UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL LEÓN

INCORPORACIÓN CLAVE 8989-12 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

LICENCIATURA DE ENFERMERÍA Y

OBSTETRICIA

"PREVALENCÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PASANTES DEL SERVICIO SOCIAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE LEÓN".

TESÍS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA Y

OBSTETRICIA.

PRESENTAN:

JAZMIN NOEMI SAUCEDO HERNÁNDEZ.

VICTOR EDUARDO RUIZ MENDOZA.

ASESOR:

M.C. Y T.E. SUSANA RODRIGUEZ LUGO.

LEÓN GTO. ENERO 2023

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

En esta gran etapa de mi vida les doy el más sincero agradecimiento a mis padres, familia que me han dado su apoyo absoluto para dar por concluida mis objetivos académicos y personales, porque con su paciencia, cariño, amor y ayuda incondicional me dieron el impulso para llevarlo al término.

También le agradezco a todos mis docentes que me guiaron en este camino universitario con sus mejores consejos, formas de enseñanzas, conocimientos y experiencias, sin su aportación hoy no diera por concluida esta gran etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Lleno de dicha, amor, esperanza dedico este proyecto a mis seres queridos a mis padres, a mi esposa e hijos quienes han sido mis pilares para seguir adelante en este camino. Es para mí una especial satisfacción dedicárselos, que con mucho esmero y dedicación lo he ganado.

Agradezco profundamente a mi tutor por su entrega, paciencia, sin sus palabras, correcciones precisas no hubiese podido llegar a este lugar tan anhelado, los llevare para siempre en mi mente y futuro profesional.

Fueron numerosos los docentes que han sido parte de mi camino, a todos ellos les quiero agradecer por brindarme los conocimientos para poder estar aquí donde estoy. Sin ustedes los conceptos serian solo palabras.

A todos mis compañeros, principalmente a mis amigos cómplices, hermanos, gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados y más que nada las historias vividas.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN…….pág. 1

2.- ANTECEDENTES……...pág. 2

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……..pág. 6

4.- JUSTIFICACIÓN…….pág. 7

5.- OBJETIVOS……... …….pág. 8

6.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN…….…pág. 9

6.1.- Diseño y tipo de estudio.

6.2.- Población de estudio.

6.3.- Universo de trabajo

6.4.- Criterios de inclusión.

6.5.- Criterios de exclusión.

6.6.- Criterios de eliminación

6.7.- Tipo de muestreo.

7.- VARIABLES…….pág. 10

8.- ASPECTOS ÉTICOS…….pág. 14

9.- RECURSOS…….……pág. 15

9.1.- Recursos humanos.

9.2.- Recursos materiales.

9.3.- Recursos financieros.

9.- RESULTADOS……..pág. 16

10.- DISCUSIÓN……pág. 19

11.- CONCLUSIÓN…….……pág. 20

12.- BIBLIOGRAFÍA……..…….pág. 21

13.-ANEXOS……pág. 23

1.- INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Diferenciándose el miedo frecuentemente a la defensa o la fuga y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.(1)

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.(2)

El personal de salud no se exime de estos trastornos, ya que es un trabajo con diversas situaciones e implica ansiedad y depresión. En Latinoamérica se ha realizado múltiples estudios en donde se observa que un 30.2% y un 43.3% de los profesionales presentan síntomas de ansiedad y entre un 13% y un 44. 4%, depresión.(3)

Los factores asociados a ansiedad y depresión en el personal de salud son jornadas laborales largas, motivos familiares, económicos, responsabilidades laborales, falta de descanso, mala alimentación, entre otros. (4)

La finalidad de este estudio es averiguar las afecciones que causan los siguientes trastornos en el personal de salud, específicamente en los pasantes del servicio social de enfermería, logrando identificar oportunamente estos trastornos y llevar a cabo un desarrollo de estrategias para obtener una respuesta favorable de su vida diaria sin que se vea alterada su salud mental.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en los pasantes del servicio social profesional de Enfermería del Hospital Regional ISSSTE León?

3.- MARCO TEÓRICO

Más de 300 millones de personas en el mundo sufren de depresión y más de 260 millones tienen trastorno de ansiedad. En el 2015 la relación de la población mundial con depresión fue de 4,4%, siendo más frecuente en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%). Teniendo como variables la región y la edad, adquiriendo su punto máximo en la adultez. En la ansiedad fue de 3,6%, de igual manera siendo más común en las mujeres con un 4,6% que en hombres con un 2,6% a nivel mundial, se encontró que en América el 7,7% de la población femenina presenta trastornos de ansiedad. (5)

En México la ansiedad es uno de los desórdenes más comunes en la población, con aproximadamente un 14-15% de las personas manifiestan algún trastorno de ansiedad.(6)

En cuanto a la depresión se estima que el 9.2 % de la población la ha padecido, se contempla que las personas antes de los 75 años han manifestado depresión y que los jóvenes presentan tasas mayores.(7)

Desarrollando algún trastorno metal en alguna etapa de su vida, siendo las más comunes depresión y ansiedad, teniendo como resultado otras patologías psiquiátricas, convirtiéndose el segundo contribuyente más caro a nuestro sistema de salud.(8)

Demostrando un aumento de la prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una relación mayor para las mujeres que para los hombres.(9)

Si se expresa ambos trastornos en la persona se observara que la severidad de los síntomas aumenta ya que los cuadros depresivos presentes se volverán de leve a moderada y los trastornos de ansiedad de larga evolución acompañándose con síntomas ansiosos inespecíficos, agorafobia y cuadros de desmoralización con ánimo bajo. Se calcula que entre el 70 – 95% de los enfermos deprimidos padecen también ansiedad y entre el 20 y el 65% de los pacientes ansiosos se deprimen en algún momento de su evolución. (10)

En Latinoamérica se ha realizado múltiples estudios en donde se observa que un 30.2% y un 43.3% de los profesionales presentan síntomas de ansiedad y entre un 13 y un 44. 4%, depresión.(3)

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Diferenciándose el miedo frecuentemente a la defensa o la fuga y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. (11)

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.(2)

En los criterios diagnósticos de ansiedad se mencionan los siguientes malestar excesivo y recurrente, preocupación excesiva, resistencia o rechazo persistente a salir, miedo excesivo, resistencia a estar solo, resistencia a dormir fuera de casa o sin estar cerca de una figura de gran apego, pesadillas repetidas, quejas repetidas de síntomas físicos.(11)

En los criterios diagnósticos de la depresión existen el mayor que es el estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, disminución del interés y el placer de realizar las cosas, aumento o pérdida de peso, insomnio casi todos los días, agitación o retraso psicomotor, fatiga o perdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse y pensamiento de muerte recurrente, y en la depresión persistente es el poco apetito, insomnio, poca energía, baja autoestima, falta de concentración y sentimientos de desesperanza.(11)

Los trastornos ansiedad y depresión tiene mucha similitud a pesar de que cada uno de estos están claramente definidos de acuerdo a los manuales, sin embargo estas alteraciones han experimentado síntomas de depresión en proporción con los síntomas de ansiedad dando por evidente que hay una alta concurrencia entre ambos desordenes.

Teniendo como semejanza la sensación de culpabilidad, bajo estado de ánimo, dolor emocional, insomnio, miedos, bajo autoestima, otorgando la incapacidad de confrontar situaciones diarias de la vida ya que tienen una idea errónea de sí mismos y a su vez afecta en la calidad laboral del personal de salud, disminuyendo su rendimiento y objetividad de su ejercicio profesional. (4)

En cuanto al tratamiento de la ansiedad según el DSMV este consiste en psicoterapia y tratamiento farmacológico; la psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo, con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento, promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva. El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas, todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación como los antidepresivos y ansiolíticos.(11)

En la terapia de depresión es interpersonal se centra en las dificultades de las relaciones interpersonales a fin de mejorar la comunicación, de incrementar los intereses sociales y mejorar la autoestima, abarcando la terapia cognitiva que consiste en modificar los pensamientos, creencias y actitudes negativas que acompañan a la depresión. (11)

El tratamiento farmacológico se divide en dos grupos antidepresivos y eutimizantes. Los antidepresivos regulan la base neurobiológica de la depresión, equilibrando la neurotransmisión afectada como los tricíclicos, inhibidores selectivos de la transmisión de serotonina, melantolinergicos. La eutimia es el estado de ánimo correcto estos fármacos estabilizan el humor y previenen las recaídas en el tratamiento bipolar como el litio, carbamacepina, oxcarbamacepina, etc. (11)

En el artículo publicado en la revista CONAMED, en el suplemento de Enfermería 2009 y colaboradores, la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo de paciente crónico hospitalizado, se encontró que la depresión prevaleció en un 20.3% del personal; de los cuales 16.1% correspondió a depresión leve, 4.2% a depresión

moderada. La ansiedad se presentó en el 40.7%, de este el 30.5% tiene ansiedad menor y el 10.2% ansiedad mayor.(12)

El siguiente artículo ejecutado por una revista de enfermería y asistentes, la prevalencia de la sintomatología de ansiedad, depresión en los estudiantes de enfermería de la universidad autónoma de Galicia nos informa que un 60% de ansiedad se presenta en el alumnado y 62% de depresión siendo este el más relevante de la investigación.(13)

En general, se admite que los trastornos de **ansiedad** no son enfermedades discretas, sino síndromes clínicos que pueden superponerse unos sobre otros, o incluso pueden presentarse junto con otros cuadros psiquiátricos o enfermedades médicas.

En lo que respecta a la clasificación, los trastornos de ansiedad se estructuran en función de la sintomatología predominante: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y fobias simples, trastorno de ansiedad generalizada, obsesiones y compulsiones, y finalmente, trastorno por estrés postraumático.

Seguidamente, se aborda con mayor profundidad la agorafobia y el trastorno de pánico.

Definición: agorafobia y trastorno de pánico

La agorafobia se define como el miedo patológico, el cual se caracteriza por su desproporción, irracionalidad e involuntariedad, miedo que aparece ante un conjunto de situaciones diferentes en las que la persona se siente indefensa ante la posibilidad de presentar crisis de pánico o alguno de sus síntomas específicos, especialmente mareos o diarrea, situaciones estas en las que el afectado no puede huir o recibir ayuda de forma inmediata.

Un ataque de pánico o crisis de angustia es un episodio súbito, diurno o nocturno, de miedo e intenso malestar en ausencia de peligro real, que se acompaña de descarga neurovegetativa, con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar.

El trastorno de pánico tiene como característica fundamental la presencia de crisis de pánico recurrentes, inesperadas y espontáneas, sin que exista un factor externo o un objeto temido que las desencadene; el denominado miedo al miedo, equivalente al miedo persistente al padecimiento de una nueva crisis de pánico, miedo este que también se denomina ansiedad anticipatoria, es uno de los rasgos más significativos de este trastorno.

Etiopatogenia

Si bien la etiopatogenia de la agorafobiatrastorno de pánico no está totalmente establecida, actualmente se admite que en su origen existen condicionantes genéticos y neurobiológicos.

Según las academias americanas de psiquiatría, la agorafobia se desarrolla en 3 pasos: inicialmente, aparecen crisis de pánico espontáneas, seguidas de una progresiva ansiedad anticipatoria con las consiguientes conductas de evitación, las cuales desembocan en la clínica agorafóbica; esta se considera la fase última y más grave del trastorno de pánico. Considerando la hipótesis neurobiológica, hay que destacar 2 hechos fundamentales:

Por un lado, todas las conductas son aprendidas, asociándose en algún momento de la vida a estímulos favorables o desfavorables, lo que supone la adopción de una connotación que se va a mantener posteriormente. Según este planteamiento, la angustia sería el resultado de un proceso de condicionamiento, que supondría que los individuos que la sufren hubiesen aprendido erróneamente a asociar estímulos neutros con acontecimientos vividos de forma traumática y, consecuentemente, con carácter amenazante.

Por otra parte, diferentes estudios han investigado el papel de la médula suprarrenal, la adrenalina, el ejercicio físico y la elevación del lactato iónico en las crisis de angustia que tienen lugar en personas ansiosas. Los citados estudios han conducido a proponer un modelo neuroanatómico para explicar los trastornos de ansiedad, según el cual el tronco cerebral, y específicamente, el locus coeruleus, sería el centro generador de la crisis de

ansiedad, convirtiéndose el sistema límbico en la zona donde se ubicaría la ansiedad anticipatoria, mientras que el córtex prefrontal sería el lugar neuroanatómico en el que se originarían las conductas de evitación.

En lo que respecta a los factores precipitantes, destacan la ansiedad de separación infantil y el prolapso de la válvula mitral, íntimamente ligados ambos al trastorno de pánico:

• La separación infantil genera una ansiedad relacionada con el alejamiento del hogar o de aquellas personas con las cuales el niño está vinculado emocionalmente, habiéndose comprobado que estos niños presentan una elevada prevalencia de trastorno de pánico en la edad adulta.

• El prolapso de la válvula mitral y el trastorno de pánico, aparentemente, son manifestaciones de un mismo trastorno subyacente, el cual estaría relacionado con la hiperlaxitud articular propia de los trastornos de pánico, hiperlaxitud que constituiría una alteración fundamental del colágeno que también podría estar en el origen del prolapso de la válvula mitral.

Sintomatología

La agorafobia suele iniciarse cuando aparecen crisis de pánico espontáneas, las cuales, en su mayoría, tienen lugar cuando se realizan actividades o se está en un lugar emocionalmente neutro. Las situaciones más implicadas en el cuadro agorafóbico incluyen: utilización de transportes públicos, fundamentalmente metro y autobús; aglomeraciones tales como supermercados o grandes almacenes; lugares cerrados tipo teatros, ascensores, restaurantes; hacer colas, y en general, desplazarse lejos de casa o de otros lugares donde el enfermo se siente protegido. En los casos de mayor gravedad, el paciente adopta conductas de evitación, que pueden suponer la total reclusión en su domicilio.

Inicialmente, las crisis de pánico suelen tener un carácter espontáneo, aunque no es infrecuente que tales crisis se den con mayor facilidad en las situaciones propias de agorafobia que acaban de ser mencionadas.

La característica fundamental de las crisis de pánico es su aparición brusca, inesperada y recurrente. Durante esa crisis, el afectado experimenta un episodio de angustia o pánico intolerable que se manifiesta como un sentimiento de terror y aprensión, con miedo a la muerte, a enloquecer o enfermar grave-mente, acompañado dicho sentimiento de un cortejo somático que incluye disnea, palpitaciones y vahídos. La duración de este episodio oscila entre 20 y 30 minutos, alcanzando un máximo en menos de 10 minutos; ocasionalmente este episodio puede durar horas.

El síntoma básico del trastorno de pánico es la crisis de angustia o crisis de pánico, caracterizada por sentimientos de aprensión, miedo o terror, unido a síntomas físicos que incluyen síntomas tan dispares como alteraciones cardiovasculares y respiratorias, molestias abdominales, a los que se unen sudoración, temblor, sensación de mareo, hormigueos y escalofríos.

Comorbilidades

Como ya se ha mencionado, el trastorno de pánico se caracteriza por la aparición de numerosos síntomas físicos, por lo que es casi obligado descartar otras patologías como posibles causantes de este cortejo sintomático. Al mismo tiempo, también tiene gran importancia conocer otras enfermedades mentales capaces de coexistir con este trastorno.

Se analizan, seguidamente, las diferentes comorbilidades:

Patologías neurológicas

La presencia de mareos y cefalea es bastante habitual cuando se produce una crisis de pánico; es por ello, que muchos de los afectados acuden a la consulta de estos especialistas buscando una explicación y un tratamiento para estos síntomas.

En lo referente a la cefalea, esta es un síntoma muy común en pacientes afectados por algún desorden psiquiátrico, con independencia de que este pertenezca a la esfera ansiosa, o bien a la esfera afectiva. Por otra parte, también se ha comprobado la asociación existente entre cefalea de tipo migrañoso y crisis de pánico, habiéndose puesto de manifiesto una mayor frecuencia y severidad de la migraña cuando coexiste con el trastorno de pánico.

Patologías cardíacas

Al considerar la relación entre síntomas cardíacos y crisis de pánico, se observa la siguiente paradoja: por un lado, tales síntomas (taquicardia, dolor torácico o palpitaciones) aparecen cuando hay una crisis de pánico en buena parte de los afectados; pero también se da la circunstancia de que el trastorno de pánico es una afectación frecuente en aquellos enfermos que sufren una determinada patología coronaria.

Enfermedades gastrointestinales

En relación con las patologías gastrointestinales, su asociación con los cuadros ansiosos es conocida desde tiempos inmemoriales. En este sentido, la presencia de síntomas gastrointestinales (náuseas y vómitos) incrementa las posibilidades de padecer un trastorno de pánico; al mismo tiempo, los pacientes que sufren patología ansiosa tienen mayor riesgo de padecer colon irritable.

Diagnóstico

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV,* el trastorno de pánico se diagnostica cuando se cumplen las premisas que se describen seguidamente:

• Crisis de pánico recurrentes e inesperadas caracterizadas por un período discreto de miedo intenso o malestar, en el cual 4 o más de los siguientes síntomas se desarrollan rápidamente y alcanzan un máximo en un tiempo de alrededor de 10 minutos:

- Síntomas autonómicos: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas de los hombros, sequedad de boca.

- Síntomas en el pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.

- Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, despersonalización o des realización, miedo a perder el control, volverse loco o muerte inminente, miedo a la muerte.

- Síntomas de tensión: tensión muscular o dolores y parestesias, inquietud y dificultad para relajarse, sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental, sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

- Síntomas generales: sofocos o escalofríos, sensación de entumecimiento u hormigueo.

- Otros síntomas no específicos: respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos, dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco debido a la preocupación o ansiedad, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño.

Al menos una de las crisis ha sido seguida durante al menos un mes de uno o más de los siguientes síntomas:

- Miedo persistente a tener una nueva crisis.

- Preocupación acerca de las implicaciones de las crisis o de sus consecuencias (perder el control, tener una crisis cardíaca o volverse loco).

- Un cambio en la conducta significativo y relacionado con la crisis.

• Presencia o ausencia de agorafobia (para consignar el subtipo).

• Las crisis de pánico no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

• Las crisis de pánico no son debidas a otra enfermedad mental.

Tratamiento

Al abordar la clínica del trastorno de pánico, se ha señalado que el cortejo sintomático presente en esta patología incluye reacciones muy variadas, entre las que destacan las de tipo conductual, neurobiológico, psicosocial y cognitivo; todas estas reacciones deben ser abordadas al plantear una terapia eficaz. Es por ello que la psicoterapia desempeña un papel fundamental, quedando la psicofarmacología relegada a un segundo plano, cuya principal indicación es la complementariedad a la primera; sin embargo, no debe olvidarse que la opción farmacológica también resulta útil cuando no es posible aplicar un tratamiento psicoterapéutico, o bien, el paciente rechaza esta opción.

En el trastorno de pánico resulta fundamental conocer las circunstancias personales y ambientales del paciente, así como sus creencias y atribuciones respecto a la enfermedad. Se ha comprobado la especial utilidad de llevar a cabo una buena labor educativa del enfermo y de la familia, para lo que puede recurrirse al empleo de libros o panfletos divulgativos; también ha funcionado la incorporación del afectado en grupos de autoayuda.

Con relación a la terapia farmacológica, hay que distinguir entre la medicación que se emplea para hacer un tratamiento inmediato y la usada en el tratamiento de mantenimiento.

- El tratamiento inmediato tiene como objetivo disminuir el nivel de ansiedad; habitualmente, suele emplearse alprazolam (0,5-1 mg) por vía sublingual. Esta dosis puede repetirse a los 15-20 minutos si es preciso. Por otra parte, no conviene olvidar que las crisis de pánico ceden de forma espontánea en 5-10 minutos, por lo que la atribución de la remisión al fármaco administrado no tiene mucho sentido, pues es posible que la crisis remita espontáneamente.

El tratamiento de mantenimiento se pauta con la finalidad de suprimir las crisis de pánico; en esta etapa, la opción terapéutica más eficaz sería la combinación de psicoterapia y farmacoterapia. Esta última incluye diversos grupos farmacológicos: antidepresivos y benzodiacepinas.

Habitualmente, los antidepresivos se emplean como tratamiento de base en lugar de las benzodiacepinas, ya que estas pueden generar dependencia e interferir en la realización de actividades cotidianas. Es frecuente iniciar el tratamiento empleando antidepresivos y benzodiacepinas conjuntamente con el fin de aprovechar la rapidez de acción de estas últimas, las cuales serán retiradas a las pocas semanas; se supone que durante este corto espacio de tiempo, las benzodiacepinas no crean dependencia.

Seguidamente, se analizan los principales grupos terapéuticos implicados en el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia.(14)

El término **“depresión”** surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional. En 1980 se publica el DSM-III, donde por primera vez se incorpora el diagnóstico de “depresión mayor”. Sin embargo, en la serie DSM, la depresión es entendida como una entidad homogénea donde, dada su orientación eminentemente “sintomática”, muchos aspectos psicopatológicos dejan de ser considerados.

Lo anterior contrasta con la evidencia actual que apoya la existencia de diversas formas clínicas cuya identificación es relevante como, por ejemplo, la depresión melancólica, atípica y psicótica; la depresión bipolar; subtipos como la depresión estacional o con predominio de síntomas somáticos, crisis de pánico o síntomas obsesivos; la depresión que acompaña a enfermedades físicas y, por último, la pseudodemencia depresiva. Así, un cuidadoso análisis psicopatológico resulta fundamental para la determinación de “endofenotipos de respuesta” a través de los cuales es posible predecir la evolución individual frente los tratamientos.

La psicopatología de la **depresión** no sólo varía entre los distintos pacientes sino también entre los distintos episodios dentro de la vida de un mismo paciente. Este pleomorfismo clínico constituye un importante desafío en el estudio de su etiopatogenia.

En el origen de la depresión interactúan factores genéticos y ambientales. Su heredabilidad se ha estimado en estudios de gemelos entre 31-42% con una contribución ambiental de 58-67%. Los modelos biológicos de la depresión incluyen una larga serie de genes, siendo uno de los más estudiados el que codifica el transportador de serotonina.

Además, se ha visto que los subtipos de depresión se relacionan con patrones específicos de alteración. Las experiencias traumáticas infantiles pueden contribuir con la aparición de depresión en la adultez, especialmente en aquellos individuos más vulnerables. Incluso se ha postulado la existencia de subtipos neurobiológicos de depresión dependiendo de la presencia o ausencia de eventos tempranos adversos. Recientemente se ha sugerido que diversos procesos inflamatorios jugarían un rol en la

etiopatogenia de la depresión no sólo como precipitantes sino también como factores mantenedores de la sintomatología.

Sigmund Freud distinguió por primera vez los dinamismos psicológicos que subyacen a las reacciones afectivas de duelo y los síntomas de la depresión melancólica, postulando que lo característico de la melancolía es una pérdida de la autoestima manifestada clínicamente por la presencia de autorreproches. Posteriormente, el modelo cognitivo-conductual de la depresión postuló la existencia de una serie de cogniciones (consientes) erradas o distorsionadas respecto a la manera de interpretar las experiencias. Aunque las hipótesis evolucionistas sobre el origen de la depresión se han postulado desde hace algún tiempo, no han dejado de ser controversiales.

En la depresión, entendida como un fenómeno adaptativo, el desánimo y los síntomas asociados contribuyen con el manejo de situaciones inapropiadas o potencialmente dañinas, por ejemplo, comunicando una necesidad de ayuda o actuando como señal de sumisión en conflictos sociales en torno a la jerarquía cuando no existen posibilidades de resultar victorioso.(15)

La depresión es una enfermedad muy común que puede afectar a cualquier persona, aunque su prevalencia aumenta entorno a la adolescencia, alrededor de los 25 años y en adultos mayores.

Los principales síntomas de la depresión son los siguientes:

• Decaimiento y fatiga.

• Pérdida de energía.

• Insomnio.

• Dificultad de concentración.

• Pérdida del apetito.

• Irritabilidad e inquietud.

• Sentimiento de culpa.

• Pensamientos negativos.

Es necesario establecer la diferencia entre depresión y tristeza. La tristeza va asociada a algún acontecimiento doloroso y se alivia con el tiempo. La depresión actúa en ocasiones sin motivo aparente y puede durar meses o años.

La depresión afecta cada año a 19 millones de personas en Norteamérica y es más común en mujeres, o al menos está más documentada; al parecer, los varones buscan ayuda con menor frecuencia en estados depresivos. También es más frecuente en la adolescencia.

Clasificación

La depresión se clasifica en leve, moderada y grave. Otra clasificación sería: mayor, menor, atípica y distimia.

Depresión mayor

Se diagnostica cuando el paciente presenta 5 síntomas o más de los anteriormente citados durante al menos 2 semanas, aunque, por lo general, se prolongan durante meses.

Depresión menor

Si el paciente presenta menos de 5 síntomas durante, al menos, 2 semanas.

Depresión atípica

Cuando se presenta acompañada de síntomas inusuales, como alucinaciones o delirios.

Distimia

Es una forma de depresión crónica leve que puede durar hasta 2 años.

Otras formas de depresión son: posparto, trastorno disfórico premenstrual, trastorno afectivo estacional y trastorno bipolar.

Depresión posparto

Es muy poco frecuente, se presenta en mujeres que acaban de dar a luz.

Trastorno disfórico premenstrual

Aparecen síntomas depresivos una semana antes de la menstruación y desaparecen después.

Trastorno afectivo estacional

Aparece durante el otoño e invierno, probablemente debido a la disminución de la luz solar y desaparece en primavera.

Trastorno bipolar

El estado de ánimo se sitúa en ciclos alternativos de manía y depresión.

Etiología y prevención

La etiología de la depresión puede ser genética, aprendida o desencadenada por algún factor como:

• Pérdida de un ser querido.

• Problemas graves en el trabajo, escuela, hogar, etc.

• Dolor prolongado o enfermedad.

• Consumo de drogas o alcohol.

• Violencia doméstica.

• **Estrés.**

• Medicamentos.

• Deficiencias nutricionales.

• Problemas de sueño.

La depresión puede prevenirse con hábitos de vida saludables: buena alimentación, ejercicio físico, ocupación positiva, no consumir drogas ni alcohol, etc.

En el caso de personas ancianas, es aconsejable hacer ejercicio dentro de las posibilidades e involucrarse en actividades.

La psicoterapia puede ser una gran ayuda para la prevención y el tratamiento de la depresión.

Síntomas

La depresión mayor, también llamada unipolar o trastorno depresivo grave, se da cuando el paciente presenta 5 síntomas o más durante al menos 2 semanas. La persona depresiva muestra importantes cambios en su comportamiento y necesita tratamiento. Este tipo de depresión puede inducir al suicidio.

Su causa exacta se desconoce, aunque se cree que puede estar causada por desequilibrios químicos en el cerebro.

Los principales síntomas son los siguientes:

• Cambios importantes en el apetito con aumento o disminución de peso.

• Fatiga y falta de energía.

• Sentimiento de desesperanza y abandono.

• Dificultad extrema para concentrarse.

• Trastornos del sueño.

• Inquietud e irritabilidad.

• Pérdida de interés general.

• Irritabilidad.

Tratamiento

El tratamiento de la depresión se basa en psicoterapia y tratamiento farmacológico. Algunos estudios demuestran que el tratamiento ideal es una combinación de ambos.

La psicoterapia supone un gran apoyo para el paciente depresivo, le ayuda a conocer las posibles causas de su depresión y le aporta herramientas para superarla y vivir con menos carga y más ilusión.

Otros tratamientos alternativos son:

* Tratamiento convulsivo. Provoca una convulsión a través de una corriente eléctrica que mejora el estado de ánimo del paciente. En la actualidad se investiga la estimulación magnética transcraneal, similar al tratamiento convulsivo con menos efectos secundarios.

***** Fototerapia. Para los meses de invierno.

* Fitoterapia. La hierba de San Juan (Hypericum perforatum) ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de depresiones leves.

Tratamiento farmacológico

Los agentes principales utilizados en el tratamiento de la depresión son: inhibidores de la mono aminooxidasa (MAO), antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Inhibidores de la MAO

Actúan bloqueando la MAO-A, causa del metabolismo de la norepinefrina, serotonina y tiramina, y la MAO-B, causa del metabolismo de la dopamina.

La inhibición de estas enzimas aumenta la concentración de estas sustancias en el espacio intersináptico y mejora los síntomas de la depresión. Los IMAO pueden causar efectos secundarios graves, como crisis hipertensivas, además de hipertermia y náuseas.

Los principales fármacos de este grupo son: fenelzina, iproniazida, tranilcipropamina, nialamida y moclobemida.

Antidepresivos tricíclicos

Se llaman así por su núcleo característico de 3 anillos. Fueron el tratamiento habitual de la depresión antes de la introducción de los ISRS. En algunos casos de distimia, son más eficaces que los ISRS.

El mecanismo de acción no es bien conocido, pero se cree que sus efectos terapéuticos obedecen a una disminución de la recaptación de la serotonina y la adrenalina.

Causan efectos secundarios frecuentes que, en algunos casos, son causa de abandono del tratamiento: sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, aumentos de peso, somnolencia, mareos, vértigo, disfunción sexual, dificultades al orinar.

Los principales fármacos de este grupo son: amitriptilina, clopramina, doxepina, imipramina, desipramina, maproptilina, proptilina y trimipramina.

ISRS

Son la nueva generación de fármacos antidepresivos. Actúan modificando los valores de serotonina en el cerebro. Son eficaces y seguros y representan un gran avance en el tratamiento de la depresión. La incidencia de efectos adversos es menor y, por lo general, son efectos leves que desaparecen en las primeras semanas de tratamiento. Los más frecuentes se observan en la zona gastrointestinal.

Los principales fármacos de este grupo son: fluoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram.

Recientemente, la duloxetina, un nuevo inhibidor dual y selectivo de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, ha sido aprobada por la Food and Drug Administration de Estados Unidos.(16)

4.- JUSTIFICACIÓN

Los pasantes de enfermería al término de sus estudios abordan su servicio profesional, después de estar expuestos a constante estrés, problemas económicos o familiares, confusiones existenciales, entre otras cosas, se ven ya afectados en su salud mental el cual al llegar al hospital y enfrentan un ambiente desconocido con mayor responsabilidad social expresan un incremento de vulnerabilidad emocional.

El área de enfermería ejecuta cuidados en entorno al paciente asegurando su bienestar y satisfaciendo sus necesidades, conocida así como la única cuidadora permanente en el proceso asistencial. Predominando en la actualidad afecciones de salud metal en las y los enfermeros, destacando el estrés, ansiedad, depresión y salud física.

Anteriormente la existencia de sintomatologías psiquiátricas en el profesional de enfermería no era de suma importancia, en la actualidad se ha dado un giro, observando el estrés laboral que presentan desde su formación hasta su práctica laboral teniendo como prevalencia las siguientes sintomatologías psiquiátricas: trastornos del estado de ánimo, cansancio físico, trastornos del sueño, entre otros.

En la literatura existente hay evidencia de la alta prevalencia de ansiedad, depresión y las consecuencias que padecen los pacientes que los presentan. Por lo que sería importante identificar la prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en los pasantes del servicio social profesional de enfermería en el Hospital Regional ISSSTE León e identificar los factores asociados. Al identificar los pasantes con ansiedad o depresión se podrán establecer medidas para disminuir las complicaciones derivadas de estos y posteriormente implementarse medidas para su prevención.

5.- OBJETIVOS

5.1.- GENERAL

Determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en los pasantes del servicio social profesional de enfermería del Hospital Regional ISSSTE León.

5.2.- ESPECÍFICOS

- Conocer los factores asociados a depresión y ansiedad en los sujetos de estudio.
- Determinar el nivel de ansiedad en los sujetos de estudio.
- Determinar el nivel de depresión en los sujetos de estudio.
- Identificar el entorno que influye en el sujeto de estudio.

6.- MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

Transversal, observacional, descriptivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Los pasantes del servicio social profesional de Enfermería del Hospital Regional ISSSTE León.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Los 24 pasantes del servicio social profesional de Enfermería del Hospital Regional ISSSTE León.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Los pasantes del servicio social profesional de Enfermería que fueron activos en el periodo 2020-2021 del Hospital Regional ISSSTE León.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pasantes con diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica.
- Pasantes en tratamiento psiquiátrico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Datos incompletos.

TIPO DE MUESTREO

- Muestreo probabilístico no aplica.
- Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

CRITERIOS DEMOSTRATIVOS

Se realizará gráficas de pastel con la finalidad de ilustrar los resultados. Mediante los cuestionarios de Beck e IDARE.

Cuestionario de Beck es un instrumento de auto informe de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

Se pueden obtener cuatro categorías básicas:

- 0 a 13 depresión baja.
- 14 a 19 depresión leve.
- 20 a 28 depresión moderada.
- 29 a 63 depresión grave.

Cuestionario de IDARE es un inventario auto evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Auto aplicado. Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado se le orienta al sujeto que debe responder como se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo.

La manera de evaluar según IDARE es la siguiente:

Se evalúan dos ítems como estado y rasgo, el cual toman valores de veinte a ochenta puntos, se puede establecer la puntuación cuarenta y cinco para la ansiedad alta, tanto en rasgo como en estado.

Estado:

3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A

1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B

(A-B)+50=

ALTO (>= 45)

MEDIO (30 – 44)

BAJO (<=30).

Rasgo:

22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40= A

21+26+27+30+33+35+39= B

(A-B)+35=

ALTO (>=45)

MEDIO (30-44)

BAJO (<=30)

VARIABLES.

Nombre variable	Definición	Tipo de variable	Unidad de medida
Edad	Tiempo de vida	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica	Cualitativa dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Estado civil	Situación personal en la que se encuentra una persona determinando su situación jurídica.	Cualitativa dicotómica	Con pareja Sin pareja
Hijos	Se le llama al individuo que implica una relación de consanguinidad entre padres e hijos.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Trabaja	Actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No

	labores concretadas.		
Ansiedad	Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Diferenciándose el miedo frecuentemente a la defensa o la fuga y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular,	Cualitativa ordinal	Baja (menos de 30 puntos). Mediana (30-44 puntos). Alta (más de 44 puntos).

	vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.		
Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Cualitativa ordinal	**Depresión mínima:** De 0 a 9 puntos **Depresión leve:** De 10 a 16 puntos **Depresión moderada:** De 17 a 29 puntos **Depresión severa:** De 30 a 63 puntos .
Entorno hospitalario	Son organizaciones complejas en que se integra la actividad coordinada de muchos servicios y personas para	Cualitativa Nominal	1. Urgencias 2. UCI 3. Medicina interna 4. Consulta externa

	lograr un funcionamiento correcto y una atención sanitaria optima a los pacientes.		5. Quirófano 6. CEYE 7. Pediatría 8. Ginecología 9. Hemodiálisis 10. Diálisis 11. SICORA 12. Enseñanza 13. Adm. Toco 14. Jef. De hemodiálisis. 15. UCIN.

7.- ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se guio por los lineamientos del reglamento de la “Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud” que en su título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”.

El artículo 16 “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.”

Se dirigió con las normas internacionales de investigación en salud de acuerdo con los principios de la declaración de Helsinki, versión Fortaleza 2013; en donde menciona que “los individuos deben ser participantes voluntarios e informados sobre los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses.

La información obtenida será confidencial.” Los participantes no corrieran ningún riesgo, ya que la realización de experimentos de percepción visual no pone en riesgo su integridad y seguridad.

Se sometió el protocolo para su aprobación ante los comités de ética e investigación hospitalaria.

Los pasantes que se detectaron con depresión se canalizaron al área de psicología para iniciar un tratamiento y seguimiento, los pasantes que se identificaron con ansiedad se les proporcionó un taller para identificar las características de la ansiedad y facilitar una solución.

8.- RECURSOS

8.1.- RECURSOS HUMANOS.

Pasantes de enfermería.

8.2.- RECURSOS MATERIALES.

El estudiante guardo la información en una computadora portátil de su propiedad e impresiones para las correcciones necesarias.

- Hojas
- Computadora
- Lápiz
- Plumas
- Corrector

8.3.- RECURSOS FINANCIEROS

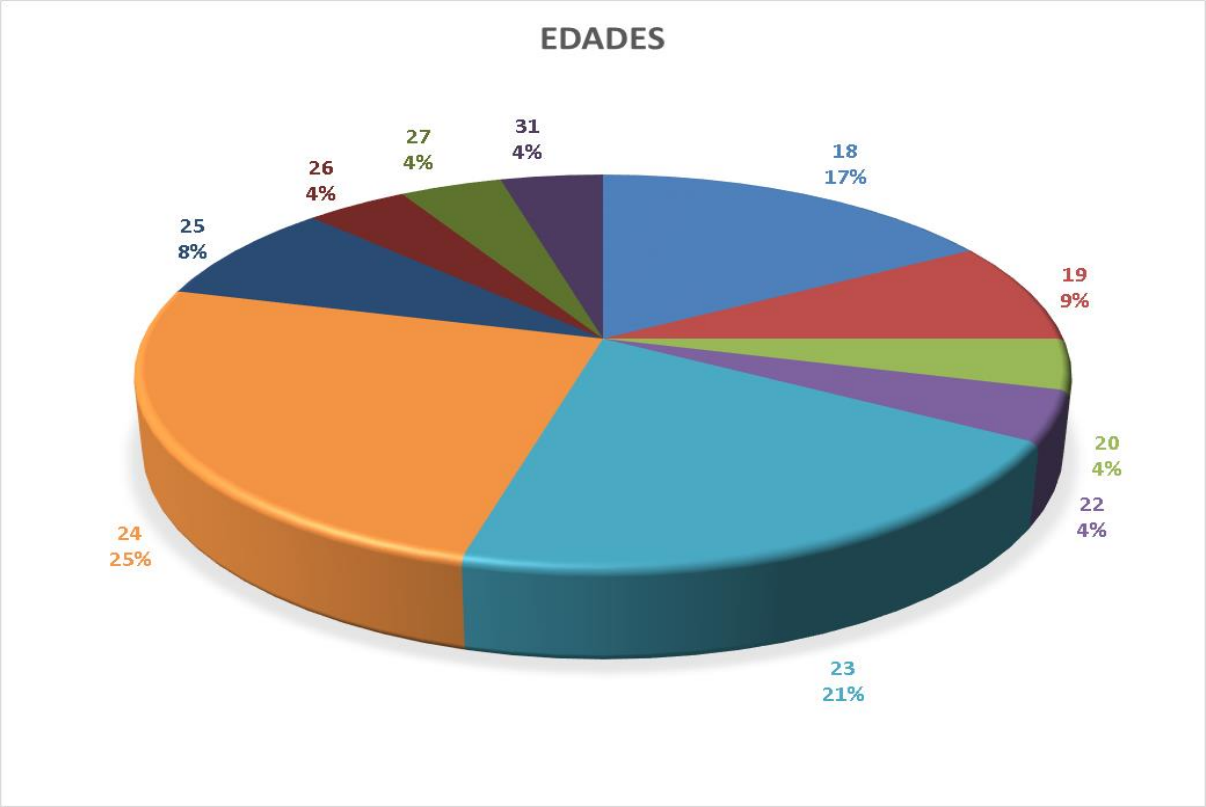
Coordinación de enseñanza e investigación del Hospital Regional ISSSTE León.

9.- RESULTADOS

	N=24
Edad, años	22 (±3)
Sexo, N (%)	
Hombre	4 (16.6)
Mujer	20 (83.3)
Estado civil, N (%)	
Casado	1 (4.16)
Soltero	23 (95.83)
Hijos	
Si	2 (8.33)
No	22 (91.66)
Trabaja	
Si	7 (29.16)
No	17(70.83)
Ansiedad	22 (91.7)

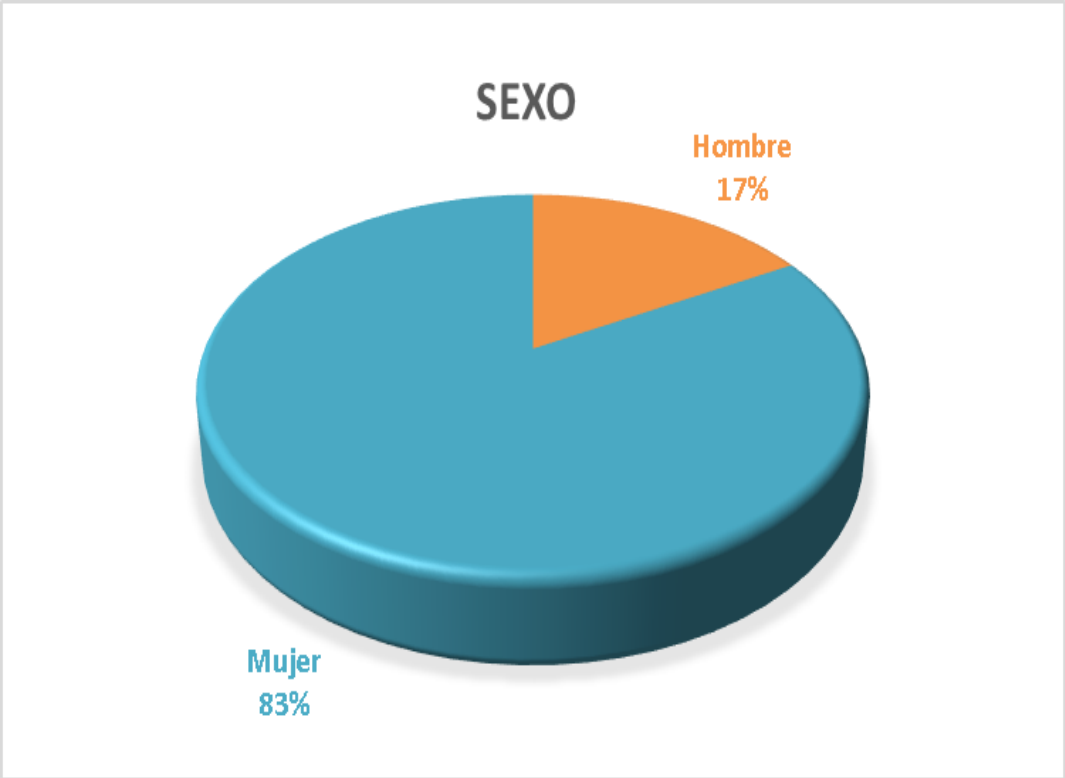
El total de los Pasantes de Enfermería (24), en el cual predomino el sexo femenino en un 83.3 %, la edad media fue de 22 (±3) años, el 95.8% no tenían pareja y un 91.6% no tenían hijos, solo el 29.1% tenían un trabajo adicional a la pasantía. (Para más detalles ver tabla 1).

Características de la población. Figura 1.



Se observa una muestra total de 24 pasantes del área de Enfermería mostrando que el 17% tienen una edad de 18 años, 9% 19 años, el 4% las edades de 20, 22, 26, 27 y 31 años, el 21% 23 años, 25% 24 años y finalmente el 8% 25 años, teniendo una media de 22 (±3) años. (fig.1)

Figura 1.1.

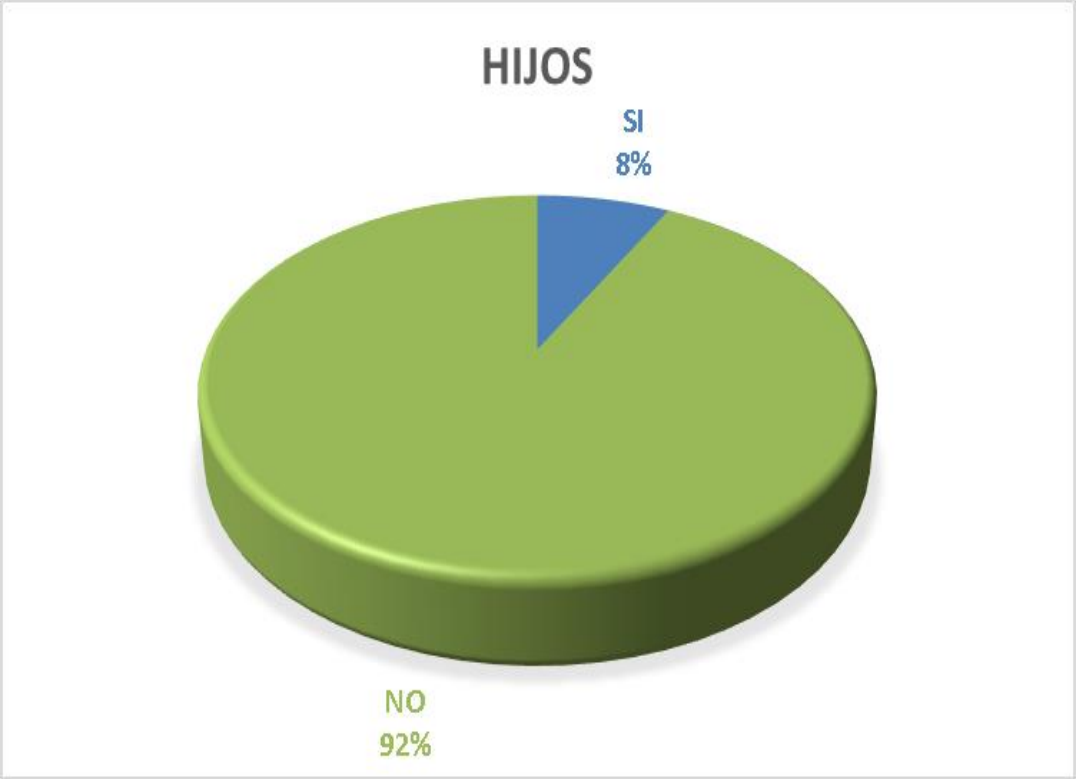


El 83% de la población de estudio son mujeres y el 17% hombres, siendo la población femenina el mayor número del porcentaje. (fig.1.1).

Figura 1.2.

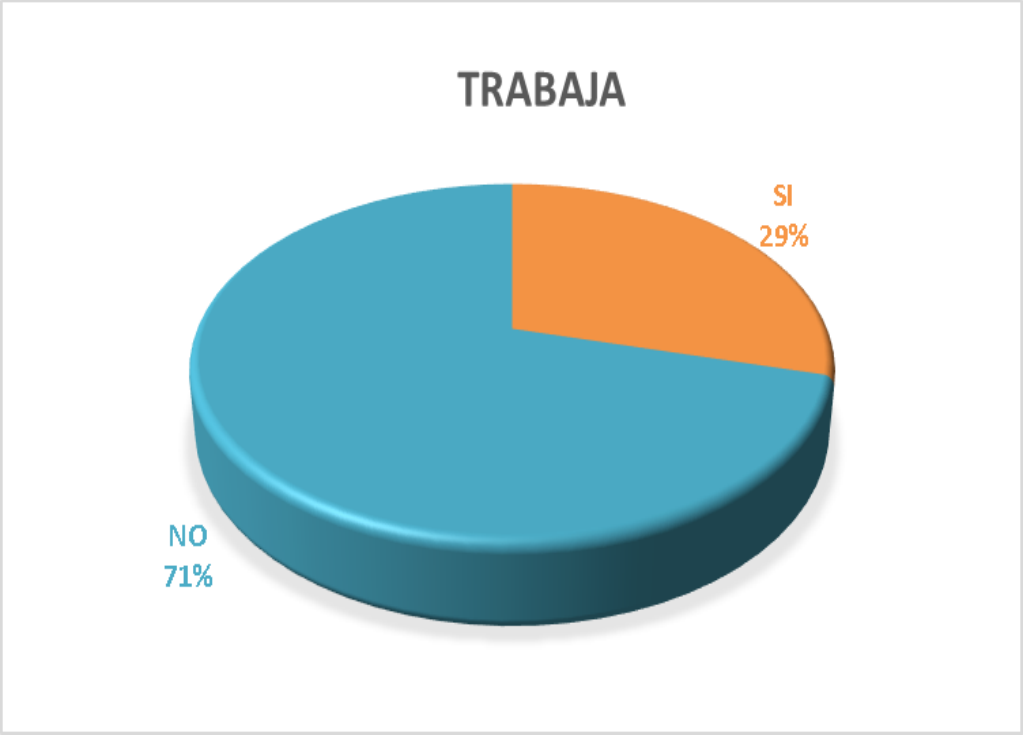
Se manifiesta que el 96% de la población se encuentra casada y el 96% soltero. (fig.1.2).

Figura 1.3.



El 92% se aprecia que no se encuentra con hijos y el 8% si tiene hijos. (fig.1.3).

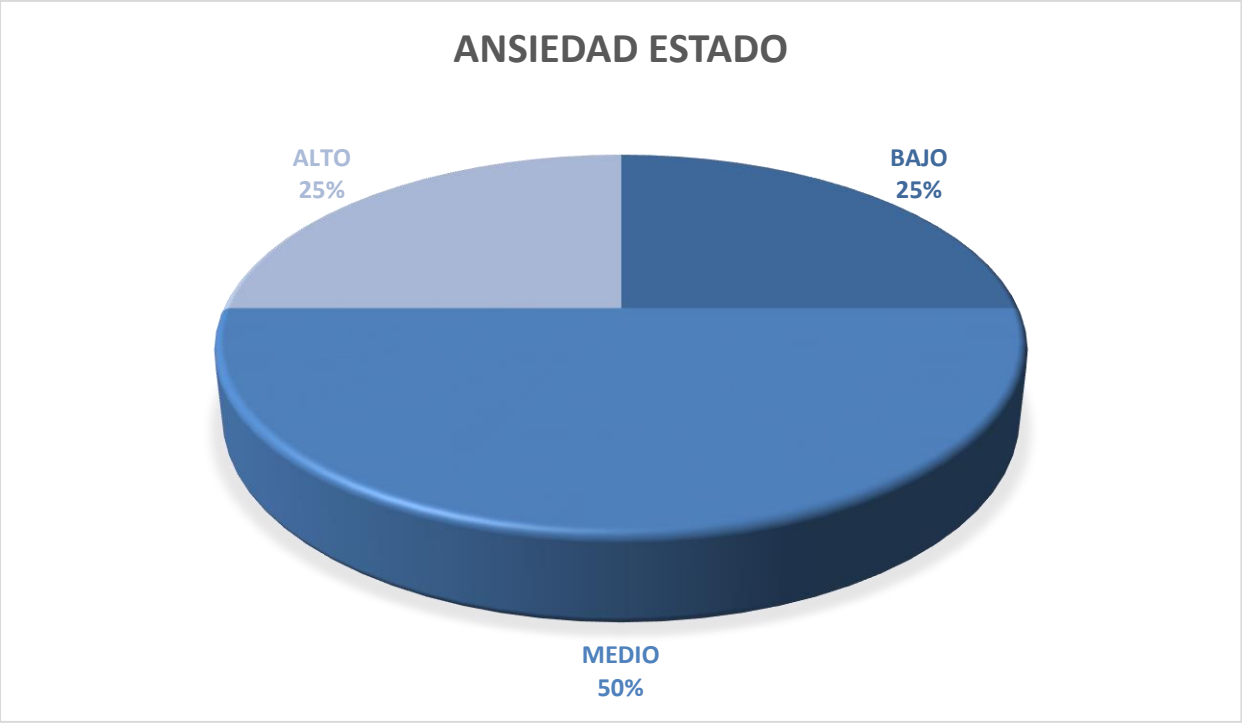
Figura 1.4.



El 71% de los pasantes no trabaja y el 29% si se encuentra laborando. (fig.1.4).

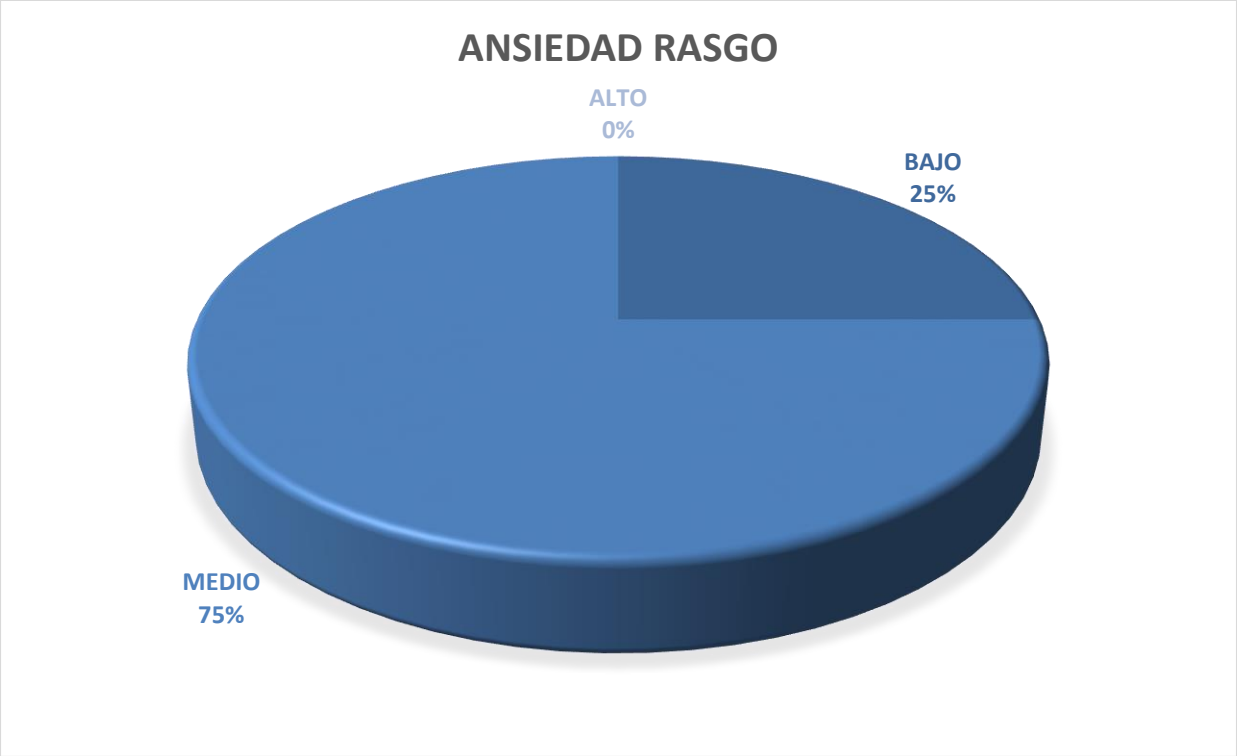
Figura 2. Y 2.1. Porcentaje de ansiedad de nivel alto, moderado y bajo en pasantes de enfermería hombres, por ESTADO Y RASGO.

Figura 2.



El 25% de los hombres pasantes tienen ansiedad por ESTADO en un nivel alto, 50% en nivel medio y el 25% en nivel bajo.

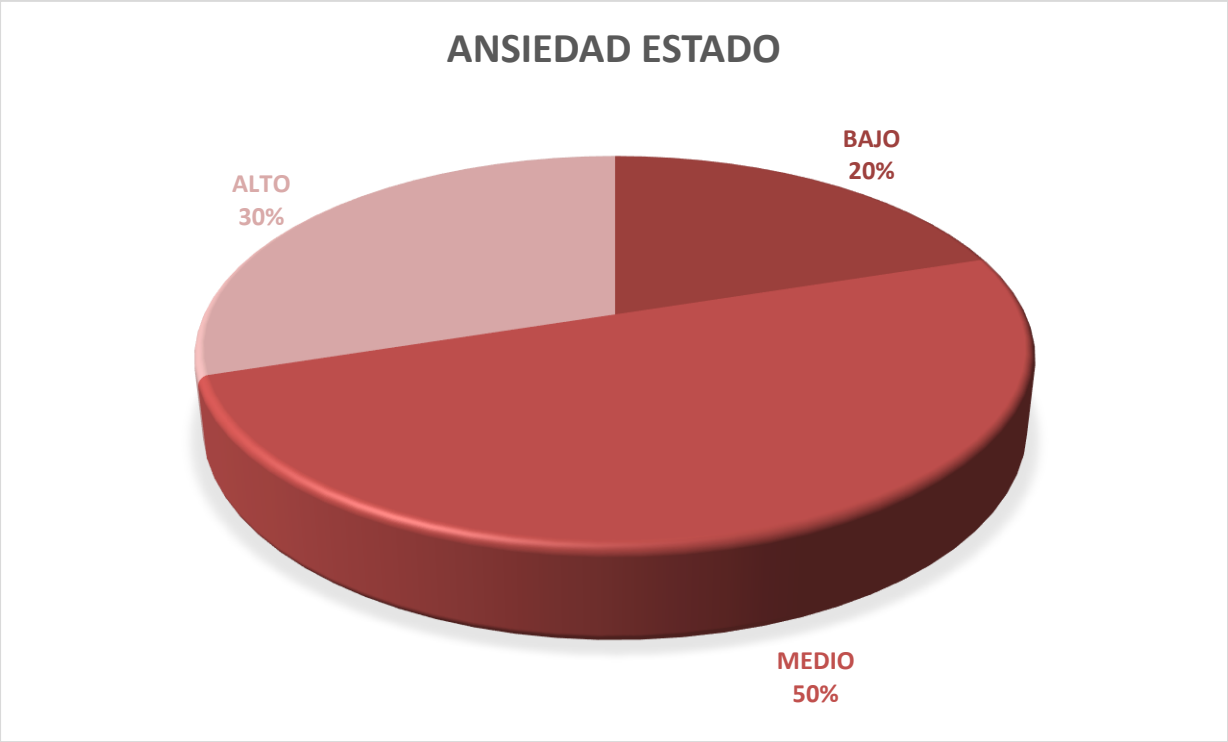
Figura 2.1



El 0% de los hombres pasantes tienen ansiedad por RASGO en un nivel alto, el 75% tienen un nivel medio y el 25% tienen un nivel bajo.

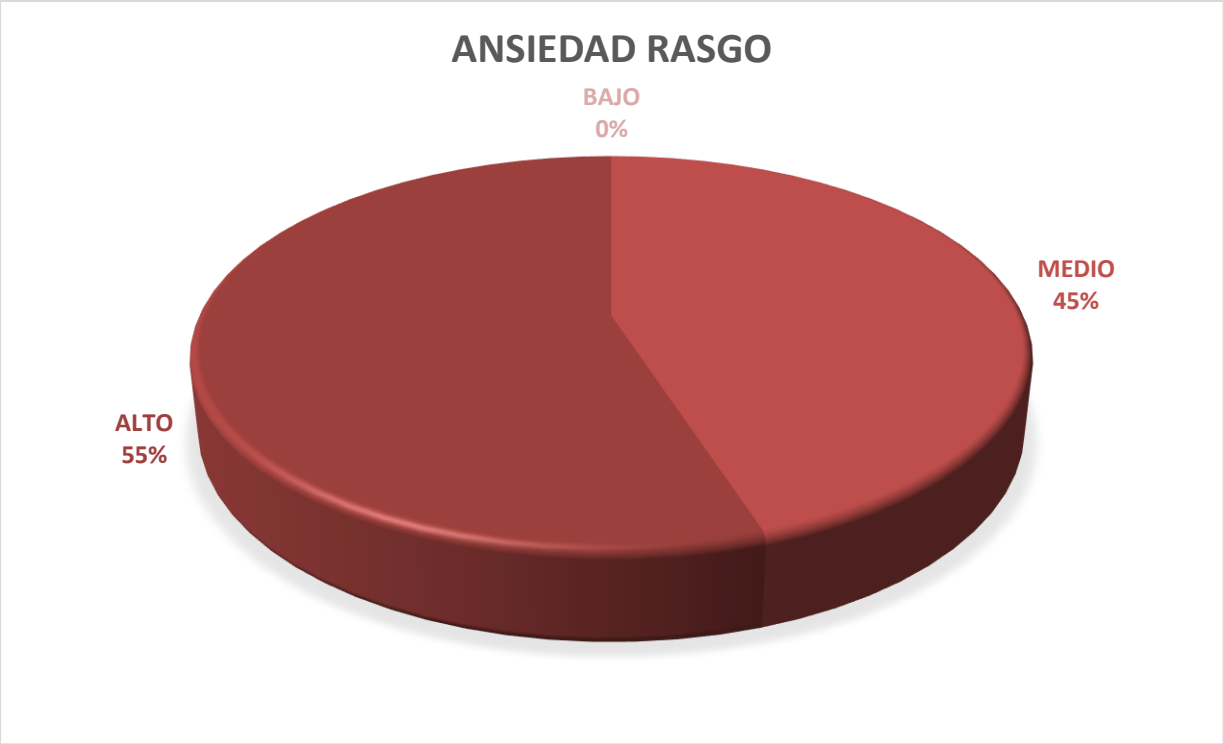
Figura 3 y 3.1. Porcentaje de ansiedad de nivel alto, moderado y bajo en pasantes de enfermería mujeres, por ESTADO Y RASGO.

Figura 3.



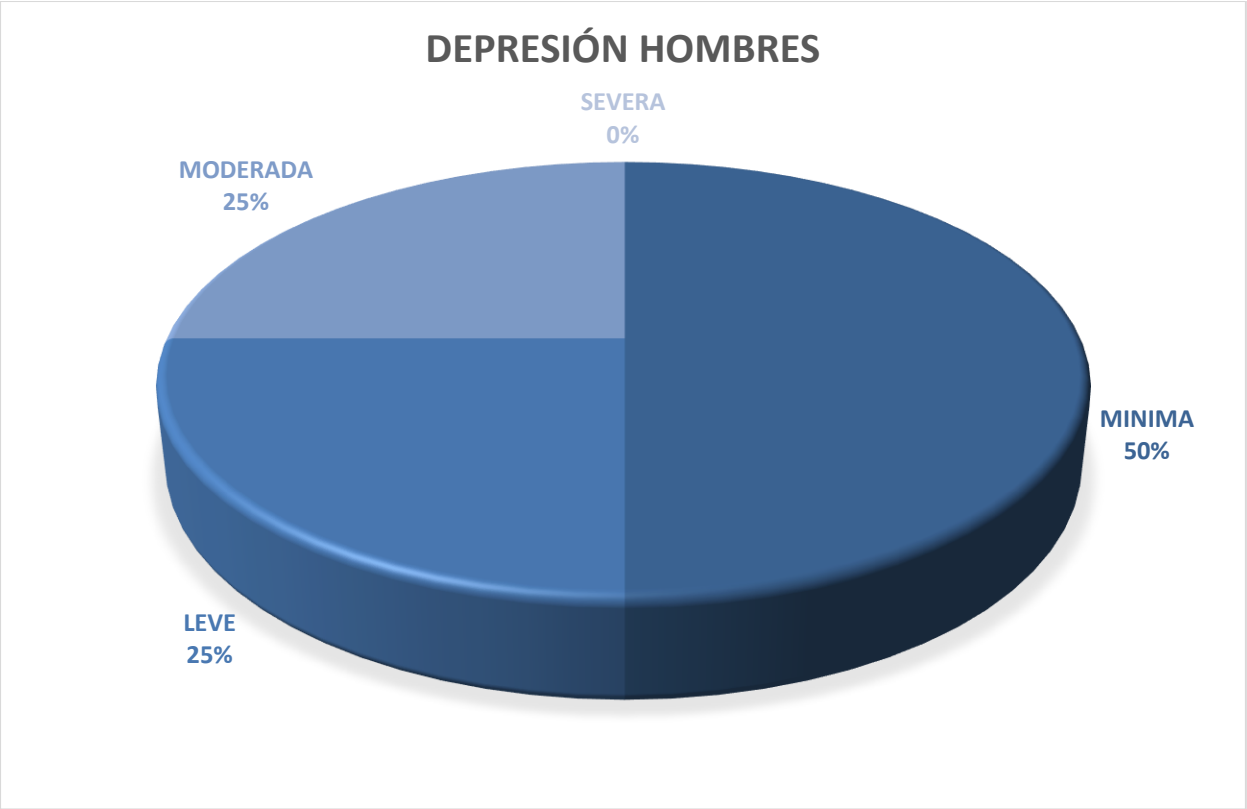
El 30% de las mujeres pasantes tienen ansiedad por ESTADO alto, 50% a un nivel medio y 20% a un nivel bajo.

Figura 3.1.



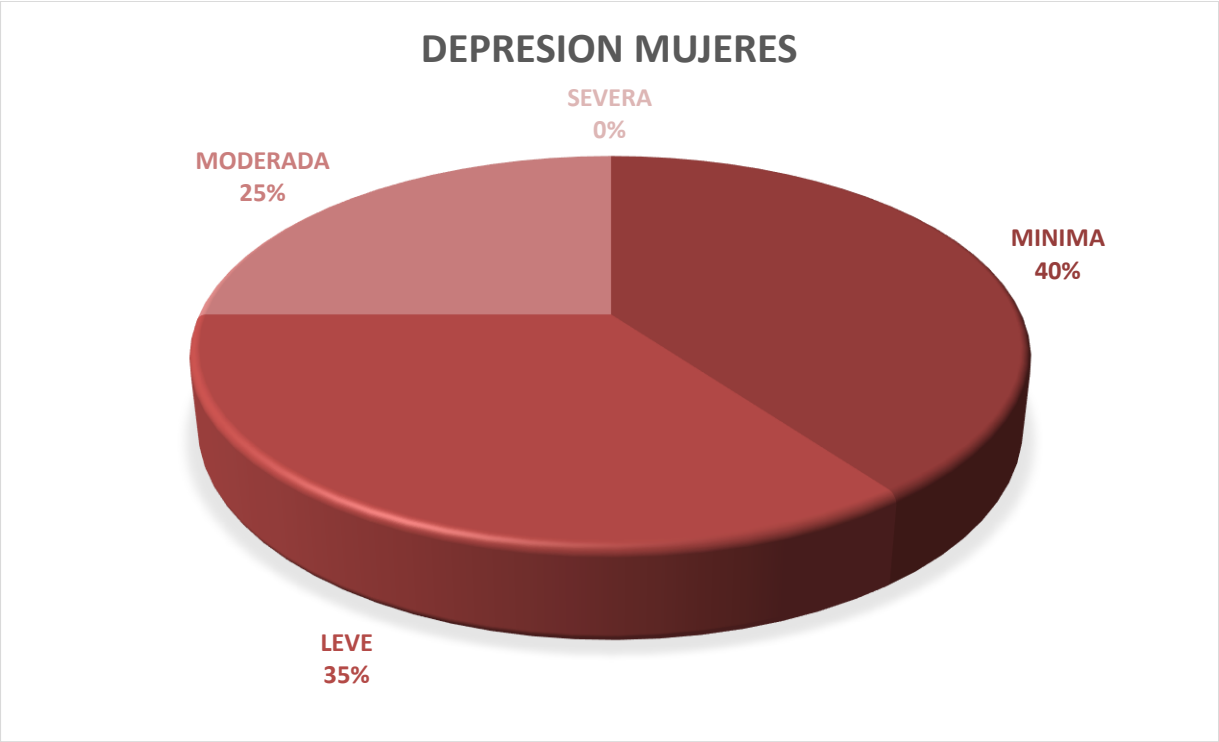
El 55% de las mujeres pasantes tienen ansiedad por RASGO alto, 45% a un nivel medio y 0% a un nivel bajo.

Figura 4. Porcentaje de depresión severa, moderada, mínima y leve en los pasantes de enfermería hombres.



Del total de los pasantes de enfermería hombres el 0% presentaba depresión severa. 25% de los sujetos de estudio mostro depresión moderada, el 25% leve y 50% mínima.

Figura 5. Porcentaje de depresión severa, moderada, mínima y leve en los pasantes de enfermería mujeres.



Del total de los pasantes de enfermería el 0% presentaba depresión severa.

25% de los sujetos de estudio mostro depresión moderada, el 35% leve y 40% mínima.

10.- DISCUSIÓN

Se ha publicado en varios estudios que los profesionales de la salud son muy susceptibles a la depresión y ansiedad por las largas jornadas de trabajo, además de la misma exigencia de las carreras al tratar con seres humanos que de ellos depende su vida o su salud, el ambiente hospitalario y factores externos.

De acuerdo con la literatura analizada en la universidad de Galicia estudiantes de enfermería presentaron el 60% ansiedad y el 62% depresión, al observar los resultados de los pasantes del Hospital regional del ISSSTE obtuvimos el 91.7% de ansiedad y el 25% en depresión teniendo como mayor prevalencia la ansiedad. (13)

Según con la investigación del CONAMED que realizo a personal de enfermería a cargo de paciente crónico hospitalizado se encontró que la depresión prevaleció en un 20.3% del personal, de los cuales el 16.1% correspondió a la depresión leve, 4.2% depresión moderada. La ansiedad se presentó en 40.7% de este el 30.5% tiene ansiedad menor y el 10.2% tiene ansiedad mayor.(12)

En la investigación realizada a los pasantes del hospital ISSSTE león se encontró un 42% de depresión mínima, 33% leve, 25% moderado y 0% severa. El 42% de ansiedad severa, 50% moderada y solo el 8% baja.

Con relación a la exploración reunida del CONAMED encontramos que el 83.1% son mujeres y el 16.9% hombres, destacando que la mayoría de la población se encuentra entre los 39 a 43 años, el 62.7 % son casados, el 83.1%, con 1 a 2 hijos. En cuanto a las características de la población recolectadas, cabe mencionar que la mayoría no tiene pareja, no tienen hijos, no trabajan, sin embargo el porcentaje de ansiedad y depresión es notable. Incluso los pasantes se encontraban en servicios diferentes.(12)

Es evidente que en los pasantes del servicio social de enfermería exista depresión y prevalezca la ansiedad, el cual se contempla que el origen puede variar ya sea que la esencia de la persona sea con tendencia a la ansiedad o influya el medio ambiente en que se encuentra en ese momento, así que es importante implementar un plan de acción para mejorar el estado de ánimo de los pasantes e incrementar su calidad de vida.

11.- CONCLUSIÓN

El 91.7% de la población presentaba ansiedad; sin embargo del total de los pasantes de enfermería el 25% presentaba depresión. Por lo que se concluye que es importante canalizar a tiempo la ansiedad con un experto, si no es así la ansiedad puede conllevar a una depresión y la depresión mínima manifestada en el pasante puede complicarse a una depresión severa, afectando su calidad de vida, así como también orientar a la población que los trastornos psicológicos no mejoran sin tratamiento y es recomendable acudir con un especialista.

De acuerdo al estudio realizado veinte participantes son mujeres y cuatro son hombres de los cuales el porcentaje se mueres es tal y de hombres.

Y es por esto que se realizó un taller para saber controlar la ansiedad ya que se manifestó un nivel de ansiedad moderado a alto, logrando obtener técnicas para disminuirlo.

12.- BIBLIOGRAFÍA

1. Gatell Carbó A. Trastorno específico del aprendizaje. Vol. 26, Pediatria Integral. 2022. 21–33 p.
2. OMS | Depresión.
3. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Julia B, Abizanda-Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. An Psicol. 2015;31(2):743–50.
4. Dqg S, Uhodwlrq DQ, Wkh Z, Hi V, Dqg F, Vdwlvidfwlrq WKH, et al. La Ansiedad En El Personal Sanitario. Enferm en Cardiol. 2008;42–43(3):41–5.
5. OPS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Ops. 2017;1–24.
6. Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asocia - dos en adolescentes de Motul, Yucatán, México | Marín-Ramírez | REVISTA BIOMÉDICA. revista biomedica. 2015.
7. INEGI. Cifras de la. Encuesta Nac los Hogares. 2015;38–41.
8. Schnaas F. Avances en el diagnóstico y tratamiento. 2017;45(1):22–5.
9. Palma M. Los trastornos de ansiedad. Rev Digit Univ. 2010;6:1–8.
10. GONZALEZ ESTRELLA F, GONZALEZ RODRIGUEZ V, VAZQUEZ CASTRO J. Guía clínica en depresión y ansiedad. 2008. 237 p.
11. Diagn C. American psychiatric association. Vol. 9, DSM-5 GUIA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS. 2013. 636 p.
12. Cruz-Castañeda O, Cano-Garduño MA. Epidemiology of elimination ostomies in different health units of Mexico, City. Vol. 14, Revista CONAMED. 2009. 15–19 p.
13. Pego Pérez ER, Fernández Rodríguez I, del Río Nieto M del C, Gutiérrez García

E. Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la provincia de A Coruña. Metas de Enfermería. 2019;22.

14. Ayala A-EG. Farmacia Preventiva. Trastor ansiedad, agorafobia y Cris panico. 2012;26(6):32–9.

15. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo. Rev Med Chil. 2014;142(10):1297–305.

16. Colomer MC. Depresión mayor. 2007;26:109–11.

13.- ANEXOS

1.1.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: Prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en los pasantes del servicio social de Enfermería del Hospital Regional ISSSTE LEÓN.

Lugar y fecha: Se realizará en el Hospital Regional ISSSTE León Guanajuato. De abril de 2021 a julio 2021.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en los pasantes del servicio social profesional de enfermería del Hospital Regional ISSSTE.

Posibles riesgos y molestias: El estudio no representa un riesgo debido a que solo sería proporcionar información referente a los antecedentes de depresión y ansiedad. Y no generar molestia ya que tiene la posibilidad de no aceptar participar en la investigación si no lo desea.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No recibirá pago monetario alguno o en especie. Un posible beneficio es que en un futuro no muy lejano se le proporcione ayuda psicológica a los pasantes de enfermería, mejorando su estabilidad emocional y personal.

Información sobre resultados: Se le informara de los resultados obtenidos en sus pruebas o exámenes, además se le dará a conocer en caso de existir una nueva ruta terapéutica o diagnostica.

Participación o retiro: Se menciona que su participación es voluntaria, y en caso de participar su relación con esta institución y su atención médica no se verán afectados por ningún motivo. De igual manera si dentro del estudio acepta y más tarde decide no participar, tiene el derecho de retirarse de estudio de forma voluntaria, haciendo hincapié nuevamente que no se verán afectados sus derechos como pasante.

Privacidad y confidencialidad: Para nosotros es importante comentar que la información que nos proporcione será resguardada de forma confidencial, por lo que garantizara su privacidad. Los investigadores de este estudio son los únicos que tendrán

acceso a su información, por lo que nadie más tendrá acceso a menos que usted así lo desee o en caso de tratarse de proteger sus derechos o bienestar (por ejemplo requerir servicios de emergencia o sufrir daño físico) y si la ley lo requiere. Cuando se publiquen los resultados, no será publicado su nombre o sus datos personales, por lo que se resguardara su identidad, por lo que se asignara un número que utilizaremos para identificar sus datos personales y de esta manera utilizar su información para fines de este estudio.

Es importante recalcar que no recibirá pago alguno por participar en este estudio, pero si información sobre su salud, así como posible cambio en su tratamiento y/o nueva ruta terapéutica.

En caso de dudas o aclaraciones con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadores responsables: Jazmín Noemí Saucedo Hernández y Víctor Eduardo Ruiz Mendoza.

_____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

1.2.- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Nombre:…Estado Civil…… Edad:…… Sexo…..
Ocupación……. . . . Educación:……Fecha:…… Hijos: SI NO

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1°Tristeza

0 .No me siento triste.

1 .Me siento triste gran parte del tiempo

2. Me siento triste todo el tiempo.

3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2°Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2. No espero que las cosas funcione n para mí.
3. 3 Siento que no hay esperanz a para mi futuro y que sólo puede empeorar .

3°Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4°Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1. No disfruto tanto

de las cosas como solía hacerlo.

2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 .No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5°Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.

1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3. Me siento culpable todo el tiempo.

6°Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado.

1. Siento que tal vez pueda ser castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7°Disconformidad con uno mismo

0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1. He perdido la confianza en mí mismo.

2. Estoy decepcionado conmigo mismo.

3. No me gusto a mí mismo.

8°Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.

3. Me culpo a mí mismo por todo lo

malo que sucede.

9°Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.

1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2. Querría matarme

3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10°Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.

1. Lloro más de lo que solía hacerlo

2. Lloro por cualquier pequeñez.

3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11°Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

12° Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras

3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

actividades o personas.

1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13°Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14° Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso.

1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3. Siento que no valgo nada.

15°Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16°Cambios en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1. Duermo un más de lo habitual.

2. Duermo menos de lo habitual.

3. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17° Irritabilidad

0. No estoy tan irritable que lo habitual.

1. Estoy más irritable que lo habitual.

2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18°Cambios en el Apetito

0. No he experimenta do ningún cambio en mi apetito.

1. Mi apetito es menor de lo habitual.

2. Mi apetito es mayor de lo habitual.

3. No tengo apetito en absoluto.

19°Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20° Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de

las cosas que solía hacer.

3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21°Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3. He perdido completamente el interés en el sexo.

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marqu con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
   - ○ Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
   - ○ No me encuentro triste
   - ○ Me siento algo triste y deprimido
   - ○ Ya no puedo soportar esta pena
   - ○ Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
   - ○ Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
   - ○ Creo que nunca me recuperaré de mis penas
   - ○ No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
   - ○ No espero nada bueno de la vida
   - ○ No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
   - ○ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
   - ○ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
   - ○ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
   - ○ No me considero fracasado
   - ○ Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
   - ○ Ya nada me llena
   - ○ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
   - ○ Ya no me divierte lo que antes me divertía
   - ○ No estoy especialmente insatisfecho
   - ○ Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
   - ○ A veces me siento despreciable y mala persona
   - ○ Me siento bastante culpable
   - ○ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
   - ○ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
   - ○ No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
   - ○ Presiento que algo malo me puede suceder
   - ○ Siento que merezco ser castigado
   - ○ No pienso que esté siendo castigado
   - ○ Siento que me están castigando o me castigarán
   - ○ Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
   - ○ Estoy descontento conmigo mismo
   - ○ No me aprecio
   - ○ Me odio (me desprecio)
   - ○ Estoy asqueado de mí
   - ○ Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
   - ○ No creo ser peor que otros
   - ○ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
   - ○ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
   - ○ Siento que tengo muchos y muy graves defectos
   - ○ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
   - ○ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
   - ○ Siento que estaría mejor muerto
   - ○ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
   - ○ Tengo planes decididos de suicidarme
   - ○ Me mataría si pudiera
   - ○ No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Periodos de llanto
    - ○ No lloro más de lo habitual
    - ○ Antes podía llorar, ahorro no lloro ni aun queriéndolo
    - ○ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
    - ○ Ahora lloro más de lo normal

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

11. Irritabilidad
- ○ No estoy más irritable que normalmente
- ○ Me irrito con más facilidad que antes
- ○ Me siento irritado todo el tiempo
- ○ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social
- ○ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- ○ Me intereso por la gente menos que antes
- ○ No he perdido mi interés por los demás
- ○ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión
- ○ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- ○ Tomo mis decisiones como siempre
- ○ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- ○ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal
- ○ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- ○ Me siento feo y repulsivo
- ○ No me siento con peor aspecto que antes
- ○ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractiv

15. Capacidad laboral
- ○ Puedo trabajar tan bien como antes
- ○ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- ○ No puedo trabajar en nada
- ○ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- ○ No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño
- ○ Duermo tan bien como antes
- ○ Me despierto más cansado por la mañana
- ○ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- ○ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- ○ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- ○ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- ○ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- ○ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio
- ○ Me canso más fácilmente que antes
- ○ Cualquier cosa que hago me fatiga
- ○ No me canso más de lo normal
- ○ Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito
- ○ He perdido totalmente el apetito
- ○ Mi apetito no es tan bueno como antes
- ○ Mi apetito es ahora mucho menor
- ○ Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso
- ○ No he perdido peso últimamente
- ○ He perdido más de 2,5 kg
- ○ He perdido más de 5 kg
- ○ He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría
- ○ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- ○ Estoy preocupado por dolores y trastornos
- ○ No me preocupa mi salud más de lo normal
- ○ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido
- ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes
- ○ He perdido todo mi interés por el sexo
- ○ Apenas me siento atraído sexualmente
- ○ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

1.3.-

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre:_____ Fecha:_____

INSTRUCIONES: Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente ahora mismo***. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCIONES: Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente generalmente***. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE-MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon-tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4G

Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE

SXE

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

28-2

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1990 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39
6181

* Este ejemplar es en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

Material compilado con fines académicos, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización de cada autor.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL

Material compilado con fines académicos, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización de cada