

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



DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

ROSA ANGÉLICA ORDÓÑEZ GALEANO

CHIQUMULA, GUATEMALA, NOVIEMBRE 2020

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 scholar, seated and holding a book. The figure is surrounded by various symbols, including a lion, a castle, and a cross. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADEMIA COCAQUILA" is inscribed around the perimeter of the seal. The word "PLUS" is visible on a banner held by the central figure.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Estudio descriptivo transversal sobre nivel de depresión y ansiedad según inventario de Beck en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente CUNORI, en el período de marzo-abril del año 2020.

ROSA ANGÉLICA ORDÓÑEZ GALEANO

CHIQUMULA, GUATEMALA, NOVIEMBRE 2020

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

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Concejo Directivo

Por

ROSA ANGÉLICA ORDÓÑEZ GALEANO

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, NOVIEMBRE 2020

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



RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Estudiantes:	A.T. Estefany Rosibel Cerna Aceituno
Representante de Estudiantes:	PEM. Elder Alberto Masters Cerritos
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	M. A. Edwin Rolando Rivera Roque
Coordinador de Carrera:	M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

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

Chiquimula, mayo de 2020

Señores:
Miembros Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Chiquimula, Ciudad.

Respetables señores:

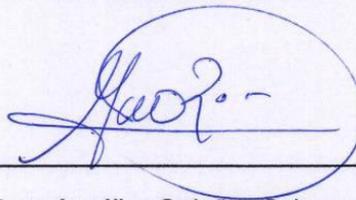
En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado "**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**".

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(F)



Rosa Angélica Ordoñez Galeano
200743770

Chiquimula, mayo de 2020

Señor Director
Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Maestra de Educación Primaria Urbana, Rosa Angélica Ordóñez Galeano con carné No. 200743770 en el trabajo de graduación titulado "**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea determinar la presencia de depresión y ansiedad según Inventario de Beck en estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, en el período de marzo-abril del año 2020. Por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el examen general público, previo a optar el título de Médico y Cirujano, en el grado académico de Licenciada.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dra. Anabella Julián Leal
M. A. Psiquiatra
Médica y Cirujana
Col. 13630

Dra. Edna Anabella Julián Leal
Psiquiatra
Asesora
Col. No. 13,630

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



Chiquimula, 05 de Junio del 2020
Ref. MYC-05-2020

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante **ROSA ANGÉLICA ORDOÑEZ GALEANO** identificada con el número de carné 200743770 quien ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación denominado "**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**" realizado en estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI, el estudio fue asesorado por el Dra. Edna Anabella Julián Leal, Psiquiatra, Colegiado 13,630 quien avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Publico previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

"Id y Enseñad a Todos"

Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Presidente Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación
Carrera de Médico y Cirujano-CUNORI

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/ Archivo-mdo.

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



Chiquimula, 01 de junio del 2020
Ref. MYC-070-2020

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante **ROSA ANGÉLICA ORDOÑEZ GALEANO** identificada con el número de carné 200743770 quien ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación denominado "**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**" realizado en estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI, el estudio fue asesorado por Dra. Edna Anabella Julián Leal, Psiquiatra, colegiado 13,030 quien avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

"Id y Enseñad a Todos"


MSc. Ronaldo Retana Albanés
Maestría en Ginecología y Obstetricia
MSc. Ronaldo Armando Retana Albanés
-Coordinador-
Carrera de Médico y Cirujano-CUNORI

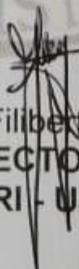
Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/ Archivo-mdo.

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 ROSA ANGÉLICA ORDOÑEZ GALEANO titulado “DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA”, 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 treinta de junio de dos mil veinte.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
DIRECTOR
CUNORI - USAC

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS FAMILIARES

A MIS CATEDRÁTICOS

A MIS AMIGOS

A MIS MADRINAS DE GRADUACIÓN

AL COORDINADOR DE LA CARRERA Y DESTACADO CATEDRÁTICO

M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés

A LOS REVISORES Y DESTACADOS CATEDRÁTICOS

M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

Ph.D. Rory René Vides Alonzo

M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

A MI ASESORA

Dra. Edna Anabella Julián Leal

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE –CUNORI-

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Quien me predestinó desde antes de la fundación del mundo, me guio y tomó de su mano derecha durante todo este camino, me fortaleció en cada momento, me dotó de sabiduría, susurrándome al oído siempre que me esforzara, que fuera valiente, que no temiera ni desmayara, porque Él estaría conmigo donde quiera que yo fuera.

A MIS PADRES: Dr. Edgar Roberto Ordóñez Mancilla (QEPD) por heredarme la pasión por la medicina, por ser un ejemplo de excelencia académica, por siempre apoyarme en este sueño, que hoy se hace realidad, y aunque hoy no esté aquí, estoy segura que estaría muy orgulloso de mi. A mi madre Teresa de Jesús Galeano Bennett, por creer en mí, por estar siempre a mi lado echándome porras con un “usted puede hija”, por desvelarse y madrugar conmigo, por su incondicional amor, mami este triunfo es de ambas, lo logramos.

A MIS HERMANOS: Edgar, Fernando y Martín por apoyarme en todo y alentarme siempre a seguir, a mi hermana Mariela por ser pieza fundamental en mi vida, por cuidarme y consentirme tanto, por hacerme más fácil el camino con tus sabios consejos, por estar allí para mí siempre.

A MI FAMILIA: A mi abuelito Dr. Rafael Ordoñez, el primero de muchos médicos en la familia, a mi abuelita Ella Mancilla, quien nos heredó la bendita esperanza del regreso de Jesús, siendo una segunda madre para nosotros, dándonos todo sin escatimar, por amarnos tanto. A mis Tíos y Tías, primos, primas, suegros, cuñados y sobrinos, por el cariño y apoyo en todo momento.

A MI ESPOSO E HIJA: Francis Medrano, por ser mi compañero de vida y de batallas, porque, aunque la vida nos ha llevado por caminos muy duros, siempre me ha recordado que Dios tiene un propósito para nosotros, que Él nos unió y es el centro de nuestro hogar. A mi hija Ela, que, aunque su estancia en este mundo fue muy corta, vino a darle sentido a mi vida, nunca había sido tan feliz, nunca había amado tanto y nunca había extrañado tanto.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS: Por ser mi familia por elección, a ustedes que me han visto perdida, encontrada, loca, cabizbaja, alegre, con lágrimas, enferma, en la derrota, en la victoria, en la pobreza, en la abundancia, en el día más importante, en la noche más oscura, y milagrosamente siguen allí, parados a mi lado, sin decir nada, siendo ángeles de corazón gigante, gracias Iris, Sonia, Less, Mily, Mell, Mildred, Leslie. A los que tuve la dicha de encontrar en la carrera, Flor de María mi amiga del alma a quien quiero tanto, Cesia Jemima, Karla Jimena, Ricky, Rosario, Elisa, Mercy, Bevys, Iris, Astrid, Lucía, Charlie, Dulce, Delia, Elder, Laura, Eva, Karen, Hugo, Kristal, a personas especiales Bessie, Saúl, que Dios puso en mi camino y se convirtieron en pedacitos de mi corazón, también a Karen Lucía, Ing. Sosa, Lubia y Wendy Barrios por las porras y el apoyo incondicional.

A MI ASESORA DE TESIS: Dra. Edna Anabella Julián Leal, excelente profesional y gran amiga, por brindarme su apoyo y guía en este proceso de cierre de esta etapa profesional.

A MIS CATEDRÁTICOS: Por su dedicación, paciencia y compromiso para formarme como profesional, por enseñarme a ser mejor persona, y a tratar a cada paciente como si fuera un familiar.

A LA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA Y AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE: Por ser mi segundo hogar, por permitirme pasar por sus aulas y brindarme todo lo necesario para lograr esta meta.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Introducción	i
I. Planteamiento del problema	1
1.1 Antecedentes del problema	
1.2 Hallazgos y estudios realizados	5
1.3 Definición del problema	8
II. Delimitación del estudio	9
2.1 Delimitación teórica	9
2.2 Delimitación geográfica	9
2.3 Delimitación institucional	9
2.4 Delimitación temporal	10
III. Objetivos	11
IV. Justificación	12
V. Marco teórico	13
Capítulo I:	13
5.1 Trastornos depresivos	13
5.1.1 Generalidades y definiciones	13
5.1.2 Tipos de trastornos depresivos	13
5.1.2.1 Trastorno depresivo mayor	13
5.1.2.2 Trastorno depresivo persistente (Distimia)	14
5.1.2.3 Trastorno depresivo inducido por una sustancia	14
5.1.2.4 Trastorno depresivo debido a otra afección médica	15
5.1.2.4 Otro trastorno depresivo no especificado	15
Capítulo II	16
5.2 Trastornos de ansiedad	16
5.2.1 Generalidades y definiciones	16
5.2.2 Tipos de trastornos de ansiedad	16
5.2.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada	16

5.2.2.2 Trastorno de pánico	17
5.2.2.3 Agorafobia	17
5.2.2.4 Trastorno de ansiedad no especificado	18
Capítulo III	19
5.3.1 Inventario de Beck para depresión	19
5.3.2 Inventario de Beck para ansiedad	20
VI. Diseño metodológico	23
6.1 Tipo de estudio	23
6.2 Área de estudio	23
6.3 Universo y muestra	23
6.4 Sujeto u objeto de estudio	24
6.5 Criterios de inclusión	24
6.6 Criterios de exclusión	24
6.7 Variables estudiadas	25
6.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
6.9 Procedimientos para recolección de información	26
6.10 Plan de análisis	26
6.11 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	27
6.12 Cronograma	28
6.13 Recursos	29
VII Presentación de resultados	30
VIII Análisis de resultados	41
IX Conclusiones	44
X Recomendaciones	45
XI Referencias bibliográficas	46
XII Anexos	53

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA		PÁGINA
1	Distribución de depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, en el período de marzo-abril de 2020.	30
2	Distribución según nivel de ansiedad en base al inventario de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, en el período de marzo - abril de 2020.	31
3	Distribución según nivel de depresión en base al inventario de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, en el período de marzo - abril de 2020.	32
4	Distribución según nivel de Depresión más Ansiedad en base al inventario de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, en el período de marzo - abril del año 2020.	33
5	Distribución según grado académico de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo - abril de 2020.	34

- 6** Distribución de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con antecedentes familiares de depresión y/o ansiedad en el período de marzo-abril del año 2020 35
- 7** Distribución según grupo etario de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo-abril de 2020. 36
- 8** Distribución según sexo de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo-abril del año 2020. 37
- 9** Distribución según estado civil de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo - abril de 2020. 38
- 10** Distribución según procedencia de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según inventario de Beck en el período de marzo – abril de 2020. 39
- 11** Distribución según antecedente de tabaquismo, alcoholismo y repitencia en estudiantes de la

Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo - abril de 2020.

40

ÍNDICE DE TABLAS

1. Distribución de estudiantes para la muestra.	24
2. Recursos Financieros	29

ÍNDICE DE CUADROS

1. Cronograma: Gráfica de Gant.	28
---------------------------------	----

RESUMEN

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Rosa A. Ordoñez¹, Dra. Edna A. Julián², Dr. Ronaldo A. Retana³, Dr. Edwin D. Mazariegos⁴, M.A. Rory R. Vides⁴, M.Sc. Carlos I. Arriola⁴, M.Sc. Christian E. Sosa⁴.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca "El Zapotillo", Zona 5, Chiquimula. Tel. 78730300 (Ext. 1027)

Introducción: La depresión y la ansiedad son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en el mundo, que podría andar en un rango tan bajo como el 5%, y en uno tan alto como el 50%. En el contexto del proceso enseñanza-aprendizaje, la salud mental puede determinar en buena medida el desempeño académico y social de los estudiantes. **Objetivo:** Determinar la presencia de depresión y ansiedad en estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI). **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal sobre nivel de depresión y ansiedad según Inventario de Beck en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente CUNORI, en el período de marzo-abril del año 2020. Utilizando una muestra de 359 estudiantes, recolectando la información a través de la boleta de recolección de datos autoaplicada. **Resultados y discusión:** Se estableció que de acuerdo al inventario de Beck predominó la ansiedad leve con un 68% (13) y la depresión leve con un 66%. (29). En los estudiantes que cursaban con depresión más ansiedad predominó la ansiedad severa con un 41% (119) y la depresión moderada con un 57% (165), encontrándose la mayoría de los estudiantes entre los 16-20 años con un 58%. En la investigación se observó que el sexo predominante fue el femenino con 65%. Entre los estudiantes un 10% (36) refirieron tener familiares en primer grado de consanguinidad con diagnóstico de ansiedad y depresión, un 14% (49) refirió tener familiares con diagnóstico de ansiedad y un 11% (41) familiares con diagnóstico de depresión. El 11% de los encuestados admitieron ser fumadores y el 31% refirió consumir con frecuencia bebidas alcohólicas. Evidenciando que el 58% de los estudiantes repitió al menos un grado académico.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, estudiantes, Inventario de Beck.

¹ investigador ²Asesor de tesis ³Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI⁴Revisores de tesis

INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en el mundo y varían de acuerdo a las poblaciones o regiones geográficas entre 5 y 50%. (Osada *et al.* 2010).

Estas condiciones representan una carga social y económica al repercutir de manera importante en la calidad de vida de las personas afectadas y en su entorno laboral y social. Debido a esto, se considera a éstas como un tema de salud pública emergente y desde hace algunos años se han empezado a generar políticas de salud para abordar dichos problemas.

La ansiedad y la depresión son síndromes relacionados, considerándose que tienen un origen común y que cualquiera de ellas puede predisponer a la otra. Es importante entonces describir la presencia de ambas sintomatologías de forma individual y conjunta, y evaluar cómo se afectan entre sí (Osada *et al.* 2010).

El estado de ánimo influye en la forma de expresión de la personalidad, donde el neurotismo (inestabilidad emocional) alude a un nivel típico de ajuste emocional del individuo. Entre sus diferentes manifestaciones están la ansiedad, depresión y la hostilidad. La psiquiatría al igual que otras muchas disciplinas busca respuestas para intervenir en el proceso educativo, por ello la importancia del estudio de las características psicológicas individuales de los estudiantes con ansiedad y depresión.

La depresión justifica por sí misma su estudio, ya que es uno de los problemas psicológicos que con mayor frecuencia se encuentran en la sociedad actual, a lo que no son ajenos los universitarios ya que tienen que lidiar con las exigencias sociales, familiares y con el estrés académico (Aguirre *et al.* 2011).

Se realizó un estudio descriptivo transversal, a través del Inventario de Beck, diagnosticando depresión y ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina del Centro Universitario de Oriente e identificando los factores sociodemográficos. Tomando como muestra a 359 estudiantes cursantes de primer a sexto año, durante el ciclo académico 2020

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de realizar una contribución a la comunidad. La salud mental es parte integral y esencial de la salud; de hecho, la OMS señala que no hay salud sin salud mental, refiere que los trastornos mentales representan 5 de las 10 principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años. Asimismo, de acuerdo con el proyecto Global Burden Disease de la OMS, se señala a la depresión como la principal causa de discapacidad a nivel mundial, con claro predominio en el sexo femenino y con un claro aumento en la adolescencia, siendo los trastornos más frecuentes la depresión y la ansiedad (Ortiz, 2016).

La depresión y ansiedad son problemas que trascienden socialmente, no solo por su incidencia numérica, sino también porque estos trastornos alteran en gran manera el papel bio-psico-social de quienes los experimentan (Barradas *et al.* 2015).

1.1.1 Depresión. Caballo E. y Simón, M (2001), sostiene que la depresión es un problema psicológico complejo cuyas características principales son: por un lado un estado de ánimo irritable y/o disfórico y por otro falta de motivación y disminución de la conducta adaptativa (Barradas *et al.* 2015).

Casal G y Sierra J. (2004), se refieren a la depresión como la reacción a un acontecimiento psicosocial negativo, como expresión de malestar o insatisfacción general, manifestada en una alteración del estado de ánimo que va mucho más allá de las habituales variaciones del mismo y se observa con frecuencia en el contexto de una enfermedad física o de otros cuadros psicopatológicos (Barradas *et al.* 2015).

La OMS (2008) indicó que la depresión se convertiría en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades

isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. Por este motivo, desde los distintos estamentos sanitarios se está potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurre el siglo XXI (Barradas *et al.* 2015).

1.1.2 Ansiedad. La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo, que constituye una reacción adaptativa, ante una situación de tensión peligro o amenaza. Sin embargo cuando la reacción es excesiva, carece de eficacia adaptativa y se convierte en patológica (Palencia *et al.* 2010).

Frecuentemente acompaña a una gran gama de los trastornos psicológicos y psicosomáticos de la clasificación nosológica y es una de las principales causas de asistencia a los servicios de salud mental (Barradas *et al.* 2015).

La depresión y la ansiedad son patologías frecuentes en la clínica y según la OMS, entre 3 al 5 % de la población mundial sufre enfermedad depresiva, y el 12 a 15 % padecen ansiedad.

Relacionando la ansiedad con la depresión se puede decir que se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente asociadas. La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad se asocia a la depresión (Borrego *et al.* 2009).

1.1.3 Trastorno mixto ansioso depresivo. Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad. Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población

general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos (Fernández *et al.* 2012).

1.1.4 Estudiantes de medicina. El hecho de ingresar a la universidad es una fuente que puede generar experiencias de ansiedad; las clases suelen ser impartidas con metodologías diferentes, ambiente formal, siendo los exámenes el factor que genera más ansiedad en los estudiantes. En muchos casos los jóvenes universitarios provienen de distintos lugares y presentan diferencias socioeconómicas, de personalidad, de raza, credo religioso, afiliación política; lo cual podría influir. En general, diferente idiosincrasia y patrones culturales, se unen en un aula de clase para recibir una misma información y con los cuales deberán compartir muchas experiencias, lo que convierte a la vida universitaria, para muchos en atractiva, excitante y para otros, en complicada.

Lo más significativo, por así llamarlo, es mantenerse habilitado por la exigencia que lleva consigo seguir alcanzando niveles más altos de competitividad y excelencia académica dentro de la misma carrera, es decir, ciclo tras ciclo las exigencias son mayores, así como los gastos en la adquisición de materiales propios de la carrera profesional, lo cual incrementa el nivel de ansiedad en los estudiantes. Es propicio mencionar a los alumnos que han desaprobado materias (primera, segunda o tercera matrícula). Cuantas más veces repiten la materia, la ansiedad incrementa, pues puede haber la posibilidad de ser expulsados de la carrera profesional (Borrego *et al.* 2009).

La salud mental en el ámbito médico se mantiene cuando los individuos pueden desempeñar de manera idónea sus capacidades personales y profesionales en condiciones adecuadas de bienestar psíquico y social. Estos requisitos cobran especial atención en el medio académico, pues éste como ninguno estimula la transmisión y perpetuación de actitudes, las cuales posteriormente van a tener impacto en la comunidad (Vásquez y Ríos, 2009).

Los estudiantes de medicina se encuentran expuestos a presiones y demandas académicas, las cuales repercuten en su rendimiento, salud física y bienestar psicosocial. Altos niveles de estrés pueden conducir a abuso de alcohol, drogas,

dificultades en las relaciones interpersonales, depresión y ansiedad en esta población (Vásquez y Ríos, 2009).

1.1.5 Inventario de Beck. El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. A veces, se da la circunstancia de que la persona elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se toma la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad (Sanz J. et al 2005).

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.

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 (Sanz J. et al 2005).

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

1.2 Hallazgos y estudios realizados

Se realizó un estudio descriptivo - correlacional sobre relación de la ansiedad y depresión sobre el rendimiento académico en estudiantes de medicina humana, en la escuela de medicina de la universidad privada Antenor Orrego de Trujillo, Perú. Se tomó como muestra 323 alumnos del curso de Morfofisiología 1, período 2015 – II y se midió la ansiedad y depresión con las correspondientes escalas de Hamilton y se clasificó el rendimiento académico en base a la clasificación de Reyes Murillo.

Como resultados hubo un nivel medio de rendimiento académico bajo con predominio del sexo femenino. La prevalencia fue de 42.1% en el caso de ansiedad y 24.8% en el caso de depresión; en ambos casos encontró un predominio en el grupo de mujeres. Asimismo se encontró que, a mayor grado de ansiedad y depresión, menor rendimiento académico presentaron los alumnos (Ortiz, 2016).

Se realizó un estudio transversal sobre prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas, tomando como muestra a 71 estudiantes de especialidades médicas adscritos durante el ciclo académico 2009-2010 al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de los servicios de salud de Nayarit, México. Se incluyeron médicos residentes de todos los grados académicos de las especialidades de anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina integrada, medicina interna y pediatría. Se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de Beck para la determinación la ansiedad y la depresión respectivamente.

Además se aplicó una encuesta en donde se especificaban los datos de identificación de los participantes en el estudio y se investigaron las variables género, edad, especialidad y grado académico. Se encontró que la prevalencia de la ansiedad y la depresión en los residentes médicos fue de 59.1 y 32.3% respectivamente, las cuales son mayores a la de la población en general. Además el 29.6% de los estudiantes presentó ambos trastornos del estado de ánimo. La ansiedad leve y moderada se presentó en el 52.1 y 7.0% de los residentes en estudio y la depresión leve, moderada y severa fue del 23.9, 5.6 y 2.8% respectivamente, lo que es coincidente con la mayoría de los reportes

sobre ello tanto en población abierta como en médicos residentes, en donde la frecuencia se va reduciendo de acuerdo a la severidad de los trastornos. La ansiedad en hombres y mujeres fue del 48.5 y 68.4% y los valores de depresión fueron 27.2 y 36.9% para cada género, lo que corrobora lo encontrado en otros estudios en donde se ha encontrado a las mujeres con una mayor prevalencia en ambos casos (Aguirre *et al.* 2011).

En Guatemala se realizó un estudio descriptivo sobre sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas de la universidad de san Carlos de Guatemala en el periodo octubre, noviembre y diciembre 2009 – enero, febrero 2010. Se aplicó los test de Hamilton para ansiedad y de Zung para depresión a una muestra de 362 estudiantes voluntarios distribuidos porcentualmente en las tres fases académico administrativas de grado. Se encontró 8.5 % de ansiedad y 6.6 % de depresión, de los cuales 4.4% es en hombres y 4.1% en mujeres, 50% menores de 25 años (Palencia *et al.* 2010).

En el Centro Universitario de Oriente (CUNORI) se realizó el estudio descriptivo transversal sobre caracterización de trastornos de ansiedad y depresión identificados por los inventarios de Beck en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de julio-agosto 2014. Se tomó como muestra 218 pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa. Concluyendo 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 (Ipiña, 2014).

Posteriormente en el Centro Universitario de Oriente, se realizó el estudio descriptivo de corte transversal sobre búsqueda de trastornos emocionales con el test de Beck para ansiedad y depresión en pacientes que sospechan tener patología cardíaca, que consultaron a Cardiocentro en la cabecera departamental de Chiquimula, en el período de septiembre 2015 a junio 2016. Se realizó el test de Beck para ansiedad y depresión a los pacientes, quienes no fueron diagnosticados con patología cardíaca de ningún tipo, previa

evaluación y realización de exámenes por médico especialista y al obtener resultado normal del mismo.

Según los Inventarios para ansiedad y depresión de Beck, de los 158 pacientes estudiados, el 100 % presentaron características de trastornos emocionales. De los 158 pacientes estudiados, el 100% no presentó cardiopatía de ningún tipo, confirmado por electrocardiograma, ecocardiografía y prueba de esfuerzo. Del 100 % de los pacientes con ansiedad, 62% presentó ansiedad grave, el 24% ansiedad moderada, el 11% ansiedad leve y con el 3% ansiedad mínima. Del total de pacientes con depresión, el 56% tuvieron depresión mínima, con depresión leve un 23% depresión moderada un 11% y depresión grave el 10%. 60 % de las personas que consultaron con manifestaciones clínicas de sospecha de problema cardíaco estaban comprendidos entre las edades de 15 y 45 años de edad, siendo una población joven en la mayoría de los casos, predominando el sexo femenino con un 58% (Quiroa, 2016).

Se llevó a cabo el estudio descriptivo transversal sobre la caracterización de los trastornos de ansiedad y depresión, que presentaban los estudiantes de Medicina del Centro Universitario de Oriente, durante los meses de Junio a Diciembre del año 2016. Se tomó una muestra de 64 estudiantes de Cuarto año de la Carrera de Medicina y se midió la ansiedad y depresión según los correspondientes inventarios de Beck, el grupo de estudio estuvo comprendido entre los 20-27 años de edad, siendo 30 del sexo masculino y 34 del sexo femenino. Como resultado, de los 64 estudiantes, el 82% presentó Ansiedad (36% masculinos y 46% femeninas), el 41% solo Ansiedad (25% masculinos y 16% femeninas), y el 41% Depresión más Ansiedad (11% masculinos y 30% femeninas).

Destaca en el estudio que el 100% de estudiantes con Depresión tenían Ansiedad asociada. Se evidenció que la gran mayoría 23 (77%) masculinos y 30 (88%) femeninas reportaron haber repetido años académicos en la carrera de Medicina. Encontrando antecedentes familiares de Depresión o Ansiedad en 21 de 64 estudiantes (Mazariegos, 2016).

1.3 Definición del problema

El objetivo de la facultad de medicina es de formar profesionales que tengan el mayor y más alto grado de conocimiento, para desempeñar la profesión médica. Los estudiantes de medicina tienen una importante carga de estrés desde el comienzo de su formación y si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos lo resuelven en una forma adecuada (Palencia *et al.* 2010).

La psiquiatría al igual que otras muchas disciplinas busca respuestas para intervenir en el proceso educativo, por ello la importancia del estudio de las características psicológicas individuales con la ansiedad y depresión en los estudiantes. La causa de estos trastornos generalmente incluye una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales (Aguirre *et al.* 2011).

La depresión es uno de los problemas psicológicos que con mayor frecuencia se encuentran en la sociedad actual. Se ha concluido que cerca del 4% de la población sufre este trastorno, mientras que aproximadamente el 20% de los individuos que acuden a consulta médica tienen depresión, aunque no sea este el motivo de consulta. Ello deja claro que la ansiedad y depresión son los desórdenes clínicos más comunes de la población, a lo que no son ajenos los universitarios ya que tienen que lidiar con las exigencias sociales, familiares y con el estrés académico (Aguirre *et al.* 2011).

La ansiedad y la depresión se consideran dos de los desórdenes emocionales de mayor registro en los centros de salud, en población general. Así mismo dentro de la población universitaria, constituyen dos de los principales motivos de consulta atendidos a través de los servicios que presta la unidad de bienestar estudiantil universitaria (Palencia *et al.* 2010).

Es por todo lo descrito anteriormente y considerando la importancia del problema que fue necesario preguntarse ¿Cuál es nivel de depresión y ansiedad en estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, durante los meses de marzo-abril del año 2020?.

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

2.1 Delimitación teórica

El presente estudio tiene un fundamento teórico de carácter clínico epidemiológico, ya que buscaba identificar el nivel de depresión y ansiedad en estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI.

2.2 Delimitación geográfica

Chiquimula es uno de los 22 departamentos que componen la República de Guatemala. Está situado en la región nororiente del país, tiene una extensión territorial de 2,376 kilómetros cuadrados. Tiene 11 municipios y su cabecera departamental es Chiquimula (municipio). Colinda al norte con Zacapa, al este con Honduras, al sur con la República del Salvador y el departamento de Jutiapa, al oeste con Jalapa y Zacapa. Chiquimula (municipio) está ubicada en el norte del departamento a 167 kilómetros de la Ciudad de Guatemala, su extensión territorial es de 372 kilómetros cuadrados. Predomina el español como idioma. (Diccionario Municipal de Guatemala, 2001).

2.3 Delimitación institucional

El Centro Universitario de Oriente (CUNORI), se funda en 1977 con sede en la ciudad de Chiquimula y con cobertura en la región conformada por los departamentos de El Progreso, Izabal, Zacapa, y Chiquimula. Es una unidad académica de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y tiene la misma categoría que las facultades o escuelas facultativas. Por tanto, no es extensión universitaria ni depende de ninguna facultad, aunque sí mantiene comunicación constante, y existen convenios de cooperación, a fin de mantener los mismos estándares de calidad, y en muchas ocasiones se realizan actividades conjuntas.

Actualmente, la carrera de médico y cirujano del CUNORI, es la carrera más grande en cuanto a población estudiantil se refiere, trabajando a lo largo de estos años en base de los pilares que rigen a la universidad de San Carlos

de Guatemala: calidad Académica, de investigación y de extensión y servicio. La carrera consta de 6 años, los horarios en los tres primeros años van desde las 8:00am a 4:00pm. En cuanto a los últimos 3 años, en cuarto y quinto, se realizan prácticas hospitalarias en las que los estudiantes se sujetan a los horarios propios de cada institución hospitalaria y la programación de los turnos, de acuerdo a las programaciones internas de cada departamento, en donde se trabaja por veinticuatro horas cada cuatro días. El último año de se divide en 2 etapas, son el Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S) Rural, que se realiza en aldeas de los municipios de Chiquimula y cabecera departamental; E.P.S Hospitalario, se realiza en los Hospitales de Chiquimula y de Zacapa. Los ciclos lectivos en los primeros años son de enero a octubre y en los años hospitalarios de enero a diciembre.

2.4 Delimitación temporal

El estudio se realizó durante los meses de marzo a abril del año 2020.

III. OBJETIVOS

3.1 General

Determinar la presencia de depresión y ansiedad según el inventario de Beck en estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, en el período de marzo-abril del año 2020.

3.2 Específicos

3.2.1 Describir los datos sociodemográficos de los estudiantes con ansiedad y depresión según: edad, sexo, estado civil, procedencia, grado académico, repitencia, alcoholismo, tabaquismo, antecedente familiar de patología psiquiátrica.

3.2.2 Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en el campo de estudio.

3.2.3 Establecer el nivel de ansiedad global y depresión en el grupo de estudio.

IV. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad (OMS, 2016).

Según la encuesta nacional de salud mental, elaborada por la Universidad de San Carlos de Guatemala en el 2010, uno de cada cuatro guatemaltecos mayores de 18 años ha padecido un trastorno mental en su vida (OPS, 2012).

La necesidad de salud mental se describe en diversas facultades de medicina del mundo. Algunos autores demandan de éstas mayor atención en el cuidado de la salud mental de sus estudiantes, muchos de los cuales encuentran la carrera médica muy estresante desde el inicio (Perales *et al.* 2003).

Debido a la asociación de síntomas de ansiedad y depresión con consecuencias tales como deserción de la facultad de medicina, bajo rendimiento académico, impacto en las capacidades de atención al paciente, entre otros, se considera que la identificación temprana de los individuos a riesgo es de suma importancia tanto a nivel de salud pública como en psiquiatría preventiva. Los estudios orientados a determinar prevalencia y factores asociados son una guía útil para este fin (Vásquez y Ríos, 2009).

Teniendo en cuenta la situación planteada previamente, y considerando la presencia de dichas patologías en la población chiquimulteca, evidenciada por los estudios realizados con anterioridad, surgió la necesidad de identificar el nivel de depresión y ansiedad en estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, durante los meses de marzo-abril del año 2020.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

5.1 TRASTORNOS DEPRESIVOS

5.1.1 Generalidades y definiciones

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares (OMS, 2018).

5.1.2 Tipos de trastornos depresivos

5.1.2.1 Trastorno depresivo mayor

Se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un período prácticamente continuado de 2 semanas. Los síntomas incluyen:

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- 3) Aumento o disminución de peso/apetito.
- 4) Insomnio o hipersomnio.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- 8) Problemas de concentración o toma de decisiones.
- 9) Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

El número mínimo de síntomas necesario es de cinco, y es relativamente arbitrario. Además se requiere que al menos uno de esos síntomas sea

necesariamente o bien un estado de ánimo triste, deprimido, o bien una pérdida de placer (anhedonia) con las cosas con las que se solía disfrutar. Pero no basta sólo la presencia de síntomas, sino que se requiere además que estos síntomas conlleven una marcada interferencia con la vida cotidiana (Martínez *et al.* 1995).

5.1.2.2 Trastorno depresivo persistente (Distimia)

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes. Durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

5.1.2.3 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Las características diagnósticas del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia.

5.1.2.4 Trastorno depresivo debido a otra afección médica

El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido/ o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica. Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico.

La etiología es la variable esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica. Existen asociaciones claras y algunos correlatos neuroanatómicos entre depresión e infarto cerebral, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y daño cerebral traumático. Entre las afecciones neuroendócrinas más estrechamente asociadas a la depresión se encuentran la enfermedad de Cushing y el hipotiroidismo.

5.1.2.5 Otro trastorno depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

CAPÍTULO II

5.2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

5.2.1 Generalidades y definiciones

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada.

5.2.2 Tipos de trastornos de ansiedad

5.2.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños sólo se requiere un síntoma adicional (Quiroa, 2016).

5.2.2.2 Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánicos inesperados y recurrentes, un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas:

1. Palpitaciones.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

5.2.2.3 Agorafobia

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones. El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes:

- 1) el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones,
- 2) encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes,
- 3) estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines,
- 4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud,
- 5) estar fuera de casa solo,

La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad a la situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia de la situación agorafóbica (Quiroa, 2016).

5.2.2.4 Trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

CAPÍTULO III

5.3.1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario para la Depresión de Beck, BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. En el ámbito profesional, baste señalar que los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los test entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce test más usados.

Asimismo, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión. También en España el BDI ha sido el instrumento más empleado para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos en los estudios realizados para validar distintas teorías e hipótesis psicológicas sobre la depresión (Sanz J. 1988).

Fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996.

El BDI es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos

semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 (Sanz J. et al 2012).

Si los valores están entre 0 y 9 puntos se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastantes normales y está por completo fuera de peligro. Entre 10 y 16, una leve perturbación de su estado de ánimo que posiblemente el psiquiatra tomará como poco preocupante. Entre 17 y 29 se supone que ha habido estados de depresión intermitentes, moderados. Entre 30 y 63, una depresión severa (Sanz J. et al 2012).

La versión española del BDI-II de Sanz, Navarro y Vázquez, cuyas propiedades psicométricas han sido examinadas tanto en muestras españolas de estudiantes universitarios y de adultos de la población general, como de pacientes con trastornos psicológicos, han obtenido en todos los casos índices de fiabilidad y validez adecuados (Sanz J. et al 2012).

El Inventario de Beck cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0,83 para muestra normal y 0,85 para muestra clínica, lo cual indica un alto índice de consistencia interna, como garantía psicométrica. (Agudelo-Vélez et al. 2009).

5.3.2 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

El BAI (Inventario de ansiedad de Beck) es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa. Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). En función de la respuesta dada por el individuo y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

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 BAI se construyó con la intención de disponer de una medida breve de ansiedad clínica que a su vez permitiera discriminar la ansiedad de la depresión; el BAI se desarrolló para abordar la necesidad de un instrumento que pudiera discriminar fiablemente la ansiedad de la depresión y, al mismo tiempo, mostrase validez convergente. La distinción psicométrica entre ansiedad y depresión ha sido desde los años 80 del siglo pasado una cuestión controvertida, ya que ambos constructos comparten muchos síntomas definitorios y esto hace que sea muy difícil su separación fiable mediante cuestionarios, escalas o inventarios y que estos tiendan a correlacionar de forma elevada ($> 0,50$). Tras analizar su contenido, el BAI cubre 13 de los 29 síntomas distintos que, según el DSM-IV, definen los trastornos de ansiedad primarios y no forman parte de los criterios sintomáticos de los trastornos depresivos. Es decir, los ítems del BAI reflejan el 44,8% de los síntomas específicos de la ansiedad clínica, el porcentaje de síntomas específicos de ansiedad que cubre el BAI parece más aceptable si se tiene en cuenta que: (1) sus ítems cubren el 78% de los síntomas que definen las crisis de angustia según el DSM-IV, lo cual es una característica importante para la evaluación de la ansiedad clínica ya que las crisis de angustia pueden aparecer en el contexto de todos los trastornos de ansiedad y (2) la evaluación de más síntomas de ansiedad supondría la inclusión de ítems adicionales y, por tanto, podría comprometer las ventajas prácticas de poseer un instrumento tan breve como el BAI (p. ej., para la evaluación continuada del progreso terapéutico de los pacientes es deseable contar con instrumentos de aplicación y corrección rápidas y fáciles) (Sanz J. et al 2012).

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 (Sanz J. et al 2012).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Descriptivo transversal

6.2 Área de estudio

Centro Universitario de Oriente CUNORI

6.3 Universo y muestra

- El universo estuvo compuesto por todos los estudiantes inscritos en la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, para el ciclo académico 2020.
- El tamaño de la muestra se determinó según la siguiente fórmula (Fisher y Navarro 1997).

$$n = \frac{(N) (Z^2) (p) (q)}{(d^2) (N - 1) + (Z^2) (p) (q)} = \frac{(895)(1.96^2)(0.5)(0.5)}{(0.04^2)(895-1) + (1.96^2)(0.5)(0.5)} = 359$$

n = Muestra igual a 359

N = Universo igual a 895

Z = Nivel de confianza 95%

p = Probabilidad de éxito 50%

q = Probabilidad de fracaso 50%

d = Precisión 4%

Se crearon grupos aleatorios estratificados proporcionales de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de estudiantes para la muestra.

Año	No. Estudiante	Proporción %	Total
Primero	360	40.22	144
Segundo	219	24.46	88
Tercero	95	10.61	38
Cuarto	96	10.72	39
Quinto	66	7.37	26
Sexto	59	6.59	24
Total	895	100	359

Fuente: Elaboración Propia

El total se obtuvo de multiplicar el número de estudiantes que componen la muestra por la proporción que cada año académico representa en el universo.

6.4 Sujeto u objeto de estudio

359 estudiantes universitarios inscritos en la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, para el ciclo académico 2020 cursantes de primer a sexto año.

6.5 Criterios de inclusión

- Estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala del Centro Universitario de Oriente inscritos en la Carrera de Médico y Cirujano en los años de primero a sexto, durante el ciclo académico 2020.

6.6 Criterios de exclusión

- Estudiantes que tuvieran algún trastorno psiquiátrico diagnosticado previamente.
- Estudiante que estuvieran en fase de duelo por la muerte de un ser querido.

6.7 Variables estudiadas:

- Depresión
- Ansiedad

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión 	Síndrome que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, y distorsión de los hábitos fundamentales de todo ser humano.	Inventario de Depresión de Beck. <ul style="list-style-type: none"> • No Depresión • Depresión Leve. • Depresión moderada. • Depresión severa. 	Cualitativa	Ordinal
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 	Síndrome que se caracteriza por un estado de ánimo ansioso, de temores, tensión, insomnio, con sintomatología somática y sensorial.	Inventario de Ansiedad de Beck. <ul style="list-style-type: none"> • No ansiedad. • Ansiedad leve. • Ansiedad moderada. • Ansiedad grave. 	Cualitativa	Ordinal

6.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una encuesta vía electrónica a los estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI inscritos en el ciclo 2020.

El instrumento se encontraba conformado por tres secciones. En la primera sección se encontraban los datos sociodemográficos del estudiante. En la segunda sección 21 ítems correspondientes al inventario de depresión de Beck, y en la tercera sección 21 ítems que correspondientes al inventario de ansiedad de Beck.

6.9 Procedimientos para la recolección de información

Se solicitó al coordinador de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, CUNORI la autorización correspondiente para realizar la investigación.

Se informó a los estudiantes sobre los fines de la investigación, indicándoles que los datos relacionados con su privacidad se manejarían de forma confidencial desde el momento que aceptaran libremente participar en el estudio.

Se recolectó la información por vía electrónica a través de una boleta de recolección de datos la cual fue autoaplicada, es decir, los estudiantes la contestaron individualmente. (Anexo 1)

6.10 Plan de análisis

Se procedió a realizar la tabulación de los datos recolectados. Haciendo un análisis descriptivo de los resultados obtenidos por el programa de Microsoft Excel 2013; Las variables se presentaron de acuerdo a distribuciones de frecuencias y se expresaron gráficamente. Los correspondientes inventarios de Beck para depresión y ansiedad se clasificaron de acuerdo a las siguientes puntuaciones:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

	NO DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA
PUNTOS	0-9	10-16	17-29	30-63

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

	NO ANSIEDAD	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD GRAVE
PUNTOS	0-7	8-15	16-25	26-63

6.11 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Se solicitó el consentimiento de los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron previamente informados del procedimiento a realizar y su finalidad. Los datos obtenidos se manejaron de forma anónima para garantizar la confidencialidad, se les indicó que los datos obtenidos se publicarán con fines científicos.

6.12 Cronograma: Gráfica de Gant

CUADRO 1.

Actividad													
	Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio						
Elección del tema		■											
Elaboración de anteproyecto			■										
Revisión del anteproyecto				■									
Presentación de anteproyecto					■								
Elaboración del protocolo						■							
Revisión del protocolo							■						
Recolección de datos								■					
Tabulación de datos									■				
Análisis e interpretación										■			
Presentación de informe final											■		

6.13 Recursos

6.13.1 Humanos

- Investigador
- Asesor de investigación
- Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación e Investigación (OCTIM)

6.13.2 Físicos

Materiales y suministros

- Internet
- Útiles de oficina

Mobiliario y equipo

- Computadora
- 1 impresora
- Tinta para impresora

6.13.2 Financieros

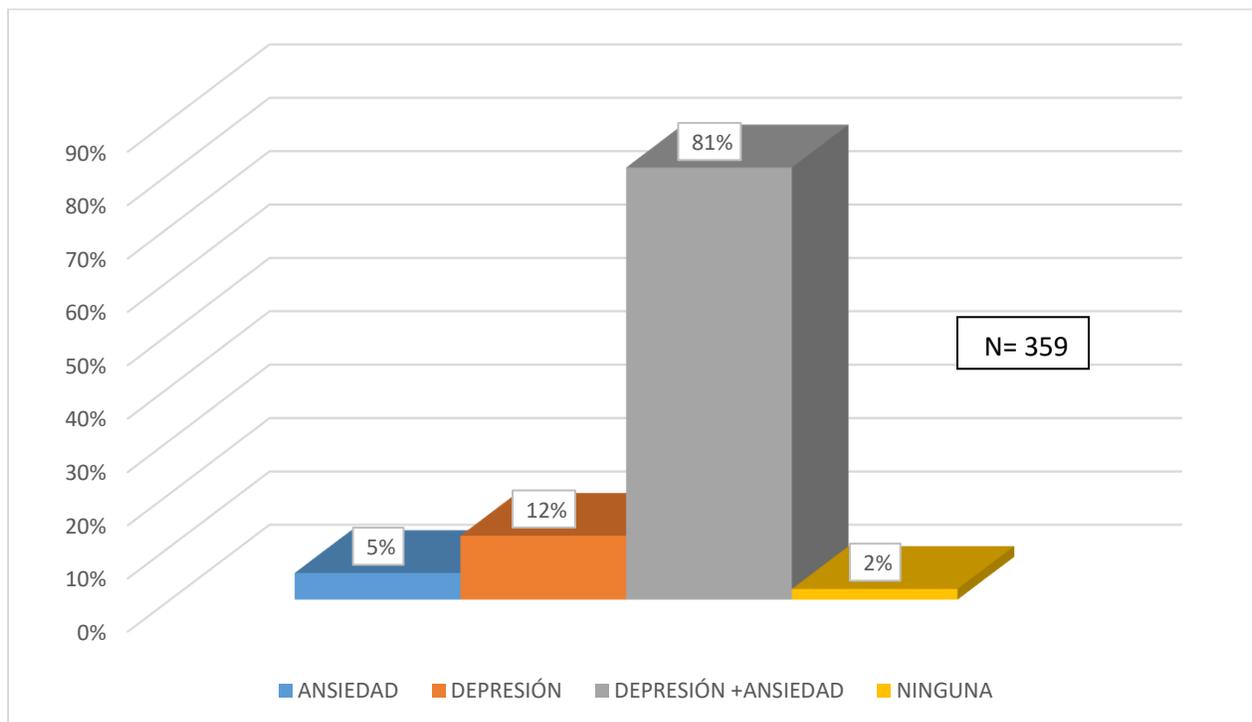
Tabla 2.

RECURSO	INVERSIÓN
1. Equipo de oficina	Q100.00
2. Servicio de internet	Q458.00
3. Transporte	Q550.00
Total	Q1,108.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1 Distribución de depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, en el período de marzo-abril de 2020.

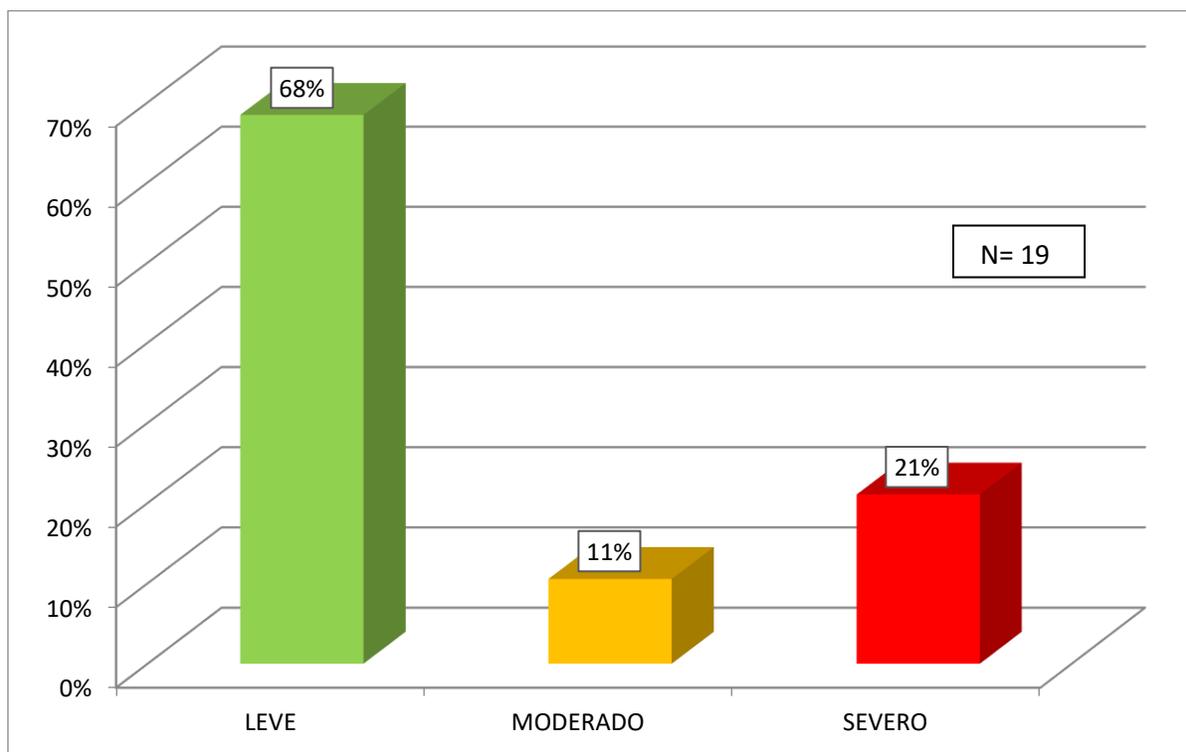
De los 359 estudiantes incluidos en el estudio 19 (5%) presentaron características clínicas de trastornos de ansiedad, 44 (12%) presentaron depresión, 290 (81%) estudiantes presentaron características de ansiedad más depresión y 6 (2%) estudiantes no presentan características clínicas de dichos trastornos.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.2. Distribución según nivel de ansiedad en base al inventario de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, en el período de marzo - abril de 2020.

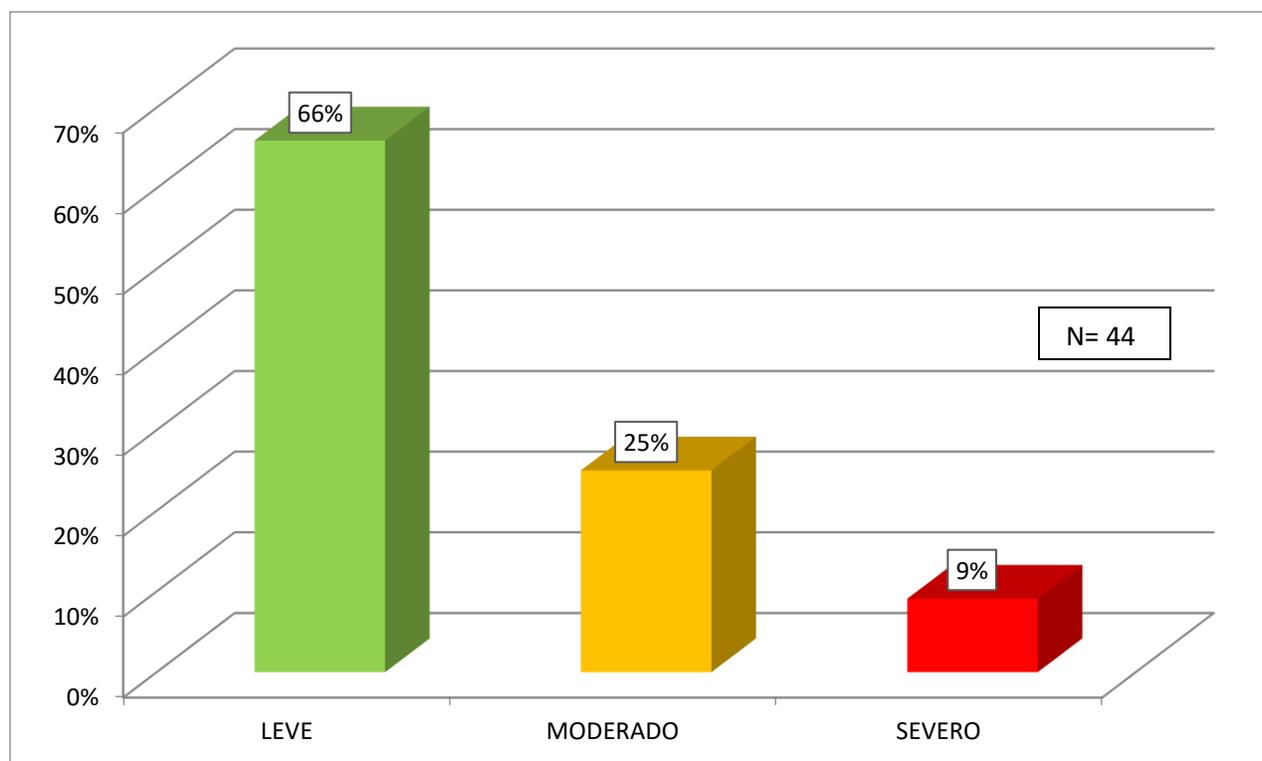
De los 19 estudiantes con Ansiedad según el Inventario de Beck, el 68% (13) presentaron ansiedad leve, el 11% (2) ansiedad moderada y el 21% (4) ansiedad severa.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.3 Distribución según nivel de depresión en base al inventario de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, en el período de marzo - abril de 2020.

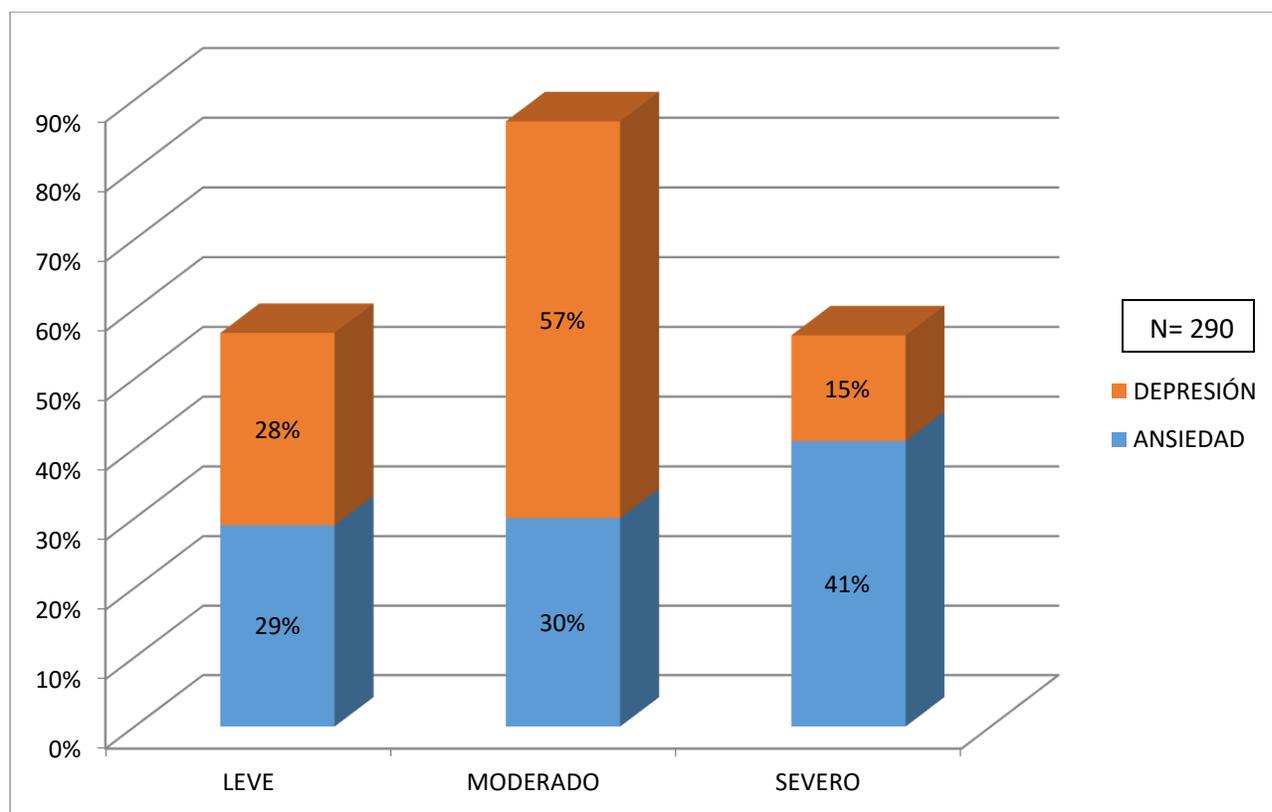
Según el Inventario de Beck, el 66% (29) presentaron depresión leve, el 25% (11) depresión moderada y el 9% (4) depresión severa.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.4 Distribución según nivel de Depresión más Ansiedad en base al inventario de Beck, en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente CUNORI, en el período de marzo - abril del año 2020.

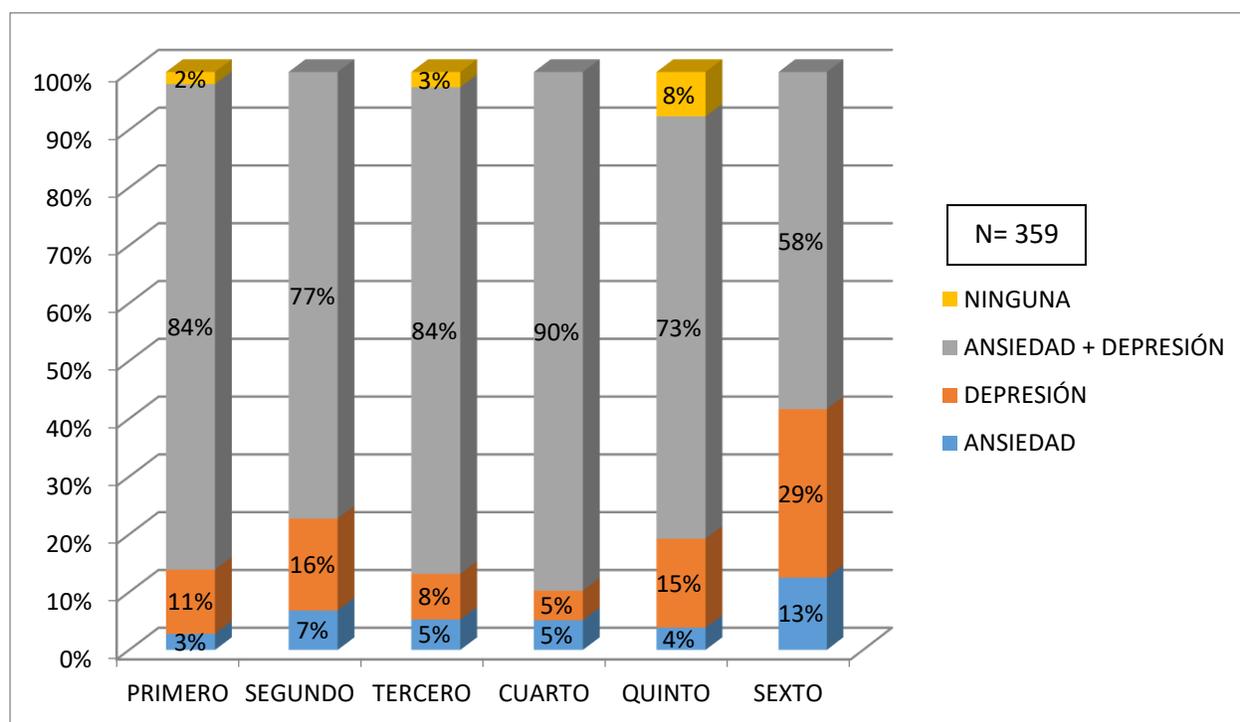
De acuerdo a la gráfica el 28% (81) de los estudiantes presentaron depresión leve y un 29% (84) ansiedad leve; el 57% (165) presentó depresión moderada y un 30% (87) ansiedad moderada; el 15% (44) presentó depresión severa y un 41% (119) ansiedad severa.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.5. Distribución según grado académico de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo - abril de 2020.

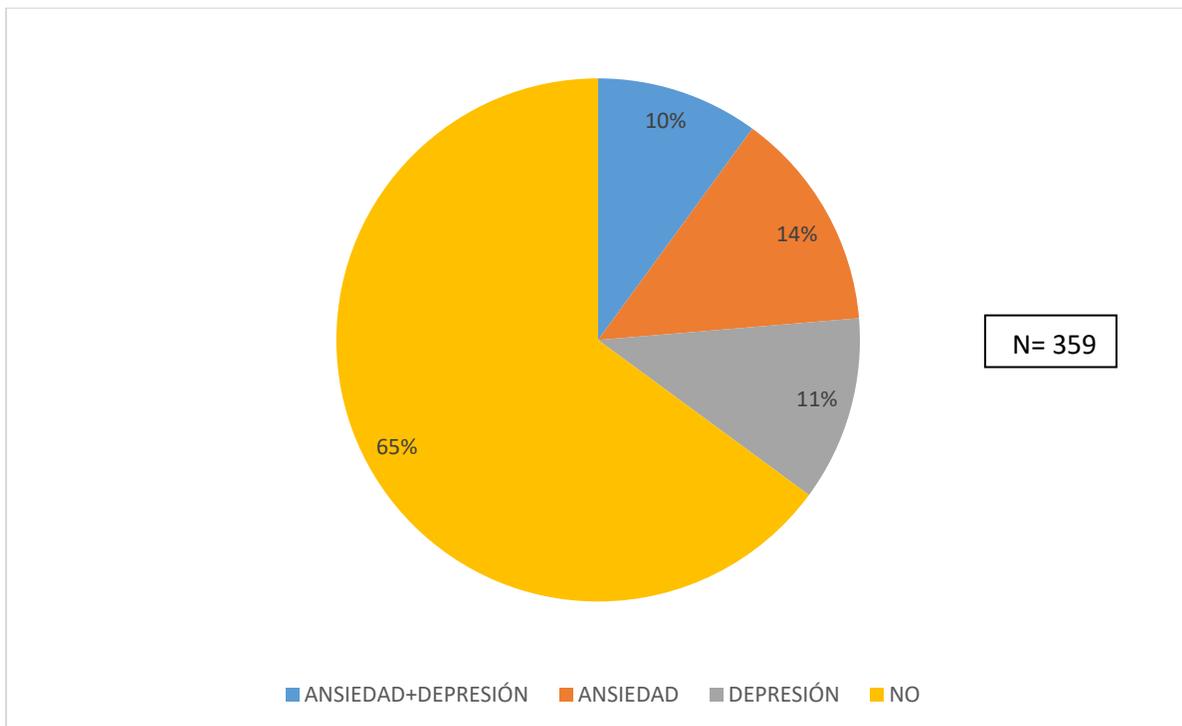
Se observa que en el primer año de la carrera de médico y cirujano el 3% (4) de los estudiantes presentaron ansiedad, un 11% (16) depresión, un 84% (121) ansiedad más depresión y un 2% (3) ninguna de estas patologías. En segundo año el 7%(6) ansiedad, un 16% (14) depresión y un 77% (68) ansiedad más depresión. En tercer año el 5% (2) ansiedad, 8% (3) depresión, 84% (32) ansiedad más depresión y un 3% (1) ninguna de estas patologías. En cuarto año el 5% (2) de los estudiantes presentaron ansiedad, un 5% (2) depresión, 90% (35) ansiedad más depresión. En quinto año el 4% (1) ansiedad, un 15% (4) depresión, 73% (19) ansiedad más depresión y un 8% (2) ninguna. En sexto año de la carrera el 13% (3) ansiedad, 29% (7) depresión y un 58% (14) ansiedad más depresión.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.6 Distribución de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con antecedentes familiares de depresión y/o ansiedad en el período de marzo-abril del año 2020.

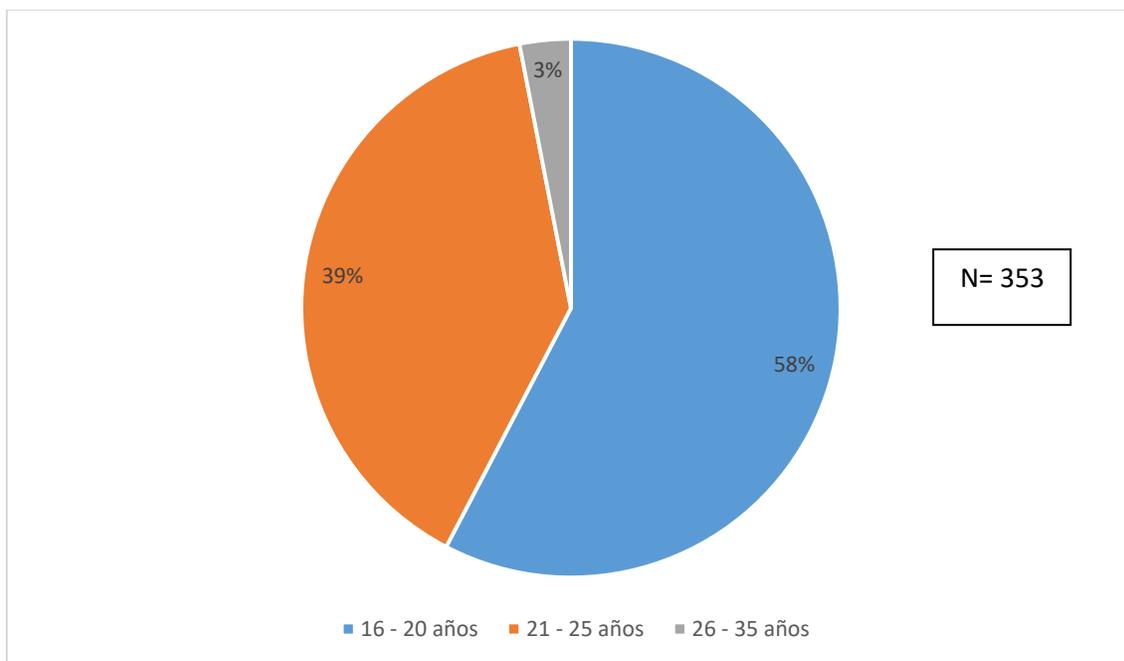
De acuerdo a la gráfica el 35% (126) de los estudiantes refirieron tener antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad (padre, madre, hermano, hijo). 41 (11%) estudiantes refirieron tener antecedente de depresión, 49 (14%) de ansiedad y 36 (10%) antecedentes de ambas patologías.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7. 7 Distribución según grupo etario de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo-abril de 2020.

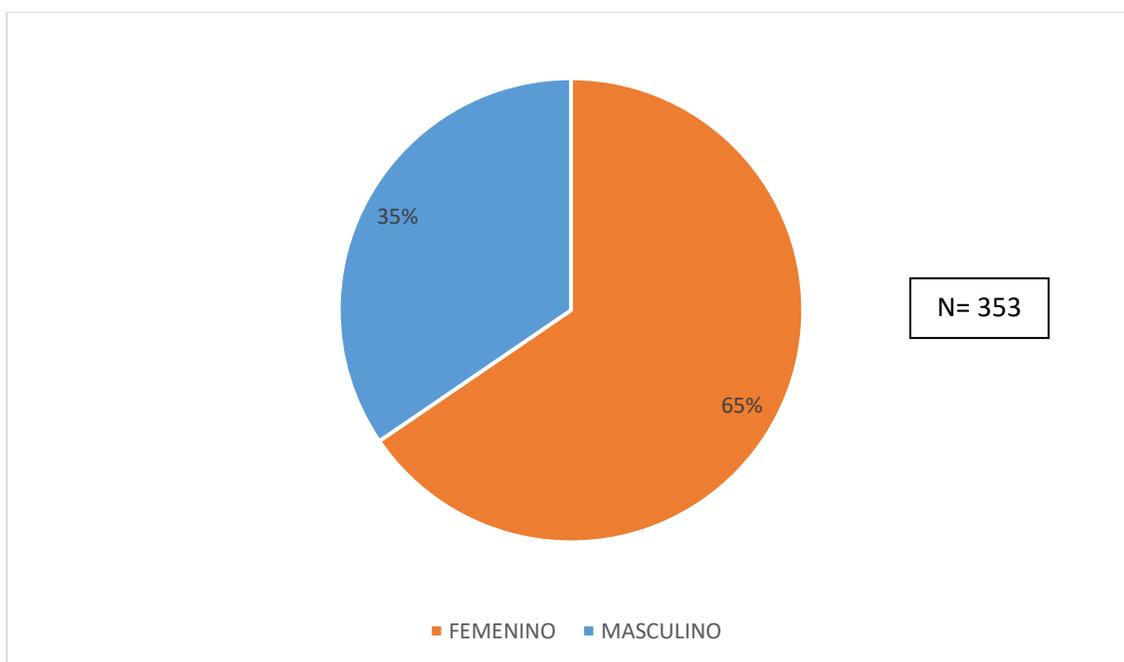
Se observa que los casos de los estudiantes con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión se encuentran concentrados de forma predominante en los rangos etarios de 16-20 años con un 58% correspondiente a 204 estudiantes, seguido de un 39% (141) en el rango etario de 21-25 años y un 3% (11) en edades de 26-35 años.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.8 Distribución según sexo de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo-abril del año 2020.

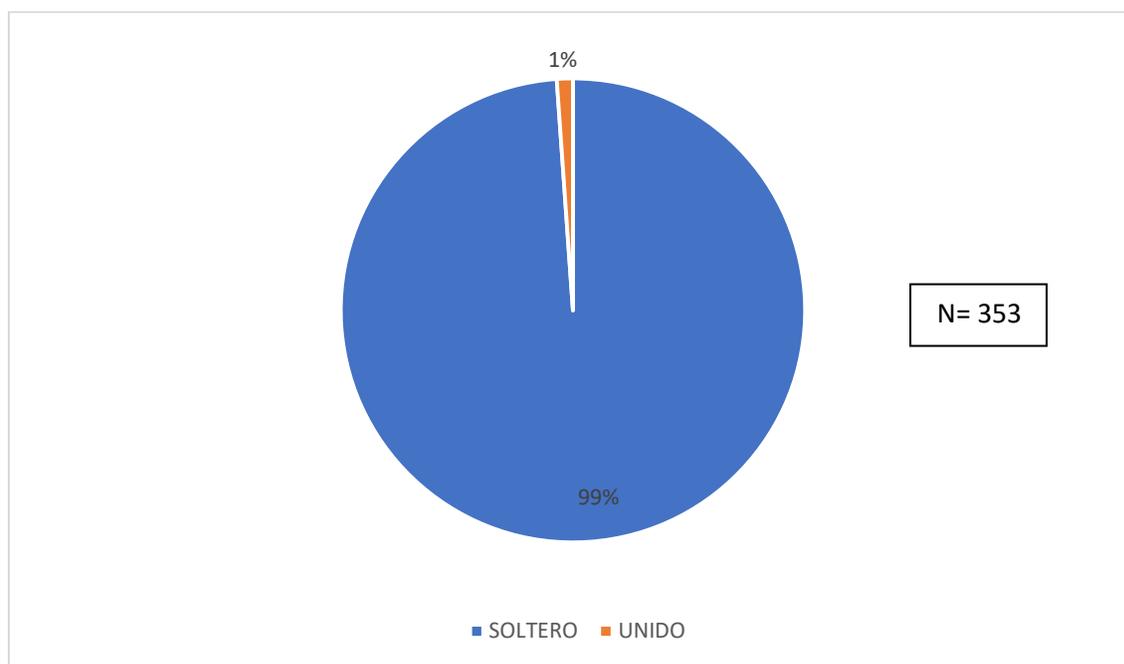
El sexo que más predomina con síntomas de trastornos de ansiedad y/o depresión corresponde al sexo femenino con un 65% correspondiente a 229 estudiantes, con respecto al 35% (124) del sexo masculino.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.9 Distribución según estado civil de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo - abril de 2020.

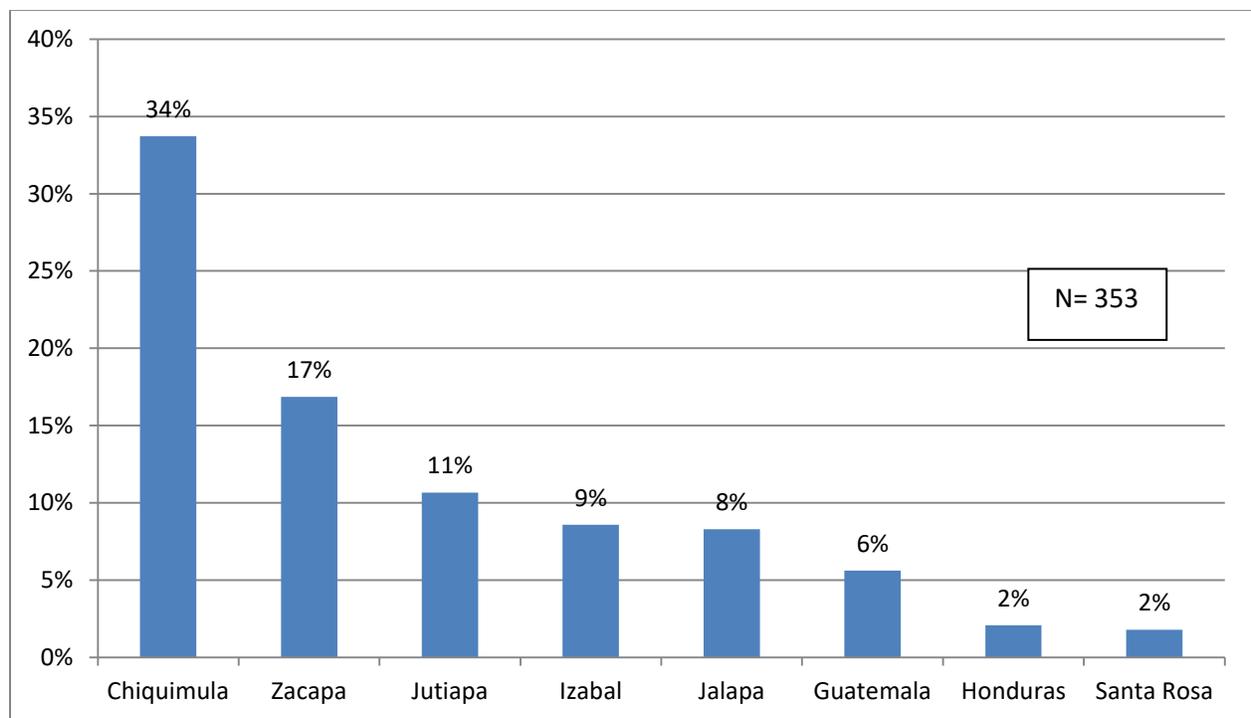
Según la gráfica siguiente muestra al 99% de los estudiantes solteros y solo el 1% (4) son casados.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.10 Distribución según procedencia de estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, CUNORI, con depresión y/o ansiedad según inventario de Beck en el período de marzo – abril de 2020.

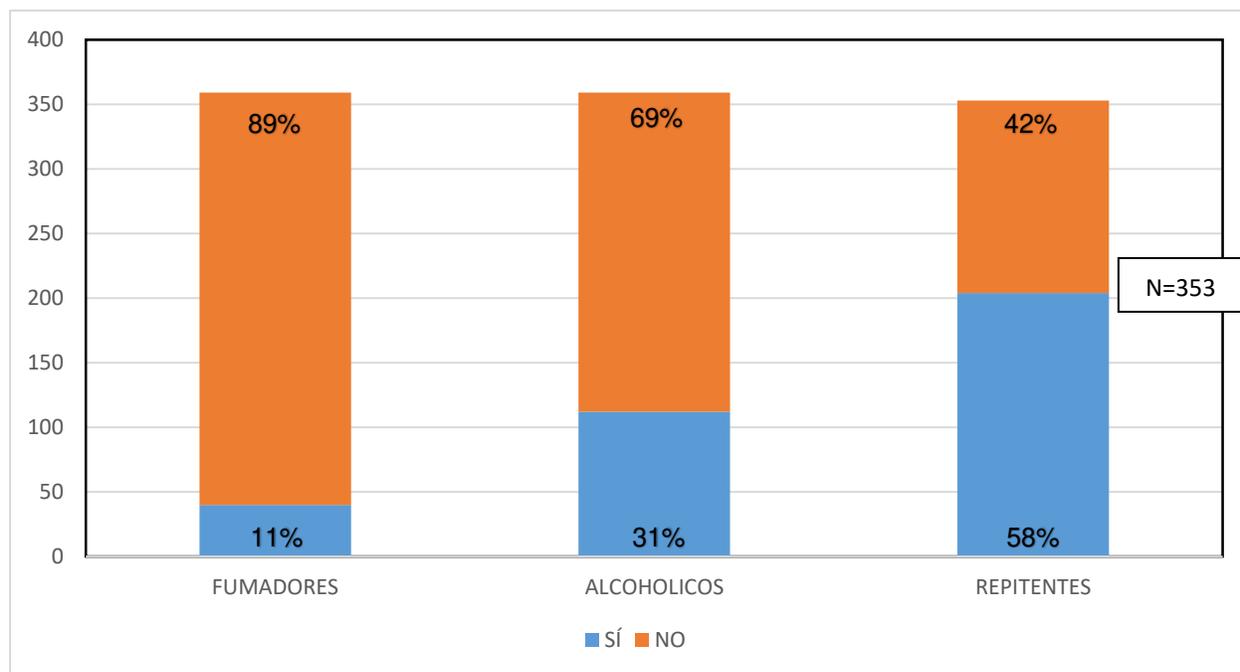
De los 353 estudiantes con características de trastorno de ansiedad y/o depresión en gran porcentaje proviene del Departamento de Chiquimula 34% (120), seguido del Departamento Zacapa y Jutiapa con 17% y 11% respectivamente.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

7.11 Distribución según antecedente de tabaquismo, alcoholismo y repitencia en estudiantes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente CUNORI, con depresión y/o ansiedad según Inventarios de Beck en el período de marzo - abril de 2020.

El 11% (39) de los estudiantes indicó fumar cigarrillos, mientras en su mayoría con un 89% no tenían este vicio. El 31% (111) de los estudiantes beben alcohol con frecuencia, y el 69% de los estudiantes refirieron no beber. De los 353 estudiantes con trastornos de ansiedad y/o Depresión el 58% (204) refirieron haber repetido 1 o más grados académicos.



Fuente: Boleta de recolección de datos 2020.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el departamento de Chiquimula con estudiantes universitarios de la carrera de médico y cirujano del Centro Universitario de Oriente, tomando en cuenta todos los grados académicos desde el 1er. hasta el 6to. grado con una muestra de 359 participantes.

En el total de la población estudiada se empleó una boleta de recolección de datos, la cual se les hizo llegar por vía electrónica a los estudiantes, en la misma se encontraban interrogantes sobre los datos sociodemográficos y los correspondientes inventarios de ansiedad y depresión de Beck, por medio de los cuales se evidenció que el 5% (19) presentó características clínicas de trastornos de ansiedad, un 12% (44) presentaron depresión, un 81% (290) de los estudiantes presentaron características de ambas patologías, y el 2% (6) no presentaron características clínicas de dichos trastornos.

Se encontró ansiedad en 19 estudiantes de los cuales el 68% (13) presentaron ansiedad leve, el 11% (2) presentaron ansiedad moderada, el 21% (4) presentaron ansiedad severa. Con respecto a la depresión, se evidenció que de 44 estudiantes, el 66% (29) presentaron depresión Leve, el 25% (11) presentaron depresión moderada y el 9% (4) presentaron depresión severa.

De los 290 estudiantes con depresión más ansiedad, se encontró que el 28% (81) presentó depresión leve y un 29% (84) ansiedad leve, un 57% (165) presentó depresión moderada y un 30% (87) ansiedad moderada, un 15% (44) presentó depresión severa y un 41% (119) ansiedad severa. Estando estos datos por encima de las cifras que maneja la población en general, tomando en cuenta que la población estudiantil, y específicamente los estudiantes de medicina se encuentran más vulnerables frente a los diferentes escenarios que les plantean los estudios superiores; considerando también aspectos familiares, psicosociales y la exigencia académica.

Como dato relevante a tomar en cuenta, durante los meses en los que se llevó a cabo el estudio, paralelamente la situación mundial se veía afectada con la pandemia de COVID-19, y en nuestro país se declaraba estado de calamidad, por lo que se vio

afectado el estilo de vida de la población en general y especialmente de la población estudiantil, lo que trajo incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas y aislamiento social. Durante la pandemia de COVID-19 aumentó el estrés, el miedo a padecer esta enfermedad, la tristeza y soledad. Por lo que es importante tomar en cuenta, ya que en estados de emergencia aumenta el padecimiento de trastornos de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión.

Según los grados académicos, se evidenció que en el primer año de la carrera de médico y cirujano el 3% (4) presentó ansiedad, un 11% (16) depresión, un 84% (121) ansiedad más depresión y un 2% (3) ninguna de estas patologías. En segundo año el 7% (6) presentó ansiedad, un 16% (14) depresión y un 77% (68) ansiedad más depresión. En tercer año el 5% (2) presentó ansiedad, 8% (3) depresión, 84% (32) ansiedad más depresión y un 3% (1) ninguna de estas patologías. En cuarto año el 5% (2) presentó ansiedad, un 5% (2) depresión, 90% (35) ansiedad más depresión. En quinto año el 4% (1) presentó ansiedad, un 15% (4) depresión, 73% (19) ansiedad más depresión y un 8% (2) ninguna. En sexto año de la carrera un 13% (3) presentó ansiedad, 29% (7) depresión y un 58% (14) ansiedad más depresión.

En la investigación se observó que la mayoría de los estudiantes se encontraba entre los 16-20 años de edad con un 58% (204). El sexo predominante fue el femenino con 65% (229), lo que coincide con los indicadores de “feminización” de la población universitaria, especialmente en la carrera de medicina, de manera que es lógico suponer que este aumento en número de estudiantes mujeres conlleva a un aumento en la población estudiantil de los trastornos que más prevalecen en este sexo.

Entre los estudiantes un 10% (36) refirieron tener familiares en primer grado de consanguinidad (padre, madre, hermano, hijo) con diagnóstico de ansiedad y depresión, un 14% (49) refirió tener familiares con diagnóstico de ansiedad y un 11% (41) familiares con diagnóstico de depresión, siendo un dato relevante ya que los antecedentes familiares de una persona no solo revelan su riesgo de padecer este tipo de afecciones, sino que también podría predecir el curso y el pronóstico de la enfermedad.

El 11% de los encuestados refirieron ser fumadores y el 31% refirió consumir con frecuencia bebidas alcohólicas, ya que muchos estudiantes practican el consumo de

estas sustancias que pueden dañar su salud, para afrontar las situaciones estresantes que implica su labor académica.

También se evidenció que el 58% (204) de los estudiantes repitió al menos un grado académico, tomando en cuenta que el padecimiento de algún tipo de estos trastornos puede influir en el rendimiento académico.

Todos estos datos brindan información importante, la cual permite tener un conocimiento de la situación de salud mental de la población estudiantil, la misma que servirá para gestionar protocolos de atención temprana en psiquiatría y psicología, en un área de bienestar estudiantil.

IX. CONCLUSIONES

1. Se determinó que el 98% en los estudiantes presentaron ansiedad y/o depresión según Inventario de Beck.
2. Se estableció que los estudiantes sufren de ansiedad leve con un 68% (13) y la depresión leve con un 66% (29), en los estudiantes que cursaban con depresión más ansiedad predominó la ansiedad severa con un 41% (119) y la depresión moderada con un 57% (165).
3. El sexo más afectado fue el femenino con un 65% (229), se identificó que el rango etario con predominio de trastornos mentales fue entre 16 a 20 años con un 58% (204), siendo el 99% soltero.
4. El 10% (36) de los estudiantes refirieron tener familiares en primer grado de consanguinidad con diagnóstico de ansiedad y depresión, el 14% (49) refirió tener familiares con diagnóstico de ansiedad y el 11% (41) familiares con diagnóstico de depresión.
5. El 11% (39) de los estudiantes indicaron ser fumadores y el 31% (111) indicaron consumir bebidas alcohólicas frecuentemente. El 58% (204) de los estudiantes repitió al menos un grado académico.

X. RECOMENDACIONES

1. A la coordinación de la carrera de médico y cirujano implementar los inventarios de Beck de ansiedad y depresión en estudiantes de primer ingreso para identificar estos tipos de trastornos mentales y brindar ayuda psicológica tempranamente a los estudiantes con tendencias suicidas y/o depresivas.

2. Al personal docente de la carrera de médico y cirujano reciba capacitación por un médico especialista en Psiquiatría, para identificar estudiantes con signos y síntomas de trastornos mentales para ser sometidos oportunamente a un seguimiento clínico en un departamento de psicología.

3. A la dirección del Centro Universitario de Oriente, considerar la creación de un departamento de psicología y salud mental, que atienda de manera gratuita a estudiantes con problemas tan graves como lo son la ansiedad y depresión.

XI . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo-Vélez, DM.; Casadiegos-Garzón, CP.; Sánchez-Ortíz, DL. 2009. Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios (en línea). *Revista Universitas Psychologica* 8(1):87-103. Consultado 21 feb. 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/647/64712168008.pdf>
- Aguirre Hernández, R; López Flores, JF; Flores Flores, RC. 2011. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas (en línea). *Revista Fuente* 3(8):28-33. Consultado 13 ago. 2019. Disponible en <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>
- Álamo González, C; Alonso Álvarez, ML; Cañellas Dols, F; Martín Águeda, B; Pérez Díaz, H; Romero Santo-Tomás, O; Terán Santos, J. 2016. Pautas de actuación y seguimiento (en línea). Madrid, España, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España/Fundación para la Formación. 77 p. Consultado 12 ago. 2019. Disponible en <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Arias Gutiérrez, M; Marcos Fernández, SG; Martín Jiménez, M; Arias Gutiérrez, JM; Deronceré Tamayo, O. 2009. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo (en línea). *Revista Medisan* 13(1). Consultado 18 ago. 2019. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100005

Barradas Alarcón, ME; Fernández Mojica, N; Robledo Salinas, ML; Delgadillo Castillo, R; Luna Martínez, M. 2015. Trastornos afectivos: nivel de ansiedad y depresión en universitarios (en línea). Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa 2(3):1-17. Consultado 08 jul. 2019. Disponible en <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/493/532>

Borrego Rosas, CE; Cruz Carlín, JL; Gonzales Villena, R; Pando Vásquez, L; Quevedo Damiani, P; Rodríguez Beltrán, M; Solar Alcalde, D; Villacorta Benites, A. 2009. Ansiedad, depresión y factores demográficos en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo (en línea). Revista de Psicología 11(1):97-109. Consultado 16 ago. 2019. Disponible en http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/379/265

Departamento de Psicología de la Salud. 2007. Procesos psicológicos básicos (en línea). Alicante, España, Universidad de Alicante, Licenciatura en Psicopedagogía. 41 p. Consultado 09 ago. 2019. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3834/26/TEMA%202_PROCESOS%20PSICOLÓGICOS%20BASICOS.pdf

Esparza Moreno, F. 2011. La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales (en línea). Documentos de Trabajo Social (49):262-269. Consultado 26 ago. 2019. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111520>

Fernández Gallego, V; Murcia Pérez, E; Sinisterra Aquilino, J; Casal Angulo, MC; Gómez Estarlich, MC. 2009. Manejo inicial del paciente agitado (en línea). Revista Emergencias 21(2):121-132. Consultado 08 ago. 2019. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Angulo2/publication/28264007_Manejo_inicial_del_paciente_agitado/links/02e7e52d3b33dcfd7b000000/Manejo-inicial-del-paciente-agitado.pdf

Fernández López, OI; Jiménez Hernández, B; Alfonso Almirall, RB; Sabina Molina, D; Cruz Navarro, JR. 2012. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos (en línea). Revista Medisur 10(5). Consultado 24 jul. 2019. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019

García Graullera, S. 2013. El sentimiento de culpa asociado a determinados trastornos psicológicos (en línea, blog). Madrid, España, Psicia. Consultado 13 ago. 2019. Disponible en <https://psicia.wordpress.com/2013/03/08/el-sentimiento-de-culpa-asociado-a-determinados-trastornos-psicologicos/>

Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. 2008. Guía práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto (en línea). Madrid, España, Plan Nacional para el SNS del MSC/AVALIA-T. 125 p. Consultado 05 ago. 2019. Disponible en <http://www.aepp.net/arc/depresi%C3%B3n%20adultos%202008.pdf>

Ipiña España, SM. 2014. Caracterización de trastornos de ansiedad y depresión en el servicio de emergencia del hospital regional de Zacapa. Tesis Lic. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI. 76 p.

Martínez, MP; Belloch, A; Botella, C. 1995. Hipocondría e información tranquilizadora (en línea). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 15(54):411-430. Consultado 13 ago. 2019. Disponible en http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aT_h1Yh7xksJ:www.revistaen.es/index.php/aen/article/download/15434/15294+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt

Mazariegos Albanes, ED. 2016. Caracterización de trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina. Tesis M.Sc. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI, Estudios de Especialización en Investigación. 32 p.

Mingote Adán, JC; Gálvez Herrer, M; Del Pino Cuadrado, P; Gutiérrez García, MD. 2009. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo (en línea). Revista Medicina y Seguridad del Trabajo 55(214). Consultado 21 jul. 2019. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2016. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza, WHO. Consultado 16 jul. 2019. Disponible en <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2018. Depresión (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza, WHO. Consultado 07 ago. 2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2012. Día mundial de la salud mental: la depresión, una crisis global (en línea, sitio web). Guatemala, PAHO. Consultado 12 jun. 2019. Disponible en https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:dia-mundial-de-salud-mental-depresion-una-crisis-global&Itemid=405

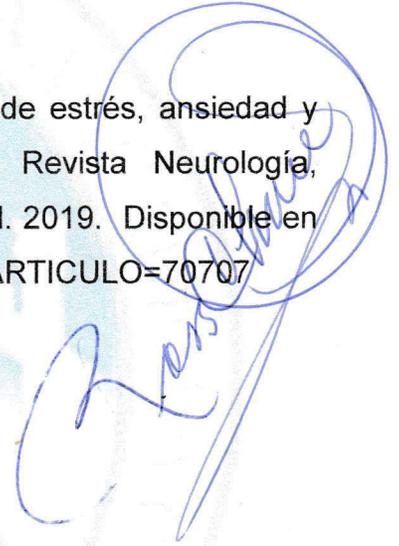
Ortiz Castillo, JA. 2016. Relación de la ansiedad y depresión sobre el rendimiento académico en estudiantes de medicina humana (en línea). Revista Psiquiatría y Salud Mental 3(4):123-131. Consultado 03 ago. 2019. Disponible en [http://www.schilesaludmental.cl/pdf/REVISTA%203-4-2016/\(5\)%20Salud%20Mental,%20ansiedad,%20depresión,%20rendimiento%20académico,%20Est.%20medicina%20123-131.pdf](http://www.schilesaludmental.cl/pdf/REVISTA%203-4-2016/(5)%20Salud%20Mental,%20ansiedad,%20depresión,%20rendimiento%20académico,%20Est.%20medicina%20123-131.pdf)

- Osada, J; Rojas, M; Rosales, C; Vega-Dienstmaier, JM. 2010. Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina (en línea). Revista de Neuro-Psiquiatría 73(1):15-19. Consultado 23 ago. 2019. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036929003.pdf>
- Ostos, A. 2009. Guía sobre trastornos del pensamiento (en línea, blog). Psicopatología. Consultado 26 ago. 2019. Disponible en <https://psicopatologiaucv.files.wordpress.com/2009/04/guia-sobre-pensamiento-final3.pdf>
- Palencia, FD; Peñate Rodríguez, FO; Rosado Castillo, EA. 2010. Sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina (en línea). Tesis Lic. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas. 65 p. Consultado 08 jun. 2019. Disponible en <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2010/042.pdf>
- Paredes Vargas, CA. 2002. La eximente de miedo insuperable en el código penal peruano de 1991, su aplicación por los juzgados y salas penales de Junín (en línea). Tesis Ph.D. Lima, Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela de Post-grado. 309 p. Consultado 25 ago. 2019. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Human/Paredes_v_c/T_completo.pdf
- Perales, A; Sogi, C; Morales, R. 2003. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas (en línea). Anales de la Facultad de Medicina 64(4):239-246. Consultado 14 ago. 2019. Disponible en <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1424>
- Pillou, JF. 2015. Tensión nerviosa: definición (en línea, sitio web). España, CCM Salud. Consultado 15 jul. 2019. Disponible en <https://salud.ccm.net/faq/22952-tension-nerviosa-definicion>

- Quiroa Pérez, GJ. 2016. Trastornos emocionales en pacientes que sospechan tener patología cardiaca (en línea). Tesis Lic. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI, Carrera de Médico y Cirujano. 43 p. Consultado 13 ago. 2019. Disponible en http://cunori.edu.gt/descargas/Trastornos_emocionales_en_pacientes_que_sospechan_tener_patologia_cardiaca.pdf
- Riveros Q, M; Hernández V, H; Rivera B, J. 2007. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana (en línea). Revista de Investigación en Psicología 10(1):91-102. Consultado 05 ago. 2019. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2348649>
- Sanz J; García-Vera, MP.; Fortún M. 2012. El “inventario de ansiedad de beck” (bai): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos (en línea). Behavioral Psychology 20(3):563-583. Consultado 21 feb. 2020. Disponible en https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf
- Sanz, J; García-Vera, MP; Espinosa, R; Fortún, M; Vázquez, C. 2005. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3; propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos (en línea). Revista Clínica y Salud 16(2):121-142. Consultado 21 feb. 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104001.pdf>
- Sanz, J; Vázquez, C. 1998. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck (en línea). Revista Psicothema 10(2):303-318. Consultado 21 feb. 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/727/72710207.pdf>

Solís Cedeño, LJ. 2014. Niveles de ansiedad psíquica y somática presentes en los miembros del Servicio Aeropolicial (SAP) de Quito, cuando son requeridos a intervenir en eventos que impliquen riesgo para su integridad (en línea). Tesis Lic. Quito, Ecuador, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Carrera de Psicología Clínica. 156 p. Consultado 19 ago. 2019. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3673/1/T-UCE-0007-112.pdf>

Vásquez Ventura, C; Ríos Morales, JR. 2009. Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de postgrado (en línea). Revista Neurología, Neurociencia y Psiquiatría 42(1-4):7-12. Consultado 09 jul. 2019. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70707>



BIBLIOTECA CUNORI

XII. ANEXOS

12.1 PROPUESTA

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se elabora la siguiente propuesta con el motivo de beneficiar a la población estudiantil al concientizar sobre los factores que favorecen la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva.

OBJETIVO

Prevenir el desarrollo de estos y otros problemas de salud mental.

JUSTIFICACIÓN

Las condiciones de la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad pueden verse afectadas en la medida en que las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, que, acompañadas con el ritmo de estudio, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia, pueden alterar esas condiciones de salud.

METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN

1. Luego de ser aprobado el trabajo de investigación por las autoridades universitarias, se procederá a presentar la información obtenida en una charla con utilización de equipo audiovisual, a las autoridades de la coordinación de la carrera de Médico y Cirujano juntamente con el personal docente, dejando constancia de esta problemática creciente en donde se ve afectada la población estudiantil, pretendiendo con esto plantear estrategias de diagnóstico temprano y prevención de dichas patologías. Así también realizar una manta vinílica para posteriormente colocarla en el Centro Universitario de Oriente CUNORI en un área estratégica para informar a los estudiantes de la carrera de medicina sobre los principales signos y síntomas de depresión y ansiedad.

12. 2 BOLETA INDIVIDUAL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Oriente
Carrera de Médico y Cirujano



Boleta # _____

SECCIÓN I

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: Sexo: M F

Grado académico: 1ro 2do 3ro 4to 5to 6to

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Unido

Lugar de procedencia:

Fuma cigarrillos: Sí No Bebe alcohol: Sí No

¿Ha repetido algún año de la carrera de medicina? Sí No

¿Algún familiar (padre, madre, hermano/a, hijo/a) ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes trastornos mentales?

Depresión Ansiedad

Dra. Anabella Julián Leal
M. A. Psiquiatra
Médica y Cirujana
Col. 13630

Dra. Edna Anabella Julián Leal
Psiquiatra
Asesora
Col. No. 13,630

SECCIÓN II

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Abajo encontrará una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad, lea cuidadosamente cada afirmación, indicando cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

- 0. Poco o nada
- 1. Levemente
- 2. Moderadamente
- 3. Severamente

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 morirse				
17	Sobresaltos				
18	Molestias digestivas o abdominales				
19	Palidez				
20	Rubor Facial				
21	Sudoración (no debida al calor)				

SECCIÓN III

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