

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN
EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL ECUADOR.**

**MARÍA FERNANDA ARELLANO YÉPEZ
CARLOS FRANCISCO RIOFRÍO ANDALUZ**

**Director: DRA. YOLANDA GODOY
Asesor Metodológico: DR. MARCOS SERRANO**

QUITO, ECUADOR

2010

TÍTULO

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN
EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL ECUADOR.**

LUGAR: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR (Quito)

AUTORES:

María Fernanda Arellano Yépez

Carlos Francisco Riofrío Andaluz

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación y toda nuestra carrera universitaria a Dios por estar a nuestro lado en todo momento dándonos las fuerzas necesarias para continuar luchando y seguir adelante con nuestro sueño de ser Médicos.

A nuestros padres, Hernán Arellano, Mercy Yépez, Edison Riofrío y Marlene Andaluz, gracias a ellos somos lo que somos hoy en día, nos han dado su cariño y consejos, han velado por nuestra salud, felicidad y estudios, son a ellos a quien les debemos todo.

A nuestros hermanos, los cuales han estado a nuestro lado toda la vida, nos han llenado de felicidad y nos han mostrado un amor inigualable.

A nuestros amigos más cercanos, que nos han acompañado en todo sentido desde que los conocemos.

Finalmente, a todos nuestros maestros que nos han apoyado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por sus enseñanzas impartidas dentro y fuera de las aulas.

Fernanda y Carlos

AGRADECIMIENTO

Este estudio ha requerido de mucho esfuerzo y dedicación. Sin la presencia y ayuda de Dios no hubiese sido posible su realización, y también gracias a la cooperación de las personas que han sido nuestro soporte durante el mismo.

Agradecemos a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos han dado a lo largo de nuestra carrera y por enseñarnos que no hay límites, que lo que nos proponemos lo podemos lograr y esto sólo depende de nosotros.

Por su tiempo, dedicación, paciencia, apoyo y colaboración les agradecemos infinitamente: Dra. Yolanda Godoy y Dr. Marcos Serrano

Y a todas aquellas personas que, de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta tesis les mostramos nuestro más sincero agradecimiento.

Fernanda y Carlos.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

PUCE: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana Cuarta Edición.

GHQ 28: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire) de 28 ítems.

CGHQ: Cuestionario de salud general corregido.

OIT: Organización Internacional de Trabajo.

OR: Odds Ratio, Razón de Momios.

IC: Intervalo de Confianza

RESUMEN.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en el personal administrativo de la PUCE, e identificar los principales factores psicosociales correlacionados.

Materiales y método: Es un estudio descriptivo transversal analítico en 344 empleados administrativos de la PUCE, utilizando el GHQ 28, APGAR Familiar y el test de Satisfacción Laboral General. Los resultados no siguieron una curva de distribución normal, las correlaciones planteadas entre los puntajes del GHQ 28, función familiar, tipo de familia, satisfacción laboral, se realizaron mediante las pruebas: Kruskal Wallis y U - Mann Whitney. Se utilizó la medida Odds Ratio (OR) para comparar las variables cualitativas. La significancia se obtuvo mediante el test de χ^2 con un valor de $p < 0,05$ e Intervalos de Confianza del 95%.

Resultados. La prevalencia de ansiedad fue del 24.7% y de depresión el 4.7%. El 77.3% de los trabajadores estuvieron satisfechos laboralmente. La sintomatología ansiosa se correlaciona con: el sexo femenino, pertenecer a una familia nucleada funcional y trabajar en una oficina. Los

factores relacionados con depresión fueron el no tener pareja, el pertenecer a una familia anuclear o extendida disfuncional.

Conclusiones: Los trastornos mentales en el medio laboral tienen una prevalencia alta. La ansiedad se presentó en 1 de cada 4 trabajadores. El sexo femenino fue el grupo más vulnerable. La ausencia de pareja incrementa la posibilidad de presentar depresión. La disfuncionalidad familiar se correlaciona con depresión, al contrario, la ansiedad se presenta más en quienes pertenecen a una familia funcional. La insatisfacción laboral se correlaciona con dichos trastornos.

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. GHQ 28. Disfunción familiar, Satisfacción laboral.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of depression and anxiety at PUCE administrative staff, and identify major psychosocial factors associated.

Materials and methods: A cross sectional descriptive analytic study of 344 administrative employees of the PUCE using the GHQ 28, Family APGAR test, and the test of General Job Satisfaction. We found that the results did not follow a normal distribution curve. The correlations between the scores of the GHQ 28, family function, family type, job satisfaction, were performed using the tests: Kruskal Wallis and U - Mann Whitney. We used the Odds Ratio measure (OR) to compare qualitative variables. Significance was obtained by the X^2 test with a value of $p < 0.05$ and Confidence Intervals of 95%.

Results. The prevalence of anxiety was 24.7% and depression 4.7%. Of the workers surveyed 77.3% were satisfied with the PUCE. Factors associated with increased symptoms of anxiety were: female gender, belonging to a functional nuclear family and work in an office. Factors correlated to depression include being single and belonging to a dysfunctional lone parent or extended family.

Conclusions: Mental disorders in the workplace have a high prevalence. Anxiety occurs in 1 out of 4 workers. The females are the group most vulnerable. The absence of a partner increases the likelihood of depressive symptoms. The dysfunctional family is a factor associated with depression; in contrast, anxiety is seen more in workers who belong to a functional family. The general job dissatisfaction is correlated with anxiety and depression.

Keywords: Anxiety. Depression. GHQ 28. Family dysfunction, Job satisfaction.

Páginas

CONTENIDO

Portada	1
Título	2
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Definición de términos	5
Resumen	6
Abstract	8
Contenido	10

CAPITULO I

1.1 Introducción	16
1.2 Justificación	20

CAPITULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Salud Mental	23
2.2 Factores Asociados a Ansiedad y Depresión	25

2.3 Cuestionario General de Salud GHQ-28	32
2.4 Ansiedad	
2.4.1 Reseña Histórica	35
2.4.2 Definición	35
2.4.3 Epidemiología	37
2.4.4 Manifestaciones Clínicas	39
2.4.5 Fisiopatología	40
2.4.6 Criterios Diagnóstico	
• Trastorno de Ansiedad Generalizada	42
2.5 Depresión	
2.5.1 Reseña Histórica	44
2.5.2 Definición	44
2.5.3 Epidemiología	45
2.5.4 Historia Natural	48
2.5.5 Mortalidad	49
2.5.6 Manifestaciones Clínicas	50
2.5.7 Diagnostico Diferencial	53
2.6 Somatización	
2.6.1 Definición	54
2.6.2 Epidemiología	55
2.6.3 Etiología	
• Factores Genéticos	56

• Factores Biológicos	56
2.6.4 Manifestaciones Clínicas	56
2.6.5 Diagnóstico	57
2.6.6 Pronóstico	60

CAPITULO III: MATERIALES Y METODOS

3.1 Muestra	61
3.2 Diseño	62
3.3 Procedimiento	62
3.3.1 Recolección de Información	62
3.3.2 Análisis de Datos	63
3.4 Operacionalización de Variables	64
3.5 Aspectos Bioéticos	67
3.6 Formulación del Problema	68
3.7 Objetivos	68

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Descripción de la Población Estudiada	70
4.2 Satisfacción Laboral	72
4.3 Cuestionario General GHQ-28	74

4.4 Ansiedad	77
4.4.1 Correlación entre Ansiedad y Satisfacción Laboral	78
4.5 Depresión	80
4.5.1 Correlación entre Depresión y Satisfacción Laboral	81

CAPITULO V

5.1 Discusión	84
5.2 Conclusiones	89
5.3 Recomendaciones	91
5.4 Bibliografía	92
5.5 Anexos	103

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1:	Determinantes sociales, ambientales y Económicos de salud mental.	Pág. 31
Cuadro 2.	Manifestaciones Clínicas de la Ansiedad.	Pág. 40
Cuadro 3.	Definición, categorización e indicadores de las variables en estudio.	Pág. 66
Cuadro 4.	Características de la población en estudio.	Pág. 71
Cuadro 5.	Descripción del nivel de satisfacción laboral en el personal administrativo de la PUCE.	Pág.73
Cuadro 6.	Prevalencia de los trastornos mentales en el personal de la PUCE según GHQ 28.	Pág. 74
Cuadro 7.	Comparación del índice promedio de somatización, ansiedad y depresión entre los diferentes tipos de familia de los participantes.	Pág. 75

Cuadro 8.	Comparación del índice promedio de somatización, ansiedad y depresión entre los diferentes tipos de trabajo de los participantes.	Pág. 76
Cuadro 9.	Relación de la ansiedad con el sexo, estado civil, función familiar, tipo de familia, tipo de trabajo, satisfacción laboral y somatización.	Pág. 78
Cuadro 10.	Relación de la depresión con el sexo, estado civil, función familiar, tipo de familia, tipo de trabajo, satisfacción laboral y somatización.	Pág. 82

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1.	Grado de satisfacción laboral en los empleados de la PUCE.	Pág. 73
-------------------	--	----------------

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido, habitualmente se experimenta un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. Las personas sentimos que tenemos cierto control sobre nuestro estado de ánimo. Sin embargo, cuando se presentan estos trastornos se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental ⁽¹⁾.

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial se encuentran en personas de todas las regiones, países y sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados en el *Informe de Salud Mundial 2001* de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales y una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida (OMS, 2001), están presentes en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial. ^(2, 25)

Los trastornos de ansiedad junto con los trastornos del ánimo contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y son los que más repercuten en las economías nacionales ⁽¹⁹⁾. La depresión y la ansiedad patológica limitan la autonomía dejando al sujeto atrapado y amenazado por la misma angustia.

Dentro de los trastornos mentales, los más importantes son la depresión y la ansiedad. La depresión representa un gran problema de salud pública y es un predictor importante de incapacidad funcional y de mortalidad. Afecta a cerca de 121 millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la depresión será la segunda causa principal de morbilidad en el año 2020 ⁽³⁾. Los adultos mayores que mueren por suicidio tienen altas tasas de depresión, a menudo coexisten con otros trastornos psiquiátricos como la dependencia al alcohol ^(5, 9, 16, 17,18).

En España, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental en la población general entre el 10% y el 20%. La prevalencia estimada para cualquier trastorno mental es el 20,8% en mujeres y el 14,2% en varones. ⁽¹⁵⁾

En el estudio: ***Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública***, se encontró una tasa para depresión mayor, a lo largo de la vida y durante el último año de 8.7% y 4.9% respectivamente. Los trastornos de ansiedad generalizada mostraron una alta prevalencia en la población siendo más frecuente en mujeres que en varones, encontrándose una tasa a lo largo de la vida de 5,5% y durante el último año de 3,4%. (26)

La depresión es más diagnosticada en mujeres que en hombres. La edad de inicio de un primer episodio depresivo mayor está entre 25 y 45 años. El 75% de los pacientes se recuperan dentro de un año, pero alrededor del 60% experimenta un nuevo episodio depresivo mayor más adelante en su vida (10). Los pacientes con depresión en edades más tempranas presentan mayor severidad y recurrencia, con mayor deterioro funcional y comorbilidad tanto médica como psiquiátrica. (5, 6, 8)

Los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad (14). Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable ya que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, la pueden hacer tan inhabilitante como cualquier otra enfermedad crónica.

La depresión y ansiedad afectan negativamente la evolución de enfermedades asociadas y pueden aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades como Accidente Cerebro Vascular (ACV), enfermedad coronaria y diabetes, también puede ser un factor de riesgo independiente para el deterioro cognitivo posterior.

Los pacientes deprimidos y/o ansiosos pueden encontrar alguna o todas sus actividades afectadas, pueden reducir la eficiencia en el trabajo, disminuir la socialización, permanecer en casa o en la cama y afectar su capacidad para realizar las actividades básicas, afectando en su totalidad la calidad de vida. (5, 12, 13, 14, 16)

1.2 JUSTIFICACIÓN

La ansiedad y depresión constituyen problemas sanitarios que requieren atención adecuada, para lo cual deben ser diagnosticados oportunamente. (7)

En el Ecuador existe información limitada sobre la morbilidad psiquiátrica, así como escasez en estudios que exploren los factores principales que se relacionan con su presentación. La tasa de suicidio, conclusión trágica de los trastornos depresivos mayores, ha aumentado dramáticamente; según datos del INEC para el año 1995 la tasa de suicidio fue del 4.4 en 100.000 personas y para el 2005 subió al 6.7 en 100.000 personas. (20)

En el último reporte del Ministerio de Salud en el año 2007, se observa un incremento en el número de casos de depresión respecto a los de la última década. Así pues en el 2007 existe una tasa de 71.85 por 100.000 habitantes.

Dos alteraciones mentales comunes son la ansiedad y depresión, se encuentran asociadas con una prevalencia incrementada de

enfermedades crónicas y estilos de vida no saludables y son una importante causa de disfuncionalidad laboral y representa un factor de riesgo para el suicidio. (21)

En un estudio de Prevalencia e impacto de depresión en el trabajo, realizado en Canadá en el 2002 la prevalencia en un año fue del 4% entre las personas empleadas. En Estados Unidos, la proporción de afectados en el transcurso de un año, independientemente de la fecha de incidencia, fue de 5,28% y la proporción de personas en la población que en algún punto en su vida han experimentado la enfermedad hasta el momento de la evaluación fue 13,23%. (22)

En este contexto estimamos pertinente realizar esta investigación, con el propósito de conocer la prevalencia de la sintomatología depresiva y/o ansiosa, su relación con factores psico-sociales, en el personal administrativo de la PUCE, debido a que este personal cuenta con un servicio médico integrado por psicólogos, médicos generales y psiquiatras; aquellas personas que presenten sintomatología depresiva o ansiosa será referida a la red de promoción de salud o al departamento de psicología aplicada de la PUCE.

Este estudio permitirá una intervención integral y que tienda a implementar estrategias de prevención primaria para lograr en conjunto un mejor desempeño laboral.

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 SALUD MENTAL:

La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales, se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente; también se ha definido como el estado que permite a los individuos reconocer sus habilidades, ser capaz de hacer frente al estrés normal de la vida y trabajar de forma productiva¹.

Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. Afectan a la sociedad en su totalidad, no sólo

¹ OMS, “Invertir en salud mental”, 2004, Pág. 7.

a un segmento aislado o limitado de la misma y por lo tanto constituye un desafío importante para el desarrollo general².

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, la comprensión de los trastornos mentales es difícil por la estigmatización de la enfermedad mental y la creencia errónea de que se trata de un defecto del carácter que debe ser superado con esfuerzo. La salud mental y los trastornos mentales no han recibido la misma importancia que otras afecciones de la salud; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención³.

² OMS, **"Invertir en salud mental"**, 2004, Pág. 7,8.

³ *Ibíd.*

2.2 Factores Asociados a Depresión y Ansiedad.

Los trastornos mentales tienen una etiología multifactorial. La salud mental de los trabajadores no sólo está relacionada con las características del entorno de trabajo, sino también con la familia que viven y la sociedad en la que están insertos⁴.

La depresión y ansiedad son comunes en la población laboral. Muchos estudios han encontrado una estrecha relación entre satisfacción laboral, salud mental y diferentes aspectos psicosociales. (30)

Los factores fuertemente relacionados con la ansiedad y depresión son: el escaso apoyo social, las experiencias de ser menospreciado, de vergüenza, la situación laboral (si reciben una pensión de invalidez o el desempleo), las dificultades económicas actuales o de la infancia, los acontecimientos de vital importancia, la discapacidad funcional, conjuntamente la inactividad física, el peso y el consumo de alcohol⁵.

⁴ J. Wang, A. Lesage, N. Schmitz, A. Drapeau. **The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study.** Journal Epidemiology Community Health 2008 Pág. 42.

⁵ A. Molarius, C.Berglund. **Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden.** BMC Public Health. 2009; Pág. 2.

“Las relaciones sociales son en muchos aspectos importantes para la salud mental”⁶. Algunos autores hacen referencia al apoyo social como un factor de protección, que actúa como amortiguador en las situaciones de crisis psicosocial y de tensión (31).

La magnitud de la carga de los trastornos mentales en los miembros de la familia es difícil de evaluar y por consiguiente, aún permanecen ignorados. Sin embargo, ellos generan un impacto significativo en la calidad de vida de la familia⁷.

El conflicto o disfunción familiar se produce cuando los esfuerzos para cumplir con las exigencias de trabajador interfieren con la capacidad para satisfacer las demandas de cónyuge, padre o proveedor de cuidado (32). Por el contrario, los conflictos familiares debido al trabajo pueden ser un obstáculo para cumplir con las exigencias y las responsabilidades para llegar al éxito laboral⁸.

⁶ A. Molarius, C. Berglund. **Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden.** BMC Public Health. 2009; Pág. 2.

⁷ Cooper H, Arber S, Fee L, Ginn J. **The influence of social support and social capital on health. A review and analysis of British data.** London: Health Education Authority; 1999. Pág.6.

⁸ Frone M, Russell M, Cooper L. **Relation of work-to-family conflict to health outcomes.** J. Occupational Org Psychology 1997;70:32–34

Dentro de los factores familiares, muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatización, signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar; (33, 34, 35) definiéndose como familia disfuncional aquella que no cumple sus funciones en relación con las demandas que percibe de su entorno⁹.

El hecho de tener trabajo y una familia representa los componentes básicos de la identidad de los adultos. Los impedimentos para la conciliación entre el trabajo y la familia es probable que se experimenten como estresantes (35) y puede conducir a resultados adversos para la salud (33).

Considerando los acontecimientos de la vida como la muerte de un familiar, una separación, enfermedad propia o de un pariente, o el hecho de ser despedidos del trabajo pueden ser factores desencadenantes de mala salud mental debido a que requieren un alto nivel de adaptación psicológica (34).

Los padres solteros tienen mayor nivel de alteraciones mentales que la población en general. Sin embargo, esta asociación es mínima cuando no

⁹ Varela Ruiz F J, **Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria**, Medicina de Familia (And) 2000. Pág. 141.

existen otros factores socio-económicos y de estilo de vida que se sumen a esta condición¹⁰, lo que sugiere que el mayor nivel de ansiedad y/o depresión de los padres solteros solo pueden explicarse por los factores antes mencionados.

El trabajo doméstico pesado y dificultades económicas son más frecuentes entre las familias monoparentales en comparación con las familias nucleares biparentales, lo cual también repercute en el estrés psicológico asociado a trastornos mentales. En las mujeres se considera como un factor de riesgo para la mala salud particularmente la combinación de éste con el estrés laboral (30).

Los factores estresantes psicosociales relacionados con el medio ambiente laboral son de particular interés porque pueden ser más fáciles de prevenir que los acontecimientos de la vida que suelen ser inevitables. Por otra parte, los factores de estrés a largo plazo (varios meses o años) pueden provocar una enfermedad más grave y contribuir a una recaída o a un mayor porcentaje de recurrencia (36).

¹⁰ A. Molarius, C.Berglund. **Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden.** BMC Public Health. 2009; Pág. 7,8.

Las condiciones de trabajo, tales como las demandas de alto control y la inseguridad laboral, un ambiente laboral cada vez más competitivo al igual que una mayor demanda de habilidades y rendimiento mental genera inseguridad laboral y precipita la aparición de trastornos mentales, estos factores han demostrado ser perjudiciales para la salud¹¹.

La morbilidad psiquiátrica asociada con ansiedad y depresión tiene efectos negativos no sólo sobre la calidad de vida y la competencia psicosocial, sino también sobre la productividad y la calidad en el desempeño laboral¹².

Los factores más importantes relacionados con los trastornos del ánimo y la satisfacción en el trabajo son: si el empleado encuentra el trabajo interesante, buenas relaciones con los directores y sus colegas, un ingreso alto, si se le permite trabajar de manera independiente, y si define claramente las oportunidades de desarrollo profesional (36). Demostrando, que el bienestar psicológico y la satisfacción en el trabajo están estrechamente vinculados.

¹¹ Shigemi et al. **The relationship between job stress and mental health at work**. Industry Health 1997; Pág. 35.

¹² Mo Siu-Mei Lee, Ming-Been Lee, Shih-Cheng Liao, Fu-Tien Chiang. **Relationship Between Mental Health and Job Satisfaction Among Employees in a Medical Center Department of Laboratory Medicine**. Elsevier & Formosan Medical Association. 2009. Pág. 147.

Los empleados con mayores dificultades, trabajos más demandantes y ambientes de trabajo con menor apoyo experimentan mayores niveles de tensión en su familia producto del trabajo, poniendo en peligro su bienestar personal y familiar. Estos efectos generan una reacción en cadena que impacta la calidad de su trabajo y la productividad, limitando su rendimiento y afectando su salud tanto física como mental¹³.

En 1981, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), recomienda adoptar medidas para asegurar que hombres y mujeres pudiesen participar más equitativamente del trabajo remunerado y las tareas familiares.

¹³ OMS. **Prevención de los trastornos mentales**. 2004. Pág. 23.

Cuadro 1: Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental

Factores de riesgo	Factores de Protección
Falta de educación, transporte, vivienda Rechazo de compañeros Circunstancias sociales deficientes Nutrición deficiente Pobreza Desventaja social Violencia y delincuencia Estrés laboral Desempleo Fracaso académico Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes Insomnio crónico Uso excesivo de sustancias Conflicto familiar o desorganización familiar Soledad Enfermedad médica Pérdida personal — duelo Habilidades y hábitos de trabajo deficientes. Discapacidades Eventos de mucha tensión	Fortalecimiento Participación social Capacidad para afrontar el estrés Adaptabilidad Autonomía Ejercicio Alfabetización Apego positivo y lazos afectivos tempranos Habilidades de resolución de problemas Manejo del estrés Apoyo social de la familia y amigos

OMS. Prevención de los trastornos mentales. 2004

2.3 Cuestionario de Salud Mental GHQ - 28 (General Health Questionnaire)

David Goldberg desarrolló en 1972 el cuestionario GHQ concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de Atención Primaria. Su formato original constaba de 93 ítems. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo de 28 ítems (GHQ-28)¹⁴.

En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de tamizaje para estudios epidemiológicos psiquiátrico. Sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación¹⁵.

¹⁴ Bulbena A, Ibarra N, Ballesteros J y Gago J. **Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria**. En: Vázquez Barquero JL. *Psiquiatría en atención primaria*. 2ª ed. Grupo aula médica S.L.; 2008. Pág.117.

¹⁵ Montón C, Pérez Echeverría MI, Campos R y cols.: **Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg GHQ 28: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico**. *Atención Primaria*. 1993; 12(6):345-9.

En múltiples trabajos llevados a cabo la sensibilidad del test oscila entre 44% y 100% (mediana del 86%) y la especificidad entre el 74% y el 93% (mediana del 82%) y un valor predictivo positivo de 95,3%¹⁶. La escala fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria (ansiedad y depresión). (23, 41)

Este es un cuestionario auto administrado breve y de fácil ejecución, que consta de cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión). Cada subescala tiene su puntaje individual y cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, aumentando progresivamente en severidad (41).

Al ser un instrumento diseñado para su uso en atención primaria su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar desde el punto de

¹⁶ Antonio Lobo. **Validity of the scaled version of the general questionnaire (QHQ 28) in Spanish population.** Psychological medicine, 1986, 16, Pág. 135.

vista psíquico a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (24).

Éste método estima la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y capta casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. El GHQ no sirve para establecer un diagnóstico clínico (23, 24, 41).

Para determinar la puntuación del GHQ se utiliza el método de calificación CGHQ (GHQ corregido) que divide los ítems en dos apartados: los positivos, hacen referencia a la salud, (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos, hacen referencia a la enfermedad, y se puntúan 0, 1, 1, 1. Teniendo como total de cada subescala 7 puntos máximo. Un valor mayor o igual a 5 correspondería a un caso probable y un valor menor a 5 no se considera como caso¹⁷.

2.4 Ansiedad

2.4.1 Reseña Histórica

La historia de los hoy llamados “Trastornos de Ansiedad” está estrechamente vinculada al concepto clínico de “Neurosis”. El término neurosis, fue introducido por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769. A lo largo de los siglos XIX y XX diversos autores se ocuparon de distinguir sus características y del gran grupo inicial se fueron dividiendo diversas enfermedades que permitieron precisar más rigurosamente sus contornos y límites¹⁸.

2.4.2 Definición

La ansiedad es una experiencia inevitable de la vida, envuelve sentimientos subjetivos como la preocupación y la sensación de amenaza

¹⁷ De la Revilla Ahumada L, De los Ríos Álvarez A, Luna del Castillo J. **Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia.** Atención Primaria 2004. 33(8): 418-419.

¹⁸ César Ojeda, **Historia y redescrición de la angustia clínica** Rev Chil Neuro Psiquiat 2003; Pág. 95.

(45), presenta respuestas fisiológicas entre ellas la taquicardia, y respuestas de comportamiento como la evasión y retirada¹⁹.

El miedo subjetivo y la ansiedad comparten muchas características fisiológicas, existe mucho debate sobre la mejor manera para distinguirlos. El miedo, descrito por Walter Cannon en la década de 1920, se considera generalmente como una reacción al peligro, mientras que la ansiedad es un sentimiento de miedo que esta fuera de proporción con cualquier amenaza real. Cuando la ansiedad es persistente e intrusiva, es denominada como trastorno de ansiedad generalizada²⁰.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad (46). Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo.

¹⁹ **Anxiety At The Frontier Of Molecular Medicine.** New England Journal of Medicine, Vol. 344, No. 16. 2001 Pág. 1247.

²⁰ Andrea Becerra, Cristina Madalena, Célio Estanislau, Javier Rodríguez, Henrique Dias. **ANSIEDAD Y MIEDO: SU VALOR ADAPTATIVO Y MALADAPTACIONES.** *Revista Latinoamericana de Psicología* 2007, volumen 39, No 1, 77.

Cierto grado de ansiedad es incluso necesario para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual ⁽⁴⁸⁾.

2.4.3. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad junto con los trastornos del ánimo son los que más contribuyen a la morbi-mortalidad tanto mental como física, a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales ^(48, 54).

En España, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20%. Los datos del Eurobarómetro dan una prevalencia estimada para cualquier trastorno mental en España del 17,6% ⁽⁴⁹⁾. Los porcentajes estimados de prevalencia/año y prevalencia/vida para los trastornos de ansiedad fueron de un 10,6% y un 16,6% respectivamente ⁽⁵⁰⁾.

Si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria, la prevalencia aumenta, oscilando entre el 20% y 40% (46, 50).

Una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria es la ansiedad, en sí misma o asociada a otras patologías²¹.

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad y la prevalencia duplica a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, en la que las diferencias fueron menores.

La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos. Esto parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad y tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los

²¹ Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. **Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions.** Archives of Internal Medicine. 2006; 166: Pág. 2109.

trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos. (49, 51)

2.4.4 Manifestaciones clínicas:

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (29). La angustia o ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitando su autonomía y dejándolo atrapado y amenazado por la misma angustia.

Los pacientes afectados experimentan una excesiva preocupación sobre eventos y actividades, tales como su salud, familia, trabajo y finanzas. La ansiedad y la preocupación son difíciles de controlar y a menudo conducen a síntomas fisiológicos, incluida la fatiga, tensión muscular, agitación, y otras quejas somáticas²².

²² Härter M, Conway K, Merikangas K. **Associations between anxiety disorders and physical illness**. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2003; 253: Págs.313-20.

Cuadro 2. Manifestaciones Clínicas de la Ansiedad

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.

2.4.5 Fisiopatología

Esta patología se caracteriza por una variedad de neurotransmisores neuroendocrinos y una neuroanatomía alterada. Una alteración fundamental en la estructura del cerebro, en la función o en los neurotransmisores, en la señalización, sumado a experiencias ambientales

y a la predisposición genética, aumentan considerablemente el riesgo de esta psicopatología²³.

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos, ambientales y psicosociales²⁴.

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas, sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos²⁵.

²³ Gross C, Hen R. **The development origins of anxiety**. Nature Reviews Neuroscience. 2005; 5: 545.

²⁴ Lobo A, Campos R. **Factores etiopatogénicos**. En :**Trastornos de ansiedad en atención primaria**. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p.41-76.

²⁵ **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria**. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006. Pág.32.

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes se ha observado la influencia de las características de la personalidad²⁶.

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la asociación a otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo²⁷.

2.4.6 Criterios diagnósticos:

Los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada se basan según los criterios del DSM IV ⁽²⁹⁾.

²⁶ **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.** Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006. Pág.32.

²⁷ Ibid.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**²⁸

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación intensa.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):

(1) Inquietud o impaciencia.

(2) Fatigabilidad fácil.

(3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

(4) Irritabilidad.

(5) Tensión muscular.

(6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

²⁸ American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.

La preocupación se puede asociar por tanto a síntomas de tensión motora, (p. ej., temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (p. ej., boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto, insomnio).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, el trastorno de angustia, fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, trastorno de somatización, hipocondría y trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.5 Depresión

2.5.1 Reseña Histórica.

Los trastornos depresivos²⁹ no son contemporáneos, por el contrario, numerosos textos antiguos los narran; tal es el caso de la historia del rey Saúl en el antiguo testamento y la del suicidio de Ajax en la Iliada de Homero que describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el año 400 A.C. Hipócrates utilizó los términos de manía y de melancolía para describir los trastornos mentales. Cerca del año 30 D.C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus, describió el concepto de la melancolía utilizado por los griegos (Melan-negra y Cholé-bilis) como una depresión causada por la bilis negra. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus (73).

2.5.2 Definición

Los trastornos afectivos se caracterizan por un estado de ánimo triste persistente, pérdida de interés por las cosas, anhedonia, y otras

²⁹ Vázquez C, Sanz J. *Manual de Psicopatología: Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. Madrid: MacGraw. Vol 2,2. Pág 269.

alteraciones como trastornos del sueño, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte etc., que frecuentemente afectan al funcionamiento del individuo.

2.5.3 Epidemiología

La depresión es un importante problema de salud pública y un predictor importante de incapacidad funcional y mortalidad. Las consecuencias económicas anuales de la depresión se han estimado en 11,5 millones de euros en el Reino Unido y 83 millones de dólares en los EE.UU³⁰.

En la comunidad de adultos de EE.UU la depresión mayor según la definición de los criterios DSM-IV tiene una prevalencia puntual de aproximadamente 3 a 5% en los hombres y de 8 a 10% en las mujeres³¹.

³⁰ Lyness J, Schwenk T, Sokol N. **Depression: Epidemiology and pathogenesis** UpToDate [17.1]. 2009. Waltham, MA, EEUU. Ref Type: Computer Program.

³¹ American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.

La depresión mayor es menos común en los adultos mayores en comparación con los adultos jóvenes, con una tasa de aproximadamente 1:2 (59, 60).

La depresión es más común en poblaciones con una mayor carga de enfermedades médicas, incluyendo a los residentes de vivienda asistida o de centros de enfermería especializada, los beneficiarios de la atención de salud en el hogar, y los pacientes que sufren de una amplia gama de condiciones médicas agudas y crónicas (62).

La depresión menor afecta a muchas más personas que la depresión mayor y representa la mayor morbilidad funcional. La prevalencia puntual de depresión menor y subsindrómica es por lo menos 5 a 10%³², con tasas más altas en una amplia gama de poblaciones de pacientes con enfermedades médicas. (61)

³² Zisook S; Lesser I; Stewart JW; Wisniewski SR; Balasubramani GK; Fava M; Gilmer WS; Dresselhaus TR; Thase ME; Nierenberg AA; Trivedi MH; Rush AJ. **Effect of age at onset on the course of major depressive disorder.** The American Journal of Psychiatry. 2007; 164: 1539 – 1546.

2.5.4 Historia Natural

El pico de inicio de la depresión mayor se encuentra en la cuarta década de la vida. Sin embargo, los primeros episodios pueden aparecer en cualquier momento de la vida desde la infancia hasta la vejez.

Los pacientes que presentan a una corta edad depresión tienen un cuadro más severo y recurrente, con mayor deterioro funcional asociado, comorbilidad médica y psiquiátrica. (63)

Aunque la mayoría de los episodios de depresión remiten espontáneamente o con tratamiento, la tasa de recurrencia se aproxima al 90%.

La duración media de un episodio de depresión es de 12 semanas en un estudio de la historia natural de más de 23 años de 3.481 adultos, de los cuales 92 habían iniciado depresión mayor durante el período del estudio (65). La depresión mayor persistente ocurrió en el 15% de estos 92 pacientes, y se ha informado hasta en un 20% de los pacientes en otros

estudios. La mejoría o remisión, por lo general con el tratamiento, puede producirse incluso después de un curso crónico (64).

La depresión está fuertemente asociada con malos resultados en la calidad de vida, incluyendo el estado funcional y la autopercepción de la salud.

Además, afecta negativamente a los resultados de las enfermedades asociadas y puede aumentar el riesgo para el desarrollo posterior de enfermedades, también puede ser un riesgo independiente para el deterioro cognitivo posterior (66).

2.5.5 Mortalidad

La depresión es un gran riesgo para la mortalidad por cualquier causa. Las conclusiones son variadas en cuanto a si el riesgo de mortalidad es independiente de la carga de la enfermedad médica o de los factores relacionados (67).

La mortalidad adicional es por suicidio. La mayoría de las personas de edad que mueren por suicidio sufren de depresión mayor inadecuadamente tratada³³. Los adultos mayores, jóvenes y de mediana edad que mueren por suicidio tienen altas tasas de depresión (68).

2.5.6 Manifestaciones Clínicas

La mayoría de los adultos con depresión clínicamente significativa no acuden a un profesional de salud mental, estos suelen acudir a un médico de atención primaria. Sin embargo, un número considerable de pacientes deprimidos de atención primaria, no se diagnostican o no son tratados³⁴.

Los síntomas de un síndrome depresivo se pueden agrupar en diversas categorías³⁵:

³³ Adler DA; McLaughlin TJ; Rogers WH; Chang H; Lapitsky L; Lerner D. **Job performance deficits due to depression.** The American Journal of Psychiatry. 2006; 163: 1569 – 1576.

³⁴ Lyness J, Schwenk T, Sokol N. **Depression: Epidemiology and pathogenesis** UpToDate[17.1]. 2009. Waltham, MA, EEUU. Ref Type: Computer Program.

³⁵ Vázquez C, Sanz J. **Manual de Psicopatología: Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos.** Madrid: MacGraw. Vol 2,2. Pág 269.

- a. Síntomas anímicos.** La tristeza es el síntoma clásico de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de estos pacientes. En ocasiones el estado de ánimo predominante es la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo e incluso en ocasiones el paciente puede llegar a manifestar un bloqueo emocional con aparente inmutabilidad.
- b. Síntomas motivacionales y conductuales.** La apatía, la indiferencia y en definitiva la anhedonia es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. En su forma más grave este tipo de inhibición conductual puede llegar al retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta.
- c. Síntomas cognitivos.** El rendimiento cognitivo en una persona deprimido suele estar afectado, sobre todo en personas mayores. Los problemas de concentración y memoria pueden llegar a interferir en el rendimiento de las tareas cotidianas y en el trabajo. También el contenido de las cogniciones de una persona deprimida está también alterado; la valoración que hace una persona de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa.

d. Síntomas neurovegetativos - Algunos de los síntomas neurovegetativos de la depresión son: cambios en el sueño, el apetito o el peso, éstos son potencialmente bidireccionales: el insomnio y anorexia / pérdida de peso son más comunes en la depresión, pero las señales de hipersomnia o hiperfagia / aumento de peso también pueden ser (69).

e. Síntomas interpersonales. El deterioro en las relaciones con los demás es muy frecuente. De hecho un 70% de los deprimidos dice haber disminuido su interés por la gente y muchos acaban por sufrir el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reaccúa aislándoles y deprimiéndoles más.

2.5.7 Diagnóstico Diferencial

Cuando los síntomas depresivos subsindrómicos se producen en respuesta a un factor estresante psicosocial identificable, el paciente puede ser diagnosticado de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (59).

Los síndromes depresivos pueden ser causados por una amplia gama de enfermedades médicas sistémicas o neurológicas, intoxicación o abstinencia por sustancias, los cuales se refieren a menudo como depresión secundaria. Las depresiones inducidas generalmente se producen por la ingesta de sustancias como medicamentos de uso o abuso o los medicamentos prescritos en el tratamiento de una variedad de trastornos.

El alcohol, los sedantes hipnóticos y la retirada de los estimulantes son las drogas que más comúnmente producen depresión secundaria. Los medicamentos con receta que puede precipitar la depresión son agentes antihipertensivos, agentes que bloquean la dopamina como los antipsicóticos de primera generación y otros medicamentos (59, 69).

2.6 Somatización

2.6.1 Definición

La somatización es un proceso en el cual las personas experimentan malestar emocional o estrés psicosocial manifestando síntomas físicos. Es frecuente en la práctica médica de atención primaria, presentando múltiples molestias que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud³⁶.

El término somatización define la tendencia que presentan algunos sujetos a experimentar y comunicar molestias somáticas y síntomas no justificados por hallazgos patológicos, atribuyéndolos a enfermedades físicas y buscando ayuda médica para ellos (70).

La condición normal del ser humano es experimentar síntomas somáticos. El 75 % de los adultos sanos presentan algún tipo de malestar físico en el plazo de una semana. Pero algunos pacientes amplían sus sensaciones corporales y la preocupación sobre una posible enfermedad haciendo que

³⁶ Dr. Zegarra Mita, Dr. Guzmán Guzmán **TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**. Revista Paceaña Medicina Familiar 2007; 4 (6): 144-148.

el paciente se centre en variaciones «normales» pensando que son patológicas y aumentando su ansiedad³⁷.

2.6.2 Epidemiología:

Los trastornos somatomorfos son parte de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la práctica médica general, con una prevalencia del 16%³⁸.

Se estima que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa el 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que el 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación³⁹.

Los pacientes somatizadores sufren discapacidades y disminuyen su calidad de vida en forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del ánimo como ansiedad o depresión, con la desventaja que son más persistentes y refractarios al tratamiento médico (71).

³⁷ Dr. Zegarra Mita, Dr. Guzmán Guzmán **TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**. Revista Paceaña Medicina Familiar 2007; 4 (6): 144-148.

³⁸ EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS. Vigilancia Epidemiológica Semana 26, 2007. Págs. 1.

³⁹ Ibid.

2.6.3 Etiología:

- **Factores Genéticos**

Parece ser que existe cierta predisposición para somatización en los familiares de primer grado de sexo femenino⁴⁰.

- **Factores Biológicos**

Determinados estudios demuestran que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores, cierta hiperactividad del locus ceruleus (lo cual disminuiría el umbral del dolor) y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro⁴¹.

2.6.4 Manifestaciones Clínicas

Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo o interfieren en su vida cotidiana. Los síntomas suelen estar asociados a

⁴⁰ Dr. Zegarra Mita, Dr. Guzmán Guzmán **TRASTORNO DE SOMATIZACION**. Revista Paceyña Medicina Familiar 2007; 4 (6): 144-148.

⁴¹ Ibid.

trastornos del estado de ánimo que pueden ser consecuencia de interacciones farmacológicas por tratamientos iniciados de manera independiente por diferentes médicos. Los pacientes con trastorno de somatización suelen ser impulsivos, exigentes y a menudo cumplen los criterios de un diagnóstico psiquiátrico comórbido (71).

En el trastorno de somatización el déficit no es intencionado ni simulado como ocurre en el trastorno facticio (simulación). Como en el trastorno de somatización, los pacientes hipocondríacos tienen antecedentes de malas relaciones con los médicos, surgidas de su convencimiento de que han sido explorados tratados de forma incorrecta o insuficiente (71).

La depresión es citada como uno de los diagnósticos psiquiátricos más comúnmente asociados a los trastornos somatomorfos, el 38% de estos pacientes sufren de depresión (72).

2.6.5 Diagnóstico

El diagnóstico de trastorno de somatización no es simple, ni en servicios del nivel primario ni en los especializados (70). La somatización es con frecuencia un diagnóstico de exclusión, por la dificultad de explicar

médicamente los síntomas somáticos debido al gran número de entidades orgánicas que puedan producirlos⁴².

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV establece criterios diagnósticos para el trastorno de somatización⁴³.

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen,

⁴² Efraín Noguera Alfonso, Hernán Bayona Ortiz, Andrés Dávila. **Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización**. Revista Colombiana de Psiquiatría., Vol. XXXVI / No. 2 / 2007. Págs.: 349-358

⁴³ American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.

dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; dismenorrea, dispareunia, disuria).

2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).

3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

4. Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas dissociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. Ej., drogas o fármacos).

2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

2.6.6 Pronóstico

El trastorno de somatización es una enfermedad por definición crónica y tiene un curso fluctuante que pocas veces remite de manera completa (71).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Muestra

- **Universo:** Pacientes que formen parte del personal administrativo de la PUCE.
- **Muestra:** Empleados administrativos de la PUCE, que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Los guardias nocturnos no formaron parte del estudio.

Total de la muestra: 344 empleados

Criterios de inclusión:

- Personal administrativo de la PUCE que aceptó participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Personal administrativo de la PUCE que no aceptó participar en el estudio.

3.2 Diseño:

Tipo: Estudio Descriptivo Transversal Analítico.

Marco muestral: Empleados administrativos de la PUCE.

Unidad: Pacientes que formen parte del personal administrativo de la PUCE, que cumplan con los criterios de inclusión.

Espacio: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Tamaño: Todos los pacientes que formen parte del personal administrativo de la PUCE, que aceptaron participar en el estudio; total de 344.

3.3 PROCEDIMIENTO

3.3.1 Recolección de información

- Previa explicación del objetivo del estudio, se entregó el consentimiento informado (anexo 1).
- Inmediatamente después de la firma del consentimiento informado, se entregó la encuesta que constó de datos sobre: edad, sexo, estado civil, tipo de familia, disfuncionalidad familiar, y preguntas concernientes a satisfacción laboral, la encuesta estaba organizada en varias secciones con objetivos específicos para cada sección. El

formulario fue realizado por los autores de la investigación (anexo 2).

- Finalmente se aplicó el test GHQ 28 para salud mental (anexo 2) el cual es un test autoadministrado. Los participantes recibieron la encuesta y tuvieron 48 horas para responderla, con el objetivo que la encuesta se respondiera en sus hogares cuando se sintieran cómodos y tuvieran la privacidad necesaria para este tipo de preguntas.

3.3.2 Análisis de Datos

La base de datos fue elaborada en Microsoft Office Excel 2007, los resultados estadísticos fueron obtenidos mediante el paquete SPSS versión 17 en español.

Se realizó un análisis descriptivo para determinar la prevalencia de los factores explorados, los resultados fueron representados en porcentajes encontrando resultados que no siguen una curva de distribución normal. Las correlaciones planteadas entre los puntajes de las subescalas del GHQ 28 y factores sociodemográficos, función familiar, tipo de familia y

satisfacción laboral, se realizaron mediante las pruebas no paramétricas: Kruskal Wallis y U - Mann Whitney.

Se utilizó la medida Odds Ratio: Razón de Momios (OR) para comparar las variables cualitativas incluidas en el estudio, mediante el test de X^2 se obtuvo significancia estadística con un valor de $p < 0,05$ e intervalos de confianza del 95%.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables del estudio:

Todas las variables del estudio fueron categóricas a excepción de la edad, que será analizada como una variable discreta.

En nuestro estudio la variable respuesta o dependiente fue: los Trastornos del ánimo aplicando el Test de Goldberg para depresión y ansiedad en el personal administrativo de la PUCE (23,24).

Las Variables independientes son:

- a) **Factores sociodemográficos:** (edad, sexo, estado civil).

- b) **Disfunción familiar:** Se consiguió los datos mediante la aplicación del test de APGAR familiar (27).

- c) **Tipos de familia:** Se aplico preguntas para evaluar estructura familiar (28).

- d) **Satisfacción Laboral:** Se obtuvo la información mediante preguntas estructuradas para evaluar varios aspectos del medio laboral donde se desenvuelven los participantes del estudio (22).

Cuadro 3. Definición, categorización e indicadores de las variables en estudio.

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	INDICADOR.
Edad	Años de vida cumplidos por el o la participante	Cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos 	Media, desviación estándar, varianza.
Sexo.	Características biológicas, psicológicas y sociales que definen a un ser humano como hombre y mujer.	Cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Proporción.
Estado civil.		Cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> • 0=Soltero/a. • 1=Casado/a. • 2=Unión libre. • 3=Divorciado/a. • 4= Viudo/a. 	Proporción
Tipo de Familia (28)	Personas con las que vive el/la participante: <ul style="list-style-type: none"> a) Nuclear: vive con cónyuge e hijos b) Anuclear: vive solo con hijos c) Extendida: vive actualmente con padres, hermanos y otros miembros de su familia 	Cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> • 0= Nuclear. • 1= Anuclear. • 2= Extendida 	Proporción
Disfuncionalidad familiar (APGAR FAMILIAR)¹³	Es el conjunto de preguntas que permiten diagnosticar a una familia como funcional o disfuncional, de acuerdo al instrumento APGAR familiar, percibido por el encuestado	Cualitativa <ul style="list-style-type: none"> • 0= No • 1= Si 	Proporción

Cuadro 3. Continuación.

Trastornos del ánimo ^(23, 24)	<p>Es el conjunto de síntomas que permiten diagnosticar a una persona que presenta depresión y/o ansiedad. Se utilizará el test GHQ 28.</p> <p>Un puntaje > 5 o más indica un test positivo y < 5 test negativo.</p>	<p>Cualitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0= no presenta • 1= si presenta depresión, ansiedad. 	<p>Proporción</p>
Satisfacción laboral ⁽²²⁾	<p>Se define como el grado en el cual una persona se identifica con su trabajo, participa activamente en él y considera su desempeño importante para la valoración propia</p>	<p>Cualitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0= no presenta • 1= si presenta 	<p>Proporción</p>

3.5 ASPECTOS BIOÉTICOS

Todas las personas que formen parte del estudio fueron previamente informados de su participación en el mismo y se brindó una explicación satisfactoria de los objetivos de la investigación y del problema base que motivó este estudio. Bajo ningún concepto se provocó daño a los participantes, ya sea con intención, por omisión o negligencia. Los participantes firmaron un consentimiento informado y todos los datos e información recabados fueron resguardados bajo el principio de confidencialidad que le asiste a cada uno de las participantes.

3.6 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe trastornos de depresión y/o ansiedad en el personal administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador?

3.7 OBJETIVOS

General:

- Determinar la prevalencia de depresión y/o ansiedad en el personal administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Específicos:

1. Reconocer los principales factores sociodemográficos que se correlacionan con depresión y/o ansiedad.
2. Identificar en que sexo es mayor la prevalencia de depresión y/o ansiedad.

3. Establecer si la depresión y/o ansiedad se correlaciona a disfuncionalidad familiar en los participantes del estudio.
4. Comprobar si el tipo de familia tiene correlación con los niveles de ansiedad y depresión en el personal administrativo de la PUCE.
5. Correlacionar los niveles de ansiedad y depresión con el nivel de satisfacción laboral de los participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción de la población estudiada.

Se estudió una población de 473 empleados administrativos de la PUCE de los cuales 32 no aceptaron participar en el estudio y 97 no se encontraban en el campus universitario, quedando como muestra final 344 participantes, las características de la población estudiada se detalla en el cuadro 4.

Las edades que encontramos en nuestra investigación estuvieron comprendidas entre 22 a 66 años (media de 40 años); desviación típica de 12,81.

Cuadro 4. Características de la población en estudio.

Características		N° Participantes	Porcentaje
Sexo	Masculino	164	47.7%
	Femenino	180	52.3%
Estado civil	Soltero/a	95	27.6%
	Casado/a	210	61.0%
	Unión libre	9	2.6%
	Divorciado/a	28	8.1%
	Viudo/a	2	0.6
Tipo de Familia	Nucleada	225	65.4%
	Anucleada	63	18.3%
	Extendida	53	15.4%
	No responde	3	0.9%
Disfuncionalidad Familiar	Normofuncional	267	77.6%
	Disfuncionalidad familiar leve	53	15.4%
	Disfuncionalidad familiar moderada	24	7.0%
Tipo de Trabajo	Oficina	281	81.7%
	Seguridad	27	7.8%
	Servicios generales	36	10.5%

4.2 Satisfacción Laboral.

En el personal administrativo de la PUCE se encontró que 222 participantes (64.5%) estaban satisfechos con su salario recibido. El 88,9% (n=305) se encontraron satisfechos con el trabajo que realizaban en ese momento.

Las relaciones interpersonales entre los empleados que dependen del trabajador, jefes y compañeros de trabajo, se encontró que el 15,1% (n= 50), 19,9% (n=68) y el 12,2% (n=42), respectivamente estuvieron insatisfechos.

El 48.1% correspondieron a 164 participantes que se encontraron insatisfechos con su posibilidad de ascenso.

En términos generales 267 trabajadores es decir el 77,6% de los participantes estuvieron satisfechos con la organización de la PUCE. Estos datos se encuentran detallados en el cuadro 5.

Cuadro 5. Descripción del nivel de satisfacción laboral en el personal administrativo de la PUCE.

Satisfacción con:	Satisfechos		Insatisfechos	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Salario recibido	222	64.5%	122	35.5%
Trabajo realizado	305	88.9%	38	11.1%
Empleados dependientes	281	84.9%	50	15.1%
Jefes	273	80.1%	68	19.9%
Compañeros	301	87.8%	42	12.2%
Posibilidad de ascenso	177	51.9%	164	48.1%
Organización de la PUCE	267	77.6%	77	22.4%
Satisfacción General con la PUCE	75	21.8%%	266	77.3%

Gráfico 1. Grado de satisfacción laboral en los empleados de la PUCE.



4.3 GHQ -28 (Cuestionario General de Salud de 28 ítems).

Los resultados encontrados mediante esta escala en la población de la PUCE están expuestos en la cuadro 6.

Cuadro 6. Prevalencia de los trastornos mentales en el personal de la PUCE según el test GHQ 28.

		N° Participantes	Porcentaje	Media	D.E.
Somatización	Si	69	20.1%	2.65	2.13
	No	275	79.9%		
Ansiedad	Si	85	24.7%	2.85	2.25
	No	259	75.3%		
Disfunción Social	Si	3	0.9%	1.12	0.80
	No	341	99.1%		
Depresión	Si	16	4.7%	0.67	1.46
	No	328	95.3%		

Se encontró que los puntajes medios en las subescalas del GHQ 28 para somatización fue de \bar{x} = 2.65 (DE 2.13), ansiedad \bar{x} = 2.85 (DE 2.25), disfunción social \bar{x} = 1.12 (DE 0.80) y depresión \bar{x} = 0.67 (DE 1.46).

Los participantes que no tienen pareja presentaron índices más altos en el literal de ansiedad ($p=0.03$) y depresión ($p=0.01$), esta correlación es estadísticamente significativa.

En el contexto de la estructura familiar se encontró diferencia en el literal de ansiedad entre los empleados que tienen una familia nuclear y los que tienen una familia anuclear, hallándose que las familias anucleares tuvieron un índice de puntuación mayor en la escala de ansiedad. ($p=0.00$). Se han resaltado los resultados estadísticamente significativos en el cuadro 7.

Cuadro 7. Comparación del índice promedio en los literales de somatización, ansiedad y depresión entre los diferentes tipos de familia de los participantes.

Variable	Nucleada – Anucleada	Valor de p^a	Nucleada – Extendida	Valor de p^a	Anucleada - Extendida	Valor de p^a
Somatización	2.55-2.90	P=0.21	2.55-2.85	P=0.52	2.90-2.85	P=0.75
Ansiedad.	2.67-3.54	P=0.00	2.67-2.91	P=0.56	3.54-2.91	P=0.09
Depresión.	0.52-1.13	P=0.05	0.52-0.83	P=0.27	1.13-0.83	P=0.53

^a Los valores de p se obtuvieron mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Los participantes que percibieron a su familia como disfuncional presentaron un mayor índice en los literales de ansiedad ($p=0.00$) y depresión ($p=0.00$).

De acuerdo al tipo de trabajo realizado se observó que el trabajo de oficina tiene índice más alto ($p= 0.01$) para depresión en comparación al trabajo de seguridad. Datos similares se encontraron para el literal de somatización ($p= 0.01$). Los trabajadores de servicios generales en comparación con el grupo de seguridad tuvieron índices más altos para depresión en este personal. ($p= 0.03$). Ver Cuadro 8.

Cuadro 8. Comparación del índice promedio en los literales de somatización, ansiedad y depresión entre los diferentes tipos de trabajo de los participantes.

Variable	Oficina – Seguridad	Valor de p^a	Oficina - Servicios Generales	Valor de p^a	Seguridad – Servicios Generales	Valor de p^a
Somatización.	2.79-1.67	0.01	2.79 – 2.31	0.21	1.67 – 2.31	0.26
Ansiedad.	2.94 – 2.0	0.04	2.94 – 2.81	0.86	2.0 – 2.81	0.16
Depresión.	0.76 – 0.07	0.01	0.76 – 0.44	0.63	0.07 – 0.44	0.03

^a Los valores de p se obtuvieron mediante la prueba de U de Mann-Whitney.

4.4 Ansiedad.

De la población encuestada que presentó síntomas ansiosos, el 62.4% (n=53) corresponden al sexo femenino y 37.6% (n=32) al masculino. La relación mujer - hombre fue de 1.65:1 (OR 1.72; IC 95% 1.04 - 2.84; $p=0.03$).

El 44.7% (n=38) de los participantes respondieron tener pareja, no se encontró una correlación significativa ($p=0.06$) entre presentar sintomatología ansiosa y la presencia o no de pareja.

El percibir a la familia como funcional representa 1.99 veces mayor posibilidad de presentar síntomas ansiosos, (OR 1.99; IC 95% 1.15 – 3.44; $p=0.01$). La familia nuclear se correlaciona de una manera significativa con la presencia de los mismos (OR= 1.84; IC 95% 1.11 – 3.05, $p=0.01$).

El riesgo de presentar sintomatología ansiosa, correlacionada con el tipo de trabajo realizado, es 2.2 veces mayor en las personas que desempeñan sus labores administrativas dentro de una oficina. (OR 2.2, IC 95%1.04– 4.72; $p=0.03$)

El presentar síntomas somáticos incrementa 11 veces la posibilidad de presentar ansiedad (OR 11.01, IC 95% 6.05 – 20.03 p = 0.00).

4.4.1 Comparación entre ansiedad y satisfacción laboral.

El 54.1% (n=46) de los participantes con sintomatología ansiosa manifestaron estar satisfechos con el salario que perciben. La insatisfacción salarial produce 1.79 veces mayor posibilidad de presentar síntomas ansiosos (p=0.02). El 84.5% (n=71) respondió estar satisfecho con el tipo de trabajo que realiza.

El 85.7% dijo estar satisfecho con relación entre sus compañeros de trabajo. Además, la satisfacción con la posibilidad de ascenso fue del 38.8% (n=33), la ansiedad es 0.5 veces mayor en las personas se encontraron insatisfechas debida a la imposibilidad de ascenso a nivel profesional (p=0.00). Ver cuadro 9.

Cuadro 9. Relación de la ansiedad con el sexo, estado civil, función familiar, tipo de familia, tipo de trabajo, satisfacción laboral y somatización.

		ANSIEDAD		TOTAL	Valor p	OR.	IC 95%
		SI	NO				
SEXO	FEMENINO	53	127	180	0.03	1.72	1.04
	MASCULINO	32	132	164			-
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	38	87	125	0.06	1.59	0.97
	CON PAREJA	47	172	219			-
FUNCION FAMILIAR	DIS				0.01	1.99	
	FUNCIONAL	28	51	79			1.15
	NORMO FUNCIONAL	57	207	264			-
TIPO DE FAMILIA	OTROS TIPOS DE FAMILIA	38	78	116	0.01	1.84	1.11
	NUCLEADA	47	178	225			-
TIPO DE TRABAJO	OFICINA	205	76	281	0.03	2.22	1.04
	OTROS TIPOS DE TRABAJO	54	9	63			-

Cuadro 9. Continuación

SATIFAC CION LABORAL	INSATISFECHOS	56	210	266	0.00	0.44	0.25
	SATISFECHOS	28	47	75			-
SOMATI ZACION.	Si	45	24	69	0.00	11.01	6.05
	No	40	235	275			-
							20.03

4.5 Depresión.

Del total de participantes que presentaron síntomas depresivos, el 43.8% (n= 7) pertenecen al sexo femenino y el 56.2% (n= 9) al masculino, encontramos que no existe correlación entre el sexo y depresión ($p=0.48$).

El 75% (n= 12) expresó no tener pareja, se encontró una fuerte correlación entre la presencia o no de pareja y sintomatología depresiva (OR 5.7, IC 95% 1.80 – 18.10, $p= 0,00$) además, el 62.5% (n= 10) percibe a su familia como disfuncional. (OR 6.23, IC 95% 2.18 – 17.74, $p= 0.00$). Es decir que los síntomas depresivos se presenten 6 veces más en las familias disfuncionales.

El 37.5% (n= 6) de encuestados que presentaron síntomas depresivos viven en una familia nuclear y el 62.5% (n= 10) manifestaron vivir en una familia de otro tipo (anucleada o extendida), siendo 3 veces mayor posibilidad de manifestar síntomas depresivos en comparación con los participantes que viven en una familia nuclear (OR 3.44; IC 95% 1.21 – 9.72; $p=0.01$).

En relación al tipo de trabajo, la totalidad de participantes con sintomatología depresiva desempeñaban labores de oficina y no se encontró una relación significativa ($p=0.05$).

El presentar síntomas somáticos incrementa 3 veces la posibilidad de presentar depresión (OR 3.33 IC 95% 1.19 – 9.30 $p= 0.00$).

4.5.1 Comparación entre depresión y satisfacción laboral.

El 43.8% (n= 7) respondieron estar satisfechos con el salario percibido. La satisfacción en base a las relaciones interpersonales en el trabajo fue del 81.3% (n=13). De acuerdo a las posibilidades de ascenso el 62.5% (n= 10) se encontraron insatisfechos ($p= 0.23$).

El nivel de satisfacción laboral en todos los ámbitos estudiados en la PUCE fue del 56.3% (n= 9), por otro lado quienes manifestaron insatisfacción representaron el 43.7% (n=7) (p= 0.00). Ver cuadro 10.

Cuadro 10. Relación de depresión con el sexo, estado civil, función familiar, tipo de familia, tipo de trabajo, satisfacción laboral y somatización.

		DEPRESIÓN		TOTAL	Valor p	OR.	IC 95%
		SI	NO				
SEXO	FEMENINO	7	173	180	0.48	0.69	0.25
	MASCULINO	9	155	164			-
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	12	113	125	0.00	5.70	1.80
	CONPAREJA	4	215	219			-
FUNCION FAMILIAR	DIS	10	69	79	0.00	6.23	2.18
	FUNCIONAL						-
	NORMO FUNCIONAL	6	258	264			17.74
TIPO DE FAMILIA	OTROS TIPOS DE FAMILIA	10	106	116	0.01	3.44	1.21
	NUCLEADA	6	219	225			-

Cuadro 10. Continuación

TIPO DE TRABAJO	OFICINA	16	265	281	0.05	0.94	0.91
	OTROS TIPOS DE TRABAJO	0	63	63			-
SATISFACCIÓN LABORAL	INSATISECHO	8	258	266	0.00	0.26	0.09
	SATISFECHO	8	57	75			-
SOMATIZACIÓN	SI	7	62	69	0.01	3.33	1.19
	NO	9	266	275			-

CAPÍTULO V

5.1 . DISCUSIÓN

La salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las persona afectadas por dichos trastornos.

Este es el primer estudio realizado en la PUCE el cual nos permite conocer el perfil epidemiológico de la salud mental en los trabajadores administrativos, su relación con la satisfacción laboral y el ambiente familiar.

Al analizar la prevalencia de dichos trastornos, se encontró que el 24.7% de los participantes presentan ansiedad y el 4.7% depresión. Estos datos son similares a los expuestos en el Eurobarometro⁴⁴, en el cual se encontró que los porcentajes estimados de prevalencia/año y prevalencia/vida para los trastornos de ansiedad fueron de 10.6 y 16.6% respectivamente. Si los estudios se realizaran entre personas que acuden

⁴⁴ The European Opinion Research Group. **The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2.** [documento Internet]. Brussels. 2003.

a consulta de atención primaria, la prevalencia aumentaría, oscilando entre el 20 y 40%.

En un estudio realizado por Kohn y cols. en América Latina⁴⁵ se encontró una prevalencia media para depresión de 8.7% en algún momento de la vida, 4.9% en el año precedente y un 4.3% en el momento actual (mes presente).

Kessler y cols.⁴⁶ encontró una prevalencia de depresión de 4.9%, similar a la encontrada en nuestro estudio. Nos llama la atención la mayor prevalencia de depresión en hombres que fue del 56.2%, lo que difiere con lo reportado en un estudio realizado en la población Colombiana⁴⁷, en donde se encontró una razón para depresión mujer a hombre de 2:1.

Encontramos que las mujeres presentaron mayor sintomatología ansiosa, este hallazgo es similar a lo reportado en el estudio realizado por Molarius

⁴⁵ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. **Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública.** Rev Panam Salud Pública. 2005;18(4/5):229–40.

⁴⁶ Kessler R, Berglund P, Demler O. **The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).** JAMA 289: 3095.3105, 2003

⁴⁷ Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. **Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana.** Rev Panam Salud Pública. 2004;16(6):378–86.

y cols.⁴⁸ en el cual el 40% de las mujeres y el 30% de hombres reportaron estar ansiosos.

No se encontró una correlación significativa entre el tener o no pareja y la sintomatología ansiosa. Esto difiere con la información hallada en el estudio antes mencionado⁴⁹ en el que se manifiesta que el no tener pareja representa 2 veces mayor posibilidad de presentar síntomas ansiosos o depresivos.

En nuestra investigación encontramos que 2 de cada 3 participantes con síntomas depresivos respondieron no tener pareja. Siendo ésta una considerable correlación ya que el no tener pareja incrementa 5 veces más la posibilidad de presentar dicha sintomatología.

El riesgo de presentar síntomas ansiosos aumenta 1.79 veces en el personal que manifiesta insatisfacción salarial, datos comparables se

⁴⁸ Molarius, Berglund, C. Eriksson, H. Eriksson, Lindén-Boström, Nordström, Persson, Sahlqvist, Starrin, Ydreborg, **Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden.** BMC Public Health.2009; 9: 302.

⁴⁹ Ibid.

encontraron en “*The Health 2000 Study*”⁵⁰ en el cual el riesgo de tener ansiedad o depresión es 2.8 veces mayor en quienes no están satisfechos con sus salario.

Se encontró relación entre familia nucleada, funcional y sintomatología ansiosa, el 67.1% de la población ansiosa percibe a su familia como funcional y el 55.3% manifestó pertenecer a una familia nucleada. Estos datos no se comparan con la información encontrada respecto al tema, que relaciona la estructura familiar alterada y disfunción familiar con un mayor nivel de ansiedad.

Los participantes que tienen familias anucleares o extendidas disfuncionales corresponden al 62.5% de los encuestados deprimidos; información similar a la descrita en la literatura.

Tres de cada cuatro trabajadores administrativos de la PUCE manifestaron estar satisfechos laboralmente es decir el 77.3%, en el estudio realizado

⁵⁰ Virtanen M, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T, Vahtera J, Ahola K, Lönnqvist J. **Contribution of non-work and work-related risk factors to the association between income and mental disorders in a working population: the Health 2000 Study.** Occupational Environment Medicine. 2008; 65(3):171-8.

en la Universidad Peruana de los Andes⁵¹, el 55.5% afirmó que la UPLA si satisfacía sus necesidades en el ámbito laboral.

En el estudio salud mental y satisfacción laboral ⁵² se llegó a la conclusión que los sujetos con mayor ansiedad y depresión reportaron menores niveles de satisfacción laboral.

⁵¹ Gutiérrez F. **Motivación, Desempeño y Satisfacción Laboral del Potencial Humano en la Universidad Peruana Los Andes.** Revista universitaria. Págs. 1-13.

⁵² Mo Siu-Mei Lee, Ming-Been Lee, Shih-Cheng Liao, Fu-Tien Chiang. **Relationship Between Mental Health and Job Satisfaction Among Employees in a Medical Center Department of Laboratory Medicine.** Elsevier & Formosan Medical Association. 2009. 146 –154.

5.2 CONCLUSIONES

- Mediante este estudio pudimos llegar a la conclusión que la ansiedad tuvo una prevalencia de 24.7%, encontrándose que 1 de cada 4 trabajadores presentan ésta sintomatología. La depresión tuvo una prevalencia de 4.7%.
- La razón mujer a hombre para presentar síntomas ansiosos fue de 1.65 : 1.
- La ausencia de pareja incrementa seis veces más la posibilidad de presentar sintomatología depresiva.
- Las familias anucleares y/o extendidas junto a la disfuncionalidad familiar incrementan tres y seis veces respectivamente la posibilidad de presentar sintomatología depresiva.
- Encontramos que los niveles de ansiedad son mayores en el personal de la PUCE que trabajan en una oficina en comparación con los empleados de servicios generales y seguridad.
- La totalidad de participantes deprimidos trabajan dentro de una oficina. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa.

- La insatisfacción laboral general constituye un factor de riesgo para presentar ansiedad y/o depresión.
- Dos de cada tres encuestados ansiosos, no se encuentran satisfechos laboralmente. Asimismo uno de cada dos encuestados deprimidos no lo está.

5.3 RECOMENDACIONES

- La prevalencia de la morbilidad psiquiátrica en el lugar de trabajo es alta. Es recomendable realizar una detección temprana a través de cuestionarios auto-administrados, y así tomar medidas necesarias de prevención y tratamiento.
- Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, por lo cual sugerimos realizar tamizajes periódicos para detectar cualquier anomalía futura.
- Recomendamos realizar estudios complementarios que aporten al análisis de factores de riesgo que permitan establecer la relación que existe entre ansiedad y familias funcionales.

5.4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Zúniga A, Sandoval M, Urbina C, Juárez N, Villaseñor S. **Los trastornos del estado de ánimo.** Revista Digital Universitaria Vol 6: 3, 2005.
2. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. **Ministerio de La Protección Social.** República de Colombia, p 11 – 57, 2003.
3. Lexis M, Jansen N, van Amelsvoort L, van de Brandt P, Kant I. **Depressive Complaints as a Predictor of Sickness Absence Among the Working Population.** Journal of Occupational and Environmental Medicine 51: 887-895, 2009.
4. Kessler R, Berglund P, Demler O. **The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).** JAMA 289: 3095-3105, 2003
5. Lyness J, Schwenk T, Sokol N. **Depression: Epidemiology and pathogenesis UpToDate[17.1].** 2009. Waltham, MA, EEUU. Ref Type: Computer Program.
6. Burton W, Conti D. **Depression in the Workplace: The Role of the Corporate Medical Director.** Journal of Occupational and Environmental Medicine 50:476–481, 2008.
7. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. **Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica.** Revista Colombiana de Psiquiatría 34: 506-514, 2005.

8. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M. **Effect of age at onset on the course of major depressive disorder.** American Journal Psychiatry 10: 1539-1546, 2007.
9. Belmaker R, Agam G. Major **Depressive Disorder: Review Article.** The New England Journal of Medicine 358: 55, 2008.
10. Bonde J. **Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence.** Occupational and environmental Medicine 65: 438-445, 2008.
11. Siegrist J. **Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies.** European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 258: 115-119, 2008.
12. Papakostas G, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg A, Fava M. **Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature.** General Hospital Psychiatry 26: 13-17, 2004.
13. Adler D, McLaughlin T, Rogers W, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. **Job performance deficits due to depression.** The American Journal of Psychiatry 163: 1569-1576, 2006.
14. Ormel J. et al. **Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care.** JAMA. 1994; 272:1741-1748.

15. The European Opinion Research Group. ***The Mental Health Status of the European Population***. Eurobarometer 58.2. [documento Internet]. Brussels. 2003.
16. Gallo J, Bogner H, Edward P, Have T, Bruce M. **Depression, Cardiovascular Disease, Diabetes, and Two-Year Mortality Among Older, Primary-Care Patients**. The American Journal of Geriatric Psychiatry 13: 748-755, 2005.
17. Dennis S, Charney K, Husseini K. **Life Stress, Genes, and Depression: Multiple Pathways Lead to Increased Risk and New Opportunities for Intervention**. Science Signaling 225: 1-11, 2204.
18. Oquendo M, Galfalvy H, Russo S, Ellis S, Grunebaum M, Burke A, Mann J. **Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder**. The American Journal of Psychiatry 161: 1433-1441, 2004.
19. Kroenke K. et al. ***Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection***. Annals of Internal Medicine. 2007; 146:317-325.
20. **Número de Casos Notificados y Tasas de Incidencia Anual de Depresión según provincias y regiones, Ecuador 1998-2007**. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Vigilancia Epidemiológica.
21. Fan AZ, Strine TW, Huang Y, Murray MR, Musingo S, Jiles R, et al. **Self-rated depression and physician-diagnosed depression and**

anxiety in Florida adults: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006. Preventing Chronic Diseases 2009, volumen 6 N°1.

- 22.C. Donald Williams, MD, Ronald Schouten, MD, JD. **Assessment of Occupational Impairment and Disability from Depression.** American College of Occupational and Environmental Medicine, Volume 50, Number 4, 441 – 450 April 2008.
- 23.De la Revilla AhumadaL, De los Ríos Alvarez A, Luna del Castillo J. **Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia.** Atención Primaria 33(8):417-25, 2004.
- 24.Retolaza Balsategui A, Mostajo A, De la Rica J, Díaz de Garramiola A, Pérez de Loza. **Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria.** Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Vol. XIII: 187-194, 1993.
- 25.Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias, **Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado,** Organización Mundial Salud 2004; 1 – 63.
- 26.Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. **Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública.** Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4/5):229–40.

27. Bellón Saameño J, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Lardelli C. **Validity and reliability of the Apgar-family questionnaire on family function.** Revista de Atención Primaria 18: 289-296, 1996.
28. **Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces.** Reporte del Programa Cepal de Las Naciones Unidas. Santiago de Chile, p 43-64, 2004.
29. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
30. Molarius, Berglund, C. Eriksson, H. Eriksson, Lindén-Boström, Nordström, Persson, Sahlqvist, Starrin, Ydreborg, **Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden.** BMC Public Health. 2009; 9: 302.
31. Cooper H, Arber S, Fee L, Ginn J. **The influence of social support and social capital on health. A review and analysis of British data.** London: Health Education Authority; 1999.
32. J. Wang, A. Lesage, N. Schmitz, A. Drapeau. **The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study.** Journal Epidemiology Community Health 2008. Pág. 42-47.

33. Allen TD, Herst DE, Bruck CS, et al. **Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research.** J Occup Health Psychol 2000;5:278–308.
34. Kossek EE, Ozeki C. **Work–family conflict policies and the job–life satisfaction relationship: a review and directions for future organizational behavior-human resources research.** J Appl Psychol 1998;83:139–49.
35. Wang J. **Perceived work stress, imbalance between work and family/personal life, and mental disorders in the Canadian working population.** Society Psychiatry Epidemiology 2006;41:541–8.
36. Mo Siu-Mei Lee, Ming-Been Lee, Shih-Cheng Liao, Fu-Tien Chiang. **Relationship Between Mental Health and Job Satisfaction Among Employees in a Medical Center Department of Laboratory Medicine.** Elsevier & Formosan Medical Association. 2009. 146 –154.
37. Shigemi et al. **The relationship between job stress and mental health at work.** Industry Health 1997; Pág. 35.
38. OMS. **Prevención de los trastornos mentales.** 2004. Págs. 1–64.
39. César Ojeda, **Historia y redescrición de la angustia clínica** Revista Chilena de Neuro Psiquiatria 2003; 95-102.
40. OMS. **Invertir en salud mental.** 2004. Págs. 1–52.
41. Antonio Lobo, **Validity of the scaled version of the general questionnaire (QHQ 28) in spanish population.** Psychological medicine, 1986, 16, Pág.135 -140.

42. Bulbena A, Ibarra N, Ballesteros J y Gago J. **Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria.** En: Vázquez Barquero JL. *Psiquiatría en atención primaria.* 2ª ed. Grupo aula médica S.L.; 2008. Pág.117.
43. Montón C, Pérez Echeverría MI, Campos R y cols.: **Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg GHQ 28: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico.** *Atención Primaria.* 1993; 12(6):345-9.
44. Elizabeth I. Martin, PhD^{a,*}, Kerry J. Ressler. **The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology.** National Institute of Health (NIH). 2009 Pages. 550-571.
45. **Anxiety At The Frontier Of Molecular Medicine.** New England Journal of Medicine, Vol. 344, No. 16. 2001 Págs. 1247,1250
46. Ormel J. et al. **Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care.** *JAMA.* 1994; 272:1741-1748.
47. Demertzis KH. et al. **Anxiety in primary care.** *Current Psychiatry Reports.* 2006; 8:291- 297.

48. Kroenke K. et al. **Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection.** *Annals of Internal Medicine.* 2007; 146:317-325.
49. The European Opinion Research Group. **The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2.** [documento Internet]. Brussels. 2003.
50. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. **Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature.** *Canadian Journal Psychiatry.* 2006; 51:100–113.
51. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. **Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España.** *Medicina Clínica (Barc).* 2006; 126(12):445-51.
52. Roy-Byrne PP. **Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: association with disability and health care utilization.** *The Journal of Clinical Psychiatry.* 1996; 57 (Supl 7): 86-91.
53. Härter M, Conway K, Merikangas K. **Associations between anxiety disorders and physical illness.** *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2003; 253:313-20.

54. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. **Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions.** Archives of Internal Medicine. 2006;166:2109-16.
55. Andrea Becerra, Cristina Madalena, Célio Estanislau, Javier Rodríguez, Henrique Dias. **Ansiedad Y Miedo: Su Valor Adaptativo Y Maladaptaciones.** *Revista Latinoamericana de Psicología* 2007, volumen 39, No 1, 75-81
56. Gross C, Hen R. **The development origins of anxiety.** Nature Reviews Neuroscience. 2005; 5: 545-552.
57. **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.** Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
58. Lobo A, Campos R. **Factores etiopatogénicos. En: Trastornos de ansiedad en atención primaria.** Madrid: Editorial EMISA; 1997. Pág.41-76.
59. Lyness J, Schwenk T, Sokol N. **Depression: Epidemiology and pathogenesis** UpToDate[17.1]. 2009. Waltham, MA, EEUU. Ref Type: Computer Program.

60. Lyness JM; Caine ED; King DA; Cox C; Yoediono Z]. **Psychiatric disorders in older primary care patients.** Journal of General Internal Medicine. 1999; 14: 249 – 254.
61. Zisook S; Lesser I; Stewart JW; Wisniewski SR; Balasubramani GK; Fava M; Gilmer WS; Dresselhaus TR; Thase ME; Nierenberg AA; Trivedi MH; Rush AJ. **Effect of age at onset on the course of major depressive disorder.** The American Journal of Psychiatry. 2007; 164: 1539 – 1546.
62. Beekman AT; Deeg DJ; Smit JH; Comijs HC; Braam AW; de Beurs E; van Tilburg W **Dysthymia in later life: a study in the community.** Journal of Affective Disorders. 2004; 81: 191 – 199.
63. Eaton WW; Shao H; Nestadt G; Lee BH; Bienvenu OJ; Zandi P **Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder.** Archives of General Psychiatry. 2008; 65: 513 - 520.
64. Lyness JM; Heo M; Datto CJ; Ten Have TR; Katz IR; Drayer R; Reynolds CF 3rd; Alexopoulos GS; Bruce ML. **Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings.** Annals of Internal Medicine. 2006. 144; 496 – 504.
65. Pincus HA; Pettit AR. **The societal costs of chronic major depression.** The journal of clinical Psychiatry. 2001; 62 (Supl 6):5-9.
66. Gallo JJ; Bogner HR; Morales KH; Post EP; Ten Have T; Bruce ML. **Depression, cardiovascular disease, diabetes, and two-year**

- mortality among older, primary-care patients.** The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2005; 13:748 - 55.
67. Conwell Y; Duberstein PR; Caine ED. **Risk factors for suicide in later life.** Biological Psychiatry. 2002; 52: 193 – 204.
68. Adler DA; McLaughlin TJ; Rogers WH; Chang H; Lapitsky L; Lerner D. **Job performance deficits due to depression.** The American Journal of Psychiatry. 2006; 163: 1569 – 1576.
69. Henkel V; Mergl R; Coyne JC; Kohnen R; Allgaier AK; Ruhl E; Moller HJ; Hegerl U. **Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences.** Journal of Affective Disorders. 2004; 83 (2-3): 237 – 242.
70. Efraín Noguera Alfonso, Hernán Bayona Ortiz, Andrés Dávila. **Un caso de un trastorno somatomorfos por somatización.** Revista Colombiana de Psiquiatría., Vol. XXXVI / No. 2 / 2007. Págs.: 349-358.
71. Dr. Zegarra Mita, Dr. Guzmán Guzmán **TRASTORNO DE SOMATIZACION.** Revista Paceyña Medicina Familiar 2007; 4 (6): 144-148.
72. **Epidemiología De Los Trastornos Somatomorfos.** Vigilancia Epidemiológica Semana 26, 2007. Págs. 1-3.
73. Vázquez C, Sanz J. *Manual de Psicopatología: Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos.* Madrid: MacGraw. Vol 2,2. Pags. 233-269.

74. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz- Granados N. **Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana.** Rev Panam Salud Pública. 2004;16(6):378–86.
75. Virtanen M, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T, Vahtera J, Ahola K, Lönnqvist J. **Contribution of non-work and work-related risk factors to the association between income and mental disorders in a working population: the Health 2000 Study.** Occupational Environment Medicine. 2008; Págs.171-8.

APÉNDICE

Anexo 1.

Código: _____

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR TESIS DE GRADO

Tema: Factores asociados a los Trastornos del Ánimo en el personal administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Investigadores:

- María Fernanda Arellano Yépez, Egresado Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Carlos Francisco Riofrío Andaluz, Egresado Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Yo, (código) _____, he sido informado/a sobre la finalidad del presente estudio y sobre la manera como se recolectará la información para el mismo. Dicha información servirá para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado: "Factores condicionantes de los Trastornos del Ánimo en el personal administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador" De la misma manera, he recibido información sobre los beneficios que el proyecto antes mencionado aportará para lograr un manejo más integral del personal administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

He sido también informado/a de la confidencialidad de mis datos personales, los cuales serán incluidos en un fichero y protegidos con las garantías de la ley.

En estas circunstancias, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para mi participación en este estudio, y para que la información provista por mi persona sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma participante: _____ **Firma investigador:** _____

Quito, a _____ de _____ de 200____.

Anexo 2

Código: _____

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Edad: _____ años

Estado civil: soltera/o _____ casada/o _____ divorciada/o _____ viuda/o _____ unión libre _____

- Este grupo de 6 preguntas están relacionadas a su vida familiar. Marque con una X una sola de las alternativas.

1. ¿Con quién vive usted?

- a. Con cónyuge e hijos _____
- b. solamente con hijos _____
- c. Cónyuge, hijos y otros miembros de su familia _____
- d. Solo/a _____

2. ¿Está satisfecho/a con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Nunca _____ A veces _____ Siempre _____

3. ¿Discute con su pareja los problemas que tienen en el hogar?

Nunca _____ A veces _____ Siempre _____

4. ¿Las decisiones importantes las toman en conjunto?

Nunca _____ A veces _____ Siempre _____

5. ¿Está satisfecho/a con el tiempo que permanecen juntos?

Nunca _____ A veces _____ Siempre _____

6. ¿Siente que su familia le quiere?

Nunca _____ A veces _____ Siempre _____

- Estas preguntas nos permitirán evaluar su estado de ánimo más predominante. Reflexione **SI DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS** se han presentado algunos de los síntomas que se citan. Por favor, conteste todas las preguntas

A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y con mucha vitalidad?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A3. ¿Se ha sentido totalmente agotado y sin fuerzas?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A4. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A5. ¿Ha sentido dolores de cabeza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A6. ¿Ha sentido opresión en la cabeza, como si le fuera a estallar?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A7. ¿Ha sentido oleadas de calor o escalofríos?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B1. ¿Continuamente, sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B2. ¿Ha tenido dificultad para tener una noche de sueño continuo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B3. ¿Se siente constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B4. ¿Sus nervios están a flor de piel y frecuentemente se encuentra malhumorado?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
C2. ¿Le cuesta más trabajo que lo habitual hacer las cosas cotidianas?	Menos tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de estar haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
C5. ¿Siente que su vida es útil?	Más útil que lo habitual	Igual de útil que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
C7. ¿Disfruta las actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no sirve para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
D2. Últimamente, ¿ha estado viviendo sin esperanza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de abandonar todo?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado
D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios destrozados?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
D6. ¿Ha deseado estar muerto?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
D7. ¿Ha pensado en quitarse la vida?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado

- Por último, estas 8 preguntas están relacionadas con su trabajo y su nivel de satisfacción en los siguientes aspectos.

¿Está satisfecho con su salario?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
¿Con el tipo de trabajo que realiza?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
¿Con los empleados que dependen de usted?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
¿Con sus jefes y superiores?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
¿Con sus compañeros?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
¿Con sus posibilidades de ascenso?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
¿Con la organización de la PUCE?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
¿En general, qué nivel de satisfacción siente con la PUCE?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho