


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE  
MÉDICO Y CIRUJANO

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or historical figure, seated on a throne. The figure is surrounded by various symbols, including a crown, a shield, and a lion. The text around the border of the seal reads "UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS" at the top and "CONSPICUA CAROLINA ACATA" at the bottom. The seal is rendered in a light gray color.

CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE ZACAPA

SINDY MAGDALENA IPIÑA ESPAÑA

CHIQUMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE  
MÉDICO Y CIRUJANO



**CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE ZACAPA**

Estudio descriptivo transversal sobre la caracterización de trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck que presentan los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de julio a agosto del 2014.

SINDY MAGDALENA IPIÑA ESPAÑA

CHIQUMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE  
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

SINDY MAGDALENA IPIÑA ESPAÑA

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE DE 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE  
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR  
DR. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO**

**CONSEJO DIRECTIVO**

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. HeidyJeaneth Martínez Cuestas
Representante de Estudiantes:	Br. Otoniel Sagastume Escobar
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

**AUTORIDADES ACADÉMICAS**

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

**ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN E  
INVESTIGACIÓN DE MEDICINA**

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	MA.Mc.Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, 9 Septiembre 2014

Señores:

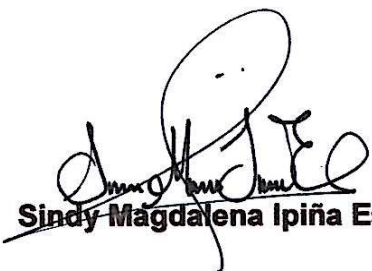
**Miembros Consejo Directivo**  
Centro Universitario de Oriente  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Respetables señores:**

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado "**CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA**".

Como requisito previo a optar el título profesional de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada.

Atentamente,



**Sindy Magdalena Ipiña España**

Chiquimula, 9 de septiembre de 2014

**Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés**  
**Presidente del Comité de Trabajos de Investigación (OCTIM)**  
**Centro Universitario de Oriente CUNORI**  
**Universidad de San Carlos de Guatemala**

Respetable Doctor:

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus labores diarias. En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación con objeto de comunicarle que la Maestra de Educación Primaria Urbana **Sindy Magdalena Ipiña España** con carné universitario No. **200640191**, culminó el estudio e informe final como producto de su estudio de tesis titulado **“CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA”**; realizado durante el periodo de febrero a agosto del 2014 el cual se ha fundamentado con el método científico y cumple con los requisitos de dicha metodología para la obtención del Título de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada, por lo que como asesora del mismo le otorgo el visto bueno correspondiente.

Agradeciendo su atención a la presente y expresándole mi total disposición a continuar colaborando en el proceso de investigación de la Carrera de Médico y Cirujano. Sin otro particular me suscribo de usted.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**



**Licda. Ana Beatriz Villela Espino**

**MAGÍSTER ARTIUM EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD MENTAL**

**Colegiado No. 6420**

*Licda. Ana Beatriz Villela Espino  
PSICÓLOGA CLÍNICA Y LICENCIADA EN PEDAGOGÍA  
Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
COLEGIADA 6420*





Chiquimula, 02 de octubre 2014.  
Ref. MYCTG-37-2014.

**M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera**  
**Director**  
**Centro Universitario de Oriente**

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante SINDY MAGDALENA IPIÑA ESPAÑA identificada con el número de carné 200640191, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA”**, el cual fue asesorado por la Magister Artium en Psicología Clínica y Salud Mental Ana Beatriz Villela Espino, colegiado 6,420, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médico (a) y Cirujano(a), en el Grado Académico de Licenciado (a).

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

**“Id y Enseñad a Todos”**

  
**MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio**  
**Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación**  
**- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-**



**“37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”**

**Nota:** La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 03 de octubre 2014.  
Ref. MYCTG-38-2014.

**M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera**  
**Director**  
**Centro Universitario de Oriente**

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante SINDY MAGDALENA IPIÑA ESPAÑA identificada con el número de carné 200640191, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA”**, el cual fue asesorado por la Magister Artium en Psicología Clínica y Salud Mental Ana Beatriz Villela Espino, colegiado 6,420, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médico (a) y Cirujano(a), en el Grado Académico de Licenciado (a).

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

**“Id y Enseñad a Todos”**

  
**Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés**  
**-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-**  
**Centro Universitario de Oriente**



**“37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”**



**D-TG-MyC-079/2014**

**EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **SINDY MAGDALENA IPIÑA ESPAÑA** titulado “**CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA**”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación a Nivel de Licenciatura**, previo a obtener el título de **Médica y Cirujana**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el tres de octubre de dos mil catorce.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**MSc. Nery Waldemar Galdámez-Cabrera**  
**DIRECTOR**  
**CUNORI - USAC**



**AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS**

**A MIS PADRES**

Gustavo Adolfo Ipiña Vargas y Rosa Elena España de Ipiña

**AL DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE**

Msc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera

**AL COORDINADOR DE CARRERA Y CATEDRÁTICO**

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

**A MIS CATEDRÁTICOS**

**ESPECIAL AGRADECIMIENTO A**

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

**A MIS REVISORES**

MSc. Rory René Vides Alonso

MSc. Christian Edwin Sosa Sancé

**A MI ASESORA**

Licda. Ana Beatriz Villela Espino

**A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI**

Por brindarme los conocimientos que hoy poseo

**AL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA  
OSORIO” Y HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA**

Por permitirme aprender la ciencia de la medicina y la empatía con los pacientes.

## ACTO QUE DEDICO

### A Dios:

Padre celestial, quiero agradecerte la vida, sabiduría, por tu infinito amor y misericordia, gracias por permitirme cumplir mi sueños y una de mis primeras metas, por elegirme como un instrumento tuyo para servir a las personas, por hacerme tocar fondo en mi vida y recordarme que todo es en tu tiempo y no en el nuestro, gracias porque tú eres el motor de mi mundo y sin ti nada sería posible.

### A mis padres:

**Gustavo Adolfo Ipiña Vargas y Rosa Elena España Ruiz de Ipiña**, gracias por darme la vida, ser ejemplo de perseverancia y esfuerzo, por su amor y apoyo incondicional, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles, los más alegres y tristes, gracias por ser fieles a mi sueño y confiar siempre en mí, por sus sabios consejos, el esfuerzo de esos años que hoy han dado fruto. Los amo mis viejitos.

### A mis hermanos:

**Mynor Gustavo Adolfo Ipiña y Wendy Julissa Ipiña de Sam**, gracias por su amor, por enseñarme a luchar contra las adversidades, gracias por tolerarme en las pruebas más difíciles, por su confianza y sentirse orgullosos de mí, los amo hermanitos mi éxito es de ustedes.

### A mis abuelitos:

**María Magdalena Vargas de Ipiña** (QEPD), tu desde el cielo me has mandado bendiciones y aun cuando estuviste viva siempre estuviste allí conmigo incondicionalmente apoyándome y queriéndome; **Carlos Ipiña Ruiz** (QEPD), **Mynor España Villela y Consuelo Ruiz** mis respetos.

### A mis sobrinos:

**Camila, Diego, Guillermo, Jimena y Gustavo**, gracias por darle alegría a mi vida y a nuestra familia, que mi triunfo sea un ejemplo para ustedes para que emprendan el camino hacia la superación.

**A mi novio:**

**Jimmy Emmanuel Guerra Gutiérrez**, por tu amor, tu apoyo incondicional, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas y por siempre darme ese aliciente para seguir luchando, mi éxito también es tuyo.

**A la familia Guerra Gutiérrez:**

Gracias porque desde que los conocí no solo me abrieron las puertas de su casa sino también las de su corazón, gracias por creer en mí, gracias por su apoyo incondicional y hoy quiero compartir mi éxito con ustedes que también es suyo.

**A mi asesora:**

**Licda. Ana Beatriz Villela** gracias por su apoyo y ser una guía en este camino para llegar al éxito.

**A mis catedráticos:**

**Dr. Edvin Mazariegos, Dr. Rory Vides, Dr. Gabriel Xitumul, Dr. Ronaldo Retana, Dra. Alma Molina** gracias por ser parte de mi formación y porque en los momentos más difíciles vividos en la carrera siempre conté con su apoyo, Dios les bendiga.

**A mis padrinos de graduación:**

**Ing. José Guillermo Sam Barrientos y Dra. Alma Molina** gracias por sus enseñanzas, consejos, su sabiduría, y entrega durante toda la carrera, gracias por compartir sus experiencias y conocimientos, y su aporte para que hoy cumpla esta meta.

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
<b>I. Planteamiento del problema</b>	<b>1</b>
a. Antecedentes	1
b. Hallazgos y estudios realizados	3
c. Definición del problema	5
<b>II. Delimitación del estudio</b>	<b>7</b>
a. Delimitación teórica	7
b. Delimitación geográfica	7
c. Delimitación institucional	8
d. Delimitación temporal	8
<b>III. Objetivo</b>	<b>9</b>
<b>IV. Justificación</b>	<b>10</b>
<b>V. Marco Teórico</b>	<b>11</b>
Capítulo I. Generalidades de los trastornos mentales	11
Capítulo II. Inventario de Beck	29
<b>VI. Diseño metodológico</b>	<b>35</b>
a. Tipo de estudio	35
b. Área de estudio	35
c. Universo o muestra	35
d. Sujeto y objeto de estudio	35
e. Criterios de inclusión	36
f. Criterios de exclusión	36



g. Variables estudiadas	36
h. Operacionalización de variables	37
i. Técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos	37
j. Procedimientos para la recolección de la información	37
k. Plan de análisis	38
l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos	39
m. Cronograma	40
n. Recursos	41
<b>VII. Presentación de resultados</b>	<b>43</b>
<b>VIII. Análisis de resultados</b>	<b>57</b>
<b>IX. Conclusión</b>	<b>60</b>
<b>X. Recomendaciones</b>	<b>61</b>
<b>XI. Propuesta</b>	<b>62</b>
<b>XII. Referencias bibliográficas</b>	<b>70</b>
<b>XIII. Anexos</b>	<b>71</b>

## RESUMEN

La salud mental se define como un estado de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedades, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a la sociedad.

El presente estudio fue realizado en 218 pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa para identificar las características clínicas de los trastornos de ansiedad y depresión, utilizando como base los inventarios de Beck y las rasgos propios sociodemográficos para la realización de la boleta de recolección de datos.

El análisis final del estudio concluye lo siguiente: que de los 218 pacientes estudiados el 47% presentaron un nivel de ansiedad leve, el 26% un nivel de ansiedad moderada, el 11% un nivel de ansiedad severo; de estos el 11% presentaron depresión. Así mismo se encontró un 17% que son puntuaciones altas en los test, los cuales son categorizados como síntomas severos y representan el grado de malestar actual.

De acuerdo a las características sociodemográficas son los pacientes del grupo etario de 13 a 25, de sexo femenino, casados y de etnia ladina los que predominan a padecer este tipo de trastornos. Los departamentos de Zacapa y Progreso presentan mayor porcentaje de consulta en los centros asistenciales.

Esta información es importante debido a que servirá como línea basal para otros estudios sobre la salud mental, así mismo para recibir una atención especializada.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Estos trastornos son considerados un problema de salud vigente, debido a su alto impacto social y económico, afectan a la sociedad en general y representan un impedimento para el desarrollo.

En Guatemala, 1 de cada 4 personas padecen algún trastorno de salud mental, un porcentaje de esta población regularmente son vistos con mayor frecuencia con características clínicas de trastornos de ansiedad y/o depresión en el servicio de emergencia de centros hospitalarios. Muchos de estos tipos de trastornos constituyen un 5% de los pacientes que a diario se les brinda atención, particularmente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, según lo muestra los registros estadísticos de dicho hospital, razón por la cual se realizó un estudio a estos pacientes que son atendidos en el servicio de emergencia que presentan características de estos trastornos.

La presente investigación se realizó con una muestra de 218 pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, debido a que forman parte de una población vulnerable a padecer problemas de salud mental. El objetivo principal es la caracterización de los trastornos de ansiedad y/o depresión, se utilizó para la obtención de información dos cuestionarios prediseñados basados en el Inventario de Beck para ansiedad como para depresión, donde el 47% presentaron un nivel de ansiedad leve, el 26% un nivel de ansiedad moderada, el 11% un nivel de ansiedad severo; de éstos, el 11% presentaron depresión. Así mismo, se encontró puntuaciones altas en los test, los cuales son categorizados como síntomas severos, debido a que forman parte de una población vulnerable a padecer problemas de salud mental. Este trabajo de investigación reveló información importante, lo cual permitió conocer la situación de salud mental de cada paciente, para promover acciones que cubran las necesidades de atención psiquiátrica o psicológica de forma urgente; ya que la mayoría de los pacientes presentan alto grado de ansiedad y/o depresión.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### a. ANTECEDENTES

Ante el estigma social asociado a los trastornos mentales, muchos ocultan su enfermedad o no hablan de ella por el miedo al rechazo o a la discriminación en su entorno laboral y familiar, así mismo la falta de servicios apropiados de profesionales de salud capacitados especialmente en la atención primaria son algunas de las barreras para el acceso de atención adecuada, lo que conlleva a una falta de la identificación de diagnóstico y tratamiento temprano.

La depresión y ansiedad son problemas emocionales que tienen una presencia frecuente en la población en general. En diversos estudios se han señalado la posibilidad de una comorbilidad entre ambos problemas emocionales pues su sintomatología es compartida y la diferenciación suele ser delicada. Sumado a lo anterior se puede estar pasando por alto un problema de ansiedad o depresión que se ha manifestado como dolencia muscular, cefalea e incluso como problemas gastrointestinales. Para realizar el diagnóstico de ansiedad y/o depresión, la comunidad médica hace uso de diversas metodologías como la aplicación del Inventario de Beck, ya que ha sido uno de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar ansiedad y depresión.

La coexistencia de manifestaciones de ansiedad y depresión no siempre se presentan claramente, o simplemente, ambos trastornos se presentan unidos. De tal modo que en determinadas personas es posible encontrar depresión con algunos de los rasgos enunciados para la ansiedad, y a la inversa, personas con ansiedad que presentan características propias de la depresión.

La CIE-10, clasificación efectuada por la Organización Mundial de la Salud, incluye el trastorno mixto ansioso-depresivo donde se dan diferentes posibilidades de combinación de síntomas propios de la ansiedad y propios de la depresión. En el DSM-IV, clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, se propone para nuevos estudios un trastorno ansioso-depresivo caracterizado por estado de ánimo disfórico (inquietud, tristeza, ansiedad,

preocupación, falta de energía, baja autoestima) que afecta a diferentes momentos de la vida de la persona y provoca un malestar clínicamente significativo.

En uno de los principales estudios chilenos de prevalencia de patología psiquiátrica en población general, realizado por Benjamín Vicente y cols., se logra concluir que, de los trastornos estudiados los más prevalentes fueron: la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia de alcohol (6,4%). Los trastornos depresivos y ansiosos fueron significativamente más frecuentes en mujeres.

Estudios recientes, además de haber encontrado que hasta un 18% de la población estadounidense y un 20% de la población española pueden estar afectados por uno o más de estos desórdenes, han encontrado hasta 15% en Centro América y 9% en Guatemala han presentado alguno de los síntomas que conlleva la crisis de ansiedad, hallado que la genética encargada en propiciar la aparición y el desarrollo de éstos es la misma que la involucrada en los trastornos depresivos y bipolares.

Según datos de la OPS/OMS del año 2012 la depresión afecta a 350 millones de personas de todas las edades y en todas las comunidades en el mundo, es el trastorno mental que más afecta a la población, y es además una de las principales causas de discapacidad y contribuye de modo significativo a la carga mundial de morbilidad. En América Latina y el Caribe de la población adulta, 6 de cada 10 personas que la padecen no buscan o no reciben el tratamiento lo que corresponde en proporción del 60 a 65% de personas sin atención (Linn 2012).

Los trastornos de ansiedad y depresión son muy frecuentes, suelen iniciar en la adolescencia y tienen su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral, social y afectiva. Las personas que padecen estos trastornos frecuentemente tardan mucho en buscar atención o recibir ayuda adecuada, lo



que favorece la cronificación y predispone a la discapacidad asociada a los mismos.

## **b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS**

Los porcentajes de prevalencia de estos trastornos varían mucho de un estudio a otro, ya que hay que tomar en consideración variables como el país, el sexo y la edad, o variables metodológicas, como el tamaño de la muestra o los criterios diagnósticos. La mayoría de estudios se centran en los pacientes de atención primaria con rangos de prevalencia que oscilan entre el 10% y 30% de la población.

En Lima Perú en el 2002 se realizó un estudio al personal financiero de una empresa, donde por medio de auditoríase tomó una muestra de manera aleatoria de 30 sujetos a los cuales se les aplicó el inventario de Beck, donde el 80% de los trabajadores presentaron ansiedad; de estos el 7% presentan un nivel medio y el 73% presentan un nivel elevado, siendo este más frecuente en mujeres de 28 a 45 años (Galli 2002).

En el mismo año se realizó un estudio de la “Aplicación de la entrevista neuropsiquiátrica internacional-MINI como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad peruana Cayetano Heredia” en Lima, que era una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la Clasificación internacional de enfermedades y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (CIE-10 y DSM-I); el objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en 250 estudiantes de cuarto, quinto y sexto año. Se encontró una prevalencia alta de trastornos mentales (45.60%) sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%) siendo estos valores mayores que en la población general (Galli 2002).

En el año 2004 se realizó un estudio a 100 pacientes ambulatorias en un Hospital de Salud Mental de Lima metropolitana para determinar la validez y

eficacia diagnóstica de las escalas de depresión mayor y el inventario de Beck;obteniéndose que el inventario de Beck presenta mayor eficacia diagnóstica que la escala de Depresión Mayor; ya que esta es capaz de detectar una alta proporción de pacientes, centrándose en aspectos fisiológicos e identifica sintomatología, así mismo clasifica que grado de ansiedad y/o depresión presentan los pacientes.

En Guatemala se realizó un estudio para describir la sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inscritos en los años 2009-2010, donde se aplicó los test de Beck para ansiedad y de Zung para depresión, a una muestra de 362 estudiantes voluntarios distribuidos porcentualmente, con los resultados siguientes: se encontró 8.5 % de ansiedad y 6.6% de depresión, donde el 4.4% corresponde al sexo masculino y 4.1 % al femenino, de ellos el 50% es menor de 25 años, 99% es soltero, 16% tiene carga familiar y 28% refirió tener antecedente familiar de depresión y ansiedad (Palencia, Peñate, Rosado, 2010).

Así mismo se realizó un estudio de diagnóstico y clasificación de crisis de ansiedad a pacientes que consultana la emergencia de Medicina Interna en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt durante el período de 1 de enero al 31 de diciembre de 2009. El objetivo principal fue clasificar los trastornos de ansiedad más frecuentes y el tipo de intensidad en los pacientes que acuden a la emergencia, donde por medio de evaluaciones físicas y toma de historia clínica, así como el pasar una encuesta (escala de Beck), se encontró que la presencia de crisis de ansiedad es mayor en el sexo femenino con un 31.23% de intensidad moderada, 19% de angustia, 24.4% crisis de ansiedad, siendo el grupo etario mayor afectado de 16 a 24 años de edad, analfabetas y solteros de predominio indígenas (Cova 2009).

En el Centro Universitario de Oriente de Chiquimula (CUNORI), en la carrera de Medicina se realizó una tesis en el grado de Licenciatura, sobre los síntomas tempranos de trastornos mentales, utilizando como base el test de los 90

síntomas aplicado a 365 estudiantes de 1er a 3er año de la carrera de Médico y Cirujano durante los meses de febrero a agosto del 2013, donde se tomó en cuenta las 9 dimensiones que evalúa el Test de los 90 síntomas, encontrando principalmente síntomas severos de obsesión y compulsión con 53%, seguido de depresión 22% y ansiedad 24%, sobresale destacar que las dimensiones encontradas fueron mayores que las estadísticas reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina y del Caribe, predominando la depresión con 5%, trastornos de ansiedad 3,4% y trastorno obsesivo-compulsivo 1,4%, estos resultados son reflejo de que los estudiantes de medicina son una población susceptible a padecerlos debido a las exigencias psicológicas, sociales y académicas que conlleva la carrera y al no tener un tratamiento temprano y adecuado puede tener un fuerte impacto negativo en la vida de los estudiantes, la familia y la sociedad (Alvarado 2013).

### **c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

La ansiedad es una respuesta que se presenta por una diversidad de síntomas como dolor torácico, palpitations, disnea, sensación de ahogo, entre otros, afectando así los procesos mentales; tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo. Por otro lado la depresión describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad (DSM-IV-TR 2000).

Es por esto que la ansiedad es considerada como trastorno mental prevalentemente en la actualidad ya que engloba una serie de cuadros clínicos habituales, que se manifiestan externamente con reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales

cotidianos, reacciones que escapan del control voluntario de la persona; tienen carácter intenso y recurrente generando incomodidad y malestar e interfieren significativamente y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles y en la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de depresión.

Estadísticamente la región oriental tiene un alto índice de trastornos de ansiedad y depresión en un 20.6%, los cuales se presentan mayoritariamente en horas de la tarde. Es de hacer notar que por lo regular en la mayoría de los hospitales nacionales del país en el servicio de emergencia no se le da la atención adecuada a este tipo de perturbaciones, pues al darse cuenta el médico que el paciente que consulta presenta una serie de signos y síntomas, somatizando problemas emocionales los cuales no se evidencian a la hora del examen físico, este se desvaloriza y no se le presta la atención inmediata y adecuada, administrando así placebo a los pacientes sabiendo que no está indicado y se les da egreso; y posiblemente la realidad es estar frente a un cuadro de ansiedad y/o depresión que por lo regular nadie quiere ver o no se toma el tiempo para determinarlo y muchas veces con solo dar una palabra de aliento y escuchar al paciente los problemas que presentan ya se está dando tratamiento; y es que actualmente la relación médico paciente se está perdiendo, el tener presente que somos instrumento de Dios para ayudar, diagnosticar y por ende tratar al paciente que consulta, no olvidar que salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino que en ella se integra el completo estado de bienestar físico, mental y social; por lo que vale la pena preguntarse:

**¿Cuáles son las características clínicas de las personas con trastornos de ansiedad y depresión según los inventarios de Beck en pacientes que consultan al servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a julio del 2014?**

## II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

### a. Delimitación teórica

Esta investigación es de tipo clínico, debido a que se tiene como objetivo la caracterización de los trastornos de ansiedad y/o depresión de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa a través de los inventarios de Beck, pruebas clínicamente aceptadas y validadas en diversos estudios tanto a nivel nacional como internacional. Se utilizará el método inductivo, porque para alcanzar los objetivos se partirá de situaciones particulares, tomando en cuenta el perfil de las pacientes que participarán, para su pronto conocimiento y prevención de futuros recurrencias por esta problemática.

### b. Delimitación geográfica

El Congreso de la República de Guatemala, en su quinta legislatura 2004-2008, divide administrativamente al territorio de guatemalteco en 8 regiones, de las cuales la región III es denominada también Nor-Oriente, compuesta por los siguientes cuatro departamentos: El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula. (Congreso de la República de Guatemala. 1986) Zacapa, su cabecera departamental es Zacapa. Se subdivide en 12 municipios (Cabañas, Estanzuela, Gualán, Huité, La Unión, Río Hondo, San Diego, Teculután, Usumatlán, Zacapa, San Jorge). Cuenta con una extensión territorial de 2,690 kilómetros cuadrados, el idioma predominante es el español.

Zacapa se encuentra delimitado en la zona climatológica subtropical-seca lo cual es una limitante para los campesinos dedicados a la agricultura; Por este factor la mayoría de pobladores del área rural tienen que emplearse en algunas empresas como trabajadores temporales, ya que las fuentes de trabajo son pocas; entonces la mayoría de personas están en alto grado de pobreza y pocas oportunidades de superación, aunado a esto también afecta a los pobladores los trastornos sociales y sumado la ola de violencia que afecta al



país actualmente, muchos de los problemas de depresión, estrés, ansiedad, miedo e irritabilidad obedecen a que fueron víctimas o testigos de robo, asalto, violación, homicidio, etc.

Actualmente, la violencia constituye una preocupación para Guatemala: la violencia y la inseguridad son fenómenos cotidianos, que han pasado a formar parte estructural de la sociedad. Por un lado, las estadísticas internacionales señalan que la ciudad de Guatemala es uno de los lugares más violentos de América Latina (Halgin y Krauss 2006).

### **c. Delimitación institucional**

El Hospital Regional de Zacapa fue inaugurado el 21 de febrero de 1959, por el Presidente de la república el general Miguel Ydígoras Fuentes, siendo su apertura al público en forma oficial el seis de marzo del mismo año, siendo esta fecha la oficial para la celebración de sus aniversarios. Ubicado en la 16 avenida barrioEl Cementerio Nuevo zona 3de Zacapa, presenta los servicios de emergencia, consulta externa, pediatría, ginecología y obstétrica, traumatología, medicina ortopédica y otros servicios (HRZ 2014). El servicio de emergencia tiene capacidad de 20 unidades para atención de pacientes, cuenta con un área de shock y la misma está dividida en emergencia según su especialidad pediatría, ginecobstetricia quedando en una misma área la atención de emergencias de medicina, cirugía y traumatología; se atienden un promedio de 250 emergencias al día, de las cuales 5% son pacientes que consultan presentando una serie de signos y síntomas, somatizando problemas emocionales los cuales no se evidencian a la hora del examen físico, y se les tipifica como desorden neurovegetativo o crisis de ansiedad que no se le da la atención adecuada, administrando así placebo a los pacientes sabiendo que no está indicado y se les da egreso.

### **d. Delimitación temporal**

El presente estudio se realizará durante los meses de febrero a septiembre del año 2014.

### **III.OBJETIVOS**

**a. OBJETIVO GENERAL:**

Caracterizar a los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, según los Inventariosde Beck de pacientes que consultan a la emergencia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de julio a agosto del año 2014.

**b. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Determinar la frecuencia de pacientes que consultan con trastornos de ansiedad, depresión y/o ansiedad – depresión.
2. Describir las características socio-demográficas de los pacientes que consultan a la emergencia según: sexo, etnia, estado civil, procedencia, ocupación, vicios, religión, antecedentes personales y familiares.
3. Clasificar a los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión detectadas según los Inventarios de Beck.

#### IV. JUSTIFICACIÓN

La ansiedad y depresión es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en la práctica clínica, aunque también son muy inespecífico. Por ello es preciso ser cuidadoso cuando se realiza un diagnóstico diferencial tanto con enfermedades somáticas como con otros trastornos psiquiátricos, ya que en el mundo no se le da a la salud mental la misma importancia que a la física; la mayoría de las veces la salud mental ha sido objeto de ignorancia, burla, desatención, abandono e indiferencia.

Los trastornos de ansiedad y depresión, son una entidad frecuente de consulta en los centros hospitalarios, pacientes que consultan a la emergencia con esta problemática son mal diagnosticados o bien mal tratados; por tal razón se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa que permita establecer programas de identificación, utilizando los inventarios de Beck tanto de ansiedad como de depresión, tomando en cuenta su validación en varios estudios realizados tanto nacionales como internacionales frente a otros inventarios para trastornos mentales.

Aunque en Guatemala las estadísticas relacionadas con trastornos mentales no son abundantes, según información otorgada por el departamento de psicología del Hospital Regional de Zacapa, se calcula que de un 3 a 5% de la población general tiene o ha tenido una alteración que podría clasificarse como trastorno de ansiedad o enmascarando depresión.

En muchos hospitales nacionales los trastornos de ansiedad y/o depresión constituyen un 5% de los pacientes que a diario se les brinda atención; particularmente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa se ve muy frecuentemente este tipo de trastornos, según lo muestra los registros estadísticos del hospital, por lo que es necesario realizar un correcto diagnóstico específico de los trastornos y determinar un adecuado tratamiento; con la finalidad de prevenir complicaciones y con ello poder diagnosticar, tratar, y unificar el criterio médico ante la amplia variabilidad en la manera de abordar determinadas patologías en la práctica clínica.

## **V. MARCO TEORICO**

### **CAPITULO I. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS MENTALES**

Según describe el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV-TR), los trastornos son una clasificación categórica no excluyente, basada en criterios con rasgos definidos. Un trastorno es un patrón de comportamiento psicológico de significado clínico que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción de comportamiento, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. (Ibor y Valdés 2002).

#### **1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Como su nombre lo indica, este trastorno se refiere a la situación en la que el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo, sin saber su causa. Estas personas tienen miedo de algo, pero son incapaces de explicar de qué se trata. Debido a su ansiedad no pueden desenvolverse en forma normal. No logran concentrarse, no pueden apartar sus temores y sus vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Esta forma de ansiedad puede, al final, producir problemas fisiológicos.

La ansiedad es sobre todo, algo que se siente. No es un pensamiento, sino un sentimiento de malestar confuso que se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como en el somático, con repercusiones en el funcionamiento del sujeto.

Se puede entonces definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. El sentimiento psíquico que provoca la ansiedad puede ser tan intenso que el sujeto cree que va a volverse loco o tenga sensación de muerte inminente. En el ámbito somático origina multitud de

síntomas que dependen, sobre todo, de una disfunción del sistema nervioso autónomo.

## 1.1 CLÍNICA DE ANSIEDAD

Los pacientes con trastornos de ansiedad suelen acudir al médico por voluntad propia. Es muy frecuente que consulten por síntomas somáticos derivados de su ansiedad y creen tener alguna patología física que los origine. También pueden interpretar sus síntomas como relacionados con conflictos personales o determinadas circunstancias ambientales que, sin embargo, no los justifican. Manifiestan sus quejas de forma imprecisa, los síntomas pueden manifestarse en lo psíquico o en lo físico.

### a) Manifestaciones psíquicas

La vivencia psíquica de ansiedad puede expresarse de múltiples maneras:

- **Sentimiento de temor:** el “Sentir” miedo es una experiencia personal, íntima y privada de cada ser humano. Ello determina respuestas físicas y psíquicas de intensidad y consecuencias variables según las personas y las circunstancias. A ese conjunto, a la sensación psicológica de zozobra, angustia, amenaza, de ruptura del equilibrio o paz que hasta ese momento se tenía, más la desesperación y necesidad de que cese de inmediato, y una serie de manifestaciones físicas de taquicardia, sed de aire, contractura muscular, dolor de pecho, sudoración, etc., provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro.
- **Sensación de tensión:** Los dolores, de causa psíquica, pueden tener muchas localizaciones: la nuca, en el pecho, espalda, en el abdomen, etc.; y a veces, se trata más que de un dolor, de molestias o sensaciones extrañas, desagradables y más o menos inespecíficas (calambres, hormigueos, sensaciones de opresión, pinchazos, etc.).

- **Vivencias de extrañeza:** La sensación de extrañeza se puede describir como una especie de bruma sensorial, separa a la persona de su mundo.
- **Desrealización y despersonalización:** en el cual el individuo es afectado por sentimientos de despersonalización. La primera es una alteración de la percepción del mundo exterior del individuo, de forma que aquel se presenta como extraño o irreal, y la segunda, es un desorden disociativo de estar pasando por la vida pero no sintiéndose parte de ella.
- **Alteraciones cognitivas:** debido al elevado estado de activación, disminuye la atención, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada debido a que repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana.
- **Alteraciones de sueño:** Se puede llegar a asegurar que un estado de ansiedad de una intensidad moderada produce casi invariablemente dificultad para conciliar el sueño. El insomnio es uno de los síntomas comunes en la mayor parte de los trastornos por ansiedad (trastorno por angustia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad excesiva, etc.).
- **Alteraciones del comportamiento:** la agresividad o comportamiento agresivo puede aparecer en cualquier momento y cuando menos se espera. La persona con estas alteraciones puede reaccionar de manera agresiva en cosas que pueden resultar insignificantes para la familia, y puede percibir una amenaza o peligro donde no existe. Una persona con alteraciones del comportamiento puede sentirse humillada y frustrada al tener que recibir ayuda en actividades básicas como el

aseo, ya que esto significa perder su independencia y se vulnera su intimidad.

## **b) Manifestaciones físicas**

Pese a que generalmente se atribuye la ansiedad a un estado psicológico del individuo, esta también se puede presentar en un rango de manifestaciones físicas que pueden ir desde leves hasta severas. Se tratan de reacciones a la ansiedad que se pueden dar en cualquier parte del cuerpo y que pueden desembocar incluso en infecciones graves si no son tratadas a tiempo por un profesional. La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo por lo que puede considerarse como la gran simuladora. A menudo, el paciente está convencido del origen exclusivamente somático de los mismos y los vive como una amenaza a su salud física.

- **Síntomas cardiocirculatorios:** Estos se presentan con patologías tales como: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardiaco.
- **Síntomas gastrointestinales:** Manifestaciones sintomáticas como sensación de nudo en el estómago, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito.
- **Síntomas respiratorios:** dificultad al respirar con sensación de falta de aire, sensación de ahogo o paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa. Es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada (parestesias en los dedos de las manos, los pies y en la cara, vértigos y síncope).

- **Síntomas genitourinarios:** micción imperiosa, nicturia, polaquiuria, disuria; trastornos de la función sexual: impotencia, eyaculación precoz y frigidez.
- **Síntomas neurológicos:** mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias. Pueden aparecer alteraciones tanto visuales (sensación de borrosidad del contorno de objetos o deslumbramientos) como auditivas (hipersensibilidad e intolerancia a los ruidos, zumbidos de oídos).
- **Síntomas musculares:** debilidad física, sensación de debilidad de piernas, lumbalgias.
- **Síntomas neurovegetativos:** sequedad de la boca, midriasis, rubor o palidez, sofocamiento, sudoración, frialdad cutánea.

## 1.2 TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### a) Crisis de angustia (panic attack)

La característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de un peligro real, que se acompaña de por lo menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Existen 3 tipos característicos de crisis de angustia: inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y predisuestas por una situación determinada.



### **Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones

### **b) Agorafobia**

Es la ansiedad de estar en lugares o situaciones donde podría ser difícil o vergonzoso escapar si una persona sufre un ataque de pánico. Usualmente esas personas evitan ciertos lugares y situaciones. La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes. No se han identificado hallazgos de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad un trastorno de angustia.

**Criterios para el diagnóstico del trastorno de angustia con agorafobia** Se cumplen los dos siguientes: Crisis de angustia inesperadas

recidivantes o Al menos una de las crisis se ha seguido 1 mes (o más) de uno o (más) de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
- Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto del miocardio, volverse loco).
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
- Se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

### c) **Fobia específica**

El individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicas o bien cuando anticipa su aparición. Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad, miedo y desmayarse al exponerse al objeto temido. Las fobias específicas varían según el sexo: por lo general, su incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres.

#### **Subtipos:**

- **Tipo animal:** Es un subtipo de fobia que suele aparecer en la infancia. El miedo se refiere a ciertos animales o insectos.
- **Tipo ambiental:** Este subtipo también suele tener su origen en la infancia del paciente. Se refiere al miedo a situaciones propias del entorno natural o fenómenos climáticos.
- **Tipo sangre-inyecciones-daño:** Este subtipo suele presentar una incidencia familiar (lo padecen los hijos de padres con la misma fobia) y se caracteriza porque ante el estímulo, a la persona le baja la presión,

se desmaya o sufre de mareos. Se trata de un miedo extremo a la sangre, a las inyecciones, transfusiones de sangre, cirugías o cualquier intervención invasiva.

- **Tipo situacional:** el miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados.
- **Otros tipos:** Algunas fobias específicas no se ubican en ninguno de los subtipos anteriores, ya que hay un amplio espectro de estímulos que pueden desencadenar temor y fobias. Por ejemplo, el miedo al vómito, el miedo a los espejos, el temor de los niños pequeños a los ruidos fuertes, a las personas disfrazadas, a las marionetas o a los muñecos, al atragantamiento, a la adquisición de una enfermedad.

#### **Criterios diagnósticos para fobia específica**

- Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación (volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional.
- Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

- La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

#### **d) Fobia social**

Es cuando el individuo se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, loco o estúpido. Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión).

Entre las características comúnmente asociadas a la fobia social cabe citar la hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo, baja autoestima y los sentimientos de inferioridad. También pueden tener un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad que experimentan al hablar en grupos pequeños, público, con los colegas y las figuras de autoridad así como la propia evitación de estas situaciones. La fobia social puede estar asociada a otros trastornos de ansiedad, a trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, bulimia nerviosa, etc.

#### **e) Trastorno obsesivo-compulsivo**

Las obsesiones se definen como ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (p. ej., contraer una enfermedad al estrechar la mano de los demás) dudas repetitivas (p. ej., preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto, como haber atropellado a alguien con el coche, haber olvidado cerrar la puerta con llave), necesidad de disponer

las cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales.

Las compulsiones se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación.

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de una hora al día) o interfieren acusadamente en la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales.

Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traduciéndose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. También puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad, trastornos del sueño.

**f) Trastorno de estrés post-traumático**

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su

curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

**g) Trastorno de ansiedad generalizada**

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar fuera a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras

preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

**Pautas para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada:** El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprehensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada.

## **2. TRASTORNOS DEPRESIVOS**

La depresión afecta en el mundo a millones de personas, sin importar su nivel socioeconómico, su país de origen, creencias o cultura. Es un trastorno depresivo que afecta al organismo, el ánimo y hasta la manera de pensar.

Se utiliza el término "depresión" comúnmente como sinónimo de indiferencia o tristeza. Sin embargo la depresión poco tiene que ver con una sensación pasajera de tristeza, y así como existe un gran desconocimiento de sus características, tampoco muchos saben que es una enfermedad perfectamente controlable y hasta reversible con el tratamiento adecuado.

La depresión es una enfermedad clínica severa que afecta al cerebro. Es más que sentirse "hundido" o "triste" por algunos días, persisten e interfieren con su vida cotidiana. Los síntomas pueden incluir: tristeza, pérdida de interés o placer en actividades que suele disfrutar, pérdida o aumento de peso, dificultad para dormir o sueño excesivo, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización, ideas de muerte o de suicidio.

### **3.1 TIPOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS**

#### **a) Trastorno depresivo mayor**

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos suicidas.

El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los individuos que padecen enfermedades médicas crónicas graves presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (diabetes, infarto de miocardio, carcinoma, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un estado depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica.



El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de la población en general ha variado entre 10 y 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres.

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. El trastorno es 1,5 a 3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población en general.

**Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor:**

- Presencia de un episodio depresivo mayor único.
- El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Nunca se ha producido un estado maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

**b) Trastorno distímico**

Es un nivel menos grave de depresión que incluye síntomas crónicos a largo plazo, por lo general un mínimo de 2 años. Es muy fácil confundir un estado de distimia con estrés o cansancio. Los efectos de este tipo de depresión no incapacitan tanto pero impiden un normal desarrollo de los hábitos más comunes. Afecta entre el 3 y el 6% de la población general. Los síntomas han sido descritos como un "velo de tristeza" que afecta a la mayoría de las actividades. Los pacientes no muestran cambios aparentes en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza. Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación).

- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más.
- Baja autoestima.
- Pérdida de la capacidad de concentración.
- Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza.

### c) Trastorno ciclotímico

La ciclotimia es un trastorno del humor similar al trastorno bipolar, aunque más leve, y que se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo que van de la hipomanía a la depresión. Hipomanía es el término que se emplea para describir un tipo de manía leve; un estado que la persona puede asociar a una sensación de bienestar e incluso a un alto nivel productivo.

Para el correcto diagnóstico de la ciclotimia, tanto los síntomas hipomaniacos como los síntomas depresivos deben alternarse por un periodo no inferior a los dos años. Cabe señalar que los pacientes afectados por ciclotimia tienen una predisposición superior al 30% de acabar desarrollando un trastorno bipolar, sin embargo esta cifra se considera demasiado baja como para tomarla como manifestación temprana de un trastorno bipolar.

De todos modos hay que decir que la ciclotimia no suele diagnosticarse, bien porque el afectado no lo reconoce o bien porque, tal como apunta el especialista en la materia, Dr. Schwenk: *“La ciclotimia es un diagnóstico muy raro que es ignorado, ya sea debido a que no tiene un impacto funcional considerable u otra comorbilidad psiquiátrica o médica que la sustituya”*.

Los síntomas de la ciclotimia son a menudo opuestos según se encuentre en la fase hipomaniaca o depresiva. Entre los más habituales están:

- Disminución o aumento de la energía y la vitalidad.
- Euforia.
- Irritabilidad.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración.
- Aislamiento social o aumento de la sociabilidad.
- Mayor deseo sexual o desinterés en toda actividad placentera.
- Actitudes poco realistas respecto de sus capacidades.
- Juicio pobre.
- Insomnio.
- Derroche con el dinero.
- Abuso de las drogas; sobretodo cocaína y alcohol.
- Autonegación de los problemas.
- Pesimismo u optimismo ligado a una autovaloración excesiva.
- Comportamiento provocativo e intrusista.
- Aumento de la locuacidad e ingenio.

#### **d) Trastorno bipolar**

También conocido como enfermedad maníaco-depresiva, es bastante infrecuente pero no por eso menos grave. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios anímicos suelen ser paulatinos pero hay que prestar especial atención a cada uno de ellos.

Cuando la persona atraviesa el período depresivo, es común observar todas las características de una depresión severa. Por su parte cuando se manifiesta el ciclo maníaco, es posible que en la euforia e hiperactividad de esta fase, la persona se vea involucrado en problemas o emprendimientos (económicos, personales, etc.) que luego no podrá manejar. El trastorno bipolar se encuentra a un paso de un estado psicótico (pérdida temporal de la razón). Es una afección en la cual una persona tiene períodos

de depresión o períodos en los que está extremadamente feliz o malhumorado o irritable.

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

En la mayoría de las personas con trastorno bipolar, no hay una causa clara para los períodos (episodios) de extrema felicidad (manías) o de depresión. Los siguientes factores pueden desencadenar un episodio maníaco:

- Parto.
- Medicamentos como antidepresivos o esteroides.
- Períodos de no poder dormir (insomnio).
- Consumo de drogas psicoactivas.

La fase maníaca puede durar de días a meses y puede abarcar los siguientes síntomas:

- Distraerse fácilmente.
- Poca necesidad de sueño.
- Deficiente capacidad de discernimiento.
- Control deficiente del temperamento.
- Comportamientos imprudentes y falta de autocontrol, como beber, consumir drogas, tener relaciones sexuales con muchas parejas, hacer gastos exagerados.
- Estado de ánimo muy elevado, comunicativo o irritable como pensamientos apresurados, hablar mucho, creencias falsas acerca de sí mismo o de las habilidades.
- Compromiso exagerado en actividades.

### **El episodio depresivo puede incluir estos síntomas:**

- Tristeza o estado de ánimo bajo diariamente.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Problemas en la alimentación como inapetencia y pérdida de peso o consumo exagerado de alimentos y aumento de peso.
- Fatiga o desgano.
- Sentimiento de minusvalía, desesperanza o culpa.
- Pérdida de placer en actividades que alguna vez disfrutaba.
- Pérdida de la autoestima.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado.
- Alejarse de los amigos o las actividades que alguna vez disfrutaba.

### **e) Trastorno adaptativo mixto (ansiedad y ánimo depresivo)**

Los Trastornos Adaptativos se caracterizan por la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos en respuesta a acontecimientos estresantes de la vida cotidiana, como puede ser la pérdida del empleo, la separación de la pareja, etc. Estos síntomas depresivos y de ansiedad aparecen durante los 3 primeros meses siguientes al inicio del factor estresante. Es por ello que los trastornos adaptativos también se llaman “reactivos”. Se presentan a cualquier edad, y son muy frecuentes en la población general.

Consiste en la presencia de síntomas frente a situaciones de estrés que van más allá de lo que el individuo puede manejar con sus recursos habituales y que afectan el funcionamiento global de la persona, provocando un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica de la persona. Los trastornos adaptativos se manifiestan con gran variedad de síntomas:

- **Estado del ánimo:** desesperanza, tristeza, fragilidad emocional, preocupación excesiva, ansiedad.
- **Conducta:** reacción contra las reglas impuestas, agresividad.
- **Aislamiento social:** inhibición, timidez excesiva.
- **Síntomas físicos:** insomnio, vértigo, náuseas, agitación, palpitaciones, dolores de cabeza.

Se presentan síntomas que aparecen por igual en ansiedad y depresión, que pueden llevar a conductas y pensamientos muy similares, aunque con causas y contenidos diferentes. Así la reclusión en casa se da en la agorafobia con trastorno de pánico y en la depresión, pero en la primera se debe al miedo a experimentar una crisis de pánico y en la segunda a la tristeza y a la falta de motivación.

#### f) **Trastorno depresivo no especificado**

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

## **CAPITULO II. INVENTARIO DE BECK**

En los últimos treinta y cinco años, el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas tanto de ansiedad como de depresión, dada su probada validez y confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Estas versiones del BAI y BDI, fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos ansiosos y depresivos descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la American Psychiatric Association.

### **1. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)**

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario auto administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

- a) Subjetivo (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
- b) Neurofisiológico (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”).
- c) Autónomo (por ejemplo, “sensación de calor”).
- d) Pánico (por ejemplo, “miedo a perder el control”).

El BAI sólo requiere un nivel básico de lectura, se puede utilizar con personas que tienen discapacidad intelectual, y puede completarse en 5-

10 minutos utilizando un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también se puede administrar por vía oral para personas con discapacidad visual.

### **Administración e Interpretación del BAI**

Se le pide al paciente al cuál se evaluará, que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los items. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

El clínico debe examinar además cada elemento específico para determinar si los síntomas aparecen mayoritariamente en el ámbito subjetivo, neurofisiológico, autónomo o relacionado con el pánico al objeto de determinar las causas subyacentes de la ansiedad y establecer así unas pautas de tratamiento adecuadas.

### **Usos clínicos**

El Inventario de Ansiedad de Beck puede utilizarse para evaluar y establecer una línea base de ansiedad, como una ayuda para el diagnóstico clínico, para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, y como medida de resultado post- tratamiento.

Otras ventajas del BAI incluyen su rápida y fácil administración, la repetitividad, la discriminación entre los síntomas de la ansiedad y la depresión, la capacidad



para poner de relieve la conexión entre la mente y el cuerpo en aquellas personas que buscan ayuda para reducir su ansiedad, y una probada validez en diferentes idiomas, culturas y grupos de edad.

## **2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)**

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación.

En 1979 Beck y cols., dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad.

Es un cuestionario que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, en el que se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad e intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

### **Interpretación y puntuación de la prueba**

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana.

Éstos son los 21 puntos que evalúa del Test de Beck: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, bajo nivel de energía.

La persona evaluada tiene una puntuación de 0 a 3, la intensidad con la que siente cada emoción. La puntuación máxima que puede obtener el entrevistado (si contestara un 3 en todas las preguntas) sería de 63; la más baja sería 0.

Si los valores están entre 1 y 10 puntos se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastantes normales y está por completo fuera de peligro.

Entre 11 y 16, una leve perturbación de su estado de ánimo que posiblemente el psiquiatra tomará como poco preocupante.

Entre 17 y 20 se supone que ha habido estados de depresión intermitentes. Entre 21 y 30 es posible que el facultativo diagnostique una depresión moderada.

Entre 31 y 40, una depresión grave.

Entre 40 y 63, una depresión extrema.

Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general.

## VI. DISEÑO METODOLÓGICO

### a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

### b. Área de estudio

Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Zacapa.

### c. Universo o muestra

De un universo de 502 pacientes que fueron vistos durante el año 2013 con impresión clínica de trastorno de la ansiedad se estimó una muestra de 218 pacientes utilizando la siguiente fórmula:

#### Formula de estimación de una proporción

Total de universo: (N) 502

Confianza =95%: ( $\alpha$ ) 0.05

Valor sobre la curva del 95%: (z) 1.96

Población éxito o fracaso: (0.25)

Total de la muestra: (n) 218

$$n = \frac{0.25 N}{\left[ \frac{\alpha^2}{z} (N - 1) + 0.25 \right]} = 218$$

### d. Sujeto y objeto de estudio

Pacientes que presenten características de trastornos de ansiedad y depresión en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa.

**e. Criterios de inclusión:**

- Todos los pacientes que acudan al servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa con trastorno de ansiedad y depresión que presenten alguno de los siguientes síntomas (Síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, sensación de muerte inminente, falta de aliento, opresión o malestar torácico, sensación de asfixia o atragantamiento, miedo, temblores o sacudidas, parestesias, escalofríos o sofocaciones, taquicardia o palpitaciones, náuseas o molestias abdominales).
- Pacientes mayores de 13 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.

**f. Criterios de exclusión:**

- Pacientes que presenten patología clínica comprobada, ejemplo ICC, angina y otros.
- Pacientes con un trastorno psiquiátrico ya diagnosticado.

**g. Variables estudiadas:**

- Variable independiente:  
Pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa.
- Variable dependiente:  
Trastorno de ansiedad y depresión

#### h. Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
<b>Independiente</b> Pacientes que consultan a la emergencia del Hospital Regional de Zacapa.	Persona que consulta a un centro asistencial para recibir atención médica.			
<b>Dependiente</b> trastornos de ansiedad y depresión	Son un conjunto de estímulos nuevos e imprevistos, provocando un cambio brusco en el curso de los acontecimientos en sentido favorable o adverso, provocando trastorno funcional, psicológico y nervioso, caracterizado como una vaga sensación de estar en peligro, tienen las mismas características del miedo: incremento en la respiración, tensión muscular, sudoración, y otros.	<b>Test de Ansiedad y Depresión de Beck:</b>  Enumera y categoriza síntomas somáticos como psiquiátricos que puede experimentar una persona que padece ansiedad y depresión.	Cualitativo	Nominal

**i. Instrumentos y técnicas para la recolección de datos**

La recopilación de la información para el estudio de campo, se realizó de la siguiente manera:

Se entrevistó a pacientes a través de una ficha clínica, un inventarios de ansiedad y uno de depresión de Beck, validados y utilizados en varios hospitales y clínicas por la Asociación Española de Psiquiatría (AEP), utilizando de base el CIE-10 y DSM IV-TR, 10a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y Conductuales, ya que es una herramienta útil para detectar características clínicas de ansiedad y/o depresión y tomar una determinación con respecto a la conducta a seguir.

La escala de ansiedad Beck (BAI) se usa para medir la gravedad del nivel de ansiedad de un paciente. Está compuesta por una serie de 21 preguntas auto-evaluativas de múltiples opciones, referidas a los sentimientos de ansiedad del paciente de la semana anterior. Las preguntas evalúan los diferentes síntomas de ansiedad como son el sudor, aceleración del ritmo cardíaco, irritabilidad y falta de aliento. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuestas: para nada, ligeramente, moderadamente o severamente.

La escala de depresión de Beck (BDI) es el instrumento más utilizado para evaluar si una persona sufre una depresión. Éstos son los 21 puntos que evalúa del Test de Beck: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, bajo nivel de energía.

**j. Procedimiento para la recolección de información**

De los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa que presenten características clínicas de trastornos de ansiedad y/o depresión y a los cuales les hayan hecho diagnóstico de desorden

neurovegetativo o crisis de ansiedad, se tomaron los datos generales en una ficha como son: el sexo, etnia, estado civil, procedencia, ocupación, vicios, religión, antecedentes personales y familiares para poder así describir las características socio-demográficas de los pacientes.

Posteriormente, se les pasó dos cuestionarios basados en el Inventario de ansiedad y depresión de Beck; se les leyó cada pregunta de tal forma que los pacientes escogieron una opción de respuesta, para cada uno de los pacientes, a fin de evitar sesgo en la información, previo a una explicación detallada sobre el estudio y un consentimiento para realizarla, se evaluaron de 10 a 15 pacientes al día, en un horario de 8:00 a 18:00 horas y se contó con la colaboración del personal de emergencia para evaluar a estos pacientes en los turnos de la noche.

Al final de la evaluación se les dio plan educacional extenso y sugerencias de tratamiento, refiriendo así al departamento de psicología de consulta externa a los pacientes que en el test de ansiedad y depresión puntuarán mayor o igual a 18.

Para validar la comprensión de los instrumentos de investigación que se utilizaron para la recolección de la información, se realizó una prueba piloto entrevistando a pacientes que presenten características similares a las del objeto de estudio, en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Chiquimula “Carlos Manuel Arana Osorio”.

Una vez realizada la prueba piloto y hecho el ajuste correspondiente a los instrumentos de investigación, se procedió a realizar el trabajo de campo en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa.



## **k. Plan de análisis**

- La presentación de los resultados se hizo de forma descriptiva.
- Los datos que se obtuvieron en las boletas de recolección de información de cada uno de los casos se tabularon realizando una base de datos de cada una de las boletas.
- Los datos se presentan mediante tablas, que posteriormente serán analizadas e interpretadas.
- Valorización según Inventario de Beck:
  - Inventario de Ansiedad de Beck:
    - 0 a 7 .....nivel mínimo de ansiedad
    - 8 a 15 .....nivel de ansiedad leve
    - 16 a 25.....nivel de ansiedad moderado
    - 26 a 63.....nivel de ansiedad severa.
  - Inventario de Depresión de Beck:
    - 1-10.....Estos altibajos son considerados normales.
    - 11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.
    - 17-20.....Estados de depresión intermitentes.
    - 21-30.....Depresión moderada.
    - 31-40.....Depresión grave.
    - + 40.....Depresión extrema.

## **I. Procedimiento para garantizar los aspectos éticos de la investigación**

Se realizó una carta la cual sirvió para informar por escrito sobre el estudio, de la misma forma la misma para garantizar que la información que proporcionaron fue confidencial.

**m. Cronograma**

DESCRIPCIÓN	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Planteamiento del problema								
Solicitud y aprobación del problema								
Elaboración del protocolo de investigación								
Realización del trabajo de campo								
Tabulación y análisis de los datos								
Elaboración informe final								
Presentación del informe final								

**Fuente:** Elaboración Propia

## **n. Recursos**

### **1. Humanos:**

- 1 Asesor
- 1 Investigador
- 4 Revisores

### **2. Físicos:**

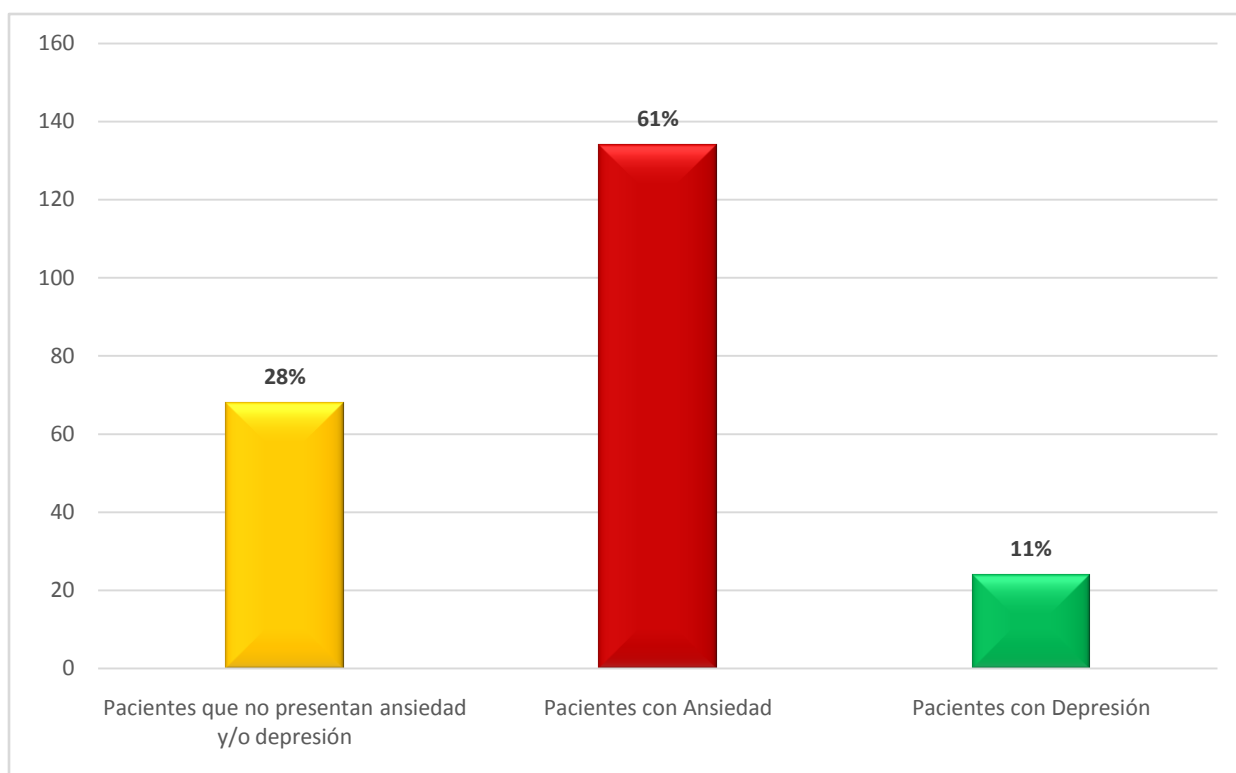
- Computadora
- Impresiones y reproducción de materiales
- Hojas papel bond
- Tinta

### **3. Financieros**

- Q 2500.00

## VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

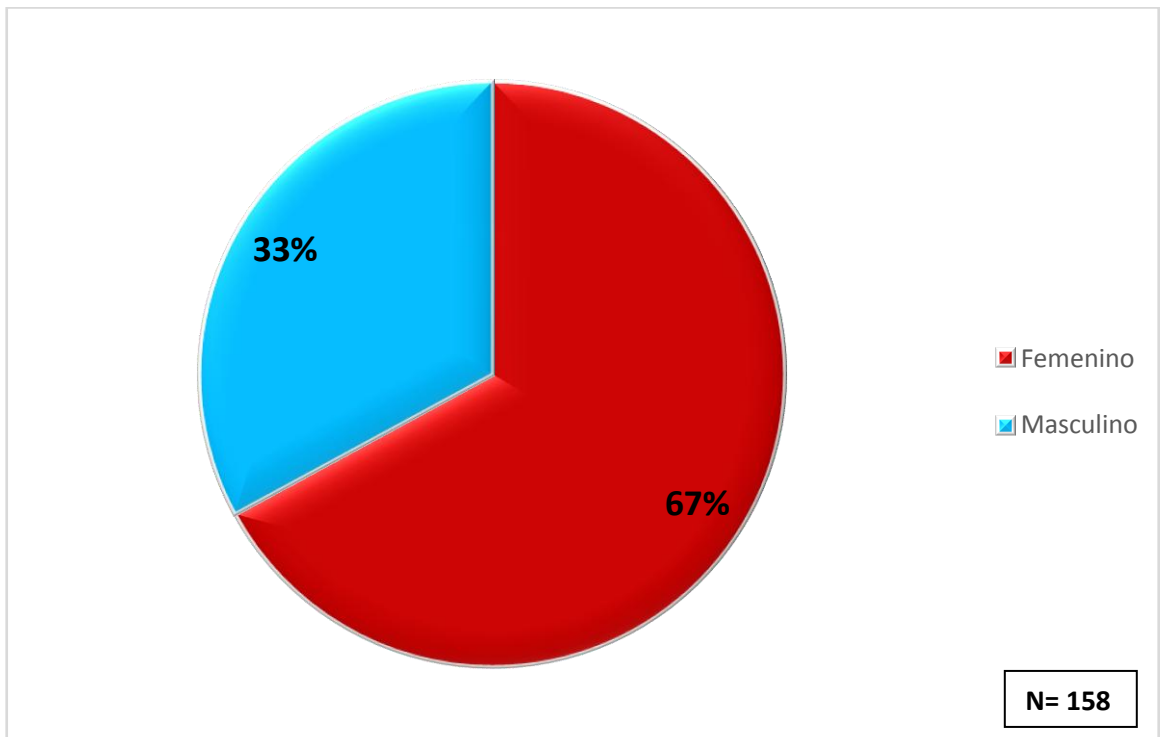
**GRÁFICA 1. Distribución de los pacientes sanos y con características de trastornos de ansiedad y depresión, clasificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

De los 218 pacientes estudiados el 61% (134) presentaron características clínicas de trastornos de ansiedad y con una minoría 11% (24) presentaron depresión, donde el 28% (60) de los pacientes no presentan características clínicas de dichos trastornos.

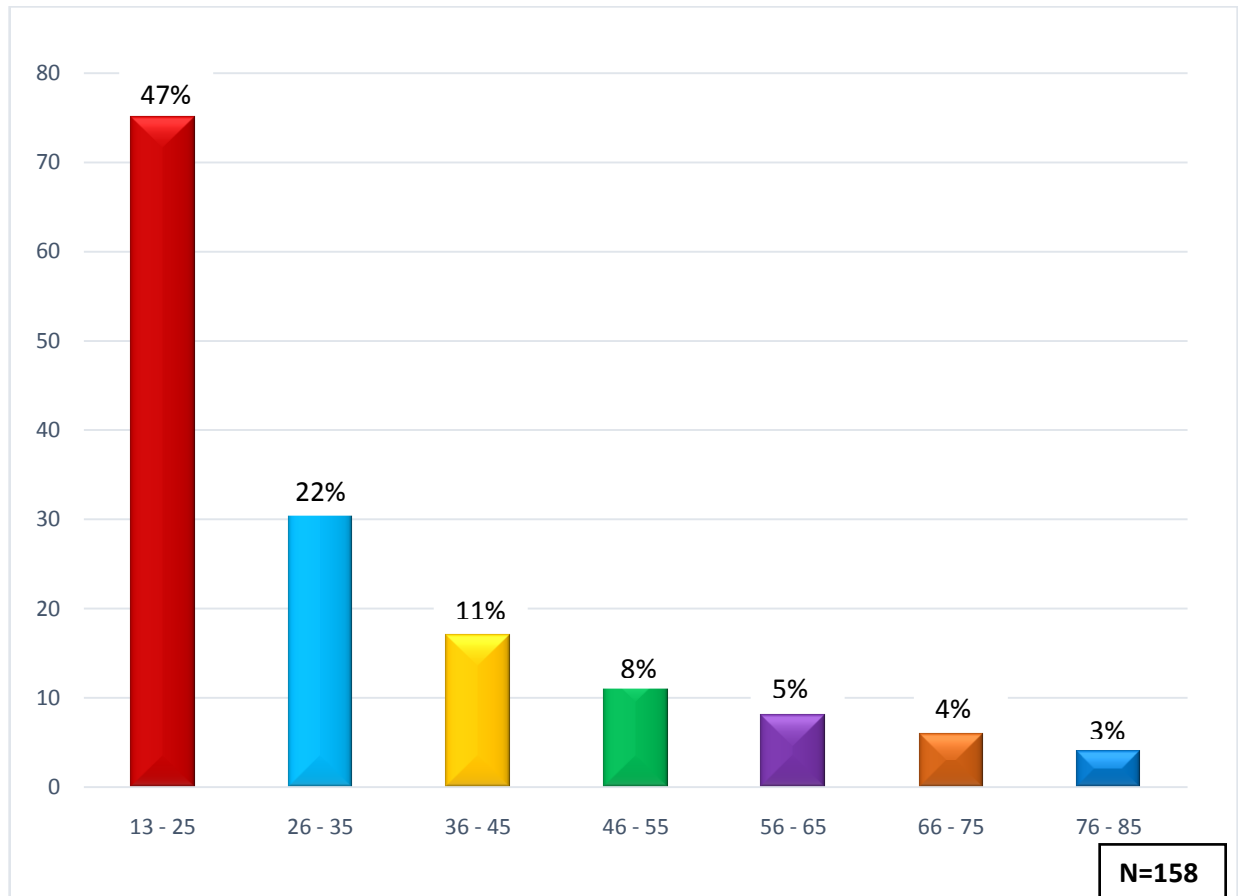
**GRÁFICA 2. Distribución según sexo de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

En relación al sexo se observa que el género que más predomina en ser atendido con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión corresponde al sexo femenino con un 67% (106), con respecto al 33% (52) del sexo masculino.

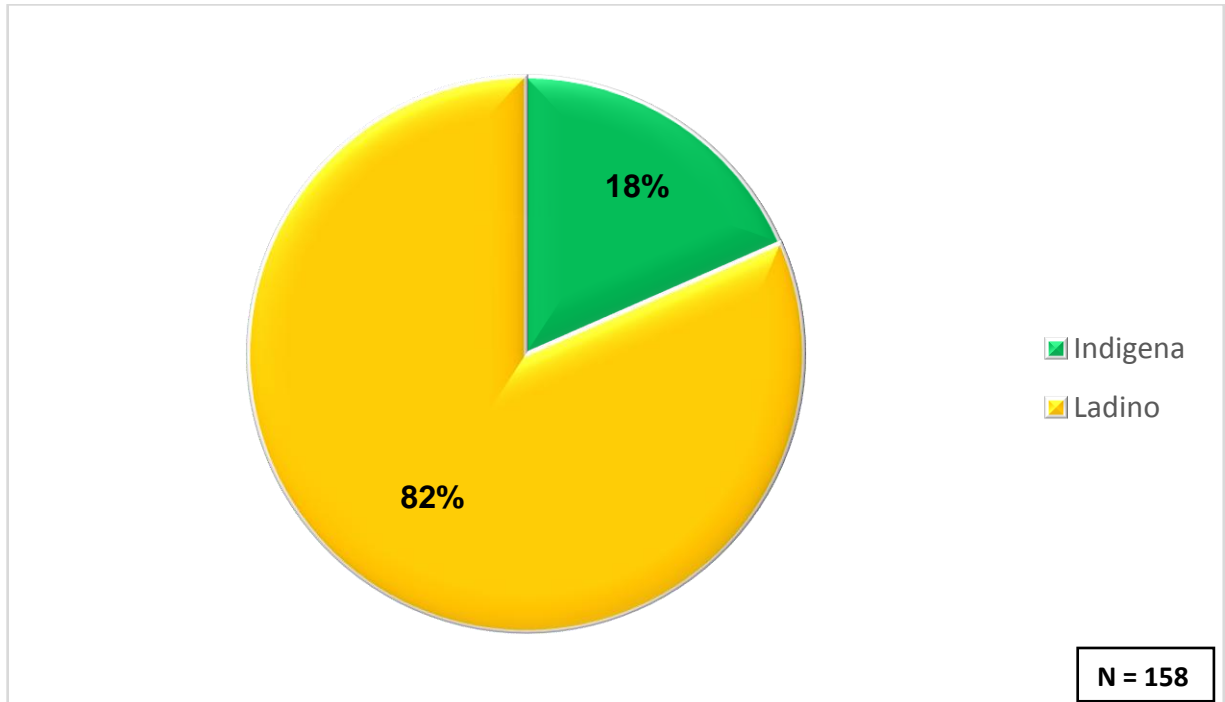
**GRÁFICA 3. Distribución según grupo etario de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

En el análisis se observa que los casos de los pacientes con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión se encuentran concentrados de forma predominante en los rangos etarios de 13-25 años con un 47% (75).

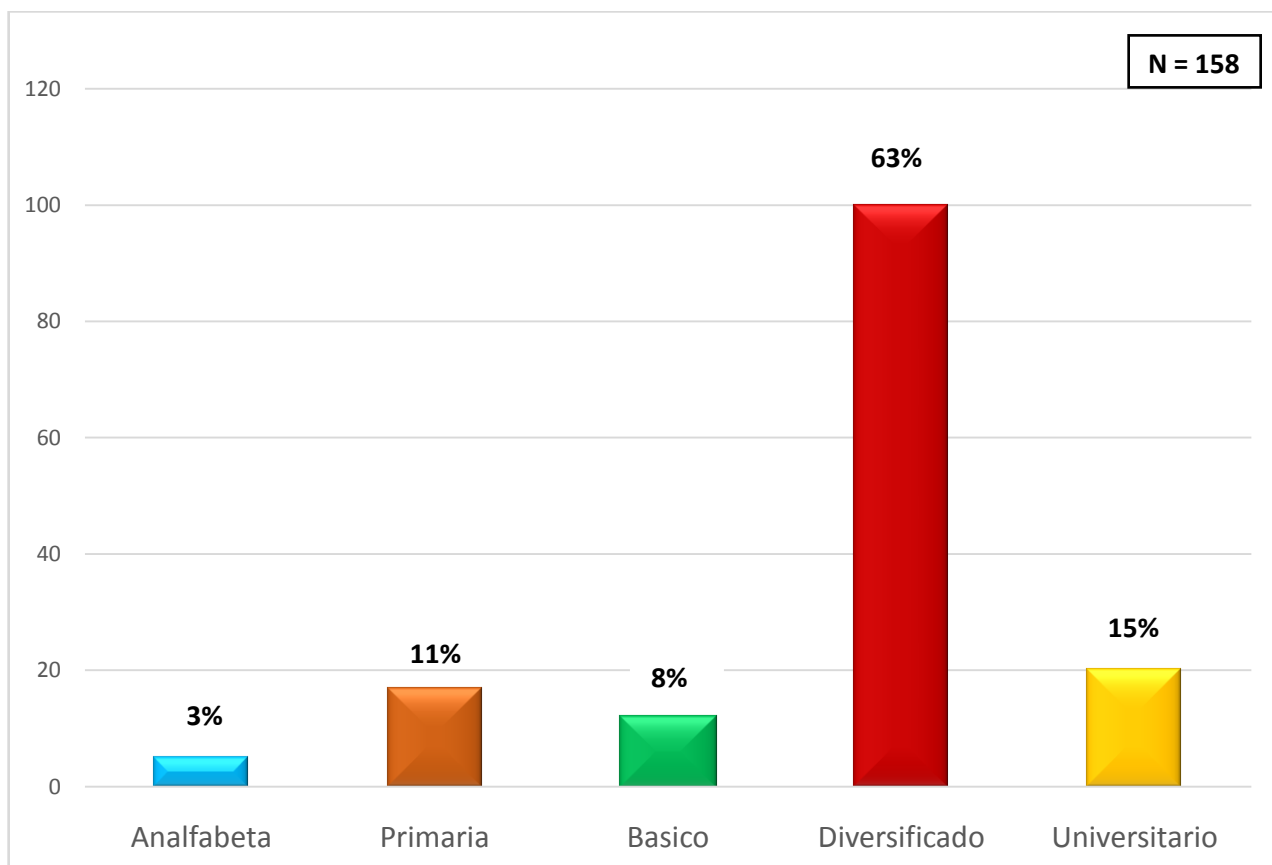
**GRÁFICA 4. Distribución según grupo étnico de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

El 82% (130) de los pacientes con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión pertenecen a la etnia ladina y el 18% (28) indígena.

**GRÁFICA 5. Distribución según escolaridad de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**

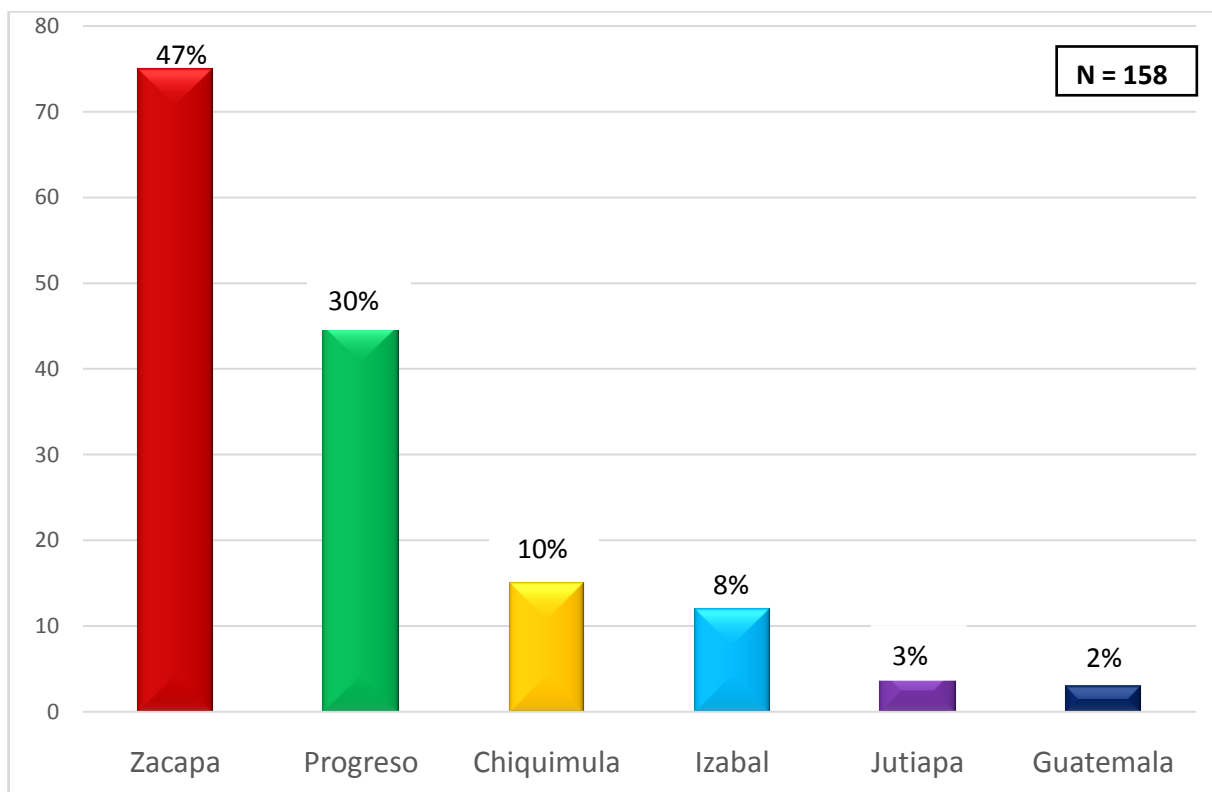


**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

En la tabulación de datos en los casos de los pacientes con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión se encuentran concentrados de forma predominante en la escolaridad diversificado con un 63% (100) y con un menor porcentaje los pacientes analfabeta 3% (5).



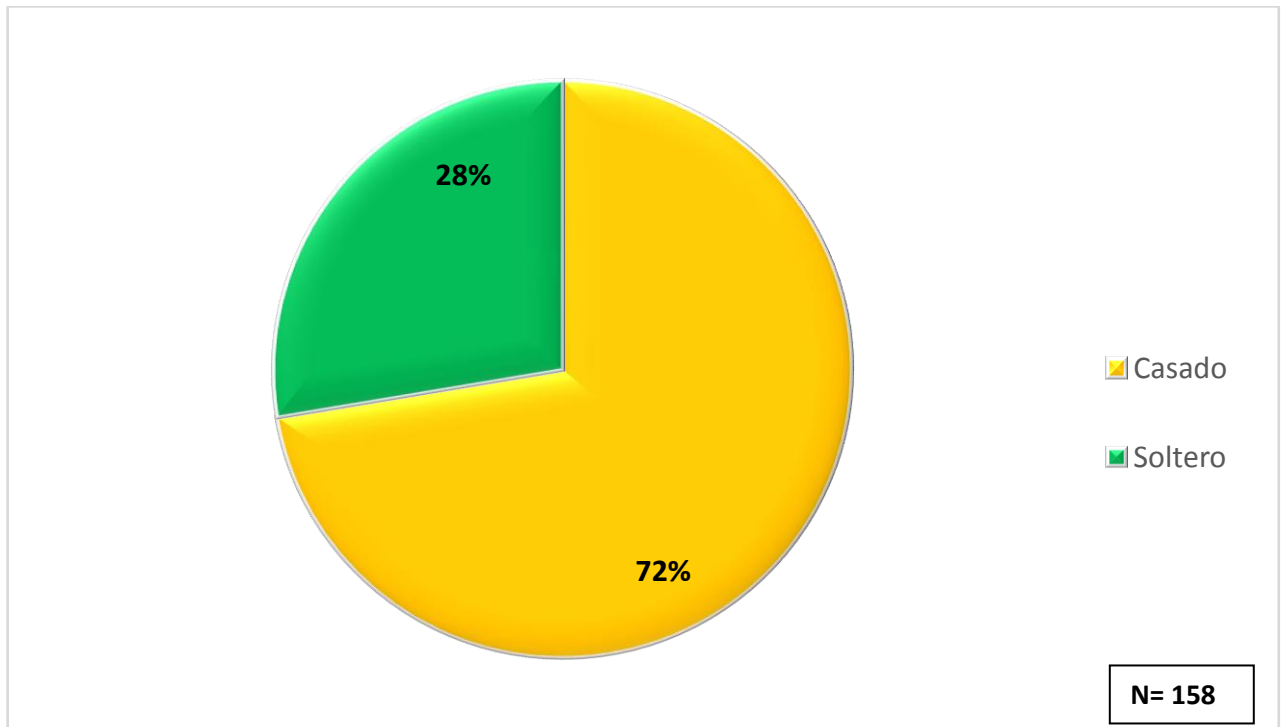
**GRÁFICA 6. Distribución según procedencia de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio y agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

De los 158 pacientes con características de trastorno de ansiedad y/o depresión en gran porcentaje proviene de la cabecera departamental de Zacapa y sus aldeas aledañas 47% (75), seguido del Departamento del Progreso y Chiquimula con 30% y 10% casos respectivamente, esto se explica que el Hospital cubre las emergencias y brinda atención al área oriental.

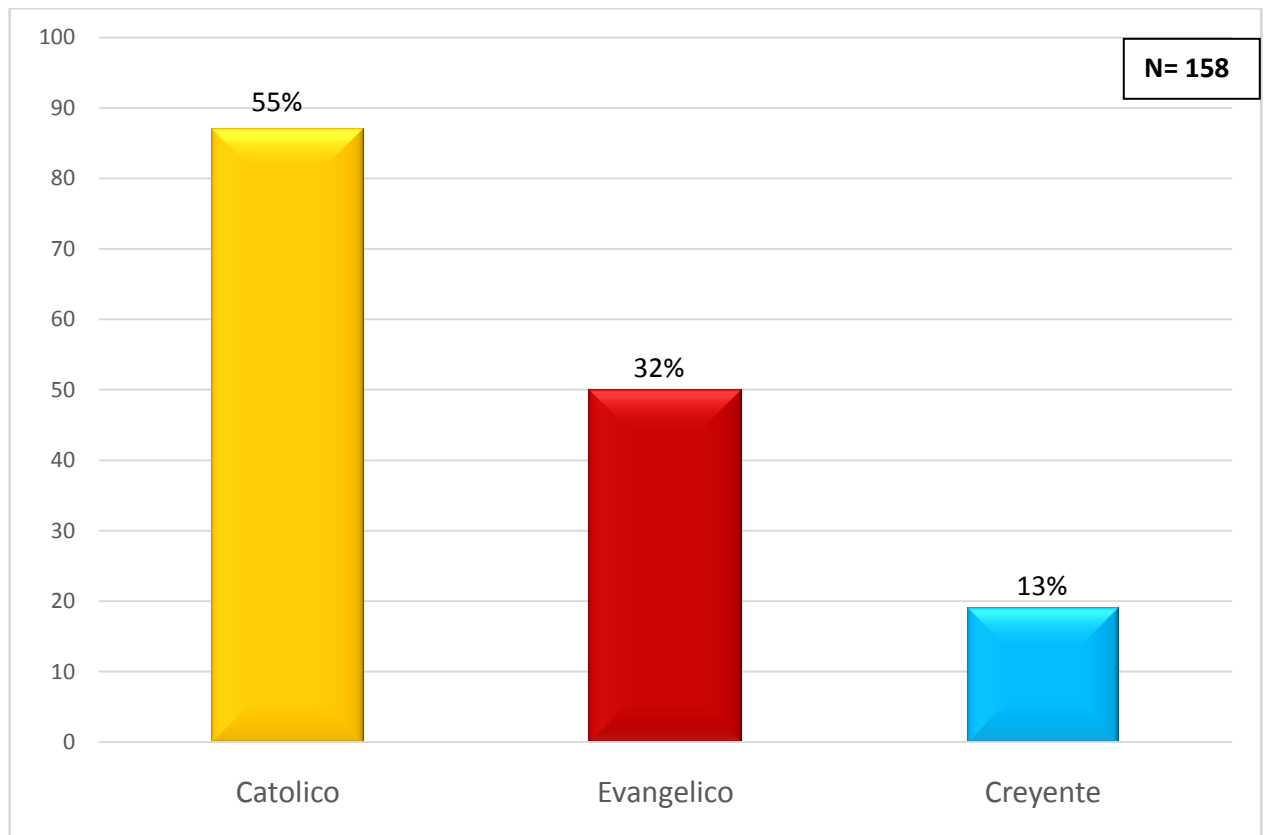
**GRÁFICA 7. Distribución según estado civil de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

El 72% (110) de los pacientes su estado civil son casados y solo el 28% (48) son solteros.

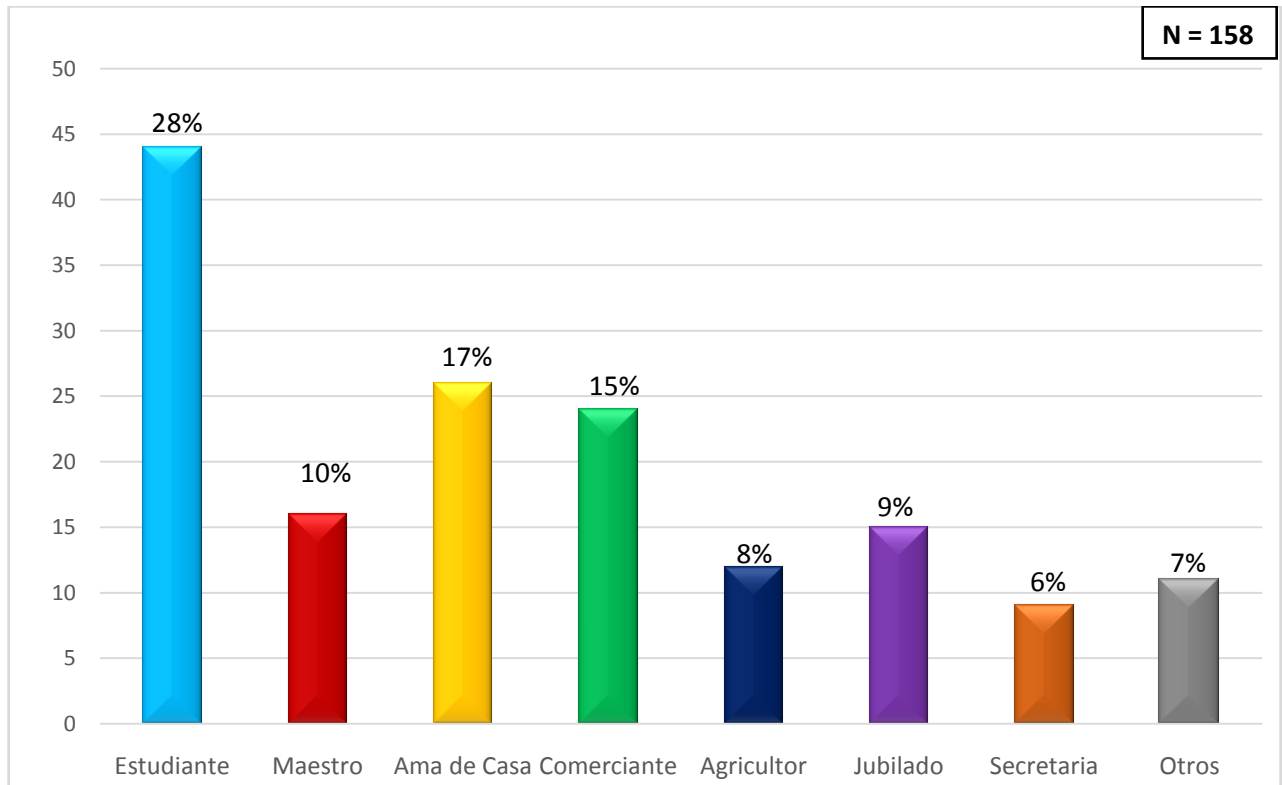
**GRÁFICA 8. Distribución según la religión que practican los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

En relación a la religión que profesan, según el análisis se tiene que un 57% (85) de los pacientes con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión, son católicos, el 30% (46) son evangélicos y el 13%(19) no practican ninguna religión pero afirman creer en Dios.

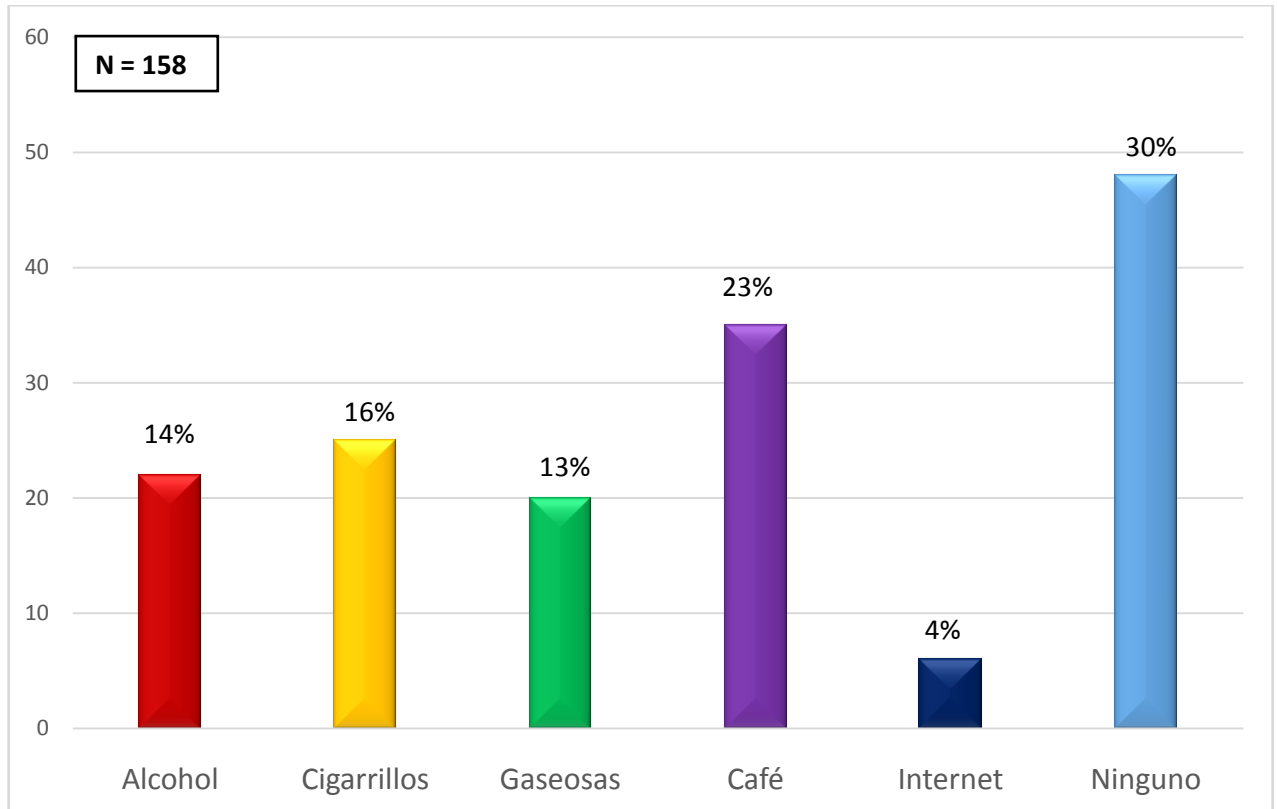
**GRÁFICA 9. Distribución según ocupación de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto del 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

Se puede observar que el 28% (45) de los pacientes que presentaron síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión son estudiantes, un 17% (26) son amas de casa, con un menor porcentaje se encuentran los comerciantes 15% (24) y los maestros con un 10% (16).

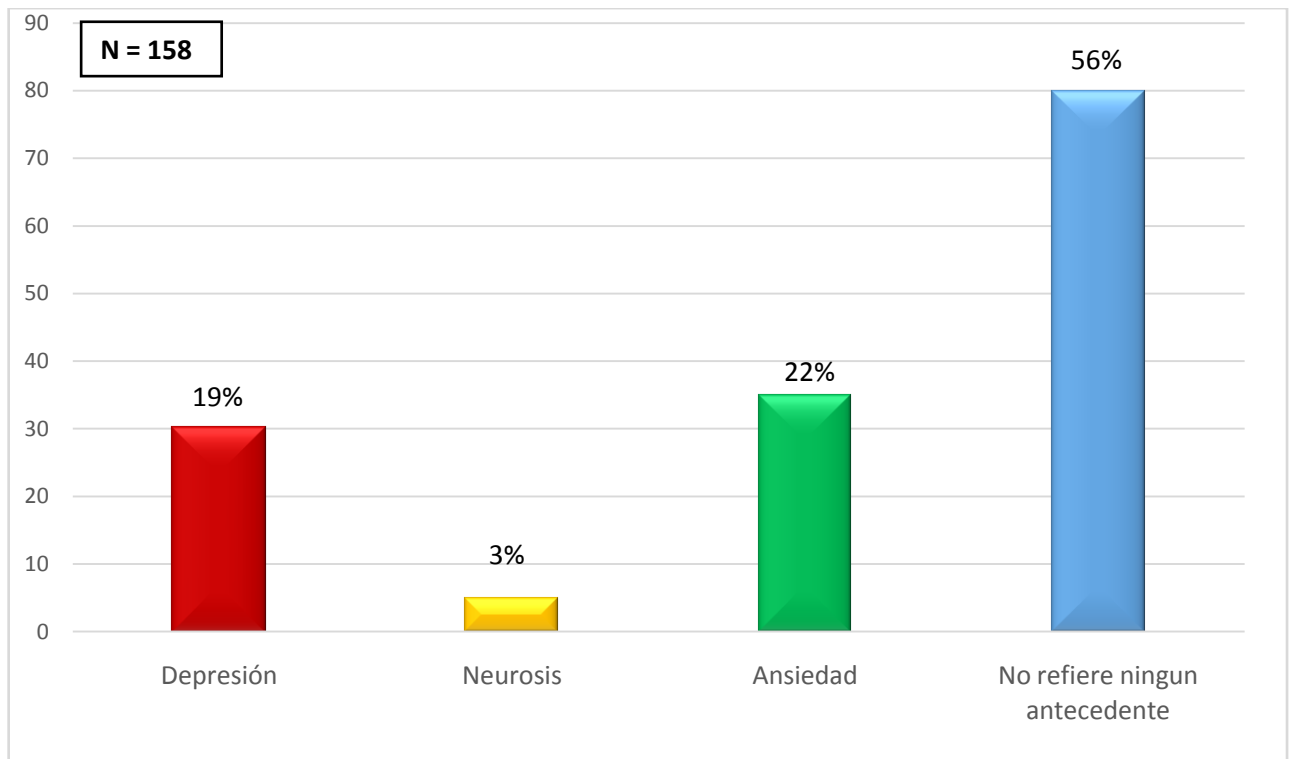
**GRÁFICA 10. Distribución de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck que presentan uno o más vicios, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

Se puede observar que de los 158 de los pacientes con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión refirieron vicios y predominan con mayor frecuencia el alcohol y cigarrillo con 14% (22) y 16% (25) respectivamente. Así mismo se observa el consumo de bebidas gaseosas y café con un 13% (20) y 23% (37) respectivamente y con un mayor porcentaje refirieron no tener ningún vicio con un 30% (48).

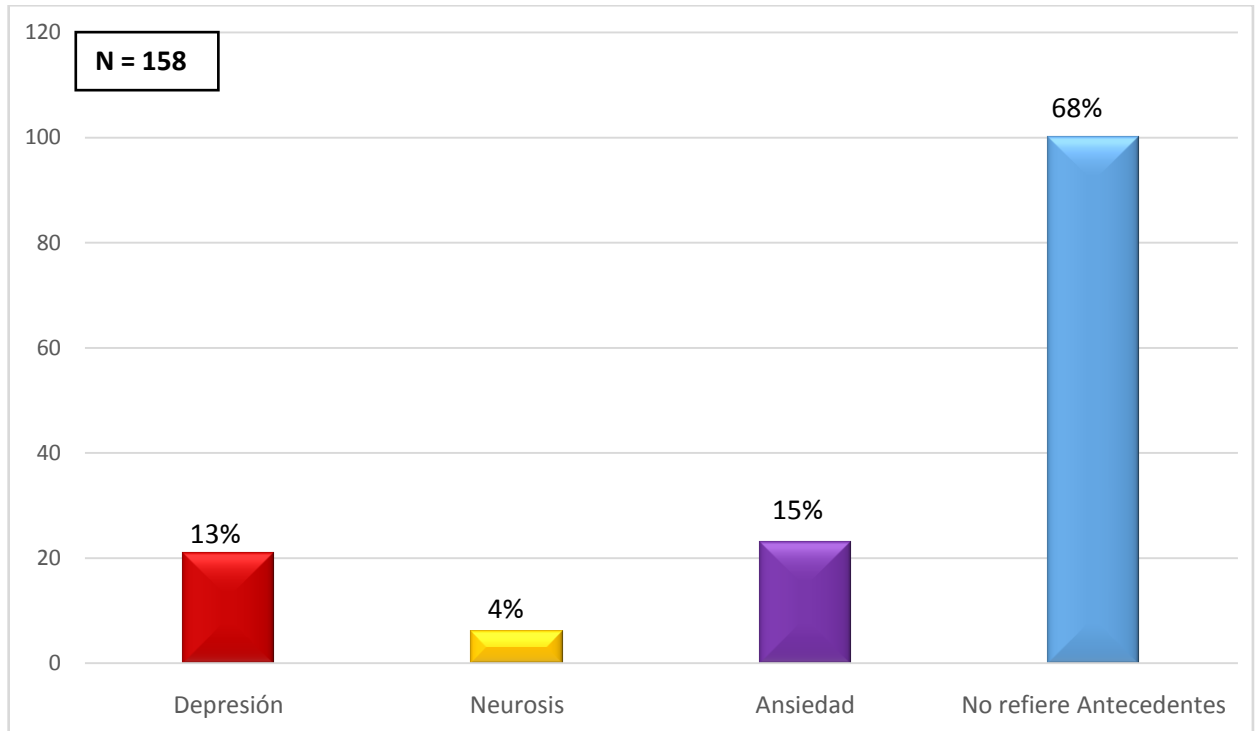
**GRÁFICA11. Distribución según los antecedentes personales de enfermedades mentales que refirieron los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

El 44% (70) de los pacientes que participaron en el estudio refirieron padecer de principalmente de ansiedad y depresión con un 22% (35) y 19% (30) respectivamente.

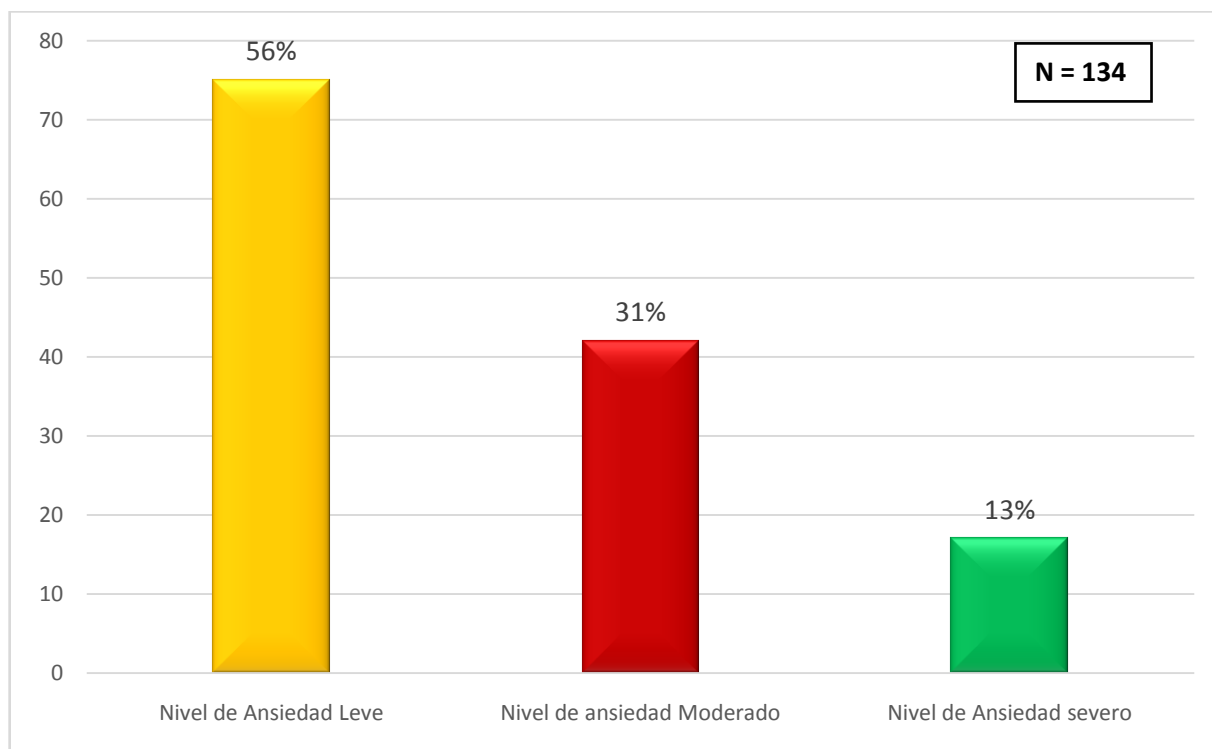
**GRÁFICA12. Distribución según los antecedentes familiares de enfermedades mentales que refirieron los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

Se observa que el 32% (50) de los pacientes refirieron antecedentes familiares de trastornos mentales principalmente depresión 13% (21) y ansiedad 15% (23). Es relevante que un 68% (108) de los pacientes reveló que no tienen antecedentes familiares de enfermedades mentales.

**GRÁFICA 13. Distribución de los pacientes con trastornos de ansiedad, identificados por el Inventario de ansiedad de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**

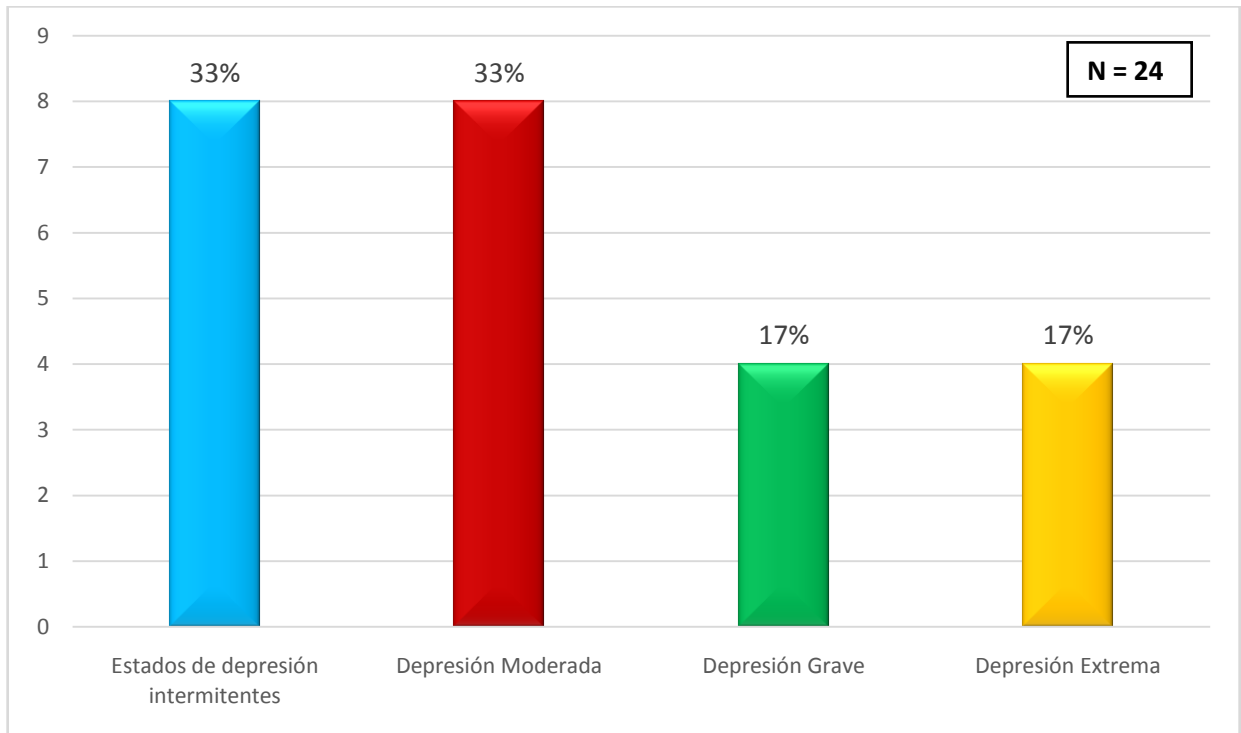


**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

De los 218 pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa se les dio un diagnóstico con trastorno de ansiedad a 134 pacientes por medio de una encuesta basada en el Inventario de Ansiedad de Beck encontrando principalmente con un 56% (75) de nivel leve de ansiedad. Es relevante que un 31% (42) de los pacientes presentan un nivel de ansiedad moderado y un 13% (17) un nivel severo de ansiedad, de los cuales se refirieron 36 casos a la clínica de psicología para darles seguimiento.



**GRAFICA 14. Distribución de los pacientes con trastornos de depresión, identificados por el Inventario de ansiedad de Beck atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio a agosto de 2014.**



**FUENTE:** Boleta de recolección de datos 2014.

Se observa que el 33% (8) de los pacientes a los que se les pasó el Test de Depresión de Beck presentaron estados de depresión intermitentes; principalmente se identificó que un 17% (4) presentaron depresión grave, en igualdad con depresión extrema con 17% (4).

## VII. ANALISIS DE RESULTADOS

El presente estudio ha permitido identificar las principales características de trastornos de ansiedad y depresión, identificados por los Inventarios de Beck que presentan los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa.

Según los resultados obtenidos de los 218 pacientes que participaron en el estudio, un total de 72% presentaron características clínicas tanto de ansiedad como depresión encontrándose principalmente donde el 47% presentaron un nivel de ansiedad leve, el 26% un nivel de ansiedad moderada, el 11% un nivel de ansiedad severo; de estos, el 5% presentaron depresión moderada y un 3% presentaron depresión grave de los cuales se refirieron 23% casos a la clínica de psicología para darles seguimiento. El 67% son del sexo femenino, con respecto al 33% del sexo masculino. Siendo el grupo etario más afectado de 13-25 años.

Lo cual comparado con las estadísticas del estudio realizado en Lima Perú en el 2002 al personal financiero de una empresa, donde por medio de auditoría se tomó una muestra de manera aleatoria de 30 sujetos a los cuales se les aplicó el inventario de Beck, donde el 80% de los trabajadores presentaron ansiedad, se observan que los resultados presentan una tendencia mayor.

El 26% de los pacientes presentan un nivel de ansiedad moderado, y el 10% presentan síntomas de depresión lo que implica que ellos deben recibir atención especializada; ya que al no recibir un tratamiento adecuado esto puede repercutir de forma desfavorable en su vida.

De igual manera si comparamos los resultados del estudio actual con el realizado a pacientes que consultaron a la emergencia de Medicina Interna en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt en el año 2009, se determina una similitud en los pacientes de sexo femenino y grupo etario de 13 a 25 años, que padecen de

trastorno de ansiedad en nivel moderado en su mayoría. Esto se explica a que los pacientes que consultan un servicio de emergencia son una población susceptible a padecer dichos problemas debido a las exigencias psicológicas y sociales que esto conlleva y al no tener un tratamiento temprano y adecuado puede sufrir un fuerte impacto negativo en la vida de los pacientes tanto estudiantes, amas de casa, comerciantes, la familia y la sociedad en general.

Cabe mencionar que al igual que en los estudios realizados a nivel mundial, las características socio demográficas de los pacientes presentan el mismo patrón debido a que los síntomas se encuentran en jóvenes, casados de etnia ladina, que practican una religión y se encuentran concentrados principalmente en los rangos etarios de 13 a 25 años, edad que corresponde al período final de la adolescencia e inicio de la juventud que representa cambios hormonales, físicos, donde existe inestabilidad emocional y espiritual que puede favorecer la existencia de características clínicas de trastornos de ansiedad y/o depresión.

El género femenino predomina en padecer síntomas con un 67% debido a que las mujeres tienden a exteriorizar más las emociones que los hombres, esto también está relacionado con los datos de somatizaciones y las actitudes de fingir y exagerar los síntomas encontrados en los test de ansiedad y depresión de Beck. Es importante resaltar que el 32% de los pacientes con características clínicas de ansiedad y/o depresión refieren tener familiares con trastornos mentales, lo cual puede estar relacionado a que el desarrollo de síntomas tempranos tenga una base hereditaria.

En los resultados obtenidos se puede observar prácticas inadecuadas como el abuso de sustancias como alcohol en un 14%, cigarrillo en un 16%, que suelen producir efectos placenteros momentáneos produciendo graves alteraciones en el sistema nervioso central y conductuales; así mismo la carga extra de estrés que se demostró en los pacientes que tienen que trabajar ya sea para su subsistencia y mantener una familia.

Hábitos inadecuados como la dependencia del consumo de bebidas alcohólicas, gaseosas y café, falta de una rutina de ejercicio y deporte dentro de su estilo de vida, lo que conlleva que en conjunto los aspectos negativos y el estilo de vida sedentario, asociado a las demandas y exigencias de la familia, estudios y el mismo trabajo provocan el desarrollo de síntomas de trastornos de ansiedad y en algunos casos depresión afectando así el desempeño y el rendimiento de las personas.

## VIII. CONCLUSIONES

1. Según los Inventarios de ansiedad y depresión de Beck, de 218 pacientes estudiados, los cuales fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa donde el 27% (60) se reportan como normales y el 72% (158) presentaron características clínicas de ansiedad y/o depresión, de estos el 47% (75) presentó un nivel de ansiedad leve, el 26% (42) un nivel de ansiedad moderada, 11% (17) un nivel de ansiedad severo; así mismo el 5% (8) presentaron estados intermitentes de depresión, 5% (8) depresión moderada, 3%(4) depresión grave y 3%(4) con depresión extrema. De los cuales se refirieron el 23% (36) a la clínica de psicología del mismo centro asistencial para el seguimiento de los pacientes.
2. Según la procedencia, la mayor cantidad de pacientes con características clínicas de trastornos de ansiedad y depresión proviene del departamento de Zacapa con 47% (75) de los casos, así mismo predomina el grupo etario de 13 y 25 años con un 47% (75), de los cuales el 67% (106) son del sexo femenino y el 87% (137) practica una religión.
3. De acuerdo a las ocupaciones, el 28% (45) de los pacientes son estudiantes, el 39%(61) poseen un trabajo fijo, seguido de 17%(26) de los cuales realizan oficios domésticos y 6% (9) corresponden a pacientes jubilados. El 32% (50) de los pacientes con características con síntomas de trastornos de ansiedad y depresión “refirieron tener antecedentes familiares” con trastornos mentales principalmente depresión 13% (21), ansiedad 15% (23) y neurosis 4% (6).
4. Según la severidad encontrada el 72% (158) de los pacientes que presentaron síntomas de trastornos de ansiedad y depresión con puntuaciones altas en los test son categorizados como síntomas severos y representan el grado de malestar actual y un 28% (60) entran en la categoría de síntomas normales para la dimensión afectada.

## **IX. RECOMENDACIONES**

- 1.** Socializar los resultados con las autoridades del Hospital Regional de Zacapa y de las diferentes universidades donde se imparta la carrera de psicología, dando a conocer así la problemática del caso.
- 2.** Motivar a las autoridades de la carrera de Médico y Cirujano que gestione la existencia de la práctica hospitalaria en el área de salud mental.
- 3.** Motivar a las autoridades del Hospital Regional de Zacapa que gestione una rotación de estudiantes de psicología para hacer turnos en el área de emergencia, creando una clínica de atención permanente para poder atender y minimizar y fomentar estilos de vida saludables en los casos de ansiedad y/o depresión.
- 4.** Proponer la utilización de los diferentes test diagnósticos para que sea objeto de investigación sobre procesos epidemiológicos en los hospitales por los estudiantes de 5to año de medicina en la rotación de salud mental.

## **X. PROPUESTA**

### **Fase 1.**

Hacer un taller de socialización teniendo como objetivo lo siguiente:

1. Dar a conocer los resultados del presente estudio y dejar constancia que hay una problemática.
2. Iniciar un proceso de negociación entre las autoridades del Hospital Regional de Zacapa y de las diferentes universidades donde se imparta la carrera de psicología.
3. Incluir EPS de Psicología en el área de emergencia del Hospital Regional de Zacapa.

### **Fase 2.**

En espera de que la gestión se cumpla:

1. Distribución de un trifoliar sobre los doce pasos a seguir para evitar ansiedad y/o depresión entre personal médico de emergencia y estudiantes de 5to. Año de medicina en la rotación de salud mental.
2. Implementar la línea basal sobre las principales características clínicas de trastornos de ansiedad y/o depresión.

### **Fase 3.**

Realizar una manta vinílica, y colocarla en el servicio de emergencia en un área estratégica para crear conciencia al personal médico sobre dicha problemática.

**FASE 2**

**LINEA BASAL SOBRE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS CLINICAS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN**



**APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS DIAGNÓSTICAS**

**PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EMERGENCIA**

**ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE MEDICINA EN LA ROTACIÓN DE SALUD MENTAL PROMOCIONEN Y DEN CHARLAS SOBRE:**



**SALUD MENTAL**

**AUTOESTIMA**

**PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES**



**DEPORTES**

**MÚSICA Y POESIA**



**BUSCA A DIOS**



**PLAN EDUCACIONAL AL PACIENTE: OCUPA TU MENTE!**

**DIAGNÓSTICO**

**ORIENTACIÓN Y AYUDA PSICOLÓGICA**

**NO MEJORA CUADRO CLÍNICO**

**TERAPIA Y ATENCIÓN POR PSIQUIATRA**



10. Distráigase en su tiempo libre y dedíquese a usted.



11. Vivir el presente.



12. Evite problemas y momentos estresantes.



LO QUE NO RESUELVES  
EN TU MENTE, TU CUERPO  
LO CONVIERTE EN ENFERMEDAD

La salud mental en un  
derecho de todos y todas.

Ley Nacional No. 26657



## 12 CONSEJOS PRÁCTICOS PARA EVITAR LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN



Evita que estos trastornos  
controlen tu vida.

Te sugerimos varias  
actividades para disfrutar  
de un estilo de vida  
saludable.

**1. Practica deportes y realizar ejercicios periódicamente.**



**2. Organizar su tiempo, tomar las cosas con calma, hacer una cosa a la vez.**



**3. Comunicar emociones es una forma que nos ayuda a expresarnos, y será un desahogo para su cuerpo y mente.**



**4. Escribe sobre ti en un cuaderno, te ayudara a conocer mas sobre tu personalidad.**



**5. Come sanamente, aumentando el consumo de frutas y verduras; y evita la comida chatarra, bebidas carbonatadas, y cafeína.**



**6. Practica la risoterapia ayuda a enfrentar los problemas.**



**7. Mantener mente ocupada con actividades y pensamientos agradables contribuye a superar la ansiedad y depresión.**



**8. Evita el consumo de cigarrillos y otras drogas.**



**9. Comparte con tu familia y amigos.**



### FASE 3



**NO ES DNV  
PUEDE SER ANSIEDAD O DEPRESIÓN..!**

*Sindy Ipiña*



## XI. BIBLIOGRAFIAS

1. Alvarado, BA. 2013. Detección temprana de síntomas de trastornos mentales en estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente durante el periodo de febrero a agosto de 2013. Tesis MC. Chiquimula, GT, USAC, CUNORI. 54p.
2. Cova Luna, F. 2009. Crisis de Ansiedad en el Hospital Pedro de Betancourt de la Carrera de Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala durante el periodo de febrero a julio de 2009. Tesis MC. Guatemala, GT, USAC. 56p.
3. Galli Silva, E. 2002. Aplicación de la entrevista neuropsiquiátrica internacional-MINI como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (en línea). Revista Médica Heredia 13 (1):19-25. Disponible en: <http://www.scielo.org.pdf>.
4. Halgin, RP; Krauss, SW. 2006. Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicas. México, Editorial McGraw-Hill. 640 p.
5. HRZ (Hospital Regional de Zacapa, GT). 2014. Causas de morbilidad general. Zacapa, GT, Departamento de Estadística. 3 p.
6. Ibor Aliño, JJ; Valdés Miyar, M. 2002. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona, ES, Editorial Masson. 1,049 p.

7. Linn, L. 2012. Día mundial de la salud mental (en línea). Estados Unidos de Américas, OMS. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/index.php>.
8. Palencia, FD; Peñate, FO; Rosado, EA. 2010. Sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina: estudio descriptivo realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el período comprendido entre octubre, noviembre y diciembre 2009- enero, febrero 2010. Tesis MC. Guatemala, USAC. 65 p.
9. Perales, A. 2003. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas (en línea). Anales de la Facultad de Medicina. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu. estudio\\_comp.htm](http://sisbib.unmsm.edu. estudio_comp.htm).
10. Van Riller, J. 2000. Miedos y angustias. Madrid, ES, Gaja ediciones. p. 7-89.



## **XII. ANEXOS**



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI**  
**CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO**



**Trabajo de graduación: “Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa”**

**Características Socio demográficas de los pacientes:**

No. Boleta	Sexo		Edad	Procedencia			Teléfono
	Femenino	Masculino					
Grupo Étnico		Escolaridad					
Indígena	No Indígena	Analfabeta	Primaria	Básico	Diversificado	Universitario	
Estado Civil			Ocupación		Religión		
Soltero	Casado	Unido	Divorciado	Viudo			
Vicios			¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades?				
Alcohol	Cigarrillos	Otros: ¿cuál?	Depresión	Neurosis	Ansiedad	Otros: ¿cuál?	
¿Algún miembro de su familia padece alguna de las siguientes enfermedades?							
Depresión		Neurosis		Ansiedad		Otros: ¿cuál?	

Observaciones:

A continuación se le presenta una lista de 21 preguntas de los síntomas más frecuentes que tiene la gente. Lea cada una y marque una X en la casilla correspondiente, pensando con honestidad en cómo se sintió o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante los últimos días.

### Inventario de Ansiedad de Beck

**0.** En absoluto

**1.** Levemente, no me molestó mucho

**2.** Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

**3.** Severamente, casi no podía soportarlo

No.		0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor en las piernas				
4	Incapacidad para relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareos				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física				
9	Terrores				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblor de manos				
13	Temblores generalizados o estremecimiento				



14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Sobresaltos				
18	Molestias digestivas o abdominales				
19	Palidez				
20	Rubor Facial				
21	Sudoración (no debida al calor)				

Si su puntuación es igual o mayor a 18 es aconsejable que consulte con un especialista en Salud Mental (Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una evaluación diagnóstica ya que puede estar padeciendo un Trastorno de Ansiedad

PUNTUACIÓN: \_\_\_\_\_

- 0 a 7 .....nivel mínimo de ansiedad
- 8 a 15 .....nivel de ansiedad leve
- 16 a 25.....nivel de ansiedad moderado
- 26 a 63.....nivel de ansiedad severa.

## Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

**8)**

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

**9)**

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

**10)**

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

**11)**

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

**12)**

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

**13)**

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

**14)**

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

**15)**

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

**16)**

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

**17)**

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**18)**

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

**19)**

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

**20)**

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

**21)**

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck: Puntuación Nivel de depresión

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

## CONSENTIMIENTO

El objetivo de este estudio es evaluar las características de los trastornos de ansiedad y/o depresión que presenta el paciente atendido en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, para un diagnóstico temprano y ayudarlo (a) lo mejor posible, si es que usted estuviera de acuerdo.

Le agradecería responder a las preguntas cuyas respuestas serán absolutamente confidenciales.

Estoy de acuerdo a que se me aplique el cuestionario.

Zacapa.....de.....de 2014

-----

Firma o huella del paciente