



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Unported.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



“No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ”
ESCUELA DE MEDICINA



“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE SAN SALVADOR”

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:
HECTOR DANIEL CHAVARRÍA BERNAL
HERBERT ALEXANDER QUINTANILLA PEREZ

ASESOR:
DR: OTTO MOISES CASTRO CASTILLO

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD 19 FEBRERO 2015.



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO

AUTORIDADES

Dr. David Escobar Galindo

RECTOR

Dr. José Enrique Sorto Campbell

VICERRECTOR ACADÉMICO

VICERRECTOR

Dr. José Nicolás Astacio Soria

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

“Dr. LUIS EDMUNDO VASQUEZ”

COMITÉ O JURADO EVALUADOR

Dr. José Miguel Fortín Magaña

PRESIDENTE

Dra. Tania Rodríguez de Segura

PRIMER VOCAL

Dra. Patricia Argueta de Cativo

SEGUNDO VOCAL

Dr. Otto Moisés Castro Castillo

ASESOR

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, 19 DE FEBRERO 2015

ACTA DE EVALUACIÓN DE TESIS POR EL JURADO N°

En la ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO,
a las 17 horas con 30 minutos del día 19 del mes de febrero de 2015
reunidos los suscritos miembros del jurado examinador de la Tesis de Grado titulada:

TEMA:

Ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de Medicina en San Salvador

Presentada por el (los) la (s) egresados(as):

1. HECTOR DANIEL CHAVARRÍA BERNAL
2. HERBERT ALEXANDER QUINTANILLA PÉREZ
3. _____

0

Para optar al Grado de:

DOCTORADO EN MEDICINA

Respectivamente

HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación ACORDARON DECLARARLA:

- APROBADA SIN OBSERVACIONES
 APROBADA CON OBSERVACIONES
 REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.

Dr. José Miguel Fortín Magaña

Presidente

Dra. Tania Rodríguez de Segura

Primer Vocal

Dra. Patricia Argueta de Cativo

Segundo Vocal



RESUMEN

Este estudio analiza los niveles de ansiedad y depresión que presenta la población de estudiantes de medicina de tres universidades, utilizando escalas de referencia internacional de tamizaje, identificadas como escalas de Beck para ansiedad y depresión; con el fin de detectar y relacionar los resultados con variables individuales. La importancia del estudio radica en que el estudiante de medicina es un trabajador de la salud con responsabilidades académicas el cual está expuesto a estrés el cual puede desencadenar ansiedad y depresión. Este es un estudio descriptivo en el que participaron voluntariamente una población de 511 estudiantes de medicina de San Salvador. Los datos analizados sugieren que la edad, sexo, año de estudio académico, rendimiento académico e ingresos económicos de los estudiantes se relacionan con la presencia de niveles adaptativos y/o mórbidos de ansiedad y depresión los cuales deben ser confirmados, identificados y tratados por profesionales de la salud mental. Se concluye que casi la mitad de los estudiantes presenta algún nivel de ansiedad, un cuarto de la población presenta algún nivel de depresión.

ABSTRACT

This research analyze the levels of anxiety and depression that a medical student population have, using international reference scales for screening, identified as BECK inventories for anxiety and depression; which mainly wants to detect and relate the results with individual variables. The importance of this study lies in the fact that the medical students are workers with academic responsibilities, which are exposed to stress that could trigger anxiety and depression. This is a descriptive study where 511 medical students from San Salvador voluntarily participated.

The analyzed data suggest that age, sex, scholar year, academic performance and familiar incomes of the students have a relation with the presence of adaptive or morbid levels of anxiety and depression, which must be confirmed, identified and treated by mental health qualified professionals. It's concluded that almost the half of the medical student have any level of anxiety, a quart of them have any level of depression.

Índice

I.	Planteamiento del problema	4
II.	Delimitación del tema	6
III.	Antecedentes	7
IV.	Justificación	9
V.	Objetivos	11
VI.	Marco Teórico	12
	Trastornos de ansiedad.....	12
	Trastorno de ansiedad generalizado	16
	Trastornos depresivos.....	22
	Trastorno depresivo mayor	24
	Inventario de ansiedad de Beck	31
	Inventario de depresión de Beck	32
VII.	Diseño metodológico	33
	Tipo de estudio, población y tamaño de muestra.....	33
	Criterios de inclusión y exclusión.....	34
	Operacionalización de variables.....	35
	Procedimiento para recolección y análisis de datos.....	37
	Consideraciones éticas	37
VIII.	Resultados	38
	Características clínicas de ansiedad y depresión	47
	Niveles de ansiedad	48
	Niveles de depresión.....	49
IX.	Discusión	50
X.	Conclusiones	53
XI.	Recomendaciones	54
XII.	Bibliografía	55
XIII.	Anexos	60

INTRODUCCION

I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad los servicios de salud pretenden ampliar cobertura a la población, con el objetivo de abarcar y otorgar salud a mayor número de personas. El médico es un mediador entre el sistema de salud y el paciente, mediante la ejecución de acciones curativas o preventivas; es el personal de salud el encargado de velar por la salud de la población en general que consulta al establecimiento, pero irónicamente se suele menospreciar la salud del médico. Es decir es un hecho que el personal de salud es reconocido por estar expuesto a condiciones de vulnerabilidad biológicas y psicológicas, y entre ellos es importante destacar el estrés, una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.^{1,2}

El profesional de la Salud es un trabajador diferente en muchos aspectos comparado a cualquier otro trabajador en general, con diferencias en días de trabajo, horarios y otras prestaciones. El médico y en el caso particular el estudiante de medicina, que también es trabajador de salud pero con responsabilidades académicas, es percibido como un individuo con altos niveles de estrés.^{1,2,3,4,5.}

Entre los estudiantes de Medicina el estrés ha sido reportado como una consecuencia debido a la demanda académica, laboral y la incapacidad de acoplar la presión psicológica, tensión mental y sobrecarga de trabajo.^{6.}

Según la OMS (Organización mundial de la Salud) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 250 millones de personas en el mundo, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es una enfermedad de larga duración o intensidad moderada a grave, en el peor de los casos puede llevar al suicidio que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe esos tratamientos.⁷

La carga mundial de otros trastornos mentales está en aumento, con un alza en los trastornos de ansiedad, demostrado en múltiples estudios internacionales en más de 44 países, obteniendo rangos de prevalencia de 0.9 a 28.3% influyendo factores sustantivos como edad, sexo, cultura, estado económicos entre otros. ⁸

La depresión y la ansiedad son dos condiciones mentales específicas con sus respectivas diferencias pero que están íntimamente relacionadas con el estrés.¹ Se ha demostrado que los estudiantes de medicina que se sienten expuestos a altos niveles de estrés son vulnerables a desarrollar ansiedad y depresión. ^{5,6.}

La pregunta que se plantea en el estudio es la siguiente:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina de tres universidades de San Salvador?

II - DELIMITACIÓN DEL TEMA

El presente estudio pretende identificar niveles de ansiedad y depresión que se reflejen en inventarios autoaplicados basados en escalas de referencia internacional, en estudiantes activos de tres facultades de medicina en universidades de San Salvador, en un momento específico durante el periodo de ciclo II, del año 2014.

Estas escalas no ofrecen diagnóstico, sin embargo son escalas diseñadas para ser utilizadas en pacientes con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas, valorar los cambios del paciente y exponer un riesgo a padecer ansiedad o depresión.^{9,10.}

Para realizar el diagnóstico de un trastorno específico como ansiedad y depresión, se necesita la realización de una entrevista aplicada únicamente por un profesional de la salud mental utilizando la exploración mediante un examen mental detallado^{9,10}; es decir este estudio no pretende diagnosticar trastornos específicos de Ansiedad y Depresión en los estudiantes de medicina, pero si valorar el riesgo de padecer alguna de estas condiciones y clasificar según niveles.

III - ANTECEDENTES

Según el documento publicado en el diario oficial en San Salvador el 12 de diciembre de 2008, sobre política nacional de salud mental, el perfil epidemiológico en pacientes de salud mental en el año 2005 ascendía a 1262 casos, dato proporcionado por Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), de éstos el 32.6% con problemas de salud mental se encontraban en el área metropolitana; la edad promedio de los usuarios fue de 38.3 años. Resaltando el género femenino con un 74% como el sector que más consulta.^{11.}

Los trastornos mentales más frecuentes fueron: ansiedad, con un 46.4%; depresión recurrente, con un 30.9%; otros trastornos del comportamiento de la infancia y la adolescencia 5.2%; reacciones a estrés grave 4.1 % y 3.0% trastornos de adaptación y esquizofrenia, siendo estos los más relevantes. ^{11.}

Desde el año 2009 se inicio un nuevo enfoque de abordaje a la salud mental a la población salvadoreña, con la incorporación de nuevos profesionales en salud mental, también se incrementó el número de atenciones, para el año 2012. El Ministerio de Salud reportaba: 43,356 casos de trastornos de ansiedad, 9,875 casos de trastornos depresivos, 3,066 atenciones por alcoholismo, 1.100 atenciones en intentos de suicidio, 173 atenciones como drogo dependencia y 652 psicosis. ^{12.}

En cuanto a los estudiantes de medicina, según estudios internacionales, tomando en cuenta las diferencias de religión, creencias y costumbres se determinó por ejemplo que en la universidad nacional de Chile, la medición de niveles de ansiedad fue de 45.9% y los niveles de depresión fueron de 9,9%.¹³ Así como en Nishtar Medical College de Pakistán, la medición de niveles de ansiedad y depresión concomitante fue de 43.89%¹⁴; esta es comparable con la prevalencia de ansiedad y depresión de los estudiantes de Estados Unidos que oscila a nivel regional en alrededor de un 49.7%. ^{15.} Similar pero más discreta situación en países como Beirut, encontrándose una prevalencia para ansiedad de 69% y depresión de 27.63 %, comparable con países como Turquía 27.1%, e inclusive en Suecia se determino una prevalencia de depresión de 12.9%.^{15, 16} Bosnia 66.5%., Brasil 40.2%, Irán 44%, Zimbabue 64.5%.^{17,18,19,20} Valores que se exponen similares a los obtenidos en la formación Estadounidense; pues los estudiantes de medicina comparten el hecho de

lidar con estrés específico a la carrera de Medicina, añadiendo el estrés de la vida cotidiana, lo que explica la alta prevalencia a trastornos de ansiedad y de depresión, indiferentemente su origen.^{16, 17, 18.}

La transición del área pre clínica y el área clínica ha sido identificada como un punto crucial en la carrera de medicina, atribuido al estrés nuevo adquirido y a las responsabilidades encomendadas en el estudiante de medicina.²⁰

Entre los factores desencadenantes de estrés en el personal de salud y estudiantes de medicina, se encuentra la rutina, la administración del consultorio, la soledad y los pacientes ansiosos y poco colaboradores; lo que acarrea diversos daños a la salud del profesional, tales como cansancio, irritación, impaciencia, dificultad a la concentración y desanimo.^{20, 21.} También constituye estrés las relaciones tensas entre los compañeros de trabajo y con el equipo auxiliar, los atrasos de los pacientes y la presión social para trabajar rápido y sin errores, situaciones que si se prolongan en el tiempo, pueden aumentar la ansiedad y generar patologías como síndrome de Burnout.²¹

Todo esto puede resultar en una disminución en la calidad de vida entre los estudiantes de medicina comprometiendo el cuidado, atención y trato del paciente.^{22, 23}

Muchos estudios han reportado altos índices de morbilidad psicológica entre los estudiantes de medicina utilizando varios instrumentos de medición, dentro de los resultados las principales causas están relacionadas a demandas académicas, financieras y sociales.^{24, 25}

IV. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La depresión y la ansiedad son dos trastornos psiquiátricos de gran trascendencia mundial, volviéndose en la actualidad un problema en la salud pública. Se conoce que la muerte por suicidio entre los profesionales médicos es una amenaza ocupacional.²⁶ El riesgo de suicidio entre los profesionales médicos masculinos es 40% mayor que en la población en general y en mujeres el riesgo de suicidio es 130% mayor que en la población general.^{26,27}

El riesgo aumentado de suicidio entre los médicos puede empezar desde los primeros años de estudio de la carrera de medicina.²⁷ Estudios demuestran que el índice de suicidio entre los estudiantes de medicina es mayor que en la población general de la misma edad.^{27,28,29}

Otros estudios dentro de instituciones han reportado que de 3% a 15% de los estudiantes de medicina tienen ideaciones suicidas durante su entrenamiento médico, la ideación suicida es un predictor establecido para su planeación y posteriormente intento.^{30, 31, 32, 33,34.}

La encuesta nacional de comorbilidad de Estados Unidos, encontró que 34% de individuos de la población general con ideaciones suicidas, desarrollaban un plan, y de los que planeaban más del 70% intentaban suicidio. Notablemente 26% de los individuos con ideaciones suicidas progresaron directamente a un intento suicida sin planeación.^{35,36}

En muchos países del mundo este tema ha sido ampliamente abordado por la preocupación creciente en el desempeño y trato al paciente por médicos con niveles de ansiedad y depresión que afectan su criterio.²⁴ Es relevante en el hecho que la sociedad demanda atención médica de calidad, como buen trato al paciente. Estándares que solo se pueden lograr en la medida que el trabajador de Salud se encuentre conforme en su realidad.³²

En El Salvador como en la mayoría de países del mundo, la salud esta históricamente dominada por el modelo médico o atención de los problemas de salud físico, dejando en segundo plano la atención en salud mental; pese a que es un país que en su historia reciente ha tenido una guerra civil, tiene una violencia social y delincriminal impactante,

con débiles políticas sociales y económicas, fue hasta el año 2011, que se creó la política nacional de salud mental. La salud mental no parece ser una de las prioridades en el sistema de salud salvadoreño.³⁷

En El Salvador algunos estudios revelan que los problemas de salud mental tienen una prevalencia que oscilan entre 34% a 65.5% de la población, para los años 2001, 2002, 2005, los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud, así mismo para los años 2006-2012 la ansiedad aparece en primer lugar y la depresión como segunda causa de los trastornos mentales. Además se informaron 1,287 suicidios y 771 intentos de suicidio registrados en el año 2009, por otra parte el instituto de medicina legal reporto 635 suicidios.³⁷

V. OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de tres universidades de San Salvador, según escalas de referencia internacional.

Objetivos específicos.

Caracterizar a los estudiantes de medicina según edad, sexo, estado civil, año de estudio, rendimiento académico, migración, ingresos económicos y antecedentes psiquiátricos con la presencia de niveles de ansiedad y depresión según inventarios de Beck.

Conocer las características clínicas depresivas y ansiosas más frecuentes en los estudiantes de medicina que se evalúan en las escalas de depresión y ansiedad de Beck.

Categorizar a los estudiantes de medicina según los niveles de ansiedad y depresión basados en inventarios de Beck.

VI. MARCO TEÓRICO

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Incluye trastornos que comparten características como el miedo excesivo, angustia y otros relacionados con alteraciones del comportamiento.³⁸

El miedo es la respuesta emocional hacia amenazas inminentes reales o percibidas, mientras que la ansiedad es la anticipación de la amenaza en el futuro. Obviamente, estos dos estados se superponen, pero también difieren, presentando en el miedo una respuesta autonómica excitativa necesaria que prepara al individuo ya sea a luchar o huir en una situación de peligro, pensamientos de peligro inmediato, y comportamientos de huida; la ansiedad más a menudo es asociada con la tensión muscular y vigilancia ante futuros peligros, comportamientos prudentes o de evitación.^{38,39}

Los ataques de pánico ocupan un lugar destacado dentro de los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Los ataques de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino más bien se puede ver en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad difieren uno de otro en los tipos de objetos o situaciones que inducen miedo, la ansiedad o comportamiento de evitación, y la ideación cognitiva asociada. Por lo tanto, mientras que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, se pueden diferenciar por exámenes detallados los tipos de situaciones a las que se teme o se evitan y el contenido de los pensamientos o creencias asociadas.^{38,39}

Se diferencian de temor transitorio o ansiedad, a menudo, por ser persistente (por ejemplo, por lo general una duración de 6 meses o más), aunque el criterio de duración está destinado como una guía general con asignación de cierto grado de flexibilidad y es a veces de más corta duración en los niños (como en la separación trastorno de ansiedad y el mutismo selectivo). Dado que las personas con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, la determinación primaria de si el miedo o la ansiedad es excesiva o desproporcionada se hace por el clínico, teniendo factores contextuales culturales en cuenta.³⁸

Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría ocurren con más frecuencia en mujeres que en hombres (proporción de 2:1 aproximadamente).³⁹

Los trastornos de ansiedad se diagnostican sólo cuando los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia / medicamento u otra condición médica o no se explica mejor por otro trastorno mental.

Trastornos diferentes se pueden encontrar según la edad típica del inicio de síntomas. En el trastorno de ansiedad de separación, los individuos presentan miedo o ansiedad por separación de las figuras de apego, a un grado que es inapropiado para el desarrollo. Hay miedo persistente o ansiedad sobre el daño posible a las figuras de apego y eventos que podrían llevar a la pérdida, separación o la renuencia a ir lejos de estas, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. Aunque los síntomas a menudo se desarrollan en la infancia pueden expresarse en la edad adulta también.

- 1. El mutismo selectivo** se caracteriza por una falta consistente para hablar en situaciones sociales en las que existe una expectativa de hablar (por ejemplo, escuela) a pesar de que el individuo habla en otras situaciones. El hecho de no hablar tiene consecuencias significativas en los logros en el ámbito académico, lugares de trabajo y con la comunicación social normal en general. Las personas con fobias específicas sienten temor, ansiedad o evitación a ciertos objetos o situaciones. La ideación cognitiva específica no aparece en este trastorno, a diferencia de otros trastornos de ansiedad. Hay varios tipos de fobias específicas: animales; medio ambiente, sangre, inyecciones y otras situaciones.^{38, 39}
- 2. En el trastorno de ansiedad social** (fobia social), el individuo experimenta miedo, ansiedad o evitación a interacciones sociales y las situaciones que impliquen la posibilidad de ser escrutinado. Estas incluyen interacciones sociales como: Conocer nuevas personas, en las que al individuo le puedan observar comiendo y desenvolviéndose delante de los demás. La ideación cognitiva consiste en ser evaluado negativamente por los demás, ser avergonzado, humillado, rechazado y ofender a los demás.^{38, 39, 40}

- 3. En el trastorno de pánico**, El individuo experimenta ataques de pánico inesperados, recurrentes y se preocupa de tener más ataques de pánico, Este a menudo cambia su comportamiento a uno errático debido a los ataques de pánico (por ejemplo, evitar el ejercicio o lugares desconocidos). Los ataques de pánico son subidas bruscas de intenso miedo o malestar intenso que alcanzan un pico en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y / o cognitivos.^{38, 39, 41}

Los ataques de pánico limitados incluyen menos de cuatro síntomas. Los ataques de pánico pueden ser esperados, como respuesta común a un objeto, situación temida o inesperada, lo que significa que el ataque de pánico se produce sin motivo aparente. Los ataques de pánico funcionan como un marcador y factor pronóstico de la gravedad del diagnóstico, curso, y comorbilidad a través de una variedad de trastornos, incluyendo, pero no limitado a, los trastornos de ansiedad (por ejemplo, uso de sustancias, trastornos depresivos y psicóticos). Por lo tanto, los ataques de pánico pueden ser utilizados como un especificador descriptivo para cualquier trastorno de ansiedad, así como otros trastornos mentales.³⁸

- 4. Las personas con agorafobia** presentan miedo y ansiedad por dos o más de las siguientes situaciones: El uso del transporte público; estar en espacios abiertos; estar en lugares cerrados; hacer fila o estar en una multitud ; o estar fuera de la casa solo, en otras situaciones. El individuo teme estas situaciones debido a pensamientos que la fuga podría ser difícil o que la ayuda podría no estar disponible en caso de tener síntomas similares a la angustia, vergüenza o ataques de pánico. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o la ansiedad y a menudo se evitan y requirieren la presencia de un compañero.³⁸
- 5.** Las características principales del **trastorno de ansiedad generalizada** son la ansiedad excesiva y persistente además de preocupación sobre una variedad de eventos o actividades, incluyendo el trabajo y el rendimiento escolar, que el individuo encuentra difícil de controlar. Además, el individuo experimenta síntomas físicos incluyendo inquietud, sensación de excitación o nerviosismo, se fatiga con facilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular; y trastornos del sueño.³⁸

6. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: implica ansiedad debido a la intoxicación y abstinencia de sustancias o un tratamiento con medicamentos. En el trastorno de ansiedad debido a otra condición médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de otra condición médica. Escalas de Trastornos específicos están disponibles para obtener una mejor medida sobre la gravedad de cada trastorno de ansiedad y captar cambios en el tiempo.³⁸

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO

Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad excesiva y preocupación (expectación aprensiva) sobre una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y la preocupación está fuera de proporción con la probabilidad o el impacto del esperado evento real. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y mantener pensamientos preocupantes que interfieren con la atención hacia tareas determinadas.^{38,39}

Los adultos con trastorno de ansiedad generalizado se preocupan todos los días con mucha frecuencia por circunstancias de vida rutinarias tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, posible desgracia a sus hijos, o asuntos de menor importancia (por ejemplo, haciendo las tareas del hogar o llegar tarde a las citas).

Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el foco de preocupación puede cambiar de una a otra preocupación.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizado de ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y por lo general interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas y se perciben como más manejables y puede ser puesto fuera cuando surgen asuntos más urgentes.

En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiantes; tienen una duración más larga; y con frecuencia ocurren sin precipitantes. Entre mayor es la variedad de circunstancias que preocupan a una persona en la vida (por ejemplo, las finanzas, la seguridad de los niños, el desempeño del trabajo), es más probable que sus síntomas cumplan con los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada.^{38,39}

En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas son mucho menos propensas a estar acompañada por síntomas físicos (por ejemplo, inquietud o sensación de excitación o al límite). Las personas con trastorno de ansiedad generalizado presentan angustia subjetiva debido a la preocupación constante y deterioro en el ámbito social, laboral y de otras áreas importantes del funcionamiento.

Características Asociadas que apoyan el diagnóstico:

Asociado a la tensión muscular, puede haber temblores, contracciones nerviosas, dolores musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (por ejemplo, sudoración, náuseas, diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada. Los síntomas de hiperactividad vegetativa (por ejemplo, ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (por ejemplo, el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) con frecuencia acompañan el trastorno de ansiedad generalizada.^{38,39}

Prevalencia:

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en la comunidad de los Estados Unidos es del 0,9% entre los adolescentes y el 2,9% entre los adultos en general. La prevalencia anual para el trastorno en otros países varía de 0,4% a 3,6%. El riesgo de morbilidad es del 9,0%. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de experimentar trastorno de ansiedad generalizada. La prevalencia de los picos del diagnóstico es en la edad media y disminuye a través de los años posteriores de la vida. Las personas de ascendencia europea tienden a experimentar trastorno de ansiedad generalizada con más frecuencia que hacen los individuos de ascendencia no europea (es decir, de Asia, de África, Nativo Americano y las islas del Pacífico). Además, las personas de los países desarrollados reportan haber experimentado síntomas que cumplen los criterios para el trastorno a lo largo de su vida que las personas procedentes de países no desarrollados.³⁸

Desarrollo y Curso:

Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada informan haberse sentido ansioso y nervioso durante toda su vida. La edad media de inicio de síntomas del trastorno de ansiedad generalizada es de 30 años; sin embargo, la edad de inicio se extiende sobre una gama muy amplia. La edad media de aparición es posterior a la de otros trastornos de ansiedad. Los síntomas de preocupación y ansiedad excesivas pueden ocurrir temprano en la vida, pero luego se manifiestan como un temperamento ansioso.³⁸

El inicio de la enfermedad rara vez ocurre antes de la adolescencia. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a cronificarse, aumentando y disminuyendo durante toda la vida, fluctuando entre las formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. Las tasas de remisión completa son muy bajas. La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante durante toda la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad se encuentra en el contenido de la preocupación del individuo. Los niños y los adolescentes tienden a preocuparse más por la escuela y el rendimiento deportivo, mientras que los adultos mayores informan de una mayor preocupación por el bienestar de su familia o de su propia salud física. Por lo tanto, el contenido de la preocupación de un individuo tiende a ser apropiada para la edad.

Los adultos más jóvenes experimentan una mayor gravedad de los síntomas que los adultos mayores. Mientras más temprano en la vida se dan los síntomas que cumplen con los criterios del trastorno de ansiedad generalizado tienden a tener más comorbilidades y la probabilidad que se deterioren aumenta.

La aparición de una enfermedad física crónica puede ser un factor potente para la preocupación excesiva en los ancianos. En los ancianos frágiles, las preocupaciones sobre la seguridad y en especial por el miedo a sufrir una caída pueden limitarles las actividades.

En los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, las ansiedades y preocupaciones a menudo se refieren a la calidad de su desempeño o competencia en la escuela o en eventos deportivos, aun cuando su rendimiento no está siendo evaluado por

los demás. Puede haber excesiva preocupaciones sobre la puntualidad. También pueden preocuparse por los eventos catastróficos, tales como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños con este trastorno pueden ser conformistas, perfeccionistas, e inseguros de sí mismos y tienden a hacer de nuevo las tareas debido a la insatisfacción excesiva de rendimiento. Por lo general son demasiado entusiasta en la búsqueda de seguridad y aprobación y requieren tranquilidad excesiva sobre su desempeño y otras cosas que les preocupa.³⁸

Riesgos y factores pronósticos:

Temperamental: Inhibición de la conducta, la afectividad negativa (neuroticismo) y evitación se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Factor ambiental.

Aunque adversidades de la infancia y la sobreprotección de los padres se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada, no hay factores ambientales identificados como específicos para el trastorno de ansiedad generalizada, necesaria o suficiente para hacer el diagnóstico.

Factor genético fisiológico.

Un tercio del riesgo de sufrir el trastorno de ansiedad generalizada es genética, y estos factores genéticos se superponga con el riesgo de neuroticismo y se comparten con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sobre todo el trastorno depresivo mayor.

Diagnostico relacionado a factores culturales.

Existe una considerable variación cultural en la expresión del trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, en algunas culturas, los síntomas somáticos predominan en la expresión de la enfermedad, mientras que en otras culturas los síntomas cognitivos tienden a predominar. Esta diferencia puede ser más evidente en la presentación inicial que, posteriormente, a medida que más síntomas se presentan con el tiempo. No hay

información en cuanto a si la propensión a la preocupación excesiva está relacionada con la cultura, aunque el tema de estar preocupado puede ser específicamente cultural.

Es importante tener en cuenta el contexto social y cultural en la evaluación de si preocupaciones sobre ciertas situaciones son excesivas.

Diagnostico según sexo:

En el ámbito clínico, el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica un tanto más frecuentemente en las mujeres que en los hombres (alrededor del 55 % -60 % de las personas que presentan este trastorno son mujeres). En los estudios epidemiológicos, aproximadamente dos tercios son mujeres. Las mujeres y los hombres que sufren de trastorno de ansiedad generalizada parecen tener síntomas similares, pero demostrar diferentes patrones de comorbilidad en consonancia con las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos. En las mujeres, la comorbilidad se limita en gran parte a los trastornos de ansiedad y la depresión unipolar, mientras que en los hombres, la comorbilidad es más probable que se extienda al trastorno de uso de sustancias también.

Tratamiento ansiedad.

Según las Guías clínicas de Psiquiatría de El Salvador, frente a un trastorno de ansiedad, inicialmente se debe descartar una causa médica de los síntomas, realizando un diagnóstico presuntivo y la toma de exámenes complementarios.⁴²

Tratamiento farmacológico:

- Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche ó
- Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día ó
- Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día.

Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia; en caso contrario se deben indicar antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por cuatro semanas.

Tratamiento no farmacológico: Terapia cognitivo conductual, psicoterapias de apoyo, técnicas de relajación, entre otras, realizado por personal competente.

Medidas preventivas y de educación en salud para ansiedad.

- a) Facilitar la expresión de ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.
- b) Identificar los elementos psicológicos o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.
- c) Explicar la ausencia de bases orgánicas para la angustia que padece, con el objetivo que el paciente comprenda que la condición es originada mayoritariamente por elementos psicosociales.
- d) Informar el diagnóstico, evitar decir al paciente “no tiene nada”, o “solo se trata de stress”.
- e) Identificar con el paciente alternativas en el manejo del problema real que lo está originando.
- f) Explicar el tratamiento y los efectos colaterales del medicamento a emplear.
- g) Manifestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento.⁴²

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Estos son un espectro de trastornos entre los cuales se incluyen:

1. **Trastorno de disruptivo del estado de ánimo:** La principal característica de este trastorno es irritabilidad crónica, severa y persistente. La irritabilidad severa tiene dos manifestaciones clínicas principales, siendo la primera los arrebatos de ira. Estos arrebatos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último como agresiones contra la propiedad, a otros y a sí mismo) . La segunda manifestación de esta irritabilidad severa consiste en mal humor que es crónico y persistente y está presente entre los arrebatos de ira severos. Este estado de ánimo irritable debe ser caracterizado en niños, presentándose en la mayor parte del día y ser notorio en el ambiente del niño por otros.
2. **Trastornos depresivos mayores (incluyendo el episodio depresivo mayor):** Los síntomas principales para el trastorno depresivo mayor deben estar casi todos los días para considerarse presente, con la excepción de variaciones de peso y la ideación suicida. Un estado de ánimo depresivo debe estar presente en la mayor parte del día, y casi todos los días.
3. **Trastorno depresivo persistente (distimia):** La principal característica de este trastorno es un humor deprimido que ocurre en la mayor parte del día, por más días de los que no hay depresión y con una duración de al menos dos años, o al menos un año para niños y adolescentes. Una depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente.
4. **Trastorno disfórico premenstrual:** Las principales características de este trastorno consiste en la expresión de un humor lábil, irritable, disfórico y síntomas ansiosos que ocurren repetidamente durante la fase premenstrual y remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Estos síntomas puede ser acompañados por síntomas conductuales y físicos. Deben de ocurrir en la mayoría de los ciclos menstruales durante el año pasado y deben provocar un efecto adverso en el funcionamiento social o en el trabajo. La intensidad y/o expresividad de los síntomas acompañantes deben ser íntimamente relacionados a las características sociales y culturales de la mujer afectada, perspectivas familiares y otros factores más específicos como creencias religiosas, tolerancia social, y otros problemas de rol de género.

5. **Depresión inducida por medicamentos:** Las características principales de este trastorno incluyen síntomas de un trastorno depresivo como el trastorno depresivo mayor; de cualquier manera, los trastornos depresivos están asociados con la ingestión, inyección, o inhalación de una sustancia. (drogas, toxinas, psicotrópicos y otras medicaciones.) y los síntomas depresivos mayores persisten más tiempo del esperado que por los efectos psicológicos, de intoxicación o periodo de abstinencia.

6. **Otros trastornos depresivos especificados y no especificados:** Esta categoría aplica a aquellas presentación en los cuales los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causa significativa angustia clínica o incomodidad social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento predominante pero no cumplen totalmente los criterios de cualquiera de los otros trastornos depresivos.

Al contrario que en el DSM-IV, Los "Trastornos depresivos" ha sido separado de los "Trastornos Bipolares y Afines" La característica común de todos estos trastornos es la presencia de tristeza, humor vacío, o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que significativamente afecta la capacidad del individuo para funcionar. Lo que difiere entre ellos son temas de duración, cronología, o presunta etiología.

El trastorno depresivo mayor es el que representa la condición clásica en este grupo de trastornos. Se caracteriza por episodios discretos de una duración mínima de 2 semanas (aunque la mayoría de los episodios dura mucho más tiempo) que implica cambios claros en afecto, cognición y funciones neurovegetativas y remisiones entre los episodios. Un diagnóstico basado en un solo episodio es posible, aunque el trastorno es recurrente en la mayoría de los casos.

Se debe hacer una consideración cuidadosa al delimitar la tristeza normal y el dolor. El duelo puede inducir un gran sufrimiento, pero no suele inducir un episodio del trastorno depresivo mayor.

Una forma más crónica de la depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), puede ser diagnosticada cuando la alteración del estado de ánimo se prolonga durante al menos 2 años en los adultos o 1 año en los niños.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Características del diagnóstico

Los síntomas de criterio para el trastorno depresivo mayor deben estar presentes casi todos los días para considerar el diagnóstico, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida.^{38,43}

El estado de ánimo deprimido debe estar presente durante la mayor parte del día, además de estar presente en casi todos los días. A menudo, el insomnio o la fatiga es el síntoma de presentación, y el fracaso para sondear síntomas depresivos que se acompañan se traducirá en un diagnóstico incorrecto.

La tristeza puede ser negada al principio, pero puede ser provocada a través de la entrevista o deducirse de la expresión facial y comportamiento. Con las personas que se concentran en una queja somática, los médicos deben determinar si la señal de socorro de esa queja se asocia con síntomas de depresión específica.

La fatiga y trastornos del sueño están presentes en una alta proporción de los casos; trastornos psicomotores son mucho menos comunes, pero son indicativos de mayor gravedad general, como es la presencia de culpa delirante o cerca de-delirante.

La característica esencial de un episodio de depresión mayor es un período de al menos 2 semanas durante el cual hay estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El individuo también debe experimentar al menos cuatro síntomas adicionales extraídos de una lista que incluye los cambios en el apetito o peso, el sueño y la actividad psicomotora; disminución de la energía; sentimientos de inutilidad o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; o pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o planes de suicidio o intentos.³⁸

Para contar como un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente en comparación con el estado de pre-episodio de la persona. Los síntomas deben persistir durante la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe ir acompañada de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, u otras áreas importantes de la actividad. Para algunas personas con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere marcadamente mayor esfuerzo.³⁸

Características asociadas que apoyan el Diagnóstico

El trastorno depresivo mayor se asocia con una elevada mortalidad, mucha de la cual se contabiliza por suicidio; sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, los individuos deprimidos admitidos a los hogares de ancianos tienen un riesgo mayor a la probabilidad de muerte en el primer año. Individuos presentan con frecuencia un llanto, irritabilidad, melancólica, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (por ejemplo, dolores de cabeza; articular, abdominal, u otros dolores). En los niños, se puede producir ansiedad de separación.

Aunque existe una amplia literatura que describe neuroanatómica, neuroendocrina neurofisiológicamente el trastorno depresivo mayor, no existe ninguna prueba de laboratorio ha dado resultados de sensibilidad y especificidad suficiente para ser utilizados como una herramienta de diagnóstico para este trastorno.

Hasta hace poco, la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal había sido el más ampliamente investigado y asociado a episodios depresivos mayores, y parece estar asociado con la melancolía, rasgos psicóticos, y riesgos para su eventual suicidio.

Los estudios moleculares han implicado también a factores periféricos, incluyendo variantes genéticas en los factores neurotróficos y las citoquinas pro-inflamatorias. Además, estudios funcionales de imágenes de resonancia magnética proporcionan evidencia de anormalidades funcionales en específico sistemas neuronales que apoyan el procesamiento de las emociones, la búsqueda de recompensa, y la regulación emocional en adultos con depresión mayor^{38,43}

Prevalencia

La prevalencia de la depresión mayor en los Estados Unidos es de aproximadamente 7%, con marcadas diferencias por grupos de edad tal que la prevalencia entre edades de 18 - 29 años de edad es tres veces más alta que la prevalencia en las personas de 60 años de edad o más. Las mujeres experimentan de 1,5 a 3 veces mayor proporción que los hombres que comienzan en la adolescencia temprana.³⁸

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo mayor puede primero aparecer a cualquier edad, pero aumenta la probabilidad de aparición marcadamente con la pubertad. En los Estados Unidos, la incidencia parece alcanzar su punto máximo en los 20 años; sin embargo, la primera aparición en la edad avanzada no es infrecuente. El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de tal manera que algunos individuos rara vez, o nunca, experimentan remisión (un período de 2 meses o más sin síntomas, o sólo uno o dos de los síntomas a no más de un grado leve), mientras que otras experimentan muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios discretos.

El riesgo de recurrencia se convierte progresivamente menor con el tiempo. El riesgo es mayor en personas cuyo episodio anterior fue grave, en individuos más jóvenes y en las personas que ya han experimentado múltiples episodios. La persistencia de los síntomas depresivos leves, incluso durante la remisión es un poderoso predictor de recurrencia.³⁸

Etiología.

No existe una sola causa para la depresión, algunas personas tienen mayor probabilidad de adolecer depresión que otras.

Entre las causas más frecuentes existen:

- Herencia genética.
- Desequilibrio bioquímico (Serotonina, noradrenalina, dopamina, entre otros).
- Situaciones estresantes
- Acontecimientos traumáticos (desastres naturales, desastres humanos, situaciones de duelo, problemas de tipo económico, enfermedades crónicas).

- Estacional, más frecuente durante el invierno.
- Personalidad: personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, tendencia a la preocupación excesiva, al estrés y baja tolerancia a la frustración, personalidad de tipo dependiente y pasivo, adictos a sustancias, entre otros.⁴²

Modificadores del curso de la enfermedad.

Esencialmente todos los principales trastornos del humor aumentan el riesgo de un individuo de desarrollar depresión. Episodios depresivos mayores que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suele seguir un curso más refractario. Consumo de sustancias, ansiedad, y trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más comunes de estos, y la presentación.

Los síntomas depresivos pueden ocultar y retrasar su reconocimiento. Sin embargo una mejoría clínica sostenida en los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado de enfermedades subyacentes. Condiciones médicas crónicas o discapacitantes también aumentan riesgos para los episodios depresivos mayores.

Tales enfermedades prevalentes como la diabetes, la obesidad mórbida, y las enfermedades cardiovasculares son a menudo complicadas por episodios depresivos, y estos episodios son más propensos a convertirse en crónicos que en los son sólo episodios depresivos en individuos médicamente sanos.³⁸

Diagnóstico relacionado al sexo.

Aunque el hallazgo reproducible más importante en la epidemiología del trastorno depresivo mayor ha sido una mayor prevalencia en las mujeres, no hay diferencias claras entre los géneros en síntomas, por supuesto, la respuesta al tratamiento o las consecuencias funcionales. En mujeres el riesgo de intentos de suicidio es más alto, y el riesgo de consumación del suicidio es menor. La disparidad en la tasa de suicidios por género no es tan grande entre las personas con trastornos depresivos, ya que es en el la población como un todo.

Riesgo de suicidio

Existe la posibilidad de la conducta suicida en todo momento durante los episodios depresivos mayores. El factor de riesgo descrito más consistente es una historia de intentos de suicidio o amenazas, pero hay que recordar que los suicidios más completos no están precedidos por fracasados intentos. Otras características asociadas con un mayor riesgo de suicidio consumado es incluir el sexo masculino, ser soltero o que viven solas, y que tiene sentimientos prominentes de la desesperanza. La presencia de trastorno límite (borderline) de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuro intentos de suicidio.³⁸

Consecuencias funcionales del Trastorno depresivo mayor

Muchas de las consecuencias funcionales de un trastorno depresivo mayor se derivan de los síntomas. El deterioro puede ser muy leve, de manera que muchas de las personas que interactúan con los individuos afectados no son conscientes de los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede alcanzar a completar una incapacidad tal que la persona deprimida no puede asistir al autocuidado básico de sus necesidades o provocar ser mudo o catatónico. Entre las personas atendidas en centros de medicina general, las personas con trastorno depresivo mayor tienen más dolor a las enfermedades y una mayor disminución en el funcionamiento físico y desempeño social.

Diagnóstico diferenciales de Depresión Mayor.

El trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo.

Un episodio depresivo mayor que se produce en respuesta a un estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación por el estado de ánimo, por el hecho de que todos los criterios para un episodio depresivo mayor no se cumplen en trastorno de adaptación.

Tristeza.

Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes a la experiencia humana. Estos períodos no deben ser diagnosticados como un episodio depresivo mayor, a menos

que se reúnan criterios de gravedad (es decir, cinco de los nueve síntomas), la duración (es decir, la mayor parte del día, casi todos los días durante al menos 2 semanas), y malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otros trastornos depresivos especificados puede ser apropiado para presentaciones de depresión con deterioro del ánimo clínicamente significativo que no cumplen los criterios para la duración o la gravedad.

La comorbilidad

Otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor concurre con frecuencia son los trastornos de ansiedad, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia anorexia y el trastorno limítrofe de la personalidad.

Tratamiento.

Según las Guías clínicas de Psiquiatría de El Salvador, el tratamiento se debe instaurar de acuerdo a la gravedad del episodio depresivo: Si se trata de un episodio depresivo leve puede ser tratado con psicoterapia o consejería en el primer nivel de atención por un psicólogo, médico general o de familia con entrenamiento en salud mental. En el caso de una depresión moderada o grave, por lo general se requiere el uso de fármacos y psicoterapia. En un episodio depresivo grave, debe evaluarse el riesgo suicida y en caso de existir, se debe referir al nivel de atención que cuente con psiquiatra.

Fármacos:

Antidepresivos tricíclicos.

- Amitriptilina (25 mg/tableta): Dosis ambulatorias 50 - 100 mg/día, en pacientes hospitalizados puede llegarse hasta 200 - 300 mg/día.
- Imipramina (25 mg/ tableta): 50 - 100 mg/día. Dosis máxima: 300 mg/día.
- Clomipramina (25 mg/ tableta): 100 - 150 mg/día. Dosis máxima: 250 mg/día. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
- Paroxetina (20 mg/ tableta): 20 - 60 mg/día.
- Sertralina (50 mg/ tableta): 50 - 100 mg/día. Dosis máxima: 200 mg/día.

Si el paciente no muestra una mejoría moderada después de seis a ocho semanas de tratamiento farmacológico debe explorarse la presencia de otros factores que pueden interferir como: trastornos médicos o psiquiátricos comórbidos, problemas psicosociales relevantes o falta de respuesta al fármaco en uso.

En caso de buena respuesta al tratamiento, los fármacos deberán mantenerse un mínimo de seis a doce meses luego de la remisión de la sintomatología. En caso de riesgo suicida persistente, síntomas catatónicos o psicóticos graves debe ingresarse y valorarse el uso de terapia electro convulsiva.⁴²

Medidas preventivas y de educación en salud.

- Psicoeducación al paciente y la familia sobre el trastorno depresivo, y sobre prevención de suicidio.
- Intervenciones familiares para valorar dinámica familiar y brindar apoyo al paciente.
- Explicar sobre el funcionamiento de los fármacos antidepresivos y la importancia de tomar la medicación de la forma indicada por el médico.
- Recomendar al paciente actividades de esparcimiento y relajación, así como la asistencia a grupos de apoyo y religiosos.
- Orientar al paciente y su familia sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.⁴²

El Inventario de ansiedad de Beck

Es un breve cuestionario auto administrado con una sensibilidad de 67% y una especificidad de 93% para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que se utiliza tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.¹⁰

El inventario de Beck de ansiedad al igual que el de depresión es un instrumento de tamizaje de salud mental, que no establece diagnóstico definitivo de ansiedad. Este instrumento divide por niveles la intensidad de los síntomas, que pueden ser de características: "Normal, ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave. Un resultado de ansiedad moderada o grave necesita atención especializada para su confirmación y tratamiento.

PUNTUACION DE NIVEL DE ANSIEDAD

0	7	Normal
8	15	Ansiedad leve
16	25	Ansiedad moderada
26	63	Ansiedad Grave

El Inventario de depresión de Beck

Es un informe compuesto por 21 ítems. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Describe los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, según estudios científicos se ha comprobado que dicha prueba alcanza una sensibilidad de 97% y una especificidad de 99% para identificar pacientes con depresión mayor.⁹

El inventario de Beck divide por niveles la intensidad de los síntomas, que pueden ser de características: "Normal, leves perturbaciones del estado de ánimo, estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave y depresión extrema"; los primeros tres son pequeñas variaciones en el estado de ánimo que suponen respuesta normal o adaptativa a estresantes ambientales, mientras que los últimos tres mencionados respectivamente necesitan atención especializada para su confirmación y tratamiento, pues podría identificarse en ciertos tipos de depresión con características endógenas y necesidad de medicación.

PUNTUACION NIVEL DE DEPRESION

1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
Más de 40	Depresión extrema.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio transversal, descriptivo.

POBLACION

Estudiantes de medicina, activos de ambos sexo, independientemente de su edad o año académico, que estudien en cualquiera de las tres universidades seleccionadas para la investigación al momento de la encuesta en el ciclo 2 del año 2014.

Tabla 1. Población total de estudiantes de medicina de tres universidades San Salvador.

UNIVERSIDAD	Año de estudio								Total
	1 año	2 año	3 año	4 año	5 año	6 año	7 año	8 año	
A	104	65	52	42	40	43	29	40	415
B	105	98	86	65	42	46	43	32	517
C	180	150	135	115	60	55	58	54	807
Total	389	313	273	222	142	144	130	126	1739

Datos obtenidos de registro académico de las tres facultades seleccionadas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tabla 2. Muestra de estudiantes de medicina a participar en el estudio.

UNIVERSIDAD	Año de estudio								Total
	1 año	2 año	3 año	4 año	5 año	6 año	7 año	8 año	
A	25.0%	15.7%	12.5%	10.1%	9.64%	10.3%	6.9%	9.6%	100%
B	20.3%	18.9%	16.6%	12.6%	8.12%	8.9%	8.3%	6.2%	100%
C	22.3%	18.6%	16.7%	14.2%	7.4%	6.8%	7.2%	6.7%	100%
Total	22.5%	17.7%	15.2%	12.3%	8.3%	8.6%	7.4%	7.5%	100%
	115	91	78	63	43	44	38	38	511

Datos obtenidos de cálculo de muestra mediante OpenEpi versión 3.

Se realizó muestreo estratificado proporcional (tabla 2), de manera que las proporciones de estudiantes de medicina entre los años cursados de estudios fueron igual de significativas. Se ha tomado nivel de confianza de 95% para cada facultad, con un alfa de 0.5 y margen de error de 5%.

Unidad reportante: Encuesta basada en inventarios de Beck para ansiedad y depresión.

Unidad de análisis: Estudiantes de medicina activos que participan en el estudio.

La fórmula que se utilizo para calcular la muestra de la población es:

Tamaño de la muestra $n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[(d2/Z21-\alpha/2*(N-1)+p*(1-p)]}$

Resultados de OpenEpi, versión 3

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiante de medicina que pertenezca a una de las tres escuelas de medicina seleccionadas, independientemente de edad, sexo y año de estudio.
- Estudiantes de medicina que deseen participar voluntariamente en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes de medicina que no pertenezcan a una de las tres escuelas de medicina seleccionadas.
- Estudiantes de medicina que no deseen participar en el estudio.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
EDAD	Se define como el tiempo en años transcurridos desde el nacimiento.		Años cumplidos al momento de la encuesta.
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.		FEMENINO- MASCULINO
ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo en relación, con los derechos y obligaciones civiles. Se categorizará en soltero, casado, divorciado, acompañado.		Soltero Casado Divorciado Acompañado Viudo
AÑO DE ESTUDIO	Nivel académico en carrera universitaria de Doctorado en Medicina. Se categorizará en primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo año de Medicina.	Área preclínica (de 1° a 4° año), área clínica (de 5° a 8° año).	1 año, 2 año, 3 año, 4 año, 5 año, 6 año, 7 año, 8 año.
RENDIMIENTO ACADEMICO	Es una medida que hace referencia al conocimiento adquirido a lo largo del proceso formativo, que es expresada por el estudiante de medicina. Categorizada en CUM (Coeficientes de unidades de mérito) acumulado.	CUM acumulado < 6.5, CUM acumulado 6.6 a 7, CUM acumulado 7.1 a 7.5, CUM acumulado de 7.6 a 8, CUM acumulado > 8.	CUM reportado en la encuesta
INGRESOS MENSUALES DE FAMILIA	Remuneración económica total de miembros de la familia mensual.	<DE \$1000 DE 1000 a 2000 DE \$2000 A \$3000 >DE \$3000	Dólares americanos.

MIGRACION	Se comprenderá como el Área geográfica de procedencia del individuo.	OCCIDENTAL ORIENTAL PARACENTRAL CENTRAL	Zona de procedencia.
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	Alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como normales con respecto al grupo social de referencia el cual proviene el individuo. Se categorizará en si padece o no Padece.	Antecedente de enfermedades depresivas, ansiosas y otro tipo de enfermedades no depresivas ni ansiosas.	SI/NO
NIVEL DE ANSIEDAD	Puntaje mayor de 8 en inventario para ansiedad de BECK	Ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.	Puntaje de 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave en cuestionario.
NIVEL DE DEPRESION	Puntaje mayor de 11 en inventario para depresión de BECK	Perturbaciones del estado de ánimo, estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave y depresión extrema.	Puntaje de 11-16 leves perturbaciones del estado de ánimo, 17-20 estados de depresión intermitentes, 21-30 depresión moderada, 31-40 depresión grave y >40 depresión extrema
NIVEL DE Y ANSIEDAD DEPRESION	Puntaje mayor de 8 en inventario para ansiedad de BECK y puntaje mayor de 11 en inventario para depresión de BECK	Ver dimensiones de presencia de ansiedad y depresión.	Ver indicadores de presencia de ansiedad y depresión.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se realizó a través de un instrumento el cual contenía los inventarios de Beck para ansiedad y depresión, y se coordinó con decanato de las tres facultades de medicina seleccionadas, para la aplicación del instrumento. Las autoridades competentes de cada facultad hicieron presencia al momento de la aplicación del instrumento en las aulas junto a los estudiantes seleccionados para el estudio. Los cuestionarios que no fueron debidamente completados fueron excluidos del estudio. Solamente se utilizaron 511 cuestionarios, el resto fue descartado.

PROCESOS DE ANALISIS DE DATOS.

Cada encuesta se codificó en base a la muestra necesitada según año de estudio, facultad y número de encuesta. El instrumento contenía 54 preguntas (Ver Anexo 1), en los que se contenía 2 inventarios, inventario de Beck de depresión BDI e inventario de ansiedad de Beck BAI, de 21 preguntas respectivamente. En total el instrumento contaba con la posibilidad de 212 respuestas cerradas y 2 opciones de respuesta abiertas. En total este estudio analizó 27,648 preguntas con posibilidad de respuesta de 108,544 opciones cerradas y 1024 preguntas abiertas. Se organizó en una base de datos en Office Excel 2014 obteniendo porcentajes para cada una de las variables contempladas en el estudio. Se construyeron tablas y graficas para su posterior análisis.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

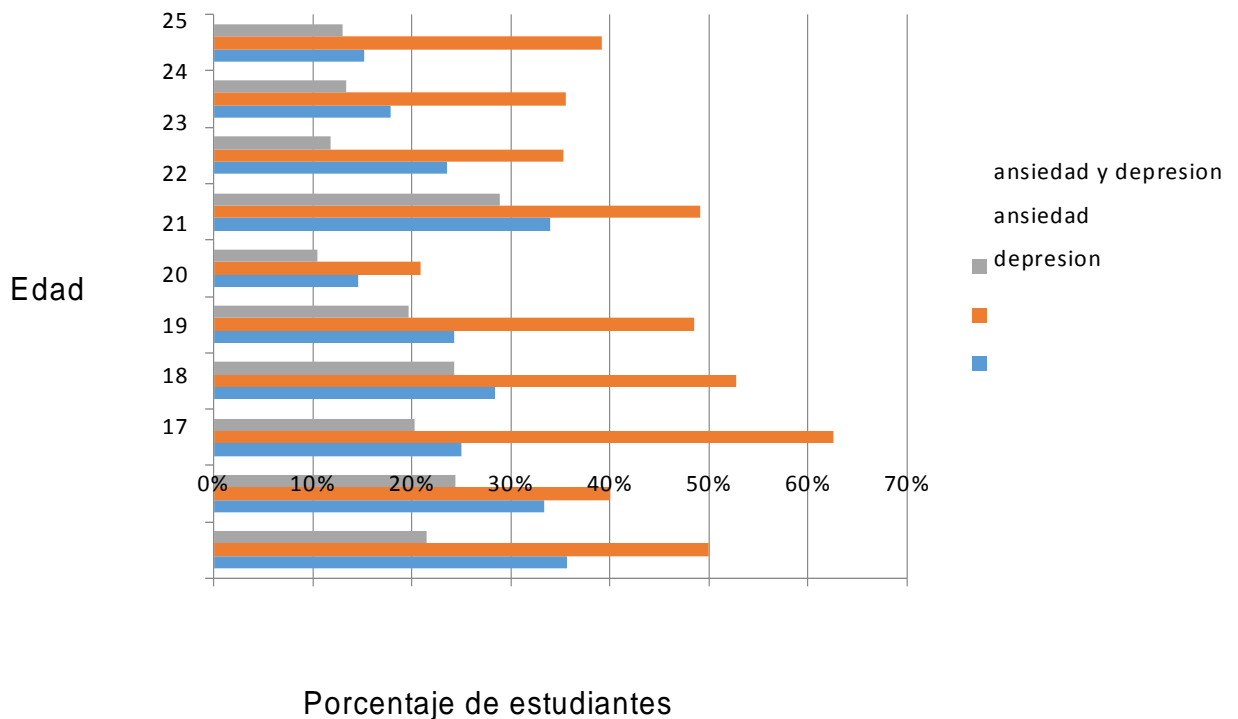
- Los datos se recolectaran de manera anónima y voluntaria, utilizando formularios codificados; almacenados en un lugar seguro y vertidos en una base de datos protegidos por contraseña.
- El protocolo fue evaluado por las autoridades de cada facultad, contemplando que se trata de una investigación sin riesgo, se exceptuó el consentimiento informado de manera escrita. Las autoridades estuvieron presentes en el momento del llenado del cuestionario brindando información sobre el estudio a los participantes.
- Por acuerdos llevados en la evaluación del protocolo se mantiene de forma confidencial el nombre de las universidades.

VIII. RESULTADOS

EDAD

De los 511 estudiantes la menor edad registrada fue de 17 años mientras que la mayor fue de 39 años con un rango de 22 años. La edad con mayor porcentaje de niveles de depresión registrados son los de 17 años (35.7%) y la edad con mayor porcentaje de niveles de ansiedad registrada es de 19 años (62.5%).

Grafico 1. Muestra la tendencia de niveles de ansiedad y depresión según edad.



Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014

Como se observa en el gráfico 1. Los niveles de ansiedad (línea naranja) y de depresión (línea azul) tienen un comportamiento similar, exceptuando un ascenso prominente en los niveles de ansiedad, que ocurre a la edad de 19 años, que posteriormente retoman patrón similar a los niveles de depresión, mostrando ambos su menor porcentaje a la edad de 22 años. Ansiedad y depresión concomitante (línea gris), mantiene un comportamiento similar que la depresión.

SEXO

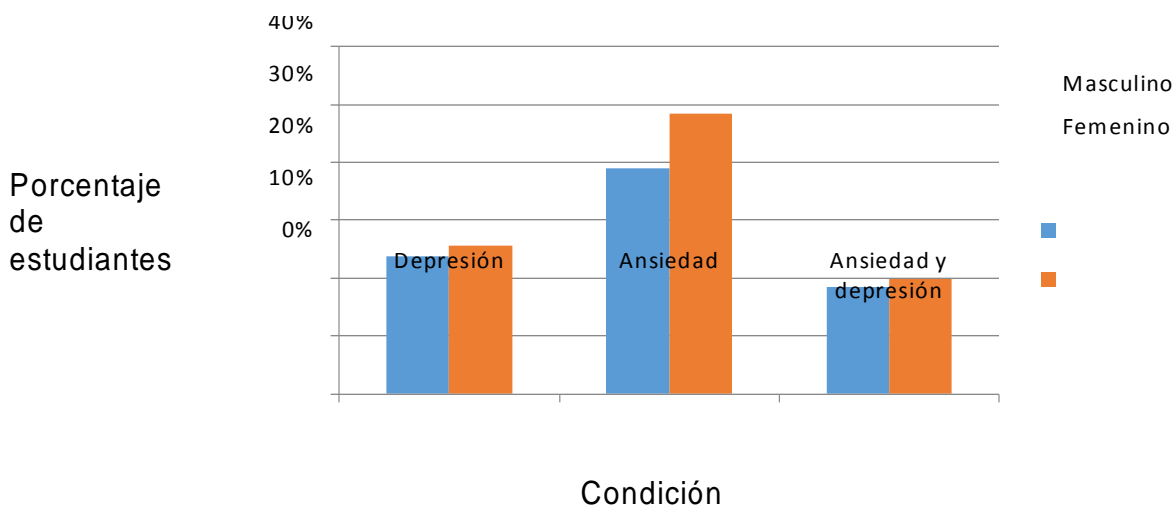
Tabla 3.Estudiantes con algún nivel de ansiedad y/o depresión según sexo.

Nivel	Porcentaje		Numero	
	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino
Depresión	23.8%	53	25.6%	74
Ansiedad	39.0%	87	48.4%	140
Ansiedad con depresión.	18.4%	41	19.7%	57
Sin niveles	55.6%	124	45.7%	132
TOTAL	100%	223	100%	288

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

La proporción de mujeres es mayor que los hombres en la población del estudio, teniendo 56.5% (288) de participantes femeninas comparado con un 43.5% (223) de participantes hombres. Según el sexo (Tabla 3) la presencia de depresión es similar entre hombres (23.8%) y mujeres (25.6%). El porcentaje de estudiantes que padecen ansiedad concomitante con depresión es pareja en hombres (18.4%) que en mujeres (19.7%). Como podemos observar en el grafico 2. La ansiedad si difiere entre géneros, siendo más prevalente en mujeres (48.4%) que en los hombres (39.0%).

Grafico 2. Compara los porcentajes de niveles de ansiedad y/o depresión según sexo



Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

ESTADO CIVIL

La mayoría de estudiantes de medicina que fueron encuestados (Tabla 4) tiene estado civil de soltero (97.8%). No se registran estudiantes con estado civil Divorciado o viudo.

Tabla 4. Estudiantes con algún nivel de ansiedad y/o depresión según estado civil.

Estado Civil	Niveles de depresión	Niveles de ansiedad	Niveles de ansiedad y depresión	Sin niveles	TOTAL
Soltero	127	223	98	249	501
Casado	0	2	0	2	4
Acompañado	0	1	0	6	6
Total	127	226	98	257	511

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

AÑO DE ESTUDIO

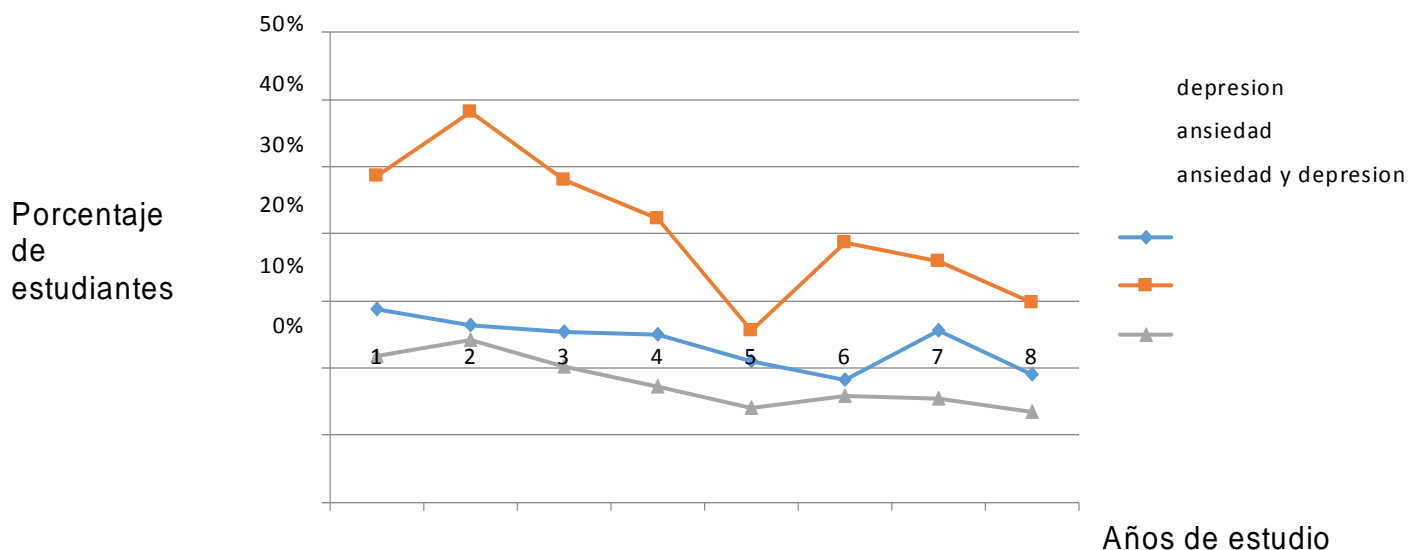
Tabla 5. Estudiantes con algún nivel de ansiedad y depresión según año de estudio académico.

		Año de estudio							
Niveles	1 año	2 año	3 año	4 año	5 año	6 año	7 año	8 año	Total
Depresión	28.7%	26.4%	25.3%	25.0%	20.9%	18.2%	25.6%	18.9%	24.8%
Ansiedad	48.7%	58.2%	48.1%	42.2%	25.6%	38.6%	35.9%	29.7%	44.3%
Ansiedad Y Depresión	21.7%	24.2%	20.3%	17.2%	14.0%	15.9%	15.4%	13.5%	19.1%
Sin niveles	44.4%	39.6%	46.8%	50.0%	67.4%	59.1%	53.9%	64.9%	50.0%
TOTAL	22.5%	17.8%	15.5%	12.5%	8.4%	8.6%	7.4%	7.4%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

Según los resultados por año de estudio (Tabla 5) se reporta el mayor porcentaje de niveles de depresión en primer año (28.7%), de niveles de ansiedad (58.2%) y concomitante en segundo año (24.2%).

Grafico 3. Estudiantes que presentan algún nivel de ansiedad y/o depresión según año de estudio académico.



Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

Niveles de ansiedad y depresión entre área básica y área clínica

Tabla 6. Estudiantes con algún nivel de ansiedad y/o depresión según área de medicina.

Área	Niveles de depresión	Niveles de ansiedad	Niveles de ansiedad y depresión	Sin niveles	Total
Área preclínica (Básica)	26.4%	49.4%	20.9%	45.1%	67.9%
Área Clínica	21.3%	33.5%	15.2%	66.5%	32.0%
TOTAL	127	226	98	256	511

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

El área básica (preclínica) se compone por los primeros cuatro años de medicina (Tabla 6), mientras que área clínica los últimos cuatro. En ese sentido la mayoría de estudiantes encuestados (Gráfico 4) pertenece al área básica (67.9%) y un tercio pertenece al área clínica (32.0%)

RENDIMIENTO ACADEMICO

Tabla 7. Estudiantes con algún nivel de ansiedad y depresión según Cum

CUM	Niveles de depresión	Niveles de ansiedad	Niveles de ansiedad y depresión	Sin niveles	Número y porcentaje de estudiantes	
Menos de 6.5	35.7%	64.3%	35.7%	35.7%	14	2.7%
de 6.6 a 7	20.5%	39.4%	14.2%	54.3%	127	24.8%
de 7.1 a 7.5	29.3%	44.0%	22.0%	48.7%	191	37.3%
de 7.6 a 8	27.7%	50.4%	22.7%	44.5%	118	23.2%
Mayor de 8	11.5%	37.7%	9.8%	60.7%	61	11.9%
TOTAL	24.8%	44.3%	19.1%	50.0%	511	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

Los estudiantes que presentaron más niveles de depresión y ansiedad (Tabla 7) son los estudiantes con CUM menor a 6.5 (35.7%, 64.3% respectivamente). Los que más presentaron niveles de ansiedad y depresión concomitantemente son el grupo de cum menor de 6.5 (35.7%). El mayor porcentaje de individuos sin niveles de ansiedad o depresión se presenta en el grupo con CUM mayor de 8 (60.7%).

INGRESOS ECONOMICOS FAMILIARES MENSUALES

Tabla 8. Estudiantes con algún nivel de ansiedad y depresión según ingresos económicos familiares mensuales.

Ingresos	Niveles de depresión	Niveles de ansiedad	Niveles de ansiedad y depresión	Sin niveles	Número y porcentaje de estudiantes	
Menos de \$1000	22.2%	50.0%	19.4%	47.2%	108	21.1%
de \$1000 a \$2000	27.0%	47.9%	21.8%	46.9%	211	41.2%
de \$2000 a \$3000	19.2%	40.4%	15.2%	55.6%	99	19.3%
Mayor de \$3000	32.4%	36.5%	18.9%	50.0%	74	14.5%
No respondió	15.0%	20.0%	10.0%	75.0%	19	3.9%
TOTAL	24.8%	44.3%	19.1%	50.0%	511	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

El grupo más afectado por niveles depresión (Tabla 9) es el de ingresos económicos mayores a \$3000 (32.4%), a comparación del grupo con ingresos económicos menores a \$1000 dólares, en los que los niveles de ansiedad predominan (50.0%). El grupo de individuos según ingresos económicos familiares mensuales que presenta mayor porcentaje de niveles concomitantes es el de \$1000 a \$2000 dólares (21.8%).

MIGRACION

Tabla 9. Estudiantes con algún nivel de ansiedad y/o depresión según procedencia.

Región	Niveles de depresión	Niveles de ansiedad	Niveles de ansiedad y depresión	Sin niveles	Número y porcentaje de estudiantes
Occidental	31.1%	57.8%	28.9%	40.0%	45 8.8%
Oriental	16.7%	45.8%	12.5%	50.0%	48 9.4%
Paracentral	9.5%	57.1%	9.5%	42.9%	21 4.1%
Central	30.2%	27.0%	15.9%	58.7%	63 12.3%
No Migraron	25.1%	44.5%	20.0%	50.5%	334 65.4%
TOTAL	24.8%	44.3%	19.1%	50.0%	511 100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

De los 511 estudiantes encuestados 177 refirieron ser originarios de el interior del país, y han migrado del interior del país para realizar sus estudios de medicina, el cual representa un 34.6% de la población. Es decir más de un tercio de estudiantes han migrado para realizar sus estudios de medicina. No se reportan estudiantes extranjeros.

El grupo que presentó mayores niveles de depresión son los migrantes de la zona de Occidente (31.1%). El grupo más afectado por niveles de ansiedad corresponde a los estudiantes de la zona Occidental (57.8%). Los que presentan mayor porcentaje de concomitancia de ansiedad y depresión son los individuos de la región Occidental (28.9%). El mayor porcentaje de individuos sin niveles de ansiedad o depresión se encuentra en la región Central (58.7%).

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

De los 511 encuestados solo 26 personas contestaron haber padecido algún antecedente de enfermedad o condición psiquiátrica representando el 5.08% de la población de estudiantes sometidos al estudio.

Los estudiantes mencionaron enfermedades relacionadas al espectro depresivo como, distimia, depresión menor, depresión mayor, depresión post trauma. En total el número de personas que refirió tener enfermedades del espectro depresivo fueron 10 personas de 26. Otro grupo de 6 personas mencionaron antecedentes de enfermedades del espectro ansioso como la ansiedad generalizada, crisis de ansiedad. El resto de personas respondieron otro tipo de enfermedades como insomnio, anorexia nerviosa, bulimia, déficit de atención.

Tabla 10. Estudiantes con algún nivel de ansiedad y/o depresión, que mencionaron tener antecedente psiquiátrico.

Antecedente	Niveles de depresión		Niveles de ansiedad		Niveles de ansiedad y depresión		Sin niveles		N°
Enfermedades depresivas	8	80.0%	7	70.0%	6	60.0%	1	10.0%	10
Enfermedades ansiosas	4	66.7%	5	83.3%	4	66.7%	1	16.7%	6
Otros antecedentes psiquiátricos	4	40.0%	3	30.0%	3	30.0%	6	60.0%	10
Total	16	61.5%	15	57.7%	13	50.0%	8	30.7%	26

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de los de estudiantes que manifestaron antecedentes psiquiátricos persisten con niveles de ansiedad (57.7%) y depresión (61.5%).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Tabla 11. Se muestra las características clínicas más frecuentes que manifestaron los estudiantes de medicina según los inventarios de Beck.

Característica clínica de depresión	Característica más frecuente	Característica clínica de ansiedad	Característica más Frecuente
Trastorno de sueño	60.7%	Incapacidad de Relajación	60.0%
Cansancio	49.0%	Nerviosismo	54.5%
Irritabilidad	44.9%	Sensación de Calor	51.2%
Autoacusación	41.8%	Miedo	44.0%
Capacidad laboral	40.2%	Molestias digestivas	44.0%
Asilamiento	32.2%	Taquicardia	33.8%
Hipocondría	30.5%	Sensación Inseguridad física	31.8%
Insatisfacción	29.1%	Sudoración (no debida al calor)	30.1%
Fracaso	26.4%	Hormigueo	28.5%
Apetito	24.8%	Mareos	26.0%
Culpa	22.3%	Temblores manos	26.0%
Imagen corporal	21.9%	Sobresaltos	25.6%
Indecisión	20.1%	Miedo a descontrol	25.2%
Pérdida de peso	20.1%	Temblores piernas	24.6%
Odio a si mismo	19.3%	Rubor facial	23.2%
Castigo	18.8%	Dificultad para respirar	17.8%
Pesimismo	18.6%	Palidez	17.2%
Llanto	17.0%	Estremecimiento	17.0%
Libido	15.8%	Terrores	15.6%
Impulsos suicidas	12.1%	Sensación de ahogo	15.6%
Tristeza	11.7%	Miedo a la muerte	15.4%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

Dentro de las características clínicas más frecuentes para depresión según inventario de Beck, se encontró en primer lugar (tabla 11), trastorno del sueño con (60.7%), siendo el menos frecuente la tristeza con un (11.7%).

Por otra parte las características clínicas para ansiedad, más frecuentes fueron en primer lugar incapacidad de relajación con un (59.96%), siendo el menos frecuente miedo a la muerte (15.43%).

NIVELES DE ANSIEDAD

Tabla 12. Niveles de ansiedad en estudiantes de medicina.

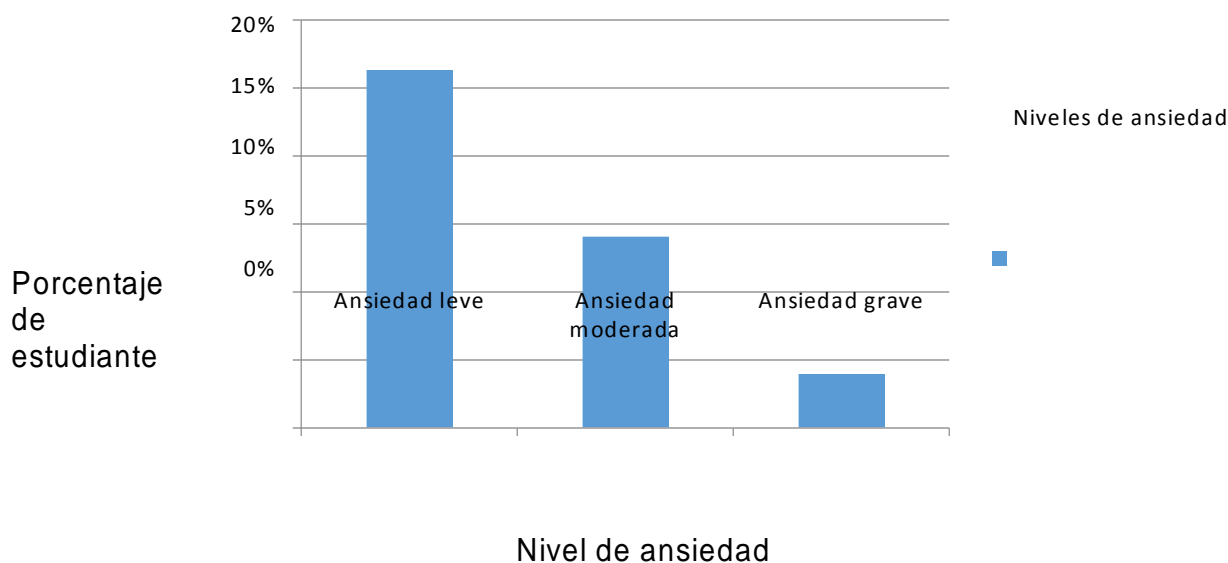
Niveles	Porcentaje
Sin niveles de ansiedad	55.66%
Ansiedad Leve	26.37%
Ansiedad Moderada	14.06%
Ansiedad Grave	3.91%
Total Ansiosos	44.34%
Necesitan asistencia profesional	17.97%
Total estudiantes	511

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

El porcentaje obtenido en la población de estudiantes de medicina entrevistados con algún nivel de ansiedad fue de **44.34%**.

Descubriendo que el tipo de condición más frecuente es la ansiedad leve (26.37%) la cual no alteran la funcionalidad del individuo. Sin embargo un 17.97% de la población total necesita algún tipo de asistencia de profesional de la salud, este es desglosable en ansiedad moderada (14.06%) y ansiedad grave (3.91%).

Gráfico 4. Niveles de ansiedad en estudiantes de medicina.



Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

NIVELES DE DEPRESION

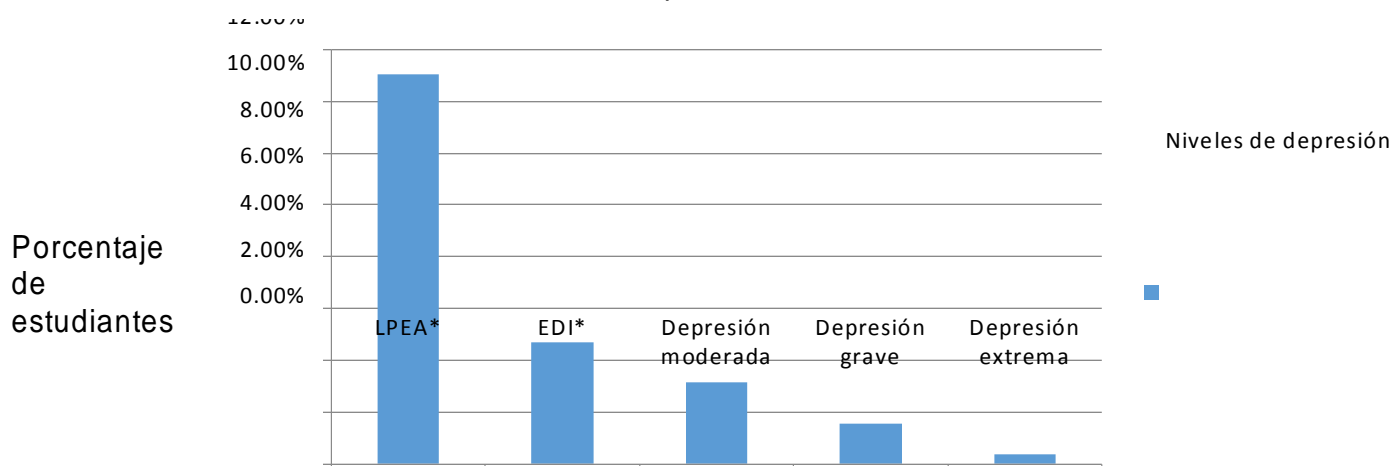
Tabla 13. Niveles de depresión en estudiantes de medicina.

Niveles	Porcentaje
Sin niveles de depresión	75.20%
Leves perturbaciones del estado de ánimo.	15.04%
Estados de depresión intermitente.	4.69%
Depresión moderada	3.13%
Depresión grave	1.56%
Depresión extrema	0.39%
Total deprimidos	24.80%
Necesitan asistencia profesional	5.08%
Total estudiantes	511

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014.

Se obtuvo un porcentaje de estudiantes de medicina con algún nivel depresión de **24.80%**. Se observa que el tipo de depresión más frecuente son las leves perturbaciones del estado de ánimo (15.04%) seguido de los estados depresivos intermitentes (4.69%), que representan niveles de depresión adaptativos. Un 5.08% de la población total necesita asistencia de profesional de la salud, este es desglosable en depresión moderada (3.13%), depresión grave (1.56%) y depresión extrema (0.39%).

Grafico 5. Niveles de depresión en estudiantes de medicina.



Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estudio de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de medicina. Año 2014. LPEA: Leves perturbaciones del estado de ánimo. EDI: Estados de depresión intermitente.

IX. DISCUSION

La carrera de medicina ha sido reconocida por mucho tiempo por incorporar elementos estresantes que afectan el bienestar de los estudiantes.^{44,45,46} La salud mental de los estudiantes de medicina ha sido un tema de discusión importante en los últimos años y ha sido tomada bajo muchas consideraciones, ya que esta es más susceptible de ser afectada por el estrés^{47,2,14,22}, que puede conducir a una serie de consecuencias tanto a nivel personal como profesional. Múltiples estudios han reportado un malestar significativo entre los estudiantes de medicina.^{48, 49, 50, 51.}

Un total de 511 estudiantes fueron incluidos en el estudio, la edad media entre los estudiantes fue de 21 años, es decir los estudiantes son adultos jóvenes que se encuentran en una etapa en el que son propensos a desarrollar estrés relacionado a las presiones propias de la vida universitaria.^{52,13, 20} Se ha demostrado en múltiples estudios que los estudiantes de medicina más jóvenes suelen ser más afectados por ansiedad y depresión, estos a su vez suelen encontrarse en los primeros años de la carrera de medicina, circunstancia que también es evidente en este estudio. Esto es atribuible al alto cargo académico al cual los estudiantes no habían estado expuestos, encontrándose en un periodo de adaptación.^{1,3} Los niveles de ansiedad y depresión suelen disminuir a medida el estudiante avanza en edad y en año académico, esto es explicable a que los estudiantes más avanzados, suelen adoptar técnicas y estrategias más eficientes para su desempeño académico.^{52,53 ,54}

Un hallazgo importante de este estudio es que los estudiantes de las tres facultades de medicina seleccionadas, manifiestan sentirse considerablemente más ansiosos que deprimidos, dato que coincide con estudios recientes.^{55,56} Participaron 288 (51.35%) estudiantes femeninas y 223 (48.65%) estudiantes masculinos; los estudiantes con síntomas de depresión fueron 127 (24.80%), por otro lado los estudiantes afectados con síntomas de ansiedad fueron 226 (44.34%) y estudiantes con síntomas concomitantes 98 (19.14%). Siendo la población femenina la que manifiesta más casos de ansiedad (48.44%) comparado con la población masculina (39.01%), de la misma manera con la depresión, con datos superiores en población femenina (25.61%) que en la población masculina (23.77%), confirmando la tendencia encontrada en estudios internacionales en la que el sexo femenino tiene una predisposición a desarrollar con mayor frecuencia

síntomas de ansiedad y depresión.¹ Según Haller, Puskar & Sereika (2003), altos índices de ansiedad pueden tener importantes consecuencias en el desarrollo de los estudiantes y pueden asociarse a un sustancial deterioro y riesgo de futuros desórdenes psicológicos.⁵⁷

Referente al desempeño académico, según los resultados obtenidos en este estudio se logra fundamentar que los estudiantes con desempeño académico pobre, Cum acumulado menor a 6.5, suelen ser más afectados por depresión (35.71%) y ansiedad (64.29%) que los estudiantes sobresalientes.^{58, 51} Se concluye entonces que, si bien ciertos niveles de ansiedad son necesarios para que los individuos alcancen las metas propuestas y eleven su motivación por ellas, índices elevados de esta podrían generar que los estudiantes pierdan el interés real tanto por la carrera como por sus pacientes, y la motivación inicial que los llevó a elegir dicha carrera y no otra, por lo que estudiar se volvería una actividad mecánica, perdiendo la satisfacción y el goce por esta.

Una fuente importante de ansiedad reconocida en este y otros estudios internacionales es la posición socioeconómica familiar, se evidencia que de los estudiantes con ingresos económicos familiares menor a \$1000 al mes, el 50% de estudiantes experimentaba algún grado de ansiedad, esto se debe a que la insuficiencia económica es uno de los principales factores estresantes que existen,^{14, 59} sumado a las obligaciones propias de la carrera de medicina.

En cuanto a la migración no se puede aseverar que exista una relación entre este y la presencia de ansiedad y depresión,¹⁴ pero es destacable que los estudiantes que migraron de zona occidental los niveles de ansiedad y depresión eran más predominantes.

Solo 26 estudiantes admitieron padecer un antecedente psiquiátrico, de los cuales es destacable mencionar que solo 8(30.77%) no presentaban algún nivel de ansiedad y/o depresión. Es decir que los estudiantes que declararon que padecían algún antecedente de enfermedad o condición psiquiátrica son más propensos a padecer algún nivel de ansiedad y depresión.

Las características clínicas más comunes para niveles de depresión, que manifiestan los estudiantes de medicina (trastorno de sueño, cansancio, irritabilidad) sugieren que los niveles de depresión obtenidos en este estudio, pueden estar relacionados a la alta demanda académica y jornadas laborales extenuantes y repetidas.⁶⁰ Asimismo las características clínicas más comunes para niveles de ansiedad (Incapacidad de relajación, nerviosismo y sensación de calor) sugieren que los niveles de ansiedad son en respuesta al estrés al que son envueltos los estudiantes de medicina.^{2,14,22}

Los niveles de depresión encontrados mediante el inventario de depresión de Beck corresponden a 15.04% de estudiantes con leves perturbaciones del estado de ánimo, 4.69% de estudiantes con estados de depresión intermitente, los cuales corresponden a estados depresivos adaptativos. 3.13% estudiantes con depresión moderada, 1.56% de estudiantes con depresión grave y 0.39% con depresión extrema. Datos que revelan que aproximadamente el 5.08% de los estudiantes de medicina de este estudio, presentaron un nivel de depresión en el que una evaluación mental por un profesional especializado en el área es mandatorio, para descartar algún trastorno depresivo.

De la misma manera, utilizando el inventario de Beck para ansiedad se encontraron 26.37% de estudiantes con ansiedad leve, 14.06% con ansiedad moderada y 3.91% estudiantes con ansiedad grave. De los cuales el 17.97% de los estudiantes de medicina presentaron un nivel de ansiedad en el que una evaluación mental también es necesaria, para descartar algún trastorno de características ansiosas. Estadísticas similares a otros estudios internacionales.

X. CONCLUSIONES

1. El porcentaje general, de una muestra de estudiantes de la carrera de medicina de universidades del área de San Salvador que padecen cualquier nivel de ansiedad y depresión concomitante, es de 19.14%. Un 44.34% de estudiantes presenta algún nivel de ansiedad y un 24.80% de estudiantes presenta algún nivel de depresión. Porcentaje similar a la presentada por estudiantes de medicina en estudios internacionales.
2. Los estudiantes más jóvenes y de primeros años de la carrera de medicina son más propensos a presentar algún nivel de ansiedad y/o depresión. Estos niveles disminuyen a medida aumenta la edad y el año académico. El grupo de estudiantes correspondiente al área preclínica, presenta mayor porcentaje de cualquier nivel de ansiedad y/o depresión que el grupo de área clínica.
3. Los niveles de depresión afectan de manera similar a los estudiantes de medicina hombres y mujeres, pero las mujeres son significativamente más afectadas por niveles de ansiedad. Los niveles de ansiedad y depresión de forma concomitante afecta de manera similar a los estudiantes de medicina masculinos y femeninos.
4. Se demuestra que los estudiantes con CUM bajo son más propensos a padecer algún nivel de ansiedad y/o depresión.
5. Los ingresos económicos familiares mensuales inferiores a \$1000 genera preocupación y estrés a los estudiantes de medicina, se manifestó que mientras más bajos los ingresos económicos familiares mensuales, mayor es la presencia de algún nivel ansiedad.
6. El nivel de ansiedad más frecuentemente padecido por los estudiantes de medicina fue ansiedad leve que afecta a más del 25% de la población estudiada, para depresión fueron las leves perturbaciones de estado de ánimo afectando un 15% de la población de estudio. Un 17.9% de estudiantes con niveles de ansiedad y un 5.08% de los estudiantes con niveles de depresión necesita asistencia profesional especializada en salud mental.

XI. RECOMENDACIONES.

1. Realizar evaluaciones periódicas del estado de salud mental en los estudiantes de medicina durante su formación académica, impartiendo programas para el control de estrés que enseñen a los estudiantes los efectos del estrés en el funcionamiento psicológico y fisiológico, mediante la planificación, priorización e identificación de fuentes de estrés y que hacer frente a estas.
2. La mayoría de estudiantes que presentó ansiedad de forma significativa, estaba relacionado con factores económicos. Por ello se recomienda un estudio socioeconómico integral periódico en las universidades, que se utilice para crear incentivos a los estudiantes con buenas calificaciones para que puedan permanecer en la carrera.
3. Se recomienda una intervención oportuna académica y psicológica en los estudiantes con bajo rendimiento académico, pues estos son más propensos a padecer cualquier nivel de depresión. Se exhorta a diseñar un protocolo en el que los estudiantes que demuestren pobre rendimiento académico sean sujetos a mediación psicológica sin ser discriminados. Se recomienda la creación de programas para identificar y asistir estudiantes que se encuentran con algún nivel de ansiedad y depresión.
4. Reconociendo que el trastorno del sueño es la característica clínica para depresión más frecuentemente señalada por los estudiantes, se recomienda a las instituciones valorar la posibilidad de crear programas académicos flexibles. Se recomienda la enseñanza de habilidades para el manejo de estrés, como mecanismos de afrontamiento adaptativos como la aceptación, planeación, la reinterpretación positiva y autodistracción.
5. El estudiante de medicina frecuentemente enfrenta situaciones relacionadas a la muerte durante su formación médica, por lo que se recomienda reforzar información sobre cuidados paliativos y situaciones relacionadas a la muerte, para evitar culpabilidad, estrés, ansiedad y depresión.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 667-72.
2. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005; 39: 594-604.
3. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 2001; 35: 12-7.
4. Azhar MZ. Psychological stress and treatment - research issues. *Med J Malaysia* 2004; 9: 143-5.
5. Firth-Cozens J. Medical student stress. *Med Educ* 2001; 35: 6-7
6. Shaikh BT, Kahloon A, Kazim M, Khalid H, Nawaz K, Khan N, et al. Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani medical school. *Educ Health (Abingdon)* 2004; 17: 346-53.
7. OMS | La depresión. Nota descriptiva N°369. Octubre 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
8. Baxter AJ1, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. *Psychol Med*. 2013 May; 43(5):897-910. doi: Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. 10.1017/S003329171200147X. Epub 2012 Jul 10.
9. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. Mar-Apr 1999;21(2):106-11. [Medline].
10. Ovsanna T, Leyfer *, Joshua L. Ruberg, Janet Woodruff-Borden Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. Department of Psychological and Brain Sciences, University of Louisville, Louisville, KY 40292, USA 24 May 2005.
11. Ministerio de Salud de El Salvador. Política nacional de Salud mental. Junio 2010.
12. Ministerio de Salud de El Salvador. Boletín informativo "Ministerio de Salud conmemora el Día Mundial de la Salud Mental" 10 de octubre 2013, disponible en: <http://www.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanosas/257-octubre-2013/2134>.

13. Araceli Dávila Figueras, Rocío Ruiz Celis, Laura Moncada Arroyo, Iris Gallardo Rayo. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad. *Revista de Psicología*, vol. 20, núm. 2, 2011, pp. 147-172, de Universidad de Chile.
14. Jadoon NA1, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *J Pak Med Assoc*. 2010 Aug;60(8):699-702.
15. Dyrbye LN, Thomas MR, Eacker A, Harper W, Massie FS Jr, Power DV, et al. Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2103-9.
16. Mehanna Z, Richa S. [Prevalence of anxiety and depressive disorders in medical students. Transversal study in medical students in the Saint-Joseph University of Beirut]. *Encephale* 2006; 32: 976-82.
17. Saki M, Martinac M, Skobić H, Jakovljević M. [Depression among students of the Medical Faculty and doctors in Mostar]. *Med Arh* 2005; 59: 19-22.
18. Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27: 194-200.
19. Assadi SM, Nakhaei MR, Najafi F, Fazel S. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. A cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 57-60.
20. Vaz RF, Mbajjorgu EF, Acuda SW. A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 1998; 44: 214-9.
21. Degenhardt, B., Johnson, J., Klose, C. & Peterson, D. (2007). Depression, anxiety and perceived hassles among entering medical students. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 31-39.
22. Dossi, A., Ispert, O., Presta, A., Saliba, C. & Saliba O. (2006). El estrés en la práctica odontológica. *Revista ADM*, 13(5), 185-188.
23. Helmers KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. *Acad Med* 1997; 72: 708-14.
24. Kjeldstadli K, Tyssen R, Finset A, Hem E, Gude T, Gronvold NT, et al. Life satisfaction and resilience in medical school--a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Med Educ* 2006; 6: 48.

25. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ* 2001; 35: 110-20.
26. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003;289:3161-6. [PMID: 12813122]
27. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2295-302. [PMID: 15569903]
28. Schernhammer E. Taking their own lives—the high rate of physician suicide. *N Engl J Med*. 2005;352:2473-6. [PMID: 15958803]
29. Hays LR, Cheever T, Patel P. Medical student suicide, 1989-1994. *Am J Psychiatry*. 1996;153:553-5. [PMID: 8599405]
30. Pepitone-Arreola-Rockwell F, Rockwell D, Core N. Fifty-two medical student suicides. *Am J Psychiatry*. 1981;138:198-201. [PMID: 7457640]
31. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA*. 1988;260:2521-8. [PMID: 3172426]
32. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med*. 2002;77:918-21. [PMID: 12228091]
33. Tjia J, Givens JL, Shea JA. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *J Am Coll Health*. 2005;53:219-24. [PMID: 15813232]
34. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2005;39:594-604. [PMID: 15910436]
35. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord*. 2001;64:69-79. [PMID: 11292521]
36. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:617-26. [PMID: 10401507]
37. José Ricardo Gutiérrez Quintanilla¹ y Cecilia Beatriz Portillo García². La ansiedad y depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. Universidad Tecnológica de El Salvador. El Salvador. Vol. 16 No. 2. 2013
38. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition as DSM5 2013 update to the American Psychiatric Association's.

39. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. Leicester (UK): British Psychological Society; 2011. (NICE Clinical Guidelines, No. 113.)
40. Franklin R. Schneier, M.D. Social Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine* 2006; 355:1029-1036.
41. Wayne J. Katon, M.D. Panic Disorder. *New England Journal of Medicine* 2006; 354:2360-2367
42. Ministerio de Salud de El salvador. Guías Clínicas de Psiquiatría. San Salvador, El Salvador, Febrero 2012.
43. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 90.)
44. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ* 2007; 7: 6.
45. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* 1998; 91: 237-43.
46. Dyrbye LN1, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006 Apr;81(4):354-73.
47. Eller T1, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depress Anxiety.* 2006;23(4):250-6.
48. Inam SB1. Anxiety and Depression among Students of a Medical College in Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim).* 2007 Jul;1(2):295-300.
49. Ahmed I1, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care.* 2009 Sep;24(3):e1-7. doi: 10.1016/j.jcrc.2009.06.003.
50. Velayudhan A1, Gayatrivedi S, Bhattacharjee RR. Efficacy of behavioral intervention in reducing anxiety and depression among medical students. *Ind Psychiatry J.* 2010 Jan;19(1):41-6. doi: 10.4103/0972-6748.77636.

51. M.S. Khan, S.F. Mahmoud, A. Badshah, S.U. Ali, Y. Jamal
Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan *J Pak Med Assoc*, 56 (2006), pp. 583–586
52. R.E. Mitchell, J.R. Mathews, T.G. Grandy The question of stress among first year medical students *J Med Educ*, 58 (1983), pp. 367–372
53. G. Saslow Psychiatric problems of medical students *J Med Educ*, 31 (1956), pp. 27–33.
54. D.C. Clark, P.B. Zeellow Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school *JAMA*, 260 (1988), pp. 2521–2528.
55. S.N. Inam, A. Saqib, E. Alan Prevalence of anxiety and depression among medical students of a private university *J Pak Med Assoc*, 53 (2003), pp. 44–47
56. Shamsuddin K1, Fadzil F, Ismail WS, Shah SA, Omar K, Muhammad NA, Jaffar A, Ismail A, Mahadevan R. Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian J Psychiatr*. 2013 Aug;6(4):318-23. doi: 10.1016/j.ajp.2013.01.014. Epub 2013 Mar 1.
57. Haller, L., Puskar, K. & Sereika, S. (2003). Anxiety, somatic complaints, and depressive symptoms in rural adolescents. *Universidad Militar Nueva Granada. Rev. Fac. Med. Univ. Nac . Journal of Child and Adolescent Pschyatric Nursing*, 16, 102-111.
58. Yeh YC1, Yen CF, Lai CS, Huang CH, Liu KM, Huang IT. Correlations between academic achievement and anxiety and depression in medical students experiencing integrated curriculum reform. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007 Aug;23(8):379-86.
59. Melchior M1, Chastang JF, Walburg V, Arseneault L, Galéra C, Fombonne E. Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. 2010 Dec;27(12):1095-103. doi: 10.1002/da.20761
60. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* 1998; 91: 237-43.
61. Motaz B. Ibrahim, Moataz H. Abdelreheem Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University. Faculty of Medicine, Alexandria University, 293 Port Said Street, Sidi Gaber, Alexandria 21311, Egypt

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA PARA EVALUACION DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE SAN SALVADOR.

Conteste con bolígrafo azul o negro. Algunas preguntas no es necesario contestarlas dependiendo de la condición que proponga la pregunta, la cual se encontrará en paréntesis. Las escalas si son obligatorias que las contestes. Gracias de antemano por tu tiempo y tu participación.

1. Sexo
 - a. Masculino
 - b. Femenino.
2. Edad: ____
3. Estado Civil:
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Acompañado
 - d. Divorciado
 - e. Viudo
 - a. Con Hijos
 - b. Sin Hijos¿Cuantos?____
4. ¿Qué año de Medicina Cursa Actualmente?
 - a. PRIMERO
 - b. SEGUNDO
 - c. TERCERO
 - d. CUARTO
 - e. QUINTO
 - f. SEXTO
 - g. INTERNADO
 - h. AÑO SOCIAL
5. Si está en Internado o Año social, ¿recibe remuneración económica? **(Si no estás en Internado o Año Social no respondas la pregunta)**
 - a. Si recibo
 - b. No recibo
6. ¿Cuál fue tu último Cum Acumulado?
 - a. CUM ACUMULADO < 6.4
 - b. CUM ACUMULAD DE 6.5 A 7
 - c. CUM ACUMULADO DE 7.1 A 7.5
 - d. CUM ACUMULADO DE 7.6 a 8
 - e. CUM ACUMULADO > 8
7. Ingresos Económicos Familiares
 - a. <DE \$1000
 - b. DE 1000 a 2000
 - c. DE \$2000 A \$3000
 - d. >DE \$3000
8. ¿Has Migrado para estudiar Medicina en San Salvador? **(Solo contesta si has migrado, si eres de Santa Tecla no contestes.)**
 - a. OCCIDENTAL (Santa Ana, Sonsonate, Ahuachapán).
 - b. ORIENTAL (San Miguel, La Unión, Morazán).
 - c. PARACENTRAL (Cabañas, La Paz, Cuscatlán, San Vicente).
 - d. CENTRAL (La Libertad y Chalatenango, no se tomará en cuenta Santa Tecla).
9. ¿Padece usted o padeció alguna vez alguna Enfermedad psiquiátrica?
 - a. Si padece o padeció Especifique:_____
 - b. No padece ni padeció
10. Completa los siguientes Inventarios, no importa que no padezcas alguna enfermedad Psiquiátrica. **(Obligatorio)**. A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase rellena el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. O No estoy triste
O Siento desgana de vivir. Estoy triste
O Siento siempre desgana de vivir, Siempre estoy triste y no lo puedo remediar
O Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
O Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

2. O No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
O Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro
O Creo que no debo esperar ya nada
O Creo que jamás me librare de mis penas y preocupaciones
O Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación.

3. No tengo la sensación de haber fracasado
 Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas
 Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena
 Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos
 Creo que he fracasado por completo
4. No estoy particularmente descontento
 Casi siempre me siento aburrido
 No hay nada que me alegre como me alegraba antes
 No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
 Estoy descontento de todo
5. No me siento particularmente culpable
 Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada
 Me siento culpable
 Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
 Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.
6. No tengo la impresión de merecer un castigo
 Creo que me podría pasar algo malo
 Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado
 Creo que merezco ser castigado
 Quiero ser castigado
7. No estoy descontento de mí mismo
 Estoy descontento de mí mismo
 No me gusta a mí mismo
 No me soporto a mí mismo
 Me odio
8. No tengo la impresión de ser peor que los demás
 Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
 Me hago reproches por todo lo que no sale bien
 Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes
 Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
9. No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
 A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré
 Pienso que sería preferible que me muriese
 He planeado como podría suicidarme
 Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese o si pudiese, me suicidaría
10. No lloro más de lo corriente
 Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente
 Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
 Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.
11. No me siento más irritado que de costumbre
 Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
 Estoy constantemente irritado
 Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban
12. No he perdido el interés por los demás
 Me intereso por los demás menos que antes
 He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
 Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.
13. Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
 Ahora me siento menos seguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones
 Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo
 Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.
14. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
 Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado
 Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
 Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo
15. Trabajo con la misma facilidad de siempre
 Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
 Ya no trabajo bien como antes
 Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
 Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.
16. Duermo tan bien como de costumbre
 Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre
 Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir
 Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste
17. No me canso antes que de costumbre
 Me canso más pronto que antes
 Cualquier cosa que haga me cansa
 Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste
18. Mi apetito no es peor que de costumbre
 No tengo tanto apetito como antes
 Tengo mucho menos apetito que antes
 No tengo en absoluto ningún apetito.
19. No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo
 He perdido más de dos kilos de peso
 He perdido más de cuatro kilos de peso
 He perdido más de siete kilos de peso
20. Mi salud no me preocupa más que de costumbre
 Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares
 Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
 No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

21. O No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales
 O Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo
 O Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
 O He perdido todo mi interés por las cosas del sexo

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem)	Nada	Levemente	Moderado	Severamente
	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de Calor				
3. Temblor en las piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareos				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad o inseguridad física				
9. Terrores				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Temblores generalizados o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Sobresaltos				
18. Molestias digestivas o abdominales				
19. Palidez				
20. Rubor facial				
21. Sudoración (no debida al calor)				

ANEXO 2

Criterios diagnósticos Trastorno de ansiedad generalizado:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva), que se prolongan por 6 meses, sobre una serie de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar).
 - B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.
 - C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (con al menos algunos de los síntomas de haber estado presente durante más días que no durante los últimos 6 meses)
 - D. La ansiedad, preocupación y los síntomas físicos provocan malestar o deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación) o de otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
-

Nota: Sólo un elemento es requerido en los niños.

1. Inquietud, sentirse agitado o nervioso.
2. Fatigarse con facilidad.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño , cansado , sueño no satisfactorio) .

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo , la ansiedad o preocuparse de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico , la evaluación negativa de la ansiedad social (fobia social) , la contaminación u otras

obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo el desorden, la separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recordatorios de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, ganando peso en la anorexia nerviosa, molestias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de la apariencia alterada en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad, o el contenido de las creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Criterios Diagnósticos trastorno depresivo mayor.

A. Cinco (o más) de lo siguiente síntomas que se ha presentado por un periodo de 2-semanas y representan un cambio de su funcionamiento previo: con al menos uno de los síntomas, ya sea (1) humor depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir síntomas atribuibles a otras condiciones médicas.

1. Estado depresivo la mayor parte del día, casi cada día, indicado subjetivamente por el paciente. (Ejemplo: me siento triste, vacío, sin esperanza) o una observación hecha por otros (Ejemplo: se ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede ser humor irritable.)

2. Marcada disminución del interés o el placer de todas, o de casi todas, actividades del día, casi cada día (es indicado por alguna forma subjetiva u observada).

3. Pérdida de peso significativa cuando no se está haciendo dieta o ganancia de peso (Ejemplo: un cambio de más de 5% de ganancia de peso en un mes), o disminución o aumento del apetito casi cada día.

(Nota: En niños, considerar la falla en la ganancia de peso esperada.)

4. Insomnio o hipersomnia cada día.

5. Agitación psicomotora o retardo casi cada día (observable por otros, no meras sensaciones subjetivas de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpa por estar enfermo).

8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra condición médica.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios tipo maníaco o hipomaniaco similares son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra condición médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, el duelo, la ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, la reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso como se señalan en el Criterio A, que pueden parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se considere apropiada para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la

respuesta normal a una pérdida significativa también debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.