



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TÍTULO**

**“LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”**

TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL

**AUTOR:**

*Luis Gustavo Ordoñez Mullo*

**DIRECTOR:**

*Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.*



LOJA – ECUADOR

2017

**CERTIFICACIÓN**

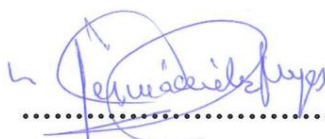
**Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.**  
**DIRECTOR DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Que la tesis titulada: **“LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”** de autoría del señor Luis Gustavo Ordoñez Mullo egresado de la Carrera de Medicina Humana, ha sido dirigida, revisada y aprobada en su integridad, por lo que autorizó su presentación al tribunal calificador.

Loja, 17 de agosto del 2017

Atentamente,



.....  
**Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.**  
**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Luis Gustavo Ordoñez Mullo, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

**Autor:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo

**Firma:**.....  


**Cedula:** 1104719875

**Fecha:** 17 de agosto del 2017

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Luis Gustavo Ordoñez Mullo, declaro ser autor de la tesis titulada “**LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA**” 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 el 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 17 días del mes de agosto del dos mil diecisiete, firma el autor.

**Firma:** 

**Autor:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo

**Cedula:** 1104719875

**Dirección:** Avenida 8 de diciembre, entre Eduardo Puertas y Francisco Costa, 48-95.

**Correo Electrónico:** luisgustavo3020@hotmail.com

**Celular:** 0959608924

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

**Tribunal de Grado**

**Presidente del tribunal:** Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

**Miembro del tribunal:** Alba Beatriz Pesántez González, Mg. Sc.

**Miembro del tribunal:** Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

## AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo de investigación, quiero agradecer a Dios por su ayuda y bendiciones, por darme la paciencia, sabiduría y entendimiento para culminar mi carrera.

Además, quiero dar mi más grande gratitud a la Universidad Nacional de Loja, y en forma particular a la Carrera de Medicina Humana y todos los que componen la docencia por sus enseñanzas y consejos impartidos.

Al Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc., director de tesis, quien ha entregado desinteresadamente su invaluable conocimiento y experiencia, además de paciencia, en el transcurso de la investigación.

A mi familia, quienes compartieron conmigo, y me dieron ánimo en los momentos difíciles.

A mis amigos y compañeros de aula por ayudarme de alguna u otra manera en el transcurso de mi carrera sin pedir nada a cambio.

Asimismo agradezco a los estudiantes participantes de la investigación, por su tiempo dedicado.

A todas las personas que de alguna manera intervinieron en la elaboración del presente trabajo.

*Luis Gustavo Ordoñez Mullo*

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por su ayuda y bendiciones para lograr una meta más en mi formación académica.

A mi familia, por todo su apoyo para que yo pueda concluir mi carrera.

A mi madre, por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera.

A la memoria de mi padre y mi abuelito Teodomiro Ordoñez, cuyas incomparables y valiosas enseñanzas las recordare para toda la vida.

A mi abuelita Dolores María Valdivieso, que con su aliento de cariño me ha encaminado a ser una persona de bien para mi familia y para la sociedad.

A mis hermanos queridos, Germania, Andrea, David, Carmen, por todo su apoyo y por siempre alentarme a seguir adelante a pesar de los tropiezos.

*Luis Gustavo Ordoñez Mullo*

## ÍNDICE

CARÁTULA .....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
ÍNDICE.....	vii
1. TÍTULO .....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
4.1. ADOLESCENCIA .....	6
4.1.1 Concepto. ....	6
4.1.2 Maduración sexual.....	6
4.1.2.1 Secuencia de eventos puberales femeninos.....	7
4.1.2.2 Secuencia de eventos puberales masculinos. ....	8
4.1.3 Crecimiento y desarrollo.....	9
4.1.3.1 Crecimiento. ....	9
4.1.3.2 Desarrollo. ....	9
4.1.4 Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo.....	9
4.1.4.1 Factores externos o exógenos. ....	9
4.1.4.2 Factores internos o endógenos.....	10
4.1.4.3 Factores mediadores. ....	10
4.1.5 Antropometría en la adolescencia.....	10
4.1.5.1 Peso. ....	10
4.1.5.2 Talla.....	10
4.1.5.3 Talla media de los padres. ....	11
4.1.5.4 Índice de masa corporal (IMC). ....	11
4.2 DEPRESIÓN .....	12
4.2.1 Concepto. ....	12
4.2.2 Historia.....	12
4.2.3 Clasificación de la depresión. ....	14
4.2.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de los trastornos depresivos.....	14

4.2.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). .....	15
4.2.3.2.1 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	15
4.2.3.2.2 Trastorno de depresión mayor. ....	16
4.2.3.2.3 Trastorno depresivo persistente (distimia). ....	17
4.2.3.2.4 Trastorno disfórico premenstrual.....	18
4.2.3.2.5 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.....	19
4.2.3.2.6 Trastorno depresivo debido a otra afección médica. ....	20
4.2.3.2.7 Otro trastorno depresivo especificado. ....	21
4.2.3.2.8 Otro trastorno depresivo no especificado. ....	22
4.2.4 Factores de riesgo. ....	22
4.2.4.1 Factores personales y sociales.....	22
4.2.4.2 Factores cognitivos.....	23
4.2.4.3 Factores familiares y genéticos. ....	23
4.2.5 Signos y síntomas. ....	25
4.2.6 Diagnóstico. ....	25
4.2.6.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según el CIE-10.....	26
4.2.6.2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10. ....	26
4.2.6.3 Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según CIE-10.....	27
4.2.6.4 Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según DSM-V.....	28
4.2.6.5 Diagnóstico diferencial de la depresión. ....	29
4.2.6.5.1 Patologías medicas: .....	29
4.2.6.5.2 Trastornos mentales: .....	30
4.2.6.5.3 Fármacos: .....	30
4.2.6.5.4 Consumo de drogas: .....	30
4.2.7 Tratamiento.....	30
4.2.7.1 Fármacos bloqueantes de la recaptación de aminas. ....	31
4.2.7.2 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). ....	34
4.2.7.3 La Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	35
4.2.7.4 Terapia electroconvulsiva (TEC). ....	35
4.2.7.4.1 Mecanismo de acción. ....	35
4.2.7.4.2 Indicaciones. ....	36
4.2.7.4.3 Contraindicaciones. ....	36
4.2.7.4.3.1 Absolutas.....	36
4.2.7.4.3.2 Relativas. ....	36
4.3 ANSIEDAD.....	36
4.3.1 Definición. ....	36



4.3. 2 Ansiedad patológica y adaptativa. ....	37
4.3.2.1 Diferencias entre ansiedad normal o patológica .....	37
4.3.3 Factores de riesgo. ....	37
4.3.3.1 Biológicos.....	37
4.3.3.2 Psicosociales.....	38
4.3.4 Clasificación. ....	38
4.3.4.1 Diagnóstico de ansiedad según CIE-10.....	38
4.3.4.2 Diagnóstico de ansiedad según DSM-V.....	39
4.3.4.2.1 Trastorno de ansiedad por separación. ....	39
4.3.4.2.2 Mutismo selectivo. ....	40
4.3.4.2.3 Fobia específica. ....	41
4.3.4.2.4 Trastorno de ansiedad social (fobia social). ....	41
4.3.4.2.5 Trastorno de pánico. ....	42
4.3.4.2.6 Especificador del ataque de pánico. ....	43
4.3.4.2.7 Agorafobia. ....	43
4.3.4.2.8 Trastornos de ansiedad generalizada. ....	44
4.3.4.2.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. ....	45
4.3.4.2.10 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. ....	45
4.3.4.2.11 Otro trastorno de ansiedad especificado. ....	46
4.3.4.2.12 Otro trastorno de ansiedad no especificado. ....	48
4.3.5 Signos y síntomas. ....	48
4.3.5.1 Síntomas físicos.....	48
4.3.5.2 Síntomas psicológicos y conductuales. ....	49
4.3.6 Diagnóstico. ....	49
4.3.7 Tratamiento. ....	49
4.3.7.1 Terapia cognitiva-conductual.....	49
4.3.7.2 Farmacoterapia. ....	50
4.3.7.2.1 Benzodiacepinas. ....	50
4.3.7.2.2 Antidepresivos. ....	52
4.3.7.2.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRA). ....	52
4.3.7.2.4 Antidepresivos tricíclicos e inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO). .....	53
4.3.7.2.5 Betabloqueadores.....	53
4.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS .....	53
4.4.1 Test de Beck para depresión e inventario de Beck para ansiedad. ....	53
4.4.1.1 Test de Beck para depresión.....	53
4.4.1.2 Inventario de Beck para ansiedad (BAI). ....	55

4.4.2 Test de Hamilton de depresión y ansiedad. ....	56
4.4.2.1 Test de Hamilton de depresión (HAM-D).....	56
4.4.2.2 Test de ansiedad de Hamilton. ....	57
4.4.3 Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). ....	57
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	59
5.1. Tipo de Estudio. ....	59
5.2. Área de estudio. ....	59
5.3. Universo. ....	59
5.4. Muestra. ....	59
5.5. Muestreo. ....	59
5.6. Criterios de inclusión y exclusión.....	60
5.6.1. Criterios de inclusión: ....	60
5.6.2. Criterios de exclusión:.....	60
5.7. Hipótesis. ....	60
5.7.1 Hipótesis nula.....	60
5.7.2 Hipótesis alternativa.....	60
5.8. Plan de recolección de la información. ....	60
5.9. Plan de procesamiento de la información. ....	62
6. RESULTADOS .....	65
7. DISCUSIÓN.....	70
8. CONCLUSIONES.....	76
9. RECOMENDACIONES .....	77
10. BIBLIOGRAFÍA .....	78
10. ANEXOS.....	85

## **1. TÍTULO**

**“LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO  
DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”**

## 2. RESUMEN

La depresión y la ansiedad son dos trastornos emocionales complejos que, aunque son distintos, implican problemas de pensamiento y conducta. Son enfermedades que pueden presentar bastantes similitudes, e incluso las podemos llegar a confundir. Sin embargo, y a pesar de estar reconocidos como entidades clínicas en adolescentes, se presenta aun falla en el diagnóstico, dado que a pesar de haber síntomas claros de depresión y/o ansiedad, éstos son subestimados por familiares y profesionales de la salud. La presente investigación determinó el grado de depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo, para lo cual se realizó un estudio descriptivo, relacional, cuantitativo de corte transversal, se aplicó el Test de Hamilton de ansiedad y depresión en 179 estudiantes pertenecientes a la sección de bachillerato; se determinó que: el 29,1% presentó depresión leve y el 5,6% depresión severa, el 40,8% presentó ansiedad leve y el 34,1% ansiedad moderada. La prevalencia de depresión y ansiedad fue del 53,6% y 74,9% respectivamente, la relación entre depresión y ansiedad fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Se concluyó que la prevalencia de depresión y ansiedad fue elevada y que existe relación entre depresión y ansiedad.

Palabras claves: depresión, ansiedad, adolescentes.

## ABSTRACT

Depression and anxiety are complex emotional disorders, even though they are different, they can carry on thinking and behavioural problems. They are illnesses, which can share a similar background and we can even confused them. Although, those illnesses are recognized such as clinic entities in teenagers, they can present a failure diagnostic owing to parents and health professionals can underestimate the clear symptoms of depression and anxiety. This investigation determined the level of anxiety and depression in junior and senior teenagers of Adolfo Valarezo High School, for which a descriptive, relational and cross-sectional quantitative study was developed. Anxiety and Depression Hamilton Test was applied in 179 high school students; it determined that: 29,1% presented minor depression and 5,6% major depression, 40,8% presented minor anxiety and 34,1% moderate anxiety. The prevalence of depression and anxiety was 53,6% and 74,9%, respectively, the relationship between depression and anxiety was statistically significant ( $p < 0,05$ ). To conclude, the prevalence of depression and anxiety was high and there is a relation between depression and anxiety.

Key words: depression, anxiety, teenagers

### 3. INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad en ciertos casos, constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que en la práctica no es extraño observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de angustia empañados con sintomatología depresiva. (Serrano Barquín, Rojas García, & Ruggero, 2013)

Hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida. (Organización Mundial de la Salud (OMS) , 2014)

Por lo tanto la realización de la presente investigación es necesaria y relevante puesto que la depresión y la ansiedad son dos patologías que están acrecentándose progresivamente y que pueden estar solapadas y en las que aún se presenta falla en su diagnóstico y tratamiento oportuno al ser subestimadas por familiares y profesionales de la salud. Igualmente es importante mencionar que durante la adolescencia los jóvenes son más propensos a adquirir con frecuencia problemas psicológicos y psiquiátricos. Es por este motivo que se consideró de importancia dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿“Cuál es el grado de depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja”? con el fin de dar cumplimiento al objetivo general: determinar el grado de depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo, y a los objetivos específicos: determinar los grados de depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo, conocer la prevalencia de depresión y ansiedad de los adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo, establecer la relación entre depresión y la ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo.

Para este estudio participaron 179 adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo, en los cuales se utilizó el test de ansiedad y depresión de Hamilton, el estudio fue de tipo descriptivo, relacional, cuantitativo de corte transversal.

Con los resultados obtenidos pudimos apreciar que en cuanto a la depresión y ansiedad: más de un tercio de los estudiantes de bachillerato presenta depresión leve;

cerca de la mitad de los estudiantes presenta ansiedad leve, y más de un tercio presenta ansiedad moderada grave; en cuanto a la prevalencia de la depresión y ansiedad, la mitad de los estudiantes presenta depresión y tres cuartas partes presenta ansiedad; se estableció la relación entre depresión y ansiedad mediante la prueba de chi cuadrado al obtenerse un valor de p menor a 0,05 la cual fue estadísticamente significativa.

Una vez finalizado el presente estudio investigativo puedo concluir que:

De los estudiantes del bachillerato del colegio Adolfo Valarezo, 2 de cada 10 estudiantes presentaron depresión leve, 3 de cada 10 estudiantes presentaron ansiedad moderada/grave. En los adolescentes de esta institución educativa hay una elevada prevalencia de ansiedad y depresión, y que existe relación entre depresión y ansiedad.

Por lo tanto se recomienda que se realicen charlas y talleres sobre depresión y ansiedad dirigida a los estudiantes y padres de familia, se aplique un test de depresión y ansiedad a los estudiantes para realizar seguimiento de los estudiantes que presenten estas patologías mediante el departamento médico.

## 4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 4.1. ADOLESCENCIA

#### 4.1.1 Concepto.

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la etapa de la vida de los seres humanos comprendida entre los 10 a los 19 años de edad, momento en el cual se encuentran influenciados por factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos que los hacen vulnerables a muchas circunstancias que pueden alterar su adecuado desarrollo hacia la edad adulta. (Iñiguez Ordoñez, 2017)

Adolescencia es un término que tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse. *Adolescente* deriva del participio presente que es activo, por tanto es el que está creciendo, en oposición al pasado, que se correspondería al sujeto adulto, que ya ha crecido. Otros dos términos que aparecen relacionados habitualmente con el de adolescencia son *pubertad* y *juventud*. *Pubertad* proviene del latín *pubere* (cubrirse de vello el pubis) y hace referencia fundamentalmente a los cambios biológicos que aparecen en el final de la infancia y que suelen englobarse en una primera fase de la adolescencia. (Adrián Serrano & Rangel Gascó, 2011).

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo, del crecimiento y en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individuación adulta. (Lillo Espinosa, 2012)

#### 4.1.2 Maduración sexual.

El desarrollo sexual se refiere a los cambios secuenciales que el niño o niña experimentan en su anatomía y a la aparición y funcionamiento de las características sexuales secundarias, que permiten la conformación del cuerpo masculino y femenino (dimorfismo sexual).

En el inicio del desarrollo puberal hay dos eventos importantes y secuenciales: **Adrenarquia**: efecto de la secreción de andrógenos suprarrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años, responsable de la aparición de vello púbico y axilar, y de cambios en el



olor del sudor axilar. **Gonadarquia:** es el cambio hormonal más importante y consiste en la reactivación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que coincide con el estímulo del eje del crecimiento. Las gonadotrofinas estimulan la síntesis y secreción de los esteroides gonadales: en el varón la testosterona induce crecimiento de genitales externos, desarrollo de vello púbico, facial y axilar, acné, desarrollo muscular y laríngeo, estímulo del crecimiento óseo y cierre epifisiario. En la mujer los estrógenos inducen el desarrollo mamario, uterino y vaginal, el crecimiento estatural y el cierre epifisiario. (Rosero, y otros, 2009)

#### **4.1.2.1 Secuencia de eventos puberales femeninos.**

El primer signo de desarrollo puberal es la aparición del botón mamario (**telarquia**), la mama se eleva debido a un aumento del tejido celular subcutáneo, el botón mamario suele aparecer antes en un lado que en el otro (en pocas ocasiones es simultánea la aparición en ambos lados), puede existir una pequeña asimetría mamaria que es totalmente fisiológica, también aparece el crecimiento del vello púbico (**pubarquia**). La edad promedio de aparición mamaria es de 10,5 años, completando su desarrollo en 4 años, con un rango entre los 8 y 13 años.

Con el inicio de la secreción de estrógenos por parte del ovario la vulva empieza a cambiar de aspecto: aumentan de volumen los labios mayores y menores, aumenta el tamaño del himen y empieza a aparecer el flujo genital, segregado por las glándulas secretoras de moco que están situadas en la vulva, la vagina y el cuello del útero. Posteriormente los labios vulvares aumentan más de volumen. Cuando la pubertad es completa finaliza el crecimiento de los labios mayores y menores y del clítoris, que ya se puede identificar como un órgano eréctil. La producción de estrógenos estimula el crecimiento en tamaño de la vagina y determina su contenido en glucógeno. La flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), el himen se engrosa. (Temboury Molina, 2010)

La primera menstruación (menarquia) se presenta 1,5 a 2 años después de la telarquia, generalmente entre los grados III y IV del desarrollo mamario (está relacionada con la edad de la menarquia de la madre). La edad promedio de presentación en Ecuador es de 12,7 años. Durante los dos años posteriores a la menarquia, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, lo que explica la

irregularidad de las menstruaciones durante este período. Cuando los ciclos ya están establecidos tienen una duración normal de entre 21 y 35 días, aunque el promedio es de 28 días.

También hay cambios a nivel de ovario y tamaño del útero, existe una relación entre el tamaño ovárico y el estadio puberal; para el estadio I, el volumen ovárico es de  $0,7 \pm 0,4$  ml, para el estadio II, de  $1,6 \pm 0,9$  ml, para el estadio III, de  $3,5 \pm 1,8$  ml y para los estadios IV-V, de  $7,4 \pm 4,8$  ml. El ovario adulto mide 2-2,5 cm de longitud, 1,5-3 cm de anchura, 0,6-1,5 cm de espesor y tiene un volumen de 5-6 ml. El útero comienza a aumentar lenta y progresivamente de tamaño a partir de los 9 años, especialmente el cuerpo, hasta alcanzar una longitud de 6-8 cm. Posteriormente, se desarrolla el endometrio con la visualización de una línea de ecodensidad más alta en el centro del útero, denominada línea endometrial. (Iglesias Diz, 2013)

#### **4.1.2.2 Secuencia de eventos puberales masculinos.**

El primer signo puberal es el aumento del tamaño testicular a una edad promedio de 11,6 años. Se considera puberal un tamaño testicular igual o mayor de 2,5 cm de diámetro mayor, lo que corresponde a 4 ml medidos con el orquidómetro de Prader.

Poco después del crecimiento testicular se inicia el crecimiento del pene y vello púbico (VP). El desarrollo del pene y testículos toma 3,5 años. La espermatogénesis es un evento puberal relativamente precoz (14 años) que se inicia habitualmente entre las etapas II y III de Tanner, además comienzan las poluciones nocturnas.

El vello axilar aparece en promedio dos años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz (enronquecimiento de la voz en el varón). El vello de otras áreas corporales dependientes de andrógenos como pecho, cara, espalda y abdomen aparecen a mitad de la pubertad y sigue progresando durante años. La distribución del vello estimulado por andrógenos es muy variable entre individuos y depende más de factores raciales, familiares y genéticos que del nivel de andrógenos. En el inicio puberal el volumen testicular está entre 2,5 ml a 4ml, y en el adulto el volumen es de 12 a 25 ml. La longitud del pene en etapa prepuberal es de alrededor de 3 a 4 cm., mientras que en el adulto llega a un promedio de 12 a 15 cm. (Muñoz Calvo & Pozo Román, 2011)

### **4.1.3 Crecimiento y desarrollo.**

#### **4.1.3.1 Crecimiento.**

En los adolescentes se produce: aumento de peso y estatura, cambios de las formas y dimensiones corporales (dimorfismo sexual), que al inicio ocurre en forma disarmónica, lo que determina cambios transitorios como incoordinación motriz o fatiga, ganancia y redistribución de la masa corporal, hay crecimiento óseo (longitudinal y transversal) y maduración dentaria; el crecimiento de los maxilares puede generar problemas en las arcadas dentarias además se produce crecimiento de órganos y sistemas.

#### **4.1.3.2 Desarrollo.**

Durante el desarrollo se producen cambios: conductuales, sicosociales, sexuales, en los hábitos alimentarios, del pensamiento concreto al abstracto, de sueño y de actividad física. Se obtienen nuevas habilidades psicomotrices, en el área motriz se alcanza madurez fina y gruesa, lo que facilita el desarrollo en arte (pintura, instrumentos musicales) y logros deportivos. Hay un incremento en el coeficiente intelectual (10-15%), se desarrolla el cerebro (lóbulo prefrontal). Se produce desarrollo del razonamiento, planeación de la conducta e inhibición de las respuestas impulsivas, regulación de las emociones, balance de riesgos y recompensas, aprendizaje de la experiencia, hay mayor rendimiento físico, capacidad y recuperación frente al ejercicio, hay cambios en la respuesta inmunológica, que genera mejoría o agravamiento de problemas inmunológicos previos (alergias) y respuestas frente a la infección.

### **4.1.4 Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo.**

#### **4.1.4.1 Factores externos o exógenos.**

Dentro de estos factores están: el ambiente (nivel socioeconómico, educación, cultura, salud, sicosociales, familia, trabajo, círculo de pares, comunidad, medios de comunicación); las enfermedades, especialmente crónicas o graves, también influyen las conductas alimentarias.

#### **4.1.4.2 Factores internos o endógenos.**

Estos factores son: genéticos los cuales determinan el inicio de la pubertad, la velocidad y el pico de crecimiento; y factores hormonales (hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, esteroides sexuales).

#### **4.1.4.3 Factores mediadores.**

Estos actúan: entre la herencia y el ambiente, como la familia y el rol de la madre y del padre; sobre el potencial genético interactúan factores ambientales (nutrición, relación, salud y afectividad) que pueden influir en el crecimiento y desarrollo de los adolescentes. Con frecuencia los excesos también generan problemas en el crecimiento y desarrollo (deporte excesivo, dietas hipercalóricas, trabajo o estudio saturante, vida sedentaria).

#### **4.1.5 Antropometría en la adolescencia.**

##### **4.1.5.1 Peso.**

El incremento del peso al final de la pubertad es de 16 a 20 Kg. en mujeres y de 23 a 28 Kg. en varones. La ganancia de peso no sólo depende del crecimiento esquelético sino también de otros tejidos. El crecimiento muscular es mayor en los varones.

La redistribución y aumento del tejido adiposo logran el dimorfismo sexual. Hay que recordar la importancia del panículo graso en la producción y metabolismo hormonales, ya que su ausencia (por carencia, dieta o ejercicio excesivo) puede perturbar el desarrollo sexual apropiado. (Rosero, y otros, 2009)

##### **4.1.5.2 Talla.**

La talla o estatura mide el crecimiento longitudinal. La estatura se define como la distancia que existe entre el plano de sustentación (piso) y el vértex (punto más alto de la cabeza). La talla final se alcanza al terminar la pubertad, durante la cual la mujer crecerá en promedio de 20 a 23 cm.; en su mejor momento (estirón puberal) crecerá alrededor de 8 cm. al año. El varón puede registrar un aumento de 24 a 27 cm. con un pico de crecimiento anual de 9 a 10 cm. y en algunos casos de hasta 1 cm. por mes. El

crecimiento longitudinal se da por segmentos. Primero crece el segmento inferior (miembros), luego el segmento medio superior (tronco y cabeza).

El crecimiento es distal (manos y pies), se alargan los miembros y se aprecia un desequilibrio corporal. Los diámetros transversales aumentan y se observa un mayor ancho de los hombros en los varones y de la pelvis en las mujeres.

#### **4.1.5.3 Talla media de los padres.**

En el caso de una mujer, graficar la suma de la talla de la madre más la del padre menos 13 cm. y dividida para 2. Para un varón graficar la suma de las tallas de padre y madre más 13 cm. dividida para 2.

Fórmula:

- Hombres = (Talla padre + Talla madre) + 13/2
- Mujeres = (Talla padre + Talla madre) - 13/2
- Talla objetivo = Talla media de padres + 5 cm.

#### **4.1.5.4 Índice de masa corporal (IMC).**

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de peso corregida para la talla, en relación a la edad cronológica. Es el mejor indicador nutricional en la adolescencia, porque incorpora la información requerida sobre la edad y ha sido validado internacionalmente.

La curva de índice de masa corporal para la edad es un instrumento de selección para evaluar el peso normal, sobrepeso, obesidad y el de peso insuficiente en la población entre 2-20 años.

Valoración: Luego de obtener el peso (kg.) y talla (en metros elevado al cuadrado) del/de la adolescente se aplica la siguiente fórmula:  $IMC = P \text{ (kg)}/T \text{ (m)}^2$ . (Rosero, y otros, 2009)

## **4.2 DEPRESIÓN**

### **4.2.1 Concepto.**

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Álvarez Ariza, y otros, 2014)

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. (Serrano, y otros, 2011)

### **4.2.2 Historia.**

En los tiempos prehistóricos las causas de los trastornos mentales estaban influidas por la creencia universal de fenómenos sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus. El sistema mágico religioso que influye en los métodos curativos primitivos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo.

La biblia cuenta por ejemplo el fin de rey Antioco Epifanes (Macabeos 1<sup>a</sup>,6) sus tristezas y sus palabras después de una derrota militar: Huye el sueño de mis ojos y mi corazón desfallece de ansiedad. (Zarragoitía, 2011)

Los griegos antiguos ya hacían mención a un estado de locura delirante con ánimo exaltado, Hipócrates (460-357 A.C) describe los trastornos del afecto 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. Sorano había comprobado una posible relación entre el estado de locura delirante y la melancolía, e

incluso describió los episodios mixtos. Para Areteo de Capadocia la melancolía era la forma fundamental de locura, de la que derivan las otras variedades. Cuando la enfermedad se agravaba, se producía una afectación del cerebro por vía simpática, que daba lugar a la aparición de la manía. 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. (Zarragoitía, 2011)

Los romanos tenían su propia manera de nombrar a la bilis negra (atra bilis), pero prefirieron llamarla como les sonaba a ellos la fonética, es decir melacholía. Así mismo la palabra depresión se deriva del latín de *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo)

Por otra parte en nuestra América, según las narraciones de los conquistadores españoles, recopiladas por Elferink, la depresión era la enfermedad mental más frecuente entre los incas, quienes tenían un afinado conocimiento de las plantas medicinales y los minerales que se empleaban contra la enfermedad, así como los ritos mágicos y religiosos para combatir. (Zarragoitía, 2011)

En la Edad Media los líderes religiosos creían que la depresión era causada por posesión de los espíritus malos.

A inicios del siglo XVIII, Pitcairn explico que el desorden de la hidrodinámica de la sangre afectaba el flujo de los espíritus animales de los nervios y provocaba pensamientos desordenados y delirios en la melancolía.

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”. (Botto, Acuña, & Jiménez, 2013)

El siglo XIX supondría el siglo de máximo progreso en el desarrollo de la psicosis única. Así, el autor belga, Guislain, defendió su tesis según la cual la melancolía era el fenómeno inicial. (Zarragoitía, 2011)

### **4.2.3 Clasificación de la depresión.**

Los trastornos depresivos son varios y se pueden clasificar teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) o utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)

#### **4.2.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de los trastornos depresivos.**

Los trastornos depresivos son clasificados así:

##### **Episodios depresivos:**

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

##### **Trastorno depresivo recurrente:**

- 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
- Otros trastornos depresivos recurrentes
- Trastorno depresivo recurrente sin depresión

##### **Trastornos del humor (afectivos) persistente:**

- Distimia
- Ciclotimia

##### **Otros trastornos del afecto.**

- Trastornos del afecto secundarios:
- Enfermedad médica.
- Inducido por sustancias.
- Otras formas de trastornos afectivos:
- Depresión atípica
- Disforia posparto



- Depresión posparto
- Síndrome mixto de ansiedad y depresión
- Melancolía
- Depresión doble
- Depresión enmascarada
- Trastorno disfórico premenstrual
- Depresión bipolar. (Restrepo, Restrepo , & Alzate , 2008),

#### **4.2.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).**

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, American Psychiatric Association) clasifica los trastornos depresivos de la siguiente manera:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado.

##### **4.2.3.2.1 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.**

El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera.

Este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño. Se debe distinguir cuidadosamente la presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. De hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se añadió al DSM-5 para abordar las grandes dudas sobre la inapropiada clasificación y tratamiento de los niños que presentan irritabilidad crónica persistente frente a los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (p. ej., episódico).

El comienzo del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe producirse antes de los 10 años de edad y el diagnóstico no debería aplicarse a niños menores de 6 años. No se sabe con certeza si esta afección se presenta únicamente en esta limitada banda de edades. Como es probable que los síntomas del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cambien al madurar el niño, el uso de este diagnóstico se debería restringir a los grupos de edad similares a aquellos en que se ha establecido su validez (7-18 años)

Las tasas de comorbilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son extremadamente altas. Es raro encontrar pacientes cuyos síntomas cumplan únicamente los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y otros síndromes definidos en el DSM-IV parece ser mayor que para otras enfermedades mentales infantiles; el solapamiento mayor se produce con el trastorno negativista desafiante. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.3.2.2 Trastorno de depresión mayor.**

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de

muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado.

Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los hobbies, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el posparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. Las definiciones de episodios de depresión mayor que se han modificado para incluir sólo esos síntomas no vegetativos parecen identificar casi los mismos pacientes que cuando se utilizan todos los criterios. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.3.2.3 Trastorno depresivo persistente (distimia).**

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes. En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos".

El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la infancia, la adolescencia o la juventud) y, por definición, tiene un curso crónico. Entre los individuos con trastorno depresivo persistente y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común. El comienzo temprano (p. ej., antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y de abuso de sustancias. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.3.2.4 Trastorno disfórico premenstrual.**

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico.

Los síntomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos. El inicio del trastorno disfórico premenstrual puede aparecer en cualquier momento tras la menarquia. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.3.2.5 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.**

Las características diagnósticas del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia. El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio. Además, el diagnóstico no se debe explicar mejor por un trastorno depresivo independiente. Prueba la presencia de un trastorno depresivo independiente que el trastorno depresivo haya precedido al comienzo del consumo o de la abstinencia de la sustancia, que el trastorno depresivo persista más allá de un período sustancial de tiempo tras el cese del uso de la sustancia, y los demás datos que sugieran la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos. No se debe hacer este diagnóstico cuando los síntomas aparezcan exclusivamente durante el curso de un delirium.

El trastorno depresivo asociado al uso de una sustancia (p. ej., alcohol, drogas ilícitas, o un tratamiento prescrito para un trastorno mental u otra afección médica) se puede iniciar mientras el sujeto está consumiéndola o durante la abstinencia, si es que existe un síndrome de abstinencia asociado a la sustancia. Más a menudo, el trastorno depresivo se inicia en las primeras semanas o el mes de consumo de la sustancia. Una vez que se interrumpe la sustancia, los síntomas depresivos suelen remitir en días o

semanas, dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de un síndrome de abstinencia. Si los síntomas persisten 4 semanas más del curso esperado para la abstinencia de un sustancia/medicamento en particular, se deberían considerar otras causas para los síntomas depresivos.

Los factores de riesgo comunes para todas las drogas son los antecedentes de trastorno depresivo mayor y de depresión inducida por drogas, y los factores estresantes psicosociales. En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno comórbido por consumo de sustancias, los pacientes con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos tienen con más probabilidad el trastorno por consumo de alcohol, trastornos por consumo de cualquier otra sustancia y el trastorno histriónico de la personalidad; sin embargo, es menos probable que tengan el trastorno depresivo persistente. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.3.2.6 Trastorno depresivo debido a otra afección médica.**

El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica. Para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general. Además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico.

La etiología (p. ej., la relación causal con otra afección médica basada en las mejores pruebas clínicas) es la variable esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica. La lista de afecciones médicas que se dice que pueden inducir una depresión mayor nunca está completa y la esencia del diagnóstico es el buen juicio del clínico.

Existen asociaciones claras y algunos correlatos neuroanatómicos entre depresión e infarto cerebral, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y daño cerebral traumático. Entre las afecciones neuroendocrinas más estrechamente asociadas a la

depresión se encuentran la enfermedad de Cushing y el hipotiroidismo. Hay otras muchas afecciones que se piensa que están asociadas con la depresión, como la esclerosis múltiple. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.3.2.7 Otro trastorno depresivo especificado.**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico.

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

- **Depresión breve recurrente.**

Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

- **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días).**

Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

- **Episodio depresivo con síntomas insuficientes.**

Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.3.2.8 Otro trastorno depresivo no especificado.**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos depresivos, 2014)

#### **4.2.4 Factores de riesgo.**

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos.

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos. (Higuera Gutiérrez & Cardona Arias, 2014)

##### **4.2.4.1 Factores personales y sociales.**

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta.



Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. (Gómez Bustamante, Castillo Ávila, & Cogollo, 2013)

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

Si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayores que en las mujeres. El estigma hacia la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo. (González Forteza, Hermosillo de la Torre, & Vacío Muro, 2015)

#### **4.2.4.2 Factores cognitivos.**

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. (González Forteza, Hermosillo de la Torre, & Vacío Muro, 2015)

#### **4.2.4.3 Factores familiares y genéticos.**

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones.

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión. El soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo; un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. (Mora Espinoza, 2015)

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad.

La depresión es en buena parte heredable, y se considera que el 40-50% del riesgo de depresión es genético, si bien no se han identificado los genes específicos responsables. Se han aplicado las técnicas de la genética molecular al estudio de las posibles anomalías cromosómicas responsables de distintos trastornos neurológicos y psiquiátricos. (Castro, Del Río, & Flórez, 2014)

No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor.

El componente genético de estas enfermedades ha sido identificado a partir de estudios de familia, de gemelos o de adopción. Las enfermedades complejas, aunque tienen una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana. En general, se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad sería uno de los que mejor explicarían la transmisión de la enfermedad. Este modelo asume que la variable “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que sólo aquellos individuos que sobrepasen un determinado

umbral manifestarán el trastorno. Se hipotetiza que en la base de esta herencia compleja estarían involucrados una serie de genes de efecto menor cuya expresión podría estar modulada por un gran número de factores ambientales. (Mitjans & Arias, 2012)

#### **4.2.5 Signos y síntomas.**

Se pueden presentar los siguientes:

**Síntomas anímicos:** abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad (disforia).

En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.

**Síntomas motivacionales:** apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).

**Síntomas cognitivos:** valoración negativa de la persona misma, de su entorno, de su futuro.

**Síntomas físicos:** pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa.

**Síntomas vinculares:** se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás; las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva que se aíslen más. (Ortiz Cango, 2014)

#### **4.2.6 Diagnóstico.**

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10); además hay la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

#### 4.2.6.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según el CIE-10.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.</li> <li>• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.</li> <li>• Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.</li> <li>• Empeoramiento matutino del humor depresivo.</li> <li>• Presencia de enlentecimiento motor o agitación.</li> <li>• Pérdida marcada del apetito.</li> <li>• Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.</li> <li>• Notable disminución del interés sexual.</li> </ul>

**Fuente:** Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013.

#### 4.2.6.2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.

A. Criterios generales para trastorno depresivo <ul style="list-style-type: none"> <li>• El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</li> <li>• El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</li> </ul>
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</li> <li>• Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras.</li> <li>• Falta de vitalidad o aumento de la fragilidad.</li> </ul>
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista para que la suma total sea al menos de cuatro: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.</li> <li>• Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva o inadecuada.</li> <li>• Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.</li> <li>• Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañada de falta de decisión y vacilaciones.</li> <li>• Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</li> <li>• Alteraciones del sueño de cualquier tipo.</li> <li>• Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.</li> </ul>

D. Puede o no haber síndrome somático.

**Episodio depresivo leve:** Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y uno o más de los síntomas del criterio C para que la suma total de síntomas sea al menos 4. La persona con un episodio leve, probablemente, está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado:** Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas en total. La persona con un episodio moderado, probablemente, tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos):** Deben estar presentes los criterios generales, los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial, la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes. El episodio grave sin síntomas psicóticos incluye a episodios aislados de depresión mayor y depresión vital, pero excluye alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

**Episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos):** Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. Los criterios son dos: a) ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio; b) estupor depresivo. Si cumple cualquiera de los dos criterios más los criterios de episodio depresivo grave se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos pueden incluir a episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicógena, depresión psicótica y psicosis depresiva reactiva.

**Fuente:** Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013.

#### 4.2.6.3 Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según 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 placenteras.
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:** Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013.

#### 4.2.6.4 Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según DSM-V.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas

a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida\*.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo,

esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco e hipomaniaco.

**Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

\* Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo.

Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

**Fuente:** Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013.

#### 4.2.6.5 Diagnóstico diferencial de la depresión.

##### 4.2.6.5.1 Patologías medicas:

- **Endocrino/Metabólicas:** patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria, deficiencia de vitamina B 12.
- **Infecciosas:** Tuberculosis, infección por el virus de Epstein-Barr, Virus de la inmunodeficiencia humana-Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), Sífilis terciaria.
- **Neurológicas:** Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia, síndrome postconusional.
- **Neoplasias:** Carcinomatosis, cáncer de páncreas.

**Otros:** Lúes, dolor crónico, lupus eritematoso sistémico (LES).

#### 4.2.6.5.2 Trastornos mentales:

Trastorno de angustia/ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, distimia, trastornos adaptativos, síntomas negativos de la esquizofrenia, consumo de tóxicos, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, trastornos psicóticos

#### 4.2.6.5.3 Fármacos:

Glucocorticoides sistémicos, anticonvulsivantes, neurolépticos, estimulantes, anticonceptivos orales.

#### 4.2.6.5.4 Consumo de drogas:

Alcohol, cocaína, pasta base de cocaína, anfetaminas, marihuana

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita.

#### 4.2.7 Tratamiento.

Los objetivos del tratamiento se dirigen a mejorar el estado de ánimo, el funcionamiento social, ocupacional y la calidad de vida; reducir la morbilidad y la mortalidad, prevenir la recurrencia de la depresión y minimizar los efectos adversos del tratamiento. Es necesario recordar que 50% de las personas con un episodio depresivo mayor experimentan otros síntomas en los siguientes 10 años; es decir, pueden sufrir un episodio recurrente durante su vida. (Juárez Ocaña, 2014)

Se han establecido tres fases para el tratamiento de la depresión.

- **Fase aguda:** Se inicia cuando el tratamiento se establece y termina cuando hay remisión completa, habitualmente dura de 6 a 12 semanas.
- **Fase de continuación:** Se inicia con la remisión completa y permanece hasta que cualquiera de los cambios de una recaída significativa disminuyen u ocurre una recaída (típicamente de seis a nueve meses en el primer episodio de depresión).
- **Fase de mantenimiento:** Sigue a la fase de continuación, en tanto se inicia la prevención de las recurrencias. Habitualmente, el tratamiento



antidepresivo se continúa durante cinco meses para prevenir la recurrencia de la depresión.

Para poder comprender estos objetivos del tratamiento es necesario conocer la definición de los términos que la Agencia para los Cuidados de la Salud y Programas de Investigación denomina las cinco “erres”.

- **Respuesta:** cuando los síntomas han disminuido al punto en que los criterios diagnósticos de depresión mayor no se cumplen.
- **Remisión:** es el período en el que la magnitud de la mejoría es suficiente y no se cumplen todos los criterios de depresión mayor (remisión parcial) o el paciente está asintomático (remisión total).
- **Recaída:** es el retorno de los síntomas después de una remisión total prolongada o que satisface todos los criterios después de que la recuperación ha ocurrido.
- **Recuperación:** es una remisión total prolongada por al menos seis meses durante los cuales el paciente está asintomático.
- **Recurrencia:** es la aparición de un nuevo episodio de depresión con síntomas que cumplen todos los criterios; puede ocurrir solamente después de la recuperación. (Juárez Ocaña, 2014)

Entre los fármacos para tratar la depresión están los siguientes:

#### 4.2.7.1 Fármacos bloqueantes de la recaptación de aminas.

Antidepresivos tricíclicos (primera generación), inhibidores de la recaptación de la serotonina y sus variantes (segunda generación): (Castro, Del Río, & Flórez, 2014)

- **Antidepresivos tricíclicos.-** se caracterizan por inhibir en proporción variable la recaptación de noradrenalina y serotonina y por bloquear receptores de diversas aminas biógenas, lo que contribuye a que muestren abundantes reacciones adversas. Aunque su uso ha disminuido, siguen mostrando contrastada eficacia. Ejemplo: amitriptilina, nortriptilina, imipramina.
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).-** causan inhibición selectiva de la serotonina. Su afinidad por los receptores aminérgicos es muy baja y sus reacciones adversas difieren marcadamente de la de los tricíclicos. Ejemplo: citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina.

- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.-** comparten esta acción fundamental con los ISRS, pero se distinguen de ellos en que afectan de manera muy diferente a otros receptores, y por ello sus efectos secundarios son muy distintos. Ejemplo: venlafaxina, duloxetina.
- **Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina.-** se trata de la reboxetina; tiene muy escasa afinidad por los receptores amínicos, por lo que produce escasos efectos secundarios.
- **Otros antidepresivos.-** son fármacos que tiene propiedades muy dispares, por ejemplo el bupropión el cual inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina pero no la de serotonina.

El mecanismo de acción más comúnmente aceptado es la inhibición específica provocada de forma inmediata sobre la actividad de las moléculas transportadoras de serotonina (SERT) y noradrenalina (NET), en la membrana presináptica de las respectivas neuronas cerebrales. De este modo aumenta la concentración de ambas aminas en el espacio sináptico con la consiguiente activación de los correspondientes receptores serotoninérgicos y noradrenérgicos, tanto en la membrana postsináptica como en la presináptica y, en este último caso, tanto los autorreceptores como los heterorreceptores en el soma o en la propia terminación neuronal. El dato clínico incontrovertible de que la eficacia antidepresiva tarde 2 o 3 semanas en iniciarse, a pesar de que la acción y respuesta bioquímicas son inmediatas, desplaza la atención hacia mecanismos adaptativos y reguladores que pueden aparecer como consecuencia del aumento de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA) en el espacio sináptico y la consiguiente modificación en la actividad de los diversos receptores monoaminérgicos.

En definitiva, los antidepresivos tratan de normalizar por mecanismos a corto y largo plazo la disfunción de los sistemas monoaminérgicos cerebrales. Cada antidepresivo ejerce una acción última determinada, que depende de su capacidad relativa para actuar sobre el sistema serotoninérgico y noradrenérgico.

Mediante la utilización de fármacos antidepresivos, es posible llegar a alcanzar el 70 - 85 % de remisiones en etapas sucesivas de tratamiento. Suele hablarse de una fase de remisión (2- 4 semanas) y de una fase de continuación (6 - 12 meses), pero en ocasiones es preciso entrar en una fase de mantenimiento. El tratamiento debe complementarse con una psicoterapia adecuada. Se inicia el tratamiento de los

síndromes depresivos (unipolares o bipolares, endógenos o reactivos, típicos o atípicos y que estuvieran acompañados de otra sintomatología ajena al núcleo del síndrome depresivo o no) con alguno de los ISRS, de acuerdo con la menor incidencia de reacciones adversas que suelen presentar. La utilización del tricíclico es una segunda opción cuando la eficacia del ISRS no es suficiente.

Los efectos adversos se manifiestan como reacciones de cierta importancia hasta en el 5 % de los pacientes. Los efectos anticolinérgicos son muy apreciables en el caso de los tricíclicos con amina terciaria, y algo menos en los de amina secundaria. Se debe al bloqueo muscarínico, tanto periférico (sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento y visión borrosa) como central (desorientación, delirios y alucinaciones).

En relación con los efectos cardiovasculares, los tricíclicos producen hipotensión postural, palpitaciones y taquicardia, aunque también puede aparecer depresión directa del miocardio. La hipotensión postural y la producción de arritmias pueden limitar gravemente el uso de antidepresivos, sobre todo en pacientes con trastornos cardíacos. Son preferibles en estos casos los ISRS o los nuevos antidepresivos, con los que en principio los efectos secundarios de índole cardiovascular son mucho menos graves.

Como reacciones en el sistema nervioso central (SNC), la sedación es un efecto central que puede ser beneficioso o indeseable, según el caso. La aparición de reacciones extrapiramidales no es usual, excepto con aquellos antidepresivos, como la amoxapina, que presentan una gran potencia bloqueadora de receptores dopaminérgicos.

Los tricíclicos también pueden llegar a producir crisis convulsivas al rebajar el umbral necesario para que tenga lugar la descarga; con bupropión y maprotilina el riesgo puede ser elevado. El aumento de peso es característico de los tricíclicos. Los ISRS suelen producir inicialmente anorexia y pérdida de peso, pero es un efecto pasajero; provocan con frecuencia molestias gastrointestinales en forma de dispepsia, diarrea o náuseas.

Todos ellos pueden producir disfunción sexual en forma de impotencia, reducción de la eyaculación o anorgasmia, salvo en el caso de la mirtazapina y el bupropión. Existe un síndrome de retirada que puede provocar malestar, mialgias, escalofríos, náuseas y vómitos. (Castro, Del Río, & Flórez, 2014)

#### 4.2.7.2 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

Se utilizan en general cuando falla el tratamiento con los antidepresivos ISRS y otros antidepresivos. Los IMAO utilizados actualmente en clínica se clasifican en dos grandes grupos: a) **irreversibles**: tranilcipromina y b) **reversibles**: moclobemida y befloxatona (inhibidores de la isoforma A) y selegilina (inhibidor de la isoforma B).

Su acción antidepresiva se considera que es consecuencia de la inhibición de la MAO. La MAO existe en dos formas funcionales. La forma A desamina preferentemente noradrenalina y serotonina, y es inhibida por clorgilina, mientras que la bencilamina y la feniletilamina son sustratos preferentes de la forma B enzimática, que es inhibida de forma selectiva por selegilina. La tiramina es un sustrato común para ambas formas enzimáticas, mientras que la dopamina es igualmente sustrato común en distintas especies animales, pero es sustrato preferente de la forma B en el cerebro humano. La gran mayoría de los tejidos, incluyendo el hígado y el cerebro, contienen las dos formas enzimáticas.

Se consideran fármacos de primera elección en el tratamiento de depresiones atípicas y, sobre todo, de depresiones u otros trastornos psíquicos en los que el componente de ansiedad es importante: agorafobia y otras fobias, ataques de pánico, trastornos obsesivo- compulsivos y disforia histeroide.

Las indicaciones anteriores se refieren a los inhibidores no selectivos o selectivos para la forma A de la enzima. Los inhibidores selectivos de la forma B, sobre todo la selegilina, se utiliza cada vez más, en general asociada a L-dopa, en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

Dentro de los efectos adversos pueden producir episodios de agitación e incluso de hipomanía y, muy raramente, alucinaciones y convulsiones. Se han señalado en ocasiones otros efectos adversos: neuropatía periférica, aturdimiento, cefaleas, debilidad y fatiga, sequedad de boca y estreñimiento. (Castro, Del Río, & Flórez, 2014)

El tratamiento de la depresión con antidepresivos, no debe considerarse como una panacea, es sólo una de las herramientas existentes. En forma general se requiere de la intervención con psicoterapia y un psicofármaco, con lo que después de algunas semanas el enfermo podrá recuperar la estabilidad. Se requiere ante todo un diagnóstico bien fundamentado; el médico, en función de su experiencia, considerando el perfil de

los efectos secundarios y la eficacia de los antidepresivos, seleccionará el de menor efecto nocivo y máximo beneficio potencial para el enfermo. (Juárez Ocaña, 2014)

#### **4.2.7.3 La Terapia Cognitivo Conductual (TCC).**

La TCC es una forma de psicoterapia breve y de objetivos limitados, creada por Aaron Beck hace cerca ya de 50 años. Inicialmente propuesta para el tratamiento de la depresión, ha resultado útil dentro de la terapéutica de distintos trastornos mentales. El foco primario de este modelo terapéutico es identificar y cambiar los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento. Aunque su marco teórico es totalmente psicológico, esta psicoterapia es completamente compatible con las teorías y terapéuticas biológicas. La intervención cognitivo conductual adicional genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente. (Chávez León, Benitez Camacho, & Ontiveros Uribe, 2014)

#### **4.2.7.4 Terapia electroconvulsiva (TEC).**

Consiste en una técnica terapéutica basada en la inducción de manera controlada de una convulsión tónica- clónica generalizada, a través de una estimulación eléctrica.

En psiquiatría infanto-juvenil el uso de TEC es infrecuente, a pesar de que sus indicaciones son las mismas que para los adultos. Las causas de esto van desde el considerarlo un método excesivamente drástico, la falta de experiencia de los psiquiatras infantiles en esta técnica y la preocupación respecto a los efectos de la convulsión en el neurodesarrollo.

##### **4.2.7.4.1 Mecanismo de acción.**

Para buscar una explicación a la eficacia del TEC, los expertos se basan en que con esta técnica se produce una liberación importante de neurotransmisores, opiáceos endógenos, catecolaminas y cambios en las vías neuroendocrinas, así como una potenciación de las vías monoaminérgicas que van desde las zonas diencefálicas (importante en la generación de la crisis), al hipotálamo y regiones límbicas. En general casi todos los sistemas de neurotransmisores se ven afectados por el TEC, esto es, los mismos cambios que se suelen apreciar con los tratamientos antidepresivos, debemos destacar un aumento de los receptores de serotonina postsinápticos, además de cambios

en el sistema dopaminérgico, muscarínico y colinérgico. (Fortes Álvarez, Landa Contreras, Alvites Ahumada, Pulido la Torre, & Benito Ruiz, 2013)

#### **4.2.7.4.2 Indicaciones.**

La terapia electroconvulsiva está indicada en: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar maniaco y mixto, catatonia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme. (Rueda & Aguilar, 2013)

#### **4.2.7.4.3 Contraindicaciones.**

##### **4.2.7.4.3.1 Absolutas.**

Estas son: hipertensión intracraneal, lesiones cerebrales ocupantes, infarto agudo de miocardio en periodo inferior a 3 meses, evento cerebrovascular reciente, feocromocitoma (Rueda & Aguilar, 2013)

##### **4.2.7.4.3.2 Relativas.**

Las contraindicaciones relativas son: paciente en tratamiento anticoagulante, glaucoma, epilepsia, insuficiencia cardiaca congestiva, lesión pulmonar grave, osteoporosis grave, fractura de huesos largo, desprendimiento de retina. (Rueda & Aguilar, 2013)

### **4.3 ANSIEDAD**

#### **4.3.1 Definición.**

Se define ansiedad como «aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. (Alvarez Bobadilla, 2014)

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, mientras que el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de

huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 2014)

### **4.3. 2 Ansiedad patológica y adaptativa.**

La ansiedad normal es adaptativa y permite a la persona responder al estímulo de forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales (no imaginarios o inexistentes). La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente, en tiempo, duración e intensidad.

La ansiedad se considera patológica cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento. (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2013)

#### **4.3.2.1 Diferencias entre ansiedad normal o patológica**

##### **Ansiedad normal.**

Es parte del mecanismo de defensa a amenazas de la vida diaria, es reactiva a una circunstancia ambiental, tiene función adaptativa, mejora nuestro rendimiento, es más leve tiene menor componente somático y no genera demanda de atención psiquiátrica.

##### **Ansiedad patológica.**

Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria, es desproporcionada al desencadenante, tiene función desadaptativa, empeora el rendimiento, es más grave, tiene mayor componente somático y genera demanda de atención psiquiátrica. (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2013)

### **4.3.3 Factores de riesgo.**

#### **4.3.3.1 Biológicos.**

Se sabe que los niveles bajos de ácido gammaaminobutírico (GABA) un neurotransmisor que reduce la actividad del sistema nervioso central, contribuye con la ansiedad.

#### 4.3.3.2 Psicosociales.

- **Género:** las mujeres poseen dos veces más riesgo que los hombres de padecer de angustia.
- Abuso de sustancias
- **Condiciones médicas:** síndrome de intestino irritable, migraña.
- Factores socioeconómicos
- Eventos estresantes en personas susceptibles (Domínguez, y otros, 2012)

#### 4.3.4 Clasificación.

Según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

##### 4.3.4.1 Diagnóstico de ansiedad según CIE-10.

#### Trastornos de ansiedad fóbica

- Agorafobia
- Fobias sociales
- Fobias específicas (aisladas)

#### Otros trastornos de ansiedad

- Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
- Trastorno de ansiedad generalizada.

#### Trastorno obsesivo-compulsivo

- Con predominio de pensamientos obsesivos
- Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
- Otros trastornos obsesivo-compulsivos
- Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

#### Trastorno de estrés post-traumático

- Trastorno de estrés post-traumático

#### Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia

- Trastorno de ansiedad por separación de la infancia.



#### **4.3.4.2 Diagnóstico de ansiedad según DSM-V.**

Los trastornos de ansiedad en el DSM-V se dividen principalmente en:

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social).
- Trastorno de pánico.
- Especificador del ataque de pánico.
- Agorafobia.
- Trastornos de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.
- Otro trastorno de ansiedad especificado.
- Otro trastorno de ansiedad no especificado.

Cada uno tiene sus propias características y síntomas y requieren tratamientos diferentes. (Gutiérrez & Catillo, 2011)

##### **4.3.4.2.1 Trastorno de ansiedad por separación.**

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado. La ansiedad es superior a la que se espera en los sujetos con el mismo nivel de desarrollo.

Al alejarse del hogar o de las personas de gran apego, los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o en el juego. En función de su edad, los individuos pueden experimentar miedo hacia los animales, los monstruos, la oscuridad, los fantasmas, los ladrones, los secuestradores, los accidentes de automóvil, los viajes en avión y otras situaciones que se perciban como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. El inicio puede producirse precozmente, en la edad preescolar, pero también es posible en cualquier momento antes de los 18 años; sin embargo, no es frecuente el inicio en plena adolescencia.

Las manifestaciones del trastorno de ansiedad por separación varían con la edad. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede ser hereditario. La heredabilidad estimada es del 73 % en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años de edad, con cifras más altas en las niñas. En los niños, el trastorno de ansiedad por separación es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. En los adultos, las dolencias comórbidas comunes son la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad. Los trastornos depresivos y bipolares son también comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación en los adultos. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2 Mutismo selectivo.**

Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. Las características asociadas al mutismo selectivo son: timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social, "pegarse" a otros, rasgos compulsivos, negativismo y patalatas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa.

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no consultarse hasta haberse realizado el ingreso en la escuela, donde hay un aumento de la interacción social y del desempeño de tareas, tales como la lectura en voz alta. Las condiciones comórbidas más habituales son otros trastornos de ansiedad, más frecuentemente el trastorno de ansiedad social, seguido por el trastorno de ansiedad por separación y la fobia específica. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.3 Fobia específica.**

Una característica clave de este trastorno es un miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente circunscritos, que pueden denominarse estímulos fóbicos. La fobia específica generalmente se desarrolla en la primera infancia, la mayoría de las veces antes de los 10 años. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años, siendo la edad media de unos 10 años.

Es común que los sujetos tengan múltiples fobias específicas. El individuo con fobia específica teme a un promedio de tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75 % de las personas con fobia específica temen a más de una situación u objeto. El miedo y la ansiedad son desproporcionados en relación con el peligro real que el objeto o la situación conlleva, o más intensos de lo que se consideraría necesario. Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la infancia y la adolescencia, se pueden desarrollar a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas (p. ej., haber sido atacado por un animal o atrapado en un ascensor).

Las personas con fobia específica tienen mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, entre los que están los demás trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos por consumo de sustancias, los síntomas somáticos y trastornos relacionados, y los trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno de la personalidad dependiente). (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.4 Trastorno de ansiedad social (fobia social).**

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. El sujeto teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. El individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada.

Una persona con miedo al temblor de manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona con miedo a la sudoración puede evitar dar la mano o

comer alimentos picantes. Algunas personas temen y evitan orinar en los baños públicos cuando están presentes otras personas (esto es, paruresis o "síndrome de la vejiga tímida"). El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante (p. ej., ser intimidado, vómitos durante un discurso público), o puede surgir de forma lenta e insidiosa.

La edad media de inicio del trastorno de ansiedad social en Estados Unidos es de 13 años, y el 75 % de los individuos tiene una edad de inicio entre los 8 y 15 años. El trastorno de ansiedad social es a menudo comórbido con otros trastornos de ansiedad, con el trastorno depresivo mayor y con los trastornos por consumo de sustancias; la aparición del trastorno de ansiedad social, en general, precede a la de los otros trastornos, a excepción de la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. El aislamiento social crónico en el curso de un trastorno de ansiedad social puede provocar un trastorno depresivo mayor. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.5 Trastorno de pánico.**

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos (ej., palpitaciones, sudoración sensación de ahogo, miedo a morir).

El término recurrente significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término inesperado se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno). En contraste, los ataques de pánico esperados son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico.

La frecuencia y la gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En cuanto a la frecuencia, algunos individuos presentan las crisis con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana) pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día) separadas

por semanas o meses sin padecer un solo ataque, o bien los presentan con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años.

Aunque el trastorno de pánico es muy poco frecuente en la infancia, la primera aparición de "episodios de miedo" a menudo se remonta de forma retrospectiva a la niñez. Como en los adultos, el trastorno de pánico en los adolescentes tiende a tener un curso crónico y suele ser comórbido con otros trastornos de ansiedad, con la depresión y con el trastorno bipolar. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.6 Especificador del ataque de pánico.**

Los síntomas por ejemplo: sudoración, temblores, sensación de hogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o sensación de mareo, etc, se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales).

Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., "trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico"). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.7 Agorafobia.**

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones. El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes: 1) el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes; 3) estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines; 4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una

multitud, o 5) estar fuera de casa solo. Los ejemplos para cada situación no son exclusivos; se pueden temer otras situaciones. Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los individuos suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder. Los individuos con frecuencia creen que podría ser difícil escapar de este tipo de situaciones (p. ej., "no se puede salir de aquí") o que sería difícil disponer de ayuda en el momento en que se presentaran síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., "no hay nadie que me ayude"). "Los síntomas similares al pánico" se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios del ataque de pánico, tales como mareos, desmayos y miedo a morir.

La agorafobia se debe diagnosticar sólo si el miedo, la ansiedad o la evitación persiste y si causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro significativo en las áreas sociales u ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento. La duración de "típicamente 6 meses o más" pretende excluir a las personas con problemas transitorios de corta duración. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.8 Trastornos de ansiedad generalizada.**

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno

de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes.

Los individuos que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada es probable que hayan padecido, o que actualmente cumplan, los criterios de otro trastorno de ansiedad y de los trastornos depresivos unipolares. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.**

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). Los síntomas de pánico o de ansiedad se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito por un trastorno mental u otra afección médica debe iniciarse mientras el individuo está recibiendo la medicación (o durante su retirada, si los síntomas clínicos de retirada se asocian con la medicación). Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas de pánico o ansiedad suelen mejorar o remitir entre pocos días a varias semanas o un mes (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de abstinencia). No se debería realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos si el inicio de los síntomas de pánico o de ansiedad precede a la intoxicación por las sustancias/medicamentos o a la retirada de los mismos, o si los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (esto es, por lo general más de un mes) desde el momento de la intoxicación o la abstinencia grave. Si los síntomas de pánico o ansiedad persisten por largos períodos de tiempo, se deben considerar otras causas. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.10 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.**

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico

de una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes. El juicio de que los síntomas se explicarían mejor por la afección física relacionada se ha de basar en las pruebas aportadas por la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

Además, se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por otro trastorno mental, en particular por el trastorno de adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad sería la afección médica. En este caso, un individuo con trastorno de adaptación estaría especialmente angustiado por el significado o por las consecuencias de la afección médica asociada. Por el contrario, cuando la ansiedad se debe a otra afección médica, la ansiedad muestra a menudo un componente físico prominente (p. ej., sensación de falta de aire). El diagnóstico no se realiza si los síntomas de ansiedad se producen sólo durante el curso de un delirium. Los síntomas de ansiedad deben causar un malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral, o deterioro de otras áreas importantes de actividad. Para determinar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a otra afección médica, el clínico debe establecer en primer lugar la presencia de la enfermedad médica. Además, antes de hacer el juicio de que la afección es la mejor explicación para los síntomas, debería establecer una relación etiológica entre los síntomas de ansiedad y el estado de salud mediante algún mecanismo fisiológico. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.11 Otro trastorno de ansiedad especificado.**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de ansiedad especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente"). Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:



- **Ataques sintomáticos limitados.**
- **Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.**
- **Khyál cap (ataque del viento)**
- **Ataque de nervios.**

#### **Khyál cap (ataque del viento).**

El "ataque de khyál" (khyál cap), o "ataque de viento", es un síndrome que aparece entre los camboyanos que viven en Estados Unidos y en Camboya. Los síntomas habituales son los de los ataques de pánico, como mareo, palpitaciones, falta de aire y extremidades frías, así como otros síntomas de ansiedad y de activación autonómica (p. ej., acúfenos y dolor de cuello). Los ataques de khyál implican cogniciones catastróficas centradas en la preocupación de que el khyál (una sustancia similar al viento) puede subir por dentro del cuerpo junto con la sangre y provocar una serie de consecuencias graves (p. ej., comprimir los pulmones para provocar falta de aire y asfixia; entrar en el cerebro para producir acúfenos, mareo, visión borrosa y un síncope letal). Los ataques de khyál pueden aparecer sin previo aviso, pero a menudo están desencadenados por pensamientos preocupantes, por ponerse de pie (es decir, por el ortostatismo), por olores específicos que tienen asociaciones negativas y por estímulos de tipo agorafóbico, como estar en aglomeraciones o montar en coche. Los ataques de khyál suelen cumplir los criterios de los ataques de pánico, y pueden moldear la experiencia de otros trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Los ataques de pueden asociarse con una discapacidad importante.

#### **Ataque de nervios.**

El ataque de nervios es un síndrome que aparece entre los individuos de ascendencia latina, que se caracteriza por síntomas de intenso malestar emocional, como ansiedad, enfado o pena agudos, chillar y gritar descontroladamente, ataques de llanto, temblores, calor en el pecho que sube a la cabeza, y agresividad verbal y física. Las experiencias disociativas (p. ej., la despersonalización, la desrealización, la amnesia), los episodios de apariencia convulsiva o de desmayo, y los gestos suicidas destacan en algunos ataques, pero están ausentes en otros. Una característica general de un ataque de nervios es la sensación de haber perdido el control. Los ataques a menudo suceden como el resultado directo de un acontecimiento estresante relacionado con la familia, como la

noticia de la muerte de un pariente cercano, de los conflictos con el cónyuge o los hijos, o por presenciar un accidente en el que está implicado un miembro de la familia. Para una minoría de individuos, los ataques no están desencadenados por ningún evento social en particular, sino que son las experiencias de malestar acumuladas lo que les hace vulnerables a perder el control.

No se han encontrado relaciones de correspondencia exacta entre un ataque y un trastorno psiquiátrico específico, aunque varios trastornos, incluyendo el trastorno de pánico, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, y el trastorno de conversión experimentan un solapamiento sintomático con el ataque. (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

#### **4.3.4.2.12 Otro trastorno de ansiedad no especificado.**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (Arango López , Ayuso Mateos, & Vieta Pascual, Trastornos de ansiedad, 2014)

### **4.3.5 Signos y síntomas.**

#### **4.3.5.1 Síntomas físicos.**

- **Vegetativos.-** sudoración, xerostomía, mareo, inestabilidad.
- **Neuromusculares:** temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias
- **Cardiovasculares:** palpitaciones, taquicardias, dolor precordial
- **Respiratorios:** disnea
- **Digestivos:** náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo
- **Genitourinarios:** micción frecuente, problemas de la esfera sexual

#### **4.3.5.2 Síntomas psicológicos y conductuales.**

- Preocupación, aprensión
- Sensación de agobio
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte

inminente

- Irritabilidad, inquietud, desasosiego
- Conductas de evitación de determinadas situaciones
- Inhibición o bloqueo psicomotor
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
- Obsesiones o compulsiones (González Forteza, Hermosillo de la Torre, & Vacio Muro, 2015)

#### **4.3.6 Diagnóstico.**

El reconocer los trastornos de ansiedad (TA) en los pacientes que asisten al consultorio aumenta la capacidad del médico para dar una atención total e integral del paciente. El diagnóstico de los TA se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica, según, muy importante para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación. (Juárez Ocaña, 2014)

#### **4.3.7 Tratamiento.**

##### **4.3.7.1 Terapia cognitiva-conductual.**

La terapia cognitiva-conductual ayuda a los pacientes con trastorno de ansiedad a cambiar algunos patrones del pensamiento que dan origen a los temores, la terapia conductual es útil para motivar cambios en la forma de reaccionar ante las situaciones que provocan ansiedad.

La terapia de exposición puede ayudar a los pacientes que padecen trastornos fóbicos, consiste en exponer en forma gradual los objetos o situaciones que provocan miedo irracional. (Juárez Ocaña, 2014)

#### **4.3.7.2 Farmacoterapia.**

El tratamiento farmacológico se realiza con benzodiazepinas y antidepresivos; existen algunas diferencias al respecto y el médico, de acuerdo con su experiencia, podría preferir las benzodiazepinas por su mecanismo de acción y por su poder ansiolítico.

Los objetivos del tratamiento farmacológico son: disminuir la intensidad y frecuencia de las crisis de angustia, evitar los riesgos de autolisis cuando la ansiedad se asocia con depresión, evitar complicaciones como la agorafobia. (Juárez Ocaña, 2014)

##### **4.3.7.2.1 Benzodiazepinas.**

Las benzodiazepinas son los psicotrópicos más utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, son ideales en los pacientes en quienes se requiere una disminución rápida de los síntomas de ansiedad.

Las benzodiazepinas se clasifican en función de su potencia para producir sedación, ansiólisis y miorelajación. La potencia no se relaciona con el efecto sino con el tiempo para alcanzar la respuesta terapéutica con menor dosis.

Cuando se administran por vía oral alcanzan su máxima concentración en las primeras cuatro horas, por vía intramuscular su absorción es lenta por lo que no se recomienda utilizarlas en enfermos que acudan a las salas de urgencias.

Las benzodiazepinas atraviesan con facilidad la barrera hematoencefálica, tienen buena distribución en el tejido cerebral y se unen a los receptores del ácido gamma-aminobutírico (GABA). Este acoplamiento produce mayor carga negativa neuronal por la entrada de iones cloro produciendo menor excitabilidad; por lo tanto, una determinante del efecto farmacológico es el grado de ocupación de los receptores. La liposolubilidad es importante debido a que es el factor que determina la duración del efecto; por ejemplo, el diazepam tiene vida media prolongada porque es altamente liposoluble.

Las benzodiazepinas se metabolizan y conjugan con el ácido glucurónico para su posterior excreción. Su vida media es variable, las hay de acción ultracorta, menor a 6 horas (midazolam, triazolam), vida corta de 6 a 12 horas (clonazepam), de vida media 12 a 24 horas (lorazepam, bromazepam, alprazolam, oxazepam) y de vida prolongada,

más de 24 horas (diazepam, clonazepam, clordiazepóxido y clorazepato). (Juárez Ocaña, 2014)

Las benzodiacepinas deben ser utilizadas por tiempo corto y en conjunto con psicoterapia. La mejor respuesta terapéutica se observa en pacientes con ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastornos fóbicos, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de estrés postraumático, ansiedad asociada al síndrome de abstinencia del alcohol.

Lorazepam y oxazepam están especialmente indicados en pacientes con hepatopatías o en los ancianos. El objetivo del uso de las benzodiacepinas es la reducción de los episodios de pánico, la remisión de la ansiedad. Todas las benzodiacepinas se deben utilizar a dosis mínima efectiva, nunca deberán de prescribirse más de una a la vez.

Es frecuente que los trastornos de ansiedad cursen con insomnio y los pacientes se vean beneficiados por el efecto inductor del sueño, dependiente de la dosis, de las benzodiacepinas. Otras indicaciones frecuentes son algunas formas de epilepsia y acatisia provocada por fármacos.

Las benzodiacepinas son fármacos seguros; sin embargo, es necesario tener algunas consideraciones por sobre sedación que se manifiesta por dificultad para la concentración, alteración en la coordinación motora, vértigo, nistagmo, ansiedad paradójica y, en caso extremo, depresión respiratoria.

Las benzodiacepinas están contraindicadas en sujetos con miastenia grave, glaucoma de ángulo cerrado, apnea del sueño, insuficiencia renal grave y durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre y la lactancia. Es necesario ajustar la dosis en pacientes mayores de 65 años pues son más susceptibles a presentar ataxia. En los casos de insuficiencia hepática, si se prescriben, deberán tener predilección aquellos que sólo se biotransforman por reacciones de conjugación y no de oxidación, desmetilación e hidroxilación como el lorazepam y el oxazepam. Es de tener en cuenta que pueden aumentar el efecto terapéutico de la fenitoína y de la digoxina y reducir el efecto antiparkinsoniano de la levodopa. Se debe tener en consideración que la suspensión abrupta de las benzodiacepinas pueden conducir a un cuadro de abstinencia manifestado por irritabilidad y ansiedad. Por lo tanto la suspensión debe ser gradual, con disminución de 10% de la dosis en un período de 4 a 6 semanas, para evitar un cuadro

de ansiedad por rebote. El alprazolam es la benzodiacepina que más se relaciona con el síndrome de abstinencia. Para el tratamiento de sobredosis será necesario emplear un antagonista específico: flumazenilo. (Juárez Ocaña, 2014)

#### **4.3.7.2.2 Antidepresivos.**

Independientemente a la clase que pertenezcan, el objetivo fundamental de la administración de los antidepresivos es la disminución de la intensidad y frecuencia de los episodios de ansiedad y de la depresión relacionada.

#### **4.3.7.2.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRA).**

La serotonina es un neurotransmisor sintetizado en las neuronas de los núcleos del rafe del tallo cerebral. Tiene funciones regulatorias del estado de vigilia, de las conductas emocionales, de la percepción del dolor y del tono muscular. Comparar las benzodiacepinas con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) es difícil, es frecuente que se recurra de primera elección a las benzodiacepinas por diversas razones, dentro de las que se incluyen la falta de capacitación y experiencia en el uso y disponibilidad de los ISRS.

La paroxetina es eficaz en el trastorno de pánico. Otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que han mostrado eficacia en los trastornos de ansiedad y pánico son sertralina, fluoxetina y el citalopram. (Juárez Ocaña, 2014)

Los efectos secundarios más frecuentes de los ISRS son: náusea, diarrea, insomnio, somnolencia, mareo y anorgasmia, los cuales pueden ser transitorios y variar de acuerdo al fármaco utilizado.

Hasta 15% de los pacientes tratados han descrito el síndrome serotoninérgico como una complicación grave asociada con los ISRS y con otros medicamentos como la metoclopramida, el ondansetrón y el ácido valproico. Otras complicaciones son el síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, hemorragias por disminución de la serotonina plaquetaria con la consiguiente disminución de agregación plaquetaria.

Los ISRS atraviesan la barrera placentaria y pueden ocasionar malformaciones congénitas como onfalocele, defectos del septo cardíaco, anencefalia, craneosinostosis, gastrosquisis, defectos del tubo neural e hipertensión pulmonar fetal.

Han surgido informes de que los ISRS pueden inducir comportamientos suicidas; pero se desconocen las causas. A pesar de lo anterior el beneficio del tratamiento es superior al riesgo en el manejo farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad, así como en la depresión. (Juárez Ocaña, 2014)

#### **4.3.7.2.4 Antidepresivos tricíclicos e inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO).**

Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos que se prescriben con mayor frecuencia para trastornos de ansiedad, de pánico y para la fobia social. Los pacientes requieren de al menos cuatro semanas para detectar la respuesta terapéutica, igual que para los ISRS.

Los pacientes que consumen IMAO no deben ingerir alimentos ricos en tiramina (por ejemplo. vino tinto, quesos, etcétera) por el riesgo de crisis hipertensiva. Los ISRS pueden interactuar con los IMAO produciendo el síndrome serotoninérgico. (Juárez Ocaña, 2014)

#### **4.3.7.2.5 Betabloqueadores.**

Se utilizan para disminuir la respuesta adrenérgica y son una alternativa para los trastornos de ansiedad, en particular la fobia social. (Juárez Ocaña, 2014)

### **4.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**

#### **4.4.1 Test de Beck para depresión e inventario de Beck para ansiedad.**

##### **4.4.1.1 Test de Beck para depresión.**

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory o BDI) tiene una gran difusión internacional, ha sido empleado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, habiendo mostrado tener alta consistencia interna y buena capacidad para discriminar

entre personas con y sin depresión. (Vega Dienstmaier, Coronado Molina, & Mazzotti, 2014)

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem. (Beltrán , Freyre , & Hernández, 2012)

En 1996 se publicó una segunda edición del BDI (BDI-II) que presenta modificaciones sustanciales respecto a sus predecesores encaminadas a conseguir que el instrumento cubra todos los criterios diagnósticos sintomáticos propuestos por el DSM-IV para los trastornos depresivos. Así, en el BDI-II el marco temporal de las instrucciones se ha extendido a dos semanas, se han reemplazado cuatro ítems del BDI-IA (pérdida de peso, cambio en la imagen corporal, preocupación somática y dificultades en el trabajo) por otros tantos nuevos (agitación, sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía), se han modificado los ítems de pérdida de apetito e insomnio para que éstos puedan evaluar tanto los decrementos como los incrementos en apetito y sueño, y se han introducido modificaciones en la redacción de otros doce ítems, de forma que en el BDI-II tan sólo tres ítems del BDI-IA (sentimientos de castigo, pensamientos de suicidio y pérdida de interés en el sexo) no han sido modificados. ( Redondo Alfaro, 2015)

Beck y Steer (1993) sugirieron que el BDI-IA podía ser dividido en dos subescalas: la cognitiva-afectiva (ítems 1 a 13) y la somática de rendimiento (ítems 14 a 21), y recomendaron utilizar únicamente la subescala cognitiva-afectiva para evaluar la



depresión en pacientes con trastornos de abuso de sustancias o con enfermedades médicas.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. A veces se da la circunstancia de que la persona evaluada elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se elige la puntuación de mayor gravedad. Por otro lado, el ítem de Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si la persona evaluada indica que no está bajo dieta para adelgazar. En el caso de que indique que si lo está, se otorga una puntuación de 0 en el ítem. Se han propuesto diversas puntuaciones para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología depresiva.

En la segunda edición del manual original del BDI-IA, Beck y Steer (1993) propusieron puntos de corte algo más bajos para distinguir entre gravedad leve y moderada: 0-9 = “depresión mínima”; 10-16 = “depresión leve”; 17-29 = “depresión moderada”, y 30-63 = “depresión grave”. (Contreras Valdez , Hernández Guzmán, & Freyre, 2015)

#### **4.4.1.2 Inventario de Beck para ansiedad (BAI).**

Es un inventario de autoinforme de lápiz y papel. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario. Su objetivo es valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. Desarrollado con el objetivo de discriminar de manera más fiable entre ansiedad y depresión.

Inicialmente desarrollado para la población clínica de pacientes adultos ambulatorios o internos con trastornos psicopatológicos, pero ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto clínicas (p. ej., pacientes adolescentes con trastornos psicopatológicos, pacientes adultos y adolescentes con enfermedades médicas, pacientes geriátricos) como no clínicas (adultos, adolescentes y ancianos de la población general, estudiantes universitarios). (Calva Vásquez & Castro Perez, 2014)

Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en

absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63.

En la segunda edición del manual original del BAI, Beck y Steer (1993) proponen puntos de corte algo más bajos para definir las distintas categorías de gravedad de la ansiedad: 0-7 = “normal”; 8-15 = “leve”; 16-25 = “moderada”, y 26-63 = “grave”. (Vega Dienstmaier, Coronado Molina, & Mazzotti, 2014)

#### **4.4.2 Test de Hamilton de depresión y ansiedad.**

##### **4.4.2.1 Test de Hamilton de depresión (HAM-D).**

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.

La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960 siendo revisada y modificada por el mismo autor, Max Hamilton, en 1967 reduciéndola a 21 ítems, hay una versión reducida de 17 ítems. La Escala Modificada de Hamilton para la evaluación de la depresión (MHRSD), se desarrolló para superar las limitaciones que los autores encontraban en la versión de 17 ítems de la escala de Hamilton. (Álvares Vacas , 2013)

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos. (Benavides, Pérez León, Bonilla, Llanos, & Aguirre, 2017)

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. Puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. En la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los primeros 17 ítems. El rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos. Los puntos de corte recomendados son: No deprimido: 0-7, Depresión leve: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, Depresión muy severa: >23. (Landa Ramírez, Cárdenas López, Andrew Greer, Sánchez Román, & Riveros Rosas, 2014)

#### **4.4.2.2 Test de ansiedad de Hamilton.**

Es una escala que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente, está compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referente al comportamiento durante la entrevista.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. 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). Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

La puntuación oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. Los puntos de corte recomendados: No ansiedad: 0-5, Ansiedad leve: 6-14, Ansiedad moderada/grave: >15. (Calva Vásquez & Castro Perez, 2014)

#### **4.4.3 Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).**

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) es un instrumento utilizado ampliamente para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario. Se ha aplicado a pacientes con diversas enfermedades crónicas, principalmente cáncer y diabetes. ( Noguera Orozco, Pérez Terán, Barrientos Casarrubias, Robles García, & Sierra Madero, 2013)

Fue creada por Zigmund y Snaith (1983) para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. ( Nogueta Orozco, Pérez Terán, Barrientos Casarrubias, Robles García, & Sierra Madero, 2013)

Con la escala HAD se ha evaluado ansiedad y depresión tanto en enfermos físicos y mentales como en población general, obteniendo resultados que, en general, apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos. (Terol Cantero, Cabrera Perona, & Martín Aragón, 2015)

Es un cuestionario de autoaplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares). ( Nogueta Orozco, Pérez Terán, Barrientos Casarrubias, Robles García, & Sierra Madero, 2013)

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. (Galindo Vázquez, Meneses García, Herrera Gómez, Caballero Tinoco, & Aguilar Ponce, 2015)

Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. Originalmente, los puntos de corte de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión.

Entre sus ventajas, incluye, entre otras a) su sencillez y brevedad, que aumenta la probabilidad de aceptación para su uso, b) la posibilidad de evaluar ansiedad y depresión con la misma escala c) la exclusión de ítems de carácter somático que pudieran confundirse en la evaluación de pacientes físicos con síntomas como pérdida de apetito y/o energía, fatiga, insomnio, cambios en actividad, u otros trastornos fisiológicos, y d) sus ítems aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud, incluyendo respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y la depresión. (Terol Cantero, Cabrera Perona, & Martín Aragón, 2015).

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### 5.1. Tipo de Estudio.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, relacional, cuantitativo de corte transversal.

### 5.2. Área de estudio.

El presente estudio se realizó en el Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja en el periodo Marzo-Julio del 2017.

### 5.3. Universo.

Adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

### 5.4. Muestra.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de Pita Fernández a partir del total de estudiantes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, así:

$$n = \frac{n \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

- **n** = El tamaño de la muestra que queremos calcular.
- **N** = Tamaño del universo.
- **Z** = Valor del Nivel de confianza: Nivel de confianza 95% -> Z=1,96.
- **e** = Límite aceptable de error muestral de: 0,03 (3%).
- **p** = Es la proporción que esperamos encontrar. generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5 (5%).

$$n = \frac{611 (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{(611-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)} = 152 \quad (\text{valor ajustado a perdidas} = 179).$$

### 5.5. Muestreo.

- Probabilístico.

## **5.6. Criterios de inclusión y exclusión.**

### **5.6.1. Criterios de inclusión:**

- Adolescentes de primero, segundo y tercer año de bachillerato que se encuentren legalmente matriculados en el Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.
- Adolescentes de primero, segundo y tercer año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, que deseen participar en este estudio.

### **5.6.2. Criterios de exclusión:**

- Adolescentes de primero, segundo y tercer año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, que no se encuentren presentes el día en que se aplique los test.
- Adolescentes de primero, segundo y tercer año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja que se encuentren en tratamiento para la depresión y ansiedad, que no pudieran dar resultados fidedignos.
- Estudiantes de 20 años y más que estén asistiendo al bachillerato, consideradas según la Organización Mundial de la Salud como adultos jóvenes.

## **5.7. Hipótesis.**

**5.7.1 Hipótesis nula:** La depresión no está relacionada con la ansiedad

**5.7.2 Hipótesis alternativa:** La depresión está relacionada con la ansiedad.

## **5.8. Plan de recolección de la información.**

Para comenzar con la ejecución de este trabajo investigativo, se obtuvo:

- El permiso correspondiente por parte del rector del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja (Anexo N° 4).
- Se realizó la entrega a cada estudiante de un Consentimiento informado (Anexo N° 1).en el cual se aclaró el procedimiento que se realizó durante el trabajo de campo, manifestando así la voluntad del estudiante, refrendándose con la firma.
- Se procedió a la aplicación de los Test de Hamilton para depresión y ansiedad (Anexo N° 2 y 3), a los estudiantes de bachillerato que cumplieron con los criterios de inclusión, cada estudiante, se tomó un tiempo entre 10 a 15 minutos

para completar los Test propuestos; el Test de Hamilton de depresión (HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression), es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960 siendo revisada y modificada por el mismo autor en 1967 reduciéndola a 21 ítems, hay una versión reducida de 17 ítems; cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente, puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma; la puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. En la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los primeros 17 ítems. El rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos. Los puntos de corte recomendados son: No deprimido: 0-7, Depresión leve: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, Depresión muy severa: >23.

El Test de ansiedad de Hamilton se trata de una escala heteroadministrada por un clínico, consta de 14 ítems, 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referente al comportamiento durante la entrevista.; el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. 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); la puntuación oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona, los puntos de corte recomendados son: No ansiedad: 0-5, Ansiedad leve: 6-14, Ansiedad moderada/grave: >15.

- Finalizada la recolección de la información, se agradeció tanto al rector, docentes, estudiantes y a los inspectores de la institución por la colaboración prestada.

### 5.9. Plan de procesamiento de la información.

Se revisó la información obtenida, se realizó el libro de códigos en software de Excel 2010, colocando las etiquetas y las variables utilizadas; y se comenzó a subir los resultados de los test. Seguidamente se realizó la tabulación y análisis de la información utilizando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; Paquete estadístico para la ciencias sociales). Para el análisis de la información se utilizó tablas y gráficos para todas las variables.

Para establecer la relación entre la depresión y la ansiedad se utilizó la fórmula de prueba de Chi cuadrado, la cual se desarrolló con ayuda del programa SPSS, para lo cual se planteó las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula: la depresión no está relacionada con la ansiedad

Hipótesis alternativa: la depresión está relacionada con la ansiedad

Mediante el programa SPSS se obtuvo la tabla de contingencia.

**Tabla de contingencia**

			Ansiedad			Total	
			No ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada/grave	No ansiedad	
Depresión	No depresión	Recuento	41	31	11	83	
		Frecuencia esperada	20,9	33,8	28,3	83,0	
	Depresión leve	Recuento	4	37	11	52	
		Frecuencia esperada	13,1	21,2	17,7	52,0	
	Depresión moderada	Recuento	0	3	16	19	
		Frecuencia esperada	4,8	7,7	6,5	19,0	
	Depresión grave	Recuento	0	1	9	10	
		Frecuencia esperada	2,5	4,1	3,4	10,0	
	Depresión muy grave	Recuento	0	1	14	15	
		Frecuencia esperada	3,8	6,1	5,1	15,0	
	Total		Recuento	45	73	61	179
			Frecuencia esperada	45,0	73,0	61,0	179,0

Para calcular el chi cuadrado ( $X^2$ ), se debe calcular la frecuencia teórica, la cual se calcula entre los marginales y totales de cada frecuencia y el total de datos, ejemplo: en la primera casilla tenemos un recuento de 41 (frecuencia observada), para encontrar su frecuencia teórica multiplicamos el total de la columna que es 45 (valor marginal) por 83 (valor marginal) que nos da un valor de 3735, a este valor lo dividimos por el valor



total que es 179, lo que nos da un valor de 20,9 (frecuencia teórica), además se debe calcular los grados de libertad.

Una vez calculadas las frecuencias teóricas se aplica la fórmula del chi cuadrado ( $X^2$ ) y se sustituyen los datos.

### Desarrollo de la fórmula del chi cuadrado ( $X^2$ ),

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$X^2$  = Valor estadístico de chi cuadrado

O = Frecuencia observada

E = Frecuencia teórica

$$X^2 = \frac{(41-20,9)^2}{20,9} + \frac{(31-33,8)^2}{33,8} + \frac{(11-28,3)^2}{28,3} + \frac{(4-13,1)^2}{13,1} + \frac{(37-21,2)^2}{21,2} + \frac{(11-11,7)^2}{11,7} + \frac{(0-4,8)^2}{4,8} +$$

$$\frac{(3-7,7)^2}{7,7} + \frac{(16-6,5)^2}{6,5} + \frac{(0-2,5)^2}{2,5} + \frac{(1-4,1)^2}{4,1} + \frac{(9-3,4)^2}{3,4} + \frac{(0-3,8)^2}{3,8} + \frac{(1-1,6)^2}{1,6} + \frac{(14-5,1)^2}{5,1}$$

$$X^2 = 19,33+0,23+10,57+6,32+11,77+0,04+4,8+2,8+13,88+2,5+2,34+9,22+3,8+0,22+15,57$$

$$X^2 = 110,05$$

Una vez obtenido el valor del chi cuadrado ( $X^2$ ) en este caso 110,05 calculamos los grados de libertad y hacemos uso de la tabla de distribución del chi cuadrado ( $X^2$ ).

### Cálculo de los grados de libertad

Los grados de libertad (valor de v) se obtienen restando al número de filas (valor de r) de la tabla de contingencia menos uno y este valor multiplicado por el producto de restar al número de columnas (valor de k) de la tabla de contingencia menos uno. En la tabla de contingencia de la presente investigación se obtuvo 5 filas y 3 columnas, que al aplicar la fórmula para obtener los grados de libertad nos da un valor de ocho. Desarrollo de la fórmula:

$$V = (r-1) \cdot (k-1)$$

$$V = (5-1) \cdot (3-1)$$

$$V = (4) \cdot (2)$$

$$V = 8$$

### Tabla de distribución del chi cuadrado ( $X^2$ )

En la tabla de distribución del chi cuadrado ( $X^2$ ), se intercepta la fila del grado de libertad en este caso 8 y la columna del margen de error, el cual en la presente investigación es de 0,05, de tal manera que obtenemos el valor del chi cuadrado ( $X^2$ ) por tabla, que para la presente investigación es de 15,5073. Se debe comparar los valores de chi cuadrado ( $X^2$ ) de la tabla y el chi cuadrado ( $X^2$ ) calculado.

V/p	0,025	0,05	0,1
1	5,0239	3,8415	2,7055
2	7,3778	5,9915	4,6052
3	9,3484	7,8147	6,2514
4	11,1433	9,4877	7,7794
5	12,8325	11,0705	9,2363
6	14,4494	12,5916	10,6446
7	16,0128	14,0671	12,017
<b>8</b>	17,5345	<b>15,5073</b>	13,3616
9	19,0228	16,919	14,6837

V= grados de libertad, P= probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado.

**Fuente:** [http://labrad.fisica.edu.uy/docs/tabla\\_chi\\_cuadrado.pdf](http://labrad.fisica.edu.uy/docs/tabla_chi_cuadrado.pdf)

### Comparación del chi cuadrado ( $X^2$ ).

$X^2_{tabla} = 15,5073$ ;  $X^2_{calculado} = 110,05$ , obtenidos los valores del chi cuadrado ( $X^2$ ), se establece la siguiente comparación:

**$X^2_{calculado}$  es mayor al  $X^2_{tabla}$**  = se procede a rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir se acepta la hipótesis alternativa.

**$X^2_{calculado}$  es menor al  $X^2_{tabla}$**  = se procede a rechazar la hipótesis alternativa ( $H_1$ ), es decir se acepta la hipótesis nula.

Por lo tanto en este estudio se aceptó la hipótesis alternativa.

## 6. RESULTADOS

**Tabla N° 1**

**Grados de depresión en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**

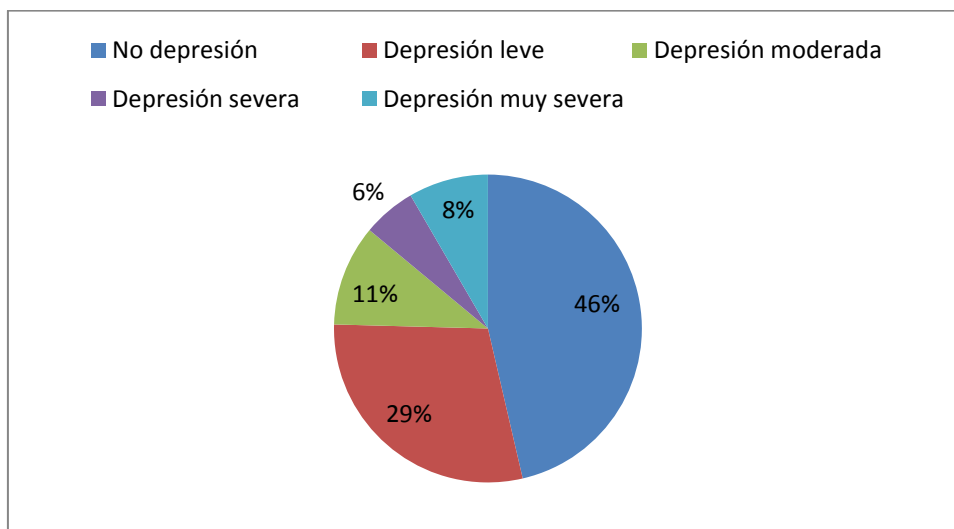
Grados de depresión	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	83	46,4%
Depresión leve	52	29,1%
Depresión moderada	19	10,6%
Depresión severa	10	5,6%
Depresión muy severa	15	8,4%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

**Gráfico N° 1**

**Grados de depresión en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**



**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

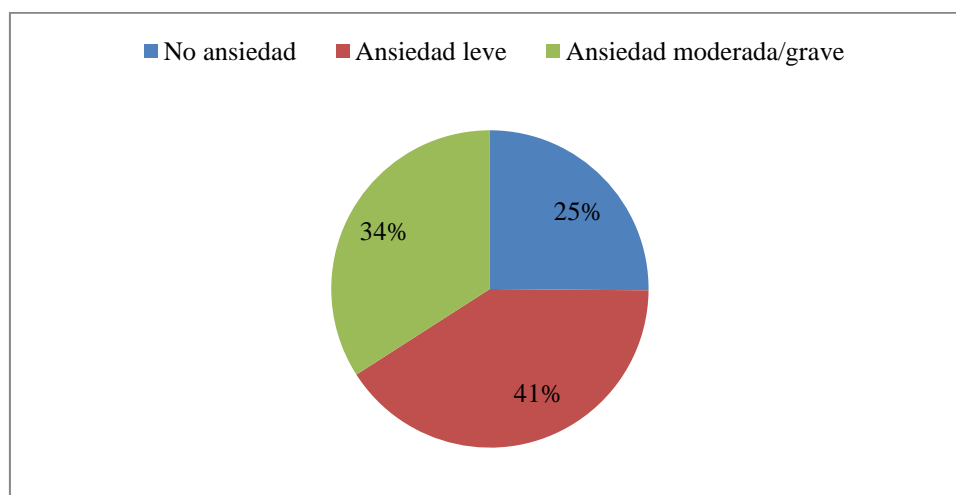
**Análisis:** El 46,4% de los adolescentes no presenta depresión, mientras que el 53,7% presentan depresión, así: el 29,1% presenta depresión leve, el 10,6% depresión moderada, el 8,4% depresión muy severa y el 5,6% depresión severa.

**Tabla N° 2****Grados de ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**

<b>Grados de ansiedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No ansiedad	45	25,1%
Ansiedad leve	73	40,8%
Ansiedad moderada/grave	61	34,1%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

**Gráfico N° 2****Grados de ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**

**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

**Análisis:** El 25,1% de los adolescentes no presenta ansiedad, el 40,8% presenta ansiedad leve, el 34,1% presenta ansiedad moderada grave dando un total de 74,9% de ansiedad.

**Tabla N° 3**

**Prevalencia de la depresión en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**

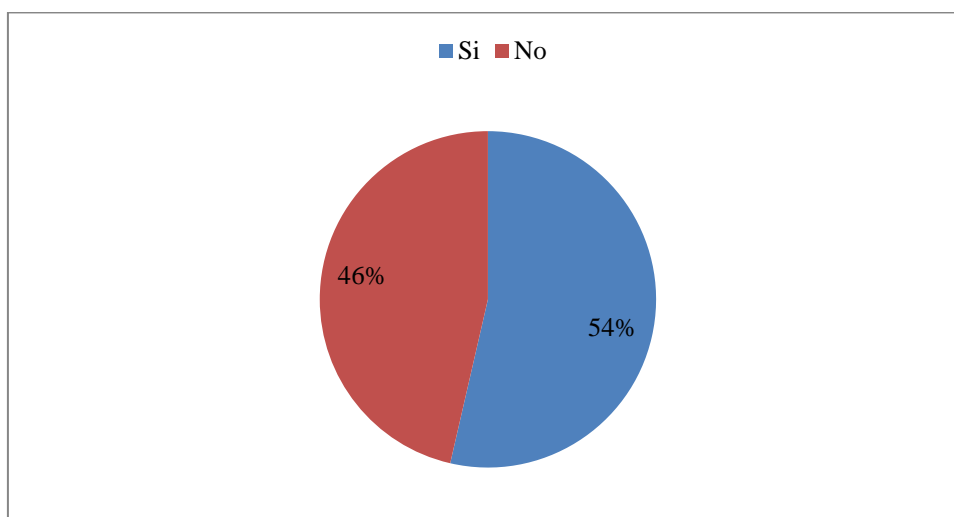
Prevalencia de la depresión	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	53,6%
No	83	46,4%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

**Gráfico N° 3**

**Prevalencia de la depresión en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**



**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

**Análisis:** La depresión que se presenta en los adolescentes encuestados representa el 53,6%.

Tabla N° 4

**Prevalencia de ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**

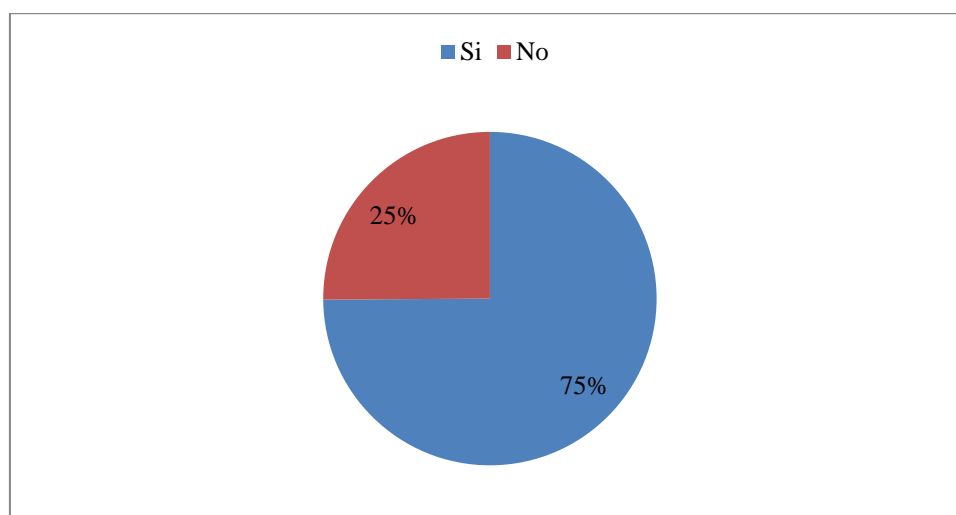
Prevalencia de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Si	134	74,9%
No	45	25,1%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

Gráfico N° 4

**Prevalencia de ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.**



**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

**Análisis:** En el siguiente gráfico podemos observar que la prevalencia de la ansiedad representa un 74,9%.

Tabla N° 5

## Relación entre la depresión y la ansiedad.

## Contraste de hipótesis.

			Ansiedad			Total	
			No ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada/grave	No ansiedad	
Depresión	No depresión	Recuento	41	31	11	83	
		Frecuencia esperada	20,9	33,8	28,3	83,0	
	Depresión leve	Recuento	4	37	11	52	
		Frecuencia esperada	13,1	21,2	17,7	52,0	
	Depresión moderada	Recuento	0	3	16	19	
		Frecuencia esperada	4,8	7,7	6,5	19,0	
	Depresión grave	Recuento	0	1	9	10	
		Frecuencia esperada	2,5	4,1	3,4	10,0	
	Depresión muy grave	Recuento	0	1	14	15	
		Frecuencia esperada	3,8	6,1	5,1	15,0	
	Total		Recuento	45	73	61	179
			Frecuencia esperada	45,0	73,0	61,0	179,0

**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

## Prueba de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	110,057(a)	8	,000
Razón de verosimilitudes	112,896	8	,000
Asociación lineal por lineal	68,932	1	,000
N de casos válidos	179		

**Fuente:** Test de Hamilton de depresión y ansiedad aplicado a los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

**Elaborado por:** Luis Gustavo Ordoñez Mullo.

**Análisis:** Según podemos observar en la siguiente tabla en cuanto a la no relación entre la depresión y la ansiedad, el valor de  $p$  ( $<0,05$ ) es estadísticamente significativo es decir la depresión está relacionada con la ansiedad, por tal motivo se rechaza la hipótesis nula.

## 7. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo investigativo fueron: se encuestó a 179 estudiantes adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo; en cuanto a los grados de depresión el 46,4% no presenta depresión, el 29,1% presenta depresión leve, el 10,6% depresión moderada, el 5,6% depresión severa y el 8,4% depresión muy severa; respecto a los grados de ansiedad se evidenció que: el 25,1% no presentó ansiedad, el 40,8% presenta ansiedad leve, el 34,1% presenta ansiedad moderada grave. En cuanto a la prevalencia de la depresión y ansiedad el 53,6% presenta depresión, y el 74,9% presenta ansiedad. En el presente estudio se encontró relación entre la depresión y la ansiedad.

Destacan en cuanto a los grados de depresión el 29,1% presenta depresión leve, el 10,6% depresión moderada, el 5,6% depresión severa y el 8,4% depresión muy severa, cuyo resultado se relaciona con los obtenidos en el estudio de tipo descriptivo, transversal, realizado por Ferrel Ortega, F.; Vélez Mendoza, J.; Ferrel Ballestas, L. (2014) denominado “Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima” realizado en la ciudad de Santa Martha-Colombia, estudió a 629 estudiantes y muestra intencional de 140 adolescentes de ambos sexos, de 14 a 16 años; se les aplicó la Escala de Zung para Depresión, obtienen los siguientes resultados, 86% de los alumnos participantes presentaron depresión moderada y un 14% depresión leve, cuyos resultados se relacionan con el presente estudio. El estudio de tipo correlacional, realizado por Galicia, I.; Sánchez, A.; Robles, F. (2009), denominado “Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar”, realizado en el estado de Guerrero-México, en el que participaron 245 estudiantes adolescentes de ambos sexos, cuya edad fue de 13-15 años, se aplicó los inventarios de depresión de Kovacs y Zung, tiene relación con el presente estudio al obtenerse los siguientes resultados: 34,7% presentó depresión leve; el 31% depresión moderada y el 21,6% depresión severa. Además se relaciona con el estudio de tipo descriptivo, correlacional, realizado por Robles, F.; Sánchez, A.; Galicia, I.; (2011), denominado “Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria” realizado en la ciudad de México-México, en el que participaron 114 adolescentes de ambos sexos de 12-16 años, se les aplicó el Inventario de depresión de Kovacs, en el cual los resultados obtenidos



son: el 45 % presento depresión leve, el 17% depresión moderada y el 20% depresión grave, resultados relacionados a los de la presente investigación. El estudio de tipo transversal, realizado por Martínez, J.; Félix, A.; Flores, P.; (2010), denominado “Prevalencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes de escuela preparatoria” realizado en la Escuela Preparatoria Pública Central Diurna de la Universidad Autónoma de Sinaloa, en Culiacán, Sinaloa-México, en el que participaron 468 adolescentes de ambos sexos de 14 a 19 años, se les aplicó el inventario de depresión de Beck, los resultados obtenidos fueron: el 6,6% presento depresión leve, 9,2% moderada, 2,6% severa y depresión extrema 0,2%, cuyos resultados se relacionan con los de la presente investigación. En el estudio de tipo descriptivo, correlacional, realizado por Eguiluz, L.; Ayala, M.; (2014) denominada “Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes” realizado en una escuela del Distrito Federal de México- México, en una muestra de 292 alumnos de secundaria de ambos sexos de 11-15 años, el instrumento aplicado fue el Inventario de depresión de Beck, obteniéndose los siguientes resultados: 17,8% depresión leve, 7,5% depresión moderada, 3% depresión severa, resultados parecidos a los encontrados en la presente investigación.

Respecto a los grados de ansiedad se evidencio que: el 40,8% presenta ansiedad leve, el 34,1% presenta ansiedad moderada grave, resultados que no se relacionan con los siguientes estudios realizados: en el estudio de tipo transversal, descriptivo, realizado por, Ramírez, P.; Hernández, E.; (2012) denominado “Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza” realizado en el municipio de Chilmahuacán-México, en el que participaron 100 adolescentes de ambos sexos de 13 a 16 años, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y el Test de Ansiedad de Hamilton, los resultados obtenidos fueron: ansiedad leve 10.12% y ansiedad moderada 5,56%. De igual manera en el estudio de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo, realizado por Chapi, J.; (2012) denominado “Satisfacción familiar, ansiedad y cólera-hostilidad en adolescentes de dos instituciones educativas estatales de Lima” realizado en el distrito San Martín de Porres de la ciudad de Lima-Perú, en el que participaron 320 adolescentes de ambos sexos entre 15-17 años, se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), se obtuvieron los siguientes resultados: ansiedad leve 12% y ansiedad moderada 5% y ansiedad grave 1% que no se relacionan con la presente investigación; tampoco se encuentra relación con el estudio de tipo descriptivo

transversal, realizado por Corbí, B.; Pérez, M.; (2011) denominado “Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes” realizado en Madrid-España, en el que participaron 677 adolescentes de ambos sexos de 13-16 años, se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, (ISRA-J), se encontraron los siguientes resultados: ansiedad leve 12% ansiedad moderada 3%, resultados que no se relacionan con el presente trabajo. Sin embargo los resultados del presente estudio se relaciona con los resultados obtenidos en el estudio de tipo epidemiológico, descriptivo y de corte transversal, realizado por Fistorazzi, A.; Rodríguez, A.; Lotero, J.; (2010) denominado “Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural” realizado en Empedrado de la provincia de Corrientes-Argentina, en el que participaron 344 jóvenes de 14 a 20 años de ambos sexos, se aplicó el Test de Hamilton para depresión y ansiedad, los resultados obtenidos fueron: ansiedad leve 30% y ansiedad moderada/grave 11%.

En cuanto a la prevalencia de la depresión y ansiedad se encontraron cifras del 53,6% y del 74,9% respectivamente, resultados que no se relacionan con los reportados en la literatura y en los diferentes estudios realizados; en un artículo de revisión, realizado por Barra, F.; (2009) denominado “Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia” la autora cita un estudio realizado en la Ciudad de México-México, en donde se analizó una muestra probabilístico multi-etapa de 3.005 adolescentes entre 12 y 17 años, utilizando la Entrevista Diagnostica internacional Compuesta (CIDI-A), encontrándose una prevalencia de depresión del 7,2% y de ansiedad del 29,8% resultado no relacionado con el presente trabajo, de igual manera el estudio de tipo descriptivo, transversal, realizado por Romero, K. y colaboradores (2010) denominado “Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años” realizado en la población catalana de Reus, Cataluña-España, en una muestra de 1507 niños y niñas en total, se aplicó el Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) y el Children’s Depression Inventory (CDI), se encontró una prevalencia de depresión y ansiedad del 11,5% y del 47% respectivamente, lo cual no se relación con los resultados encontrados en el presente trabajo. En el estudio de tipo descriptivo de corte transversal, elaborado por Ospina, F, y colaboradores (2011) denominado “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia” realizado en la comunidad de Chía Cundinamarca-Colombia, en una muestra de 538 estudiantes

adolescentes de ambos sexos de 10 a 17 años, se utilizó el Inventario de depresión Infantil (CDI) y el SCARED, se encontró una prevalencia de depresión y ansiedad del 3,3% y del 28,3% respectivamente, cuyo resultado no está relacionado al de la presente investigación. Tampoco se encuentra relación con el siguiente estudio de tipo observacional, analítico de corte, elaborado por Ramírez, C.; Álvarez, M.; Valencia, G.; Tirado, F.; (2012) denominado “Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín” realizado en Medellín-Colombia, en la que participaron 152 adolescentes de ambos sexos de 14 a 18 años, se usó el inventario de ansiedad de Beck y el inventario de depresión de Beck-II, la prevalencia de depresión y ansiedad fue del 25,7% y del 25% respectivamente. Sin embargo en el estudio de tipo transversal realizado por Arrieta, K.; Díaz, S & González, F.; (2014) denominado “Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados” realizado en Cartagena-Colombia, en una muestra de 973 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, con un promedio de edad de 21 años, en los que se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G), se obtuvo una prevalencia de depresión y ansiedad del 74,4% y del 76,2% respectivamente, resultados que se relacionan con los encontrados en la presente investigación.

La relación entre ansiedad y depresión ha sido reportada en la literatura científica, tanto en estudios epidemiológicos, correlacionales y de análisis factorial. (González Cifuentes, de Greiff, & Avendaño Prieto, 2011). En el presente estudio se encontró relación entre la depresión y la ansiedad ( $p < 0,05$ ) resultado que se relaciona con el estudio de tipo transversal, correlacional, realizado por González, C.; De Greiff, E.; Avendaño, B.; (2011) denominado “Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza” realizado en Colombia, participaron 526 personas de manera anónima y voluntaria, el 87% ( $n=458$ ) fueron estudiantes universitarios y el 12% ( $n=68$ ) provienen de la comunidad en general, el 71% ( $n=373$ ) fueron mujeres y el 29% fueron hombres. La edad promedio de los participantes fue de 22 años, para evaluar la depresión y la ansiedad se utilizó la Escala de Zung para la Depresión y la Escala auto-aplicada de Zung para la Ansiedad, los resultados fueron que existe relación entre ansiedad y depresión ( $p < 0,00$ ; chi cuadrado 354,791) resultado que se relaciona con el encontrado en la presente investigación. De igual manera se estableció la relación entre depresión y ansiedad en el estudio de tipo

exploratorio basado en cuestionarios de autoinforme, realizado por González, M.; Landero, René & García, J.; (2009) denominado “Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México.” participaron 506 estudiantes de psicología de primero a décimo semestre de dos universidades ubicadas en la ciudad de Monterrey (México), la edad promedio fue de  $20,71 \pm 3,39$  años (mediana: 20 años) se utilizó el inventario de depresión de Beck, la ansiedad fue evaluada mediante la escala social para adolescentes, se utilizó la correlación de Spearman para determinar el nivel de significación de la relación entre las variables, los coeficientes de correlación de Spearman obtenidos entre la ansiedad y la depresión ( $r_s = 0,446$ ;  $P = 0,001$ ), confirmaron la relación entre la depresión y la ansiedad, resultado que se relaciona con el encontrado en la presente investigación. También se encontró relación entre depresión y ansiedad en el estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal, realizado por Méndez, L.; Giraldo, O.; Aguirre, D. & Lopera, F.; (2010) denominado “Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación E280A en presenilina 1.” Realizado en Antioquia-Colombia, participaron 14 cuidadores, la edad media fue de 47 años con una media de 51 años, para evaluar la depresión y la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario de depresión de Beck, se encontró una relación moderadamente alta entre depresión y ansiedad ( $r=0,757$ ;  $p=0,001$ ), mostrando que el poseer el rasgo ansioso predispone para el aumento en la depresión, resultado que se relaciona con el encontrado en la presente investigación. En el estudio de tipo descriptivo, transversal y multicéntrico, realizado por Domínguez, J. y colaboradores (2012) denominado “Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes” realizado en 8 centros urbanos y 2 rurales de las comunidades de Andalucía y Murcia (España) participaron 294 cuidadores mayoritariamente mujeres y la edad media de 56,85 años, los instrumentos utilizados para evaluar la depresión y ansiedad fueron el Test de Hamilton para depresión y ansiedad, se empleó la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y los tests de Wilcoxon y t de Student, se encontró relación estadísticamente significativa ( $p = 0,043$ ) entre depresión y ansiedad.

De igual manera se encontró una correlación entre depresión y ansiedad en el estudio de tipo descriptivo, correlacional, realizado por Martínez, M.; García, J.; Inglés, C. (2013) denominado “Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado

y depresión en una muestra de adolescentes españoles” realizado en Murcia y Andalucía (España), participaron 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad de ambos sexos. Se aplicó el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES), el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI y STAIC) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI), se usó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $p < .01$ ) entre depresión y ansiedad.

## 8. CONCLUSIONES

- Se encontró que 2 de cada 10 estudiantes presentaron depresión leve, 1 de cada 10 estudiantes depresión moderada, y 4 de cada 10 estudiantes presentaron ansiedad leve, 3 de cada 10 estudiantes presentaron ansiedad moderada/grave lo que nos advierte una alta presencia de estos trastornos en los estudiantes.
- En cuanto a la prevalencia de depresión y ansiedad, estos trastornos se presentaron en 5 de cada 10 estudiantes y en 7 de cada 10 estudiantes respectivamente.
- Según los resultados obtenidos mediante la prueba de chi cuadrado ( $X^2$ ) existe una relación estadísticamente significativa según el presente estudio realizado entre la depresión y la ansiedad.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a las autoridades del plantel educativo realizar charlas y talleres sobre depresión y ansiedad dirigida a los estudiantes y padres de familia para que puedan informarse acerca de estas dos patologías.
- Se debería aplicar un test de depresión y ansiedad a todos los estudiantes del establecimiento para detectar los casos que requieran seguimiento por parte del departamento médico del plantel dado la alta prevalencia de depresión y ansiedad que presentan los estudiantes de bachillerato del establecimiento.
- Realizar actividades enfocadas a concientizar a los estudiantes y padres de familia sobre los diferentes factores de riesgo para desarrollar depresión y ansiedad.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Adrián Serrano, J. E., & Rangel Gascó, E. (2011). LA TRANSICIÓN ADOLESCENTE Y LA EDUCACIÓN. Cali, Colombia.
- Álvarez Vacas , B. (2013). PRESENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DE UN CONSULTORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE QUITO. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Ávila González, M. J., González García, A., Guitián Rodríguez, D., de las Heras Liñero, E., . . . Triñanes Pego, Y. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. En *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto* (pág. 35). Galicia, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade.
- Álvarez Ariza, M., Ávila González, M., González García, A., Guitián Rodríguez, D., Casal Acción, B., & Heras Liñero, E. (2014). Depresión en el adulto. Madrid-España.
- Alvarez Bobadilla, G. M. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 152.
- Arango López , C., Ayuso Mateos, J. L., & Vieta Pascual, E. (2014). *Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.* (5a Ed ed.). (A. Bagny Lifante , I. Baeza Pertegaz, T. Bobes Bascarán, P. López García, & P. Suárez Pinilla, Trads.) España: Editorial Médica Panamericana.
- Arango López , C., Ayuso Mateos, J. L., & Vieta Pascual, E. (2014). Trastornos de ansiedad. En *Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.* (A. Bagny Lifante , I. Baeza Pertegaz, T. Bobes Bascarán, P. López García, & P. Suárez Pinilla, Trads., 5a Ed ed., págs. 189-233). Editorial Médica Panamericana.
- Arango López , C., Ayuso Mateos, J., & Vieta Pascual, E. (2014). Trastornos depresivos. En *Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.* (A. Bagny Lifante, I. Baeza Pertegaz, T. Bobes Bascarán, P. López García, & P. Suárez Pinilla, Trads., 5a Ed ed., págs. 155-188). España: Editorial Médica Panamericana.



- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (01 de Enero-Abril de 2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.
- Ávila Samaniego, M. E., & Pachar Pesántez, M. C. (2016). *Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo Cognitivo Conductual*. Cuenca-Ecuador.
- Beltrán , M. d., Freyre , M., & Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. México, México.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2013). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 1297.
- Calva Vásquez, J., & Castro Perez, M. (2014). NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y AUTOESTIMA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA ESTADÍO I-IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2012 . TRUJILLO-PERÚ, PERÚ.
- Cano Vinde, A., Salguero, J., Mae Wood, C., Dongil, E., & Latorre, J. (2012). LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Madrid, España.
- Castro, E., Del Río, J., & Flórez, J. (2014). Fármacos antidepresivos y antimaníacos. En J. Flórez, *Farmacología Humana* (Sexta edición ed., págs. 533-544). Barcelona, Barcelona, España: Elsevier.
- Chapi Mori, j. L. (2012). *Satisfacción familiar, ansiedad y cólera – hostilidad en adolescentes de dos instituciones educativas estatales de Lima*. distrito San Martín de Porres, Lima-Perú.
- Chávez León, E., Benitez Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. (Marzo de 2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión. *Salud mental*, 37(2), 113.
- Contreras Valdez , J., Hernández Guzmán, L., & Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. México.
- Corbí, B., & Pérez Nieto, M. Á. (2011). *Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes*. Tetuán-Madrid-España.
- Domínguez, J., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. (Enero-Febrero de 2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN - Medicina de familia*, 38(1), 16-23.

- Eguiluz Romo, L. d., & Ayala Mira, M. (Julio-Diciembre de 2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80.
- Festorazzi Acosta, A., Rodríguez, A. L., & Lotero, J. A. (2010). *EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE UNA POBLACION RURAL*. Corrientes-Argentina.
- Ferrel Ortega, F. R., Vélez Mendoza, J., & Ferrel Ballestas, L. F. (2014). *Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima*. Santa Martha, Santa Martha-Colombia.
- Fortes Álvarez, J., Landa Contreras, E., Alvites Ahumada, M., Pulido la Torre, M., & Benito Ruiz, A. (2013). Terapia electroconvulsiva. ¿cuándo y cómo se aplica? *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 2-6.
- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). *Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar*. Guerrero.
- Galindo Vázquez, Ó., Meneses García, A., Herrera Gómez, Á., Caballero Tinoco, M., & Aguilar Ponce, J. L. (2015). ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS) EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON CÁNCER: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS. *PSICOONCOLOGÍA*, 388.
- Gómez Bustamante, E. M., Castillo Ávila, I., & Cogollo, Z. (2013). Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23.
- González Cifuentes, C., de Greiff, E. Á., & Avendaño Prieto, B. L. (Enero-Julio de 2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(1), 59-72.
- González Ramirez, M. T., Landero Hernández, R., & García Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141-145.
- (2014). Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. En *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto* (pág. 35). Galicia, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidade.

- Guía Clínica AUGE . (2013). *Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y mas*. Chile.
- Gutiérrez, G., & Catillo, M. (2011). *La salud del adolescente*. México, México.
- Higuita Gutiérrez, L. F., & Cardona Arias, J. A. (2014). *Revista CES: Psicología*. Recuperado el 2017, de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3600>
- Iglesias Diz, J. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Galicia, España.
- Iñiguez Ordoñez, C. E. (2017). *“Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador, 2016.”*.
- Juárez Ocaña, R. (2014). Depresión. En M. Ramiro, A. Lifshitz, & J. Halabe, *El Internista* (págs. 1213-1226).
- Landa Ramírez, E., Cárdenas López, G., Andrew Greer, J., Sánchez Román, S., & Riveros Rosas, A. (2014). Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud Mental*, 416-419.
- Lillo Espinosa, J. L. (2012). *Crecimiento y comportamiento en la adolescencia*. Madrid, España.
- Martínez García, J., Félix Madrigal, A., & Flores Flores, P. (2010). *PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE ESCUELA PREPARATORIA*. Culiacán, Sinaloa-México.
- Martínez Monteagudo, M., García Fernández, J., & Inglés, C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 47-64.
- Martínez, I. (2012). *TRASTORNOS DEPRESIVOS*. Murcia, España.
- Méndez, F., & Olivares, J. (2010). Características clínicas y tratamiento de la depresión y ansiedad en la adolescencia. Madrid, España.
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre Acevedo, D., & Lopera, F. (30 de Julio de 2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación E280A en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2137), 137-145.
- Mitjans, M., & Arias, B. (2012). *Actas Españolas de Psiquiatría*. Recuperado el 16 de Marzo de 2017, de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>

- Mora Espinoza, N. (2015). *Portal Regional de la BVS*. Recuperado el 15 de Marzo de 2017
- Muñoz Calvo, M., & Pozo Román, J. (2011). Pubertad normal y sus variantes. México, México.
- Murray , S., & Granados, M. (2010). La depresión en adolescentes. Caracas, Colombia.
- Navas Orozco, W., & Vargas Baldares, M. (2013). TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX*, 498.
- Noguera Orozco, M. J., Pérez Terán, B., Barrientos Casarrubias, V., Robles García, R., & Sierra Madero, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por vih. *Psicología Iberoamericana*, 30.
- OMS. (2014). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) . (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra (Suiza).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Washington, DC.
- Ortiz Cango, D. (2014). DEPRESIÓN Y RELACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO”. Loja, Loja, Ecuador.
- Ospina Ospina, F. d., Hinestrosa Upegui, M., Paredes, M., Guzmán , Y., & Granados, C. (07 de Diciembre de 2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 908.
- Ramírez, C., Álvarez, M., Valencia Prieto, G., & Tirado Otálvaro, F. (Septiembre de 2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 606-6019.
- Ramírez Osorio, P., & Hernández Mendoza, E. (2012). *Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza*. municipio de Chilmahuacán, Estado de México-México.
- Ramírez, A. (2012). Adolescencia y depresión. Buenos Aires, Argentina.
- Restrepo, C., Restrepo , M., & Alzate , M. (2008). Trastornos afectivos: Trastornos depresivos. En C. Restrepo, G. Hernández , A. Rojas, H. Santacruz, & M. Uribe, *Psiquiatría Clínica: Dignóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (pág. 307). Bogotá-Colombia: Panamericana.

- Redondo Alfaro, D. (2015). ADAPTACION DE LA SEGUNDA VERSION DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK AL GRAN AREA METROPOLITANA DE COSTA RICA. Costa Rica, Costa Rica.
- Robles Ojeda, F. J., Sánchez , A., & Galicia Moyeda, I. X. (Julio de 2011). Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria. *Psicología Iberoamericana*(2), 27-37.
- Rosero, A., Gavilanes, G., Guijarro, S., Burbano, S., Romero, R., De la Vega, A., . . . Nieto, B. (2009). *Protocolos de Atención Integral a Adolescentes*. Poligráfica C.A.
- Rueda, L., & Aguilar, M. (2013). Terapia electroconvulsiva: Una revisión. *Revista Hondureña del postgrado de Psiquiatría*, 18.
- Sanz, R., & Aldaz, M. (23 de 04 de 2011). La ansiedad y depresión. *Las enfermedades del siglo: la ansiedad y la depresión*. Madrid, Madrid, España.
- Serrano Barquín, C., Rojas García, A., & Ruggero, C. (Enero-Julio de 2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.
- Serrano, G., Martínez Maurandi, J., Pedreño Planes, J., Pujalte Martínez, M., Garre Sánchez, M., Vicente Garriga, M., . . . Alarcón Terroso, R. (2011). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS*. Murcia-España.
- Temboury Molina, M. (2010). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Madrid, España.
- Terol Cantero, M. C., Cabrera Perona, V., & Martín Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 16.
- Umbarila, D. (2011). La adolescencia y la depresión. Bogotá, Colombia.
- Ureña Parra, J. D. (2013). Factores de riesgo neurobiológico, familiares y sociales asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Costa Rica, Costa Rica.
- Vega Dienstmaier, J., Coronado Molina, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista Neurosiquiátrica*, 96.
- Veytia López, M., González Arratia, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (Enero-Febrero de 2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.

Veytia López, M., González Arratia, N. I., López Fuentes, H., & Andrade Palos, P. (Enero-Febrero de 2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Cuba.

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1: Consentimiento informado.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El presente estudio será desarrollado por el Sr. Luis Gustavo Ordoñez Mullo egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, mismo que tiene por objeto determinar el grado de depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo. Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá completar dos test los mismos que le tomara aproximadamente 15 minutos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

De antemano le agradezco su participación.

Yo,.....con cédula de identidad #....., afirmo que he sido informado(a) y acepto participar de manera voluntaria en el estudio “LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”, teniendo en cuenta que:

- 1.- He comprendido la naturaleza y propósitos de la investigación.
- 2.- He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. La información proporcionada es veraz y confiable.
- 3.- La información proporcionada por mí será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.
- 4.- Tengo claro que durante la aplicación del instrumento puedo desistir de mi decisión de participar en este estudio, sin que esto motive consecuencia alguna para mí en los procesos de oferta de servicios de la institución.

Como constancia de mi autorización firmo el presente documento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: Test de depresión-Hamilton

### Test de depresión-Hamilton

El presente cuestionario tiene como objetivo reconocer con qué frecuencia usted ha tenido estos síntomas. La sinceridad con que respondan a los cuestionamientos será de gran utilidad para la investigación. La información que se proporcione será totalmente confidencial.

**Encierre en un círculo la alternativa que usted considere adecuada. Se recomienda ser imparcial con sus respuestas.**

**De antemano muchas gracias por su colaboración.**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** masculino ( ) femenino ( )  
**Fecha de la evaluación:** \_\_\_\_\_

#### 1.- Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0. Ausente
1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

#### 2.- Sensación de culpabilidad

0. Ausente
1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

#### 3. Suicidio.

0. Ausente.
1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
3. Ideas de suicidio o amenazas.
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica como 4)

#### 4.- Insomnio precoz.

0. No tiene dificultades para dormirse.
1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

#### 5.- Insomnio medio.

0. No hay dificultad.
1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

#### 6.- Insomnio tardío.

0. No hay dificultad.
1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.



**7. Trabajo y actividades.**

- 0. No hay dificultad.
- 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.
- 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).
- 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad.
- 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

**8.- Inhibición (Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).**

- 0. Palabra o pensamiento normales.
- 1. Ligeramente retrasado en el diálogo.
- 2. Evidente retraso en el diálogo.
- 3. Diálogo difícil.
- 4. Torpeza absoluta.

**9.- Agitación.**

- 0. Ninguna.
- 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
- 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

**10.- Ansiedad psíquica.**

- 0. No hay dificultad.
- 1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2. Preocupación por pequeñas cosas.
- 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
- 4. Temores expresados sin preguntarle.

**11.- Ansiedad somática Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retorcijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudación.**

- 0. Ausente.
- 1. Ligera.
- 2. Moderada.
- 3. Severa
- 4. Temores expresados sin preguntarle.

**12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.**

- 0. Ninguno.
- 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

**13.- Síntomas somáticos generales.**

- 0. Ninguno.
- 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

**14.- Síntomas genitales Síntomas como pérdida de libido y trastornos menstruales.**

- 0. Ausente.
- 1. Débil.
- 2. Grave.
- 3. Incapacitante

**15.- Hipocondría.**

- 0. No la hay.
- 1. Preocupado por sí mismo (corporalmente).

2. Preocupado por su salud.
3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
4. Ideas delirantes hipocondríacas.

**16.- Pérdida de peso (completar A o B)**

**A) Según manifestaciones del paciente (primera valoración)**

0. No hay pérdida de peso.
1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).

**B) Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) (por término medio)**

0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana.
1. Pérdida de más de 500 gr en una semana.
2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.

**17.- Insight (conciencia de sí mismo)**

0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
2. Niega que esté enfermo

**18.- Variación diurna Indicar si los síntomas son más intensos por la mañana o por la tarde.**

0. Ausente.
1. Ligera Mañana ( ) Tarde ( )
2. Grave Mañana ( ) Tarde ( )

**19.- Despersonalización y falta de realidad**

0. Ausente.
1. Ligera. Cómo: sensación de irrealidad.
2. Moderada. Ideas nihilistas.

**20.- Síntomas paranoides.**

0. Ninguno.
1. Sospechosos.
2. Leves
3. Ideas de referencia.
4. Delirios de referencia y de persecución.

**21.- Síntomas obsesivos y compulsivos.**

0. Ausentes.
1. Ligeros.
2. Graves.

**No deprimido:** 0-7

**Depresión leve:** 8-13

**Depresión moderada:** 14-18

**Depresión severa:** 19-22

**Depresión muy severa:** >23

## ANEXO 3: Test de ansiedad de Hamilton.

## TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea (falta de aire).	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente (orinar), micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).	0	1	2	3	4
Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					
<b>TOTAL</b>					

**Puntos de corte recomendados**

**No ansiedad:** 0-5

**Ansiedad leve:** 6-14

**Ansiedad moderada/grave:** >15

## ANEXO 4: Solicitud para realizar el estudio



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.00424 CCM-ASH-UNL

**PARA:** Magister Marco Gutiérrez,  
**RECTOR DEL COLEGIO "ADOLFO VALAREZO"**

**DE:** Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 17 de Febrero de 2017

**ASUNTO:** Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseando-le éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el **Sr. Luis Gustavo Ordoñez Mullo**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda aplicar los test de Hamilton (depresión y ansiedad) a un grupo de estudiantes de su prestigioso colegio, y así obtener información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA"**, autoría del Sr. Luis Gustavo Ordoñez Mullo", trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. German Vélez Reyes**, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**



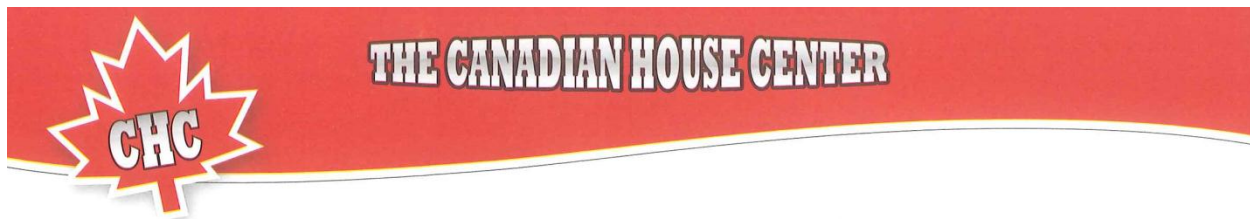
C.c.- Archivo

Tnoe.

UNIDAD EDUCATIVA "ADOLFO VALAREZO"  
Correspondencia Recibida  
FECHA. 20-02-2017  
HORA 09:58  
RECIBE

AutORIZADO  
Marco Gutiérrez  
**UNIDAD EDUCATIVA  
"ADOLFO VALAREZO"  
RECTORADO  
LOJA - ECUADOR**

**ANEXO 5: Certificado de traducción del Resumen**



## THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial N° 320 - 15.

**CERTIFICA.-**

Que el resumen de Tesis titulada **“LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”** realizada por la Sr. **LUIS GUSTAVO ORDOÑEZ MULLO**, con cédula de identidad 1104719875, egresado de la carrera de Medicina Humana de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo Director Académico de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 17 de Agosto de 2017.



**LIC. ROSS SAMPAYO**  
**DIRECTOR ACADÉMICO**  
**THE CANADIAN HOUSE CENTER**