me alentaron a no desfallecer en este largo proceso de formación profesional. A mi abuelito el Sr. Luis Cosíos quien con un sabio consejo supo alentarme y guíarme para perseverar por mis sueños; sin él no estaría el día de hoy donde me encuentro ahora, se que desde el cielo estas orgulloso, disfrutando de este logro. A mis primos Mohacid, Saimon, Vannesa por ser mis cómplices y mi aliento constante. Mis amigas y amigos a quienes no puedo nombrarlos uno por uno pero que siempre tuvieron una palabra de aliento y de orgullo.

Andrea Gabriela Cosíos Sarmiento

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida. A mi querida Universidad Nacional de Loja por haberme abierto las puertas para mi formación profesional. A la Dra. Elvia Ruíz, directora de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma. A mi Madre Rita Sarmiento López por demostrarme con ejemplo que las cosas se logran a base de sacrificio, esfuerzo y amor, y por haber dejado de lado todos sus sueños por ver edificados los míos, por haber tomado el papel de padre y haberlo cumplido a cabalidad. A mi abuelito Luis Alfredo Cosíos por haberme dado el consejo que cambio y encamino mi vida sin aquello hoy en día no fuera quien soy. A mis abuelitos y segundos padres Luis y Margot por preocuparse de mi bienestar y luchar a mí costado por mis sueños. Mis tíos Jaime y Sheyla por brindarme su apoyo incondicional y demostrarme todos los días la fe que tienen hacia mí. A mi hermano Luis quien asumió el papel de padre y supo guiarme y me enseñó que el sacrificio trae recompensas, a Stefany que por mas discrepancias que hemos tenido siempre ha estado al costado de mi vida impulsándome a seguir adelante, a Luisa quién me ha hecho saber que se siente orgullosa a de mi y permitirme ser su ejemplo. A mis primos Mohacid, Saimon y Vannesa quienes alentaron constantemente mi sueño de ser médico. A mis sobrinas que más que eso las considero mis hijas gracias por entender la falta de tiempo y brindarme amor y con sus risas darme fuerza para luchar por mis sueños. Y a todos y cada uno de mis amigos que siempre me alentaron a seguir luchando por mis sueños.

Andrea Gabriela Cosíos Sarmiento

TITULO:

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO CALASANZ DE LOJA MEDIANTE LA
HERRAMIENTA 23 DEL MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA”**

RESUMEN

La depresión y la ansiedad coexisten como una enfermedad que determina en los adolescentes tendencias suicidas. La presente investigación tiene como objetivos: realizar mediante la herramienta 23 un diagnóstico temprano de la depresión y ansiedad en los adolescentes; investigar los principales factores de riesgo sociales enfocados a la escolaridad que predisponen a los adolescentes a desarrollar depresión y ansiedad; socializar con los integrantes del departamento médico, maestros y a los adolescentes acerca de los resultados obtenidos y sobre la realidad de la depresión y la ansiedad en la Unidad Educativa Calasanz. Es un estudio descriptivo cuanti-cualitativo cuyo universo son los estudiantes que se encuentran cursando el bachillerato con un número total de 386 estudiantes, para lo cual se empleo la herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. El tiempo requerido para la realización de esta investigación fue un año comprendido entre noviembre de 2013 a octubre de 2014.

Al finalizar la presente investigación los resultados obtenidos nos orientan que dentro de la institución educativa existe un 20% de ansiedad y 5% de depresión, y quienes presentan factores de riesgo (maltrato físico, discriminación) para desarrollar estas enfermedades son el 4% de los alumnos del bachillerato.

Palabras Claves: Depresión, ansiedad, herramienta 23

SUMMARY

Depression and anxiety coexist as a disease determined suicidal adolescents. This research aims to: make the tool 23 through early diagnosis of depression and anxiety in adolescents; investigate the main social risk factors focused on schooling that predispose adolescents to develop depression and anxiety; socialize with members of the medical department, teachers and teens about the results and the reality of depression and anxiety in the Education Unit Calasanz. It is a quantitative and qualitative descriptive study whose field are students who are enrolled in high school with a total number of 386 students, the tool 23 of the Ministry of Public Health of Ecuador employment. The time required for the completion of this investigation was a year between November 2013 and October 2014.

Upon completion of this investigation the results guide us that within the school there is a 20% anxiety and 5% depression, and those with risk factors (physical abuse, discrimination) to develop these diseases are 4% of the high school students.

Keywords: Depression, anxiety, tool 23

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. La adolescencia es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa por la que atravesamos todos los seres humanos; en esta etapa se presenta en los jóvenes cambios difíciles que les produce ansiedad y depresión hasta llegar en muchas ocasiones a una tentativa de suicidio. (1)

Ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas. Aunque son distintos, presentan ciertas similitudes que pueden ocasionar confusión al intentar distinguirlos. (2)

La depresión que es un estado de abatimiento e infelicidad catalogada como una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. A nivel Latino Americano se dice que más o menos un 15 -18 % de la población sufre una depresión (enfermedad) en algún momento de la vida; la enfermedad la podría padecer un 10-15 % de los hombres y un 15 a 20 ó 25 % de las mujeres. (3) En nuestro país de acuerdo al Ministerio de Salud Pública se calcula que un 3–5% de la población presenta depresión. Los adolescentes y los ancianos son los grupos de mayor frecuencia de esta enfermedad. (4)

En cuanto a la ansiedad que se define como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. (5) Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de 450 millones de personas en el mundo, padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico. (6) En cuanto a la realidad de nuestro país hay acuerdos en que los trastornos de ansiedad se presentan en el 5 a 10 % de la población general; en tanto que la prevalencia del tiempo

de vida de los trastornos de ansiedad encontrada en la Nacional Comorbidity Survey (Kessler et al 1994) fue de 24.9 % (4)

La presente investigación tiene como objetivo general: Determinar la existencia de depresión y ansiedad mediante la herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública en adolescentes del bachillerato y como objetivos específicos: realizar mediante la herramienta 23 un diagnóstico temprano de la depresión y ansiedad en los adolescentes; investigar los principales factores de riesgo sociales enfocados a la escolaridad que predisponen a los adolescentes a desarrollar depresión y ansiedad; socializar con los integrantes del departamento médico, maestros y a los adolescentes acerca de los resultados obtenidos y sobre la realidad de la depresión y la ansiedad en la Unidad Educativa Calasanz.

Es un estudio descriptivo cuanti-cualitativo cuyo universo son los estudiantes que se encuentran cursando el bachillerato con un número total de 386 estudiantes, para lo cual se empleo la herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador que consta de 14 ítems. El tiempo requerido para la realización de esta investigación fue un año comprendido entre noviembre de 2013 a octubre de 2014.

Al finalizar la presente investigación los resultados obtenidos nos orientan a que dentro de la institución educativa existe un porcentaje del 5% de depresión y el 20% de ansiedad, y quienes presentan factores de riesgo (maltrato físico, insultos) para desarrollar estas enfermedades son el 4% de los alumnos del bachillerato

ESQUEMA DE MARCO TEORICO

1.1. Adolescencia

- 1.1.1. Definición y Características
- 1.1.2. Maduración sexual
- 1.1.3. Crecimiento y desarrollo
- 1.1.4. Atención del adolescente

1.2. Depresión en adolescentes

- 1.2.1. Definición
- 1.2.2. Historia
- 1.2.3. Epidemiología
- 1.2.4. Factores de riesgo
- 1.2.5. Clasificación
- 1.2.6. Signos y Síntomas
- 1.2.7. Situaciones particulares
- 1.2.8. Evolución diagnóstica
- 1.2.9. Tratamiento

1.3. Ansiedad en adolescente

- 1.3.1. Definición
- 1.3.2. Descripción general
- 1.3.3. Diferencia entre ansiedad normal y patológica
- 1.3.4. Clasificación
- 1.3.5. Factores de Riesgo
- 1.3.6. Signos y Síntomas
- 1.3.7. Diagnóstico
- 1.3.8. Tratamiento

1.4. Métodos Diagnósticos

- 1.4.1. Escala de Hamilton
- 1.4.2. Herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

MARCO TEÓRICO

1. ADOLESCENCIA

1.1. Definición y Características :

La adolescencia es un proceso dinámico que abarca el tiempo en el cual el niño o niña deja de serlo, para transformarse en adulto(a), y esta caracterizado por cambios rápidos en los desarrollos físico, emocional y psicosocial. (7)

Lo que marca el inicio “visible” de la adolescencia es la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que forman parte de la pubertad, cuya edad de inicio es variable, dependiendo del ritmo o tempo de maduración que puede ser temprano, promedio y tardío. Esta variabilidad en la maduración física considerada normal influye en la definición conceptual de la adolescencia.

Las(os) adolescentes además de los cambios físicos también presentan cambios psicológicos y cognitivos, ya que están conformando una identidad, experimentando su autonomía, buscando su independencia y aceptación especialmente por sus pares y cediendo fácilmente a la presión grupal. Transitan por una etapa propicia para la adquisición de hábitos negativos como fuma, ingerir alcohol u otras drogas. (7)

1.2. Maduración sexual

La maduración sexual se manifiesta por la adaptación de los caracteres sexuales secundarios (estadios 2 de genitales, glándula mamaria y vello pubiano) y aumento del volumen y tamaño testicular, como consecuencia de una mayor actividad endocrina de las gónadas: estrogénicas en las niñas y androgénicas en los varones. Su evaluación se hace mediante inspección clínica siguiendo la metodología de Tanner y Marshall. (7)

1.2.1. Mujeres: El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años. Se caracteriza por un agrandamiento

en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas. (8)

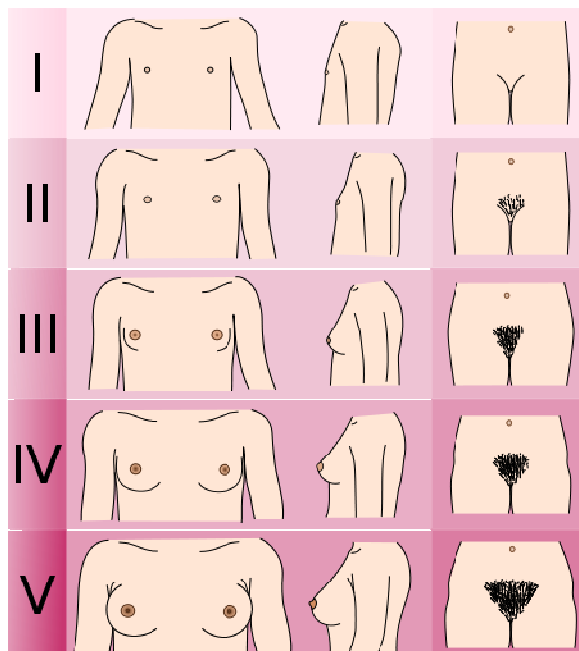


Figura 1. Estadios de glándula mamaria y vello púbico femenino.
Fuente: Tanner IM 1962; Marsshall WA and Tanner I.M 1969-1970.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años

(aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde. (8)

Tabla 1. ESTADIOS MADURACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Estadio	Genitales (G)	Vello pubiano (VP)	Vello Axilar (VA)
1	Preadolescente. Aspecto infantil.	Preadolescente. No hay vello pubiano.	Preadolescente. Ausencia de vello axilar.
2	Estadio de botón mamario: areola aumentada de diámetro.	Vello escaso, liso, fino, poco pigmentado, localizado en los bordes de los mayores.	Vellos escaso, poco pigmentado.
3	Hay elevación de la mama y del pezón, formando un montículo. Progresa el aumento del tamaño de la mama y la areola.	Escaso, rizado, más pigmentado. Más abundante y extendido hacia el pubis o monte de Venus.	Vello abundante y oscuro que cubre gran parte de la axilar.
4	Proyección del pezón y de la areola formando una elevación secundaria que sobresale del resto de la mama.	Abundante, oscuro, rizado y grueso, distribución de tipo adulto, pero no cubre la cara interna de los muslos	
5	Estadio Adulto. Proyección solamente del pezón; la areola se retrae y queda a nivel del resto de la mama.	Distribución característica del adulto; forma triangular que se extiende hasta la cara interna de los muslos.	

Fuente: Tanner IM 1962; Marshall WA and Tanner I.M 1969-1970

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño, y aumenta el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se

pigmentan y crecen, para cubrir el introito. La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego, de 10–11 cm. (9). Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm. (8)

1.2.2. Varones: Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos. (9)

El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas. (9)

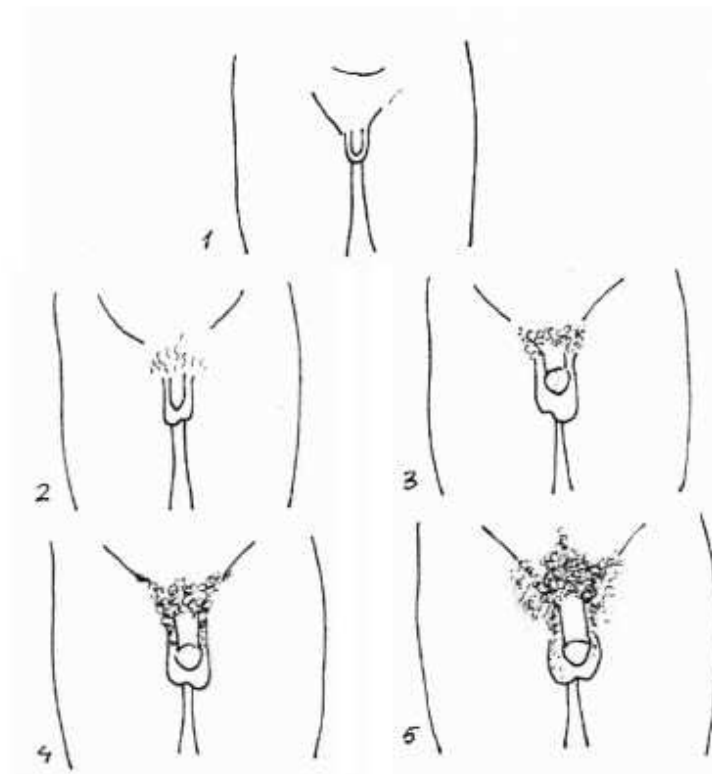


Figura 2. Estadios de genitales y vello púbico masculino.
Fuente: Tanner IM 1962; Marshall WA and Tanner I.M 1969-1970.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad apocrina es decir, de la secreción de las glándulas suprarrenales con la aparición de humedad y olor axilares, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida. (8)

1.3. Crecimiento y desarrollo

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

- × Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene.
- × Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. (1)

1.3.1. Altura: el estirón de la adolescencia

Crece es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM), que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal, de aproximadamente 8 cm en la mujer y de unos 10 cm en el varón. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia de los cambios hormonales. (1)

1.3.2. Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. El aumento del peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal del individuo adulto. (10)

1.3.3. Grasa Corporal

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante, las mujeres depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún momento de la pubertad se espera que las mujeres pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco. (10)

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima de crecimiento. Por el contrario, en las mujeres se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación con el tronco, las piernas son más largas en el varón. (10)

1.4. Atención del Adolescente

A diferencia de lo que sucede en los niños, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. (11)

Los factores de riesgo considerados como efectos con altas probabilidades de daño o resultados no deseados para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse, son fundamentalmente los siguientes:

- ✘ Conductas de riesgo
- ✘ Familias disfuncionales
- ✘ Deserción escolar
- ✘ Accidentes
- ✘ Consumo de alcohol y drogas
- ✘ Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas
- ✘ Embarazo
- ✘ Desigual de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo y bienestar social. (12)

Los factores protectores de salud son determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social.

Dentro de los cuales tenemos:

- ✘ Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funcionales de la familia
- ✘ Desarrollo de medio ambientes saludables y seguros para ambos sexos
- ✘ Promoción del autocuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- ✘ Igualdad de oportunidades para el acceso a la salud, educación, práctica de tiempo libre, desarrollo y bienestar
- ✘ Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social (12)

En la atención a la salud integral del adolescente es importante la evaluación y el diagnóstico familiar que permitan conocer las

características de la familia, su funcionamiento y en particular su relación con el/la adolescente. (12) (8)

2. DEPRESIÓN

2.1. Definición

Los trastornos afectivos son una serie de entidades clínicas que tienen en común la alteración del estado de ánimo. Por estado de ánimo se entiende un estado emocional que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente, es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, la conducta, la actividad psicomotora, las manifestaciones somáticas y en la manera como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Los trastornos afectivos oscilan entre dos polos: la manía y la melancolía. (13)

La depresión (del latín *depressus*, “abatido”, “derribado”) o un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. (13)

2.2. Historia

Podríamos decir que la depresión es tan antigua como la humanidad y de ello dan cuenta un sinnúmero de escritos científicos, literarios (sobre todo los de los poetas). Cronológicamente y sin querer abarcar todo lo descrito, pasaremos a describir algunos de los autores más representativos (13):

- ✦ **Hipócrates (460-357 A.C):** Describe los trastornos del efecto como de causa natural. Las emociones (los temperamentos) se basaban en el equilibrio de los cuatro humores básicos. La melancolía (depresión) indicaba un aumento de bilis negra y se describía como: “un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud”, para el cual el tratamiento se hacía con purgas. (13).
- ✦ **Cultura Inca:** Según las narraciones de los conquistadores españoles la depresión era la enfermedad mental más frecuente entre los Incas, quienes tenían un afianzado conocimiento de las plantas medicinales y de los minerales a usar contra la enfermedad, así como los ritos mágicos y religiosos para combatirla. (13)
- ✦ **Arateo de Capadocia (Siglo I):** Relata que la melancolía es una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a

un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y a la pesadumbre (13).

- ✘ **Galeno (Siglo II):** el sabio griego anota sobre los pacientes melancólicos:

Normalmente se ven acosados por el miedo aunque no siempre se presentan el mismo tipo de imágenes sensoriales anormales. Aunque cada paciente melancólico actúa bastante diferente que los demás, todos estos muestran miedo o desesperación. Creen que la vida es mala y odian a los demás, aunque no todos quieren morir. (13)

- ✘ **Constantino El Africano (Siglo XI):** Para este monje de la Escuela de Salerno, ... la melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo. Una de sus clases llamada hipocondríaca, está ubicada en la boca del estómago; la otra esta en lo intimo del cerebro. Los accidentes que a partir de ella suceden el alma, parece ser el temor y la tristeza. Ambos son pésimos porque confunden el alma. En efecto, la definición de la tristeza es la pérdida de lo muy intensamente amado (13).

- ✘ **Roberto Burton (1567-1640):** El clérigo inglés y profesor de la Universidad de Oxford, Robert Burton escribió el libro *Anatomía de la Melancolía*, a consecuencia de la depresión que presentaba. En 1621 publica este famoso libro que recoge el conocimiento médico, filosófico e histórico, que hasta ese momento se tenía sobre la depresión, sus síntomas y cura. Esta obra tiene tres partes: en la primera trata sobre las causas de la melancolía, sus síntomas y el lugar del cuerpo afectado; en la segunda escribe sobre la cura de la depresión y la tercera es un análisis sobre la melancolía de origen amoroso. (13).

- ✘ **Emil Kraepelin (1856-1926):** Posiblemente uno de los más agudos observadores en el campo de la psiquiatría; describió la manía, la melancolía, la depresión recurrente y las variaciones leves del afecto y propuso el nombre de *enfermedad maniaco-*

depresiva como la patología de base común y única a todos ellos.

- ✦ **Sigmund Freud (1856-1939):** Entre sus múltiples aportes, Freud describió que algunas depresiones tenían origen psicógeno y otras biológicas. *En duelo y melancolía* se refiere: “La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior y pérdida de la capacidad de amar y la disminución del amor propio”. (13)
- ✦ **Siglo XX:** En las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático y la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos. (14)

2.3. Epidemiología

De acuerdo con un estudio realizado por el Banco Mundial en 1990 sobre la carga de la enfermedad en el mundo las enfermedades mentales representan un 8.1% de todos los problemas de salud y dentro de los trastornos mentales los depresivos causan la mayor carga con un aporte global, dentro del grupo, del 17.3%. No obstante, se espera que para el año 2020 la depresión sea la primera o segunda carga de enfermedad o morbilidad en el mundo. (13)

A nivel Latino Americano se dice que más o menos un 15 -18 % de la población sufre una depresión (enfermedad) en algún momento de la vida; la enfermedad la podría padecer un 10-15 % de los hombres y un 15 a 20 ó 25 % de las mujeres. Más o menos un 25 % de los pacientes piden ayuda y más de un 15 % podrían llegar al suicidio. El tratamiento puede llegar a ser efectivo entre un 75 a 80 % de los casos y por supuesto entre más oportuno, temprano y eficiente el abordaje médico,

estas últimas cifras podrían incrementarse. Los adolescentes y los ancianos son los grupos de mayor frecuencia de esta enfermedad. (3)

En nuestro país de acuerdo al Ministerio de Salud Pública se calcula que un 3–5% de la población presenta depresión. Parece real que no todas las depresiones son tratadas; ni siquiera por el médico. Hasta hace 2 décadas se afirmaba que solo el 1.5% de las Depresiones llegan al médico (Medicina General) y únicamente el 0.2% al Psiquiatra, posiblemente esto se da por que ni el paciente ni la familia, ni el entorno relacionan la Depresión como un hecho patológico o una enfermedad. Entre los pacientes que acuden al médico de medicina general, se calcula que el 10-20% sufren trastornos depresivos primariamente y algunos autores llegan a citar cifras del 40-50%. De los pacientes que concurren al Psiquiatra, se calcula de un 50-60% de pacientes deprimidos. (4)

2.4. Factores de Riesgo

Los trastornos afectivos se han descrito diversos factores de riesgo: genéticos, biológicos, psicológicos y sociales.

- ✦ **Genéticos:** se ha demostrado cierta influencia genética en los trastornos afectivos mayores (trastornos bipolares y depresivos mayores), que parece asociarse con una aparición más temprana de la patología y de la depresión mayor con episodios recurrentes. En ambos trastornos se ha encontrado una mayor frecuencia de presentación (concordancia) en gemelos homocigóticos (60%) y dicigóticos (12%). (15)

Familiares en primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen dos a tres veces más riesgo de presentarlo. Se a sugerido que un 20% de los familiares de los probando con depresión mayor lo presentan. (13)

- ✦ **Biológicos:** se ha postulado la hipótesis de las aminas biógenas, en la cual los trastornos depresivos se asocian a un déficit de algunos de estos neurotransmisores (la indolamina, serotonina y las catecolaminas, norepinefrina y dopamina), mientras que en la manía puede haber un exceso de ellos. (13)

Se encuentran alteraciones en el ritmo circadiano dadas por:

- ♣ Depresión acompañada por cambios en el sueño:
 - ✓ Patrón de sueño alterado, con insomnio de predominio matinal. No obstante, puede verse insomnio mixto o hipersomnía.
 - ✓ Disminución del número de horas de sueño.
 - ♣ Existen trastornos depresivos estacionales que mejoran con aplicación de luz artificial o cuando cambia la estación.
 - ♣ Respecto a las neuroimágenes se han evidenciado en apacientes con depresión mayor las siguientes características:
 - ✓ Disminución de volumen del hipocampo.
 - ✓ Disminución del volumen de la amígdala.
- ✱ **Psicosociales:** se ha descrito una serie de factores de riesgo para las diferentes condiciones de los psicosociales.

Tabla 3. Factores asociados a trastornos afectivos.

Trastornos Depresivos
Antecedentes familiares de depresión
Sexo Femenino
Edad 25-44 años
Episodios anteriores de depresión
Antecedentes de alcoholismo propio en la familia
Eventos estresantes (duelo, violencia, pérdida de trabajo.)
Posparto
Pobres relaciones interpersonales
Abuso de sustancias
Clase socioeconómica baja
Pérdida o separación temprana de la madre
Mayor en área urbana.

Fuente: Psiquiatría clínica diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.

Autor: Gómez Restrepo

2.5. Clasificación

Los trastornos depresivos son varios y se pueden clasificar teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10) así:

2.5.1. Episodios depresivos: es el equivalente a episodio depresivo mayor del DSM-IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Se define como un episodio que puede ser de cuatro tipos de acuerdo con su intensidad:

- ✗ Episodio depresivo leve
- ✗ Episodio depresivo moderado
- ✗ Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- ✗ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

2.5.2. Trastorno depresivo recurrente: equivalente al trastorno depresivo mayor del DSM-IV TR. Se divide en cinco tipos de manera similar al episodio, así:

- ✗ Con episodio actual leve
- ✗ Con episodio actual moderado
- ✗ Con episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- ✗ Con episodio actual grave con síntomas psicóticos
- ✗ Actualmente en remisión

2.5.3. Trastornos afectivos (del humor) persistentes: son levemente fluctuantes en el tiempo. Se describen dos tipos:

- ✗ Distimia
- ✗ Ciclotimia

2.5.4. Otros trastornos del afecto:

- ✗ Trastorno del afecto secundario:
 - ✓ Enfermedad médica
 - ✓ Inducido por sustancias
- ✗ Otras formas del afecto secundarios:
 - ✓ Depresión atípica
 - ✓ Disforia posparto
 - ✓ Depresión posparto
 - ✓ Síndrome mixto de ansiedad y depresión

- ✓ Melancolía
- ✓ Depresión doble
- ✓ Depresión enmascarada
- ✓ Trastorno disfórico premestruar
- ✓ Depresión bipolar (13)

2.6. Signos y Síntomas

Dentro de los rasgos fundamentales cabe resaltar los siguientes aspectos:

- ✗ **Afecto (Ánimo):** dentro de la dimensión del afecto, en los cuadros depresivos se puede encontrar tristeza, deseos de llorar, disminución de la reactividad a eventos externos, pérdida de placer e interés por actividades usualmente placenteras, baja autoestima, apatía, sensación de vacío, tensión, ansiedad, irritabilidad o frustración. En los niños y los adolescentes es más común encontrar irritabilidad. (13)
- ✗ **Pensamiento y Cognición:** en los trastornos depresivos se puede encontrar disminución de la concentración, baja productividad, enlentecimiento del pensamiento y del lenguaje, dificultad para tomar decisiones, culpa inapropiada, indecisiones, pesimismo, desesperanza, ideas de minusválida, ideas de muerte o suicidio. Pueden coexistir síntomas psicóticos como alucinaciones o ideas delirantes, que pueden o no estar de acuerdo con el estado de ánimo. En caso de los delirios estos pueden ser de tipo depresivo, esto es, con temáticas de culpa, ruina, muerte, minusvalía. (13)
- ✗ **Actividad Psicomotora:** por lo general, en los cuadros depresivos se evidencia un retardo; no obstante, en algunos casos puede observarse agitación, inquietud e hiperactividad sin propósito, sobre todo en personas de edad y en asocio con cuadros de melancolía. (13)
- ✗ **Manifestaciones somáticas:** en los depresivos se encuentran insomnio o hipersomnias, disminución o aumento

del apetito con sus consecuencias respectivas en el peso, disminución de la actividad sexual, disminución de la vitalidad, fatigabilidad, disminución de la energía. Por otra parte, una serie de quejas somáticas como dolores de cabeza, espalda y de otras partes del cuerpo, pesadez en las extremidades, quejas gastrointestinales, cardiovasculares, etc. (13)

2.7. Situaciones Particulares

2.7.1. Depresión en las Mujeres:

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres, relativas al sexismo (género). (15)

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión. (15)

Por otro lado, el sexismo con su consecuente estrés, falta de recursos económicos y determinados valores socio-culturales se relacionan con menos autoestima en las mujeres, así como más problemas psicológicos (13)

En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes vasculares cerebrales). (16)

2.7.2. Depresión en los varones:

Existen datos con los que se afirma que la prevalencia global de la depresión es inferior entre los varones; aunque hay estudios que manifiestan que ello se debe a que éstos son menos propensos a admitir su enfermedad, siguiendo las pautas estipuladas por el

sistema cultural para su género, provocando en los varones una mayor cohibición para consultar y ser diagnosticado por un especialista. En cuanto al suicidio, si bien los datos afirman que los intentos son más comunes en la mujer que en el hombre, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Utilizando los hombres una metodología más letal para asegurar su fallecimiento. (15)

A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. (16)

2.7.3. Depresión en la vejez

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva. (15)

Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. (16)

2.7.4. Depresión en la Infancia y la Adolescencia

La depresión en la niñez se empezó a reconocer en los años 70. El diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la infancia es del 1-2% y, en la adolescencia, del 4-

5 %. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres fallezca. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc. El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo (consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos para suicidas, etc.). Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo. (15)

2.8. Evolución Diagnostica

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba. (16)

Para el diagnóstico de los diferentes trastornos afectivos es importante tener en cuenta los criterios establecidos para ellos en la CIE-10. Los episodios se convierten en trastornos depresivos recurrentes, cuando además del episodio actual ha habido por lo menos un episodio depresivo leve, moderado o grave, con una duración mínima de dos semanas y separado del nuevo episodio al menos por dos meses libres de cualquier alteración significativa del ánimo.

Por otra parte se puede precisar, en el marco del episodio o trastorno depresivo recurrente (trastorno depresivo mayor) leve o moderado, la

presencia o no del llamado síndrome somático si están presentes cuatro de los siguientes síntomas: (13)

- ✘ Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades normalmente placenteras.
- ✘ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente producen una respuesta emocional.
- ✘ Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- ✘ Presencia objetiva de enlentecimiento o agitación psicomotora.
- ✘ Pérdida marcada de apetito, pérdida del 5% o más del peso corporal en el último mes.
- ✘ Notable disminución de la libido.

Tabla 4. Episodio depresión mayor en el CIE-10

A. Criterios Generales:

1. Duración mínima de dos semanas
2. No hay más síntomas para llenar los criterios de episodio maniaco o hipomaniaco en ningún período de la vida.
3. No atribuible a síntomas orgánicos ni al abuso de sustancias psicoactivas.

B. Síntomas típicos (presencia de dos de los tres síntomas)

1. Ánimo depresivo en un grado definitivamente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día, casi todos los días y por espacio de por lo menos dos semanas.
2. Pérdida del interés o placer en actividades que normalmente son placenteros.
3. Disminución de la energía o incremento de la fatigabilidad.

C. Síntomas Adicionales:

1. Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de la disminución de la capacidad de pensar o de

concentrarse, tales como vacilación o indecisión.

5. Cualquier tipo de alteración del sueño.
6. Cambio del apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
7. Una perspectiva sombría del futuro

Fuente: Psiquiatría clínica diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.

Autor: Gómez Restrepo

2.9. Tratamiento

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas. (13)

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

2.9.1. Farmacoterapia: En general es importante tener presente que los antidepresivos actúan entre los quince y treinta días posteriores a su administración, pero pueden demorar en promedio treinta a sesenta días en actuar plenamente. (13)

Hay tres tipos de medicamentos antidepresivos que se emplean para tratar los trastornos afectivos: los *antidepresivos tricíclicos*, los *inhibidores de monoaminooxidasa (MAO)* y los recientes *inhibidores de la recaptación de la serotonina o inhibidores de la 5HTA*. (15)

2.9.1.1. Antidepresivos Tricíclicos: La mayoría de los tricíclicos se absorben de manera incompleta por vía oral, y después de su absorción pasan por un importante metabolismo de primer orden. Los tricíclicos se metabolizan por dos vías principales,

la transformación del núcleo tricíclico y la lateración de su cadena alifática. El volumen de distribución es bastante grande como resultado de la alta unión proteica y la relativamente alta solubilidad lipídica de estos medicamentos. (17)

Los antidepresivos tricíclicos impiden la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, lo que da lugar, por tanto, a un aumento de sus niveles en el encéfalo. Por ello han sido utilizados para impedir la depresión posterior de ingestas de drogas como el MDMA, un fármaco asociado a los suicidios mediante tóxicos, llegando a constituir en distintos estudios el 19% de los fármacos empleados: sus efectos han sido incluso utilizados para inducir al suicidio. Algunos con acción serotoninérgica son: amitriptilina, imipramina y la clomipramina. Con acción noradrenérgica: nortriptilina y desipramina. (17)

Algunos signos y síntomas de la intoxicación por antidepresivos incluyen sequedad bucal, visión borrosa, midriasis, cansancio, retención urinaria (por aumento de la tonalidad del músculo liso), aumento de la temperatura, arritmias, hipotensión postural, convulsiones, shock, coma y muerte. Debido a la absorción retardada, su prolongada vida media y su circulación hepática, el paciente puede encontrarse bajo riesgo en periodos de 4 a 6 días. Otras reacciones adversas a medicamentos antidepresivos se encuentran efectos anticolinérgicos como broncodilatación, efectos cardiovasculares, aumento de peso y disfunción sexual. (17)

2.9.1.2. Inhibidores de monoaminoxidasa (MAO): como su nombre lo dice, bloquean la enzima monoamina oxidasa que descompone neurotransmisores como la norepinefrina y la serotonina. Son usados generalmente como medicamentos de tercera línea para la depresión debido a las restricciones dietéticas y de otro tipo que se requieren. La MOA es una enzima que regula la desintegración metabólica de catecolaminas y serotonina en el sistema nervioso central o

tejidos periféricos. De las dos principales especies moleculares, el tipo A prefiere a la serotonina como sustrato, mientras que el tipo B prefiere a la fenetilamina como sustrato. Dentro de los efectos adversos destacan la hipotensión ortostática y efectos simpaticomiméticos de taquicardia, sudoración y temblores. Son comunes las náuseas y el insomnio y la disfunción sexual. (17)

2.9.1.3. Inhibidores de la recaptación de la serotonina o inhibidores de la 5HTA: estos fármacos bloquean selectivamente la bomba de recaptura la serotonina, únicamente, con lo que se impide que ésta regrese a la neurona presináptica para su re-utilización y así aumentar su concentración en la sinapsis libre para unirse a sus receptores. La principal ventaja de estos agentes es que no tienen efectos adversos cardiovasculares ni anticolinérgicos significativos, ni un aumento de peso considerable. Pero por otra parte los efectos secundarios comunes de estos medicamentos son cefalea, náusea tinnitus, insomnio y nerviosismo. Los efectos sexuales como impotencia, eyaculación retrograda y disorgasmia también son muy comunes. (17)

2.9.1.4. Psicoterapia: En general todo paciente con trastornos afectivos debe realizarse psicoterapia con el fin de lograr un mejor manejo del cuadro clínico, mejorar la introspección, el modelo de interacción y actuar sobre los problemas de base. La psicoterapia puede ser de diversos tipos y ello dependerá del interés del paciente, así como de la mejor conveniencia. Entre estas terapias tenemos (13):

- ✦ **Psicoterapia interpersonal:** parte de la idea de que la depresión está provocada por muchas causas pero que se da en un contexto interpersonal, y entender ese contexto es básico para poder recuperarse de la depresión y evitar recaídas futuras. (15)

Este tratamiento se hace en 16 sesiones de 1 hora, que comprenden tres fases. En la primera fase (1^a-3^a), el terapeuta explica en qué consiste la depresión y estudia con el paciente el entorno y el momento en que apareció. En la segunda fase (4^a-12^a), se establece un tema de conversación (o área problema) que está relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión. Hay 4 temas: la no superación de la muerte de un ser querido (duelo complicado), el conflicto con un ser querido (disputa de rol), el bloqueo para adaptarse a un cambio vital (transición de rol) o la carencia de relaciones con los demás (déficit interpersonal). Durante esta fase se dialoga con el terapeuta para llegar a superar la pérdida del ser querido, resolver el conflicto, adaptarse al cambio o mejorar las relaciones con los demás. En la tercer fase (13^a-16^a), se revisan los logros y se despiden terapeuta y paciente. (13)

- ✘ **Terapia cognitiva:** parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar, que a su vez afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento (lo que se llaman distorsiones cognitivas) para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas. El terapeuta suele mandar tareas para casa y experimentos para que el paciente ponga a prueba su forma de pensar. (13)
- ✘ **Terapia conductual:** Bajo el término de terapia conductual, se incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Se le ayuda al paciente a programar

actividades gratificantes y a organizar su tiempo. También se le ayuda a ser más asertivo y más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos. (13)

3. ANSIEDAD

3.1. Definición

La ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro. En los seres humanos puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado y angustiado, inquieto) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Para preservar su integridad física ante amenazas el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante millones de años: la reacción de lucha o huida. (18)

3.2. Descripción general

Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja". (18)

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina. (18)

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de

forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con ansiedad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana. (18)

3.3. Diferencia entre ansiedad patológica y adaptativa

En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y conforma, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen los denominados trastornos de ansiedad, que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, etc. (18)

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas. La ansiedad se presenta con frecuencia en pacientes celíacos o con sensibilidad al gluten no celíaca, que puede constituir su única manifestación y, por lo general, mejora con la dieta sin gluten. Asimismo, se ha descrito en ambas una mayor prevalencia de fobia social y trastorno de pánico. (18)

La ansiedad normal se presenta en episodios poco frecuentes, con intensidad leve o media y de duración limitada, ante estímulos previsible y comunes y con un grado de sufrimiento y limitación en la vida cotidiana acotada. En cambio la ansiedad a niveles patológicos se caracteriza por sucederse en episodios reiterativos, de intensidad alta y

duración excesiva, con alta y desproporcionada reactividad a la amenaza, provocando gran sufrimiento y notable interferencia en la vida diaria. (18)

3.4. Clasificación

El término ansiedad abarca cuatro aspectos que un individuo puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa. Los trastornos de ansiedad en el DSM-IV se dividen principalmente en (18):

- ✘ Trastorno de ansiedad generalizada.
- ✘ Trastorno de pánico (con o sin agorafobia).
- ✘ Trastorno obsesivo-compulsivo.
- ✘ Trastorno por estrés postraumático.
- ✘ Trastorno por estrés agudo.
- ✘ Fobia social o agorafobia.
- ✘ Trastorno fóbico
- ✘ Otros trastornos de ansiedad no especificados o producidos por el consumo de sustancias.

Cada uno tiene sus propias características y síntomas y requieren tratamientos diferentes. Las emociones presentes en los trastornos de ansiedad van desde el simple nerviosismo a episodios de terror o pánico. (18)

3.4.1. Trastorno de ansiedad generalizada:

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno crónico común caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto o situación particular, al contrario que en las fobias. Las personas que padecen de ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos, muy focalizados en asuntos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad que afecta a adultos mayores más común. La ansiedad puede ser un síntoma secundario al abuso de medicamentos o sustancias, y los profesionales médicos deben ser conscientes de ello. El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una

persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas todos los días durante seis meses o más. La persona puede tener problemas para tomar decisiones diarias y recordar compromisos como consecuencia de la falta de concentración que le supone la "preocupación por la preocupación". Antes de diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada los médicos deben descartar causas de ansiedad inducido por fármacos. (18)

3.4.2. Trastorno de pánico (con o sin aforafobia)

En el trastorno de pánico, una persona sufre ataques breves de intenso miedo y terror, a menudo acompañado de síntomas como temblores, agitación, confusión, mareos, desvanecimiento, náuseas y dificultad para respirar. Estos ataques de pánico, que se define por la APA como el miedo o malestar que se presenta repentinamente, y con picos en menos de diez minutos, puede durar varias horas y puede ser desencadenada por el estrés, el miedo, o incluso el ejercicio. La causa específica no siempre es evidente. (19)

Además de los recurrentes ataques de pánico inesperados, un diagnóstico de trastorno de pánico requiere que dichos ataques de angustia tengan consecuencias crónicas: o bien preocupación por las consecuencias de los episodios de angustia, el miedo persistente de posibles ataques futuros, o el miedo a sufrir cambios significativos en el comportamiento relacionados con los ataques. En consecuencia, aquellos que sufren de síntomas de pánico sufren de trastorno de pánico, incluso fuera de los episodios específicos. A menudo, el afectado, ante cambios normales de los latidos cardíacos, los percibe como amenazantes, lo que lleva a pensar que algo anda mal con su corazón o que están a punto de tener otro ataque de pánico. Normalmente va asociado un temor anticipatorio a volver a sufrir otro ataque de pánico (ansiedad anticipatoria o "miedo al miedo"). En algunos casos, se produce una mayor conciencia de las funciones fisiológicas del organismo (hipervigilancia) durante el ataque de pánico, en donde cualquier

cambio percibido fisiológicamente se interpreta como una posible enfermedad potencialmente mortal (es decir, extremahipocondría). Puede diagnosticarse de trastorno de pánico con o sin agorafobia. (19)

- ✘ **Trastorno de pánico con agorafobia:** El trastorno de pánico con agorafobia es una variante que suele ir asociado con el trastorno de pánico. Una persona experimenta un ataque de pánico inesperado, y a continuación, tiene temor a la posibilidad de volver a tener otro ataque. La persona teme y evita cualquier situación que podría inducir a un ataque de pánico. La persona nunca o rara vez podrá salir de casa con tal de evitar un posible ataque de pánico que creen que es un terror extremo ineludible. (18)

3.4.3. Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC)

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado sobre todo por la presencia de obsesiones (imágenes o pensamientos angustiosos, persistentes e intrusivos) y compulsiones (insta a realizar determinados actos o rituales). Afecta a aproximadamente el 3 % de la población mundial. A menudo el proceso es totalmente ilógico e irracional, al igual que las compulsiones, donde simplemente se tiene la necesidad de completar un ritual con el fin de acabar con la ansiedad provocada por la obsesión. (19)

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por:

- ✘ **Obsesiones:** son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y son vividos como exagerados o sin sentido, a veces como repugnantes. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos, a veces sin conseguirlo. Es entonces cuando se ponen en marcha las

conductas compulsivas encaminadas a reducir la ansiedad motivada por la obsesión. (19)

- * **Compulsiones:** son conductas repetitivas, generalmente «caprichosas», y aparentemente finalistas que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipada y cuya principal función es reducir la ansiedad provocada por la obsesión. La conducta no es un fin en sí misma, sino que está diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura, relacionados con la obsesión en cuestión, por lo que su realización reduce la ansiedad provocada por la última. Sin embargo, o bien la actividad no se halla conectada de forma realista con lo que se pretende impedir o provocar, o bien puede ser claramente excesiva. (19)

3.4.4. Trastorno por estrés agudo (postraumático)

Es un trastorno de ansiedad que se traduce a partir de una experiencia traumática. El estrés postraumático puede ser el resultado de experimentar situaciones extremas, como una guerra, desastres naturales, violaciones, secuestros, abuso infantil, acoso o incluso un accidente grave. También puede resultar por una exposición prolongada en el tiempo a un estrés crónico, como por ejemplo los soldados que soportan batallas individuales, pero no pueden hacer frente al combate continuo. Los síntomas comunes incluyen hipervigilancia, escenas retrospectivas rememorando el acontecimiento traumático (flashbacks), conductas de evitación, ansiedad, ira y depresión. Hay una serie de tratamientos que constituyen la base del plan de atención para las personas que sufren trastorno de estrés postraumático. Estos tratamientos incluyen varias formas de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), terapias grupales y el apoyo de familiares y amigos. También pueden beneficiarse de la farmacoterapia. (19)

3.4.5. Fobia Social

Es un trastorno psiquiátrico del espectro de los trastornos de ansiedad caracterizado por un miedo intenso en situaciones

sociales que causa una considerable angustia y deterioro en la capacidad de funcionamiento en distintas áreas de la vida diaria.

Como cualquier fobia, se centra en un miedo intenso, persistente y crónico (grave para considerarse fobia) a ser juzgado, avergonzado, humillado o hacer el ridículo, que se pone de manifiesto en varios tipos de situaciones, entre las que destacan (19):

- ✘ Hablar en público, como intervenir en clase o realizar una exposición (glosofobia).
- ✘ Reuniones sociales en las que tendrá que relacionarse (fiestas, eventos, etc.).
- ✘ Encuentros inesperados con conocidos, familiares, amigos, etc.

Estos temores pueden ser desencadenados por medio del escrutinio de las acciones de los demás. El sentimiento de miedo es tan intenso, que en este tipo de situaciones la persona se pone nerviosa tan sólo con pensar en ello (ansiedad anticipatoria), e intenta esforzarse para controlar o suprimir la ansiedad. Estas situaciones y otra serie de sucesos hacen que el que la padezca se sienta inseguro, acechado, incómodo, con sensaciones intensas y desagradables acerca de lo que pueden estar hablando, pensando o juzgando de él (cierta paranoia), y síntomas evidentes de ansiedad. Si bien el miedo a la interacción social puede ser reconocido por la persona como excesivo o irracional, su superación puede ser bastante difícil. Los síntomas físicos que acompañan a menudo el trastorno de ansiedad social incluyen rubor, sudoración profusa (hiperhidrosis), temblores, palpitaciones, náuseas, tartamudez, a menudo acompañada de un discurso acelerado. (18)

3.5. Factores de Riesgo

3.5.1. Biológicos

Se sabe que bajos niveles de GABA (**ácido gamma-aminobutírico**), un neurotransmisor que reduce la actividad del sistema nervioso central, contribuye a la ansiedad. Un gran número

de ansiolíticos son eficaces mediante la modulación de los receptores GABA. (19)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los fármacos más utilizados para tratar la depresión son también la primera línea de tratamiento para los trastornos de ansiedad.

El abuso de sustancias como el alcohol, puede inducir estados severos de ansiedad y depresión, que decrecen con prolongada abstinencia. Incluso cantidades moderadas de alcohol pueden incrementar la ansiedad y la depresión en algunos individuos. (15)

El abuso de la cafeína, el alcohol y los ansiolíticos pueden causar o empeorar estados de ansiedad preexistentes y ataques de pánico.

La intoxicación por estimulantes se asocia a ataques de pánico repetitivos. La exposición a disolventes orgánicos en el medio de trabajo se ha asociado con el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Las personas afectadas por el trastorno obsesivo-compulsivo, muestran un aumento del volumen de la materia gris en el núcleo lenticular, que se extiende al núcleo caudal, mientras decrece el volumen en la parte dorsal, medial, frontal y anterior de la circunvolución del cíngulo. Esto contrasta con los otros trastornos de ansiedad donde se observa un decrecimiento del volumen de la materia gris en núcleo caudado bilateral, y también decrece el volumen de la circunvolución del cíngulo como en los obsesivos. Factor Genético: Aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados. (19)

3.5.2. Psicosociales:

- ✦ **Género:** Las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada que los hombres. Razones para esto incluyen factores hormonales, expectativas culturales (cuidar las necesidades de otras personas en casa, en la comunidad, y en el trabajo), y mayor voluntad para visitar a los médicos y hablar acerca de su ansiedad. (19)

- ✘ **Historia familiar:** Los trastornos de ansiedad tienden a encontrarse en familias. Esto podría ser a causa de dinámicas familiares, como el no lograr aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, comportamientos sobreprotectores, abuso, y violencia. (18)
- ✘ **Abuso de sustancias:** El abuso de nicotina, alcohol, marihuana, y cocaína puede incrementar el riesgo de trastorno de ansiedad general. (19)
- ✘ **Condiciones médicas:** Los pacientes con quejas físicas inexplicadas, síndrome del intestino irritable, migraña, o condiciones de dolor crónico tienen un riesgo más alto de trastorno de ansiedad general. (18)
- ✘ **Factores socioeconómicos y étnicos:** Dos estudios en el año 2000 encontraron que los índices de ansiedad entre niños y adolescentes había incrementado significativamente desde la década de 1950. Ambos estudios sugirieron que la ansiedad estaba relacionada con una falta de conexiones sociales y un sentido incrementado de amenaza en el entorno. (19)
- ✘ **Eventos estresantes en personas susceptibles:** La aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen. (19)

3.6. Signos y Síntomas

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. (19)

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse, superponerse o confundirse con los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia, y muy especialmente con los de la enfermedad celíaca (EC) y los de la sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC). La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. (18)

Hamilton (y otros autores) en su escala de ansiedad, enumera y categoriza los diferentes síntomas tanto somáticos como psíquicos que puede experimentar una persona que padece ansiedad:

✦ **Síntomas Cardiovasculares:**

- ✓ Taquicardia o pulso acelerado.
- ✓ Elevación de la tensión arterial.
- ✓ Sensación de tensión baja o desmayos.
- ✓ Arritmias.
- ✓ Palpitaciones; dolor precordial en el pecho.
- ✓ Opresión en el pecho.
- ✓ Palidez o rubor.

✦ **Síntomas respiratorios:**

- ✓ Sensación de ahogo o de falta de aire (disnea); sensación de opresión o constricción en el tórax.
- ✓ Suspiros.
- ✓ Ritmo respiratorio acelerado y superficial (hiperventilación)

✦ **Síntomas Gastrointestinales:**

- ✓ Náuseas.
- ✓ Sensación de atragantamiento o dificultad para tragar.
- ✓ Vómitos.

- ✓ Diarreas, heces blandas, dolor abdominal, cólicos intestinales.
 - ✓ Sensación de ardor, pesadez abdominal.
 - ✓ Borborigmos.
 - ✓ Flatulencia o gases.
 - ✓ Aerofagia o tragar aire.
 - ✓ Pérdida de peso.
 - ✓ Estreñimiento.
- ✘ **Síntomas genitourinarios:**
- ✓ Micciones frecuentes, micción urgente; dolor al orinar.
 - ✓ Amenorrea; menorragia.
 - ✓ Disminución del deseo sexual o anorgasmia (pérdida de la libido).
 - ✓ Eyaculación precoz e impotencia o disfunción eréctil en el hombre.
- ✘ **Síntomas neurovegetativos:**
- ✓ Sequedad de mucosas, especialmente de boca y lagrimales.
 - ✓ Sudoración y salivación excesiva.
 - ✓ Sensación de desmayo inminente.
 - ✓ Rubor o palidez.
 - ✓ Vértigos.
 - ✓ Cefalea.
 - ✓ Erectismo piloso (piel de gallina).
- ✘ **Síntomas neurológicos:**
- ✓ Temblores.
 - ✓ Hormigueo o parestesias.
 - ✓ Hipersensibilidad a los ruidos, olores o luces intensas.
 - ✓ Mareos o inestabilidad.
 - ✓ Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio o no reparador,

sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

✘ **Síntomas somáticos musculares:**

- ✓ Cefaleas tensionales, especialmente en la nuca.
- ✓ Contracturas musculares; espasmos musculares y calambres.
- ✓ Rigidez muscular.
- ✓ Dolor muscular.
- ✓ Tics.
- ✓ Rechinar de dientes.
- ✓ Voz vacilante.

✘ **Síntomas somáticos Sensoriales:**

- ✓ Zumbido de oídos.
- ✓ Visión borrosa.
- ✓ Oleadas de frío o calor.
- ✓ Sensación de debilidad.
- ✓ Parestesias (pinchazón, picazón, hormigueos).

✘ **Otros síntomas Psicofísicos**

- ✓ Fatiga y agotamiento; fatigabilidad.
- ✓ Astenia (neurastenia).
- ✓ Sensación de tensión e inquietud.
- ✓ Llanto fácil.
- ✓ Imposibilidad de relajarse.
- ✓ Impaciencia.
- ✓ Rostro preocupado.
- ✓ Suspiros, respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.
- ✓ Tartamudez.
- ✓ Disminución o aumento del apetito.

✘ **Funciones intelectuales y cognitivas:**

- ✓ Dificultad o falta de atención-concentración.
- ✓ Dificultad para dejar la mente en blanco.
- ✓ Problemas de memoria.

- ✓ Pensamiento acelerado, o al contrario, embotamiento.

3.7. Diagnóstico:

El diagnóstico se realiza empleando una serie de test entre los más destacados se encuentra el test de Hamilton para depresión y ansiedad. Del cual se obtuvo la herramienta 23 del ministerio de salud pública que es un cuestionario de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se ceñirán en el área de la anhedonia (pérdida de placer). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 a 3), con diferentes formulaciones de respuesta, para la calificación del test se sumará el puntaje obtenido en cada ítem de acuerdo a las dos categorías estudiadas teniendo así que si en la suma de los ítems resulta un puntaje de 0-7 se calificaría como normal, por otro lado si se obtiene un puntaje entre 8-10 se hablaría de una depresión o ansiedad dudosa, y si el puntaje es >11 se hablaría de depresión leve o ansiedad ya como un problema clínico.

3.8. Tratamiento

Desde el punto de vista clínico es fundamental lograr un diagnóstico y tratamiento precoz. En atención primaria todavía es difícil de diagnosticar en la práctica, pues los pacientes deciden acudir a consulta después de la aparición de complicaciones como depresión clínica o abuso de sustancias.

Entre las opciones de tratamiento disponibles se puede percibir un cambio en el estilo de vida, medidas de educación e higiene psicosocial, sobre todo en el control del estrés, diversas modalidades psicoterapéuticas, especialmente la terapia cognitivo-conductual, y terapia farmacológica.

3.8.1. Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser altamente eficaz para los diversos trastornos de ansiedad. Esta terapia trabaja dos componentes principales de la psique humana, las cogniciones o pensamientos y la conducta. Por ejemplo, en el caso de la fobia social la modificación cognitiva ayuda al paciente a cuestionarse algunos de sus temores, como el de estar siendo observado o juzgado continuamente por los demás. El componente conductual busca cambiar las reacciones de ansiedad provocadas por la situación, principalmente a través de estrategias de exposición y desensibilización sistemática. Mediante la terapia cognitiva se intenta identificar y modificar los pensamientos disfuncionales, automáticos o irracionales que generan respuestas inadaptativas.

3.8.2. Farmacoterapia

Cuando la medicación está indicada por psiquiatras especialistas, generalmente se recomienda la toma de fármacos antidepresivos conocidos como ISRS, como medicamentos de primera elección. Las benzodiazepinas a veces están indicadas para tratamientos de corta duración. Actualmente se consideran fármacos de segunda línea de tratamiento por los efectos secundarios que acarrearán, como el deterioro de las funciones cognitivas y el riesgo de dependencia.

4. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Existe un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de ayudar a detectar posibles casos de enfermedad.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de medida sirven para complementar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica.

Todos estos instrumentos presentan limitaciones (sensibilidad y especificidad inferior al 100%), por lo que no es factible ni recomendable utilizar escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos. En ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la misma y para apoyar el juicio clínico, así como también en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto de distintas intervenciones en la evolución de la enfermedad.

4.1. Escala de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS), fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española, realizada por Carrobes y cols en 1986, que es la que presentamos. (20) Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio

autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. (20)

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. (20)

4.1.1. INTERPRETACIÓN

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico. (20)

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). (20)

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma⁷, resultando útil la puntuación de las subescalas. (20)

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas. No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (8-10). Se ha sugerido (Bech y cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente. (20)

4.2. Herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Es un cuestionario que fue adaptado del original de Hamilton por el Ministerio de Salud Pública para la realidad del país y de los adolescentes.

Es un cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares).

Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala Oe ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). (21)

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de

respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. (21)

4.2.1. Interpretación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la ansiedad). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. (21)

En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

- ✘ 0-7 Normal
- ✘ 8 -10 Dudoso
- ✘ > 11 Problema clínico

MATERIALES Y MÉTODOS

- ♣ **Tipo de investigación:** Descriptivo, Cualitativo-cuantitativo
- ♣ **Tiempo:** El estudio se realizó en un año en el periodo de noviembre 2013 a octubre de 2014
- ♣ **Área de estudio:**

Los estudiantes de la UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ, Ubicada en la parroquia el Valle de la ciudad de Loja en las calles: Av. Orillas del Zamora y Av. Isidro Ayora.
- ♣ **Universo y Muestra:** El universo fueron los alumnos de primero, segundo y tercer año de bachillerato que son en total 386 alumnos que asisten a clases todos los días.
- ♣ **Variables:**
 - × *Variable Independiente:* Adolescencia.
 - × *Variable Dependiente:* Depresión y Ansiedad.
- ♣ **Medición de las variables:** Escala Ordinal.
- ♣ **Técnica e Instrumento:** Cuestionario elaborado por las investigadoras para determinar la existencia de factores de riesgo sociales enfocados a la escolaridad que consta de 10 ítems de preguntas cerradas estructuradas dicotómicas (apéndice 1).

Para el diagnóstico de ansiedad y depresión se empleó la herramienta 23 elaborada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador basado en el test de Hamilton (Anexo 1) que es un cuestionario de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la

subescala de depresión se ceñirán en el área de la anhedonia (pérdida de placer).

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 a 3), con diferentes formulaciones de respuesta, para la calificación del test se sumara el puntaje obtenido en cada ítem de acuerdo a las dos categorías estudiadas teniendo así que si en la suma de los ítems resulta un puntaje de 0-7 se calificaría como normal, por otro lado si se obtiene un puntaje entre 8-10 se hablaría de una depresión o ansiedad dudosa, y si el puntaje es >11 se hablaría de depresión leve o ansiedad ya como un problema clínico (anexo 1).

♣ **Procedimiento:**

× **Autorización:**

♠ P. Luis Oswaldo Espinoza, **RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ (Apéndice 2).**

♠ **Lugar:** UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ.

♣ **Personas que conforman la investigación:**

✓ Directora de tesis: Dra. Elvia Ruiz

✓ Investigadora: Andrea Cosios

✓ Alumnos del primer, segundo y tercer año de bachillerato

♣ **Condiciones Éticas:** se guardo las reservas del caso con los resultados obtenidos en la encuesta, se pedio el consentimiento informado a los adolescentes que conforman los diferentes paralelos en estudio (Apéndice 3).

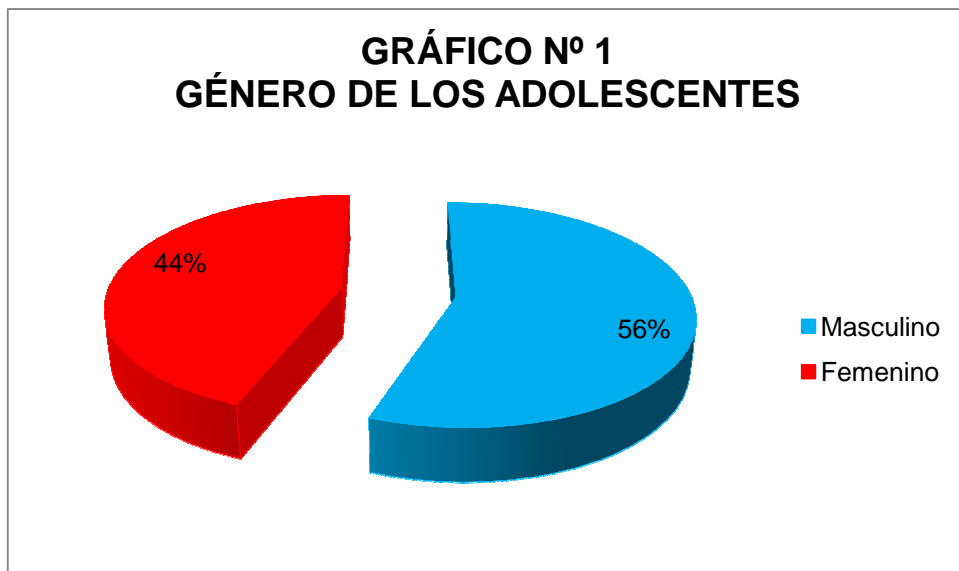
♣ **Plan para el proceso y análisis de datos:** Estadística Descriptiva. En el que utilizo herramientas de Microsoft office como son Excel y Word.

RESULTADOS

TABLA N° 1
GÉNERO DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
EDUCATIVA CALASANZ NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	215	56
Femenino	171	44
Total	386	100

Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública



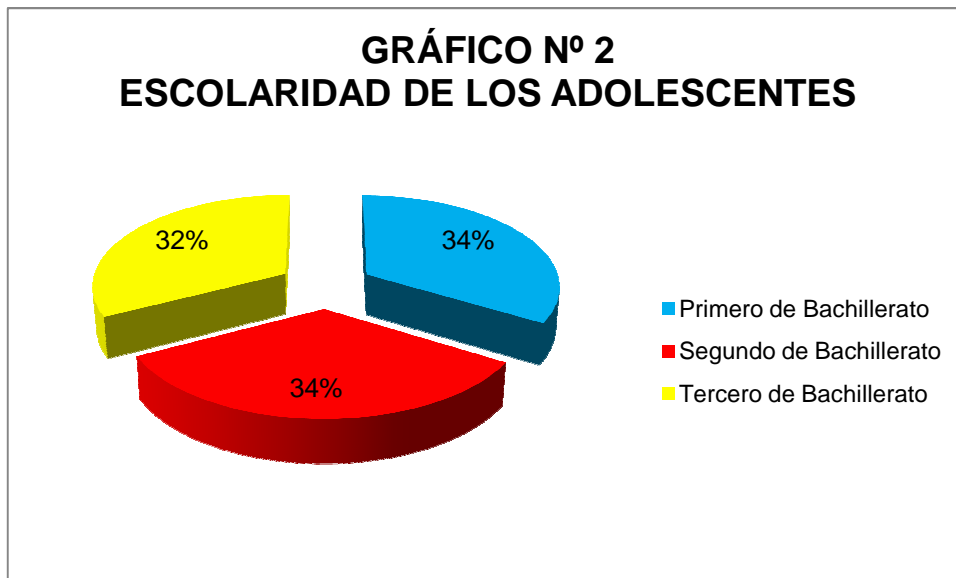
Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

INTERPRETACIÓN: De los 386 adolescentes encuestados; 171 fueron mujeres que corresponden al 44% y 215 hombres que corresponde al 56%.

TABLA N° 2
ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
EDUCATIVA CALASANZ NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primero de Bachillerato	130	34
Segundo de Bachillerato	130	34
Tercero de Bachillerato	126	33
Total	386	100

Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública



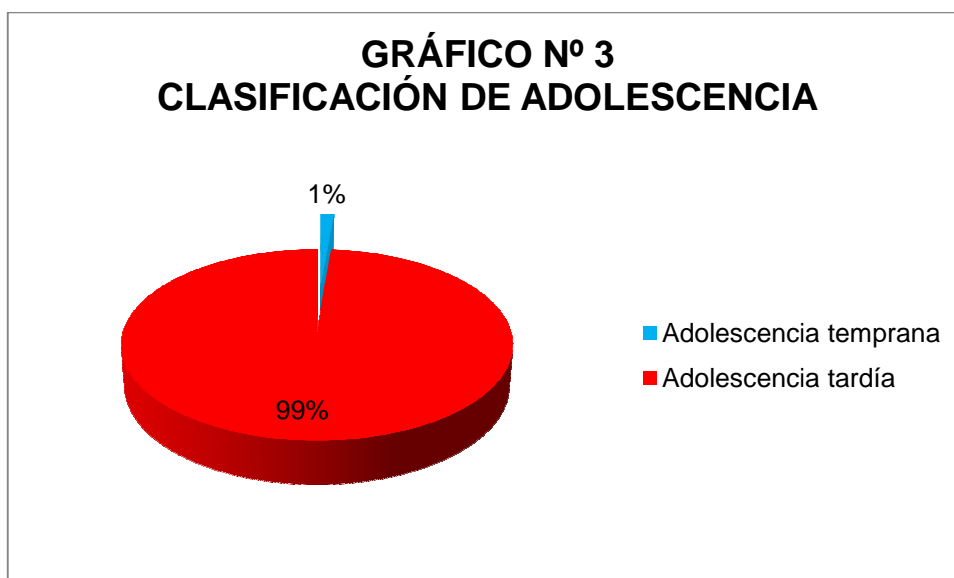
Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

INTERPRETACIÓ: Del total de alumnos encuestados 130 se encuentran cursando el primer año de bachillerato que corresponde al 33% y de la misma manera un número de 126 se encuentran en el tercer año de bachillerato con el 33%.

TABLA N° 3
CLASIFICACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
EDUCATIVA CALASANZ NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Adolescencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adolescencia temprana	5	1
Adolescencia tardía	381	99
Total	386	100

Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

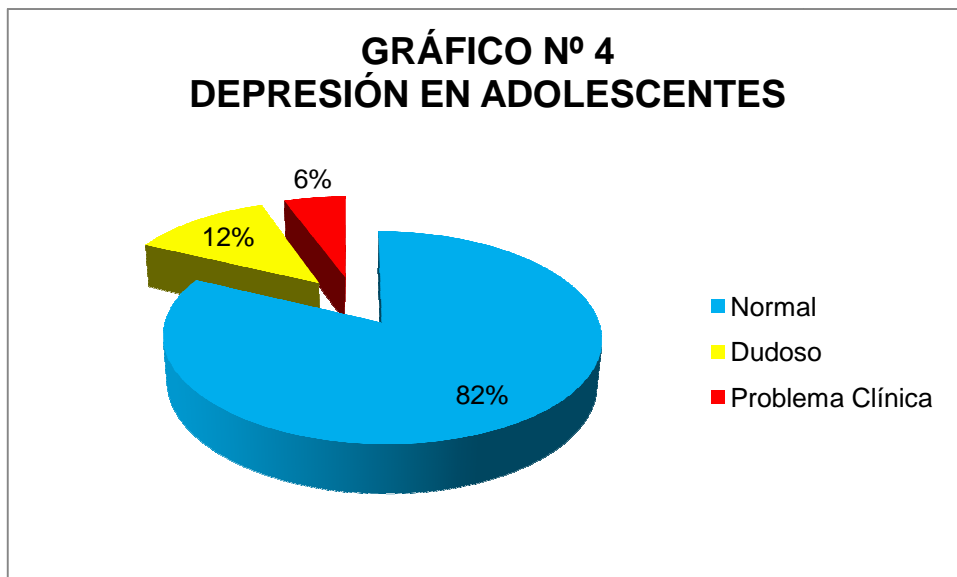


INTERPRETACIÓN: Del total 386 alumnos 5 se encuentra dentro de lo que se considera adolescencia temprana (10-14años) que corresponde al 1% y 381 se encuentran en la adolescencia tardea (15-19años) cuyo porcentaje es 99%

TABLA N° 4
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ CON
DEPRESIÓN NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE2014

Depresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	317	82
Dudoso	48	12
Problema Clínica	21	5
Total	386	100

Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública



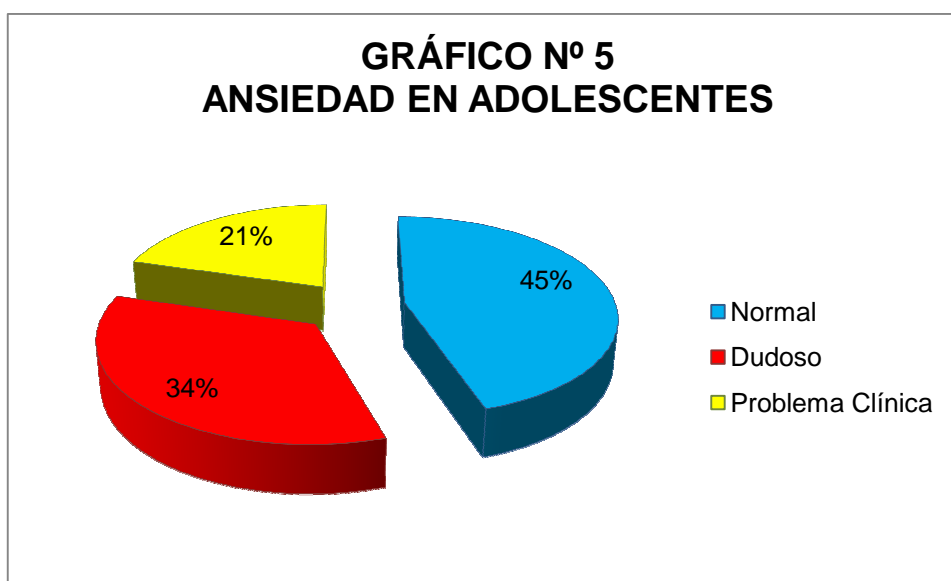
Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

INTERPRETACIÓN: De los 386 alumnos, 21 presentan un problema clínico de depresión que corresponde al 6% y 317 alumnos se encuentran dentro de la normalidad cuyo porcentaje es 82%.

TABLA N° 5
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ CON
ANSIEDAD NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE2014

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	174	45
Dudoso	133	34
Problema Clínica	79	20
Total	386	100

Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública



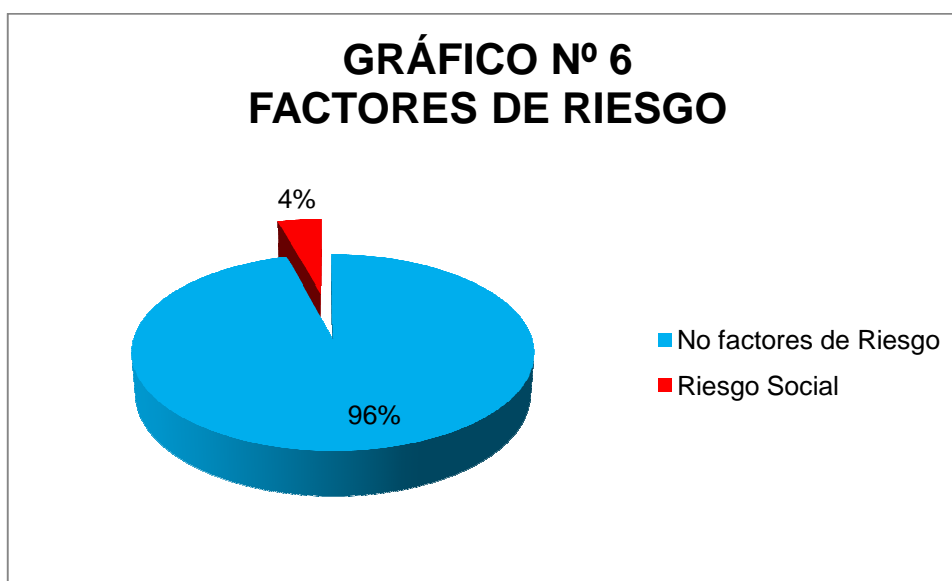
Fuente: Herramienta #23 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

INTERPRETACIÓN: Se observa que 79 alumnos presentan un problema clínico de ansiedad que corresponde el 21% y 174 alumnos se encuentran dentro de la normalidad cuyo porcentaje es 45%.

TABLA N° 6
FACTORES DE RIESGO SOCIALES ENFOCADOS A LA
ESCOLARIDAD EN DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
EDUCATIVA CALASANZ NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE2014

Factores de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje (%)
No factores de Riesgo	370	96
Riesgo Social	16	4
Total	386	100

Fuente: Encuesta Ansiedad y Depresión en adolescentes
Elaboración: Autora



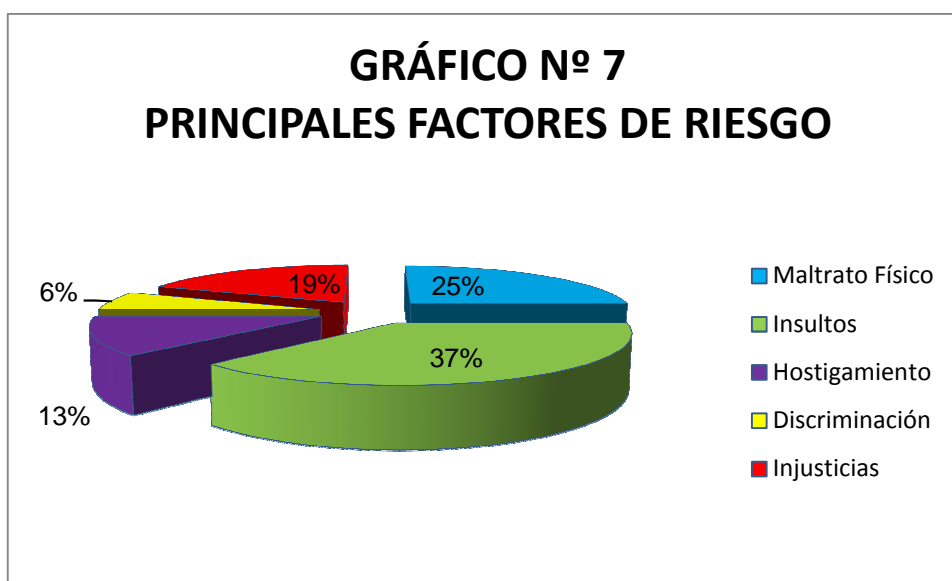
Fuente: Encuesta Ansiedad y Depresión en adolescentes
Elaboración: Autora

INTERPRETACIÓN: Del total de encuestados 370 alumnos no presentan factores de riesgo sociales para ansiedad y depresión que corresponde al 96% y 16 poseen factores de riesgo cuyo porcentaje es 4%.

TABLA N° 7
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO SOCIALES
ENFOCADOS A LA ESCOLARIDAD EN DE LOS
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ
NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE2014

Principales Factores de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Maltrato Físico	4	25
Insultos	6	38
Hostigamiento	2	13
Discriminación	1	6
Injusticias	3	19
Total	16	100

Fuente: Encuesta Ansiedad y Depresión en adolescentes
Elaboración: Autora



INTERPRETACIÓN: De los 16 alumnos que obtuvieron un resultado positivo para factores de riesgo, 4 alumnos presentan maltrato físico por parte de sus compañeros que representa el 25%, 6 alegan que reciben insultos cuyo porcentaje sería el 38%, 2 alumnos son víctimas de hostigamiento cuyo porcentaje es 13%, 1 alumno sufre discrimen que corresponde al 6% y 3 son víctimas de injusticias con un porcentaje del 19%

DISCUSIÓN

No hay salud sin salud mental. La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales.

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud la depresión es un problema frecuente a nivel mundial ya que se calcula el 350 millones presenta este problema de salud, siendo más dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y presentándose en edades tempranas cada día con mayor frecuencia lo que señala discrepancia en cuanto al género en relación con el presente estudio.

El estudio realizado demuestra que dentro de las instituciones educativas y en los adolescentes se encuentra ya como un problema de salud la presencia de trastornos afectivos como son la depresión y la ansiedad presentándose en mayor número en nuestro medio en los varones con una frecuencia de 251 (56%) y las de mujeres en una frecuencia de 171 (44%) y estos adolescente se encontraba en edades comprendidas entre los 10-19 años lo que señala una discrepancia en cuanto al género con el estudio realizado en Medellín cuyo título es Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín realizado por Elizabeth Hoyos Zuluaga, que estudio una población de 3690 adolescentes, que caracterizó por ser mujeres en un 56,7% (2131) y el porcentaje restante fueron hombres, con una edad comprendida entre los 9 y 19 años.

Al realizar una comparación con la presente investigación tenemos que la población en estudio fue de 386 personas de las cuales 44% (171) fueron mujeres y el 56% varones (215) lo que nos demuestra que hay variaciones en cuanto al género q predomina en estos dos estudios; de la misma manera el estudio cuyo título es Ansiedad, Depresión Y Comorbilidad en Adolescentes de La Ciudad De Corrientes en Argentina realizado por el Dr. Javier Canteros en donde la distribución en cuanto al género fue equitativa con una frecuencia de 18 (50%) correspondiente al sexo femenino y 18 (50%) al sexo masculino . Mientras que la edad de estudio concuerda en ambas investigaciones ya que en esta investigación las edades estuvieron comprendidas entre los 10-19

años de edad y concuerda con el estudio realizado en Medellín y Argentina, mientras que con la edad hay una tendencia positiva en cuanto al aumento de los niveles de depresión y ansiedad en los adolescentes y llegando a un pico en la adolescencia tardía.

En cuanto a la frecuencia de la depresión y ansiedad en el presente estudio se determinó que existe un número de 21 (6%) con depresión y 79 (20%) con ansiedad dentro del grupo de adolescentes, al comparar estos resultados con los que se obtuvieron en el estudio realizado por el Dr. Javier Andrés Lotero en Argentina cuyo título es Epidemiología De Los Trastornos De Ansiedad Y Depresión En Adolescentes de una Población Rural en donde los resultados que se obtienen son un 11 % de ansiedad y un 24 % de depresión, al emplear la Escala de Hamilton, existiendo una correlación en cuanto a los resultados ya que el trastorno de ánimos más frecuente en los adolescentes es la ansiedad seguido de la depresión y así mismo se observa que estas dos entidades coexisten en un mismo adolescente.

Al comparar los resultados de esta investigación con el estudio del Dr. Javier Canteros cuyos resultados fueron un 38.8% de adolescentes con ansiedad y un 52.2% con depresión que presentaría resultados inversos a la presente investigación ya que el trastorno afectivo más frecuente fue la ansiedad con el 20% seguida de la depresión con el 6%.

Cabe anotar que la importancia de los factores sociales en la adolescentes pueden general el desarrollo de trastornos afectivos; es así como la aceptación social parece jugar un papel más importante en la autovalía de las mujeres, así como la ayuda de una amiga y la seguridad en la amistad pueden servir como factores amortiguadores contra la ansiedad y la depresión en el marco de la victimización escolar o acoso laboral. La intimidación es una forma multifacética de maltrato, sobre todo visto en las escuelas y el lugar de trabajo. Se caracteriza por la exposición repetida de una persona a la agresión física y/o emocional, incluyendo burlas, insultos, amenazas, acoso, hostigamiento, exclusión social o rumores.

De esta manera se corrobora esto con los resultados obtenidos al aplicar la encuesta ya que los factores de riesgos psicosociales enfocados a la escolaridad dentro de los cuales se encuentra el Bullying y cuyo porcentaje de adolescentes que los poseen es del 4% y propensos a debutar tanto con depresión o ansiedad y esto se corrobora con datos de la Organización mundial de la salud destaca que más del 50% de adolescentes que has sufrido de acoso escolar desarrollan algún tipo de trastorno afectivo las mismas estadísticas se presentan en estudios realizados por la Organización Panamericana de Salud quienes además de estos resultados muestran índices de que el acoso escolar asociado a la depresión o ansiedad pueden llevar al adolescente a tendencias suicidas con materialización de estos pensamientos. De la mismas manera el estudio por el Psiquiatra William E. Copeland cuyo título es Resultados del Bullying y siendo intimidado por sus compañeros en la Infancia y la Adolescencia en donde señala que quienes son víctimas de bullying y poseen más de un factor de riesgo tienen tendencia a presentar posteriormente trastornos del estado de ánimo principalmente ansiedad y depresión. Los resultados de esta investigación demuestran que quienes presentan estos factores de riesgo tienen ya establecido un trastorno afectivo y quienes aun no lo presentan están próximos a desarrollarlo

CONCLUSIONES

1. Mediante la aplicación de la Herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública se logró realizar un diagnóstico oportuno de 21 casos clínicos de depresión y 79 casos de ansiedad en los adolescentes de la Unidad Educativa Calasanz.
2. Dentro de los principales factores de riesgo sociales enfocados a la escolaridad que predisponen a los adolescentes a desarrollar depresión y ansiedad se encuentra el acoso escolar o bullying.
3. Se realizó la socialización de los resultados de la presente investigación con los integrantes del departamento médico, maestros y los adolescentes que participaron en el estudio de la Unidad Educativa sobre la realidad de la depresión y la ansiedad así como la existencia de factores de riesgo enfocados a la escolaridad, orientado sobre cómo ayudar a los jóvenes que presentan estos trastornos del estado de ánimo y de esta manera contribuir a su prevención y/o temprano diagnóstico.

RECOMENDACIONES

1. Que dentro de la Unidad Educativa Calasanz se emplee por lo menos una vez al año el test diagnóstico de trastornos de ansiedad y depresión del Ministerio de Salud Pública siendo esta la Herramienta 23, para que de esta manera se pueda realizar una detección precoz de estas entidades clínicas.
2. Que se realicen charlas educativas y sobre todo orientadas a concientizar a los alumnos de la unidad acerca de los principales factores de riesgo sociales enfocados a la escolaridad que predisponen a los adolescentes a desarrollar depresión y ansiedad dentro de estos el más importante el acoso escolar o bullying.
3. Se debería trabajar conjuntamente la comunidad educativa con los familiares de los adolescentes del colegio, para advertir de estos problemas de trastornos afectivos en los adolescentes y prevenir su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación Wikimedia, Inc. Enciclopedia libre Wikipedia. [Online].; 2014 [cited 2014 Marzo 20. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>.
2. Luna M. Clinica de la ansiedad. [Online].; 2002 [cited 2014 Marzo 21. Available from: <http://www.clinicadeansiedad.com/Documento.asp?doc=128>.
3. BENIGNO CVH. UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ Repositorio Digital. [Online].; 2012 [cited 2014 Marzo 22. Available from: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/5156/1/FCSTGMEDC%200030.pdf>.
4. S. DNS, Oleas DHC, Z. DEA. MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MENTAL. [Online].; 2010 [cited 2014 Marzo 21. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/saludmental/manual_atencion_primaria_salud_mental.pdf.
5. Vilarrasa PAB. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con trastornos de ansiedad. Primera edición ed. Madrid : Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2009.
6. Carámbula P. SANAR Salud y Vida Sana. [Online].; 2010 [cited 2014 Marzo 20. Available from: <http://www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad>.
7. Pediatría SVdPy. NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. In Quintero OEFd, Sileo E. Nutrición y Adolescencia. Caracas-Venezuela: EDITORIA MÉDICA PANAMERICANA C.A; 2009. p. 163-171.
8. Hernández MC. Crecimiento y Desarrollo. In Hernández MC. TRATADO DE PEDIATRIA. Madrid: Ergón; 2011. p. 956-976.
9. Jenson HB, Behrman RE, Kliegman RM. Capítulo 14. Adolescencia. In Jenson HB, Behrman RE, Kliegman RM. Nelson Tratado de Pediatría.: Elsevier España; 2008. p. 53-58.
10. J.J. Casas Rivero MJCGF. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos. [Online].; 2005 [cited 2014 Abril 25. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente%282%29.pdf.

11. Ecuador MdSPd. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES. [Online].; 2009 [cited 2014 Mayo 12. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D87.pdf.
12. Paredes DSP. Concepto de la Adolescencia. [Online]. [cited 2014 Mayo 12. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf.
13. Gómez Restrepo C. Trastornos Afectivos: Trastornos Depresivos. In Restrepo G, Bayona H, Urreño R. PSQUIATRÍA CLÍNICA. Diagnostico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Editorial Medica PANAMERICANA; 2008. p. 303-3016.
14. JACKSON SW. HISTORIA DE LA MELANCOLIA Y LA DEPRESION. SEGUNDA EDICIÓN ed. Marid: TURNER; 1989.
15. Barlow D, Durand M. PSicologia Anormal, Un enfoque integral. segunda Edición ed. Estados Unidos : Thonson Learning; 2001.
16. Wikipedia. Fundación Wikimedia, Inc.,. [Online].; 2014 [cited 2014 Mayo 15. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>.
17. Lazo JS, Parker KL. Capitulo 17. Farmacoterapia de la depresión y de los trastornos de ansiedad. In Brunton LL, editor. Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. Mexico : McGraw-Hill Interamericana ; 2006. p. 429-453.
18. Barlow D, Mark D. Ansiedad, temor y pánico. In Barlow D, Mark D. Psicología anormal un enfoque integral. Boston : Thomson Learning ; 2001. p. 128-261.
19. Hollander E, Simeon D, Gorman J. Capitulo 14. Trastornos de Ansiedad. In Hales R, Stuardo Y, Talbott J. TRATADO DE PSQUIATRIA CLINICA. Barcelona : Masson; 2006. p. 563-587.
20. Psicopsi.com. Estudio del psicoanálisis y psicología. [Online].; 2006 [cited 2014 Agosto 14. Available from: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>.
21. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Caja de herramientas documentos de apoyo técnico. [Online].; 2009 [cited 2014 Agosto 14. Available from:

<http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/134/Caja%20de%20Herramientas%20de%20las%20Normas%20y%20Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20a%20Adolescentes.pdf?sequence=1>.

22. Blum R. La salud en los adolescentes: problemas mundiales, retos locales. Periódico Electrónico USA. 2008 Enero.

APENDICES Y ANEXOS

ANEXO 1

Herramienta #23

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA ADOLESCENCIA: ESCALA H. A. D.

NOMBRE EDAD FECHA

PROFESIÓN OCUPACIÓN

Instrucciones:

Lea cada pregunta y encierre en un círculo la respuesta que usted considera que coincida con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a: A

Casi todo el día	3
Gran parte del día	2
De vez en cuando	1
Nunca	0

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre: D

Ciertamente igual que antes	0
No tanto como antes	1
Solamente un poco	2
Ya no disfruto de nada	3

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: A

Si y muy intenso	3
Si, pero no muy intenso	2
Si, pero no me preocupa	1
No siento nada de eso	0

Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas: D

Igual que siempre	0
Actualmente algo menos	1
Actualmente mucho menos	2
Actualmente nunca	3

Tengo la cabeza llena de preocupaciones: A

Casi todo el día	3
Gran parte del día	2
De vez en cuando	1
Nunca	0

Me siento alegre: D

Nunca	3
Muy pocas veces	2
En algunas ocasiones	1
Gran parte del día	0

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente: A

Siempre	0
A menudo	1
Raras veces	2
Nunca	3

Herramienta #23

Me siento torpe: D	
Gran parte del día	3
A menudo	2
A veces	1
Nunca	0

Experimento una desagradable sensación de "nervios" y hormigueos en el estómago: A	
Nunca	0
Sólo en algunas ocasiones	1
A menudo	2
Muy a menudo	3

He perdido el interés por mi aspecto personal: D	
Completamente	3
No me cuido como debería hacerlo	2
Es posible que no me cuido como debiera	1
Me cuido como siempre lo he hecho	0

Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: A	
Realmente mucho	3
Bastante	2
No mucho	1
En absoluto	0

Espero las cosas con ilusión: D	
Como siempre	0
Algo menos que antes	1
Mucho menos que antes	2
Nunca	3

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: A	
Muy a menudo	3
Con cierta frecuencia	2
Raramente	1
Nunca	0

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: D	
A menudo	0
Algunas veces	1
Pocas veces	2
Casi nunca	3

PUNTAJE: D: (8-10)..... A:(8-10).....

DIAGNÓSTICO.....

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO DE HAD

Es un examen formulado por Hamilton, que mide Ansiedad (A) y Depresión (D), que en una escala resumida permite tener una visión general y rápida del estado de ánimo de un paciente.

APÉNDICE 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Factores De Riesgo Enfocados A La Escolaridad Para Desarrollar Ansiedad Y
Depresión En Adolescentes

Encuesta N°:

Fecha:

INSTRUCCIONES:

Le solicitamos su colaboración para responder este cuestionario. Conteste las preguntas colocando solamente una (x) dentro del paréntesis posterior a la alternativa que Ud. Escoja.

Nombre del encuestado:.....

Edad del encuestado:

Sexo del encuestado: F () M ()

1. ¿Te han agredido en los últimos meses físicamente (empujones, golpes, alones, etc)?

Si ()

No ()

2. ¿Sientes que no tienes amigos en la escuela?

Si ()

No ()

3. ¿Has sido víctima durante los últimos meses Insultos, groserías, apodos ofensivos o amenazas?

Si ()

No ()

4. Te roban o desaparecen constantemente tus cosa

Si ()

No ()

5. ¿Cuándo vas a decir algo, te descalifican o se burlan de ti?

Si ()

No ()

6. ¿Sientes que tus maestros son injusto contigo al momento de calificarte o dejarte participar en clases?

Si ()

No ()

7. Guardas silencio cuando alguien te hace daño y te aguantas

Si ()

No ()

Pocas Veces ()

8. Te han excluido de juegos y/o grupo de amigos de tu colegio

Si ()

No ()

9. Consideras que las reglas de tu escuela no se cumplen y que los que se portan mal siempre se salen con la suya.

Si ()

No ()

OBSERVACIONES:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

APÉNDICE 2

Autorización

Loja, 25 de Noviembre de 2013

Padre Luis Oswaldo Espinoza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ

De mis consideraciones:

Andrea Gabriela Cosios Sarmiento con cedula N° 1104869720, estudiante de la carrera de medicina del módulo XI, por medio del presente me permito llegar a su autoridad para exponer y solicitar lo siguiente: se me autorice realizar en tan prestigiosa Institución Educativa la ejecución de mi investigación cuyo tema es: **“DETERMINACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MEDIANTE LA HERRAMIENTA 23 MSP EN DOLESCECNTE DEL COLEGIO CALANAZ DE LOJA, EN EL PERIODO DE JUNIO DE 2013 A NOVIEMBRE DE 2014”.**, para la obtención de mi grado de Medico; y con el ánimo de dejar en su institución de los resultados q proyecte mi investigación los mismo q ayudaran al departamento médico a poder orientar a quienes se encuentren en estado de depresión y ansiedad.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente;

Andrea Cosios Sarmiento

Ci: _____
ESTUDIANTE

APÉNDICE 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TEMA DE TESIS: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO CALASANZ DE LOJA MEDIANTE LA HERRAMIENTA 23 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Consentimiento informado

Loja _____

Yo _____ alumno del _____ de bachillerato, paralelo _____, una vez que he sido informado(a) y teniendo conocimiento del trabajo de investigación, “DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO CALASANZ DE LOJA MEDIANTE LA HERRAMIENTA 23 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA” autorizo al Sra. Andrea Cosios Sarmiento, para que se me incluya dentro de dicho trabajo investigativo.

ATTE.

C.C.:.....

APÉNDICE 4

Alumnos del bachillerato siendo encuestados





INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	i
AUTORIA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TITULO:	7
RESUMEN	8
SUMARY	9
INTRODUCCIÓN.....	10
ESQUEMA DE MARCO TEORICO	12
MARCO TEÓRICO	13
ADOLESCENCIA	13
Definición y Características :	13
Maduración sexual.....	13
Crecimiento y desarrollo.....	17
Atención del Adolescente.....	18
DEPRESIÓN	21
Definición	21
Historia.....	21
Epidemiología	23
Factores de Riesgo.....	24
Clasificación.....	26
Signos y Síntomas.....	27
Situaciones Particulares	28
Evolución Diagnostica.....	30
Tratamiento.....	32
ANSIEDAD	37
Definición	37
Descripción general.....	37
Diferencia entre ansiedad patológica y adaptativa.....	38
Clasificación.....	39
Factores de Riesgo.....	43
Signos y Síntomas.....	45

Diagnóstico:	49
Tratamiento	49
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	51
Escala de Hamilton	51
Herramienta 23 del Ministerio de Salud Publica del Ecuador	53
MATERIALES Y MÉTODOS	55
RESULTADOS	57
TABLA N° 1	58
TABLA N° 2	59
TABLA N° 3	60
TABLA N° 4	61
TABLA N° 5	62
TABLA N° 6	63
TABLA N° 7	64
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
APENDICES Y ANEXOS	74
ANEXO 1	74
APÉNDICE 1.....	76
APÉNDICE 2.....	78
APÉNDICE 3.....	79
APÉNDICE 4.....	80