



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

Título:

**Incidencia de ansiedad y depresión en
estudiantes de la carrera de medicina de la
Universidad Nacional de Loja**

**Tesis previa la obtención del
título de Médico General**

Autor: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Director: Méd. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

LOJA-ECUADOR

2021

Certificación

Loja 28 de septiembre del 2021

Yo, Byron Salazar en mi calidad de tutor del trabajo de titulación, elaborado **ROSA MICHELLE SARMIENTO ALVAREZ** con **CI: 1105632341**; cuyo título es: **“Incidencia de ansiedad y depresión en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja”**, previo a la obtención del Título de Médico General; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y epistemológico, para la obtención del título de **MEDICO GENERAL** por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Nacional de Loja.



Firmado electrónicamente por:
**BYRON MARCELO
SALAZAR PAREDES**

Méd. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

Autoria

Yo, Rosa Michelle Sarmiento Álvarez, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis, y eximo expresarme a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio institucional a través de la Biblioteca virtual.



Firmado electrónicamente por:
ROSA MICHELLE
SARMIENTO
ALVAREZ

Autor: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Cédula: 1105632341

Fecha: 22 de noviembre del 2021

Carta de autorización

Yo, Rosa Michelle Sarmiento Álvarez, autora del trabajo de investigación “**Incidencia de ansiedad y depresión en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja**” autorizo que mi investigación, sea visible en el sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que sirva con fines académicos a los demás estudiantes de la institución, así, de esta manera mostrar la producción intelectual de la Universidad Nacional de Loja, el cual es visible en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación 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, 22 días del mes de noviembre del 2021.



Firmado electrónicamente por:
**ROSA MICHELLE
SARMIENTO
ALVAREZ**

Autor: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Cédula de Identidad: 1105632341 Correo Electrónico: rosa.sarmiento@unl.edu.ec

Teléfono: Dom. 072574174 Celular: 0988451742

DATOS COMPLEMENTARIOS:

DIRECTOR DE TESIS: Méd. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente/a del tribunal: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Esp.

Miembro del tribunal: Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva, Esp.

Miembro del tribunal: Méd. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo, Esp.

Dedicatoria

Esta investigación que agradablemente me ha entretenido la dedico con todo cariño primeramente a Dios y a la Virgen, por ser el pilar fundamental de mis objetivos y metas, por otorgarme fuerza de voluntad y regocijo cuando más lo necesitaba.

Luego y de manera especial a mi querida madre Dra. Rosita Álvarez T., misma que con su afán y sacrificio, me ayudo y oriento, para que se hiciera posible la culminación de mis estudios y por símbolo de admiración, dulzura, sonrisas y lágrimas para el éxito de mi persona.

A mis hermanos Karla, Maritza, Lenin, Roberto y Jammil, que con amor supieron motivarme para terminar con éxito mi carrera de médico. A todos los que me apoyaron durante esta larga travesía, especialmente mi mejor amiga María José Silva, por ultimo mi grande compañía durante todos estos años quien supo responder a mis dudas y estar ahí cuando menos lo esperaba Santiago Encalada.

Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Agradecimiento

Al culminar con éxito mis estudios universitarios, deseo dejar constancia de mis sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, a la Carrera de Medicina, por haberme permitido llegar a mi meta profesional como Médico General, de igual forma agradezco a los Señores docentes y autoridades, que me dieron su aporte, y sus valiosos conocimientos, para crecer académicamente durante mi vida universitaria, y de manera especial al Méd. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp. director de Tesis, el mismo que estuvo presente en la asesoría del presente trabajo de investigación así como, por su paciente, diligente y valiosa orientación.

Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Índice de Contenidos

Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Tablas	x
1 Título	1
2 Resumen	2
Abstract	3
3 Introducción	4
4 Revisión de la literatura	6
4.1 Trastorno mental	6
4.1.1 Trastornos del estado de ánimo en estudiantes universitarios	7
4.2 Depresión	9
4.2.1 Definición de la depresión	9
4.2.2 Etiopatogenia de depresión	9
4.2.2.1 Factores biológicos	10
4.2.2.2 Factores genéticos	12
4.2.2.3 Factores psicosociales	12
4.2.2.4 Factores de la personalidad	13

4.2.2.5	<i>Factores psicodinámicos en la depresión.</i>	13
4.2.3	Epidemiología de depresión.	14
4.2.3.1	<i>Incidencia y prevalencia de la depresión.</i>	14
4.2.3.2	<i>Sexo.</i>	14
4.2.3.3	<i>Edad.</i>	15
4.2.4	Factores de riesgo de depresión.	15
4.2.4.1	<i>Factores psicosociales de depresión.</i>	15
4.2.4.2	<i>Drogas y su relación con la depresión.</i>	16
4.2.4.3	<i>Enfermedades orgánicas y depresión.</i>	16
4.2.5	Manifestaciones clínicas de la depresión.	16
4.2.6	Diagnóstico de depresión.	18
4.2.6.1	<i>Episodios del estado de ánimo.</i>	18
4.2.6.1.1	<i>Trastornos del estado de ánimo.</i>	19
4.2.6.1.2	<i>Trastornos depresivos.</i>	19
4.2.6.2	<i>Especificadores.</i>	20
4.2.6.2.1	<i>Especificadores que describen el episodio en curso o más reciente.</i>	20
4.2.6.2.2	<i>Especificadores que describen la evolución de los episodios recurrentes.</i>	21
4.2.7	Tratamiento de depresión.	21
4.2.7.1	<i>Psicoterapia de depresión.</i>	21
4.2.7.2	<i>Farmacoterapia de depresión.</i>	23
4.2.8	Curso y evolución de la depresión.	25
4.3	Ansiedad	26
4.3.1	Definición de la ansiedad.	26
4.3.2	Trastornos de ansiedad primarios.	26
4.3.3	Otras causas de ansiedad y síntomas relacionados.	28
4.3.4	Epidemiología de la ansiedad.	28

4.3.5	Etiopatogenia de la ansiedad.	29
4.3.5.1	<i>Factores de tipo biológico.</i>	30
4.3.5.2	<i>Factores de tipo cognitivo.</i>	30
4.3.5.3	<i>Factores de tipo psicosocial.</i>	30
4.3.6	Manifestaciones clínicas de la ansiedad.	30
4.3.7	Diagnóstico de la ansiedad.	31
4.3.8	Tratamiento de la ansiedad.	31
5	Materiales y métodos.	34
5.1	Enfoque.	34
5.2	Tipo de diseño	34
5.3	Unidad de estudio	34
5.4	Universo y muestra.	34
5.5	Criterios de inclusión	34
5.6	Criterios de exclusión.	34
5.7	Técnicas, Instrumentos y Procedimiento	35
5.7.1	Técnicas	35
5.7.2	Instrumentos	35
5.7.3	Procedimiento	36
5.8	Procesamiento de la información.	36
6	Resultados	37
6.1	Resultados para el primer objetivo.	37
6.2	Resultados para el segundo objetivo.	39
6.3	Resultados para el tercer objetivo	41
7	Discusión.	42
8	Conclusiones.	45
9	Recomendaciones.	46

10. Bibliografía.....	47
11. Anexos.....	53
Anexo N° 1: Pertinencia del tema de tesis	53
Anexo N° 2: Designación de director de tesis.....	54
Anexo N° 3: Designación de director de tesis.....	54
Anexo N° 4: Consentimiento Informado	56
Anexo N° 5: Instrumento de recolección de datos.....	59
Anexo N° 6: Matriz digital de datos.....	68
Anexo N° 7: Certificación de Traducción al Idioma Ingles.....	69
Anexo N° 8: Proyecto de Tesis.....	70

Índice de Tablas

Tabla para el primer objetivo.....	37
Tabla para el primer objetivo.....	38
Tabla para el segundo objetivo.....	39
Tabla para el segundo objetivo.....	40
Tabla para el tercer objetivo	41

1 Título

Incidencia de ansiedad y depresión en estudiantes de la carrera de medicina de la
Universidad Nacional de Loja.

2 Resumen

La depresión y la ansiedad son problemas de salud frecuentes en los estudiantes universitarios, con afección global de la vida psíquica y emocional, las cuales tienen que ser tratadas oportunamente para evitar complicaciones. El presente estudio tuvo como objetivos: establecer la incidencia y el grado de depresión y ansiedad de acuerdo con el sexo y edad, en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Con enfoque cuantitativo, de corte transversal, con una muestra de 249 estudiantes, se utilizó el Test de Beck de ansiedad y depresión. La población constituida por adultos jóvenes, con un rango de edades entre 18 a 23 años, el 72% del sexo femenino, que cursan de primero a décimo ciclo de la carrera de medicina; se determinó una incidencia de ansiedad del 24,1% y una incidencia de depresión del 47%, se estableció relación entre el grado de ansiedad con la edad de los estudiantes, estadísticamente significativa, el grado de depresión no se relaciona con la edad; se determinó relación directa entre el grado de ansiedad y sexo con un grado leve del 8,4 y grave del 7,6% del sexo femenino, por otra parte se observó relación directa entre grado de depresión y sexo, su mayoría son de sexo femenino con grado leve del 13,3% y moderado del 16,9% respectivamente. En conclusión: se determinó la incidencia de ansiedad y depresión además de la relación estadísticamente significativa entre ansiedad con edad y sexo, depresión con sexo y la relación comorbida de estas patologías.

Palabras Clave: Depresión, Ansiedad, Estrés.

Abstract

Depression and anxiety are frequent health problems in university students that cause a global impact on psychic and emotional life, often underestimated, which must be treated promptly to avoid complications. The present study had as objectives: to establish the degree of depression, to identify the level of anxiety according to sex and age, and to establish the relationship between depression and anxiety in medical students of the National University of Loja. It had a quantitative, cross-sectional approach, with a sample of 249 students, the Beck Test of anxiety and depression was used. A population of young adults is observed, with an age range between 18 to 23 years old, the 72% are woman, who are in the first to tenth grade of medicine; An incidence of anxiety of 24.1% and an incidence of depression of 47% was determined. A relationship was established between the degree of anxiety and the age of the students, statistically significant, the degree of depression was not related to age. A direct relationship was determined between the degree of anxiety and sex with a mild degree of 8.4 and severe 7.6% in women. On the other hand, a direct relationship was observed between the degree of depression and sex, most of them are female with a mild degree of 13.3% and a moderate degree of 16.9%, respectively. Conclusion: The incidence of anxiety and depression was determined in addition to the statistically significant relationship between anxiety with age and sex, depression with sex and finally the comorbid relationship of these two pathologies.

Key Words: Depression, Anxiety, Stress.

3 Introducción

No es fácil detallar la salud mental por lo que no es adecuado enmarcarla como ausencia de enfermedad o como el bienestar físico mental y por ende social, lo cual es explicado por la OMS; sin embargo se puede decir que la buena salud mental, sería entendida como la agrupación de los siguientes indicadores clínicos: alta precisión de la realidad, buena aceptación de uno mismo, de los demás y de la naturaleza de la relación, capacidad de espontaneidad, capacidad de discriminación y de enfoque correcto de los problemas, capacidad de independencia y de deseo de intimidad, capacidad de autonomía, frescura de apreciación y riqueza en la reacción emocional, elasticidad y capacidad expresiva en las relaciones interpersonales, estructura caracterológica flexible, cierto grado de creatividad, capacidad de modificar la propia escala de valores incorporando y valorando las experiencias ajenas. Toro, Yepes y Palacio (2010) afirman:

Que las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. (p. 168)

Sin considerar que la depresión es solo uno de los muchos trastornos mentales que un estudiante puede llegar a padecer durante los estudios académicos también se debe hablar de la ansiedad. Bravo, Saiz y Bobes (2009) afirman “La ansiedad es una respuesta emocional de miedo o aprensión ante un peligro o amenaza, actual o anticipado, real o imaginado, con un doble componente físico y psíquico, que provoca una conducta de ataque o huida” (p.335). Martínez (2019) “La ansiedad escolar tiene consecuencias trascendentales para el alumno ya que significa no acudir al centro y, por tanto, la pérdida progresiva de adquisición de conocimientos curriculares y la pérdida de oportunidades de socialización” (p.5).

Tomando en cuenta, la población estudiantil universitaria, es importante, destacar que los menores de 21 años tienen mayor riesgo de presentar más trastornos, ya que la mitad de la población que se presenta con un trastorno psiquiátrico lo hace antes de los 21 años. Precisamente el inicio temprano de una enfermedad mental tiene consecuencias importantes en el desarrollo de las primeras décadas de la vida, donde se incluye la educación, la elección de una carrera, la elección de una pareja y el desarrollo de la identidad sexual. (Galván, Jiménez, Hernández y Arellano, 2015, p.76)

Se debe recordar que los estudios en el campo de salud mental en nuestro medio, es decir, la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, no son tomados con la importancia que merecen, la depresión y ansiedad son trastornos mentales que van en aumento y existen pocos estudios y datos tomados relacionados con estos temas en nuestra población, por lo que es necesario realizar una investigación de aproximación acerca de esta problemática surgiendo así la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja, en el periodo 2019 -2020?

En base a aquella se planteó el objetivo general en busca de determinar la incidencia de ansiedad y su asociación con la depresión en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja, en el periodo 2019 -2020, a través del cumplimiento de los objetivos específicos que tuvieron la finalidad de Identificar el grado de ansiedad y depresión de acuerdo con la edad en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja. Establecer el grado de ansiedad y depresión de acuerdo con el sexo en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja. Y finalmente explorar su relación comórbida entre ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja.

Este estudio busca describir la importancia de conocer la incidencia de estas patologías en los estudiantes universitarios, con el propósito de implementar en futuros estudios estrategias diagnósticas y de prevención de estas patologías, que afectan, no solo su comportamiento con la sociedad, sino también su estilo de vida llegando a incapacitar su capacidad de aprendizaje y posiblemente precipiten deserción estudiantil.

El presente proyecto se rige a una línea de investigación, la cual es diseñada por la Universidad Nacional de Loja. Pertenece a la línea 3 que se basa en, salud enfermedad del adulto y adulto mayor. Desde ese contexto un problema que encontramos muy común son los trastornos del comportamiento humano.

4 Revisión de la literatura

4.1 Trastorno mental

Se entiende como trastorno mental cuando se modifica el estado de salud en donde los síntomas presentes no son causados necesariamente por una alteración de naturaleza orgánica.

No es fácil detallar la salud mental por lo que no es adecuado enmarcarla como ausencia de enfermedad o como el bienestar físico mental y por ende social lo cual es explicado por la OMS; sin embargo, se puede decir que la buena salud, sería entendida como la agrupación de muchos de los siguientes indicadores clínicos Valladolid (2014) Afirma:

Alta precisión de la realidad, buena aceptación de uno mismo, de los demás y de la naturaleza de la relación, capacidad de espontaneidad, capacidad de discriminación y de enfoque correcto de los problemas, capacidad de independencia y de deseo de intimidad, capacidad de autonomía, frescura de apreciación y riqueza en la reacción emocional, elasticidad y capacidad expresiva en las relaciones interpersonales, estructura caracterológica flexible, cierto grado de creatividad, capacidad de modificar la propia escala de valores incorporando y valorando las experiencias ajenas. (p.30)

Como es observable en la sociedad, el ser humano juicioso normalmente sano será capaz de recrearse de estas cualidades, pero a la vez el concepto de salud mental tampoco permite esclarecer, si una persona sufre o no un determinado trastorno mental. En este sentido la existencia de un trastorno mental puede envolver. Valladolid (2014) afirma:

Ausencia de salud o desviación de la norma ideal (OMS), desviación de la normalidad desde un criterio estadístico, presencia de síntomas o disfunciones psicológicas tanto cognitivas como afectivas conativas y motivacionales desde un criterio fenomenológico, malestar psicológico, sufrimiento o padecimiento, deterioro del funcionamiento social o discapacidades, “factores etiológicos claros.” (p.31)

Ahora bien para la CIE-10, el concepto de trastorno mental implica la presencia de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que pueden acompañarse de malestar así como también intervenir en las actividades de la persona. Para el DMS-5, cada trastorno mental está diferenciado por una variación clínicamente significativa de la gnosis. Valladolid (2014) afirma:

La regulación emocional o la conducta del individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos biológicos o del desarrollo que subyacen en el funcionamiento mental. Además aparece asociada a malestar (por ejemplo dolor), discapacidad (por ejemplo deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la pérdida de un ser querido). (p.31)

Sin importar la causa, debe ser considerado como la expresión individual de una disfunción del comportamiento, psicológico y biológico. Algo que es muy importante es que un comportamiento desviado (por ejemplo sexual o religioso) ni los problemas de las personas con la sociedad, deben ser calificados como trastorno mental, a no ser que dicho conflicto sea síntomas de tal disfunción.

4.1.1 Trastornos del estado de ánimo en estudiantes universitarios.

En la actualidad no hay muchos estudios realizados en nuestro país que nos logren ayudar a saber si los trastornos mentales aquejan de manera frecuente a estudiantes universitarios que cursan sobretodo la carrera de medicina en salud humana, sin embargo, si es conocido que muchos de los problemas que se podrían presentar son causa de intranquilidad a nivel mundial, problemas como la depresión y ansiedad, siendo la depresión un problema de salud pública en nuestro medio ya que es considerado por la organización. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2018, p. 24) Afirma:

Que según encuestas bases de la población en general, llegan a ser el quinto estado de salud humana más incapacitante, después de la esquizofrenia aguda, la lesión de la médula espinal en el nivel cervical no tratada, la esclerosis múltiple grave y la dependencia grave de la heroína. Incluso los trastornos depresivos leves y la distimia se consideran sumamente incapacitantes, en el mismo nivel, por ejemplo, de la anemia grave o el asma no controlada. (pág. 24).

Así mismo la ansiedad es considerada como una enfermedad de mayor importancia, debido a que es el segundo trastorno mental más incapacitante después de la depresión y nuestro país posee un porcentaje del 5,2 %. Tomando en cuenta los porcentajes y que afecta principalmente a los jóvenes. Los universitarios que pasan por constantes cargas de estrés podrían desarrollar estos trastornos e incluso que sea un problema que tenían antes, pero que en esta etapa podría agravarse más. Agudelo, Casadiegos y Ortíz (2008) Afirma:

La ansiedad y la depresión se consideran dos de los desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de salud, en población general. Asimismo, dentro de la población universitaria, constituyen dos de los principales motivos de consulta atendidos a través de los servicios de Bienestar Universitario. Por esta razón, muchos estudios se han centrado en la evaluación de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. (p. 34)

Es importante recalcar cuales pueden ser los factores de riesgo predisponentes para la depresión. Arrivillaga, Garcia, Jiménez y Ortiz (2003) Concluye: “Existen variables individuales que pueden relacionarse con la depresión ya que contribuyen a su aparición. Se resaltan dentro de estas: los antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, ocurrencia de eventos críticos, consumo de alcohol, planeación y/o intento suicida” (p.8). Arrivillaga et al. (2003) Nos dice:

Los eventos críticos más destacados y que los jóvenes perciben como asociados al trastorno depresivo son: inestabilidad económica, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido y separación de los padres. Es importante resaltar que la presencia de dificultades académicas se encontró asociada a casos de depresión severa. (pág., 5)

El estrés puede ser un desencadenante para estos trastornos la presencia del mismo del mismo es variable y depende sobretodo de la población estudiada, por ejemplo en el año 2016 tras analizar un total de 59 estudiantes de Medicina encontraron que el estrés fue evidente en la mayoría de los estudiantes de medicina (88,1 %), no se encontraron diferencias en cuanto al sexo, clase o grados aparte del enfoque superficial que se usó menos entre las mujeres. (Mirghni y Elnour, 2017, p.92)

Por ende ya que una de las causas de la depresión y la ansiedad tiende a ser el estrés se debe reconocer la importancia de la existencia de dichos trastornos en los estudiantes universitarios especialmente en los estudiantes de medicina debido a que desde el comienzo de la carrera la sobrecarga de responsabilidades es alta.

4.2 Depresión

4.2.1 Definición de la depresión.

Toro et al. (2010) afirman:

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar. (p. 168)

El trastorno de depresión mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía. El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas, y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (Sadock, Alcott Sadock y Ruiz, 2015, p.764)

Un episodio depresivo mayor debe cubrir cinco requisitos principales. Debe presentar (1) una calidad depresiva del estado de ánimo depresivo (o pérdida del interés o el placer) (2) durante un periodo mínimo, (3) acompañada de cierto número de síntomas, (4) que genere malestar o discapacidad y (5) no transgreda ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan. (Morrison, 2014, p.113)

Giraldo, Palacios, Salazar y Sánchez (2018) afirman “Frecuentemente se presentan los brotes impulsivos de ira, desobediencia, carencia de energía, peleas continuas con otras personas y asociación a las adicciones, generalmente al alcohol y drogas, así como la violencia e impulsividad sexual llevando a la promiscuidad” (p. 7).

4.2.2 Etiopatogenia de depresión. Bravo, Saiz y Bobes (2009) concluyen:

Siguiendo el modelo de otras patologías (p.ej., cardiopatía isquémica), hoy en día podemos considerar que sobre una carga genética determinada, propia del individuo, actúan una amplia serie de factores a lo largo de la vida que en un momento determinado pueden devenir en la aparición de síntomas depresivos. Podemos considerar que existe un umbral condicionado por la carga genética y las experiencias tempranas que a su vez

condicionan una estructura de personalidad determinada con unos mecanismos de defensa propios. Todo ello determinará la posibilidad de aparición de síntomas depresivos al interactuar con factores ambientales. (p. 315)

En el desarrollo de la depresión se involucran estructuras anatómicas, vías nerviosas, y una cantidad considerable de factores, no existe un circuito neuroanatomico específico por ende se identificaron varias regiones cerebrales que se encargan de regular funciones de emotividad recompensa y ejecución. Las más estudiadas son corteza pre frontal el hipocampo, amígdala y el núcleo accumbens. (Andrey & Jaime, 2009). Dicho esto se puede deducir que existen múltiples factores para el desarrollo de esta patología por lo cual se los cataloga de la siguiente manera.

4.2.2.1 Factores biológicos. Existen múltiples factores causantes de este trastorno entre ellas encontramos las “Aminas biógenas, de las aminas biógenas, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo” (Sadock et al. 2015, p.769).

- *Noradrenalina.* La correlación propuesta por los estudios básicos entre la regulación negativa o la disminución de la sensibilidad de los receptores β - adrenérgicos y las respuestas clínicas antidepresivas parece ser la pieza más convincente del papel directo del sistema noradrenérgico en la depresión. También hay indicios de la implicación de los receptores presinápticos β_2 en la depresión, porque su activación disminuye la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores β_2 presinápticos también están localizados en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada. (Sadock et al. 2015, p.769)
- *Serotonina.* Dado el enorme efecto que han tenido los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, en el tratamiento de la depresión, la serotonina se ha convertido en el neurotransmisor de la familia de las aminas biógenas asociado con mayor frecuencia a la depresión. La identificación de varios subtipos de receptores de la serotonina también alienta el interés en la comunidad científica sobre el desarrollo de tratamientos aún más específicos para la depresión. Junto al hecho de que los ISRS y otros antidepresivos serotoninérgicos, algunos pacientes con impulsos suicidas tienen concentraciones bajas de los

metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y niveles bajos de lugares de captación de serotonina en las plaquetas. (Sadock et al. 2015, p.769)

- *Dopamina.* Aunque la noradrenalina y la serotonina son las aminas biógenas asociadas con mayor frecuencia a la fisiopatología de la depresión, también se ha propuesto la participación de la dopamina en ese proceso, debido a que su actividad se encuentra disminuida en la depresión y aumentada en la manía. (Sadock et al. 2015, p.770)

Otros trastornos de los neurotransmisores. La acetilcolina (ACh) se encuentra en las neuronas distribuidas difusamente por toda la corteza cerebral que mantienen relaciones recíprocas o interactivas con los tres sistemas monoaminérgicos. En la depresión se ha detectado el descenso de las concentraciones de GABA en plasma, LCR y cerebro, y en estudios con animales se ha establecido que el estrés crónico reduce e incluso provoca la depleción de GABA. (Sadock et al. 2015, p.770)

Los aminoácidos glutamato y glicina son los principales neurotransmisores excitadores e inhibidores en el sistema nervioso central (SNC). El glutamato y la glicina se unen a los lugares asociados al receptor *N*-metil-D-aspartato (NMDA), y el exceso de la estimulación glutamatérgica provoca efectos neurotóxicos. En el hipocampo hay una concentración alta de receptores NMDA, y el glutamato podría actuar junto con la hipercortisolemia en los efectos neurocognitivos negativos de la depresión recidivante grave. (Sadock et al. 2015, p.770)

Alteraciones de la regulación hormonal. Sadock et al. (2015) afirman:

Las alteraciones perdurables de las respuestas neuroendocrinas y comportamentales son consecuencia de un estrés más precoz y grave. En estudios recientes de pacientes con depresión se sugiere la existencia de antecedentes de un trauma precoz asociado al aumento de la actividad del eje HHS acompañada de cambios estructurales (atrofia o disminución de volumen) en la corteza cerebral. (p. 771)

La actividad elevada en el eje HHS es el núcleo de las respuestas de estrés en los mamíferos y uno de los nexos más claros entre la depresión y la biología del estrés crónico. La hipercortisolemia de la depresión indica la existencia de uno o más de los trastornos siguientes: disminución del tono inhibitorio de la serotonina, aumento de la estimulación por noradrenalina, ACh u hormona liberadora de corticotropina o

corticoliberina (CRH), o disminución de la inhibición por retroalimentación desde el hipocampo. El aumento de la actividad del eje HHS es evidente en el 20-40 % de los pacientes ambulatorios con depresión y en el 40-60 % de los ingresados con depresión. (Sadock et al. 2015, p.771)

Neurofisiología de las alteraciones del sueño. Sadock et al. (2015) afirman:

La depresión se asocia a la pérdida prematura del sueño (onda lenta) y al aumento de la vigilia nocturna. Este último efecto se demuestra por cuatro tipos de alteraciones: aumento de los despertares nocturnos, descenso de las horas de sueño, aumento del sueño de latencia de movimientos rápidos de los ojos (REM) y aumento de la temperatura corporal central. La combinación del aumento del sueño REM y la disminución del sueño de onda lenta disminuye la duración del primer período de sueño no REM, un fenómeno que se conoce como *disminución de la latencia REM*. (p.772)

A sí mismo “La disminución de la latencia REM y los déficits del sueño de onda lenta persisten después de la recuperación del episodio depresivo” (Sadock et al. 2015, p.773).

4.2.2.2 Factores genéticos. Sadock et al. (2015)

Muchos estudios de familias, adopciones y gemelos han permitido documentar el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo, si bien recientemente el foco de atención de los estudios genéticos se ha centrado en identificar los genes de susceptibilidad específicos utilizando métodos de genética molecular. (Sadock et al. 2015, p.775)

- *Estudios familiares.* Sadock et al. (2015) afirman:

En los estudios de familias se aborda la cuestión de si un trastorno es de carácter familiar, o mejor dicho, si la tasa de la enfermedad entre los miembros de la familia de alguna persona que tiene el trastorno es mayor que entre la población general. Según los estudios familiares, si uno de los padres tiene un trastorno del estado de ánimo, su hijo tiene un riesgo de entre el 10 % y el 25 % de tener uno. Si ambos padres están afectados, el riesgo aumenta al doble, y es mayor cuantos más miembros de la familia estén afectados. (p.775)

4.2.2.3 Factores psicosociales. Sadock et al. (2015) refiere: Escenarios vitales y estrés ambiental. La clínica ha señalado que las situaciones vitales estresantes sean anteriores, y no posteriores, a los episodios de trastornos del estado de ánimo. Una de las teorías

propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña el primer episodio da lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro, y que estos cambios de larga duración podrían alterar los estados funcionales de varios neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal, cambios que producirían la pérdida de neuronas y una reducción excesiva de los contactos sinápticos.

4.2.2.4 Factores de la personalidad. Sadock et al. (2015) afirman:

“No existe un rasgo de personalidad o un tipo determinado que, por sí solos, predispongan a la persona a tener depresión. Todas las personas, sea cual sea su patrón de personalidad, pueden y estarán deprimidas en las circunstancias apropiadas” (p.779).

Las personas que tienen determinados trastornos de la personalidad (TOC, histriónica y límite) pueden tener un riesgo mayor que las que tienen un trastorno de la personalidad antisocial o paranoide. Estas últimas pueden usar la proyección y otros mecanismos de defensa de externalización para protegerse a sí mismas de su rabia interior. (Sadock et al. 2015, p.779).

4.2.2.5 Factores psicodinámicos en la depresión. Sadock et al. (2015) indican:

El conocimiento psicodinámico de la depresión, definido por Sigmund Freud y ampliado por Karl Abraham, ha trascendido como la visión clásica de la depresión. En esa teoría están implicados cuatro puntos clave: 1) trastornos de la relación madre-hijo durante la fase oral (los primeros 10-18 meses de vida), que predisponen a la vulnerabilidad ante la depresión en el futuro; 2) la depresión puede estar vinculada a la pérdida real o imaginaria de objetos; 3) la introyección de los objetos perdidos es un mecanismo de defensa que se invoca para luchar contra el malestar relacionado con la propia pérdida del objeto, y 4) como el objeto perdido se contempla con una mezcla de amor y odio, los sentimientos de enfado se dirigen hacia el interior, hacia el yo. (p.780)

“Las diversas interacciones complejas entre los factores, sociales (Estrés), psicológicos (Trauma) y biológicos (Alteraciones en el sistema nervioso), pueden influir para que se desarrolle este trastorno mental” (Gutiérrez y Álvarez, 2019, p.25).

4.2.3 Epidemiología de depresión.

4.2.3.1 Incidencia y prevalencia de la depresión. Botto, Acuña y Jiménez, 2014 concluyen “La prevalencia de la depresión en la población general es de 8 y 12 %. Se estima que para el 2030 ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad” (p.1297).

Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018,p.1).

OPS (2018) Nos dice: En el nivel regional, este análisis sitúa a la depresión como primera causa de discapacidad, con 7,8 % de la discapacidad total y un intervalo entre 5,9 % en Canadá y 9,4 % en Paraguay. Se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur, tal como indica lo siguiente: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión. Otro aspecto importante de la depresión es que afecta principalmente a los jóvenes: casi 10 millones de los 14,5 millones de APD por depresión en la Región de las Américas corresponden al grupo etario de 15 a 50 años. (p. 24-25)

La Asociación Psiquiátrica Americana (2013), establece una prevalencia del 7 % para la depresión mayor, con 1,5 – 3 veces más en las mujeres. Para los trastornos de ansiedad, la fobia específica presenta una prevalencia del entre el 7-9 %; para la ansiedad social del 7 %; el trastorno de pánico entre 2-3 %, y la agorafobia con un 1,7 %. Por otro lado, para la ansiedad generalizada, para los adolescentes se especifica una prevalencia del 0,9 % y del 2,9 % entre los adultos, y el riesgo por vida de un 9 %.

4.2.3.2 Sexo. Una observación casi universal, es que la prevalencia del trastorno de depresión mayor es el doble en las mujeres que en los varones. Hay una serie de razones para explicar esta gran diferencia como las hormonas implicadas, los efectos del parto, los

diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones, y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida. (Sadock et al. 2015)

4.2.3.3 Edad.

El trastorno de depresión mayor cercana a los 40 años; en el 50 % de todos los casos el trastorno aparece entre los 20 y los 50 años. El trastorno de depresión mayor también puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada. Según los últimos datos epidemiológicos, la incidencia del trastorno de depresión mayor parece estar aumentando entre los individuos menores de 20 años, lo que podría estar relacionado con el aumento del consumo de alcohol y sustancias de abuso en este grupo de edad. . (Sadock et al. 2015, p.767)

4.2.4 Factores de riesgo de depresión.

4.2.4.1 Factores psicosociales de depresión. Bravo et al. (2009) refiere:

Circunstancias vitales y estrés ambiental: algunos acontecimientos que se han relacionado son: fallecimiento progenitores en edades tempranas, abusos, pérdida cónyuge, desempleo, ausencia de soporte social. Factores de personalidad: existiría mayor vulnerabilidad a síntomas depresivos en personalidades anancásticas, histriónicas o límites respecto a otras estructuras. Teorías cognitivas: relacionada con distorsiones cognitivas en personas proclives a la depresión (por mediación de esquemas depresógenos, moldes cognitivos que originarían percepciones alteradas de datos por experiencias tempranas del sujeto). (p. 315,316)

“Teorías conductuales: por mecanismos de indefensión aprendida; una serie de acontecimientos externos adversos. Una serie de factores causales internos conllevarían la pérdida de autoestima” (Bravo et al. 2009, p.317).

Teorías psicodinámicas: ante la vivencia de una pérdida, real o imaginaria, el yo claudica ante la misma (clásico aforismo de que “la sombra del objeto cae sobre el yo”). La libido anteriormente fijada en el objeto se ve desprovista del mismo, produciéndose la introyección de este objeto ausente. Al existir afectos ambivalentes de amor-odio, la ira se dirigiría hacia el propio individuo, en relación a este objeto introyectado. (Bravo et al. 2009, p.317)

4.2.4.2 Drogas y su relación con la depresión. Más de 200 medicamentos que pueden causar depresión, la mayoría de ellos sólo la causan ocasionalmente. Otros lo hacen tan a menudo que se debe sospechar relación etiológica cuando aparece un cuadro depresivo en un paciente que los toma. La eliminación de varios medicamentos como las anfetaminas, pueden producir depresión. Al igual que con la cocaína (Hernan, William, Borrero, y Restrepo, 2010).

4.2.4.3 Enfermedades orgánicas y depresión. “Cualquier enfermedad, en especial las graves, puede causar una depresión como reacción psicológica, pero existen ciertos cuadros que con mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo, y que posiblemente afectan los mecanismos íntimos responsables de esta enfermedad” (Hernan et al. 2010, p.173-174)

4.2.5 Manifestaciones clínicas de la depresión.

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con la sintomatología que los lleva a consultar. Hernan et al. (2010) refieren que:

El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.). Estos son diagnosticados con más facilidad tanto por el psiquiatra como por el médico general. El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo). Con frecuencia estos pacientes son sometidos a múltiples e infructuosos exámenes clínicos y a tratamientos inefectivos. El tercero se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad, que también es a menudo mal diagnosticada y tratada. (p. 175)

Predominio depresivo. Los síntomas más importantes son el ánimo deprimido y la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. Se manifiestan por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual, etc. (Hernan et al. 2010, p. 176)

“Predominio somático. Aunque cualquier síntoma somático puede estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son: trastornos de la homeostasis general, problemas dolorosos, neurológicos y autonómicos” (Hernan et al. 2010, p. 176).

Homeostasis general. “Es frecuente la pérdida de peso y ésta, cuando no tiene una causa orgánica definida debe hacer sospechar la depresión. Lo mismo sucede con el insomnio. La fatiga fácil y la somnolencia diurna también son frecuentes” (Hernan et al. 2010, p. 176)

Dolor. Es el principal síntoma, hasta en el 35 % de los pacientes. Los más comunes son las cefaleas (peso en la cabeza, una banda que aprieta, tirantez en la nuca); dolores articulares; torácicos, de los miembros; abdominales y neuralgias. En general son vagos, difusos, atípicos. (Hernan et al. 2010)

Neurológicos. El vértigo es uno de los síntomas más frecuentes y se define como un mareo o una sensación de que se va a caer, acompañado a veces de marcha insegura. Otros frecuentes son el tinitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración. (Hernan et al. 2010, p. 176)

“Autonómicos. Entre éstos están palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de la boca, constipación, visión borrosa, oleadas de calor, etc” (Hernan et al. 2010, p. 176).

“Otros. Sensación de cuerpo extraño en la garganta, dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares, amenorrea, dismenorrea, impotencia, etc” (Hernan et al. 2010, p. 176).

Predominancia de otros síntomas psiquiátricos. Ansiedad, según Watts, la ansiedad es la máscara más común de la depresión, ésta es experimentada como una agonía diferente a la producida por las ansiedades de la vida normal. Puede también acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, tales como sudoración de las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de la boca, bolo esofágico, sensación de vacío en el estómago, opresión en el pecho, etc. (Hernan et al. 2010, p. 176)

“Alcoholismo y farmacodependencia. Aunque es más frecuente que estos cuadros produzcan una depresión secundaria, a veces ellos son otra máscara psíquica de una depresión primaria que al ser tratada de manera adecuada puede hacer desaparecer dichos trastornos” (Hernan et al. 2010, p. 176).

“Hipocondriasis. Es una manifestación común de una depresión subyacente” (Hernan et al. 2010, p. 176).

4.2.6 Diagnóstico de depresión.

Un estudio encontró que los médicos generales sólo diagnosticaron correctamente el 36 % de los pacientes deprimidos que entrevistaron, además diagnosticaron 19 % de depresiones en pacientes que no estaban deprimidos. Esto se debe quizás a que la mayoría de las depresiones (70 % aproximadamente), se presentan con síntomas o máscaras orgánicas o psiquiátricas. (Hernan et al. 2010, p. 180)

Antes de ordenar exámenes más costosos o de referirlo al especialista, debe realizar un interrogatorio cuidadoso que confirme o excluya la existencia de los síntomas del síndrome depresivo. Además, y esto es de vital importancia, se debe explorar y valorar el riesgo suicida del paciente. Para lograrlo hay que preguntárselo directamente. (Hernan et al. 2010, p. 180)

Hernan et al. (2010) refieren que el riesgo suicida es más grave cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado como realizar su cometido. Aumenta si hay antecedentes de otros intentos, en la soledad, el sexo masculino, en mayores de 50 años y cuando hay situaciones personales agravantes, como una enfermedad física dolorosa o que sea crónica, pérdida de trabajo o muerte de familiar cercano.

“Otros factores agravantes son la historia familiar de suicidio, el alcoholismo o la farmacodependencia y la existencia de psicofármacos o armas accesibles con facilidad” (Hernan et al. 2010, p. 180).

4.2.6.1 Episodios del estado de ánimo.

Episodio depresivo mayor. Morrison (2014) refiere “Por lo menos dos semanas, el individuo se siente deprimido (o no puede disfrutar la vida) y tiene problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos en torno a la muerte” (p. 112).

Episodio maníaco. Morrison (2014) refiere que: Al menos una semana, la persona se siente eufórica (o en ocasiones sólo irritable), y puede tener ideas de grandeza, hablar en exceso, mostrarse hiperactiva y tender a la distracción. El mal juicio conduce a una disfunción social o laboral marcada; con frecuencia, los pacientes deben ser hospitalizados. (p. 116)

“Episodio hipomaníaco. Morrison (2014) refiere que: Es muy similar a un episodio maníaco, pero más breve y menos intenso. No se requiere hospitalización” (p. 120).

4.2.6.2 *Trastornos del estado de ánimo.* Muchos trastornos del estado de ánimo, más no todos, se diagnostican con base en un episodio del estado de ánimo. La mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo encaja en una de las categorías codificables que se señalan a continuación.

4.2.6.3 *Trastornos depresivos.* Estos se caracterizan por una una pérdida del estado del ánimo con discusión del humor y una duración variable:

Trastorno depresivo mayor. Morrison (2014) indica “Estas personas no han cursado con episodios maníacos o hipomaníacos, pero han padecido uno o más episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único” (p. 122).

Trastorno depresivo persistente (distimia). Morrison (2014) indica: No existen fases de exaltación, y dura mucho más que el trastorno depresivo mayor típico. Esta variedad de depresión no suele tener gravedad suficiente para considerarse un episodio de depresión mayor (no obstante, ahora se incluye bajo este rubro a la depresión mayor crónica. (p. 138)

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Morrison (2014) indica “El estado de ánimo de un niño se mantiene negativo entre explosiones temperamentales frecuentes e intensas” (p. 149).

Trastorno disfórico premenstrual. Morrison (2014) indica “Algunos días antes de la menstruación, una mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad” (p. 146).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Morrison, (2014) “Distintas condiciones médicas y neurológicas pueden causar síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados” (p. 154).

Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento. Morrison (2014) indica “El alcohol y otras sustancias (intoxicación o abstinencia) pueden inducir síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados” (p. 151).

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado. Morrison (2014) indica “Utilice una de estas categorías cuando un paciente muestre síntomas depresivos que no cumplen los criterios para los diagnósticos depresivos previos o algún otro diagnóstico del que la depresión sea un componente” (p. 169 y 170).

Moreno, Risco (2018) afirman. “Los jóvenes universitarios de menor edad (17 a 19 años) presentan significativamente mayor grado de ansiedad y depresión ante la muerte que los jóvenes universitarios de mayor edad (mayores de 23 años)” (p.10).

Otros trastornos. La depresión puede acompañar a muchos otros trastornos mentales, entre ellos, esquizofrenia, trastornos de la alimentación, trastorno de síntomas somáticos, disfunciones sexuales y disforias de género. Los síntomas del estado de ánimo probablemente aparezcan en individuos con algún trastorno de ansiedad (en particular, trastorno de pánico y trastornos de fobias), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático. (Morrison, 2014, p.117)

4.2.6.4 Especificadores. Se pueden aplicar dos series especiales de descripciones a distintos episodios y trastornos del estado de ánimo.

4.2.6.4.1 *Especificadores que describen el episodio en curso o más reciente.* Con características atípicas. Morrison (2014) refiere “Estos pacientes con depresión comen mucho y aumentan de peso, duermen en exceso y tienen la sensación de ser lentos o estar paralizados. A menudo, son en extremo sensibles al rechazo” (p. 160).

Con características melancólicas. Morrison (2014) refiere: Este término se aplica a los episodios depresivos mayores que se caracterizan por algunos de los síntomas “clásicos” de la depresión mayor. Estos pacientes despiertan temprano y se sienten peor que durante el resto del día. Pierden apetito y peso, se sienten culpables, pueden mostrarse lentos o agitados y no se sienten mejor cuando sucede algo que por lo general les agradaría. (p. 161)

Con síntomas de ansiedad. Morrison (2014) refiere “Un paciente muestra síntomas de ansiedad, tensión, inquietud, preocupación o temor a la par de un episodio del estado de ánimo” (p. 159).

Con características catatónicas. Morrison (2014) sugiere “Existen características de hiperactividad o inactividad motriz. Las características catatónicas pueden describirse en episodios depresivos mayores y episodios maníacos” (p. 100).

Con características mixtas. Morrison (2014) refiere “Los episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos mayores pueden contar con una mezcla de síntomas maníacos y depresivos” (p. 161).

Con inicio en torno al parto. Morrison (2014) indica “Es posible que se desarrolle un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor (o un trastorno psicótico breve) en una mujer durante el embarazo o en el mes después del parto (p. 163).

Con características psicóticas. Morrison (2014) dice “Los episodios maníacos y depresivos mayores pueden acompañarse de ideas delirantes, las cuales son o no congruentes con el estado de ánimo” (p. 164).

4.2.6.4.2 *Especificadores que describen la evolución de los episodios recurrentes.* “Estos especificadores describen la evolución general de un trastorno del estado de ánimo, no sólo las características de un episodio independiente” (Morrison, 2014, p.165).

Con ciclado rápido. Morrison (2014) indica “En el transcurso de un año, el paciente ha presentado por lo menos cuatro episodios (en cualquier combinación) que cumplen los criterios para los episodio depresivos mayores, maníacos o hipomaníacos” (p. 165).

Con patrón estacional. Morrison (2014) dice “Regularmente, los individuos desarrollan la enfermedad en cierta época del año, como en otoño o invierno” (p. 165).

4.2.7 Tratamiento de depresión.

La realización de un adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico de la depresión desde los servicios de atención primaria se ha convertido en un aspecto fundamental, no solo para la mejora de la salud de los propios pacientes, sino también de cara a reducir el impacto económico que puede llegar a acarrear. (Cavero, 2017, p.43)

La elevada comorbilidad que se da entre los trastornos mentales, y especialmente entre los trastornos emocionales, ha llevado al desarrollo reciente del enfoque transdiagnóstico en psicología clínica, el cual se refiere tanto a la psicopatología como a la terapia cognitivo-conductual de dichos trastornos. Así mismo, han surgido recientemente diversos protocolos de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-T) que han demostrado ser eficaces para el tratamiento conjunto de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos. (Sandín, Valiente, Pineda, García y Chorot, 2019, p.2)

4.2.7.1 Psicoterapia de depresión. Nacional y Social (2005) afirma:

El uso exclusivo de diferentes psicoterapias en el tratamiento de la depresión era recomendado en el pasado. La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión. Sin

embargo, en casos muy leves con historia de estresantes psicosociales que explican el cuadro depresivo, y también en ciertas depresiones crónicas llamadas caracterológicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico de tipo dinámico, conductual, grupal y aun psicoanalítico. (p. 18)

Terapia cognitiva. La terapia cognitiva, desarrollada originalmente por Aaron Beck, se centra en las distorsiones cognitivas supuestamente presentes en el trastorno de depresión mayor. Estas distorsiones consisten en la atención selectiva a los aspectos negativos de las circunstancias e interferencias patológicas establecidas irrealmente sobre las consecuencias (p. ej., la apatía y la falta de energía son consecuencia de la expectativa de fracaso del paciente). El objetivo de la terapia cognitiva es aliviar los episodios depresivos y prevenir su recurrencia, ayudando a los pacientes a identificar y analizar las cogniciones negativas, desarrollar formas de pensamiento alternativas, flexibles y positivas, y ensayar nuevas respuestas cognitivas y conductuales. (Sadock, et al. 2015, p.813)

Se ha comprobado que es eficaz en el tratamiento del trastorno de depresión mayor. Los estudios muestran que la validez de la terapia cognitiva es similar a la del tratamiento farmacológico, y está relacionado con menos efectos secundarios. Algunos estudios indican que la combinación de terapia cognitiva y tratamiento farmacológico es más eficaz que ambas terapias por separado. (Sadock, et al. 2015).

Terapia conductual. La terapia conductual se basa en la hipótesis de que los patrones conductuales de inadaptación dan lugar a que la persona reciba poca retroalimentación positiva y, quizá, el rechazo directo de la sociedad. Al abordar los comportamientos de inadaptación mediante la terapia, los pacientes aprenden a funcionar en el mundo de una forma en la que reciben un refuerzo positivo. La terapia conductual para el trastorno de depresión mayor no ha sido el objetivo de muchos estudios controlados, y los escasos datos existentes indican que es un tratamiento eficaz para el trastorno de depresión mayor. (Sadock, et al. 2015, p.814)

Terapia interpersonal. La terapia interpersonal, desarrollada por Gerald Klerman, se centra en uno o dos de los problemas interpersonales actuales del paciente. Se basa en dos suposiciones: en primer lugar, que los problemas interpersonales actuales tienen sus raíces en una relación disfuncional más precoz, y en segundo lugar, que esos problemas precipitan o perpetúan los síntomas depresivos actuales. (Sadock, et al. 2015, p.814)

Estas psicoterapias deben ser realizadas por el especialista. Las psicoterapias mejor estudiadas en el tratamiento de la depresión son la cognoscitiva y la interpersonal. En algunos estudios comparativos demuestran que estas terapias son tan efectivas como los antidepresivos. Esto es especialmente cierto en las depresiones moderadas o leves y sin síntomas psicóticos. Además parecen ejercer algún efecto en la prevención de episodios posteriores. (Nacional et al, 2005, p. 43)

Tanto el paciente como su familia deben ser educados para entender las causas biológicas de la depresión y su interacción con los aspectos psicosociales. Explicarles que los antidepresivos no causan adicción, que su efecto es lento y su administración prolongada. Todas estas medidas mejoran la adherencia al régimen terapéutico y disminuyen las recidivas que son consecuencia de una suspensión temprana del tratamiento. (Hernan et al. 2010, p. 181)

4.2.7.2 Farmacoterapia de depresión. Bravo et al. (2009) afirman “Existen varios grupos de antidepresivos, entre los cuales se encuentran los antidepresivos heterocíclicos y afines, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos noradrenérgicos y los de acción dual etc” (P.376).

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ADTT). Este es el grupo con el que se tiene mayor experiencia en el tratamiento de la depresión. El comienzo insidioso y el retardo psicomotor predicen una buena respuesta a la imipramina y a la amitriptilina, mientras que los pacientes con agitación psicomotora responden mejor a la amitriptilina. (Hernan et al. 2010, p.184)

“Los efectos secundarios más frecuentes de los ADTT son sedación, hipotensión postural y efectos anticolinérgicos tales como sequedad de mucosas, especialmente de la boca, constipación, retención urinaria y dificultades de acomodación visual” (Hernan et al. 2010, p.184).

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). Los IMAO están indicados en los pacientes unipolares que no tuvieron una buena respuesta con los tricíclicos, en aquellos cuyos familiares responden bien a los IMAO. Son superiores a los ADTT en las depresiones “atípicas”. Éstas se caracterizan por niveles altos de ansiedad, rasgos fóbicos,

hipocondríacos y obseso-compulsivos. En lugar de insomnio tardío y anorexia pueden presentar hipersomnía e hiperfagia. (Hernan et al. 2010, p.185)

Buena absorción oral aunque disminuye con los alimentos y los antiácidos. Todos tienen un metabolismo hepático mediante diferentes vías, con excreción renal o hepática según el compuesto. Atraviesan BHE y aparecen en leche materna. Unión en un 50 % a proteínas. Pico máximo en 1-2 horas. Por interacciones con medicamentos y ciertos alimentos pueden producir crisis hipertensivas y síndrome serotoninérgico. (Bravo et al. 2009, p.607).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Buena absorción oral. Se metabolizan en hígado la comida no dificulta su absorción, se recomienda para disminuir efectos secundarios. Estos fármacos presentan una vida media de unas 20-24 horas, con excepción de la fluoxetina 4-6 días y los metabolitos activos de la sertralina, citalopram y fluoxetina que pueden permanecer más de cinco días. (Bravo et al. 2009)

“Por sus escasos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, están especialmente indicados en pacientes ancianos, con problemas cardíacos, hipertrofia prostática, asma y glaucoma. Sus efectos secundarios más comunes son náuseas, diarrea, cefalea, disfunciones sexuales, nerviosismo e insomnio” (Hernan et al., 2010, p.184).

Antidepresivos duales. “Estos aumentan tanto la noradrenalina como la serotonina en la misma forma que los ADT, pero por no bloquear otros receptores tienen menos efectos secundarios. Parece que son más efectivos que los ISRS en las depresiones más severas” (Hernan et al., 2010, p.185).

Cuadro 1. Tricíclicos y tetracíclicos.

Genérico	Presentación en mg	Dosis terapéutica (mg/día)
Amitriptilina	10-25	75-300
Nortriptilina	25-50-75	50-150
Butriptilina	25-50	75-300
Imipramina	10-25-75	75-300
Desipramina	10-25-75	75-300
Doxepina	10-25-75	75-300
Clomipramina	25-75	75-250
Maprotilina	25-75	75-200
Amoxapina	25-50-100	150-400

Fuente: recuperado de “Fundamentos de Medicina Psiquiátrica”, de Hernan et al., 2010, p. 183.

Cuadro 2. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

Genérico	Presentación en mg	Dosis terapéutica (mg/día)
Fluoxetina	20	20-80
Sertralina	50-100	50-200
Fluvoxamina	50-100	50-300
Paroxetina	20	20-60
Citalopram	20	20-60

Fuente: recuperado de "Fundamentos de Medicina Psiquiátrica", de Hernan et al., 2010, p. 183.

Cuadro 3. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y duales.

Genérico	Presentación en mg	Dosis terapéutica (mg/día)
Trazodona	50-100	150-600
Nefazodona	100-150-200	300-600
Bupropión	75	150-300
Sulpiride	50-200	50-150
Amisulpiride	50	50

Fuente: recuperado de "Fundamentos de Medicina Psiquiátrica", de Hernan et al., 2010, p. 183.

4.2.8 Curso y evolución de la depresión.

Machado, Echeverri y Machado (2017) refieren que ciertos estudios muestran que los trastornos afectivos como la depresión llevan a problemas tanto comportamentales como de salud en estudiantes, que incluyen dificultades académicas, comportamientos suicidas y suicidio, aislamiento social y consumo de sustancias psicoactivas. Además, se pueden asociar en la edad adulta con depresión mayor, trastornos de ansiedad y abuso de alcohol. (p.3)

Su duración promedio sin tratamiento es de seis meses. Aproximadamente el 50 % a 60 % de las depresiones mayores presentan un segundo episodio, después de dos episodios el chance de recurrencia es del 70 %, y después de tres episodios el riesgo es del 90 %. Aunque en general la recuperación después de un episodio depresivo es completa, un tercio de los pacientes no se recuperan totalmente y mantienen un grado moderado de sintomatología entre los episodios. Peor aún, aproximadamente el 20 % se pueden volver crónicas con dos años o más de duración continua. (Hernan et al. 2010, p.186)

La presencia de distimia antes del EDM empeora el pronóstico. Del 5 % al 10 % de los pacientes que sufren depresiones mayores, desarrollan hipomanía o manía y por lo tanto se convierten en trastornos bipolares. El 10 % de los distímicos desarrollan un EDM en

el año siguiente. La depresión breve recurrente es de mal pronóstico y de poca respuesta al tratamiento. (Hernan et al. 2010, p.186)

El suicidio es un relevante problema social y de salud pública que representa alrededor del 2 % de la carga global de enfermedad. Se trata de un fenómeno complejo y multicausal, cuyos determinantes no están plenamente aclarados, y que presenta una gran variabilidad geográfica y temporal en diferentes grupos de edad y sexo. (Alameda, Ruiz, García, 2014, p.1)

El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo. Se aumenta si hay antecedentes personales de otros intentos, en situaciones de soledad, en el sexo masculino, en mayores de 50 años y cuando hay circunstancias personales agravantes tales como enfermedad física dolorosa o crónica, pérdida de trabajo o muerte de familiar cercano. Otros factores agravantes son la historia familiar de suicidio, el alcoholismo o la farmacodependencia y la existencia de psicofármacos o armas accesibles con facilidad. (Hernan et al. 2010, p.186)

4.3 Ansiedad

4.3.1 Definición de la ansiedad.

“La ansiedad es una respuesta emocional de miedo o aprensión ante un peligro o amenaza, actual o anticipado, real o imaginado, con un doble componente físico y psíquico, que provoca una conducta de ataque o huida” (Bravo et al., 2009, p. 305).

Los trastornos de ansiedad están asociados con una morbilidad significativa y a menudo son crónicos y refractarios al tratamiento. Los trastornos de ansiedad pueden considerarse una familia de trastornos mentales distintos, pero relacionados, que incluyen los siguientes: 1) trastorno de pánico; 2) agorafobia; 3) fobia específica; 4) trastorno de ansiedad social o fobia social, y 5) trastorno de ansiedad generalizada. (Sadock et al. 2015, p.843)

4.3.2 Trastornos de ansiedad primarios.

Trastorno de pánico: Morrison (2014) refiere “Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso acompañados por distintos síntomas

físicos y de otros tipos, aunado a la inquietud de desarrollar otras crisis y otros cambios conductuales relacionados” (p. 176).

Agorafobia: Morrison (2014) comenta “Los pacientes con esta afección temen a situaciones o lugares como ingresar a una tienda, donde pudieran tener dificultad para conseguir ayuda si desarrollaran ansiedad” (p. 179)

Fobia específica: Morrison (2014) sugiere “En esta condición, los pacientes temen a objetos o situaciones específicos. Algunos ejemplos son animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad” (p. 182).

Trastorno de ansiedad social: Morrison (2014) indica “ Estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben o comen en público, o usan un baño público” (p. 185).

Mutismo selectivo: Morrison (2014) refiere “ Un niño decide no hablar, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas” (p. 187).

Trastorno de ansiedad generalizada: Morrison (2014) refiere “ Si bien estas personas no experimentan episodios de pánico agudo, se sienten tensas o ansiosas gran parte del tiempo y se preocupan por muchas cuestiones distintas” (p. 191).

Trastorno de ansiedad por separación: Morrison (2014) refiere “ El paciente desarrolla ansiedad cuando se separa de un progenitor o de alguna otra figura a la que se siente apegado” (p. 188).

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Morrison (2014) indica “Los ataques de pánico y los síntomas de ansiedad generalizada pueden ser causados por numerosas afecciones médicas” (p. 195).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento: Morrison (2014) comenta “El consumo de una sustancia o medicamento ha desencadenado ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad” (p. 193).

Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado: Morrison (2014) refiere 2 “Utilice estas categorías para los trastornos con síntomas de ansiedad notables que no corresponden claramente a ninguno de los grupos previos” (p. 198).

4.3.3 Otras causas de ansiedad y síntomas relacionados.

Trastorno obsesivo-compulsivo: Morrison (2014) indica “ Estos enfermos se inquietan por pensamientos o conductas repetidos que pueden parecer sin sentido, incluso para ellos” (p. 200).

Trastorno de estrés postraumático: Morrison (2014) indica “Un evento traumático intenso, como un combate o un desastre natural, se experimenta de nuevo una y otra vez” (p. 219).

Trastorno de estrés agudo: Morrison (2014) comenta “ Esta afección es muy parecida al trastorno de estrés postraumático, excepto porque inicia durante o inmediatamente después de un evento estresante y dura un mes o menos” (p. 224).

Trastorno de la personalidad por evitación: Morrison (2014) refiere “ Estas personas tímidas se sienten heridas muy fácilmente por la crítica que dudan en involucrarse con otras” (p. 553).

Especificador “con tensión ansiosa” para el trastorno depresivo mayor: Morrison (2014) indica “Algunos individuos con trastorno depresivo mayor tienen gran tensión y ansiedad” (p. 159).

Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad: Morrison (2014) explica “Con frecuencia, el pánico y otros síntomas de ansiedad forman parte de algún trastorno de síntomas somáticos y del trastorno de ansiedad por enfermedad” (p. 251 y 260).

4.3.4 Epidemiología de la ansiedad.

“Hasta el 11 % de las mujeres y el 7 % de los hombres en la población general han experimentado al menos un ataque de pánico” (Hernan et al. 2010, p. 216).

“La ansiedad es considerada como una enfermedad de mayor importancia, debido a que es el segundo trastorno mental más incapacitante después de la depresión y nuestro país posee un porcentaje del 5,2 %” (OPS, 2018, p.5).

Los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos. El National Comorbidity Study indicó que uno de cada cuatro individuos cumplía los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad, y que la

prevalencia a los 12 meses era del 17,7 %. Es más probable que las mujeres (prevalencia a lo largo de la vida del 30,5 %) presenten un trastorno de ansiedad que los varones (prevalencia a lo largo de la vida del 19,2 %). La prevalencia de los trastornos de ansiedad se reduce en los niveles socioeconómicos altos. (Sadock et al. 2015, p.846)

“Se admite que su prevalencia a lo largo de la vida en la población general es de un 5% (0,5-9,2 %) y de un 12 % según estudios realizados en pacientes de atención primaria” (Bravo et al. 2009, p. 305).

4.3.5 Etiopatogenia de la ansiedad.

Hernan et al. (2010) afirman: Las investigaciones realizadas en las últimas décadas demostraron anomalías neurobiológicas, como se deduce de la predisposición familiar, la especificidad de la respuesta a las diversas sustancias provocadoras del pánico y de la buena respuesta terapéutica a ciertos fármacos. De otro lado, ciertos componentes del cuadro clínico como la ansiedad anticipatoria y el desarrollo de fobias se explican mejor desde una perspectiva cognitivo conductual. Desde hace poco se investiga el papel de los eventos vitales, experiencias durante el desarrollo y de factores psicodinámicos. (p. 210)

La fisiopatología del trastorno de ansiedad por enfermedad y de todos los trastornos somatomorfos en general es todavía un tema de debate. Damos especial importancia a la percepción y la evaluación distorsionadas de los estímulos somatosensoriales. Se considera que en este tipo de trastornos existe una hipersensibilidad a las sensaciones corporales normales. Esta hipersensibilidad podría, asimismo, estar en línea con sesgos cognitivos que harían que los pacientes afectados interpreten cualquier síntoma físico como una enfermedad médica. Esa hipersensibilidad está en línea con el concepto clásico de “amplificación somatosensorial”, que intenta explicar el proceso por el que el malestar psicológico lleva a tener una mayor sensibilidad a los síntomas físicos, o una mayor reactividad fisiológica. La somatización surge, entonces, de la interacción entre las percepciones corporales (fisiológicas o mínimamente patológicas) y la atribución psicológica otorgada por el paciente. (Torales & Lorenzo, 2017).

En la actualidad está aceptado que existen tres tipos de factores fundamentales que pueden encontrarse en el origen de la enfermedad:

4.3.5.1 Factores de tipo biológico. Está manifestada cierta agregación familiar. La hiperactividad del córtex cingulado frontal determina el exceso de preocupación. Se sabe también que el tálamo es responsable de la hipervigilancia, los ganglios basales de la tensión motora y el lóbulo temporal de los síntomas autonómicos y alteraciones neuroquímicas (disfunción en los sistemas gabaérgico, noradrenérgico y serotoninérgico). (Bravo et al. 2009)

Anormalidades de otros neurotransmisores que intervienen en el proceso fisiopatológico de la ansiedad. La evidencia para el compromiso del sistema serotoninérgico en el TP se basa principalmente en la efectividad antipánico de fármacos serotoninérgicos como la clorimipramina y los inhibidores específicos de receptación de serotonina. Algunos estudios muestran mayor sensibilidad en pacientes con TP a sustancias agonistas de receptores de serotonina como la m-CCP y la fenfluramina. El papel exacto de la serotonina en la ansiedad se desconoce, ya que los resultados experimentales son contradictorios. (Charney, Woods, & In, 2006, p.13).

4.3.5.2 Factores de tipo cognitivo. “Los sujetos con personalidad ansiosa prestan más atención a detalles menores y presentan una percepción reducida de su capacidad de afrontamiento de las dificultades” (Bravo et al. 2009, p.306).

4.3.5.3 Factores de tipo psicosocial. “Hay estudios que sugieren que la influencia del tipo de educación, los acontecimientos vitales estresantes y las relaciones familiares y laborales son factores de riesgo para desarrollar un TAG” (Bravo et al. 2009, p. 306)

4.3.6 Manifestaciones clínicas de la ansiedad.

Bravo et al. (2009) afirman: Los síntomas más característicos de este trastorno son ansiedad y preocupación excesiva, asociadas a sintomatología de tipo somático caracterizada fundamentalmente por tensión motora (contractura muscular, inquietud, etc.), cefaleas, hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, etc.), insomnio e irritabilidad. Las personas que presentan este trastorno también suelen presentar con relativa frecuencia disminución de la capacidad de atención y concentración y sensación de embotamiento mental. Una vez se ha desencadenado el cuadro clínico, los síntomas se hacen autónomos y persisten a pesar de que desaparezca el factor estresante. (p.306)

4.3.7 Diagnóstico de la ansiedad.

Bravo et al. (2009) concluyen: Para realizar un diagnóstico de TAG el paciente debe presentar un estado de ansiedad difusa y persistente asociada a una preocupación excesiva y de difícil control. Estos síntomas deben aparecer la mayor parte de los días y durante un período mínimo de seis meses. Es importante descartar que el cuadro clínico sea secundario al efecto de una sustancia o a una enfermedad psiquiátrica o médica. (p.306)

Estos pacientes aseguran que sufren una enfermedad médica que aún no se ha detectado y no se les puede convencer de lo contrario. Perseveran en la idea a pesar de que las evaluaciones y explicaciones médicas demuestren lo contrario. La evolución suele ser episódica y estos episodios (6) pueden, a veces, estar separados por meses o años. Para ser diagnosticado, un paciente debe presentar, por al menos 6 meses, preocupación por padecer o contraer una enfermedad, con síntomas somáticos inexistentes o leves si están presentes. (Torales y Lorenzo, 2017, p.82)

4.3.8 Tratamiento de la ansiedad.

El tratamiento se basa los siguientes principios:

Establecer una firme alianza terapéutica con el paciente, educar al paciente acerca de las manifestaciones de su padecimiento, ofrecer al paciente reaseguramiento constante, optimizar la habilidad del paciente para enfrentarse a los síntomas, antes que tratar de eliminarlos, evitar realizar pruebas diagnósticas innecesarias. (Torales y Lorenzo, 2017)

La herramienta terapéutica más poderosa es el propio médico y su habilidad para prestar atención, preocupación e interés hacia el sufrimiento del paciente. Esto puede ayudar a romper el círculo patológico de interacciones mal adaptativas entre el paciente y su médico, así como a evitar que el paciente recorra de un médico a otro. (Harrington, 2008, p.1078).

Los objetivos principales del tratamiento del TAG son aliviar la ansiedad, reducir la discapacidad, mejorar la calidad de vida y tratar la comorbilidad. Es característica la larga duración del tratamiento. Como primera línea de tratamiento se emplean los antidepressivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante un período de tiempo entre 6 y 12 meses. (Bravo et al., 2009, p.306)

“Es conveniente iniciar el tratamiento con ISRS a dosis bajas e ir aumentándolas progresivamente en función de la eficacia y tolerancia del tratamiento. Como segunda línea,

se pueden utilizar los llamados antidepresivos duales como la venlafaxina y duloxetina” (Bravo et al., 2009, p.306)

“Con cierta frecuencia es necesario complementar este tratamiento con otros psicofármacos (benzodiazepinas, pregabalina, gabapentina, etc.), intentando en el caso de la benzodiazepinas reducir al mínimo su tiempo de uso, debido al riesgo de tolerancia y potencial adictivo” (Bravo et al., 2009, p.306)

No existe certeza científica de la eficacia de asociar psicoterapia a la farmacoterapia desde el inicio del tratamiento, por lo que su inicio suele retrasarse hasta pasados dos meses del tratamiento con antidepresivos. Lo habitual es que se realicen entre seis y doce sesiones de técnicas de relajación, aprendizaje y de afrontamiento.

En caso de respuesta pobre al tratamiento es preciso reconsiderar la posibilidad de que exista una enfermedad médica. Una vez descartada esta posibilidad se puede aumentar la dosis de ISRS o potenciar su efecto añadiendo al tratamiento una benzodiacepina o un estabilizador del estado de ánimo.

Cuadro 4. Clasificación de los benzodiacepinas según su vida media

Acción ultracorta (<6h)	Dosis
Bentazepam	25mg/8h
Brotizolam	0,25-0,5 mg/d
Midazolam	7,5-15mg/d
Triazolam	0,125-0,25 mg/d

Fuente: recuperado “Catalogo de Medicamentos Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos 2006”

Cuadro 5. Clasificación de las benzodiacepinas según su vida media

Acción corta (6-24h)	Dosis
Alprazolam	0,25-0,5 mg/8h
Bromazepam	1,5-6mg/8h
Flunitracepam	0,5-1mg/d
Loprazolam	1mg/d
Lorazepam	2-6mg/d o 1-2mg/8-12h
Lormetazepam	1-2mg/d
oxacepam	15-30mg/d o 10-30mg/6-8h

Fuente: recuperado “Catalogo de Medicamentos Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos 2006”

Cuadro 6. Clasificación de las benzodiacepinas según su vida media

Acción larga (6-24h)	Dosis
Clobazam	20-30mg/d o 10-15mg/12h
Cloracepato	15-30mg/d o 5-15mg/12h
Diazepam	5.10mg/d o 2-10mg/12
Flurazepam	15-30mg/d
Halazepam	20-40mg/8-24h
Ketazolam	15-60mg/d
Nitrazepam	5-10mg/d
Quazepam	7,5-15mg/d

Fuente: recuperado "Catalogo de Medicamentos Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos 2006"

5 Materiales y métodos

El presente estudio investigativo se llevó a cabo en los estudiantes de primer a decimo ciclo de la Carrera de Medicina de la Universidad nacional de Loja en el periodo 2019-2020.

5.1 Enfoque

Enfoque cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño

Estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

5.3 Unidad de estudio

La investigación se realizó en los estudiantes de primero a decimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

5.4 Universo y muestra

El universo fueron todos los estudiantes de primero a decimo de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2019-2020, conformada por 705 estudiantes, se calculó una muestra con un error alfa del 0,05, 95% de intervalo de confianza y un porcentaje estimado de muestra de $p= 0,5$ en el programa estadístico STATS, obteniendo como muestra 249 alumnos.

5.5 Criterios de inclusión

- Estudiantes que deseen participar en el estudio, previa autorización mediante el consentimiento informado.
- Estudiantes de todas las edades que estén matriculados en la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Loja.

5.6 Criterios de exclusión

- Inventarios de ansiedad y depresión que no fueron culminados adecuadamente por falta de recursos electrónicos.
- Estudiantes del internado rotativo.
- Estudiantes que no desean participar del estudio

5.7 Técnicas, Instrumentos y Procedimiento

5.7.1 Técnicas

El proceso de recolección de la información, se realizó posterior entrega y aceptación del consentimiento informado en donde consto identificación de la investigadora, el objetivo general, los participantes y la explicación del estudio, luego se realizó la encuesta online mediante la utilización del inventario de depresión de Beck (BDI-2) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI) (**anexo 5**), con cada uno de los participantes; usándose un lenguaje comprensible acorde al grupo en estudio. Una vez completado el proceso de recolección se puntuó cada uno de los inventarios y se asignó la categoría a la que corresponde de acuerdo a su puntuación para diagnóstico de ansiedad o depresión de cada uno de los participantes.

5.7.2 Instrumentos

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado.

Para valorar el grado de depresión se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-2) (**anexo 5**), el cual es un cuestionario autoaplicado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es utilizado para medir la severidad de una depresión. Puede aplicarse a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Una vez realizado el test, se sumaron los resultados obtenidos, consiguiendo un máximo posible de puntos de 63, cada pregunta puede ser valorada con un máximo de 3 puntos este cuestionario graduara la depresión en 4 grados que son: de 0 a 13 sin depresión, de 14 a 19 depresión leve, 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 depresión severa.

Para valorar el grado de ansiedad se utilizó el inventario de ansiedad de Beck (BAI) (**anexo 5**). Es un cuestionario autoaplicado. En donde las preguntas utilizadas remiten hacia los síntomas más comunes de ansiedad que el sujeto haya podido experimentar durante la última semana y enfatiza en síntomas tales como temblores, sudoración, escenas temidas, entre otros, este cuestionario graduó la ansiedad dependiendo de los hallazgos encontrados en 4 grados los cuales son 0 a 7 ansiedad mínima, 8 a 15 ansiedad leve, 16 a 25 ansiedad moderada, 26 a 63 ansiedad grave.

5.7.3 Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo luego de la correspondiente aprobación del tema de investigación por parte de la carrera de medicina, posteriormente se solicitó la pertinencia (**anexo 1**) y la asignación del director de tesis (**anexo 2**). Una vez asignado el director, realice los trámites pertinentes dirigidos a las autoridades de la Universidad Nacional de Loja para obtener la autorización de recolección de la información de los estudiantes de primero a decimo ciclo (**anexo 3**). De ellos se obtuvo datos como: edad, género, el grado de depresión y ansiedad y la disponibilidad para que puedan formar parte del estudio. Se les informo de manera electrónica la finalidad del estudio revisaron cada uno el consentimiento informado dando su respectiva autorización (**anexo 4**). Luego se realizó la recolección de datos de forma virtual utilizando dos test de Beck para la ansiedad y depresión para depresión y ansiedad (**anexo 5**).

5.8 Procesamiento de la información.

Una vez recolectados los datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2019 para la digitalización mediante una matriz y consolidado de datos codificado (**ver anexo 6**). Posteriormente con el programa SPSS Statistics 25 se realizó el análisis estadístico y luego se procedió a la elaboración de las tablas de los resultados obtenidos, para su posterior interpretación.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

“Establecer el grado de ansiedad y depresión de acuerdo a la edad en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2019-2020”

Tabla N° 1

Grado de Ansiedad en relación con la Edad de los estudiantes de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Loja, 2019-2020.

Grado Ansiedad	Edad						Total	
	18 a 20años		21 a 23 años		24 años y mas		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Mínimo	65	26,10	78	31,33	46	18,47	189	75,90
Leve	11	4,42	5	2,01	10	4,02	26	10,44
Moderado	10	4,02	4	1,61	0	0,00	14	5,62
Grave	8	3,21	6	2,41	6	2,41	20	8,03
Total	94	37,75	93	37,35	62	24,90	249	100,00

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Análisis: Se observa una población de adultos jóvenes, en un rango de edad entre 18 a 23 años en su mayoría, Al observar el grado de ansiedad en esta población se encontró que el 10,4% (n=26) presenta ansiedad leve, el 5,6% (n=14) ansiedad moderada y el 8% (n=20) presenta un grado grave de ansiedad, con una incidencia ansiedad del 24,1%

Se observó una mayor incidencia de casos en la población más joven de 18 a 20 años, con 4,42%(n: 11), ansiedad leve, 4,02% (n: 10) de ansiedad moderada y 3,21% (n: 8) de ansiedad grave del total de la población, probablemente por al mayor grado de cambios e incertidumbre al pasar de sus estudios del bachillerato a la los estudios universitarios.

Tabla N° 2

Grado de depresión en relación con la Edad de los estudiantes de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Loja, 2019-2020.

Grado Depresión	Edad						Total	
	18 a 20años		21 a 23 años		24 años y mas		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Sin depresion	49	19,68	42	16,87	41	16,47	132	53,01
Leve	14	5,62	18	7,23	7	2,81	39	15,66
Moderado	22	8,84	24	9,64	7	2,81	53	21,29
Grave	9	3,61	9	3,61	7	2,81	25	10,04
Total	94	37,75	93	37,35	62	24,90	249	100,00

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Análisis: En cuanto al grado de depresión se observa que el 21% (n=53) de los estudiantes presentan un grado de depresión moderado, el 15,7% (n=39) con depresión leve y el 10% (n=25) de los estudiantes presento depresión grave, con una incidencia elevada de depresión del 47%.

Se determino una mayor incidencia en la población de 21 a 23 años 20,48% (n: 51) con 7,23% (n: 18) de depresión leve, 9,64% (n: 24) de depresión moderada y 3,61% (n: 9) de depresión grave, además se observa una incidencia similar en la población de 18 a 20 años, con 5,62% (n: 14) de depresión leve, 8,84% (n: 22) de depresión moderada, 3,61% (n: 9) de depresión grave, que al igual que ansiedad se observa que la transición entre el bachillerato a la universidad, el aumento creciente de responsabilidades, carga horaria y complejidad de estudio, entre otros factores, propicia a desarrollar este tipo de patología.

6.2. Resultados para el segundo objetivo

“Identificar el nivel de ansiedad y depresión de acuerdo a sexo en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2019-2020”

Tabla N° 3

Nivel de ansiedad en relación con el Sexo en estudiantes, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Loja, periodo 2019-2020.

Grado Ansiedad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		f	%
	f	%	f	%		
Minimo	60	24,10	129	51,81	189	75,90
Leve	5	2,01	21	8,43	26	10,44
Moderado	2	0,80	12	4,82	14	5,62
Grave	1	0,40	19	7,63	20	8,03
Total	68	27,31	181	72,69	249	100,00

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Análisis: Al analizar el grado de ansiedad con el sexo de los estudiantes, se observa una mayor incidencia de ansiedad en el sexo femenino con un grado leve y grave del 8,4% (n=21) y 7,6% (n=19) respectivamente,

Tabla N° 4

Nivel de depresión en relación con el Sexo en estudiantes, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Loja, periodo 2019-2020.

Grado Depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		f	%
	f	%	f	%		
Mínimo	47	18,88	85	34,14	132	53,01
Leve	6	2,41	33	13,25	39	15,66
Moderado	11	4,42	42	16,87	53	21,29
Grave	4	1,61	21	8,43	25	10,04
Total	68	27,31	181	72,69	249	100,00

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Análisis: Cuando se evalúa el grado de depresión y sexo de los estudiantes se encontró que en su mayoría son de sexo femenino con grado leve y moderado del 13,3% (n= 33) y 16,9% (n: 42) respectivamente, datos que se corroboran en la literatura internacional, probablemente esta relacion se encuentra por las desigualdades de género que aún perduran en nuestra sociedad y por otro lado la mayor facilidad, de adaptación a los cambios, del sexo masculino.

6.3. Resultados para el tercer objetivo

“Relación comórbida entre depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2019-2020”

Tabla N° 5

Relación comórbida de Grado de ansiedad y depresión en estudiantes de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Loja, periodo 2019-2020

Ansiedad	Depresión				Total	
	Sin depresión		Con depresión		f	%
	f	%	f	%		
Sin ansiedad	109	43,78	80	32,13	189	75,90
Con ansiedad	23	9,24	37	14,86	60	24,10
Total	132	53,01	117	46,99	249	100,00

*X²: 6,82 **gl: 1 *p: 0,009

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Rosa Michelle Sarmiento Álvarez

Análisis: el 43,8% (n=109) de los estudiantes no presentaron ansiedad ni depresión, el 32,1% (n=80) que padece algún grado de depresión no presenta ansiedad, el 9,2% (n= 23) de la población que no presenta depresión, tienen un test positivo para ansiedad. El 14,9% (n=37) con diagnóstico de depresión presenta de forma comórbida ansiedad, En cuanto a la relación entre la ansiedad y depresión, se obtuvo un chi cuadrado 6,82 para 1 grado de libertad y 95% de confianza un valor de p: 0,009 siendo estadísticamente significativo.

7. Discusión

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo con descenso del humor, por lo que ocasiona una afectación global de la vida en todos sus ámbitos. Es la principal causa de problemas de salud en la población en general y, más aún, en aquellos que ejercen labores que demanden mayor esfuerzo físico o mental, por ejemplo, los estudiantes universitarios, donde al menos un tercio manifiesta algún tipo de desorden psiquiátrico. 1 de cada 5 ha experimentado algún grado de depresión. (Obregón-Morales, 2020)

La ansiedad es una respuesta emocional de miedo o aprensión ante un peligro o amenaza, actual o anticipado, real o imaginado, con un doble componente físico y psíquico, que provoca una conducta de ataque o huida. (Bravo et al., 2009)

En una revisión sistemática realizada entre enero de 1980 y mayo de 2005 que determino la prevalencia de depresión, ansiedad y otros indicadores de ansiedad entre estudiantes de medicina de Estados Unidos y Canadá encontró tasas de depresión más altas que las observadas en la población general. La revisión también señaló una falta de investigación sobre las causas de la depresión de los estudiantes y su impacto en el rendimiento académico, las tasas de abandono y el desarrollo profesional. (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006)

A nivel mundial, una revisión sistemática de 24 estudios estimó una incidencia media de depresión entre los universitarios del 30,5%, con un rango que oscilaba entre el 10,4% y el 84,5%, Hay muchos factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de los estudiantes a la depresión, estos factores incluyen cambios en el estilo de vida que resultan en trastornos del sueño y la alimentación, factores de estrés financiero, alteraciones en las relaciones familiares, preocupaciones académicas y preocupación por la vida después de la graduación. (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013)

Se utilizaron ocho escalas diferentes en los 24 artículos incluidos en la revisión. El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue la herramienta más utilizada con una media ponderada de prevalencia de depresión del 24% (IC del 95%, 23,1-24,9), otros estudios mostraron una media ponderada de 36,8 (IC del 95%, 35,2 a 38,4) y 47,7% (IC del 95%, 46,2 a 49,2) con otros instrumentos de valoración del grado de depresión. (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013)

En el estudio de (Ramón E., 2019) evidencian una elevada prevalencia de estrés (33,9%), ansiedad (23,5%), depresión (18,6%) e insomnio (43,1%) entre los universitarios, en su mayoría en las mujeres (a excepción de la sintomatología depresiva).

De la muestra constituida por 249 estudiantes de la Universidad Nacional de Loja se observó que 2 de cada 10 estudiantes de medicina presento ansiedad y casi 5 de cada 10 estudiantes presentaron algún grado de depresión, al observar el grado de ansiedad en esta población se encontró que el 5,6% ansiedad moderada y el 8% presenta un grado grave de ansiedad. En cuanto al grado de depresión se observa que el 21% de los estudiantes presentan un grado de depresión moderado, el 15,7% con depresión leve y el 10% de los estudiantes presento depresión grave, datos q se correlacionan con los estudios anteriormente enunciados, dando a conocer que nuestra población se comporta de forma similar a la población en las universidades de Peru y Colombia con el estudio realizado en la institución Universitaria Tecnológica de Antioquia Colombia con una muestra constituida por 335 estudiantes (93 hombres y 242 mujeres) entre los 18 y 30 años se encontró que, un tercio de la población se ubicó en el rango Ansiedad Moderada, 14.2% , el rango *Severo* (cerca de la mitad de la muestra) solo el 7.1 % de estas personas presentaron objetivamente *Ansiedad Severa*, de los 335 participantes de la investigación, únicamente el 3.2 % cumplían los criterios para *Ansiedad Severa*. (Ríos-Flórez J. A., 2019)

Lo que difiere del estudio realizado en la Facultad de Medicina “Dr. Alberto Romo Caballero” de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. En lo referente a la calificación del inventario de Beck el 72.7% de la muestra calificaron con menos de 5 puntos, 27 alumnos correspondientes al 27.2% (IC-18.8- 37.1%) mostraron en el inventario evidencia de manifestaciones depresivas, habiendo sido este el factor de prevalencia. Es relevante que 1 alumno (1.0%) tuvo un puntaje de más de 15 que equivale a manifestaciones depresivas graves. El 17.2% correspondiente a 17 alumnos resultaron con un puntaje que da cuenta de manifestaciones depresivas leves y el 9.1% a manifestaciones moderadas. (Arzate, 2020)

De 249 estudiantes, Se observa una población de adultos jóvenes, en su mayoría en un rango de edades entre 18 a 23 años, en su mayoría del sexo femenino en el 72,7%, al analizar la relación entre ansiedad y sexo de los estudiantes, se determina relación directa entre el grado de ansiedad y sexo, además se encontró relación directa entre grado de depresión y sexo de los estudiantes, con una mayor incidencia en las mujeres con diagnóstico de depresión, en su mayoría presentaron un grado moderado de depresión.

En el estudio de (Ríos-Flórez J. A., 2019) si hay una correlación en cuanto al sexo, además se observó resultados similares al presente estudio, donde los hombres asignan mayores puntuaciones que los ubican en un grado bajo de ansiedad, que las mujeres. Por su parte, entre el grupo de los hombres 21,50 % entran el rango de ansiedad moderada, las mujeres, el rango moderado de ansiedad se presentó en el 35.5 % de estas. (Ríos-Flórez J. A., 2019)

En la revisión sistemática realizada por (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013) Dieciséis artículos informaron diferencias de género, la mayoría de ellos (n = 9) encontraron una mayor prevalencia entre las mujeres en comparación con los hombres, seis artículos no pudieron detectar diferencias de género estadísticamente significativas y uno encontró que los hombres tenían una mayor tasa de depresión. Para los 16 estudios que informaron sobre el género, las mujeres participantes informaron tasas más altas de depresión con un promedio ponderado de 29,6% (IC del 95%, 29,2 a 30,1) en comparación con el 24,9% (IC del 95%, 24,4 a 25,4) en los hombres.

La influencia de la edad de los estudiantes en la prevalencia de la depresión se discutió en siete estudios. Tres encontraron mayor prevalencia entre los estudiantes más jóvenes, dos artículos afirmaron que los estudiantes mayores tienen tasas más altas y no se encontraron diferencias por edad en dos artículos. En cuanto al año de estudio, se observaron tasas de prevalencia más altas en años anteriores de estudio (lo cual es consistente con tasas más altas entre los estudiantes más jóvenes) en seis artículos (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013)

Con el presente estudio se observó que los resultados obtenidos son similares a los descritos en la literatura internacional, se ha evidenciado una relación entre el grado de ansiedad y depresión con la edad de los estudiantes y el sexo de los mismos y finalmente relación directa entre estas dos patologías que pueden estar en un estado comórbido en los estudiantes de nuestra institución sobre todo en la población de estudio, al ser parte de la rama de salud con intensas y extenuantes horas de estudio, crea un ambiente propicio para el desarrollo de estas patologías y aquí cabe la importancia del estudio realizado para evidenciar su incidencia y en futuros estudios implementar herramientas de prevención y diagnóstico temprano, con apoyo psicológico y psiquiátrico a quienes ya lo padecen.

8. Conclusiones

-Todos los grupos de edad presentaron ansiedad leve, el grupo de 18 a 20 años presento mayor incidencia de ansiedad; el grado de depresión moderada estuvo presente en todos los grupos de edad, los estudiantes de 21 a 23 años mostro mayor incidencia de depresión.

- El grado de ansiedad leve se presentó tanto en varones como mujeres, siendo el sexo femenino el que presento mayor incidencia de ansiedad, el nivel de depresión moderado se presentó en ambos sexos, el sexo femenino presento, mayor incidencia de depresión.

-Se estableció una relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina.

9. Recomendaciones

- Promover campañas universitarias por parte de las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, en las que se dé a conocer la ansiedad y depresión como parte de la salud mental, muy especialmente en estudiantes del sexo femenino, y de ciclos inferiores, para que conozcan la importancia de estas patologías y la relación que tienen estas con el ambiente académico, con el fin de controlar el estrés que conlleva la carrera de medicina.

- Bienestar estudiantil debería tomar medidas preventivas en los estudiantes que presentan depresión leve y moderada para poder evitar futuras complicaciones, y notificar a las autoridades de aquellos estudiantes con depresión grave, ya que en ellos es una enfermedad incapacitante en el ámbito social y estudiantil y lleva un alto riesgo de suicidio.

- A los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, para que le den la importancia adecuada a su salud mental y sepan identificar cuando buscar ayuda si piensan que se ven afectados por dos de los trastornos más comunes en los estudiantes como lo son la depresión y ansiedad.

- A los futuros investigadores se recomienda proceder a estudiar las consecuencias de la depresión y ansiedad en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

10. Bibliografía

- Agudelo. D. , Casadiegos. C., Ortíz. D. (2008). CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS . *International Journal of Psychological Research* , 34.
- ARRIVILLAGA. M., GARCIA.M., JIMÉNEZ.L., ORTIZ.T. (2003). CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN JOVENES UNIVERSITARIOS. *Universitas Psychologica*, 8.
- Arzate, S. (2020). Diagnóstico de la salud mental de los estudiantes de la licenciatura de médico cirujano en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la Universidad Autónoma del Estado de México. Estado de Mexico, Mexico: Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94472>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (Abril de 2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. Estados Unidos, Canada: Academic Medicine. Obtenido de https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2006/04000/Systematic_Review_of_Depression,_Anxiety,_and.9.aspx
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Internacional: Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400. doi:doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015
- Marín. C., Peralta.J., Jimenez. F.,Pérez.P. (2016). Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*.
- Mirghni. H, Elnour. M. (2017). El estrés percibido y el enfoque de los efectos del aprendizaje sobre el rendimiento académico entre los estudiantes de medicina sudaneses. *Electronic Physician*.
- Obregón-Morales, B. M.-R.-F.-M.-C.-L. (2020). Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. peru: Educación Médica

- Superior. Obtenido de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1881/1069>
- OPS. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. *Organizacion Panamericana de la Salus* , 24.
- Ramón E., M. B. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. España: *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345. doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.02641>
- Ríos-Flórez J. A., E.-C. C.-G.-G. (2019). Autopercepción del estado de ánimo y presencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Antioquia, Colombia: *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*. Obtenido de <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v11n1a03>
- Toro Greiffenstein.R., Yepes Roldán.L., Palacio Acosta.C. (2010). *FUNDAMENTOS DE MEDICINA PSIQUIATRIA*. MEDELLIN COLOMBIA: Corporación para Investigaciones Biológicas,.
- Valladolid, G. R. (2014). *Fundamnetos de la Psiquiatria bases cientificas apra el manejo clinico*. Mexico: Panamericana.
- Andrey, S. C., & Jaime, F. T. (2009). Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 1, 462–478.
- Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, P. R. (2015). *KAPLAN Y SADOCK SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA*.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica de Mexico*, 55(1), 74–80. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100011>
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). A new proposal for the diagnosis of depression. *Revista Medica de Chile*, 142(10), 1297–1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>

- Bravo, M. F., Saiz, J., & Bobes, J. (2009). *Manual del Residente en Psiquiatría*. Retrieved from http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatría2.pdf
- Calvo-Gómez, M., Jaramillo-González, L. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *SCIELO*, 63(3), 471–482.
- Charney DS, Woods SW, G. W., & In, H. G. S. (2006). *Serotonin function Agonist, anxiety. II. Effects of the serotonin And, MCPP in panic disorder patients Subjects*.
- Galván-Molina, J. F., Jiménez-Capdeville, M. E., Hernández-Mata, J. M., José, Y., Arellano-Cano, R., Los, C., ... Potosí, S. L. P. (2015). Sistema de tamizaje de psicopatología en estudiantes de Medicina GACETA MÉDICA DE MÉXICO ARTÍCULO ORIGINAL. *Gac Med Mex*, 153, 75–87. Retrieved from http://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n1/GMM_153_2017_1_075-087.pdf
- Harrington, P. (2008, May 10). Obsessive compulsive disorder with associated hypochondriasis. *BMJ*, Vol. 336, pp. 1070–1071. <https://doi.org/10.1136/bmj.39555.608252.AD>
- Hernan, V., William, R. ., Borrero, J., & Restrepo, J. (2010). *FUNDAMENTOS DE MEDICINA*.
- Lemos, M., Henao-Pérez, M., & Lopez-Medina, D. (2018). Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares Stress and Mental Health in Medical Students: Relation with Coping and Extracurricular Activities Introducción. *IMedPub Journals*, 24(2:3), 1–8. <https://doi.org/10.3823/1385>
- Martin Aragon S, B. J. (2004). *Trastornos de ansiedad Agorafobia y crisis de pánico*. 26.
- Mayra Martínez Mallen, D., Nelson López Garza, D., & Psicoterapeuta cognitivo

- conductual, P. (2011). Trastornos de ansiedad. In *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* (Vol. 44).
- Morrison, J. (2014). DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. In *The British Journal of Psychiatry* (Vol. 112). <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.211-a>
- Nacional, E., 2003., de S. M. C., & Social;, C. M. de la P. (2005). *Fundación FES Social*.
- OMS. (2018). Depresión. Retrieved August 25, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pérez-restrepo, D., & Gómez-martínez, J. (2015). *Prevalence of anxiety in students of a university Resumen Introducción*. 11(1), 79–89.
- Perry, P. (2000). *Depression, Pharmacotherapy for major Relative, with melancholic features: Serotonin, efficacy of tricyclic versus selective Antidepressants, reuptake inhibitor*.
- Roberto Flores Ocampo¹, Stephany Daniela Jiménez Escobar², Sofía Pérez Hernández³, P. B. R. S. y C. Z. V. V. (2007). *Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios*. 94–105.
- Torales, J., & Lorenzo, S. (2017). Help me doctor, I'm very sick! An update from the classic hypochondria to the current illness anxiety disorder. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int. Marzo*, 4(1), 77–86. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2017.04\(01\)77-086](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2017.04(01)77-086)
- Mateus, M., & Canul Guzmán, F. (2019). *Ansiedad: Guía De Alivio De La Ansiedad Para Superar La Depresión, El Miedo Y El Estrés*. Chicago: Misty Mateus. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsebk&AN=2166298&lang=es&site=eds-live>

- Polet Gutiérrez Rodríguez, C. nellielrukia@gmail. co., & Álvarez Orozco, M. E. maru. orozco@hotmail. co. (2019). Impacto del ejercicio y depresión en estudiantes de nivel superior; caso Universidad Autónoma del Estado de México. (Spanish). *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 7(1), 1–15. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=139026851&lang=es&site=eds-liv>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2019). Escala Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.BE2A1064&lang=es&site=eds-live>
- Cavero Álvarez, M. (2017). Impacto de la guía clínica de la depresión informatizada de Cataluña en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en atención primaria: estudio controlado del efecto de un proceso de implementación. Universitat Autònoma de Barcelona, 2017. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edstdx&AN=edstdx.10803.456182&lang=es&site=eds-live>
- Giraldo Zuluaga, J. A., Palacios Pérez, Y. A., Salazar Henao, N., & Sánchez González, K. L. (2018). Depresión, ansiedad y estresores en estudiantes que ingresan a la Universidad de San Buenaventura sedes : Medellín, Armenia e Ibagué. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.B75DA57D&lang=es&site=eds-live>
- Urcaregui Valdezate, A., & Lezcano Barbero, F. (2019). La compatibilidad de la depresión en educación secundaria. Spain, Europe: Servicio de Publicaciones de la Universidad

de Oviedo. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.2CA40FB2&lang=es&site=eds-live>

Moreno, V., Risco, A. (2018) Diferencias en ansiedad y depresión ante la muerte según edad y sexo en una muestra de universitarios españoles ; Differences in anxiety and depression to the death according to age and sex in a sample of university students spanish. 2018. doi:10.17398/2340-4256.13.259.



Martínez, M, Ansiedad escolar en el ámbito universitario. Diferencias de sexo. (2019). Spain, Europe: Octaedro. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.8E91E85C&lang=es&site=eds-live>

Machado-Duque, M. E., Echeverri-Chabur, J. E., & Machado-Alba, J. E. (2017). Utilización de medicamentos antidepresivos en población adolescente de Colombia: un estudio tipo prescripción-indicación / Use of Antidepressant Drugs by Colombian Adolescents: A Study of Prescription Indication / Utilização de Medicamentos Antidepressivos em População Adolescente da Colômbia: um Estudo Tipo Prescrição-Indicação. *Revista Ciencias de La Salud*, 15(3), 387–396. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6122>

ALAMEDA-PALACIOS, J.; RUIZ-RAMOS, M.; GARCÍA-ROBREDO, B. Suicidio, prescripción de antidepresivos y desempleo en Andalucía / Suicide, antidepressant prescription and unemployment in Andalusia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 309–312, 2014. DOI 10.1016/j.gaceta.2013.12.005. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0213.91112014000400009&lang=es&site=eds-live>. Acesso em: 22 dez. 2019.

11. Anexos

Anexo N° 1: Pertinencia del tema de tesis.

		Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE MEDICINA	Facultad de la Salud Humana
---	---	------------------------------	---------------------	-----------------------------

MEMORÁNDUM Nro.0625 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Rosa Michelle Sarmiento Álvarez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA


FECHA: 13 de noviembre 2019

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Byron Salazar, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,


Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NOT



Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja · Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo N° 2: Designación de director de tesis.

		Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE MEDICINA	Facultad de la Salud Humana
---	---	------------------------------	---------------------	-----------------------------

MEMORÁNDUM Nro.0626 CCM-FSH-UN

PARA: Dr. Byron Salazar
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA


FECHA: 13 de noviembre 2019


ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: **"INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, autoría de la **Srta. Rosa Michelle Sarmiento Álvarez.**

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,







Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext.102

Anexo N° 3: Autorización de recolección de datos.

		<p>Universidad Nacional de Loja</p>	<p>Facultad de la Salud Humana</p>
---	---	---	--

Of. No. 02020-0021-DFSH-UNL
Loja, 10 de enero de 2020

Trámite: 015055

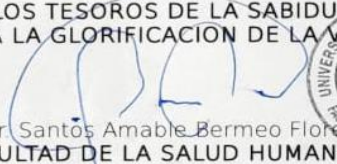
Doctora
 Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA CARRERA DE MEDICINA, Encargada
 Presente.-

De mi especial consideración:

En atención a Of. No. 0013-DCM-FSH-UNL de 09 de enero de 2020; respecto de la autorización para que la **Srta. Rosa Michelle Sarmiento Álvarez** realice la aplicación de encuestas enmarcadas en proyecto de investigación denominado: **"INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**; en mi calidad de Decano de la Facultad de la Salud Humana, autorizo a la Srta. Rosa Michelle Sarmiento Álvarez, realice la aplicación de encuestas a los estudiantes de la Carrera de Medicina, bajo la supervisión del Dr. Byron Salazar.

Aprovecho la oportunidad para reiterar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
 ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**


 Dr. Santos Amable Bermeo Flores
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL, Encargado

cc. **Srta. Rosa Michelle Sarmiento Álvarez**
 Archivo

ABF/yadycordova

Calle Manuel Monteros
 tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
 072 - 57 1379 Ext. 102

Anexo N° 4: Consentimiento Informado**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA****FACULTAD DE SALUD HUMANA****CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Yo **ROSA MICHELLE SARMIENTO ALVAREZ** con número de cedula **CI: 1105632341** estudiante de la carrera de medicina humana estoy realizando un estudio investigativo el cual sirve para la tesis de pregrado.

Usted está invitada/o a participar voluntariamente en este estudio médico. Antes de decidir si usted participa o no, debe comprender cada uno de los puntos detallados a continuación:

Objetivo del estudio

El principal objetivo es investigar si presenta ansiedad y/o depresión para determinar el grado y su relación entre si

Participantes del estudio

Estudiantes de todas las edades matriculados en la carrera de medicina.

Explicación del estudio

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, tanto si elige participar o no, usted puede cambiar de idea más tarde y decidir que abandonará la investigación, aun cuando haya aceptado antes, se dará toda la información requerida, de haber palabras que no entienda, puede preguntar lo necesario.

Procedimiento para la identificación de depresión y ansiedad.

Es necesario estudiar si existe depresión y/o ansiedad en caso de existir se identificarán

la gravedad de dichas patología y posibles complicaciones, para lo cual se realizara un cuestionario validado de BECK el tiempo dedicado a cada estudiante será de aproximadamente 15 a 30 minutos

Riesgos

- Este estudio no tiene ningún tipo de riesgo.

Beneficios

- La información recolectada será totalmente confidencial, y usted podrá conocer si posee dichas patologías para tomar medidas de prevención y control

Confidencialidad y Contacto

Debe saber que no se compartirá la identidad de aquellos que participen en este proyecto y la información recolectada en el transcurso de la investigación se mantendrá confidencial, si desea hacer preguntas más tarde, se puede contactar al correo electrónico rosa.sarmiento@unl.edu.ec.

He sido informado/a clara y oportunamente sobre el estudio en el que he sido invitado a participar voluntariamente para la investigación del estudiante **ROSA MICHELLE SARMIENTO ALVAREZ** con número de cedula **CI: 1105632341** y entiendo que tendré que someterme a estos inventarios para determinar, si poseo dichas patologías

Sé que no se me recompensará económicamente y se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado mediante la dirección electrónica y su nombre anteriormente dado.

Entiendo que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos, sobre estos datos me asisten los derechos de

acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento,

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente la participación en el estudio para la extracción necesaria en la investigación de la que se me ha informado.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CI: _____

FECHA: _____

Anexo N° 5: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

INVENTARIO DEPRESION DE BECK BDI-II

Nombres y Apellidos

CI

Edad

Sexo

Ciclo

Inventario depresion de Beck BDI-II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

De antemano muchas gracias por su colaboración.

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía	
21. Pérdida de Interés en el Sexo	
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.	
3 He perdido completamente el interés en el sexo.	
Total	

Puntaje	Grado de Depresión
0 a 13	Sin depresión.
14 a 19	Depresión leve.
20 a 28	Depresión moderada.
29 a 63	Depresión severa.



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

Inventario de depresión de Beck BDI-I

Inventario ansiedad de Beck BAI

Instrucciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

Nombres y apellidos

Edad

Sexo

Síntomas de los estados de ansiedad	En absoluto	Levemente	Moderadamente	severamente
1. Torpe o entumecido.	0	1	2	3
2 Acalorado.	0	1	2	3
3 Con temblor en las piernas.	0	1	2	3
4 Incapaz de relajarse	0	1	2	3
5 Con temor a que ocurra lo peor.	0	1	2	3
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	0	1	2	3

7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	0	1	2	3
8 Inestable. Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3
9 Atemorizado o asustado.	0	1	2	3
10 Nervioso.	0	1	2	3
	En absolute	Levemente	Moderadamen	severamente
11 Con sensación de bloqueo.	0	1	2	3
12 Con temblores en las manos.	0	1	2	3
13 Inquieto, inseguro.	0	1	2	3
14 Con miedo a perder el control.	0	1	2	3
15 Con sensación de ahogo.	0	1	2	3
16 Con temor a morir.	0	1	2	3
17 Con miedo.	0	1	2	3
18 Con problemas digestivos.	0	1	2	3
19 Con desvanecimientos. 20 Con rubor facial.	0	1	2	3
20 Con rubor facial.	0	1	2	3
	En absolute	Levemente	Moderadame	severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	0	1	2	3
Total				

Puntaje	Grado de Ansiedad
0 a 7	Ansiedad mínima
8 a 15	Ansiedad leve
16 a 25	Ansiedad moderada
26 a 63	Ansiedad grave

Anexo N° 6: Matriz digital de datos

Codificación

GRUPO DE EDAD	<21	22-23	>24
CODIFICACION	1	2	3

GRADO DE DEPRESION	SIN DEPR	LEVE	MODERADO	GRAVE
CODIFICACION	1	2	3	4
GRADO DE ANSIEDAD	MINIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE
CODIFICACION	1	2	3	4

SEXO	HOMBRE	MUJER
CODIFICACION	1	2

Anexo N° 7: Certificación de Traducción al Idioma Ingles

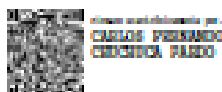
Loja, 17 de noviembre de 2021

Carlos Fernando Chuchuca Pardo

**CERTIFICADO EN SUFICIENCIA DEL IDIOMA INGLÉS POR THE
CANADIAN HOUSE CENTER****CERTIFICO:**

Que he realizado la traducción de español a inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominada: **“Incidencia de ansiedad y depresión en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja”**. De autoría de la señorita: **ROSA MICHELLE SARMIENTO ALVAREZ**, portadora de la cédula de identidad número: **1105632341**, egresada de la carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección del Md. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp., previo a la obtención del título de Médica General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.



Carlos Chuchuca Pardo

Certificado en suficiencia del idioma Inglés por The Canadian House Center

Anexo N° 8: Proyecto de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA



PROYECTO DE TESIS

TEMA:

**Incidencia de ansiedad y depresion en estudiantes de la
Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja**

Autor:

ROSA MICHELLE SARMIENTO ALVAREZ

2019– 2020

LOJA – ECUADOR

1 TEMA

**Incidencia de ansiedad y depresión en estudiantes de la carrera de medicina de la
Universidad Nacional de Loja.**

2 Problematización

Los trastornos mentales pueden afectar a la mayoría de las personas. No excluyen edad, historia personal o raza. Interfiere con la capacidad de las personas en todos los aspectos de su vida, y puede reducir su sentido de la autoestima.

Considerando la población estudiantil universitaria, es importante destacar que los menores de 21 años tienen mayor riesgo de presentar más trastornos, ya que la mitad de la población que se presenta con un trastorno psiquiátrico lo hace antes de los 21 años. Precisamente el inicio temprano de una enfermedad mental tiene consecuencias importantes en el desarrollo de las primeras décadas de la vida, donde se incluye la educación, la elección de una carrera, la elección de una pareja y el desarrollo de la identidad sexual.(Galván-Molina et al., 2015)

La educación médica se ha caracterizado por un nivel de exigencia alto, lo que genera niveles de estrés significativos entre los estudiantes universitarios y mayor probabilidad de padecer morbilidades psicológicas comparadas con la población general, tales como ansiedad y depresión.(Lemos, Henao-Pérez, & Lopez-Medina, 2018)

El término depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social.(Calvo-Gómez, M., Jaramillo-González, 2015)

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013)

Su prevalencia en la población general se encuentra entre 8 y 12%². Se estima que para el año 2030 ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad (Botto, Acuña, & Jiménez, 2014).

La depresión es una entidad compleja que debe ser comprendida dimensionalmente en el contexto del espectro de los trastornos afectivos. A través de las manifestaciones psicopatológicas particulares es necesario diferenciar grupos clínicos o endofenotipos que condicionarán la indicación del tratamiento.(Botto et al., 2014)

La ansiedad es una experiencia implícita a la condición humana, cuya Finalidad es adaptar y mejorar el rendimiento del individuo; sin embargo, dicha ansiedad también puede constituir una de las causas generadoras de un importante sufrimiento psicológico. (Martin Aragon S, 2004)

Aproximadamente el 25% de la población sufrirá algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, siendo su prevalencia en la mujer el doble con respecto al varón. Toda persona experimenta ansiedad de forma normal en algún momento de su vida cotidiana ante situaciones de incertidumbre; el problema surge cuando esa ansiedad normal y adaptativa aparece ante un peligro que no es real, o bien, cuando su intensidad y duración son muy superiores con relación a la causa que la originó. (Martin Aragon S, 2004)

En resumen, la causa del estrés es la presencia de un factor estresante, mientras que la ansiedad es el estrés que continúa después de que el factor estresante ha desaparecido. (Martin Aragon S, 2004)

Todos los individuos experimentan ansiedad en alguna etapa de su vida; esta se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante un tiempo, y a menudo se acompaña de

síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud.(Pérez-restrepo & Gómez-martínez, 2015)

La época universitaria constituye un periodo de la vida donde la mayoría de los estudiantes son adolescentes o adultos jóvenes, lo que implica que son una población donde se consolidan los proyectos de vida, se adquiere la mayoría de edad, se asumen nuevas responsabilidades sociales y aumentan las presiones psicosociales, lo que puede redundar en una mayor vulnerabilidad frente a trastornos psicosociales como el síndrome ansioso. Los universitarios constituyen un grupo de riesgo para la ansiedad por sus exigencias psicológicas, sociales, académicas y elevado estrés. (Pérez-restrepo & Gómez-martínez, 2015)

2.1 Pregunta de investigación general

- ¿Cuál es la incidencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja, en el periodo 2019 -2020?

2.2 Preguntas de investigación específicas

- ¿Cuál es el grado de depresión de acuerdo a la edad y sexo en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y sexo en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja?
- ¿Cuál es la relación comorbida entre depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina de la universidad nacional de Loja?

3 Justificación

Los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad aquejan a personas en cualquier época de su vida, sin embargo los adolescentes y adultos jóvenes son los más afectados por estas patologías, ya sea por las decisiones que estos tienen que tomar en cuanto van planeando su futuro, o por problemas en su ámbito social o familiar así como también por el consumo de sustancias ilícitas. No podríamos pasar por alto que uno de los desencadenantes de estas enfermedades podría ser el excesivo estrés de la universidad.

Urcaregui Valdezate, A., & Lezcano Barbero, F. (2019) afirman.

”Por lo que se refiere a los centros educativos, consideramos que abordar el trastorno depresivo es una cuestión para la que todavía no se presta la atención necesaria”. (P.6)

Como concluye Lezcano (2006) si no hay formación, recursos o conciencia en los institutos para hacer frente a esta realidad, será complicado prestar el apoyo que estas personas necesitan. Para ello, también es fundamental eliminar los estereotipos por parte de los agentes educativos ya que muchos piensan que este colectivo debe ser atendido por profesionales de la salud mental y que no es competencia del centro.

La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que más afectan nuestras actividades diarias, ya que puede considerarse un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza. (Roberto Flores Ocampo¹, Stephany Daniela Jiménez Escobar², Sofía Pérez Hernández³, 2007)

Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por un intenso malestar interior que la persona no es capaz de controlar, esta última suele aparecer en algunos casos como síntoma de la depresión. (Roberto Flores Ocampo¹, Stephany Daniela Jiménez Escobar², Sofía Pérez Hernández³, 2007)

La ansiedad escolar tiene consecuencias trascendentales para el alumno ya que significa no acudir al centro y, por tanto, la pérdida progresiva de adquisición de conocimientos curriculares y la pérdida de oportunidades de socialización. . (Martínez, M, 2019, p.5)

Estos padecimientos afectan grandemente el desempeño laboral, académico y social, consumen muchos recursos de salud y son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares. (Mayra Martínez Mallen, Nelson López Garza, & Psicoterapeuta cognitivo conductual, 2011)

El presente proyecto se rige a una línea de investigación, la cual es diseñada por la Universidad Nacional de Loja. Pertenece a la línea 3 que se basa en, salud enfermedad del adulto y adulto mayor. Desde ese contexto un problema que encontramos muy común son los trastornos del comportamiento humano.

Por ende es importante conocer la incidencia de estas enfermedades en los estudiantes de medicina sometidos a magnas exigencias académicas así como de tipo social, que afectan no solo su comportamiento con la sociedad si no también su estilo de vida llegando a incapacitar su buen aprendizaje.

Como es de conocimiento una buena salud mental, conlleva a la realización de los proyectos propuestos en la vida de las personas, así como a una mejor calidad de profesionales, en este caso en el ámbito de la salud.

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

- Determinar la incidencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2019 -2020

4.2 Objetivos específicos

- Establecer el grado de ansiedad y depresión de acuerdo a la edad en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja.
- Identificar el nivel de ansiedad y depresión de acuerdo a sexo en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja.
- Relación comorbida entre depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

5. Esquema de marco Teórico

5.1 Trastorno mental

5.1.1 Trastornos del estado de ánimo en estudiantes universitarios.

Depresión

5.2.1 Definición de la depresión.

5.2.2 Etiopatogenia de depresión.

5.2.2.1 Factores biológicos.

5.2.2.1.1 Aminas biógenas.

- Noradrenalina.

-Serotonina.

-Dopamina.

5.2.2.1.2 Otros trastornos de los neurotransmisores.

5.2.2.1.3 Alteraciones de la regulación hormonal.

5.2.2.1.4 Neurofisiología de las alteraciones del sueño.

5.2.2.2 Factores genéticos.

5.2.2.2.1 Estudios familiares

5.2.2.3 Factores psicosociales.

5.2.2.4 Factores de la personalidad.

5.2.2.5 Factores psicodinámicos en la depresión.

5.2.3 Epidemiología de depresión

5.2.3.1 Incidencia y prevalencia de la depresión .

5.2.3.2 Sexo.

5.2.3.3 Edad.

5.2.4 Factores de riesgo de depresión.

5.2.4.1 Factores psicosociales de depresión.

5.2.4.2 Causas secundarias de depresión.

5.2.4.3 Drogas y su relación con la depresión.

5.2.4.4 Enfermedades orgánicas y depresión.

5.2.5 Manifestaciones clínicas de la depresión.

5.2.5.1 Predominio depresivo.

5.2.5.2 Predominio somático.

5.2.5.3 Homeostasis general.

5.2.5.4 Dolor.

5.2.5.5 Neurológicos.

5.2.5.6 Autonómicos.

5.2.5.7 Otros.

5.2.5.8 Predominancia de otros síntomas psiquiátricos.

5.2.5.8.1 Ansiedad.

5.2.5.8.2 Alcoholismo y farmacodependencia.

5.2.5.8.3 Hipocondriasis.

5.2.6 Diagnóstico de depresión.

5.2.6.1 Episodios del estado de ánimo.

-Episodio afectivo.

-Episodio depresivo mayor.

-Episodio maníaco.

- Episodio hipomaníaco.

5.2.6.2 Trastornos del estado de ánimo.

-Trastornos depresivos.

-Trastorno depresivo mayor.

- Trastorno depresivo persistente (distimia).

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

- Trastorno disfórico premenstrual.

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

- Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento.

-Otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

5.2.6.3 Otras causas de síntomas depresivos y maníacos.

- Trastorno esquizoafectivo.

- Trastorno neurocognitivo

- Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.

- Trastornos de la personalidad:

- Duelo no complicado.

- *Otros trastornos.*

5.2.6.3 Especificadores.

5.2.6.3.1 Especificadores que describen el episodio en curso o más reciente.

- *Con características atípicas.*

- *Con características melancólicas.*

- *Con síntomas de ansiedad.*

- *Con características catatónicas.*

- *Con características mixtas.*

- *Con inicio en torno al parto.*

- *Con características psicóticas.*

5.2.6.3.2 Especificadores que describen la evolución de los episodios recurrentes.

- *Con ciclado rápido.*

- *Con patrón estacional.*

5.2.7 Tratamiento de depresión.

5.2.7.1 Psicoterapia de depresión.

5.2.7.1.1 Terapia cognitiva.

5.2.7.1.2 Terapia conductual.

5.2.7.1.3 Terapia interpersonal.

5.2.7.2 Farmacoterapia de depresión.

5.2.7.2.1 Antidepresivos tricíclicos

5.2.7.2.2 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs).

5.2.7.2.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

5.2.7.2.4 Antidepresivos duales.

5.2.8 Curso y evolución de la depresión.

5.3 Ansiedad.

5.3.1 Definición de la ansiedad.

5.3.2 Trastornos de ansiedad primarios.

5.3.2.1 Trastorno de pánico.

5.3.2.2 Agorafobia.

5.3.2.3 Fobia específica.

5.3.2.4 Trastorno de ansiedad social.

5.3.2.5 Mutismo selectivo.

5.3.2.6 Trastorno de ansiedad generalizada.

5.3.2.7 Trastorno de ansiedad por separación.

5.3.2.8 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

5.3.2.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento

5.3.2.10 Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

5.3.3 Otras causas de ansiedad y síntomas relacionados.

5.3.3.1 Trastorno obsesivo-compulsivo.

5.3.3.2 Trastorno de estrés postraumático.

5.3.3.3 Trastorno de estrés agudo.

5.3.3.4 Trastorno de la personalidad por evitación.

5.3.3.5 Especificador “con tensión ansiosa” para el trastorno depresivo mayor.

5.3.3.6 Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad.

5.3.4 Epidemiología de la ansiedad.

5.3.5 Etiopatogenia de la ansiedad.

5.3.5.1 Factores de tipo biológico.

5.3.5.1.1 Anormalidades

5.3.5.2 Factores de tipo cognitivo.

5.3.5.3 Factores de tipo psicosocial.

5.3.6 Manifestaciones clínicas de la ansiedad.

5.3.7 Diagnóstico de la ansiedad.

5.3.8 Tratamiento de la ansiedad.