

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



**“APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA VALORAR DEPRESIÓN,
ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN LOS MESES DE
JULIO-AGOSTO DEL 2016”**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORES:

**BOLÍVAR FERNANDO MONTENEGRO BOLAÑOS
SEBASTIÁN GABRIEL YUMISEVA MARÍN**

DIRECTOR

M.Sc. ANA MARÍA TROYA ZULETA

QUITO, 2016

A nuestros padres por su apoyo.

A nuestros pacientes que son el fin de nuestro esfuerzo.

Bolívar Montenegro

A nuestras familias por la paciencia hasta lograr el objetivo deseado.

*Al profesional de salud y estudiantes que puedan tomar como ejemplo nuestra
investigación como pauta para futuros proyectos.*

Sebastián Yumiseva

AGRADECIMIENTOS

A Dios por conducir nuestras vidas.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por moldear nuestra profesión.

Al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo por facilitar esta investigación.

A la Master Ana María Troya por su desinteresada ayuda, que sin su colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

A nuestras familias por el apoyo incondicional a lo largo de estos años.

Bolívar Montenegro

A nuestras familias por el apoyo incondicional brindado a lo largo de estos años de estudio.

A nuestros amigos por ser parte de este largo camino de formación profesional.

Al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo por favorecernos con la experiencia pre profesional, que pudimos vivir durante un año y abrimos las puertas para que podamos cumplir con el proyecto de investigación.

A nuestra tutora, Ana María Troya Zuleta por darnos la confianza, apoyo, respaldo exigencia e intervención necesaria para culminar con este proyecto con las normas y tiempo correspondiente.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por ser la base de nuestra enseñanza y formación.

Sebastián Numiseva

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
-----------------------	---

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. DEPRESIÓN	3
2.1.1. Definición	3
2.1.2. Fisiopatología	3
2.1.2.1. Factores genéticos	4
2.1.2.2. Factores químicos	5
2.1.2.3. Factores psicosociales	7
2.1.3. Epidemiología	8
2.1.4. Clasificación	9
2.1.4.1. Trastorno depresivo mayor	10
2.1.4.2. Trastorno depresivo persistente (Distimia)	12
2.1.4.3. Trastorno disfórico premenstrual	12
2.1.5. Criterios para valorar depresión	13
2.1.6. Clínica del trastorno depresivo	15
2.2. ANSIEDAD	15
2.2.1. Definición	15
2.2.2. Epidemiología	16
2.2.3. Clasificación	18
2.2.3.1. Trastorno de ansiedad por separación	18
2.2.3.2. Mutismo selectivo	18
2.2.3.3. Fobia específica	19
2.2.3.4. Trastorno de ansiedad social (Fobia social)	19
2.2.3.5. Trastorno de pánico	20
2.2.3.6. Agorafobia	20
2.2.3.7. Trastorno de ansiedad generalizada	20
2.2.3.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos	21
2.2.3.9. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	21
2.2.4. Criterios diagnósticos ansiedad generalizada	22
2.3. ESTRÉS LABORAL	23
2.3.1. Definición	23

2.3.2. Epidemiología	24
2.3.2.1. Efectos del estrés laboral en individuos	25
2.3.3. Clasificación	26
2.4. AUTOMEDICACIÓN	28
2.5. ESCALA DASS-21	30
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	36
3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	36
3.2. OBJETIVOS	36
3.2.1. Objetivo general	36
3.2.2. Objetivos específicos	37
3.3. HIPÓTESIS	37
3.4. TIPO DE ESTUDIO	38
3.5. MUESTRA	38
3.5.1. Criterios de inclusión y exclusión	39
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA	39
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	41
3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS	41
CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS	43
4.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	43
4.2. ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES	48
CAPÍTULO V	
5. DISCUSIÓN	61
CAPÍTULO VI	
6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	66
6.1. CONCLUSIONES	66
6.2. RECOMENDACIONES	66
6.3. LIMITACIONES	68
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

8. FIGURAS	74
9. ANEXOS	95

LISTA DE ABREVIATURAS

5HTT: Cinco hidroxitriptamina.

AMPc: Adenosin Monofosfato cíclico.

APA: American Psychological Association.

ARCSA: Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria.

ARNm: Ácido Ribonucleico Mensajero

CIE10: Clasificación internacional de enfermedades, décima versión.

COIP: Código Orgánico Integral Penal.

DASS-21: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

ECA: Epidemiological Catchment Areas.

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.

GSK: Enzima glicógeno-sintetasa kinasa.

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PET: Tomografía por emisión de positrones.

PKC: Protein kinasa.

RMNF: Resonancia magnética nuclear funcional.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Frecuencias y porcentajes de la variable Sexo	43
Tabla 2.	Frecuencias y porcentajes de la variable Grupos etarios	43
Tabla 3.	Frecuencias y porcentajes de la variable Estado civil	44
Tabla 4.	Frecuencias y porcentajes de la variable Profesión	44
Tabla 5.	Frecuencias y porcentajes de la variable Área de servicio	45
Tabla 6.	Frecuencias y porcentajes de la variable Depresión	45
Tabla 7.	Frecuencias y porcentajes de la variable Grado de Depresión	46
Tabla 8.	Frecuencias y porcentajes de la variable Ansiedad	46
Tabla 9.	Frecuencias y porcentajes de la variable Grado de Ansiedad	46
Tabla 10.	Frecuencias y porcentajes de la variable Estrés	47
Tabla 11.	Frecuencias y porcentajes de la variable Grado de Estrés	47
Tabla 12.	Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión con la variable Sexo	48
Tabla 13.	Resumen del análisis de contingencia de la variable Grado de Depresión con la variable Grupos etarios	49
Tabla 14.	Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión y la variable Estado civil	50
Tabla 15.	Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión con la variable Profesión	51
Tabla 16.	Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión con la variable Área de Servicio	51
Tabla 17.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Sexo	52
Tabla 18.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Grupos etarios	53
Tabla 19.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Estado civil	54
Tabla 20.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Profesión	55
Tabla 21.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Área de Servicio	56
Tabla 22.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés y Sexo	57

Tabla 23.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés y Grupo etarios	57
Tabla 24.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés y Estado civil	58
Tabla 25.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés con Profesión	59
Tabla 26.	Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Área de servicio	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución observada en el estudio para la variable Sexo	74
Figura 2.	Distribución observada en el estudio para la variable Grupo etario	74
Figura 3.	Distribución observada en el estudio para la variable Estado civil	75
Figura 4.	Distribución observada en el estudio para la variable Profesión ...	75
Figura 5.	Distribución observada en el estudio para la variable Área de servicio	76
Figura 6.	Distribución observada en el estudio para la variable Depresión ..	76
Figura 7.	Distribución observada en el estudio para la variable Grado de Depresión	77
Figura 8.	Distribución observada en el estudio para la variable Ansiedad ...	77
Figura 9.	Distribución observada en el estudio para la variable Grado de Ansiedad	78
Figura 10.	Distribución observada en el estudio para la variable Estrés	78
Figura 11.	Distribución observada en el estudio para la variable Grado de estrés	79
Figura 12.	Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Sexo	80
Figura 13.	Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Grupo etario	81
Figura 14.	Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Estado civil	82
Figura 15.	Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Área de servicio	83
Figura 16.	Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Profesión	84
Figura 17.	Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Sexo	85
Figura 18.	Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Grupo etario	86
Figura 19.	Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Estado civil	87

Figura 20.	Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Área de servicio	88
Figura 21.	Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Profesión	89
Figura 22.	Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Sexo	90
Figura 23.	Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Grupo etario	91
Figura 24.	Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Estado civil	92
Figura 25.	Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Área de servicio	93
Figura 26.	Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Profesión	94

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado	95
Anexo 2. Encuesta a los profesionales de la salud del Hospital De Especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio - Agosto del 2016	97
Anexo 3. Escala DASS-21	98

RESUMEN

En la actualidad, la Depresión, la Ansiedad y el Estrés son enfermedades frecuentes a nivel laboral. En nuestro país existen pocos estudios relacionados con este tema, situación que nos llevó a investigar este grave problema en el área de salud pública. La finalidad del presente trabajo es determinar el grado de estrés al que están sometidos los profesionales de la salud investigados y las recomendaciones con las que se podría intervenir para trabajar en el problema. **Objetivo:** Identificar si existe Depresión, Ansiedad y Estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo mediante el empleo de la escala DASS-21 en los meses de julio-agosto 2016. **Métodos:** Se estudiaron 93 médicos y 88 enfermeras de Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos por los investigadores. Se aplicó una encuesta de 21 ítems para determinar la presencia de Depresión, la Ansiedad y Estrés en los profesionales de la salud. **Resultados:** El sexo masculino se presentó en un 40.33%, mientras que el femenino fue del 59.67%, además la mayor cantidad de participantes se encontró entre las edades de 28-35 años (43.65%), seguido por el grupo de 22-27 años (30.39%), de igual forma se obtuvo mayor cantidad de participantes solteros (48.07%), seguido por los casados (39.78%). La prevalencias encontradas con la escala DASS-21 fueron en depresión del 55.2%, ansiedad un 36.46% y un 9.94% para estrés en los profesionales de salud del HEEE. El sexo femenino fue el que mayor prevalencia reportó. Los grupos etarios que reportaron mayor prevalencia de estas psicopatologías fueron el de 28-35 años, y el de mayores de 46 años, siendo este último que se observó mayor prevalencia de los grados severo y extremo. **Conclusiones:** De los tres trastornos psicopatológicos estudiados el que se presentó en mayor porcentaje fue depresión, seguido de ansiedad y por último el estrés. Se observó mayor depresión en profesionales de medicina que de

enfermería. El grado de depresión que más profesionales presentó fue el moderado, seguido por los grados leve, severo y extremo en ambas profesiones. Además se conoció mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos en el sexo femenino.

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Estrés, Escala DASS-21, Medicina, Enfermería.

ABSTRACT

Nowadays Depression, Anxiety and Stress are common pathologies at work level. There are few studies in our country related to this topic, situation that leads us to research this serious problem in public health area. The purpose of this study is to show the degree of stress at work, felt by the health professionals and give recommendations that could help solve the problem. **Objective:** Identify the presence of Depression, Anxiety and Stress in the health professionals in the Hospital de Especialidades Eugenio Espejo using the DASS-21 scale in the months of July-August 2016. **Methods:** They were studied 93 physicians and 88 nurses of the Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de Quito that met the inclusion and exclusion criteria proposed by researchers. A survey of 21 items was applied to determine the presence of Depression, Anxiety and Stress in health professionals. **Results:** Males presented a 40.33%, while females 59,67%, meanwhile most of the participants were in the ages between 28-35 years (43.65%), followed by 22-27 years (30.39%), a lot of singles (48.07%) was obtained, followed by married (39.78%). The results of prevalence obtained with the DASS-21 scale were 55.2% for depression, 36.48% for Anxiety, and 9.94 % for stress in health professionals in the HEEE. The prevalence of female was higher. The age groups who reported higher prevalence of these psychopathologies were 28-35 years, while the group of more than 46 years have a higher prevalence of severe and extreme degrees. **Conclusions:** Of these three psychopathological disorders studied, the highest percentage was depression, followed by anxiety and stress finally. Medical professionals have more depression than nurses. Most professionals have a moderate degree of depression, followed by mild, severe and extreme degrees. Also the highest prevalence of psychopathological disorders are in women.

Key words: DASS-21, Depression, Anxiety, Stress, Physicians, Nurses.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Depresión y la Ansiedad son enfermedades frecuentes, según la OMS en su último reporte de abril del 2016; se cree que afecta a unas 350 millones de personas en el mundo. Se considera un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración y de intensidad moderada a grave, además puede causar gran sufrimiento y afectar al entorno familiar, laboral y social. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan alrededor de 800.000 personas por causa de la Depresión (OMS, 2016).

Todas las alteraciones emocionales llegan a producir trastornos mentales como la Depresión que es una patología que a menudo viene con síntomas de Ansiedad, que pueden llegar a la cronicidad y/o la recurrencia y conducir al individuo a desarrollar alteraciones en la capacidad para cuidar de sus responsabilidades diarias. Además, debido a su inicio temprano y a su impacto funcional, actualmente la Depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4.3% de la tasa global de enfermedades (Wan, 2012).

Hoy en día la gran carga de responsabilidad asignada, las largas jornadas laborales y la persecución mediática y legal, han determinado la aparición de enfermedades relacionadas con el estrés, pues las leyes actualmente en vigencia (COIP) condenan la mala práctica profesional lo que podría desencadenar mayores niveles de estrés en cada uno de los profesionales.

En nuestro país no existen estudios relacionados con este tema, situación que nos llevó a investigar este grave problema de salud pública como es la Depresión y la Ansiedad.

En el personal de salud es muy frecuente estar sometido a cualquier tipo de agresión, emocional, física, social, laboral, familiar, económica o de otro tipo, que exija una respuesta del individuo esto es conocido como Estrés. La persistencia de presiones externas pueden producir como respuesta falta de concentración, Ansiedad, irritabilidad, presencia de conductas neuróticas cíclicas desgastantes, y conduce a sentirse desvalido, atrapado, con una salud mental deteriorada y pobre adaptación a la sociedad. Cuando el Estrés se presenta en el ambiente laboral en forma crónica y sostenida, los sujetos pueden desarrollar alteraciones en la conducta, la personalidad y los ideales del personal de salud pueden ser afectados, deteriorando la calidad de la atención profesional (Esquivel Molina, Buendía Cano, & Martínez García, 2006). La Depresión constituye un problema social de primer orden: en la actualidad es la quinta causa de discapacidad en todo el mundo, afecta a una media de alrededor del 10 por 100 de la población y la previsión futura es de que en el año 2020 ascenderá hasta ocupar el segundo lugar en esta desgraciada escala de la discapacidad y la baja laboral (Caballo, y otros, 2014). La prevalencia vital para la población general se sitúa entre el 10% y el 25% de la población femenina y del 5% al 12% para la masculina (Caballo, y otros, 2014, pág. 352). En su peor momento, la Depresión puede llevar al suicidio. Que se cree que es responsable de 1.000.000 de vidas por cada año, lo que se traduce que existen 3000 muertes por suicidio cada día. Además, por cada persona que completa un suicidio, 20 o más pueden intentar poner fin a su vida. En nuestro país no existen estadísticas oficiales que indique la prevalencia y menos aún de incidencia de Depresión, Ansiedad y Estrés, por este motivo nuestro estudio va dirigido a la valoración de estos trastornos mentales con la escala DASS-21. Esta herramienta tiene como beneficios su fácil uso, comprensión e interpretación, a la vez

que nos permitirá valorar estas patologías en una sola encuesta, tanto de forma diferencial entre ellas, así como categórica.

La finalidad del presente trabajo es determinar el grado de estrés al que están sometidos los profesionales de la salud investigados y cuáles son las repercusiones en el desarrollo de sus actividades diarias.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEPRESIÓN

2.1.1. Definición

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2016). Según el manual CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) elaborado por la Organización Mundial de la Salud, los estados depresivos se destacan en general por dos características primordiales, la primera una falta de interés y del disfrute frente aquellas cosas que anteriormente eran agradables, y la segunda una disminución de la energía requerida para efectuar actividades diarias, observándose así un cansancio muchas veces extremo en situaciones de mínimo esfuerzo (Orellana Curamil, 2015).

La característica esencial de un episodio depresivo, es que debe tener un período de al menos 2 semanas de duración, después del cual puede llegar a hacerse crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2016).

2.1.2. Fisiopatología

El papel de los factores físicos o biológicos en la patogénesis de la depresión se ha sospechado desde la antigüedad. Pero es desde finales del siglo 20 y gracias a la

técnicas de neuroimagen PET (tomografía por emisión de positrones) RMNF (Resonancia magnética nuclear funcional), estudios de biología molecular y metodología experimental que se han estudiado estos desordenes con mayor amplitud (Hall-Ramírez, 2003).

Investigaciones recientes han transformado el escenario de la fisiopatología de la depresión implicando distintos niveles y sistemas tanto nerviosos como endócrinos e inmunes, e incluso celulares, moleculares y genéticas (Zandio, Ferrín, & Cuesta, 2002).

Las alteraciones de la conducta, como la cognición, la afectividad y la psicomotricidad están influenciados por sistemas neuronales que comprenden sistema neuroendocrino, neurotransmisión, neurotrofismo, neuroplasticidad y remodelación del cito esqueleto. Todas estas funciones dependen de una activación celular llevada a cabo por proteínas G, PKC (protein kinasa) sustratos GSK (enzima glicógeno-sintetasa kinasa), calcio, familia de proteínas y que a su vez dependen de complejos sistemas moleculares relacionados con factores de transcripción, RNA mensajero y el AMPc (monofosfato de adenina cíclico) (Zandio, Ferrín, & Cuesta, 2002).

En la mayoría de pacientes la generación del proceso depresivo es la conjugación de todos estos factores anteriormente señalados (Hall-Ramírez, 2003).

2.1.2.1. Factores genéticos

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastornos depresivos (Guadarrama, Escobar, & Zhang).

El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos, hijos) están incrementados en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación (Guadarrama, Escobar, & Zhang). Marcadores

genéticos potenciales han sido localizados en los cromosomas X, 4; 5; 11; 18; 21. Existe un trastorno funcional en la región promotora del gen de trasportación de la serotonina (5HTT) (5 hidroxitriptamina)) (Guadarrama, Escobar, & Zhang). El trastorno depresivo mayor es de 1.5- 3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general (Guadarrama, Escobar, & Zhang).

2.1.2.2. Factores químicos

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de serotonina, dopamina, y noradrenalina es la causa de la depresión. En el tronco encefálico existe moderado número de neuronas secretoras de noradrenalina especialmente en el locus cerúleo. También existen muchas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y el bulbo y que se conectan con el sistema límbico y otras áreas del encéfalo (Guadarrama, Escobar, & Zhang). Al sistema límbico se le atribuye una función de producción de las emociones; en cambio que las alteraciones del sueño, apetito, conducta sexual, y los cambios endocrinos e inmunológicos observados en pacientes deprimidos sugieren una disfunción hipotalámica (Guadarrama, Escobar, & Zhang).

Serotonina.- Es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas. El triptófano debe competir con otros aminoácidos para su transporte hacia el cerebro. Ya dentro de la neurona se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina a partir de este aminoácido (Guadarrama, Escobar, & Zhang).

Noradrenalina.- En el tallo cerebral se localiza el locus cerúleo que es donde se genera esta sustancia; desde este sitio se envían señales o vías de conducción axonal

hacia estructuras límbicas que incluyen la amígdala, el hipocampo, y la corteza prefrontal (Guadarrama, Escobar, & Zhang). El estrés crónico genera depleción parcial y/o total de las reservas de noradrenalina lo que conduciría en ciertos individuos a la aparición del estado depresivo (Guadarrama, Escobar, & Zhang). La noradrenalina tiene como precursor al aminoácido tirosina que en principio es convertida a Dopa por la enzima tirosin-hidroxilasa y posteriormente la Dopa se convierte en noradrenalina por acción de la enzima dopamin-beta-hidroxilasa (Guadarrama, Escobar, & Zhang).

Dopamina.- Es una catecolamina que se genera en las neuronas pigmentadas de la pars compacta del locus niger, y en neuronas del mesencéfalo. Desde aquí hay vías axonales que conectan con el cuerpo estriado y con el sistema límbico (Guadarrama, Escobar, & Zhang). La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio y participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina por la misma vía de la noradrenalina. La serotonina y noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motora (Guadarrama, Escobar, & Zhang).

Para comprender la fisiopatología química de la depresión debemos entender que existen alteraciones moleculares, trastornos de neurotransmisores, trastornos neuroendocrinos y neuroinmunes que concatenándose determinan las manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales de la enfermedad (Zandio, Ferrín, & Cuesta, 2002).

En la década de los setenta se pensaba que la alteración únicamente radicaba en la transmisión sináptica con depleción de los sistemas de neurotransmisores sin embargo hoy y gracias a los avances tecnológicos se ha descubierto alteraciones moleculares celulares que definirían la aparición de la depresión (Zandio, Ferrín, & Cuesta, 2002).

Las alteraciones celulares y moleculares están dadas por una falla en los mecanismos de transducción de la señal implicados en la respuesta neuronal; de tal manera que

dichas alteraciones llevan a un desequilibrio en los mecanismos neurotransmisores. Esto explicaría la variedad de trastornos depresivos y el tiempo que los fármacos necesitan para ejercer su acción (Zandio, Ferrín, & Cuesta, 2002).

El mecanismo de producción sería el siguiente: Los neurotransmisores se unen a una molécula de receptor transmembrana que activa una proteína G de membrana, lo que generaría un cambio en el receptor asociado a la proteína G. esta subunidad conduce a la activación de canales iónicos o a la producción de segundos mensajeros. De esta manera las vías de transducción neuronal acoplada a la proteína G de membrana estarían implicadas en la regulación de funciones como el apetito, la debilidad, o el estado de ánimo (Zandio, Ferrín, & Cuesta, 2002).

Existen muchas vías bioquímicas y moleculares que implican la activación de sistemas enzimáticos complejos que en último término conducen a la expresión de RNA mensajero que regula la producción de proteínas y que a su vez estas pueden alterar permanentemente la función o la estructura de determinadas regiones cerebrales (Zandio, Ferrín, & Cuesta, 2002).

2.1.2.3. Factores psicosociales

Se considera que los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial en la depresión; otros sugieren que esto es relativo en el inicio y temporalización del trastorno (Hall-Ramírez, 2003). Ciertos tipos de personalidad como obsesiva compulsiva, oral-dependiente o histérica presentan mayor riesgo de depresión (Hall-Ramírez, 2003). En la mayoría de pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos, sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica (Hall-Ramírez, 2003).

2.1.3. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte además que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4.3% de la carga global de enfermedad (Wan, 2012). La prevalencia vital para la población general se sitúa entre el 10% y el 25 % de la población femenina y del 5% al 12% para la masculina (Caballo, y otros, 2014).

Según el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10.6% y una prevalencia-año del 4.0%, aunque una de las características más notables es que presenta una edad de inicio más temprano y altas tasas de comorbilidad y cronicidad (Gabilondo, y otros, 2013). La prevalencia de este trastorno es variable según el país estudiado y así, el National Comorbidity Survey Replication americano observó que un 16.2% de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6.6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año) (Kessler, Berglund P, & Demler, 2003).

En el estudio de cohorte realizado en México en profesionales de la salud utilizando la escala de Beck, se encontró síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Se evaluó a 108 médicos residentes, donde el 3.7% informó bajos niveles de depresión, el 38% síntomas de ansiedad baja y el 1.9% de riesgo de suicidio en el comienzo del año académico. En la segunda

medición los valores aumentaron a 22.2% para la depresión, 56.5% para ansiedad y el 7.4% para riesgo de suicidio. La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6% y no se pudo diagnosticar ningún trastorno de ansiedad (Jiménez, Arenas-Osuna, & Angeles-Garay, 2014).

En Europa se ha planteado que la depresión es el trastorno mental más costoso y representa, entre costos directos e indirectos, un 33% del total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía (118 billones de euros) y el 1% de la economía europea. Los costos indirectos debido a bajas por enfermedad y pérdida de productividad suponen un 61% de este gasto, mientras que los costos directos se reparten entre la atención ambulatoria (61%), hospitalizaciones (9%), tratamiento farmacológico (8%) y mortalidad (3%) (Sobocki , Jönsson , & Angst , 2006).

2.1.4. Clasificación

La clasificación de los trastornos depresivos es uno de los temas que más controversia ha suscitado dentro de la historia de la psicopatología, en la tabla siguiente se incluyen las categorías diagnósticas propuestas para los trastornos del estado de ánimo por los dos sistemas actualmente vigentes: el DSM-V y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992) (Caballo, y otros, 2014, pág. 341).

Los Trastornos del estado de ánimo según los sistemas diagnósticos DSM-V (APA (American Psychological Association) 2013) y CIE-10 (OMS, 1992, 2000) (Caballo, y otros, 2014) son:

DSM-5	CIE-10
<i>Trastornos depresivos:</i> - Trastornos depresión mayor (episodio único o recurrente).	<i>Trastornos depresivos:</i> - Episodio depresivo.

<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno depresivo persistente (distimia). - Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. - Trastorno disfórico premenstrual. - Otros trastornos depresivos especificados y no especificados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno depresivo recurrente. - Distimia: trastorno del humor persistente. - Trastorno depresivo no especificado.
<p><i>Trastornos bipolares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno bipolares I: <ul style="list-style-type: none"> - Episodio maniaco. - Episodio hipomaniaco. - Episodio de depresión mayor. - Episodio no especificado. -Trastorno bipolares II: <ul style="list-style-type: none"> - Episodio hipomaniaco. - Episodio de depresión mayor. - Trastorno ciclotímico. - Trastornos bipolares y trastorno relacionados inducidos por sustancias/ medicamentos o debidos a otra afección médica. - Otros trastornos bipolares y trastornos relacionados especificados y no especificados. 	<p><i>Trastorno bipolares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodio maniaco. - Trastorno bipolar: episodio depresivo y episodio maniaco (mixto, en remisión). - Trastorno bipolar, otros episodios hipomaniaco y episodio depresivo. -Ciclotimia: trastornos del humor persistente.

La clasificación más aceptada en la actualidad de los trastornos mentales es la del DSM-V en el cual nos basaremos para nuestra revisión.

2.1.4.1. Trastorno depresivo mayor

Puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero hay mayor probabilidad de que inicie en la pubertad. En Estados Unidos, la incidencia es mayor alrededor de los

20 años; sin embargo, no es infrecuente que se inicie en la ancianidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El curso de este trastorno es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisión (periodo de 2 o más meses sin síntomas o con solo uno o dos síntomas leves), si es que los presentan; mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlo considerar como tal, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 165).

Los estudios moleculares han encontrado como causa factores periféricos, como variantes genéticas de trastornos neurotróficos y de citoquinas pro- inflamatorias. Además, en los adultos con depresión mayor, los estudios de resonancia magnética funcional, muestran signos de alteraciones funcionales en los sistemas neurales que soportan el procesamiento emocional, la búsqueda de recompensa y la regulación emocional (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

La prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7%, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1.5-3 veces mayor que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.1.4.2. Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 2 años o un año en los niños y adolescentes, con mucha frecuencia está precedida de la depresión mayor crónica. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además de trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo “por los suelos” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El trastorno depresivo persistente es una amalgama del trastorno distímico y del trastorno de depresión mayor crónico. La prevalencia en 12 meses en Estados Unidos es aproximadamente de 0.5% para el trastorno depresivo persistente y del 1.5% para el trastorno depresivo mayor crónico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.1.4.3. Trastorno disfórico premenstrual

Las características esenciales del trastorno son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los síntomas pueden ser conductuales y físicos, deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año, podrían afectar negativamente el funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes están estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afectada, sus perspectivas familiares y otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer. Aunque los síntomas básicos son afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos (Asociación

Americana de Psiquiatría, 2013). La prevalencia a los 12 meses del trastorno disfórico premenstrual está entre el 1.8 y el 5.8% de las mujeres con menstruación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.1.5. Criterios para valorar depresión

Según el DSM-V los criterios para valorar la Depresión son:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes, presentes durante el período de dos semanas y que representan un cambio del funcionamiento previo¹.
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso).
 - 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

¹ Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuirse claramente a otra afección médica.

7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrente (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica^{2,3}.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco⁴.

² Nota: los criterios A y C constituyen un episodio de depresión mayor.

³ Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) puede incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de la depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

⁴ Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

2.1.6. Clínica del trastorno depresivo.

Los sujetos con un episodio depresivo se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (por ejemplo, cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (por ejemplo, anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado (Frances, y otros, 1995, pág. 354).

2.2. ANSIEDAD

2.2.1. Definición

Se define a la ansiedad como un estado desagradable para el individuo semejante al miedo cuando no hay ningún escenario de aparente peligro. Es una situación de anticipación o temor al posible riesgo que involucre la integridad de una persona. En el concepto de ansiedad también se incluye como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora (Goldman, 2001).

En ciertos momentos en las que un individuo corre peligro verdadero, la ansiedad juega un papel importante porque puede ayudar a afrontar mejor la situación y, en consecuencia, una mejor adaptación. Se convierte en un problema cuando los niveles de ansiedad son en exceso tanto en cantidad como en duración, y en especial cuando la situación a la que se encuentre expuesta el individuo sea de un mínimo riesgo o nulo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).

La ansiedad es un término común, incluso se utiliza para definir o relacionar con diversos trastornos, como son angustia, fobia, miedo, por lo que debe ser definido correctamente. Sin embargo, estos términos se emplean como sinónimo para dichos trastornos, por lo que crea confusión o puede añadir conceptos erróneos. Los términos ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica *angh* la cual significa estrechez y también malestar o apuro. Con la influencia latina se distinguió entre *anxiestas* y *angor*, lo que luego de varios años con el avance y estudio de la psiquiatría francesa, se diferenció entre *anxiété* que quiere decir malestar e inquietud del espíritu y *angoise* que viene a ser un síntoma de constricción epigástrica, dificultad respiratoria e inquietud. Se estableció por medio de esto la diferenciación entre ansiedad que contiene predominio de componentes psíquicos y angustia con predominio de componentes físicos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).

2.2.2. Epidemiología

El siglo XX se conocieron muchos casos de ansiedad, pero por un número alto de casos y poco personal para cuantificar dicho trastorno no se tienen cifras de dicha patología. La cantidad de personas que padecen de este tipo de trastorno es incierta ya que la mayoría no acude donde un especialista para ser diagnosticado, además incluso pueden tener varios grados y debido a aquello es subdiagnosticada. Los médicos que más revisan estos pacientes son los internistas y los médicos generales debido a los síntomas somáticos que presentan y porque finalmente acuden a la consulta. En tiempos anteriores se había definido como “corazón de soldado”, al cuadro caracterizado por dolor precordial, mareos y palpitaciones. El miedo a morir o dolor precordial llevaba a que muchos de estos pacientes acudan inicialmente al cardiólogo o al internista. Cabe recalcar que en muchos casos la ansiedad no se

presenta sola sino acompañada de depresión, o como síntoma de otros cuadros psiquiátricos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).

En todo caso, alrededor del 50% de los enfermos que consulta en un centro de atención psiquiátrico lo hace por cuadros angustiosos. Se ha calculado que alrededor de 10% de la consulta del cardiólogo se debe a estos cuadros. Es una enfermedad más frecuente en la mujer y en los adolescentes y jóvenes. Existe una tendencia a la agregación familiar de los trastornos ansiosos, según algunos autores estas patologías serían más frecuentes en los niveles socioeconómicos con mejor nivel educacional. Este fenómeno es opuesto a la mayor cuantía de otros cuadros neuróticos, y se atribuye a que a mayor educación habría mayor capacidad de diferenciar estados emocionales internos, así como a factores sociales: el enfermar psicológico es mejor aceptado entre los grupos cultos de la sociedad (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).

En un estudio en Chile, se evidenció que la prevalencia de cuadros ansiosos es elevada, en la población general en cifras brindadas por el nivel primario de atención, el 19% del trastorno correspondía al sexo femenino (36.8%) y (11.2%) al sexo masculino (Carvajal, Florenzano, & Weil, 2008).

Es evidente en todos los estudios que este trastorno afecta más a mujeres que a hombres en una relación de 2 a 1. Las personas con raíces genealógicas europeas presentan en mayor número el trastorno de ansiedad a diferencia de personas con diversa ascendencia. En los últimos años se ha demostrado un aumento de esta patología en los países desarrollados, lo que podría suponer que se presenta una relación con el nivel socioeconómico de cada sociedad para desarrollar este trastorno en mayor cantidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3. Clasificación

Según los sistemas diagnósticos DSM-V los trastornos de Ansiedad se clasifican en:

2.2.3.1. Trastorno de ansiedad por separación

Es la presencia de miedo o ansiedades de gran intensidad y persistencia relacionadas al hecho de separarse de una persona con la que se comparte un estrecho vínculo. En este trastorno se puede evidenciar al menos tres manifestaciones importantes que son preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a permanecer solo en casa o desplazarse a otros lugares habituales como extraños. También se puede notar la presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación ante tal situación. Estos síntomas deben estar presentes por lo menos 6 meses en adultos y 4 semanas en niños y adolescentes (Tortella-Feliu, 2014). La prevalencia de ansiedad por separación en Estados Unidos es del 0.9 al 1.9 % en la población en general. En adolescentes es del 1.6%. Este trastorno se presenta más en la infancia y disminuye con el avance de la edad hasta llegar a la adultez. Como en la mayoría de trastornos de ansiedad se presentan más en mujeres que en hombres, y en niños se presenta en ambos sexos de igual manera (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.2. Mutismo selectivo

Imposibilidad de hablar en una situación social específica en la que normalmente debería realizarse, y que no presenta dificultad a otras personas en situaciones similares (Tortella-Feliu, 2014). Es un trastorno infrecuente por lo que no ha sido tomado en cuenta como una enfermedad prevalente de la infancia, sin embargo, hay que mencionarla. La prevalencia es muy baja, siendo entre 0.03 y el 1%, y se presenta

más en la edad infantil que en el resto de población (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.3. Fobia específica

Ansiedad, miedo intenso y persistente que aparece inmediatamente frente a un objeto o a una situación en especial. El paciente tiende a evitar el contacto a la situación por la presencia de síntomas (Tortella-Feliu, 2014). La prevalencia en promedio es alrededor del 6% en Europa, y se presenta más baja en un 2 a 4% en países asiáticos, y latinoamericanos. La prevalencia es de 5% en niños y del 16 % en la adolescencia. Disminuye hasta un 3% en la edad adulta (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.4. Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Es la presencia de ansiedad o miedo de gran intensidad que se manifiesta en situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a un escrutinio por parte de la gente a su alrededor. Existe el temor a actuar de acuerdo a la situación presente o que se juzgue si existe la presencia de esos síntomas (Tortella-Feliu, 2014). La prevalencia anual en Estados Unidos es cerca del 7%, en Europa es cerca del 2.3% y estas cifras son similares si se las compara en niños y adolescentes. En adultos mayores está entre 2% y 5%. También se ha determinado que la población más afectada según su grupo étnico es la indígena y además es importante recalcar que al igual que otros trastornos su prevalencia disminuye con la edad. Sin embargo en la adolescencia se ha notado un mayor número de casos en varones lo que implica que puede influenciar en la aceptación social (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.5. Trastorno de pánico

Presencia de un episodio de ataque de pánico inesperado y seguido al menos de un mes de preocupación, por el hecho de que vuelva a aparecer esta sintomatología en nuevas ocasiones (Tortella-Feliu, 2014). En la población general, la prevalencia estimada anual para el trastorno de pánico en Estados Unidos y en varios países europeos está en torno al 2-3 % en los adultos y los adolescentes. En varios estudios se obtuvo como resultados cifras bajas que van del 0.1 al 0.8 %. Las mujeres como en varias otras menciones se encuentran mayormente afectadas con más frecuencia que los varones. Los valores se observan que aumentan en la adolescencia y disminuyen con el paso de la edad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.6. Agorafobia

Es el miedo o ansiedad que se presentan casi siempre en situaciones agorafóbicas entre las que destacan el transporte público, lugares abiertos, estar en medio de una multitud. Estas situaciones tienden a evitarse pero en caso de enfrentarlas el individuo afectado puede llegar a presentar un intenso cuadro de ansiedad, necesitando en ocasiones la compañía de alguien. El temor a no poder huir es una referencia clara de este trastorno (Tortella-Feliu, 2014). En Estados Unidos cada año, un 1.7 % entre jóvenes y adultos son diagnosticados de agorafobia. Existe baja prevalencia de agorafobia en adultos mayores con valores de 0.45% y en todos los grupos etarios afecta más a mujeres que a hombres. No varía según la raza indican varios estudios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.7. Trastorno de ansiedad generalizada

Cuadro de Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultad para controlarlas, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se

asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica. La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en EUA es del 0,9% en adolescentes y del 2.9% en los adultos, mientras que en otros países según el mismo estudio es de 3.6%. Es mayor su presencia en la mediana edad tendiendo a disminuir a medida que esta aumenta. Afecta más a mujeres que a hombres y se ha reportado que en personas que viven en países desarrollados alguna vez en su vida han experimentado estos síntomas mientras que los individuos que viven en países no desarrollados no la han presentado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Es la presencia de un cuadro clínico de ansiedad o crisis de angustia donde se evidenció el consumo de sustancias que puedan producir dicha sintomatología, también se ha reportado el mismo cuadro al momento del período de abstinencia de dichas sustancias (Tortella-Feliu, 2014). No existen datos claros sobre la prevalencia de esta patología sin embargo se presume que el personal de salud al tener acceso a diferentes sustancias podría presentar dicho trastorno con más frecuencia. En la población general solo se ha reportado un 0.002% (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.3.9. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Es la presencia de crisis de angustia o ansiedad debido a una condición patológica de base que provoca esta sintomatología (Tortella-Feliu, 2014). No existen datos de esta patología pero se la ha relacionado con diversas patologías como asma, hipertensión, úlceras y artritis. No se ha investigado con enfermedades catastróficas pero se presume que puede tener relación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.2.4. Criterios diagnósticos ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses)⁵:
 - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Facilidad para fatigarse.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo,

⁵ Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.3. ESTRÉS LABORAL

2.3.1. Definición

El concepto de estrés fue utilizado por Hans Selye en los años 30, quien lo define como un “síntoma general de adaptación “. El estrés sería la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante (Carrasco, 2001).

El estrés es una respuesta natural del organismo que surge para ayudarnos a enfrentar situaciones nuevas; cuando se transforma en una reacción prolongada e intensa puede desencadenar serios problemas físicos y psíquicos. Sin embargo el estrés no se puede considerar como una enfermedad, si no como una respuesta del organismo, tanto física como mental, a las adaptaciones y ajustes del ser humano, a los diversos acontecimientos vitales (Carrasco, 2001).

Así el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores y colegas, y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma

en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

A menudo existe confusión entre presión o reto y estrés, y a veces se utiliza para disculpar prácticas laborales inadecuadas. Debido a las exigencias del entorno laboral de hoy, es inevitable que exista presión en el trabajo. Un nivel de presión que el trabajador considere aceptable puede incluso mantenerlo alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, dependiendo de los recursos de que disponga y de sus características personales. El estrés aparece cuando esa presión se hace excesiva o difícil de controlar (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

2.3.2. Epidemiología

Existen varios estudios a nivel mundial con respecto al nivel de Estrés laboral, que concluyen que en los últimos años ha aumentado el número de personas que sufren de esta patología, las cifras determinan que 8 de cada 10 personas sufren de Estrés laboral. Como consecuencia aumenta el ausentismo laboral y disminuye la producción así como el número de intervención profesional o el consumo de sustancias tanto autoadministradas como prescritas por el personal de salud (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés, 2016).

Hoy en día se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores y es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores ya que suele ser más enfermizo, estar poco motivado, ser menos productivo y tener menos seguridad laboral, además, la entidad para la que trabaja suele tener peores perspectivas de éxito en un mercado competitivo (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

El estrés es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, sus conocimientos y capacidades, por otro. El estrés pone a prueba la capacidad de individuo para afrontar actividades, y no solo incluye situaciones en que la presión laboral excede la capacidad del trabajador para hacer frente a la misma, sino también los casos en que no se utilizan suficientemente sus conocimientos y capacidades, y esto supone un problema para el trabajador (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

Las causas del estrés laboral por lo general es una mala organización del trabajo, es decir, el modo en que se define los puestos y los sistemas de trabajo, y la manera en que se gestiona (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

El exceso de exigencias y presiones o la dificultad para controlarlas puede tener su origen en una definición inadecuada del trabajo, una mala gestión o la existencia de condiciones insatisfactorias. Del mismo modo, estas circunstancias pueden hacer que el trabajador no reciba suficiente apoyo de los demás, o no tenga suficiente control sobre su actividad y las presiones que conlleva (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

Los resultados de las investigaciones muestran que el tipo de trabajo que produce más estrés es aquel en que las exigencias y presiones superan los conocimientos y capacidades del trabajador, hay pocas oportunidades de tomar decisiones o ejercer control, y el apoyo que se recibe de los demás es escaso (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

2.3.2.1. Efectos del estrés laboral en individuos

El estrés afecta de forma diferente a cada persona. Cuando el individuo está bajo estrés le resulta difícil mantener un equilibrio saludable entre la vida laboral y la vida no profesional; y puede dar lugar a comportamientos disfuncionales y no habituales

en el trabajo y contribuir a la mala salud física y mental del individuo, en casos extremos puede originar problemas psicológicos y proporcionar trastornos psiquiátricos que desemboquen en falta de asistencia al trabajo e impidan que el empleado pueda volver a trabajar, al mismo tiempo, puede abordar actividades poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol y drogas (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

Síntomas que puede presentar un individuo con estrés laboral:

- Estar cada vez más angustiado e irritable.
- Ser incapaz de relajarse.
- Tener dificultades para pensar con lógica y tomar decisiones.
- Disfrutar cada vez menos de su trabajo y sentirse cada vez menos comprometido con este.
- Sentirse cansado, deprimido e intranquilo.
- Tener dificultades para dormir.
- Sufrir problemas físicos graves como: cardiopatías, trastornos digestivos, aumento de la tensión arterial y dolor de cabeza, trastornos musculoesqueléticos (como lumbalgias y trastornos de los miembros superiores). El estrés también puede afectar al sistema inmunitario, reduciendo la capacidad del individuo para luchar contra las infecciones (Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

2.3.3. Clasificación

Del mismo modo que no existe una única definición de estrés laboral, tampoco hay un único tipo de estrés, pues dependerá del criterio que siga para su clasificación:

a) Por su duración.

- Estrés agudo.- es el producto de una agresión intensiva (aun violenta), ya sea física o emocional, limitada en el tiempo, pero que supere el umbral del sujeto, dando lugar a una respuesta intensa, rápida y probablemente violenta (despido o sanción) (Guía sobre el Estrés Ocupacional, 2006).
- Estrés crónico.- se produce en un espacio prolongado de tiempo, de manera recurrente, continuo, no necesariamente intenso, pero exigiendo una adaptación permanente (Guía sobre el Estrés Ocupacional, 2006).

b) En relación al efecto que produce en la persona.

- Si implica un estímulo positivo hablamos de estrés.

En estos casos la respuesta de nuestro organismo se realiza en armonía, es decir respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos del individuo. Entonces el estrés actual como factor de motivación para vencer y superar los obstáculos. De alguna manera el estrés puede ser un elemento de ayuda, estimulándonos con el fin de afrontar nuevos desafíos (Guía sobre el Estrés Ocupacional, 2006).

- Pero si las respuestas han resultado insuficientes o exageradas, produciéndose desajustes entre el trabajador y sus condiciones de trabajo. En este caso el estado de estrés supone efectos negativos para el bienestar psicológico del trabajador y también una perturbación del buen funcionamiento de la empresa (Guía sobre el Estrés Ocupacional, 2006).

c) Por su factor desencadenante:

- El síndrome de estrés postraumático que responde al trastorno provocado en la persona por haber vivido un episodio especialmente dramático o intenso y súbito (Guía sobre el Estrés Ocupacional, 2006).

- El tecnoestrés este concepto hace efecto a los cambios acaecidos en el mercado de trabajo y en las organizaciones debido al uso de nuevas tecnologías (Guía sobre el Estrés Ocupacional, 2006).

2.4. AUTOMEDICACIÓN

La OMS define a la automedicación como la selección y uso de los medicamentos, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar, mejorando su salud (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013).

Es un problema común que los organismos de salud, autoridades de salud, médicos y enfermeras a veces ignoramos. Es una conducta cotidiana que nos evita el paso y los costos profesionales para tratar sin ningún conocimiento científico algunas patologías. Implica tomar medicamentos de acuerdo a la incitativa del paciente o al consejo de un farmacéutico o de cualquier persona no médica (Sanchez Muñoz, 2008).

La aparición de la automedicación todavía no está esclarecida del todo, aunque, existen varios argumentos que afirman que esta práctica aparece por el aumento de la disponibilidad de fármacos, la falta de educación de la población, la influencia negativa de los medios de comunicación, la venta libre de medicamentos y, uno de los más importantes, es la dificultad para acceder a la atención médica, aun así, la automedicación no parece ser la respuesta más adecuada (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013).

En el Ecuador existen varios estudios sobre automedicación, en 1990 el Dr. Edgar Samaniego realizó un estudio sobre prevalencia de automedicación a nivel nacional, donde fueron encuestados 2441 participantes, durante 4 horas quienes acudieron a 51 farmacias de 5 ciudades, y encontraron que, el 76% de éstos adquirieron algún

medicamento sin prescripción médica y que solo un 23% de estos usuarios solicitaron una recomendación sobre qué podrían tomar al personal de farmacia, el estudio fue realizado en personas totalmente ajenas al campo de la salud (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013). Existen varias razones entre los médicos para no buscar atención profesional, una de ellas es el conocimiento de tal o cual medicación y el acceso fácil a los mismos. Muchos profesionales inclusive no quieren mostrar debilidad o falta de conocimiento ante un profesional especialista o con más experiencia. Hem y cols, en el 2005 encontró que la razón más común para automedicarse entre médicos fueron los desórdenes mentales y el insomnio, y halló que más del 25% de los médicos se prescribieron alguna vez un fármaco psicoactivo (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013). Así los médicos tienden a demostrar un comportamiento inapropiado cuando se trata de cuidar su propia salud, ya que en sus años de formación, suelen tratarse a sí mismos para aliviar dolencias menores e incluso enfrentándose a enfermedades potencialmente mortales (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013).

En un estudio realizado en la ciudad de Quito en el 2013 sobre la automedicación en los profesionales de la salud, donde se entrevistaron 840 participantes se encontró que el 90.6% se ha automedicado alguna vez, de ellos el grupo que más se automedicó fue el de los profesionales de salud en un 63.6%, Cuando se relacionó la automedicación por el cargo que desempeña, el mayor grupo que se automedicó fue el de las licenciadas de enfermería 24.8% (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013).

En relación al tipo de institución, el mayor porcentaje de automedicación fue en las instituciones públicas con en un 64.9%. Mientras que el hospital que más se automedicó fue el HEE 41.7%. La especialidad y el servicio hospitalario que más se automedicó fue el de medicina interna con un 15.6% (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013).

De todos los participantes que se automedicaron, los grupo de fármacos más utilizados fueron: AINES (51.4%), antigripales (14.8%), antibióticos (10.8%), analgésicos (7.1%), antiespasmódicos (5.4%), inhibidores bomba de protones (4.6%), anticonceptivos (2.9%), antiparasitarios (0.9%), corticoides (0.3%), y psicotrópicos (0.1%). La combinación más repetida en el estudio fue de AINES + antigripales (36.6%) (Molina Proaño & Tello Echanique, 2013).

En cuanto a la automedicación de psicotrópicos no existen datos de estudios realizados en nuestro país. Sin embargo podría ser que personas o médicos que tienen acceso a estos medicamentos si realizan actos de automedicación.

En el Ecuador existe la regulación del Ministerio de Salud Pública con la emisión de recetas especiales para la administración de fármacos psicotrópicos y estupefacientes. Estas deben ser emitidas por personal calificado y controlado por la oficina del ARCSA, situación que ha logrado controlar en algo el proceso de automedicación en los profesionales de la salud.

2.5. ESCALA DASS-21

En términos conceptuales, Depresión y Ansiedad son muy diferentes, pero la superposición clínica entre ambas condiciones ha sido reportada por clínicos y por investigadores. Al respecto, en la evaluación con escalas de autorreporte, las escalas de Ansiedad y Depresión correlacionan entre 0.40 y 0.70 en un amplio rango de muestras clínicas y no clínicas (Antúñez & Vinet, 2012). Considerando esta superposición clínica entre Depresión y Ansiedad y las dificultades para evaluar las dos condiciones con escalas de autorreporte, Lovibond y Lovibond en 1995 desarrollaron las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, por sus siglas en inglés Depression, Anxiety and Stress Scale).

Este instrumento fue creado para evaluar inicialmente la sintomatología principal de Depresión y Ansiedad para poder discriminarlos correctamente, no obstante durante su desarrollo los estudios factoriales arrojaron un tercer estado emocional negativo “el Estrés”. Inicialmente la escala contaba con un número de 42 preguntas. En el año 1998 Antony y colaboradores, desarrollaron una versión reducida que consta de 21 preguntas, con alta consistencia interna, alfa de Cronbach desde 0.87-0.94 para los dominios y adecuada validez (Salgado-Madrid, Mo-Carrascal, & Monterrosa-Castro, 2013).

El objetivo de estas escalas fue incluir el máximo de síntomas esenciales de Depresión, Ansiedad y Estrés, para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte y lograr una discriminación máxima entre las dos escalas. Se excluyeron síntomas que pueden estar presentes en ambos trastornos (por ejemplo, cambios en el apetito), los que pueden explicar parcialmente la falta de diferenciación entre ambas escalas (Antúnez & Vinet, 2012).

Esta escala ha sido validada en Chile (Salgado-Madrid, Mo-Carrascal, & Monterrosa-Castro, 2013), Vietnam (Tran, Tran, & Fisher, 2013), Brasil (Alves Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011), México (Gurrola Peña, Balcázar Nava, Bonilla Muños, & Virseda Heras, 2006), y España (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2010).

Como instrumento la DASS, fue desarrollada desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos, basado en el supuesto de que las diferencias entre sujetos normales y los con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de Depresión, Ansiedad y Estrés. Este supuesto fue confirmado por la evidencia empírica demostrando que la estructura factorial del DASS ha sido la misma en muestras clínicas y no clínicas,

apoyando la idea de que los desórdenes clínicos representan una manifestación extrema o desadaptativa de síndromes emocionales básicos (Antúnez & Vinet, 2011).

La escala de Estrés/Tensión surge al realizar sucesivos análisis factoriales en el proceso de construcción del instrumento. Los autores consideran el Estrés como un estado persistente de sobre activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración. Esta escala es sensible a niveles de activación crónica no específica e incluye ítems que miden la dificultad para relajarse, tensión, impaciencia, irritabilidad y agitación (Antúnez & Vinet, 2011).

Como instrumento no permite la clasificación de pacientes en categorías diagnósticas discretas, pero si se la puede utilizar como una herramienta de tamizaje para estas patologías (Antúnez & Vinet, 2011).

De acuerdo a los autores, la depresión es un estado caracterizado principalmente por una pérdida de autoestima, incentivo, asociado con una probabilidad percibida muy baja de logro de metas personales significativas para el individuo. La evidencia empírica de estas escalas ha mostrado que el ánimo triste, considerado central en las clasificaciones diagnósticas de los trastornos depresivos, no ha sido el elemento más importante de esta escala en muestras normales y clínicas. La escala de Depresión incluye ítems que consideran disforia, autodepreciación, desesperanza, desvalorización de la vida, falta de interés, anhedonia e inercia (Mella, Vinet, & Alarcón Muñoz, 2014).

Por otra parte, la escala de Ansiedad pone énfasis en los vínculos entre la ansiedad, como anticipación de eventos negativos principalmente de naturaleza psicológica, y la respuesta aguda de miedo ante una amenaza inmediata de daño. Desde esta perspectiva, la ansiedad surge con mayor probabilidad cuando el individuo enfrenta exigencias, que pueden ser autoimpuestas, que prueban y son de significado crítico

para su autoestima, cuando percibe que la probabilidad de fracaso es alta y cuando tiene un umbral bajo de activación de la respuesta de miedo. En concordancia, esta escala incluye ítems que evalúan activación fisiológica (temblor, aumento latidos cardiacos, sudoración en las manos), sensación subjetiva de afecto ansioso, ansiedad situacional y preocupación acerca de pérdida de control (Mella, Vinet, & Alarcón Muñoz, 2014).

Con respecto a la confiabilidad, evaluada a través de consistencia interna en los estudios realizados con adolescentes, se reportan valores de alfa para la escala de Depresión de 0.88-0.87; para la escala de Ansiedad de 0,79; para la escala de Tensión/Estrés es 0.82-0.83 y para la escala total es de 0.93 (Wang, Long, & Li, 2011).

Estos valores son similares a los reportados en los estudios de validación del DASS-21 en población adulta. En la evaluación de evidencias de validez, las correlaciones observadas entre las escalas del DASS- 21 y escalas que miden constructos similares, han sido altas y significativas (Antúnez & Vinet, 2011).

La validez discriminante del DASS-21, es decir, las correlaciones entre escalas que miden constructos diferentes (por ejemplo, escala de Depresión del DASS-21 y el Inventario de Ansiedad de Beck) fueron moderadamente altas y significativas en el proceso de construcción del instrumento y también en los estudios de validación realizados en población hispana (Antúnez & Vinet, 2011).

En un estudio realizado en Ecuador, sobre la influencia de la Depresión, la Ansiedad y el Estrés en el rendimiento cognitivo en la comunidad que habitan en los adultos mayores que viven en zonas rurales de Ecuador, realizado a 288 personas se obtuvo como resultado: que la escala DASS-21 indica que 33 personas tenían Depresión, 41 personas tenían Ansiedad y 14 personas tenían Estrés. La Depresión fue más común en las mujeres que en los hombres, sin influencias por edad o educación. Los pacientes con Ansiedad eran más que los que no la tenían y era más frecuente en

mujeres, pero la Ansiedad no fue influenciada por la educación y el estrés no fue influido por la edad, sexo o educación (Del Brutto, y otros, 2014).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Se asume que existen varios trastornos mentales que afectan al personal de salud, pero lamentablemente no contamos con cifras publicadas acerca del problema en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, que nos permita conocer cuántos de estos profesionales se ven afectados por estas patologías, por lo que se desea saber que personal presenta este tipo de trastornos.

El personal puede estar cursando con uno de estos trastornos sin que se tenga información y puede estar subdiagnosticado o pasar desapercibido presentando un problema con repercusiones en el entorno social e incluso afectando en el rendimiento laboral.

Existen varias escalas que son usadas como una guía diagnóstica y valoran diversos trastornos mentales, sin embargo la escala DASS-21 nos brinda la posibilidad de valorar tres patologías en una sola entrevista, con una alta validez según varias revisiones bibliográficas de diversos estudios publicados anteriormente alrededor del mundo; esta herramienta nos facilitaría con un acercamiento al objetivo de la investigación de una manera rápida y concreta.

3.2.1. Objetivo general

Identificar si existe Depresión, Ansiedad y Estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo mediante la escala DASS-21.

3.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la presencia de Depresión en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Determinar la presencia de Ansiedad en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Determinar la presencia de Estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Comparar las prevalencias de Depresión, Ansiedad y Estrés en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Identificar la profesión que presenta la mayor prevalencia de Depresión, Ansiedad y Estrés en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Identificar el sexo que presenta la mayor prevalencia de Depresión, Ansiedad y Estrés en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

3.3. HIPÓTESIS

- Existe Depresión, Ansiedad y Estrés en los profesionales de la salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Existe una mayor prevalencia de Depresión, Ansiedad y Estrés en personal de enfermería en comparación con el personal médico del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Existe una mayor prevalencia de Depresión, Ansiedad y Estrés en los profesionales de la salud de sexo femenino del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

3.4. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo corte Transversal de tipo descriptivo y analítico.

3.5. MUESTRA

La población correspondiente a este estudio está compuesta por médicos y enfermeras que trabajan en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. La muestra fue calculada por profesión. El personal médico está conformado por 344 profesionales, mientras que en el área de enfermería se encuentran 350 profesionales.

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

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0.5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1.96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2.58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0.01) y 9% (0.09), valor que queda a criterio del encuestador.

Medicina:

$$n_m = \frac{344(0.5)^2 (1.96)^2}{(344-1) (0.09)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$$

$$n_p = 87 \text{ médicas(os)}$$

Enfermería:

$$n_e = \frac{350(0.5)^2 (1.96)^2}{(350-1) (0.09)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$$

$$n_p = 88 \text{ enfermeras(os)}$$

3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Hombres y mujeres profesionales que trabajen al menos un mes en la institución. - Acepten de manera voluntaria participar en esta investigación. - No haber sido diagnosticado previamente de estos trastornos mentales. - No haber sido tratados farmacológicamente para estas patologías. - No presentar enfermedades crónicas. - Mujeres no embarazadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar diagnóstico previo de estos trastornos. - Recibir medicación relacionada a estos trastornos. - Estudiantes de medicina y enfermería que cursan el año de internado. - Mujeres embarazadas. - Mujeres que se encuentren en puerperio y/o lactancia.

3.9. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó la escala DASS-21 autoaplicada en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, durante horas laborables en los diferentes servicios en esta casa de salud, previo conocimiento del estudio a realizar y firma del consentimiento informado. Se realizó una matriz digital con la información obtenida a

partir de las encuestas en el programa Excel, posteriormente fue analizada en el paquete estadístico SPSS v.22.

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SÍNDROME DE TRASTORNO MENTAL	Escala validada para la clasificación de Depresión, Ansiedad y Estrés.	Depresión, Ansiedad y/o Estrés	1 = Normal 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Severo 5 = Muy severo	Escala DASS-21
DEPRESIÓN	Trastorno emocional caracterizado por la pérdida de la felicidad y desgano, que conlleva a un malestar interior y dificultando la interacción con el entorno	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno Máximo 21 puntos	1 = 0-4 puntos 2 = 5-6 puntos 3 = 7-10 puntos 4 = 11-13 puntos 5 = 14 o más puntos	Subescala de Depresión (DASS-21)
ANSIEDAD	Trastorno emocional donde la persona experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno Máximo 21 puntos	1 = 0-3 puntos 2 = 4-5 puntos 3 = 6-7 puntos 4 = 8-9 puntos 5 = 10 o más puntos	Subescala de Ansiedad (DASS-21)
ESTRÉS	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia del rendimiento muy superior al normal	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno Máximo 21 puntos	1 = 0-7 puntos 2 = 8-9 puntos 3 = 10-12 puntos 4 = 13-16 puntos 5 = 17 o más puntos	Subescala de Estrés (DASS-21)
EDAD	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual	Años cumplidos	Años	Numérica
SEXO	Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer	Característica genotípica	1 = Hombre 2 = Mujer	Nominal
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función a si tiene o no	Condición civil	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Separado 4 = Viudo	Nominal

	una pareja		5 = Divorciado 6 = Unión libre	
PROFESIÓN	Empleo o trabajo que la persona ejerce y por el que recibe una retribución económica		1 = Enfermería 2 = Medicina	Nominal

3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La matriz correctamente codificada y tabulada fue ingresada en el paquete estadístico SPSS v.22 para el procesamiento y análisis estadístico. Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencias/porcentajes y de contingencia, para evidenciar la presencia de estas patologías de forma general, así como dentro de cada una de las profesiones. Para corroborar la independencia entre las variables se utilizó Chi cuadrado de Pearson (X^2), mientras que para medir el nivel de asociación entre variables ordinal - nominal usando *D de Somers*. La significancia de los datos, está determinada por parámetros internacionales, tomando como base un intervalo de confianza mayor a 95% y una $p \leq 0,05$.

3.9. ASPECTOS BIOÉTCOS

La presente investigación fue desarrollada siguiendo las reglamentaciones y principios que rigen las normas de conducta en apego a los derechos humanos, así como respetando los aspectos bioéticos. Ante lo cual fue indispensable aplicar los principales principios bioéticos:

- *No maleficencia*: El participar en este estudio, no tendrá repercusiones en el ámbito laboral. Se mantendrá en privado toda la información obtenida de esta investigación.

- *Beneficencia:* Los resultados que se obtengan, se reportarán a talento humano del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en caso que la institución así lo solicite.
- *Autonomía:* Los profesionales de la salud tienen la potestad para participar o no en este estudio.
- *Justicia:* Todos los profesionales de la salud, que trabajen en esta institución tendrán la posibilidad de participar en este estudio.

Para cumplir con lo antes mencionado se realizaron las siguientes acciones:

- Se utilizó el consentimiento informado donde se dio a conocer a los participantes sobre el estudio (Anexo 2).

Para mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes se les asignó un código alfa-numérico a los mismos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Para este estudio se realizaron un total de 181 encuestas en el personal del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, donde además de aplicar la escala DASS-21 se tomaron datos sociodemográficos, área de servicio y profesión que ejerce. A continuación se describen los datos obtenidos.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de la variable Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	73	40.33
Femenino	108	59.67
Total	181	100.0

La muestra se conformó por 73 personas del sexo masculino que representa el 40.33% y del sexo femenino 108 conformando un 59.67% del total de encuestados (Tabla 1) (Figura 1).

Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de la variable Grupos etarios.

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
22-27 años	55	30.39
28-35 años	79	43.65
36-45 años	28	15.47
≥ 46 años	19	10.49
Total	181	100.0

Debido a la gran diversidad de edades que se obtuvo al tabular los datos, se procedió a clasificar a los encuestados por grupos etarios. Donde se establecieron cuatro

grupos, siendo el 30.39% (55/181) para el grupo de 22 a 27 años, el 43.65% (79/181) para el grupo de 28 a 35 años, el 15.47% (28/181) se encontró entre las edades de 36 a 45 años, por último el 10.49% (19/181) del total de encuestados presentó una edad igual o mayor a 46 años (Tabla 2) (Figura 2).

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de la variable Estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	87	48.07
Casado	72	39.78
Viudo	2	1.10
Divorciado	6	3.12
Unión libre	14	7.73
Total	181	100.0

Para la variable del estado civil encontramos un 48.07% (87/181) que corresponde a solteros, siendo la gran mayoría. El 39.78% (72/181) correspondió a los individuos casados. El 7.73% (14/181) representó a los profesionales que se encuentran en unión libre. Mientras que en el 4.42% restante se encontraron los viudos (2/181) y los divorciados (6/181) (Tabla 3) (Figura 3).

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la variable Profesión.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Enfermería	88	48.62
Medicina	93	51.38
Total	181	100.0

Dentro de los profesionales de la salud de la población investigada encontramos dos grupos que son Medicina y Enfermería, donde se pudo observar que el 48.62%

(88/181) pertenecen a la carrera de enfermería y el 51.38% (93/181) a la carrera de medicina (Tabla 4) (Figura 4).

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de la variable Área de servicio.

Áreas de servicio	Frecuencia	Porcentaje
Clínicas	81	44.75
Quirúrgicas	89	49.17
Ginecología	11	6.08
Total	181	100.0

Debido a que el hospital cuenta con 20 especialidades se optó por agruparlas en tres macro áreas para que se facilite el análisis. Para esta agrupación nos guiamos de acuerdo a las áreas que corresponden a la división del año del internado rotativo según la unidad de docencia del HEEE y la PUCE. Resultando que para el área clínica se encuentra un 44.75% (81/181) de los profesionales analizados, un 49.17% (89/181) para el área quirúrgica. Existe el área de Ginecología que cumple los servicios clínicos y quirúrgicos, pero optamos por separarla ya que así consta en la división previamente mencionada y está representada por el 6.08% (11/181) (Tabla 5) (Figura 5).

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de la variable Depresión.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	55.25
No	81	44.75
Total	181	100.0

Del total de profesionales encuestados se pudo observar que el 55.25% (100/181) presentaron algún grado de depresión, mientras que el 44.75% (81/181) no presentaron ningún grado de depresión (Tabla 6) (Figura 6).

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de la variable Grado de Depresión.

Grado de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Leve	33	33.00
Moderada	37	37.00
Severa	19	19.00
Extrema	11	11.00
Total	100	100.0

La escala usada permite clasificar en diferentes grados los trastornos planteados, en nuestra investigación se evidenció que el 33.00% (33/100) presenta depresión leve, con un grado moderado se obtuvo 37.00% (37/100), en el grado de severo contamos con 19.00% (19/100), el grado de depresión extrema estuvo conformado por 11.00% (11/100) (Tabla 7) (Figura 7).

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de la variable Ansiedad.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	36.46
No	115	63.54
Total	181	100.0

Para la variable Ansiedad como trastorno mental se encontró que el 36.46% (66/181) de los individuos la presenta, mientras que 63.54% (115/181) de las personas no presentan dicha patología (Tabla 8) (Figura 8).

Tabla 9. Frecuencia de la variable Grado de Ansiedad.

Grado de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	28	42.42
Moderada	17	25.76
Severa	7	10.61
Extrema	14	21.21
Total	66	100.0

Según la severidad de dicha patología tenemos que el 42.42% (28/66) presentó ansiedad leve, el 25.76% (27/66) con ansiedad moderada, el 10.61% (7/66) con ansiedad severa, y por último con niveles extremos el 21.21% (14/66) (Tabla 9) (Figura 9).

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de la variable Estrés.

Estrés	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	9.94
No	163	90.06
Total	181	100.0

Dentro de los resultados para la variable Estrés se observó que el 90.06% (163/181) no presentaron estrés, mientras que el 9.94% (18/181) de los encuestados presentaron dicho trastorno (Tabla 10) (Figura 10).

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de la variable Grado de Estrés.

Grado de Estrés	Frecuencia	Porcentaje
Leve	5	27.78
Moderado	6	33.33
Severo	5	27.78
Extremo	2	11.11
Total	18	100.0

Al evaluar el grado de estrés en los 18 individuos que presentaron dicha patología, se encontró que 11.11% presentó un grado extremo, el 33.33% un estrés moderado, mientras que para los grados leve y severo se encontró un 27.78%, para cada uno (Tabla 11) (Figura 11).

4.2. ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES

Se analizó la existencia de asociaciones entre los trastornos mentales con las diferentes variables. Hay que tener en cuenta que para valorar la presencia o ausencia de los trastornos se trabajó con los 181 profesionales, y que para medir los grados o niveles de éstos se trabajó únicamente con aquellos profesionales que presentaban la patología. Para depresión se trabajó con una muestra de 100 individuos, para ansiedad la muestra fue de 66 y para estrés se contó con una muestra de 18 participantes.

Tabla 12. Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión con la variable Sexo.

		Sexo				TOTAL
		Masculino		Femenino		
		Casos	%	Casos	%	
Grado de Depresión	Leve	15	35.71	18	31.03	33
	Moderada	16	38.10	21	36.21	37
	Severa	8	19.05	11	18.97	19
	Extrema	3	7.14	8	13.79	11
	TOTAL	42	100.0	58	100.0	100

($\chi^2_{gl:3} = 1.165, p = 0.761^{NS}$)

Del total de individuos con depresión (100), se obtuvo que existe un similar porcentaje de depresión en ambos sexos, correspondiendo el 58.00% para el sexo femenino y el 42.00% para el masculino. En ambos sexos se observó que el grado más frecuente es el moderado, con 38.10% para el sexo masculino y el 36.21% para el femenino. Además pudimos definir que existió mayor depresión extrema en el sexo femenino con el 13.79% en relación al sexo masculino con el 7.14%. No se obtuvo un valor estadísticamente significativo que nos demuestre la existencia de asociación entre las variables (Tabla 12) (Figuras 12a y 12b).

Tabla 13. Resumen del análisis de contingencia de la variable Grado de Depresión con la variable Grupos etarios.

		Grupos etarios								TOTAL
		22-27 años		28-35 años		36-45 años		≥ 46 años		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Depresión	Leve	9	34.62	16	32.00	6	46.15	2	18.18	33
	Moderada	11	42.31	19	38.00	5	38.46	2	18.18	37
	Severa	4	15.38	10	20.00	1	7.69	4	36.36	19
	Extrema	2	7.69	5	10.00	1	7.69	3	27.27	11
	TOTAL	26	100.0	50	100.0	13	100.0	11	100.0	100

$$(X^2_{gl:9} = 8.628, p = 0.472^{NS})$$

Al analizar la variable Depresión en función de los grupos etarios, se pudo observar que el grupo etario que mayor depresión presentó es el de 28-35 años con el 50.00%. Mientras que el que menor grado de depresión presentó es el grupo etario ≥ 46 años (11.00%). Dentro de los grados de Depresión se pudo observar que la mayor frecuencia se encuentra en el moderado con el 37.00%, seguido por leve (33.00%), severo (19.00%) y finalmente el extremo con el 11.00%. Al analizar cada grupo etario en función de los grados de depresión, se pudo observar que para los tres primeros grupos etarios el grado más frecuente es el moderado, seguido por leve, severo y extremo; mientras que para los profesionales de 46 o más años el grado más frecuente fue el severo, seguido por el extremo y finalmente los grados moderado y leve. Al analizar la asociación entre estas variables no se obtuvo ninguna (Tabla 13) (Figuras 13a y 13b).

Tabla 14. Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión y la variable Estado civil.

		Estado civil								TOTAL
		Soltero		Casado		Divorciado		Unión Libre		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Depresión	Leve	14	31.82	15	35.71	2	40.00	2	22.22	33
	Moderada	16	36.36	15	35.71	2	40.00	4	44.44	37
	Severa	10	22.73	6	14.29	0	0.00	3	33.33	19
	Extrema	4	9.09	6	14.29	1	20.00	0	0.00	11
	TOTAL	44	100.0	42	100.0	5	100.0	9	100.0	100

$$(X^2_{gl:9} = 5.326, p = 0.805^{NS})$$

Al analizar el estado civil con el Grado de Depresión, se observó que no existía depresión para los profesionales que son separados o viudos, motivo por el cual fueron sacados del análisis. El estado civil que presentó mayor depresión es el soltero (44.00%), seguido por los casados (42.00%), los de unión libre (9.00%) y finalmente los divorciados (5.00%). Dentro de los 44 solteros del estudio, se evidenció que el 36.36% (16/44) presentan depresión moderada, mientras que el 9.09% (4/44) presentó un grado extremo. En el grupo de casados encontramos a 42 participantes, donde se pudo evidenciar un 35.71% (15/42) para los grados de depresión leve como moderada. Dentro del grupo de unión libre, que constó de 9 personas, se observó que el 44.44% presentó una depresión moderada y que en este grupo etario no hubo participantes que presenten un grado extremo. Por último en el grupo de divorciados se encontraron 5 personas, en las cuales se observó que existe 40.00% tanto de depresión leve como moderada, mientras que solo registró un caso para depresión extrema y ninguno para severa. No se evidenció asociación entre las variables mediante la prueba estadística de X^2 de Pearson (Tabla 14) (Figuras 14a y 14b).

Tabla 15. Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión con la variable Profesión.

		Profesión				TOTAL
		Enfermería		Medicina		
		Casos	%	Casos	%	
Grado de Depresión	Leve	12	29.27	21	35.59	33
	Moderada	17	41.46	20	33.90	37
	Severa	8	19.51	11	18.64	19
	Extrema	4	9.76	7	11.86	11
	TOTAL	41	100.0	59	100.0	100

($\chi^2_{gl:3} = 0.775, p = 0.855^{NS}$)

Al evaluar la depresión en función de las profesiones, no se evidenció diferencias entre ellas, ya que en enfermería se presentó en el 41.00% y en medicina el 59.00%. Al analizar dentro de cada profesión los grados de depresión, se pudo observar que para ambas los mayores porcentajes se encontraban en los grados moderados y leves. En enfermería el 41.46% (17/41) presentó un grado moderado, seguido de leve con el 29.27% (12/41), el 19.51% (8/41) presentó un grado severo y 9.76% (4/41) un grado extremo. Mientras que en medicina el 35.59% (21/59) presentó un grado leve y el moderado se presentó en un 33.90% (20/59), el grado severo presentó un 18.64% (11/59) y el grado extremo un 11.86% (7/59). Al medir la asociación entre las variables no se obtuvo significancia estadística (Tabla 15) (Figuras 15a y 15b).

Tabla 16. Resumen del análisis de contingencia entre la variable Grado de Depresión con la variable Área de Servicio.

		Área de servicio						TOTAL
		Clínicas		Quirúrgicas		Ginecología		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Depresión	Leve	17	33.33	15	34.88	1	16.67	33
	Moderada	22	43.14	15	34.88	0	0.00	37
	Severa	7	13.73	10	23.26	2	33.33	19
	Extrema	5	9.80	3	6.98	3	50.00	11
	TOTAL	51	100.00	43	100.00	6	100.00	100

($\chi^2_{gl:6} = 14.125, p = 0.028^*$; $CC = 0.352, p = 0.028^*$)

Con respecto a la variable depresión en relación a los servicios de salud, se pudo observar mayor porcentaje de depresión con el 51.00% de los casos para el área clínica, seguido del 43.00% para el área quirúrgica, mientras que en el área de ginecología se encontró un 6.00%. Al valorar el grado de depresión en cada área, se pudo evidenciar que en el área clínica el mayor número de casos se encontraba en los grados moderado y leve, siendo un 43.14% (22/51) para el moderado y 33.33% (17/51) para leve, los grados severo y extremo presentaron un 23.43%, siendo el 13.73% (7/51) y 9.80% (5/51) respectivamente. En áreas clínicas se evidenció un 34.88% (15/43) para cada uno de los grados de depresión leve y moderada, seguidos por un 23.26% (10/43) para severo y por último en el grado extremo se encontró un 6.98% (3/43). En ginecología el mayor número de casos se encontró en el grado extremo, con el 50.00% (3/6), seguido del grado severo con el 33.33% (2/6) y un 16.67% que corresponde a un único caso. Al analizar la independencia entre las variables, se observó que existe una asociación moderada ($CC = 0.352$, $p = 0.028$) (Tabla 16) (Figuras 16a y 16b).

Tabla 17. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de ansiedad y Sexo.

		Sexo				TOTAL
		Masculino		Femenino		
		Casos	%	Casos	%	
Grado de Ansiedad	Leve	15	65.22	13	30.23	28
	Moderado	5	21.74	12	27.91	17
	Severo	0	0.00	7	16.28	7
	Extremo	3	13.04	11	25.58	14
TOTAL		23	100.0	43	100.0	66

($\chi^2_{gl:3} = 9.399$, $p = 0.024^*$; $CC = 0.353$, $p = 0.024^*$)

Al evaluar la variable ansiedad en función del sexo, pudimos observar que esta patología se presentó en el sexo femenino en un 65.15% (43/66), frente al 34.85% (23/66) del masculino. Al valorar los grados de ansiedad en ambos sexos se observó

que el grado leve fue el de mayor frecuencia, siendo mayor en los varones con un 65.22% (15/23), y en las mujeres con un 30.23% (13/43). Aunque en ambos sexos el grado moderado fue el siguiente, en este caso fueron las mujeres las que presentaron mayor porcentaje con un 27.91% (12/43), mientras que los varones fue del 21.74% (5/23). El grado extremo se presentó en ambos sexos, siendo más frecuente en el sexo femenino con un 25.58% (11/43), que en el masculino que se presentó en un 13.04% (3/23). El grado severo sólo se observó en el sexo femenino con un 16.28% (7/43). Se observó una asociación moderada entre estas variables ($CC = 0.353$, $p = 0.024$) (Tabla 17) (Figuras 17a y 17b).

Tabla 18. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de ansiedad y Grupos etarios.

		Grupos etarios								TOTAL
		22-27 años		28-35 años		36-45 años		≥ 46 años		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Ansiedad	Leve	10	52.63	10	37.04	3	33.33	5	45.45	28
	Moderada	5	26.32	7	25.93	2	22.22	3	27.27	17
	Severa	2	10.53	3	11.11	1	11.11	1	9.09	7
	Extrema	2	10.53	7	25.93	3	33.33	2	18.18	14
	TOTAL	19	100.0	27	100.0	9	100.0	11	100.0	66

($X^2_{gl:9} = 0.968$, $p = 0.963^{NS}$)

Al analizar la variable Ansiedad en función de los grupos etarios, se pudo observar que el grupo etario que mayor ansiedad presentó es el de 28-35 años con el 40.90%. Mientras que el que menor grado de ansiedad presentó es el grupo etario entre los 36 a 45 años (13.66%). Dentro de los grados de ansiedad se pudo observar que la mayor frecuencia se encuentra en la leve con el 52.63%, seguido por moderado (26.32%), severo (10.53%) y finalmente el extremo con el 33.33%. Al analizar cada grupo etario en función de los grados de depresión, se pudo observar que para los cuatro primeros grupos etarios el grado más frecuente es el leve, seguido por el moderado, severo y extremo; mientras que para los profesionales de 28 a 35 años el grado más frecuente

fue el extremo. Al analizar la asociación entre estas variables no se obtuvo ninguna (Tabla 18) (Figuras 18a y 18b).

Tabla 19. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Estado civil.

		Estado civil								TOTAL
		Soltero		Casado		Divorciado		Unión Libre		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Ansiedad	Leve	15	55.56	10	35.71	1	25.00	2	28.57	28
	Moderada	7	25.93	8	28.57	1	25.00	1	14.29	17
	Severa	1	3.70	4	14.29	1	25.00	1	14.29	7
	Extrema	4	14.81	6	21.43	1	25.00	3	42.86	14
	TOTAL	27	100.0	28	100.0	4	100.0	7	100.0	66

($\chi^2_{gl:9} = 6.978, p = 0.639^{NS}$)

Al analizar el estado civil con el Grado de Ansiedad, se observó que no existía depresión para los profesionales que son separados o viudos, motivo por el cual fueron sacados del análisis. El estado civil que presentó mayor ansiedad es los casados (42.42%), seguido por los solteros (40.90%), los de unión libre (10.60%) y finalmente los divorciados (6.06%). Dentro de los 27 solteros del estudio, se evidenció que el 55.56% (15/27) presentan ansiedad moderada, mientras que el 14.81% (4/27) presentó un grado extremo. En el grupo de casados encontramos a 28 participantes, donde se pudo evidenciar un 35.71% (10/28) para los grados de depresión leve como moderada con 28.57%. Dentro del grupo de unión libre, que constó de 7 personas, se observó que el 42.86% presentó una ansiedad extremo. Por último en el grupo de divorciados se encontraron 4 personas, en las cuales se observó que existe 25.00% de ansiedad en todos los grados. No se evidenció asociación entre las variables mediante la prueba estadística de χ^2 de Pearson (Tabla 19) (Figura 19a y 19b).

Tabla 20. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Profesión.

		Profesión				TOTAL
		Enfermería		Medicina		
		Casos	%	Casos	%	
Grado de Ansiedad	Leve	12	33.33	16	53.33	28
	Moderada	9	25.00	8	26.67	17
	Severa	5	13.89	2	6.67	7
	Extrema	10	27.78	4	13.33	14
	TOTAL	36	100.0	30	100.0	66

($\chi^2_{gl:3} = 3.975, p = 0.264^{NS}$)

Al evaluar Ansiedad en función de las profesiones, no se evidenció diferencias entre ellas, ya que en enfermería se presentó en el 54.55% (36/66) y en medicina el 45.45% (30/66). Al analizar dentro de cada profesión los grados de ansiedad, se pudo observar que para ambas los mayores porcentajes se encontraba en el grado leve, donde el 33.33% (12/36) para enfermería y el 53.33% (16/30) en medicina. En enfermería, el grado extremo fue el segundo en frecuencia, con el 27.78% (10/36), seguido del 25.00% (5/36) que presentó un grado moderado y 13.89% (5/36) un grado severo. Mientras que en medicina el grado moderado se presentó en un 26.67% (8/30), el grado severo presentó un 6.67% (2/30) y el grado extremo un 13.33% (4/30). Al medir la asociación entre las variables no se obtuvo significancia estadística (Tabla 20) (Figuras 20a y 20b).

Tabla 21. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Área de Servicio.

		Área de servicio						TOTAL
		Clínicas		Quirúrgicas		Ginecología		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Ansiedad	Leve	9	30.00	16	51.61	3	60.00	28
	Moderado	10	33.33	6	19.35	1	20.00	17
	Severo	3	10.00	4	12.90	0	0.00	7
	Extremo	8	26.67	5	16.13	1	20.00	14
	TOTAL	30	100.00	31	100.00	5	100.00	66

($\chi^2_{gl:6} = 4.796, p = 0.570^{NS}$)

Con respecto a la variable ansiedad en relación a los servicios de salud, se pudo observar mayor porcentaje de ansiedad con el 46.96% (30/66) de los casos para el área quirúrgica, seguido del 45.45% (31/66) para el área clínica, mientras que en el área de ginecología se encontró un 7.57% (5/66). Al valorar el grado de ansiedad en cada área, se pudo evidenciar que en el área clínica el mayor número de casos se encontró en los grados moderado y leve, siendo un 33.33% (10/30) para el moderado y 30.00% (9/30) para leve, seguidos de los grados extremo y severo, que presentaron un 26.67% (8/30) y 10.00% (3/30) respectivamente. En las clínicas se evidenció un 51.61% (16/31) para el grados de depresión leve, seguido del moderado con 19.35% (6/31), un 12.90% (4/31) para severo y por último en el grado extremo se encontró un 16.13% (5/31). En ginecología el mayor número de casos se encontró en el grado leve, con el 60.00% (3/5), seguido de los grados moderado y extremo con el 20.00% (1/5) cada uno. Al analizar la independencia entre las variables, se observó que existe una asociación moderada ($CC = 0.352, p = 0.028$) (Tabla 21) (Figuras 21a y 21b).

Tabla 22. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés y Sexo.

		Sexo				TOTAL
		Masculino		Femenino		
		Casos	%	Casos	%	
Grado de Estrés	Leve	1	20.00	4	30.77	5
	Moderada	2	40.00	4	30.77	6
	Severa	1	20.00	4	30.77	5
	Extrema	1	20.00	1	7.69	2
	TOTAL	5	100.0	13	100.0	18

($\chi^2_{gl:3} = 0.886, p = 0.829^{NS}$)

Del total de individuos con estrés (18), se obtuvo que existe un 27.78% (5/18) para el sexo femenino y el 72.22% (13/18) para el masculino. Al analizar el grado de estrés se observó que en los varones el grado más frecuente es el moderado, mientras que el 20.00% se presentó en cada uno de los otros grados. En mujeres los grados leve, moderado y severo presentaron un 30.77% (4/13) cada uno, mientras que el grado extremo se presentó en un 7,69% (1/13). No se obtuvo un valor estadísticamente significativo que nos demuestre la existencia de asociación entre las variables (Tabla 22) (Figuras 22a y 22b).

Tabla 23. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés y Grupo etarios.

		Grupos etarios								TOTAL
		22-27 años		28-35 años		36-45 años		≥ 46 años		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Estrés	Leve	0	0.00	3	30.00	2	66.67	0	0.00	5
	Moderado	1	50.00	4	40.00	0	0.00	1	33.33	6
	Severo	0	0.00	3	30.00	0	0.00	2	66.67	5
	Extremo	1	50.00	0	0.00	1	33.33	0	0.00	2
	TOTAL	2	100.0	10	100.0	3	100.0	3	100.0	18

($\chi^2_{gl:9} = 12.880, p = 0.168^{NS}$)

En cuanto a los grupos etarios con respecto al estrés se pudo observar que el grupo etario que presentó mayor frecuencia fue el de 28-35 años, con un 55.55% (10/18), seguido por los grupos de 35 a 45 años y mayores de 46 años con un 16.66% (3/18) cada uno, y por último el grupo de 22 a 27 años con 11.11% (2/18). Dentro de los grupos etarios en el grupo de 22 a 27 años se observó tanto estrés moderado como extremo con un 50.00% cada uno. En el grupo de 28 a 35 años existió un mayor porcentaje para el grado de estrés moderado con un 40.00% (4/10), seguido por el estrés leve y severo con 30.00% para cada uno, nadie presentó estrés extremo. En el grupo de 36 a 45 existió mayor porcentaje de estrés leve (66.67%), seguido por estrés extremo (33.33%) cabe recalcar que no existieron casos en estrés moderado y severo. Por último en los mayores de 46 años se evidenció mayor estrés severo con un 66.67%, seguido por moderado con un 33.33% (Tabla 23) (Figuras 23a y 23b)

Tabla 24. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés y Estado civil.

		Estado civil								TOTAL
		Soltero		Casado		Divorciado		Unión Libre		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Estrés	Leve	5	55.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5
	Moderado	3	33.33	2	33.33	0	0.00	1	100.00	6
	Severo	0	0.00	4	66.67	1	50.00	0	0.00	5
	Extremo	1	11.11	0	0.00	1	50.00	0	0.00	2
TOTAL		9	100.0	6	100.0	2	100.0	1	100.0	18

($\chi^2_{gl:9} = 16.900, p = 0.050^*$; $CC = 0.696, p = 0.050^*$)

Al analizar el estado civil con el Estrés, se observó que no existía estrés para los profesionales que son separados o viudos, motivo por el cual fueron sacados del análisis. El estado civil que presentó mayor estrés es el soltero (50.00%), seguido por los casados (33.33%), los de unión libre (5.55%) y finalmente los divorciados

(11.11%). Dentro de los 9 solteros del estudio, se evidenció que el 55.56% (5/9) presentan estrés leve, mientras que el 33.33% (3/9) presentó un grado moderado. En el grupo de casados encontramos a 6 participantes, donde se pudo evidenciar un 66.67% (4/6) para los grados de estrés severo seguido por 33.33% de moderado. Dentro del grupo de unión libre, que constó de una personas con estrés moderado. Por último en el grupo de divorciados se encontraron dos personas, en las cuales se observó que presentaron un grado de estrés severo y extremo. Se evidenció asociación media alta entre las variables ($CC = 0.696$, $p = 0.050^*$) (Tabla 24) (Figuras 24a y 24b).

Tabla 25. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Estrés con Profesión.

		Profesión				TOTAL
		Enfermería		Medicina		
		Casos	%	Casos	%	
Grado de Estrés	Leve	2	25.00	3	30.00	5
	Moderado	3	37.50	3	30.00	6
	Severo	3	37.50	2	20.00	5
	Extremo	0	0.00	2	20.00	2
	TOTAL	8	100.0	10	100.0	18

($\chi^2_{gl:3} = 2.205$, $p = 0.531^{NS}$)

Al evaluar la estrés en función de las profesiones, no se evidenció diferencias entre ellas, ya que en enfermería se presentó en el 44.44% (8/18) y en medicina el 55.56% (10/18). Al analizar dentro de cada profesión los grados de estrés, se pudo observar que para ambas los mayores porcentajes se encontraban en los grados moderados, leves, y severos. En enfermería el 37.50% (3/8) se presentó en los grados moderado y severo, seguido de leve con el 25.00% (2/8), no se encontró participantes en el grado extremo. En medicina, el 30.00% (3/10) se presentó en los grados leve y moderado, mientras que los grados severo y extremo presentaron un 20.00% (2/10) cada uno. Al

medir la asociación entre las variables no se obtuvo significancia estadística (Tabla 25) (Figuras 25a y 25b).

Tabla 26. Resumen del análisis de contingencia entre las variables Grado de Ansiedad y Área de servicio.

		Área de servicio						TOTAL
		Clínicas		Quirúrgicas		Ginecología		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Grado de Estrés	Leve	3	30.00	1	20.00	1	33.33	5
	Moderada	4	40.00	2	40.00	0	0.00	6
	Severa	3	30.00	1	20.00	1	33.33	5
	Extrema	0	0.00	1	20.00	1	33.33	2
	TOTAL	10	100.00	5	100.00	3	100.00	18

($\chi^2_{gl:3} = 4.320, p = 0.633^{NS}$)

Con respecto a la variable estrés en relación a los servicios de salud, se pudo observar mayor porcentaje de estrés con el 55.55% (10/18) de los casos para el área clínica, seguido del 27.77% (5/18) para el área quirúrgicas, y en el área de ginecología se encontró un 16.66% (3/18). Al valorar el grado de estrés en cada área, se pudo evidenciar que en el área clínica el mayor número de casos se encontraba en el grado moderado con 40.00% (4/10), seguido del grado leve y severo con un 30.00% (3/10), no se encontró participantes que presentaran estrés extremo. En el área quirúrgica se evidenció un 40.00% (2/5) para el grado de estrés moderado, seguida del leve, severo y extremo con 20.00% (1/5) respectivamente. En ginecología se encontró igual grado de estrés tanto en leve, severo y extremo con un 33.33% (1/3), no se encontró participantes que presenten estrés moderado. Al analizar la independencia entre las variables, se observó que no existe asociación (Tabla 26) (Figuras 26a y 26b).

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

Debido a las preocupaciones crecientes en el campo de la salud mental en los profesionales de la salud en el Ecuador, y siendo conocida la gravedad ocasionada por múltiples trastornos mentales y psicopatológicos en la salud ocupacional además del hecho de no haber encontrado publicaciones a nivel local al respecto, nos planteamos analizar la existencia de alteraciones psicológicas en los profesionales de la salud expuestos a grandes cargas de estrés laboral y la marcada responsabilidad médica. Para de esta forma, generar medidas prácticas de prevención de estas enfermedades en el personal referido. Incluso la necesidad de detectar algunas de las posibles causas y complicaciones que generan estos comportamientos, como el bajo rendimiento laboral, ausentismo laboral e inclusive conductas más graves como el suicidio entre otras.

El estudio se realizó en 181 profesionales del personal de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (HEEE), de cuarto nivel, el que consta de 20 diferentes servicios médicos. Los profesionales se autoaplicaron la escala DASS-21, la cual permite tamizar entre depresión, ansiedad y estrés, tres trastornos psicopatológicos relacionados con la sobrecarga laboral. Cabe recalcar que todos los participantes llevan trabajando más de seis meses en esta casa de salud, cumpliendo con horarios de 40 horas semanales o más, en las que se incluyen turnos de emergencia, llamadas nocturnas y veladas. Esta escala además de permitirnos determinar la presencia de estas patologías, nos permitió valorar cuatro niveles de las mismas. La escala ha sido validada en muchos países de Latinoamérica y el mundo para estudio de las afecciones descritas. En Colombia se realizó un estudio, donde se trató de identificar las escalas disponibles y validadas que permitieran valorar la

percepción del estrés psicológico en mujeres climatéricas obteniendo que la escala PSS y DASS son herramientas eficaces para medir estrés psicológico, y presentan satisfactoria consistencia interna en estudios realizados en diferentes grupos poblacionales (Salgado-Madrid, Mo-Carrascal, & Monterrosa-Castro, 2013). En otro estudio realizado en México en el 2010 en el cual se trató de obtener la estructura factorial y consistencia interna de la escala DASS-21 en una muestra no clínica, la misma que se la aplicó a 200 participantes en la que concluye que la escala es confiable para evaluar los trastornos mentales que mide, aunque admiten que se necesita posteriores estudios para su completa validación (Gurrola Peña, Balcázar Nava, Bonilla Muños, & Virseda Heras, 2006). En otro estudio realizado en el 2013 donde se valida la escala DASS 21 en mujeres rurales con niños pequeños en el norte de Vietnam, parece ser comprensible y sensible a la detección de trastornos mentales comunes, realizadas en la atención primaria de salud y, por tanto, también podría ser útil para la detección de estas condiciones en otros entornos con recursos limitados (Tran, Tran, & Fisher, 2013).

La prevalencia de depresión encontrada en este estudio fue del 55.25%, valor superior a los reportados en otros estudios (Alves Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011) (Tran, Tran, & Fisher, 2013) (Del Brutto, y otros, 2014). Se pudo observar que el sexo femenino fue el que mayor prevalencia presentó (58%). Al analizar la prevalencia en función de sexo y grupo etario, se observó que las mujeres que se encontraban entre los 22-27 años presentaron una prevalencia del 73.08%, seguidas por las mujeres mayores de 46 años (63.64%). Mientras que el grupo etario que presentó mayor prevalencia fue el de 28-35 años (50%), en este grupo etario la prevalencia fue del 50% para cada sexo. Al evaluar la depresión en función del estado civil, encontramos que tanto solteros como casados son los que mayor prevalencia presentaron.

Al analizar la prevalencia de depresión por profesión, se encontraron valores superiores a los reportados en la bibliografía. En nuestro estudio se encontró que para los médicos la prevalencia es del 59.00%, mientras que para enfermería fue del 41.00%. (Betancourt Sánchez, Rodríguez Islas, Vallecillo Escobar, & Sánchez Rico, 2008), en el estudio realizado en México, a médicos residentes mediante la escala de Hamilton que evalúa depresión, encontraron una prevalencia del 44%. En el estudio realizado a médicos mexicanos con la escala de Beck, se reporta una prevalencia del 22.2% (Jiménez-López, Arenas-Osuna, & Angeles-Garay, 2014). Con esta misma escala (Mascarúa-Lara, Vazquez-Cruz, & Córdova-Soriano, 2014), reportan una prevalencia del 19.7% en médicos familiares de Puebla-México. García-Rivera y cols. (2014), en su estudio realizado a personal de enfermería con la escala DASS-21, reportan una prevalencia de depresión del 21.5%.

En el estudio realizado por (Saldaña Ibarra & López Ozuna, 2014) a médicos en México DF, mediante el cuestionario SRQ, herramienta que les permitió valorar los grados de depresión se encontraron prevalencias del 64% para leve, 20% para moderado y grave del 7.56%. Estos valores difieren de los que se encontraron en nuestro estudio. Siendo 4.03 veces mayor el caso de los profesionales con depresión severa y extrema de nuestro estudio. Para el grado leve nosotros encontramos un 35.59%, siendo este casi la mitad del reportado en los profesionales mexicanos.

En nuestro estudio encontramos una prevalencia de ansiedad del 36.46%, este valor se encuentra dentro de lo reportado en la literatura (Del Bruto y cols., 2014) (Alves-Apóstolo y cols., 2011) (Tran, Tran, & Fisher, 2013). De igual manera que en depresión el sexo femenino es el que presentó mayor prevalencia de ansiedad (65.15%). El grupo etario que mayor prevalencia reportó fue el de 28 a 35 años (40.90%), siendo más prevalente en mujeres (51.85%).

La prevalencia de ansiedad encontrada en este estudio en las dos profesiones fue

muy similar. Para los profesionales de enfermería fue del 54.54%, valor casi similar al encontrado por Torres-Bravo (2013) en estudiantes de enfermería de la Universidad de Zaragoza-España, con la escala de Hamilton para medir ansiedad (50%). Es importante mencionar que en el estudio realizado con la escala DASS-21 por García-Rivera y cols., (2014), en el Estado de Baja California al personal de enfermería encontraron una prevalencia del 28.5%. Este valor reportado es casi la mitad del que nosotros encontramos, pero como hacen referencia los autores ellos utilizaron un muestreo por conveniencia lo que podría ser el porqué de esta diferencia. En el estudio realizado por Flores-Villavicencio y cols. (2010) en el personal de enfermería del hospital civil de Guadalajara encontraron una prevalencia de ansiedad cognitiva del 38.8%, mientras que para la ansiedad somática fue del 36.0%. En el personal médico la prevalencia que se encontró en nuestro estudio fue del 45.46%, similar valor fue reportado en el estudio realizado por Mascarúa-Lara y cols. (2014) en la ciudad de México, utilizando la escala de Hamilton para evaluar ansiedad, donde obtuvieron el 41% en el personal médico.

La prevalencia encontrada en nuestro estudio fue del 9.94%. En esta patología el sexo femenino presentó una prevalencia del 72.22%, mientras que el grupo etario más prevalente fue el de 28 a 35 años (76.92%), valores semejantes a lo reportado en la literatura (Del Bruto y cols., 2014) (Solís Ávila, Urgilés González, & Uyaguari Morocho, 2014) (García- Rivera, Maldonado-Radillo, & Ramírez-Baron, 2014) (Alves-Apóstolo y cols., 2011) (Sánchez Facio, 2008) (Martínez-Lanz, Medina-Mora, & Rivera, 2004) (Román Hernández, 2003).

La prevalencia de estrés en profesionales de la salud se presenta en un amplio rango. García-Rivera y cols. (2013) reportan una prevalencia del 57.47% en profesionales de enfermería del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado de Baja California. En la investigación realizada en 214 profesionales de enfermería del Hospital Civil Juan I Menchaca de Guadalajara, donde se encontró una

prevalencia de estrés del 18.2% (Flores-Villavicencio, 2010). En el estudio realizado en la ciudad de México a 192 médicos residentes la prevalencia reportada fue del 14% (Martínez-Lanz, Medina-Mora, y Rivera, 2004). Román-Hernández (2003) reporta prevalencias de estrés del 46% para medicina y del 54% para enfermería, en su estudio realizado en personal de salud de La Habana. Similares valores encontramos en nuestro estudio (55.56% - Medicina y 44.44% - Enfermería).

En el estudio realizado por Solís-Ávila y cols. (2014) a médicos e internos del Hospital Vicente Corral Moscoso (segundo nivel) de la ciudad de Cuenca, encontraron que los participantes presentaban el 24.9% de estrés leve, el 51.3% estrés moderado y un 23.8% tiene estrés severo. Nosotros encontramos similares valores, siendo del 27.78% para estrés leve, el 33.33% para estrés moderado, 27.78% para severo y un estrés extremo en el 11.11% en los profesionales de la salud del HEEE (tercer nivel).

Caballo, y cols. (2014) describen que el sexo femenino es el que mayor prevalencia presenta en trastornos mentales, lo que se pudo comprobar en nuestro estudio. Al analizar cada grupo etario en función de los grados de depresión, se pudo observar que para los tres primeros grupos etarios el grado más frecuente es el moderado, seguido por leve, severo y extremo; mientras que para los profesionales de 46 o más años el grado más frecuente fue el severo, seguido por el extremo. Esto se pudo haber obtenido ya que la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores (Organización Mundial de la Salud, 2016).

CAPÍTULO VI

6.1. CONCLUSIONES

- Encontramos que de los tres trastornos psicopatológicos estudiados en los profesionales de la salud del HEEE, el que se presentó en mayor porcentaje fue depresión, seguido de ansiedad y por último el estrés.
- Se presentó mayor depresión en profesionales de medicina que en enfermería. El grado de depresión que más profesionales presentó fue el moderado, seguido por los grados leve, severo y extremo en ambas profesiones.
- Se pudo constatar que ambas profesiones presentaron similares prevalencias para ansiedad, siendo el grado leve el que presentó mayor porcentaje. La diferencia se encontró en que los profesionales de enfermería presentaron mayor número en el grado extremo.
- Aunque no existen muchos participantes en los que se reportó estrés, existió un similar número de casos en ambas profesiones. Es importante mencionar que solo en profesionales médicos se encontró estrés extremo.
- Existe mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos en el sexo femenino.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar una validación de la encuesta a nivel nacional para que pueda ser aplicada en diferentes grupos a investigar y realizar más estudios para determinar si puede ser usada a nivel sanitario como una herramienta para un diagnóstico fiable.

- La muestra debe ser más grande y más equitativa para tener resultados más concluyentes debido a la gran cantidad de variables que pueden influenciar en los resultados.
- Las preguntas deben ser respondidas tal como indica la encuesta, en poco tiempo caso contrario se pueden producir sesgos.
- Debido a que la encuesta fue creada en un país extranjero en la traducción puede cometerse el error de interpretar las preguntas de manera inadecuada por lo tanto se debe tener mucho cuidado en la traducción. De tal modo que con una adecuada validación no se cometería este error además de que toma en cuenta las características sociodemográficas donde se va a emplear la encuesta.
- Realizar periódicamente evaluaciones en el personal para encontrar nuevos casos o tener control sobre diversos trastornos psiquiátricos que puedan afectar el rendimiento adecuado de cada trabajador.
- Los trabajadores deben participar de manera conjunta para determinar horarios que sean convenientes para un buen desarrollo laboral.
- Fomentar la práctica de hobbies y actividad física no extenuante luego de la actividad laboral como manera de liberador de tensiones.
- El lugar de trabajo debe ofrecer las comodidades y/o material necesario para proveer un lugar y ambiente de trabajo óptimo, además de seguridad en caso de presentar inconvenientes o accidentes.
- Se deberían realizar más estudios a nivel nacional comprobando la validez de la escala, además en caso de ser validada fomentar su empleo.
- Una recomendación que nuestra investigación arrojó es que debería comprobarse en otra casa de salud el estudio para comprobar resultados y tener una mayor población estudiada para interpretar resultados.

6.3. LIMITACIONES

- Un problema que se encontró al momento de realizar las encuestas fue que algunos individuos tomaron mucho tiempo al responder las preguntas pudiendo replantear su respuesta y no ser del todo verdaderas.
- En la muestra se planteó un número de profesionales para ser encuestados, sin embargo debido a sus horarios y su aleatoriedad se debería en una próxima investigación similar realizarla con un universo con características similares.
- El diseño del presente estudio es observacional y se basa en una aplicación por lo que debería contar con una validación a nivel nacional, que en un principio se planteó un estudio similar sin embargo, por recursos económicos y profesionales no se la realizó.
- Firmar un consentimiento informado condicionó a los individuos a responder con menor puntaje a las preguntas formuladas en la encuesta.
- Los encuestados al tener conocimiento sobre la materia en principio aceptaban tener alguna enfermedad, que luego no concordaba con las respuestas emitidas; pues muchos de ellos eran auto diagnósticos y auto medicados.

7. Referencias Bibliográficas

- Alves Apóstolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A., & Rodrigues, M. (2011). Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermería*.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2011). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 50-51.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Panamericana.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología* (Vol. 2). (C. Sánchez, Ed.) Madrid, España: McGraw Hill.
- Betancourt Sánchez, M. J., Rodríguez Islas, C. L., Vallecillo Escobar, I., & Sánchez Rico, L. E. (2008). Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatría Biológica*.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Carrobles, J. A., Almendros Rodriguez, C., Amor Andrés, P. J., & Andrés Navia, V. (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pág. 339). Madrid: Pirámide.
- Carrasco, C. (Diciembre de 2001). <http://www.dt.gob.cl/>. Obtenido de http://www.dt.gob.cl/1601/articles-86559_recurso_1.pdf
- Carvajal, C., Florenzano, R., & Weil, K. (2008). *Psiquiatría* (2 ed.). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Del Brutto, O., Mera, R., Del Brutto, V., Maestre, G., Gardener, H., & Zambrano, M. (2014). Influence of depression, anxiety and stress on cognitive performance in community-dwelling older adults living in rural Ecuador: Results of the Atahualpa Project. *Geriatr Gerontol*.

- Esquivel Molina, C. G., Buendía Cano, F., & Martínez García, O. (2006). Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social* 2007, 428.
- Flores- Villavicencio, M. E., Troyo-Sanromán, R., Valle-Barbosa, M. A., & Vega-López, M. G. (2010). Ansiedad y Estrés en la Practica del Personal de Enfermería en un Hospital de Tercer Nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*.
- Flores-Villavicencio, M. E., Troyo-Sanromán, R., Valle-Barbosa, M. A., & Vega-López, M. G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista electrónica de psicología IZTACALA*, 1-17.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2010). Propiedades psicométricas de la Depression Anxiety an Stress scales-21 (DASS-21) en universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés*.
- Frances, A., Pincus, H. A., First, M., Andreasen, N. C., Barlow, D., & Campbell, M. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En A. P. Frances, M. First, N. C. Andreasen, D. Barlow, & M. Campbell, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 419). Barcelona.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (29 de agosto de 2013). *Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results from the ESEMeD-Spain Project*. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756284/>
- García Rivera, B., Maldonado Radillo, S., & Ramírez Barón, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México . *SUMMA PSICOLOGICA*.
- García- Rivera, B., Maldonado-Radillo, S., & Ramíres-Baron, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad, y estres) en el personal de enfermería del sector de salud pública de mexico. *Summa psicológica UST (En línea)*, 11(1).
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General* (5 ed.). (L. I. Rubio, Ed., & P. G. Sierra, Trad.) México, DF. - Santafé de Bogotá: El Manual Moderno.

- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (s.f.). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina UNAM.*
- Guía sobre el Estrés Ocupacional.* (2006). Obtenido de <http://portal.ugt.org/>: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/cuader_guias/2006_Guia_Estres_Laboral.pdf
- Gurrola Peña, G., Balcázar Nava, P., Bonilla Muños, M., & Virseda Heras, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social.*
- Hall-Ramírez, V. (2003). Depresión Fisiopatología y Tratamiento. *Centro Nacional de Informacion de Medicamentos.*
- Jiménez, J., Arenas-Osuna, J., & Angeles-Garay, U. (2014). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Medica Instituto Mexicano seguro social* , 20-21.
- Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J., & Angeles-Garay, U. (2014). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Medica Instituto Mexicano seguro social*, 20-21.
- Kessler, R., Berglund P, P., & Demler, O. (18 de Jun de 2003). *PubMed.* Obtenido de The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12813115>
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). <http://www.who.int/>. Obtenido de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. E., & Rivera, E. (2004). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la facultad de medicina UNAM.*
- Mascarúa-Lara, E., Vazquez-Cruz, E., & Códova-Soriano, J. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar.*
- Mella, F. R., Vinet, E., & Alarcón Muñoz, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco. *Revista Argentina de Clinica Psicológica.*

- Molina Proaño, G. A., & Tello Echanique, A. F. (2013). *Factores asociados a la automedicación en profesionales de salud, en los Hospitales: Quito N1 de la Policía Nacional General, "Dr. Enrique Garces", de Especialidades Eugenio Espejo, Clínica de Especialidades Galenus y Estudiantes*. Quito.
- OMS. (Abril de 2016). <http://www.who.int/>. Recuperado el 2016 de Junio de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- OMS. (2016). <http://www.who.int/>. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Orellana Curamil, G. A. (01 de junio de 2015). *Evaluación de Síntomas de Depresión, Ansiedad, Estrés: Estructura y Dimensionalidad de la Escala DASS-21*. Obtenido de <http://dspace.usalca.cl:8888/psicologia/68985.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*.
- Román Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev. Cubana Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Saldaña Ibarra, O., & López Ozuna, V. M. (2014). Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Investigación en Salud*.
- Salgado-Madrid, M., Mo-Carrascal, J., & Monterrosa-Castro, Á. (2013). Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Revista Ciencias Biomédicas*, 323.
- Sánchez Facio, J. (2008). *Estrés Laboral Y Su Relación con síntomas Depresivos en Médicos Residentes*. Veracruz.
- Sanchez Muñoz, F. X. (2008). *Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una rural del distrito metropolitano de Quito*. Quito.
- Sobocki, P., Jönsson, B., & Angst, J. (2006). *Cost of depression in Europe*. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17007486>

- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés. (13 de Junio de 2016).
<http://pendientedemigracion.ucm.es/>. Obtenido de
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- Solís Ávila, S. M., Urgilés González, F. J., & Uyaguari Morocho, M. d. (2014).
Desarrollo y Validación del Test de estrés laboral en Médicos/as e Internos/as del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2013. Cuenca.
- Torres Bravo, S. (2013). *Automedicación y Ansiedad en la Escuela de Enfermería de Huesca*. Huesca.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*, 63.
- Tran, T. D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BioMed Central*.
- Wan, D. (10 de octubre de 2012). *World Federation for Mental Health*. Obtenido de
http://www.who.int/mental_health/management/depression:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- Wang, L., Long, D., & Li, Z. (2011). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Structure in Chinese Adolescents Exposed to a Deadly Earthquake. *springer*.
- Zandio, M., Ferrín, M., & Cuesta, M. (2002). *Neurobiología de la depresión*. Obtenido de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

8. FIGURAS

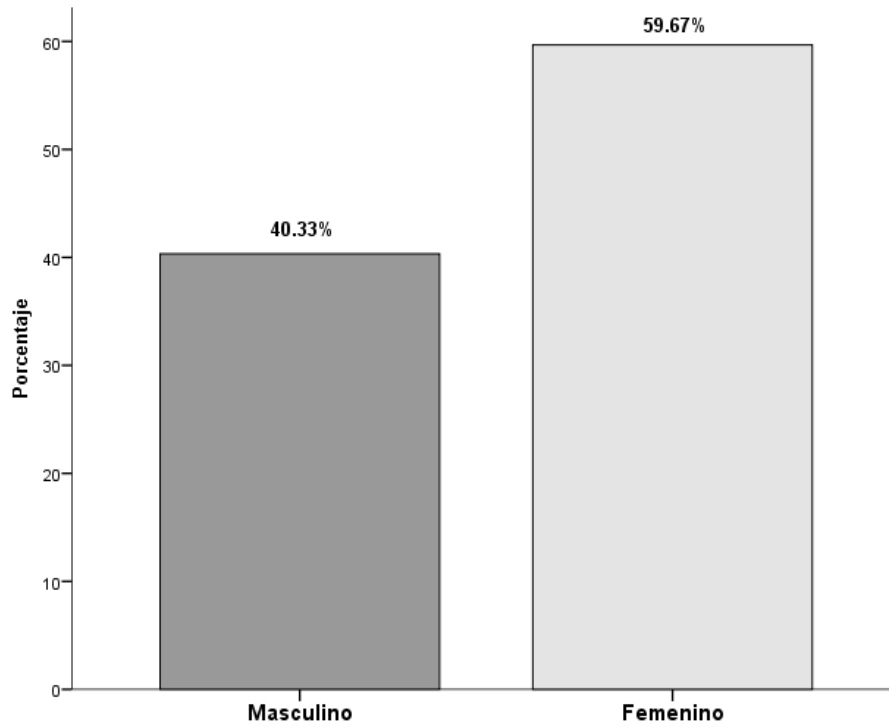


Figura 1. Distribución observada en el estudio para la variable Sexo.

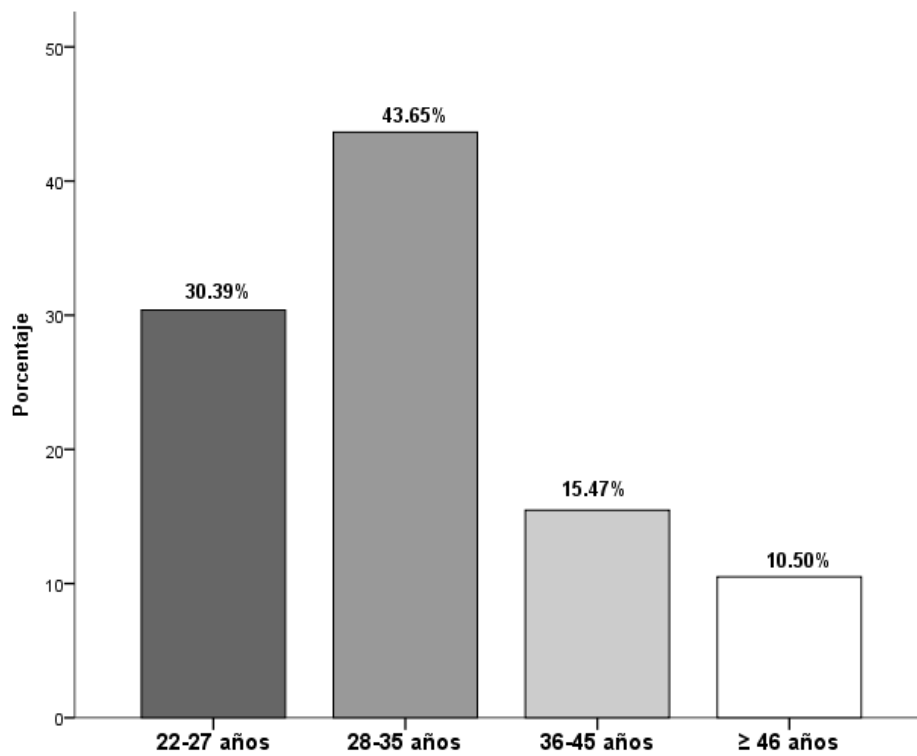


Figura 2. Distribución observada en el estudio para la variable Grupo etario.

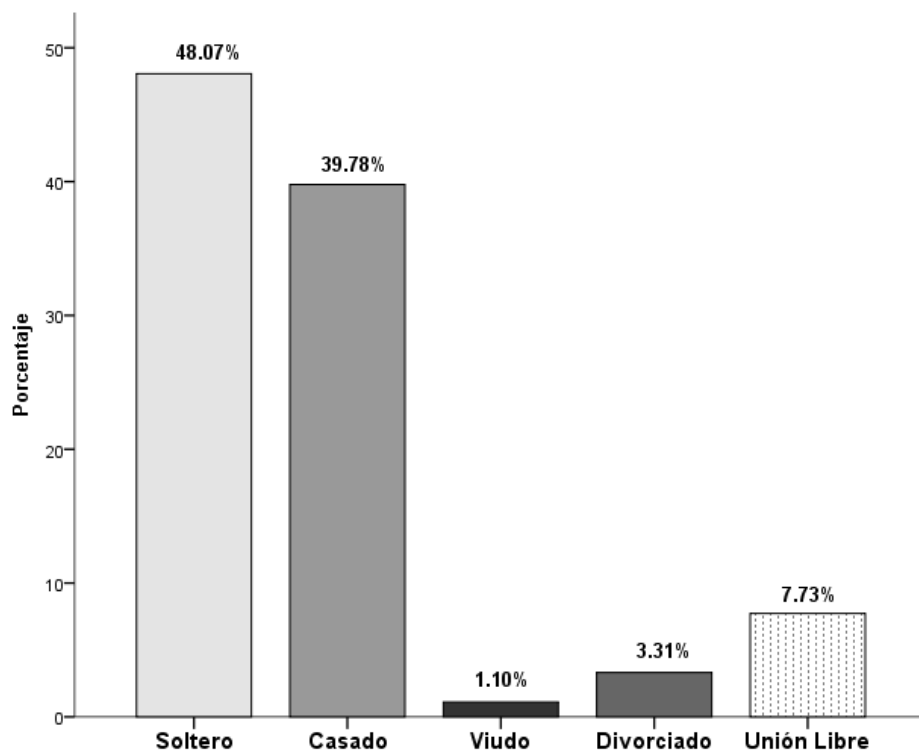


Figura 3. Distribución observada en el estudio para la variable Estado civil.

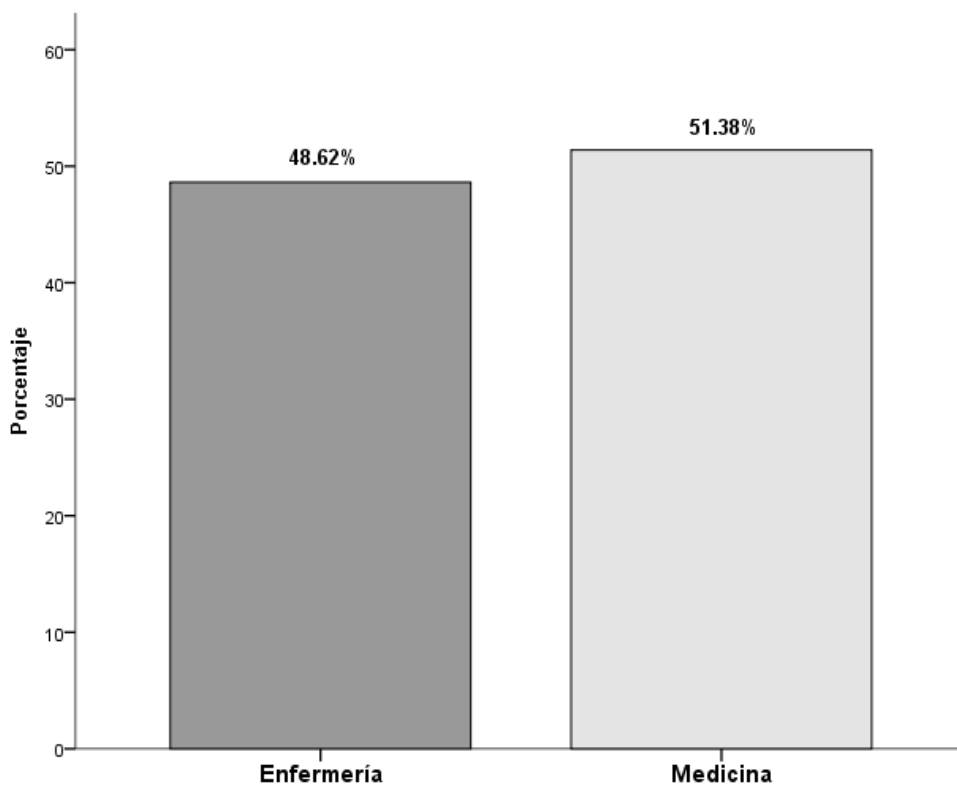


Figura 4. Distribución observada en el estudio para la variable Profesión.

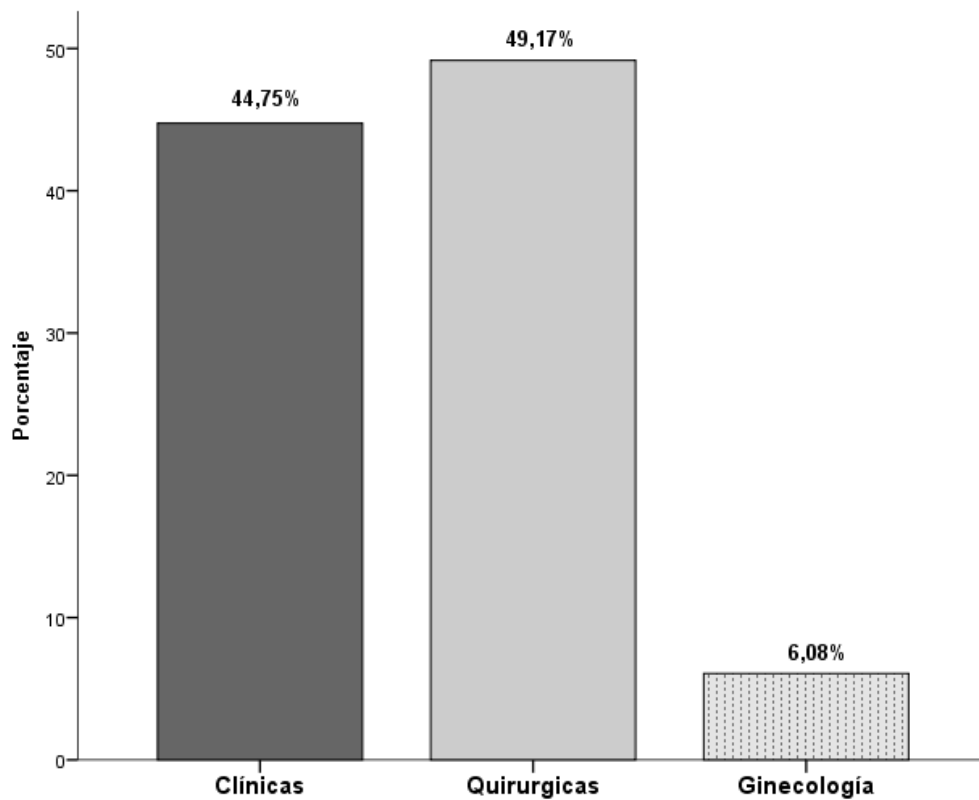


Figura 5. Distribución observada en el estudio para la variable Área de servicio.

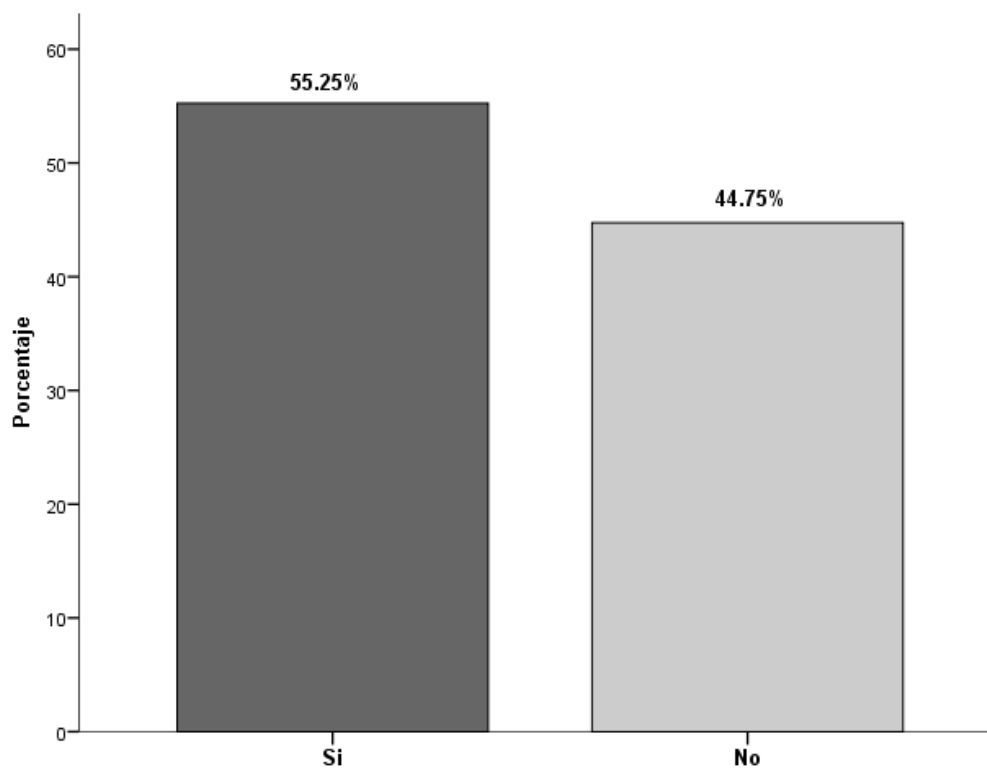


Figura 6. Distribución observada en el estudio para la variable Depresión.

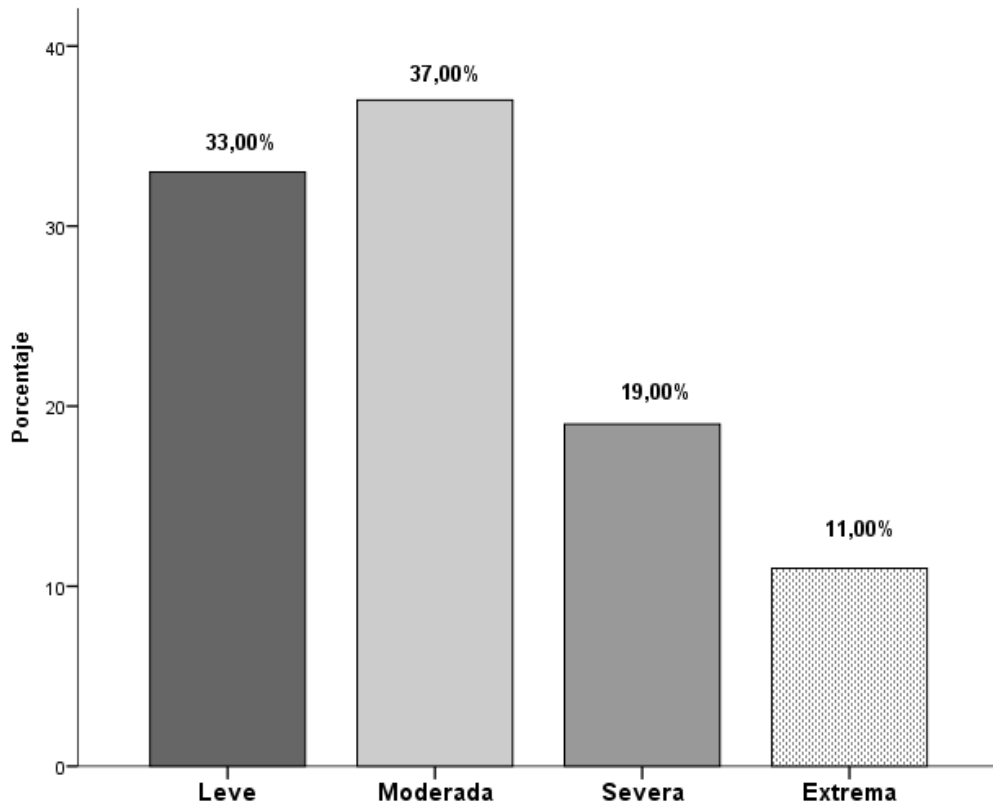


Figura 7. Distribución observada en el estudio para la variable Grado de Depresión.

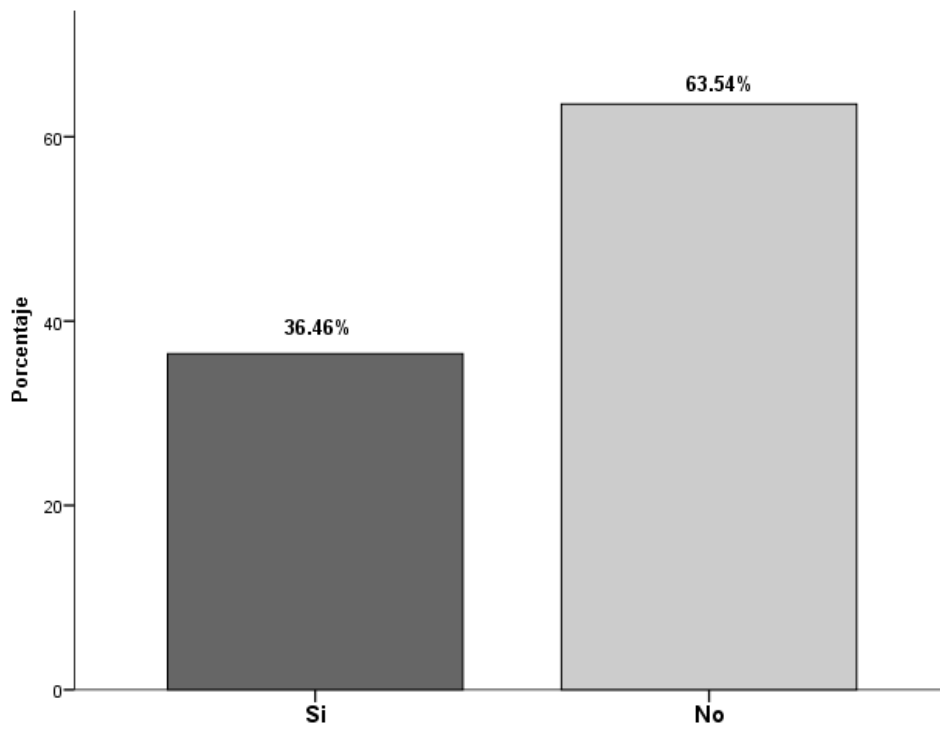


Figura 8. Distribución observada en el estudio para la variable Ansiedad.

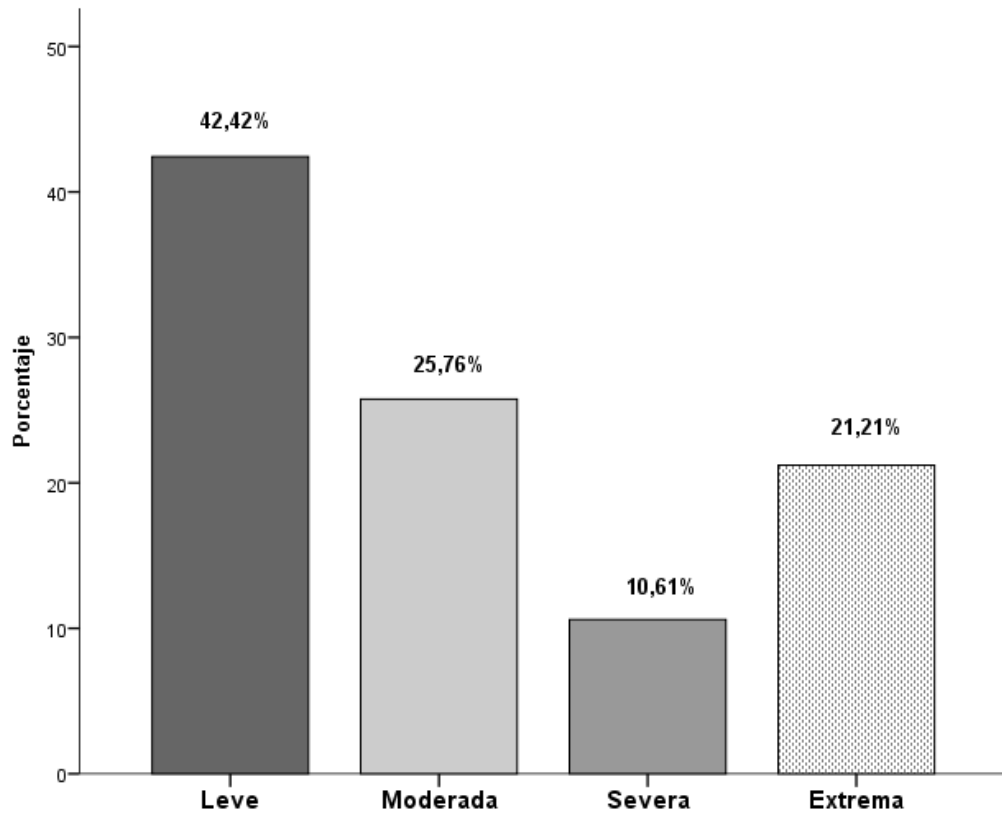


Figura 9. Distribución observada en el estudio para la variable Grado de Ansiedad.

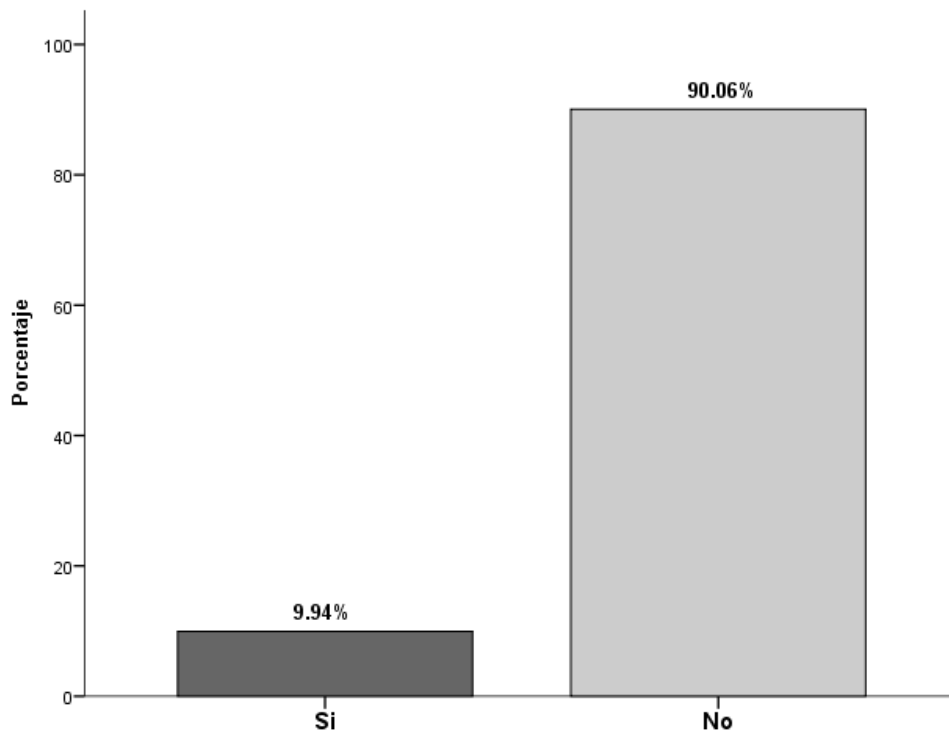


Figura 10. Distribución observada en el estudio para la variable Estrés.

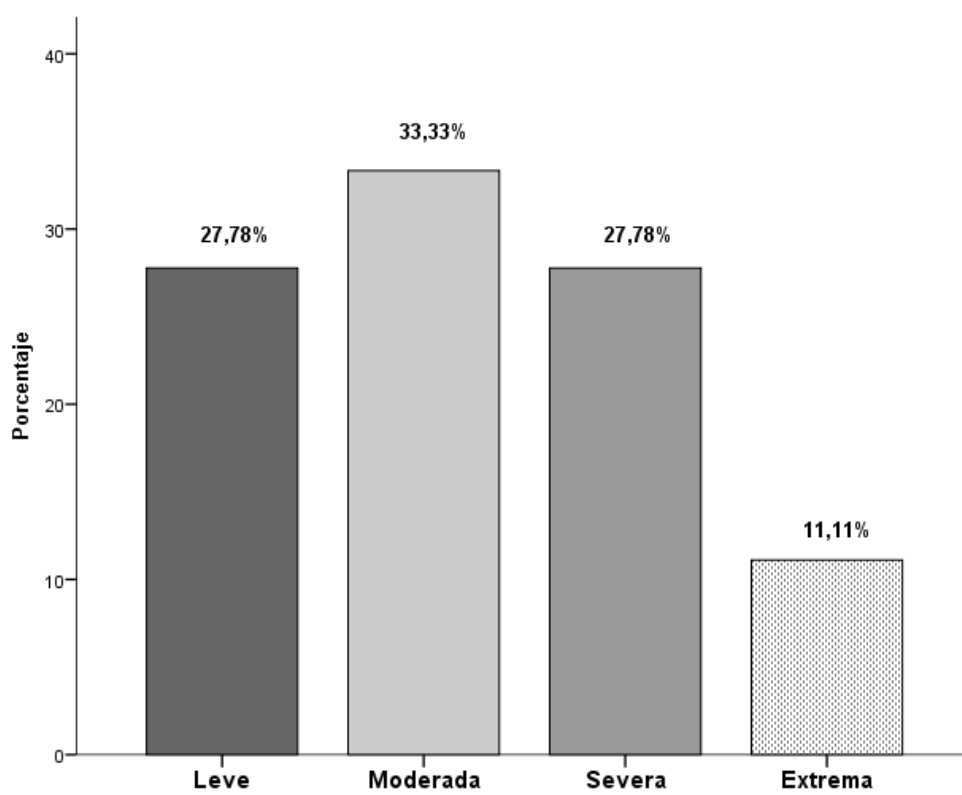
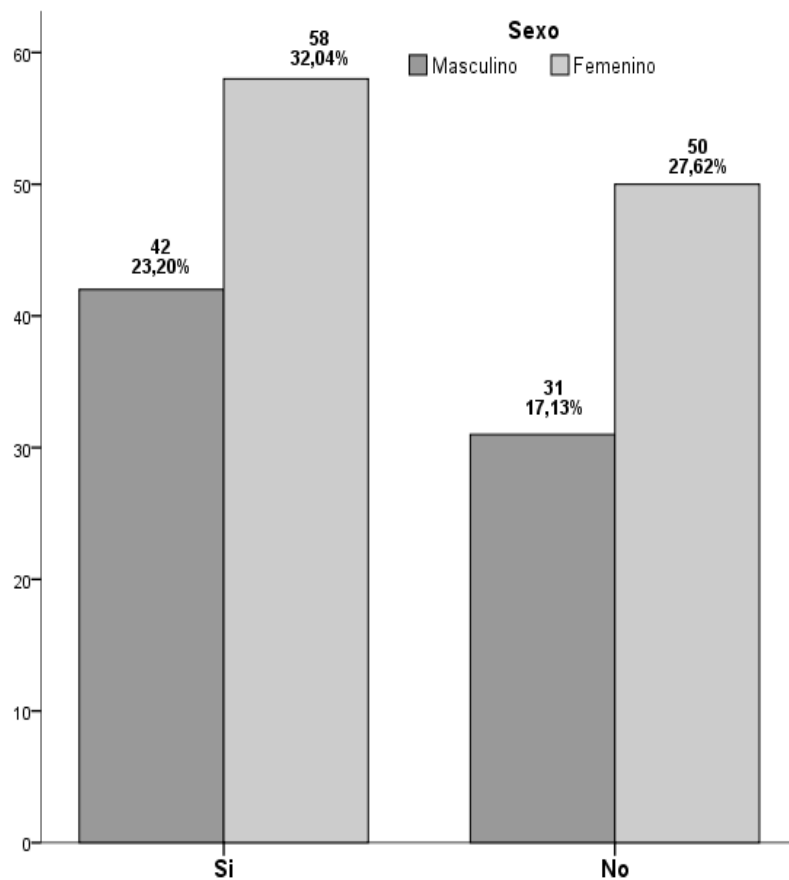


Figura 11. Distribución observada en el estudio para la variable Grado de estrés.

a)



b)

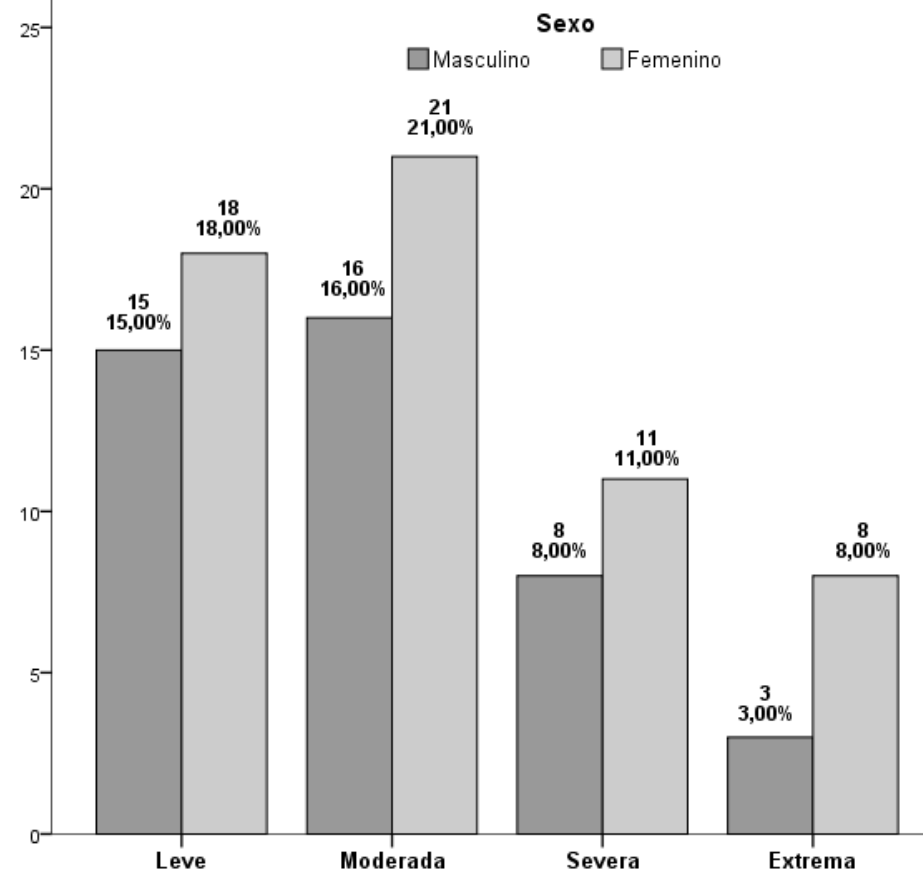


Figura 12. Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Sexo.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de depresión; (b) Grados de depresión.

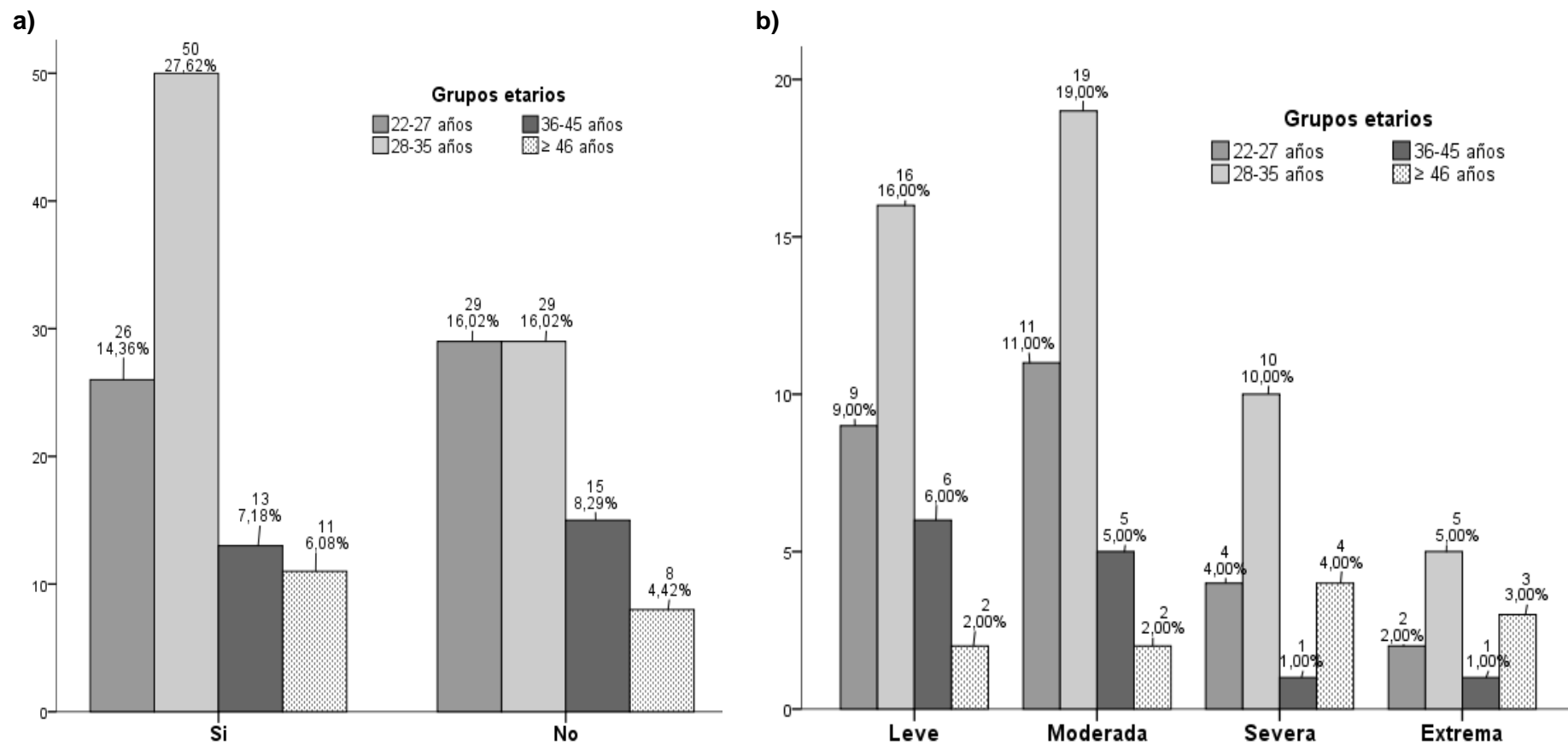


Figura 13. Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Grupos etarios.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de depresión; (b) Grados de depresión

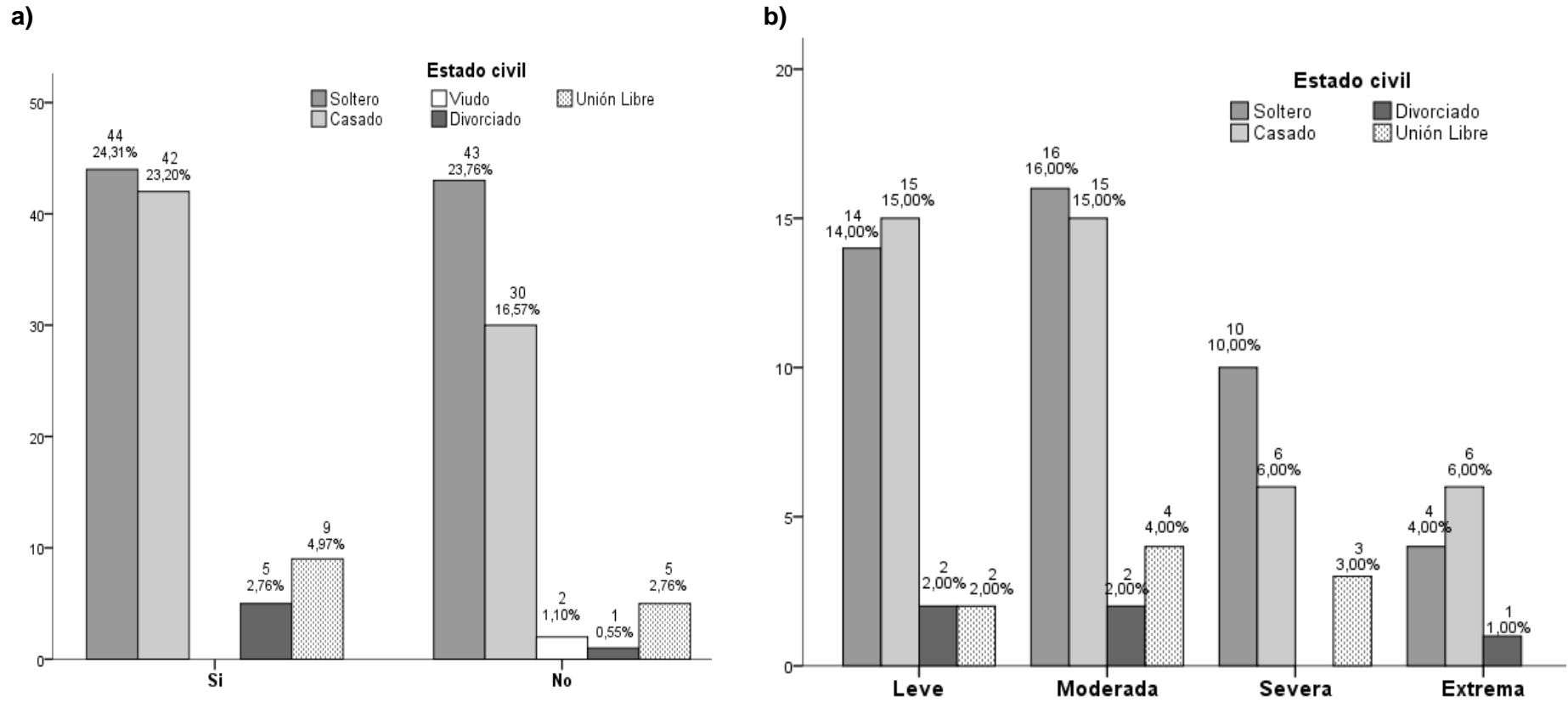
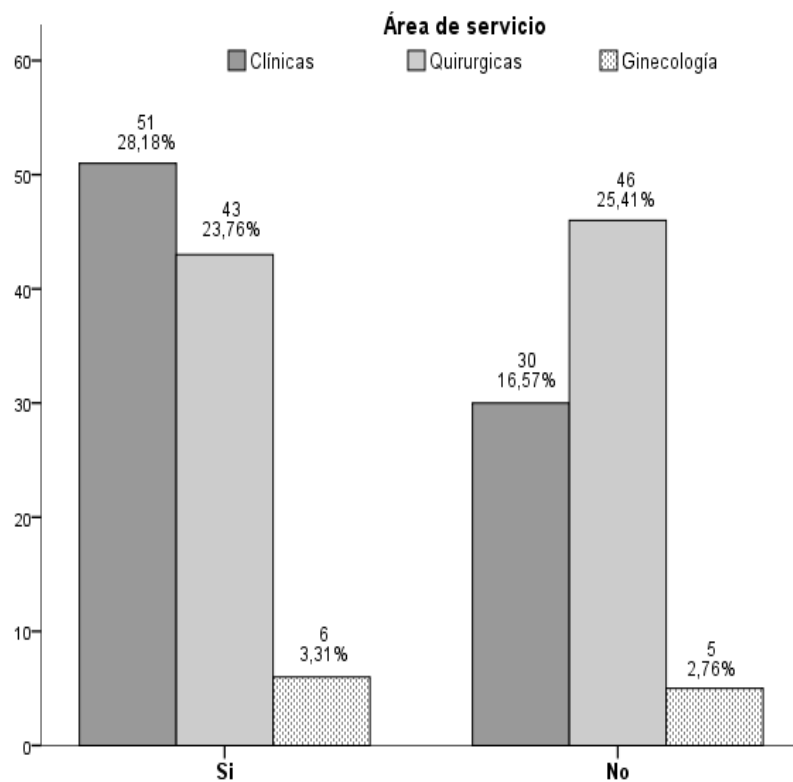


Figura 14. Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Estado civil.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de depresión; (b) Grados de depresión

a)



b)

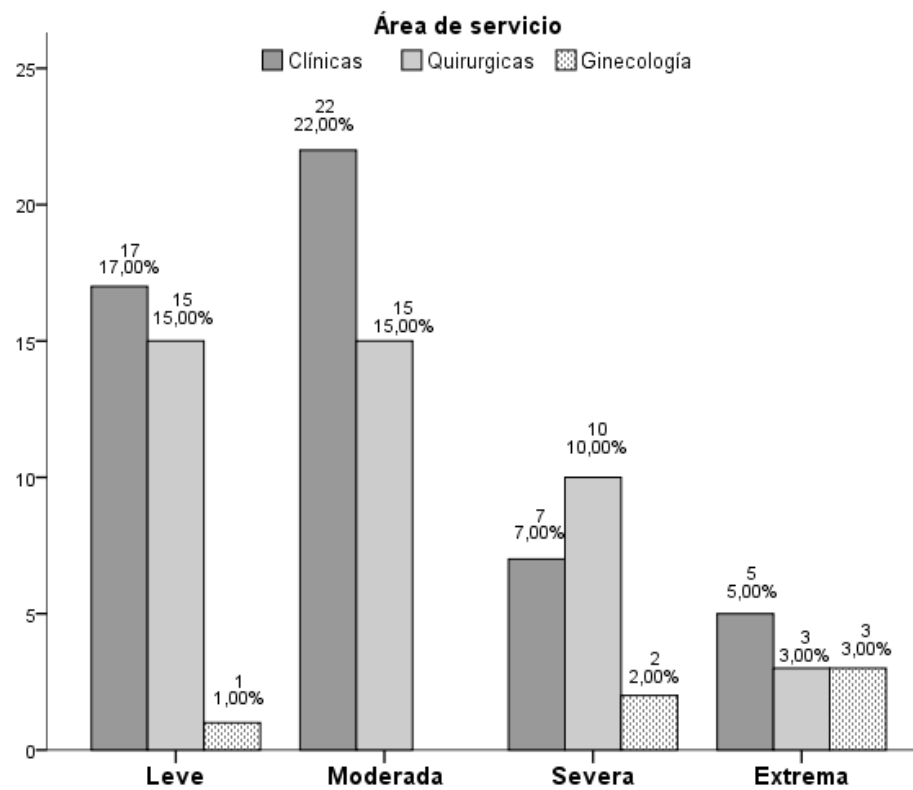


Figura 15. Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Área de servicio.

NOTA: (a) Ausencia y presencia de depresión; (b) Grados de depresión

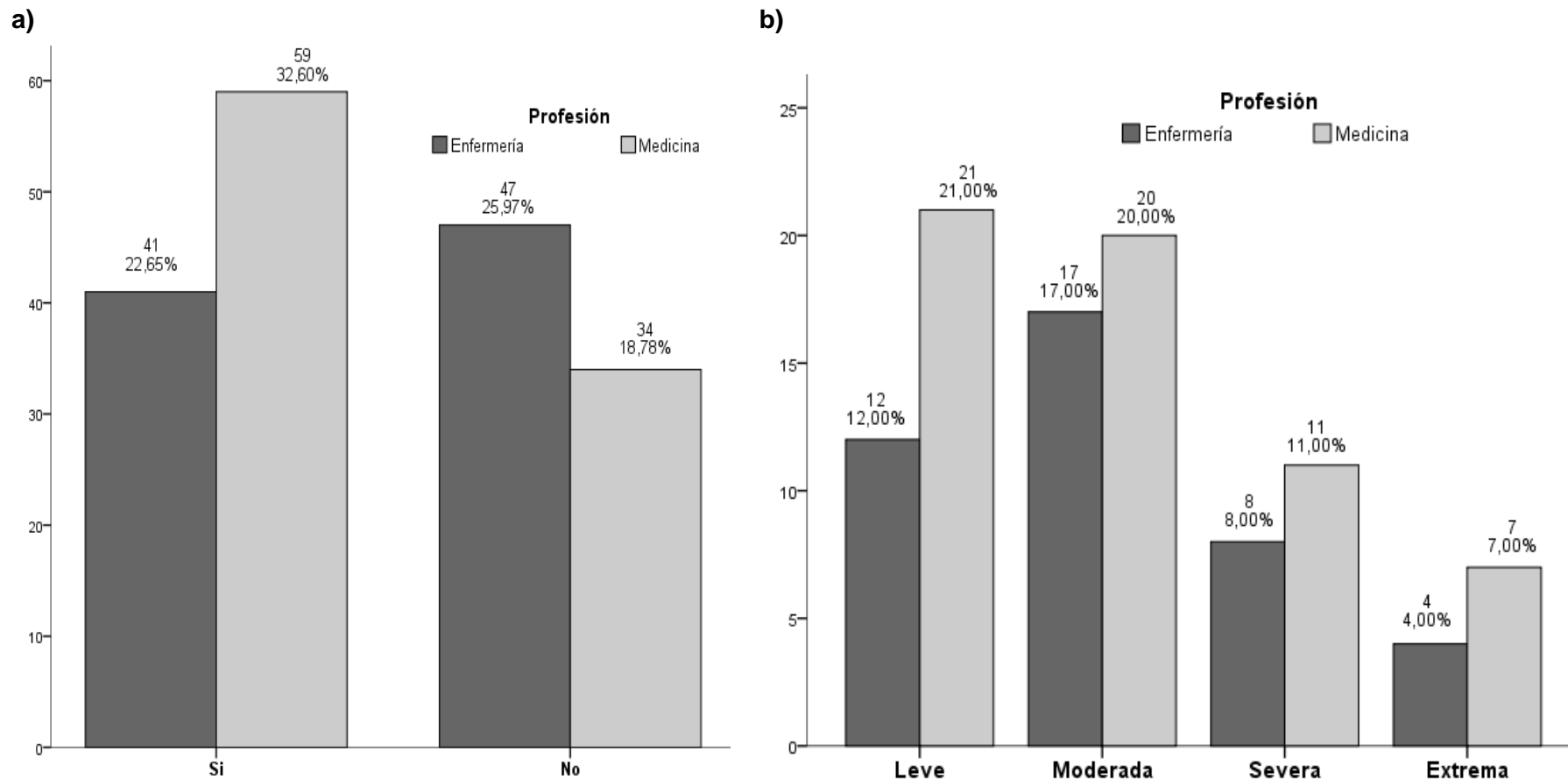


Figura 16. Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los participantes en función de la variable Profesión.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de depresión; (b) Grados de depresión.

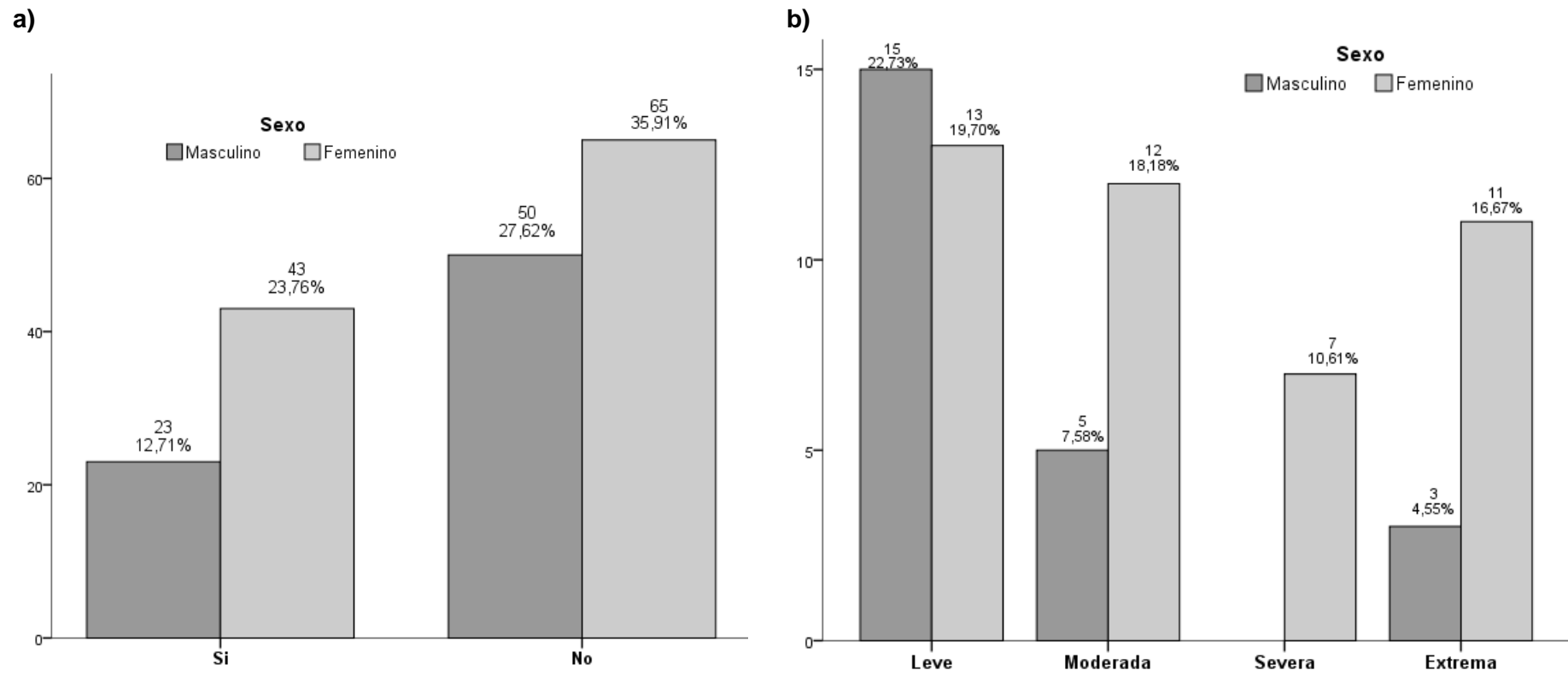


Figura 17. Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Sexo.

NOTA: (a) Ausencia y presencia de ansiedad; (b) Grados de ansiedad.

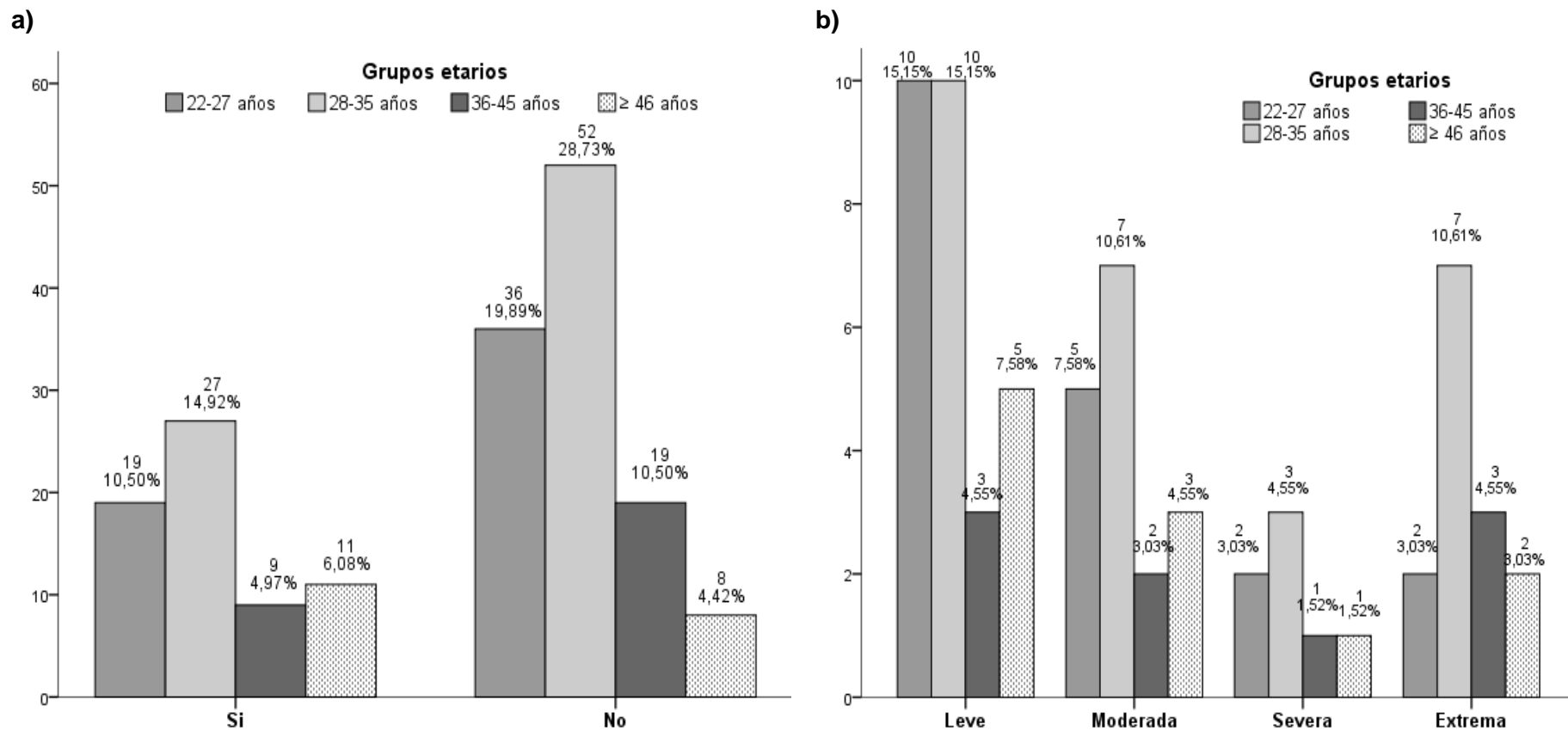


Figura 18. Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Grupo etario.

NOTA: (a) Ausencia y presencia de ansiedad; (b) Grados de ansiedad.

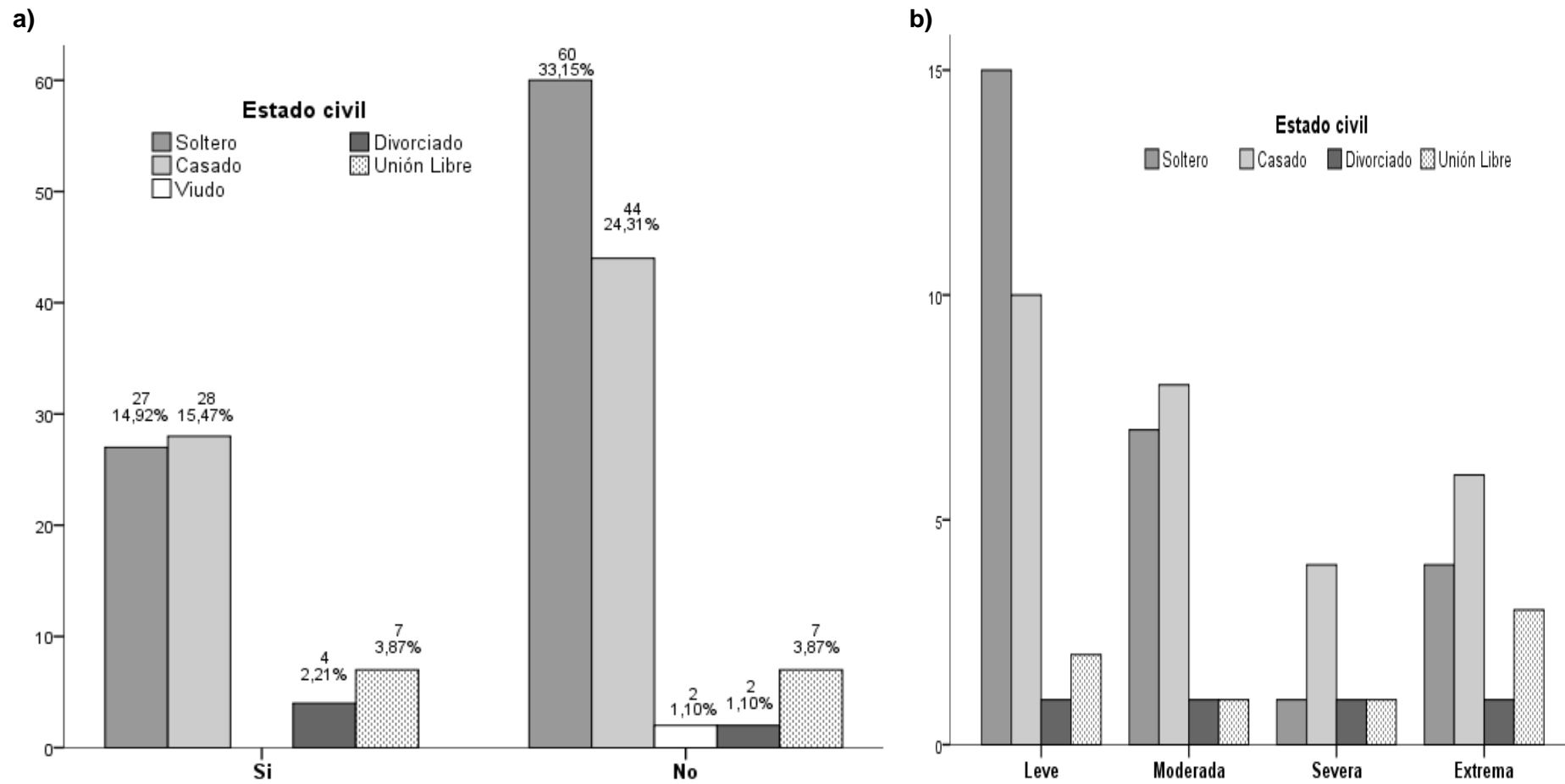


Figura 19. Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Estado civil.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de ansiedad; (b) Grados de ansiedad

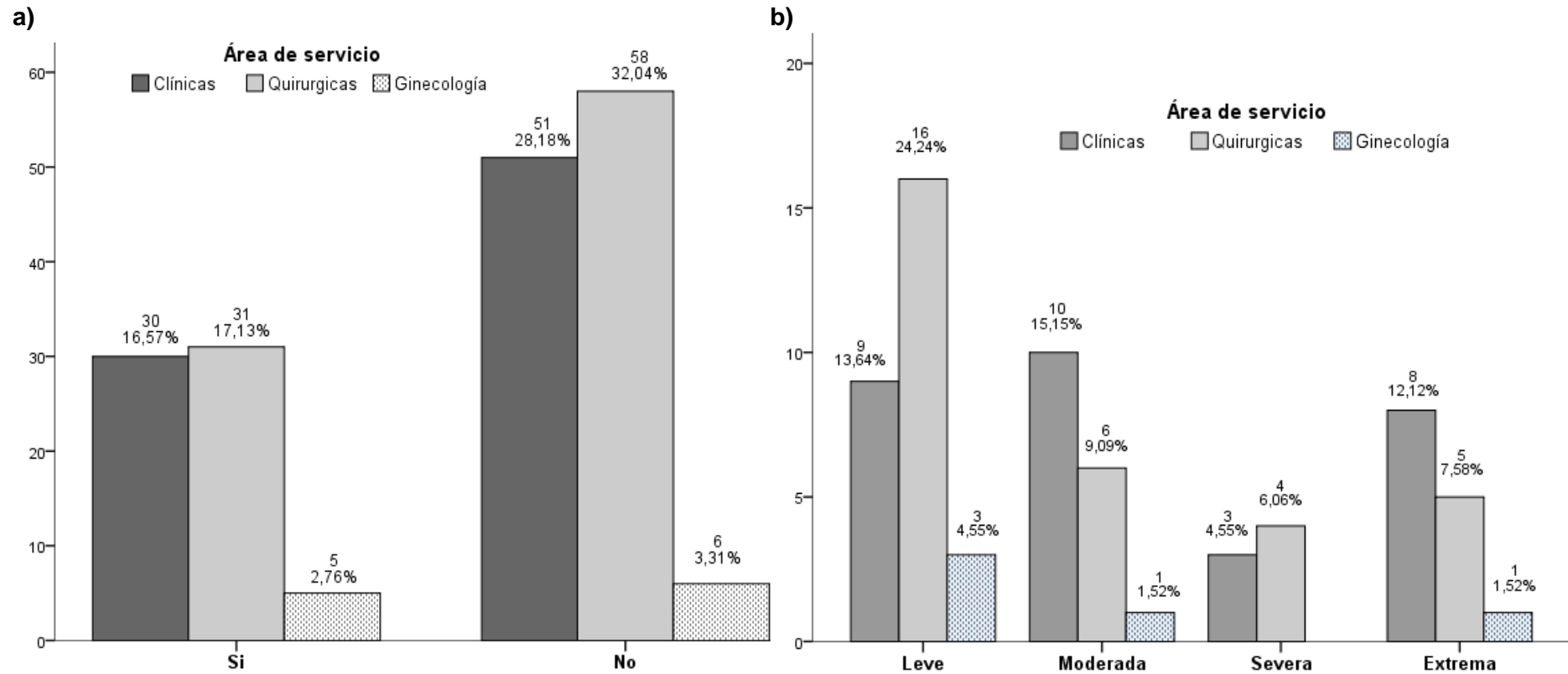


Figura 20. Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Área de servicio.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de ansiedad; (b) Grados de ansiedad

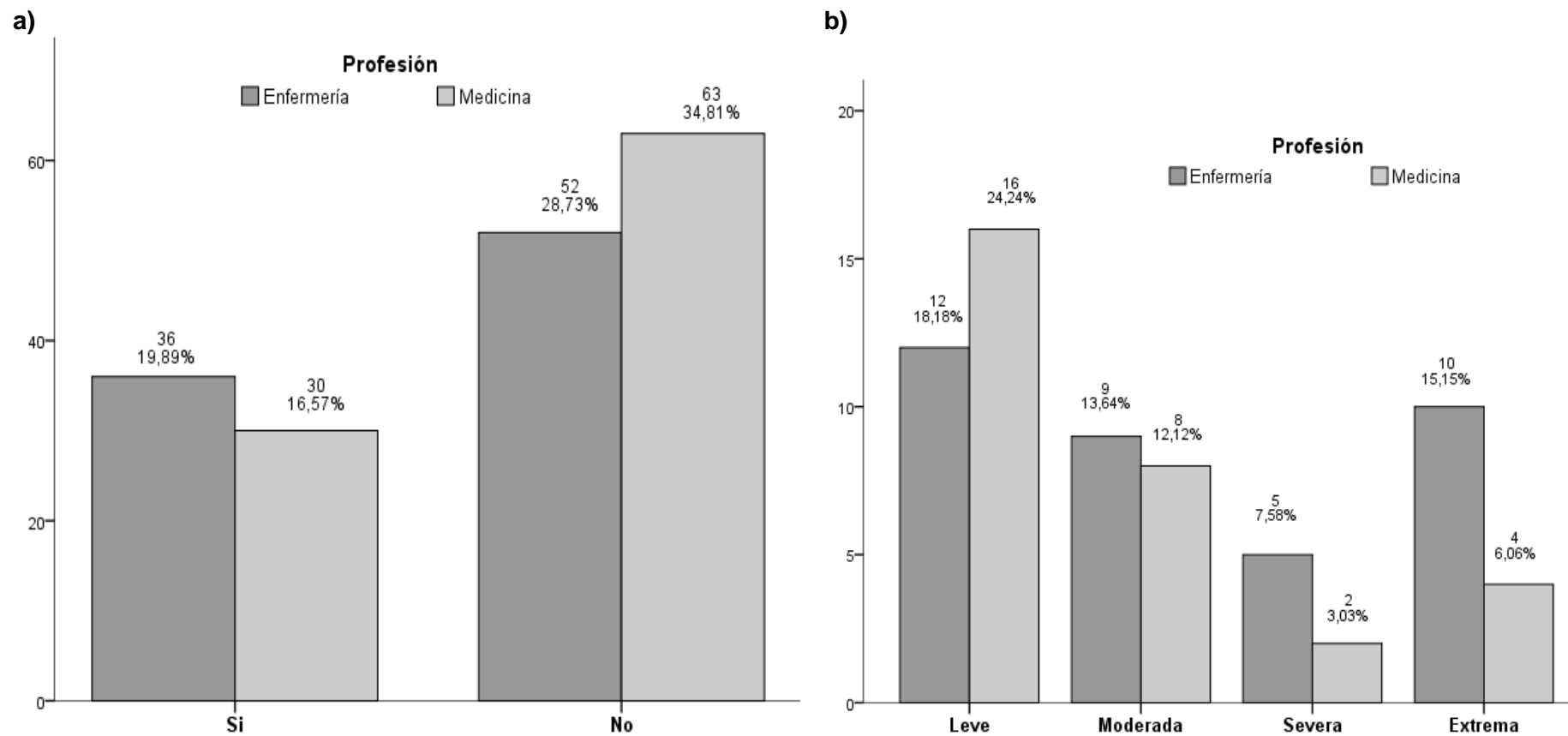


Figura 21. Frecuencias y porcentajes de ansiedad observados en los participantes en función de la variable Profesión.

NOTA: (a) Ausencia y presencia de ansiedad; (b) Grados de ansiedad

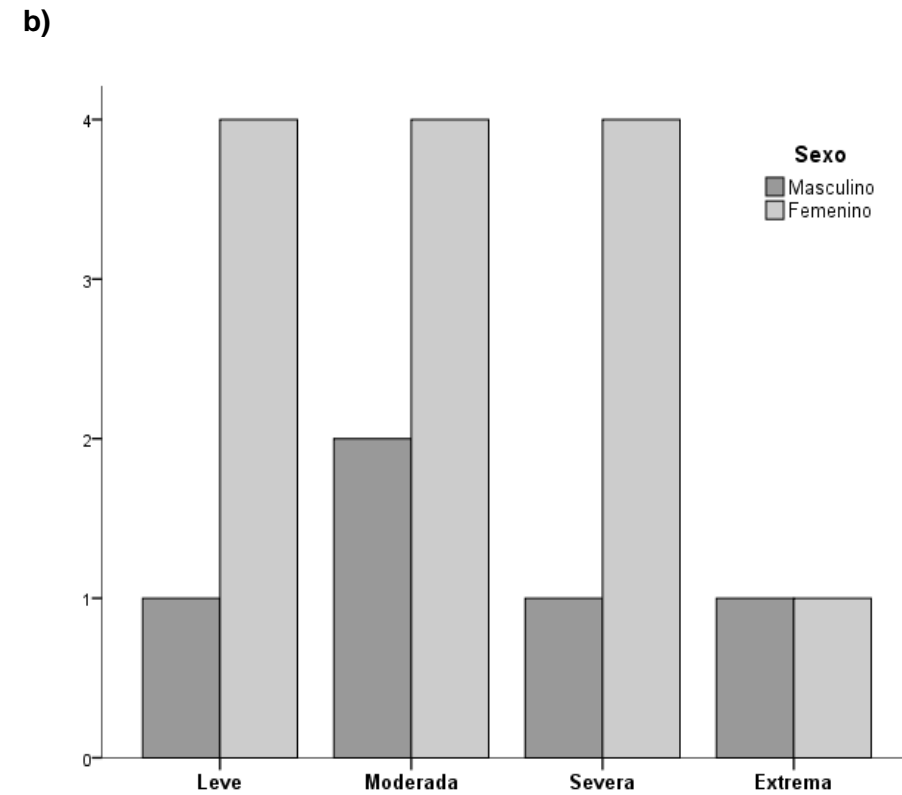
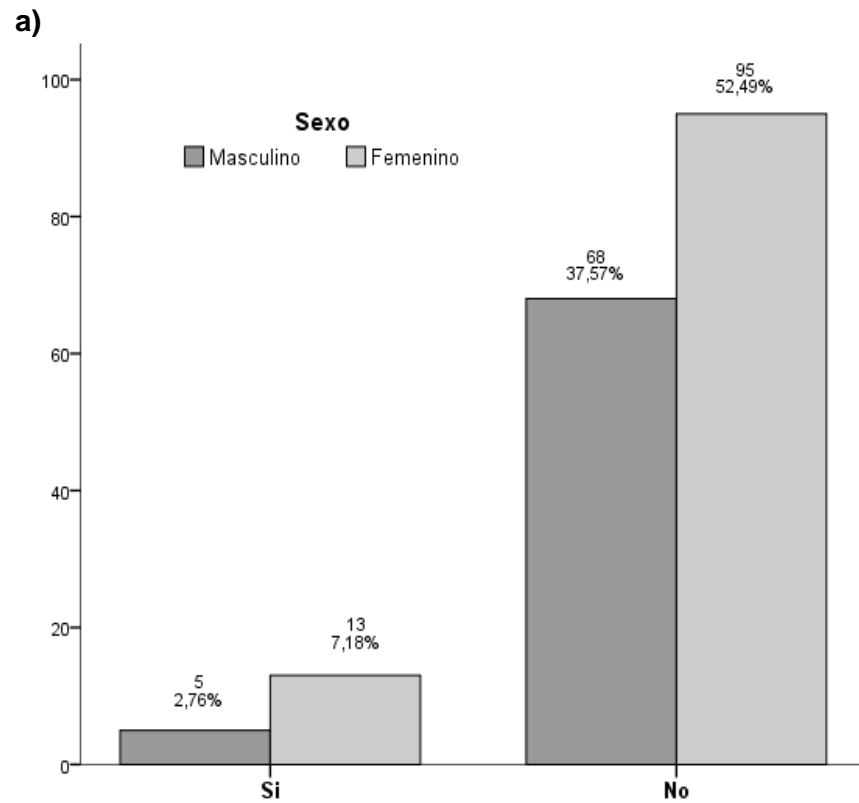


Figura 22. Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Sexo.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de estrés; (b) Grados de estrés.

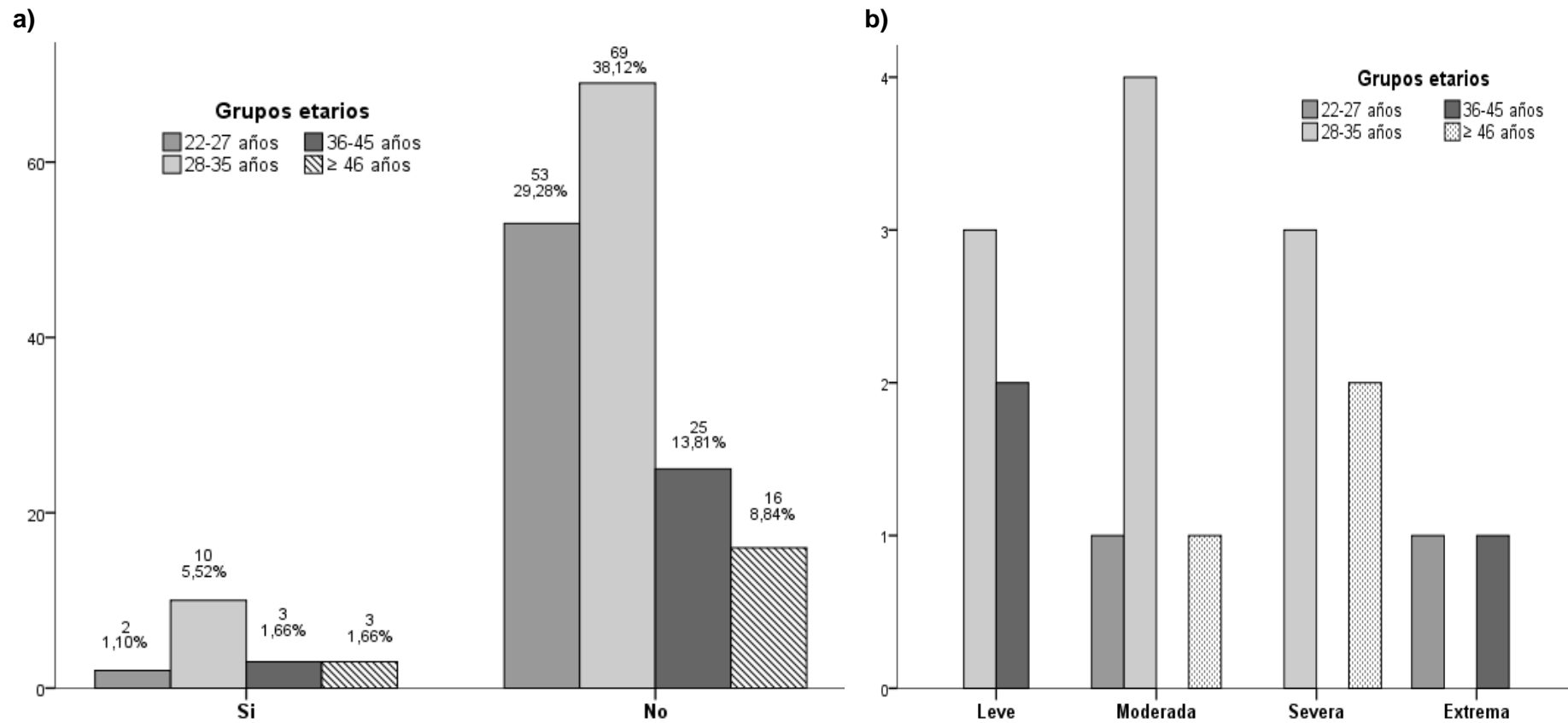


Figura 23. Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Grupo etario.

NOTA: (a) Ausencia y presencia de estrés; (b) Grados de estrés.

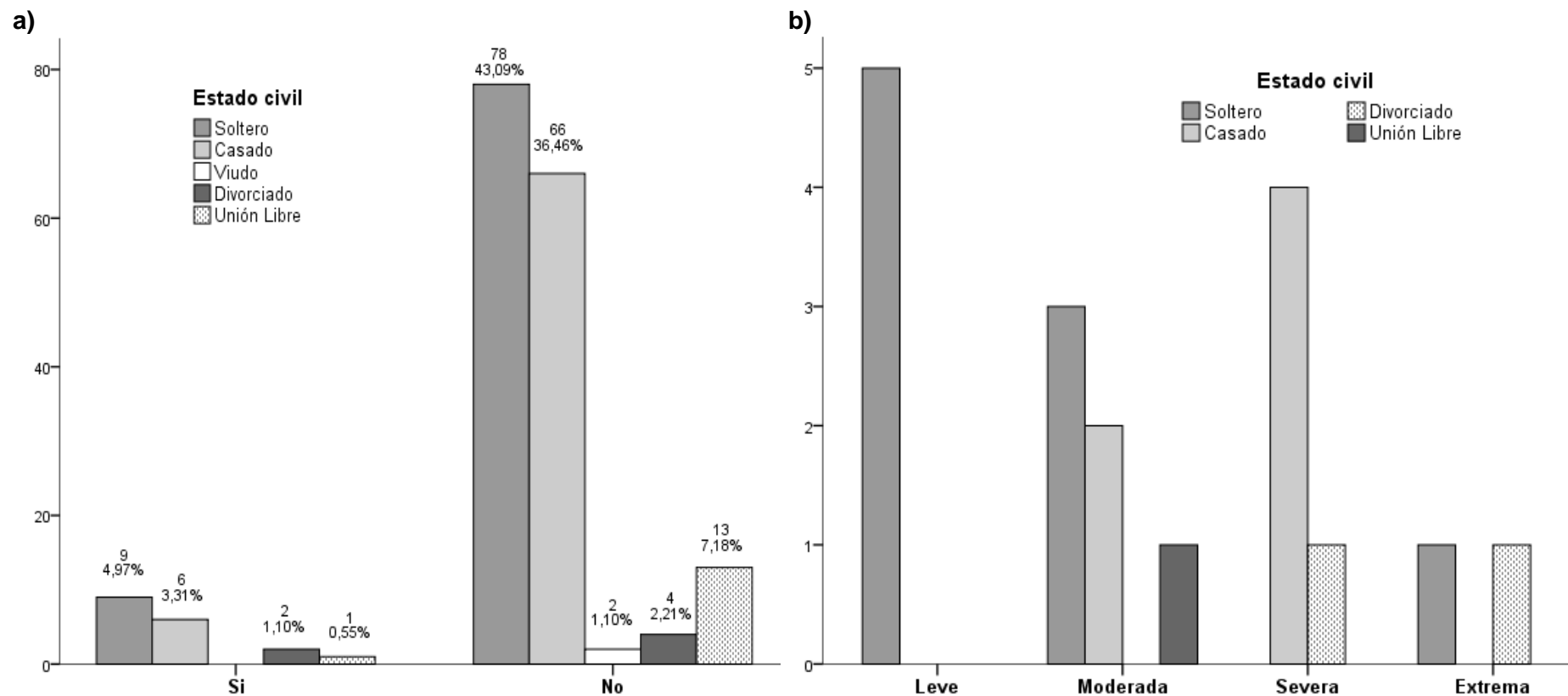


Figura 24. Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Estado civil.

NOTA: (a) Ausencia y presencia de estrés; (b) Grados de estrés

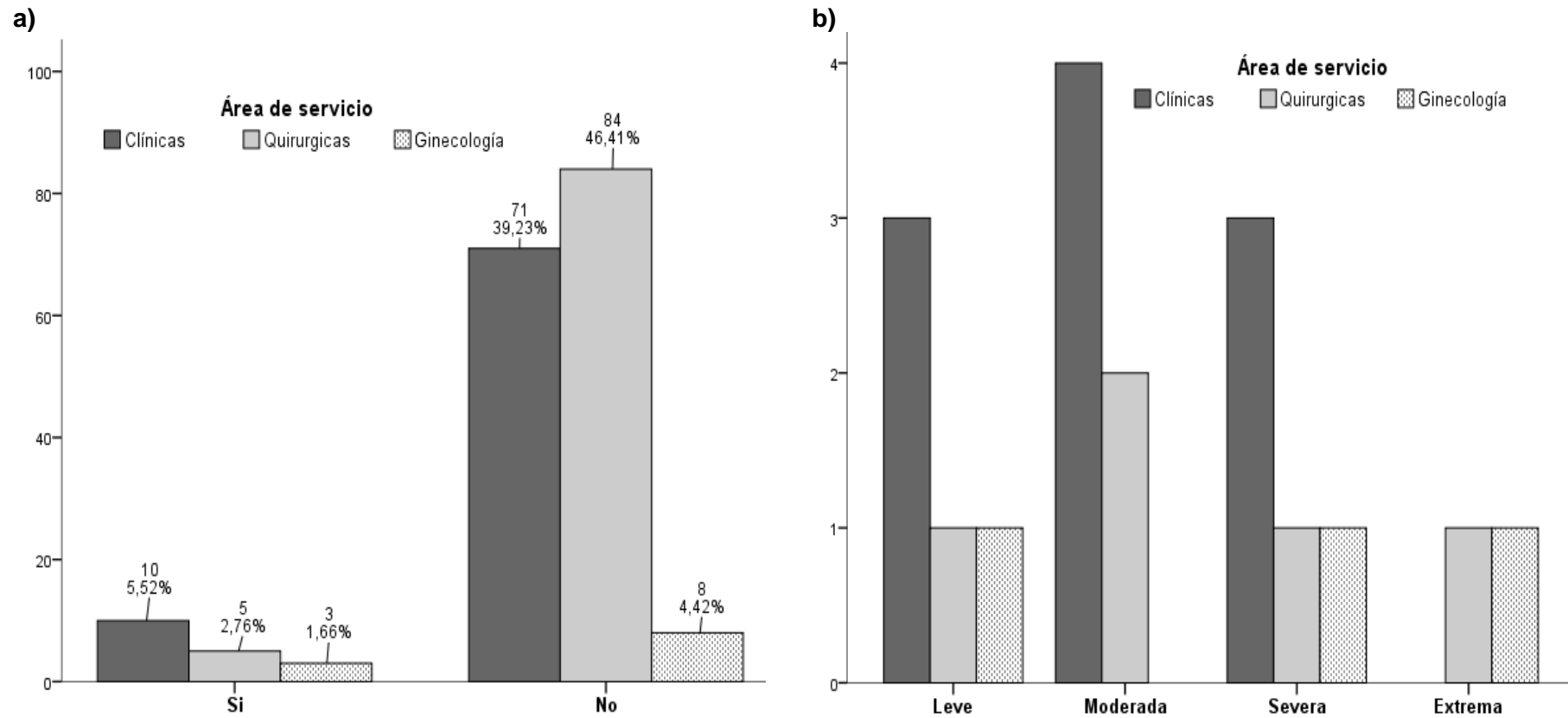


Figura 25. Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Área de servicio.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de estrés; (b) Grados de estrés

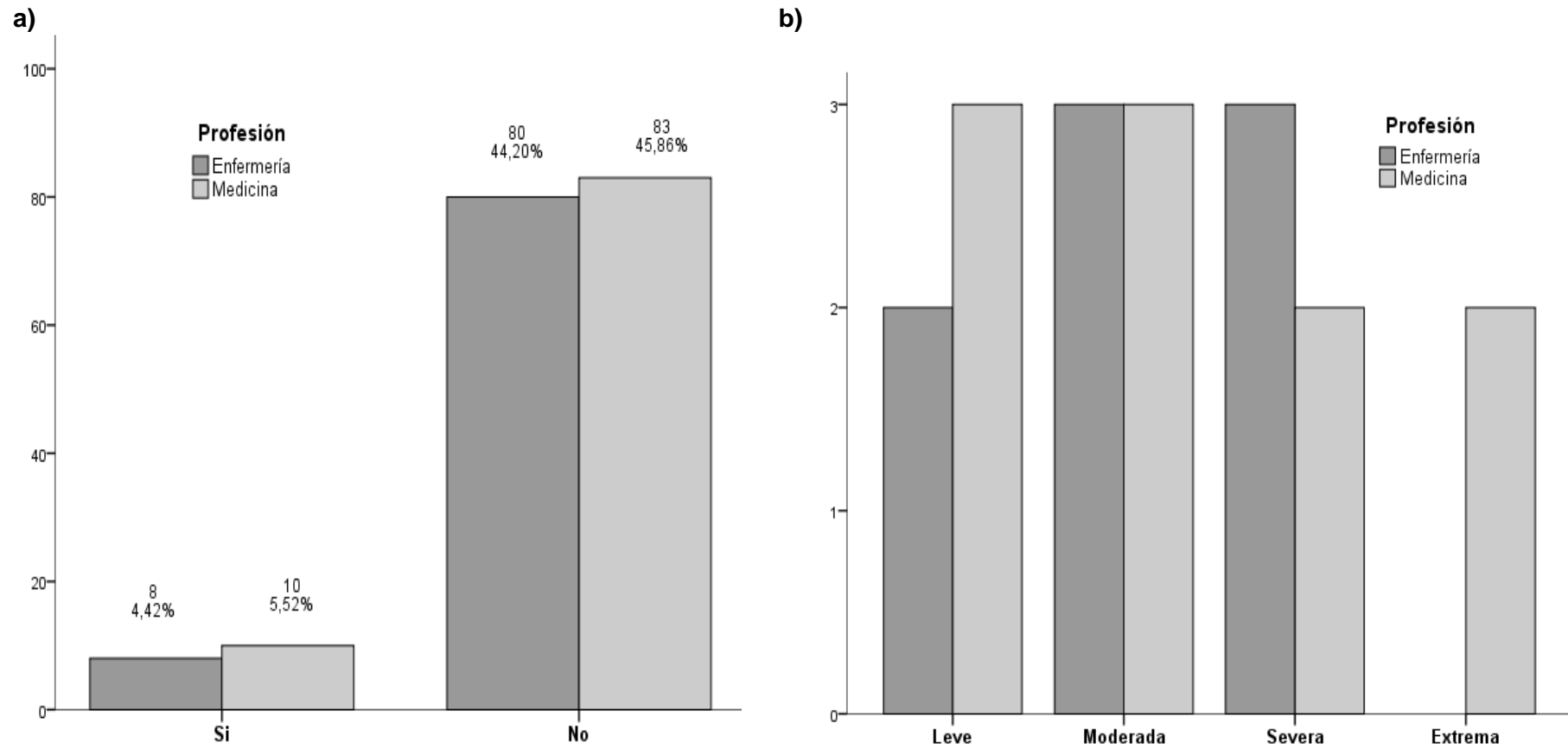


Figura 26. Frecuencias y porcentajes de estrés observados en los participantes en función de la variable Profesión.
NOTA: (a) Ausencia y presencia de estrés; (b) Grados de estrés

9. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres Profesionales de la salud que son empleados en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de Quito a quienes se les invita a participar en la investigación: “APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA VALORAR DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN LOS MESES DE JULIO-AGOSTO DEL 2016”

Investigadores.-

Bolívar Fernando Montenegro Bolaños – Sebastián Gabriel Yumiseva Marín
egresados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Tutora.-

Ana María Troya Zuleta, M.Sc.

Datos personales.-

Bolívar Montenegro

Celular.- 0999902373 Mail.- boloferm2@hotmail.com

Sebastián Yumiseva

Celular.- 0998524318 Mail.- sebas_y89@hotmail.com

Ana María Troya

Celular.- 0984456072 Mail.- amtroya@puce.edu.ec

Estamos investigando sobre la “APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA VALORAR DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN LOS MESES DE JULIO-AGOSTO DEL 2016”.

Le vamos a dar información e invitarle a participar en esta investigación. Puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar a los investigadores del grupo.

La Depresión, Ansiedad y Estrés son trastornos comunes por distintos factores biopsicosociales que intervienen en la calidad de vida, ámbito social, familiar, laboral, etc. Por lo que se quiere determinar la presencia de estos trastornos a nivel del

personal de salud. Para esto se utilizará una encuesta validada internacionalmente, enfocada en la clasificación de estos trastornos.

Estamos encuestando a los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo que cumplan con los requisitos de la investigación. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, nada cambiará con el desarrollo de esta investigación. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Nuestra investigación incluye el llenado de una encuesta con preguntas dirigidas al personal de salud y su sintomatología psicosocial, el llenado de la encuesta dura aproximadamente 5 minutos y si es necesario se le explicará cada una de las preguntas.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted, que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino sólo los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

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

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi estabilidad laboral.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador Bolívar Montenegro – Sebastián Yumiseva

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Anexo 2. Encuesta a los profesionales de la salud del Hospital De Especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio - Agosto del 2016.

Estimado profesional de la salud, la presente encuesta se orienta a identificar si existe depresión, ansiedad y estrés en el personal de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio - Agosto del 2016, donde su opinión es importante.

Marque con una (X) la opción seleccionada.

1. Seleccione su sexo.

Masculino () Femenino ()

2. ¿Qué edad tiene (años)? ()

3. Su Estado Civil.

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre ()

4. ¿Cuál es su profesión?

() Enfermería () Medicina

5. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado de algún SÍNDROME DE TRASTORNO MENTAL?

DEPRESIÓN ()

ANSIEDAD ()

ESTRÉS ()

NINGUNO ()

6. ¿Toma usted algún tipo de medicamento antidepresivo o ansiolítico?

SI () NO ()

7. ¿Padece de alguna enfermedad crónica?

SI () NO ()

En caso de padecerla escriba cual(es) _____

8. ¿Al momento se encuentra embarazada?

SI () NO ()

iiiiGracias por su colaboracióniii

Anexo 3. Escala DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me costó mucho relajarme.....	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar.....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	Sentí que tenía muchos nervios.....	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.	Noté que me agitaba.....	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil terminar las cosas	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.....	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3