

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO REFERIDO POR PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”**

**Tesis elaborada por Bachiller:**

**Jose Jessid Capaquira Morales**

**Para optar el Título de Médico Cirujano.**

**Asesor de Tesis:**

**Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

*A Dios y a la energía presente en todo el universo; por brindarme el regalo de la vida y darme gran fortaleza cuando es necesaria, mantennos bajo tu resguardo por siempre.*


*A mis padres, José y Luzmila; quienes mediante eterno apoyo, consejos, preocupaciones, sacrificios y sobre todo amor, me permitieron estudiar la carrera de medicina; les agradezco con todas mis fuerzas por su gran amor y comprensión, los quiero mucho.*

*A mi nana, “Aleja”; quien estuvo pendiente de mi bienestar desde que comencé a caminar; gracias por cuidar de mí con tanto cariño y preocupación, por entender mi manera de ser y hacer todo ello de la manera más desinteresada que pueda existir.*

*A mi hermano, Boris; un amigo, cómplice en varias oportunidades, uno de mis soportes, muchas veces un ejemplo y para quien pido y deseo lo mejor.*

*A Raysa; con quien compartí una de las etapas más memorables de la vida; pasamos por momentos muy buenos y malos, creciendo académica y personalmente a base de un lazo muy especial, gracias por tu apoyo y amistad durante los años de universidad y más; sabes que te tendré un aprecio especial; ¡¡lo logramos!!*

*A mis amigos Luz, Fernando y Manuel, por su amistad sincera.*



*“No habrán fronteras si no hay egoísmo, no habrán religiones si entienden que Dios es el mismo, no habría violencia si existiera paciencia; habría unión si entienden que el amor no es una ciencia”.*

*Marcello Motta*

## ÍNDICE

RESÚMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	vii
CAPÍTULO I .....	9
MATERIAL Y MÉTODOS .....	9
CAPÍTULO II .....	18
RESULTADOS .....	18
CAPÍTULO III .....	58
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	58
CAPÍTULO IV .....	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	67
BIBLIOGRAFÍA .....	71
Bibliografía .....	71
ANEXOS .....	77
a. PROYECTO DE TESIS .....	78
b. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS .....	139

## RESÚMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar las características sociodemográficas y la frecuencia de síntomas de depresión y/o ansiedad según el grado de malestar psicológico referido por pacientes mujeres que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa en Febrero 2017. Esto a manera de tamizaje para determinar el porcentaje de pacientes que requeriría atención en salud mental. Para ello se realizó un estudio de campo básico, descriptivo, observacional y transversal. Los participantes fueron 134 mujeres de 18 a más años de edad que acudieron por atención al Puesto de Salud Villa Jesús, en Paucarpata, Arequipa, entre el 13 y 28 de Febrero del 2017. A cada participante se le aplicó un cuestionario de recolección de datos y un cuestionario que contenía la escala validada Kessler 10 (K-10) de malestar psicológico. Se determinó la frecuencia de pacientes con síntomas de ansiedad y/o depresión basándonos en el grado de malestar psicológico mediante tablas de frecuencia; y la posible relación entre malestar psicológico y las variables de estudio mediante la prueba de  $\chi^2$  según el tipo de variable. Se encontró que de 134 pacientes estudiadas, 52.24% presentó síntomas de ansiedad y/o depresión. El 14.2% de pacientes presentó malestar muy alto, 38.1% malestar alto, 36.6 % malestar moderado y 11.2% malestar bajo. De las variables sociodemográficas estudiadas, solamente la percepción de la relación que tienen las pacientes con su familia resultó tener relación significativa con el grado de malestar psicológico ( $P=0.000$ ). El motivo de consulta más frecuente de las pacientes fue tos o resfrío, sólo 1.5% de pacientes acudió presentando algún síntoma de malestar psicológico (cansancio) y un 0.7% presentando un síntoma relacionado con la depresión (llanto). La relación entre el motivo de consulta y malestar psicológico fue significativa ( $P=0.000$ ), presentándose mayores niveles de malestar psicológico en pacientes que acuden por cefalea y niveles más bajos en pacientes que acuden para control médico o control prenatal. Concluyendo del estudio que más de la mitad de pacientes presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión, lo que nos muestra la demanda de salud mental que existiría en la población.

**Palabras clave:** Depresión, ansiedad, mujeres, primer nivel de atención, características sociodemográficas, escala K-10.

## ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the sociodemographic characteristics and the frequency of the symptoms of depression and / or anxiety according to the degree of psychological distress that refer to the patients who come to the Villa Jesús Health Post, in Arequipa, in February 2017. This study as screening to determine what percentage of patients would require mental health care. A basic, descriptive, observational and cross-sectional field study was carried out and 134 female patients aged 18 years and older who requested attention at the Villa Jesús Health Post in Paucarpata, Arequipa, between February 13 and 28, 2017, were analyzed. A questionnaire for data collection and a questionnaire containing the validated Kessler 10 (K-10) scale of psychological distress was given to each participant. The frequency of patients with symptoms of anxiety and / or depression was determined using frequency tables; and the possible relationship between them and the sociodemographic characteristics using the  $\chi^2$  test according to the type of variable. It was found that of the 134 patients studied, 52.24% had symptoms of anxiety and / or depression. 14.2% of patients presented with very high discomfort, 38.1% with high discomfort, 36.6% with moderate discomfort and 11.2% with low discomfort. Of the sociodemographic variables studied, only the perception of the relationship between the patients and their family was found to be significantly related to the degree of psychological distress ( $P = 0.000$ ). The most common reason for consultation was cough or cold, only 1.5% of patients presented with symptoms of psychological distress (fatigue) and 0.7% of patients came with a symptom directly related to depression (crying). The relationship between the reason for consultation and psychological distress was significant ( $P = 0.000$ ), with higher levels of psychological distress in patients attending headache and lower levels in patients attending medical check-ups or prenatal care. Concluding in the study that more than half of the patients presented symptoms of anxiety and / or depression. Which shows us the mental health demand that would exist in the population.

**Key words:** Depression, anxiety, women, first level of care attention, sociodemographic characteristics, K-10 scale.

## INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud, en su Reporte sobre “Salud Mental en el Mundo” del 2001, nos informó que 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de alteración mental o neurológica; sin embargo, sólo una minoría recibe atención profesional para sus problemas (1).

En el mismo reporte afirmó que la depresión ocupaba el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo; que la frecuencia de presentación era mayor en mujeres que en hombres, aproximadamente el doble. Además indicaba que “una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida” (1).

Hablando de periodos más cercanos al presente, la Organización Mundial de la Salud, en su página web, en el 2017; muestra datos sobre cómo las enfermedades mentales frecuentes como la ansiedad y depresión van aumentando a nivel mundial. “Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones” (2). También nos da porcentajes de la población mundial que padece trastornos mentales, 10% para ser más precisos (2).

Según el Ministerio de Salud, cuatro de cada diez ciudadanos peruanos presentarían problemas de salud mental; sea ansiedad, depresión, adicción, entre otros, en el transcurso de su vida, además los trastornos de depresión y ansiedad son las enfermedades mentales más frecuentes, presentándose en todos los sectores socioeconómicos.

Existen datos epidemiológicos de estudios realizados en el Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, que confirman que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. En estos estudios además se evidenció que la prevalencia de depresión en Lima, en la sierra y en la selva de nuestro país no varía mucho en cuanto a porcentajes (3).

La depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que un porcentaje de la población presente intentos suicidas. Recordemos que éste es un país donde en

varias regiones no hay disponibilidad de atención psiquiátrica y los seguros privados no están obligados a cubrir atenciones en salud mental; siendo de este modo, la enfermedad mental empobrece rápidamente al sujeto y su familia. Del mismo modo, las enfermedades mentales son causa de discapacidad y por tanto, de empobrecimiento y detención del desarrollo (3).

“Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento en la vida de muchas personas, a pesar de ello, gran mayoría de las personas afectadas no buscan ayuda porque desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado” (4).

En la actualidad, la depresión se presenta aún más prevalente en las mujeres que en los varones, llegando a presentar aquéllas unas tasas de 1,5 a 3 veces mayores que las de los hombres (5). Es oportuno mencionar que en las mujeres, el estado de ánimo es cíclico, debido a la influencia de hormonas y sus variaciones, sobre los sistemas de neurotransmisión. Hay un sector (75%) de mujeres en etapa reproductiva presentan variaciones de humor que no necesitan algún tratamiento específico; sin embargo existe otro sector de estas mujeres, cuyos síntomas llegan a producirles alteraciones sociales y psicológicas (situación que no es normal), son ellas quienes necesitan de un diagnóstico y tratamiento oportuno ya que si el cuadro patológico de fondo persiste, puede hasta incapacitarlas intermitentemente durante un tercio de su vida (6)

En cuanto al reconocimiento y diagnóstico de las enfermedades mentales, se ha documentado que “los médicos generales sólo identifican a la mitad de los pacientes que sufren trastornos mentales. La alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención permanece subdiagnosticada; entre un 30% a 50% de los pacientes que se atienden en este nivel presentan algún problema de salud mental que no es reconocido por el médico general. De este modo, la identificación de posibles casos de depresión es una acción de prevención importante ya que permite llevar a cabo intervenciones tempranas en casos de cuadros subclínicos que, si no se detectan a tiempo, pudieran evolucionar hacia cuadros mayores” (7).



**CAPÍTULO I**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**

## CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnica

- En este estudio se aplicó entrevista y encuestas como técnica de trabajo.

#### 1.2. Instrumentos

- Ficha de recolección de datos: solicitando datos como edad, estado civil, condición económica, relación con familiares, grado de instrucción, ocupación, motivo de consulta.
- Cuestionario conteniendo la “escala de Kessler 10 de malestar psicológico”, validada para este tipo de estudio por Vargas Terrez, Blanca Estela et al. (44), en un estudio aprobado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la ciudad de México. Esta escala consta de 10 preguntas sobre malestar psicológico referidos a la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión de treinta días antes de su aplicación. Cada pregunta puede tener una respuesta de un puntaje de 1 a 5, al final de la suma de todos los ítems, de acuerdo al puntaje obtenido se clasifica el malestar psicológico en bajo (10-15), moderado (16-21), alto (22-29) o muy alto (30-50); además tiene un punto de corte según el puntaje que obtengan las pacientes encuestadas, para determinar posibles casos de depresión (21 o más) y/o ansiedad (22 o más).

#### 1.3. Materiales de Verificación

- Fichas de recolección de datos y consentimiento informado.
- Material de escritorio.
- Computadora con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadísticos.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. Ubicación espacial**

El presente estudio se realizó en el Puesto de Salud Villa Jesús, ubicado en el distrito de Paucarpata, departamento de Arequipa.

### **2.2. Ubicación temporal**

El estudio se realizó en el mes de Febrero del año 2017.

### **2.3. Unidades de estudio**

Pacientes mujeres, mayores de edad, que acudan al Puesto de Salud Villa Jesús (centro de primer nivel de atención), de la ciudad de Arequipa.

#### **2.3.1. Población**

Pacientes mujeres de 18 años o mayores de 18 años, que acudieron solicitando atención al Puesto de Salud “Villa Jesús”, ubicado en Arequipa durante el periodo de estudio.

#### **2.3.2. Muestra**

La población era conocida, por tanto la muestra se calculó mediante la técnica muestral probabilística aleatoria simple. La muestra estuvo conformada por un total de 134 pacientes mujeres, de 18 o más años de edad.

### **2.4. Criterios de Selección:**

#### **2.4.1. Criterios de inclusión:**

- Pacientes mujeres, de 18 o más años, que acudan al Puesto de salud Villa Jesús.
- Pacientes mujeres que acudan al Puesto de Salud Villa Jesús solicitando atención para sí mismas, por los distintos servicios con los que este puesto de salud cuenta.

- Pacientes que estén dispuestas a colaborar con la presente investigación, conforme al consentimiento informado.
- Pacientes que hayan comprendido adecuadamente los ítems del instrumento, y que tras ello manifiesten ser capaces de participar en la resolución del test, ya sea marcando las respuestas ellas solas, o marcándolas el entrevistador de acuerdo a las respuestas que manifiesten las pacientes.

#### **2.4.2. Criterios de exclusión:**

- Pacientes mujeres que se nieguen a colaborar con el estudio.
- Pacientes mujeres que no fueron entrevistadas directamente.
- Pacientes mujeres menores de 18 años.
- Pacientes mujeres que manifiesten no poder llenar o responder a las preguntas de las encuestas.
- Pacientes mujeres que hayan entregado la parte de respuestas del Test K-10 (incluido en la encuesta) incompleto, incluso tras haberle sugerido intentar completarlo.
- Encuestas con respuestas en las que haya influido una persona ajena a la entrevistada.

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

**3.1. Organización:** Se enviara una solicitud al Director(a) del Puesto de Salud Villa Jesús, ubicado en el distrito de Paucarpata, departamento de Arequipa, para que se me autorice el desarrollo de la investigación en dicho puesto de salud. Una vez aprobada la solicitud, se acudió a dicho establecimiento y se identificó a pacientes mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, a ellas se les solicitó que den su consentimiento mediante la aceptación de participar en el estudio, esto previo a la entrega y explicación del consentimiento informado redactado. A quienes dieron su consentimiento se les entregó la ficha de entrevista que contenía un cuestionario de recolección de datos y el test de Kessler 10, se les dio un promedio de 10

minutos para que respondieran, algunas pacientes respondieron ellas mismas y a otras se les leyó las preguntas para que las respondan y consignar su respuesta en la hoja.

Una vez concluida la recolección de datos de la muestra necesaria, éstos fueron recopilados y organizados en una base de datos de Microsoft Excel para su posterior procesamiento y análisis.

### 3.2. Recursos

#### 3.2.1. Humanos:

- **Investigador:** Jose Jessid Capaquira Morales (Bachiller en Medicina Humana)
- **Asesor:** Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez (Psiquiatra)

#### 3.2.2. Institucionales:

- Puesto de Salud Villa Jesús, de la ciudad de Arequipa

#### 3.2.3. Materiales:

- Fichas de entrevista
- Material de escritorio
- Computadora con software de procesamiento de textos, base de datos y estadísticos (SPSS Statistics).
- 01 Impresora.

#### 3.2.4. Financiero: Autofinanciado por el autor.

### 3.3. Validación de los instrumentos:

**3.3.1. La ficha de recolección de datos:** utilizada para obtener datos sociodemográficos, no siendo necesaria su validación.

**3.3.2. Cuestionario que contiene la Escala Kessler 10 (K-10) de malestar psicológico:** se trata de un instrumento que consta de 10 preguntas sobre malestar psicológico, referidos a síntomas de ansiedad y depresión que pueda haber tenido el encuestado 30 días previas a la encuesta; ésta tiene 5 opciones de respuesta de acuerdo a la frecuencia de síntomas en ese periodo de tiempo.

- Este instrumento se aplicará en pacientes que acudan a un centro de primer nivel de atención; fue validado para propósitos similares por Vargas Terrez, Blanca Estela et al., en el artículo, titulado “Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas” (44), de la revista Salud Mental, estudio aprobado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la ciudad de México; el 20 de Abril del 2011. En dicho artículo se obtiene como resultados la alta precisión del instrumento, ya que puede detectar hasta el 87% y 82,4% de los casos de depresión y ansiedad respectivamente y recomiendan su uso por médicos generales en el primer nivel de atención (44).
- Según el puntaje obtenido en el test, hay un punto de corte de 21 puntos para el diagnóstico de depresión, con una sensibilidad de 78.7% y especificidad de 79.0%. Otro punto de corte de 22 puntos para el diagnóstico de ansiedad, con una sensibilidad de 72.4% y especificidad de 73.8% (44).
- Así pues, la sensibilidad y la especificidad indican que la K-10 es un instrumento de tamizaje para identificar adecuadamente casos de ansiedad y depresión en la comunidad, además su brevedad y de aplicación sencilla en el primer nivel de atención, se usó en estudios en España, Colombia, México, Perú y países de Europa y Estados Unidos (44).
- La escala K10 está siendo utilizada en encuestas de salud en Estados Unidos y Canadá, también en la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (45).

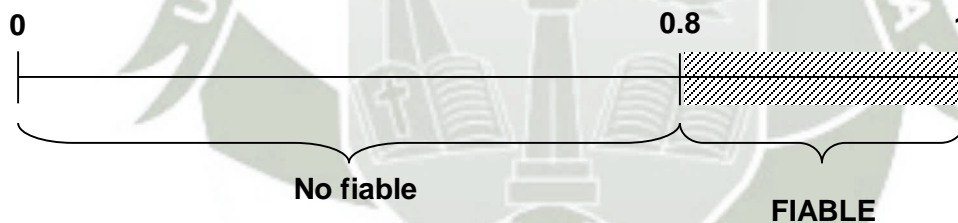
#### **4. CRITERIOS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS**

##### **4.1. Plan de recolección:**

- Se acudió a los seis establecimientos de salud con el respectivo instrumento de investigación, previamente se realizó la solicitud respectiva al Director(a) del Puesto de Salud Villa Jesús y consentimientos informados de

participación en la investigación, los cuales se encontraban en carpetas separadas para su fácil manipulación, se entregó a cada participante ambos documentos y se le dio un tiempo de 10-15 minutos, dentro de los cuales se explicaba el llenado del instrumento y se respondía las dudas generadas, posteriormente se verificó el llenado completo y se guardaron ambos documentos en las carpetas respectivas, para su fácil procesamiento.

- Una vez finalizado el período de recolección en el establecimiento de salud, se verificó la cantidad de entrevistados para poder alcanzar a la muestra adecuada.
- Posteriormente se verificó la fiabilidad de los resultados para su análisis respectivo, teniendo en cuenta el Análisis de confiabilidad mediante el Índice de Consistencia Interna Alfa de Cronbach<sup>1</sup>, en la cual, un valor es cercano a la unidad representa un instrumento fiable que hace mediciones consistentes, si su valor está por debajo de 0.8 el instrumento que se está evaluando presenta una variabilidad heterogénea en sus ítems y por tanto nos llevará a conclusiones equivocadas.



Para calcular el índice de confiabilidad, utilizaremos la fórmula: **Mediante la varianza de los ítems**

<sup>1</sup> Índice de Consistencia Interna Alfa de Cronbach, obtenida de *Investigación del comportamiento*. 2002. México, por Kerling Fred.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left| 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right|$$

$\alpha$  = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

$V_i$  = Varianza de cada ítem

$V_t$  = Varianza total

Para tal efecto de la confiabilidad se ha sometido a la prueba respectiva mediante la varianza de los ítems a ambos instrumentos aplicados, tanto para la variable independiente y dependiente.

- Para el análisis del Cuestionario Adaptado según Escala de Kessler 10, al evaluar la consistencia interna del instrumento mediante Alfa de Cronbach, aplicado a un total de 134 pacientes mujeres:

#### HALLANDO LOS DESCRIPTIVOS<sup>2</sup>:

Ítems	N	Varianza
Ítem 01	134	1.048
Ítem 02	134	1.082
Ítem 03	134	0.656
Ítem 04	134	1.462
Ítem 05	134	1.018
Ítem 06	134	0.703
Ítem 07	134	1.221
Ítem 08	134	0.828
Ítem 09	134	1.136
Ítem 10	134	0.920
<b><math>\Sigma V_i</math></b>		<b>10.075</b>
<b><math>V_t</math></b>		<b>36.459</b>

<sup>2</sup> Análisis del Cuestionario adaptado según Escala de Kessler 10, fuente propia.

Reemplazando en la fórmula:

### Resultados de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left| 1 - \frac{10.075}{36.459} \right|$$

Valor Calculado: ( **$\alpha=0.804$** )

De cuadro anterior se observa que el valor del índice de confiabilidad Alfa de Cronbach por el Total de las varianzas de los ÍTEMS evaluados, y según los rangos de Interpretación del Coeficiente de confiabilidad su magnitud se obtiene un valor próximo a la unidad ( $\alpha=0.804$ ) lo que indica que es altamente confiable.

#### 4.2. Plan de sistematización:

- Para el procesamiento de datos, se diseñó una matriz de datos para trabajar con las variables de estudio en Microsoft Excel 2013.
- Estos resultados son procesados y analizados en el paquete estadístico SPSS, en su versión 22, idioma español. Este paquete analizó los datos mediante tablas de frecuencia (frecuencia absoluta y relativa en porcentaje), gráficos de sector circular y barras, esto como parte de la estadística descriptiva y en la inferencial mediante tablas cruzadas o de contingencia.

#### 4.3. Plan de estudio de datos:

- Para determinar la relación del perfil del trabajador en salud, se realizó mediante la estadística inferencial, siendo aplicada el Chi cuadrado de Pearson, y con especificidad en el caso de la prueba de hipótesis general, se realizó mediante el Chi cuadrado de Bondad de Ajuste, el mismo que determinar si las frecuencias esperadas en la investigación son similares con los resultados observados. En este análisis inferencial se utilizó como nivel de significancia o margen de error el 5%, y su complemento denominado nivel de confianza con el 95%, donde la hipótesis del investigador se acepta si los valores de la probabilidad de error denominado P-Valor o significancia asintótica son menores al 5% (P-Valor < 5%).



## **CAPÍTULO II RESULTADOS**

## CAPÍTULO II: RESULTADOS

### 1. DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN

El análisis de los datos obtenidos y la interpretación de los resultados, se presentan mediante la descripción de la aplicación de los instrumentos, esto deviene del análisis de la variable, a continuación, se menciona el proceso de tratamiento de los resultados.

Los instrumentos que se aplicaron para recabar la información fueron:

#### 1.1. El Cuestionario aplicado a las pacientes mujeres, se asumió mediante:

**1.1.1. Información básica:** que recaba la información que caracteriza al profesional de la salud, en esta se consideró: Edad, Sexo, Estado Civil, Lugar de Procedencia, Motivo de Consulta, Ocupación, Escolaridad, Percepción de situación económica y Percepción de la relación con su familia.

**1.1.2. Respecto a la variable en estudio:** donde el malestar psicológico, síntomas depresivos y síntomas ansiosos, está dado por la respuesta escalar a 10 ítems denominada Escala de Kessler 10, que responden al propósito del estudio.

Para la interpretación de resultados se han considerado también gráficos que representan los porcentajes obtenidos por categorías y niveles siendo las puntuaciones consignadas sobre el malestar psicológico que da origen a los síntomas depresivos y síntomas ansiosos de las pacientes.

En la interpretación de resultados se ha tomado en cuenta el siguiente cuadro de rangos:

**Cuadro 1. Organización de la variable malestar psicológico en pacientes mujeres**

Valoración	Rangos	Descripción
Bajo	[10-15>	El malestar psicológico no incide notoriamente.
Moderado	<16-21>	El malestar psicológico incide en ocasiones.
Alto	<22-29>	El malestar psicológico incide notoriamente.
Muy alto	<30-50]	El malestar psicológico incide demasiado.

Fuente: Elaboración propia

## 2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 2.1. DESCRIPTIVOS DE LA CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES MUJERES

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 1.**  
**RESULTADOS POR EDAD DE LAS PACIENTES**

Categorías	Frecuencia (fi)	Porcentaje (ni%)
De 21 a 30 años	52	38.8
De 31 a 40 años	41	30.6
De 41 a 50 años	18	13.4
Mayor a 50 años	16	11.9
Menor a 20 años	7	5.2
Total	134	100.0

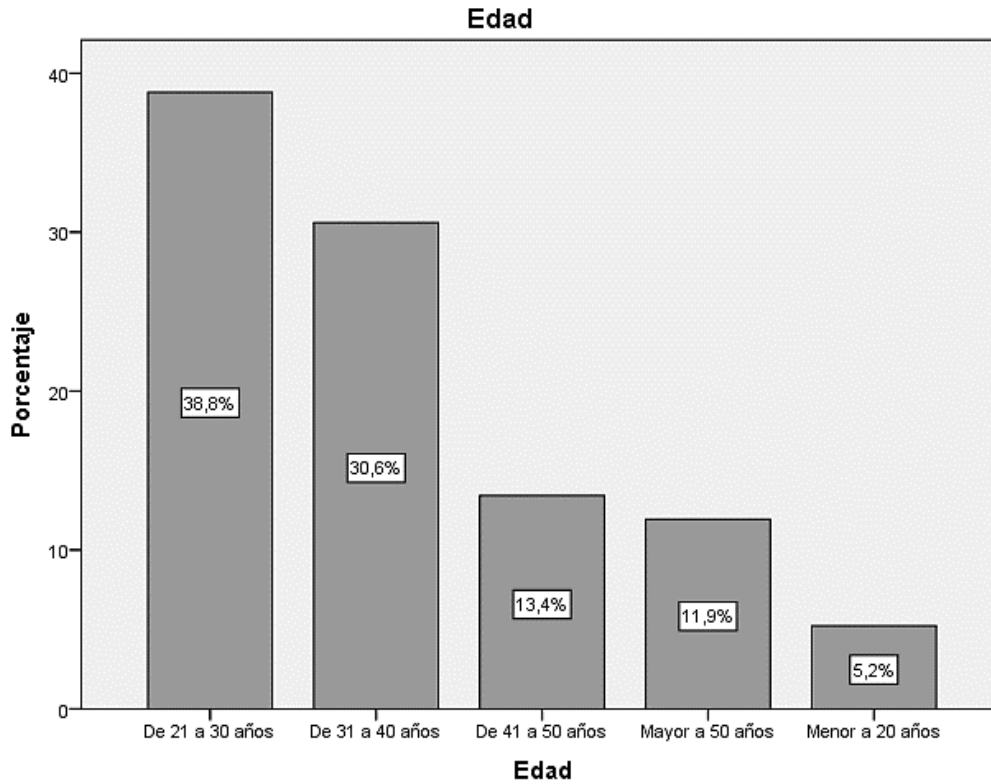
Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

Los resultados muestran que en su mayoría las pacientes mujeres, fluctúan entre las edades de 21 a 30 años de edad en un 38.9%, lo cual muestra que las pacientes son jóvenes; el 30.6%, se encuentran entre 31 a 40 años de edad, el 13.4% se encuentran con edades de 41 a 50 años, el 11.9%, indica que son mayores a los 50 años, solamente el 5.2% son menores de 20 años.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 1.**  
**Porcentajes comparativos de la edad de las pacientes**



Fuente: Elaboración propia



**2.1.1. Descriptivos por el nivel de escolaridad de las pacientes y tipo de estudios realizados**

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 2.**  
**RESULTADOS POR EL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES Y TIPO DE ESTUDIOS REALIZADOS**

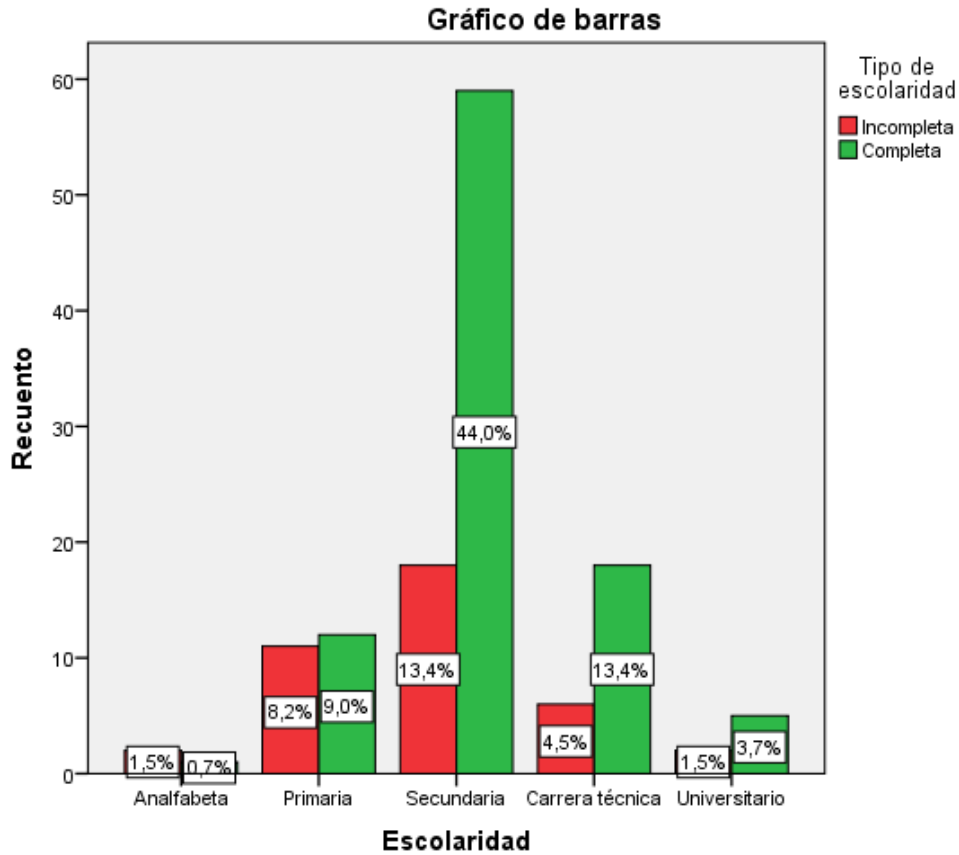
Escolaridad	Tipo de escolaridad					
	Incompleta		Completa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Analfabeta	2	1.5%	1	0.7%	3	2.2%
Primaria	11	8.2%	12	9.0%	23	17.2%
Secundaria	18	13.4%	59	44.0%	77	57.5%
Carrera técnica	6	4.5%	18	13.4%	24	17.9%
Universitario	2	1.5%	5	3.7%	7	5.2%
Total	39	29.1%	95	70.9%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** Los resultados evidencian que 44% de las pacientes mujeres concluyeron los estudios secundarios, 13.4% concluyó carreras técnicas, 9% primaria, solamente el 3.7%, llega a concluir estudios universitarios. Se hallaron 13.4% de pacientes con secundaria inconclusa, 8.2% primaria, 4.5% carrera técnica, 1.5% estudios universitarios incompletos y 2.2% analfabetas.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 2.**  
**PORCENTAJES COMPARATIVOS POR EL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES Y TIPO DE ESTUDIOS REALIZADOS.**



Fuente: Elaboración propia

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 3.**  
**RESULTADOS POR EL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES MUJERES**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (ni%)</b>
Rural	32	23.9
Urbano	102	76.1
Total	134	100.0

Fuente: Elaboración propia

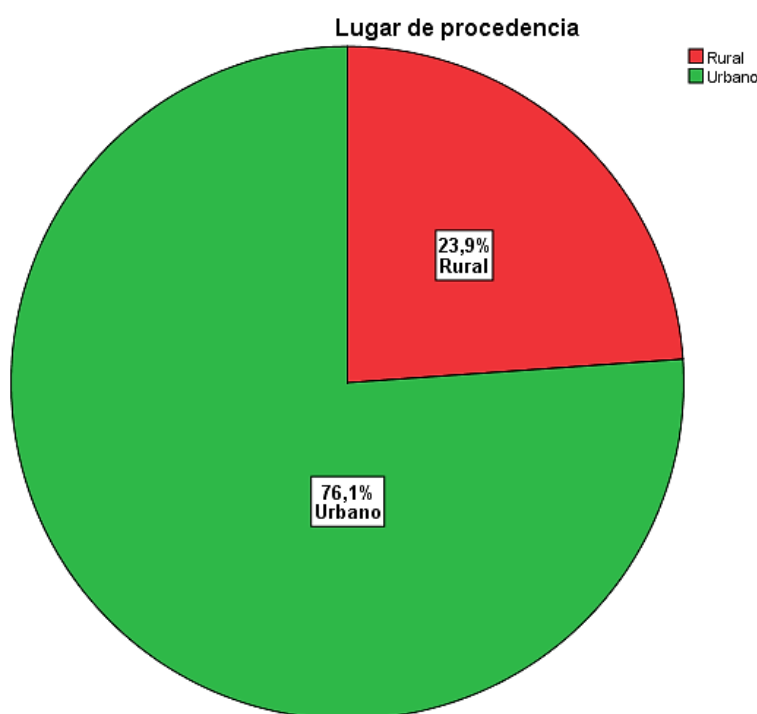
**INTERPRETACIÓN:**

Los resultados hacen notar que las pacientes mujeres acuden al establecimiento de salud Villa Jesús, del ámbito urbano en un 76.1%, a diferencia del rural que solamente ascienden a un total de 23.9% de las pacientes. Esto indica que la mayoría de las pacientes pertenecen a zonas urbanas, que a las zonas rurales.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 3.**

**PORCENTAJES COMPARATIVOS POR EL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES MUJERES**



Fuente: Elaboración propia

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 4.**  
**FRECUENCIA POR EL MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES MUJERES**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (ni%)</b>
Tos, resfrío	22	16.4
Control prenatal	21	15.7
Dental	18	13.4
Planificación familiar	13	9.7
Cefalea	11	8.2
Dolor abdominal	10	7.5
Control médico	7	5.2
Lumbalgia	5	3.7
Prurito al miccionar	3	2.2
Cansancio	2	1.5
Control postnatal	2	1.5
Dolor articular	2	1.5
Dolor de huesos	2	1.5
Problema de visión	2	1.5
Alergia	1	0.7
Aumento de volumen de rodilla	1	0.7
Cáncer	1	0.7
Control de presión arterial	1	0.7
Contusión en pie	1	0.7
Dolor en pie (espolón)	1	0.7
Epistaxis	1	0.7
Estreñimiento y diarrea	1	0.7
Herniación umbilical	1	0.7
Llanto, Cefalea	1	0.7
Mialgia	1	0.7
Quemadura	1	0.7
Retiro de puntos	1	0.7
Sangrado vaginal	1	0.7
Total	134	100.0

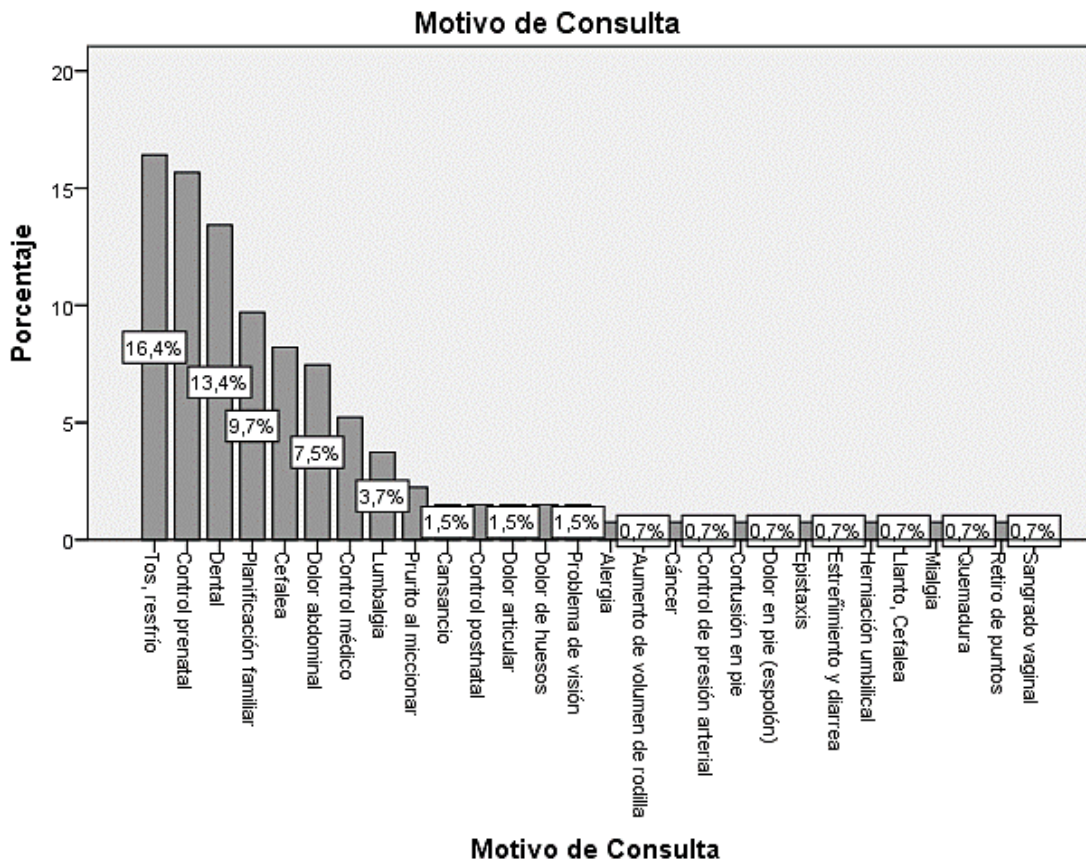
Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:**

Los resultados evidencian que el motivo de consulta de las pacientes mujeres en su mayoría es por motivos de tos o resfrío en un 16.4%, motivos de control prenatal son el 15.7%, atención dental en un 13.4%, planificación familiar el 9.7%, cefalea el 8.2%, dolor abdominal el 7.5%, el resto de motivos de consulta son menores al 5%.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 4.**  
**PORCENTAJES COMPARATIVOS POR EL MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES MUJERES**



Fuente: Elaboración propia

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 5.**  
**RESULTADOS POR LA OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES MUJERES**

Categorías	Frecuencia (fi)	Porcentaje (ni%)
Ama de casa	73	54.5
Ama de casa, Independiente	18	13.4
Independiente	13	9.7
Ama de casa, Otro	9	6.7
Estudiante	8	6.0
Otro	8	6.0
Comerciante	3	2.2
Estudiante, Otro	1	0.7
Ama de casa, Comerciante	1	0.7
Total	134	100.0

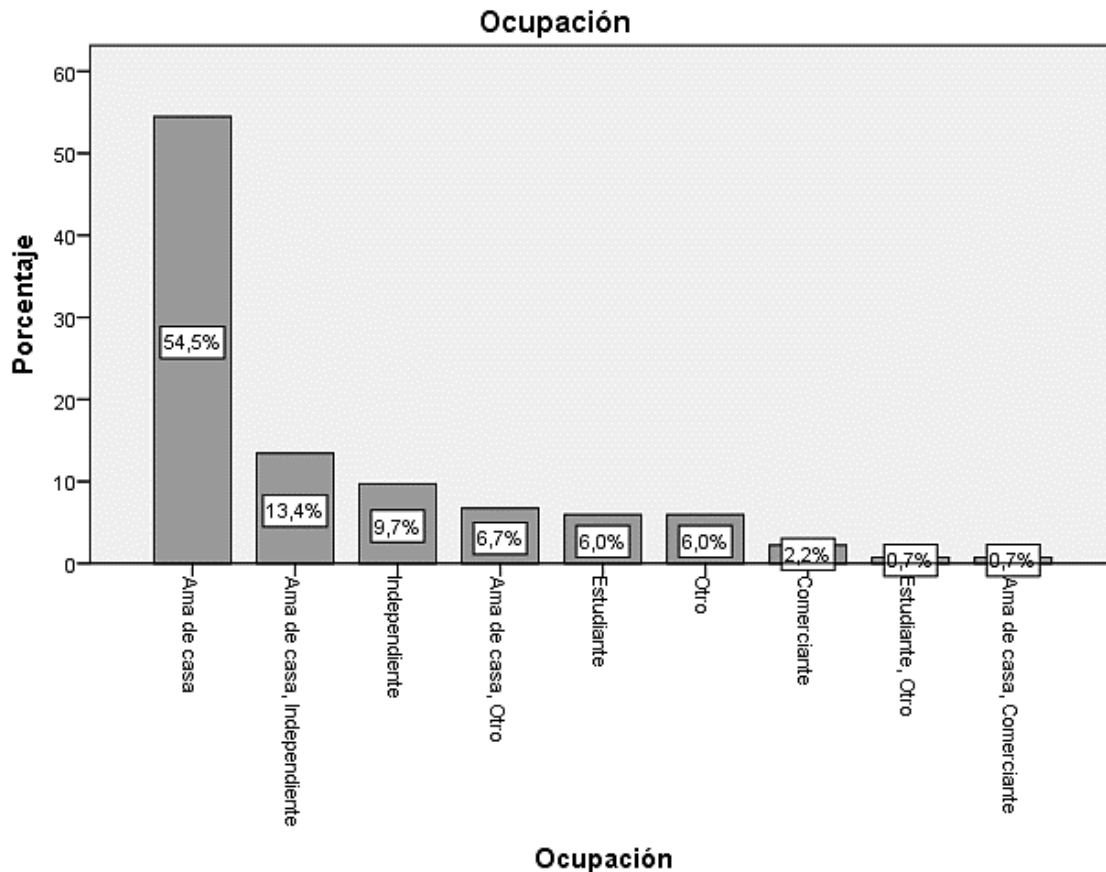
Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:**

Los resultados muestran que la mayoría de las pacientes mujeres presentan la ocupación exclusiva de ama de casa, representado por el 54.5%; 13.4% ama de casa y un trabajo independiente, 9.7% trabajo independiente, 6.7% amas de casa y otras ocupaciones, 6% son estudiantes, al igual que otros trabajos, el resto de ocupaciones fue de menos del 5%.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 5.**  
**PORCENTAJES COMPARATIVOS POR LA OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES MUJERES**



Fuente: Elaboración propia

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 6.**  
**FRECUENCIA POR EL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES MUJERES**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (ni%)</b>
Conviviente	75	56.0
Casada	26	19.4
Soltera	20	14.9
Separada	7	5.2
Viuda	4	3.0
Divorciada	2	1.5
Total	134	100.0

Fuente: Elaboración propia

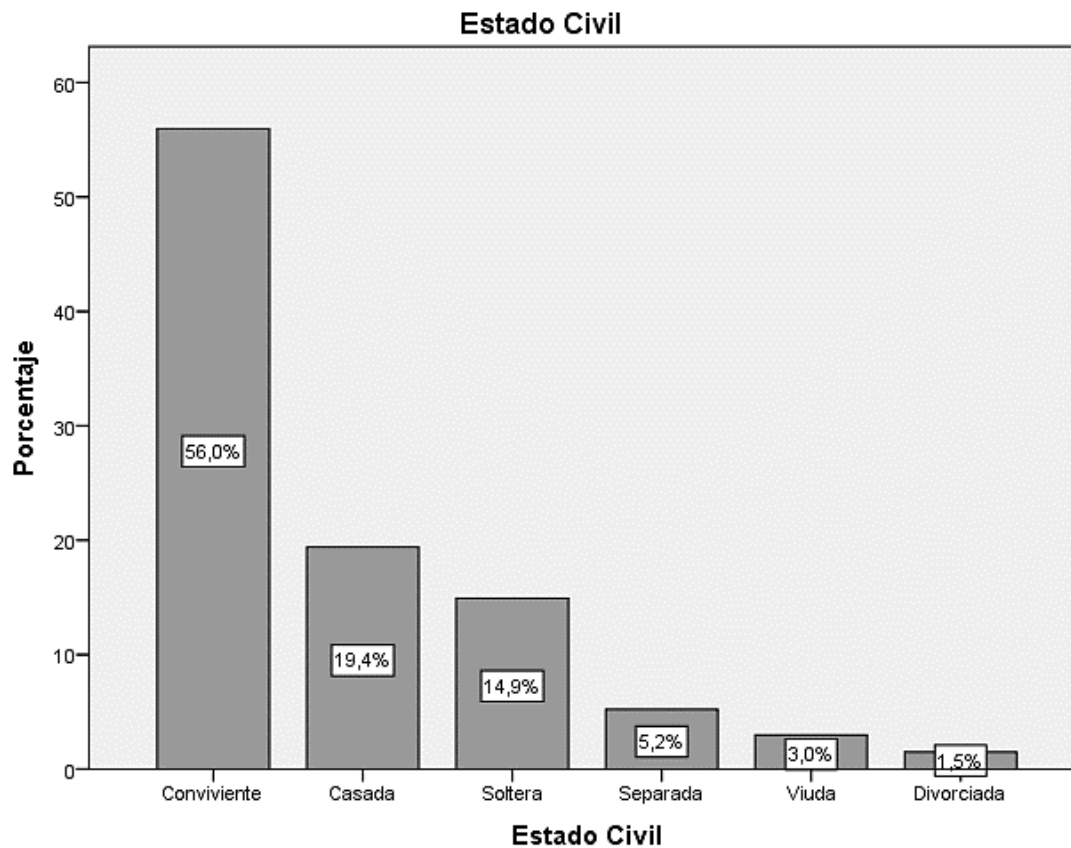
**INTERPRETACIÓN:**

Los resultados muestran que la mayoría de las pacientes (56%) tiene un estado civil de conviviente, 19.4% son casadas, 14.9% solteras, 5.2% separadas, 3% son viudas y 1.5% divorciadas.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 6.**

**Porcentajes comparativos por el estado civil de las pacientes mujeres.**



Fuente: Elaboración propia



“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 7.**  
**FRECUENCIA POR LA PERCEPCIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA DE LAS PACIENTES MUJERES**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (ni%)</b>
Regular	121	90.3
Mala	7	5.2
Buena	6	4.5
Total	134	100.0

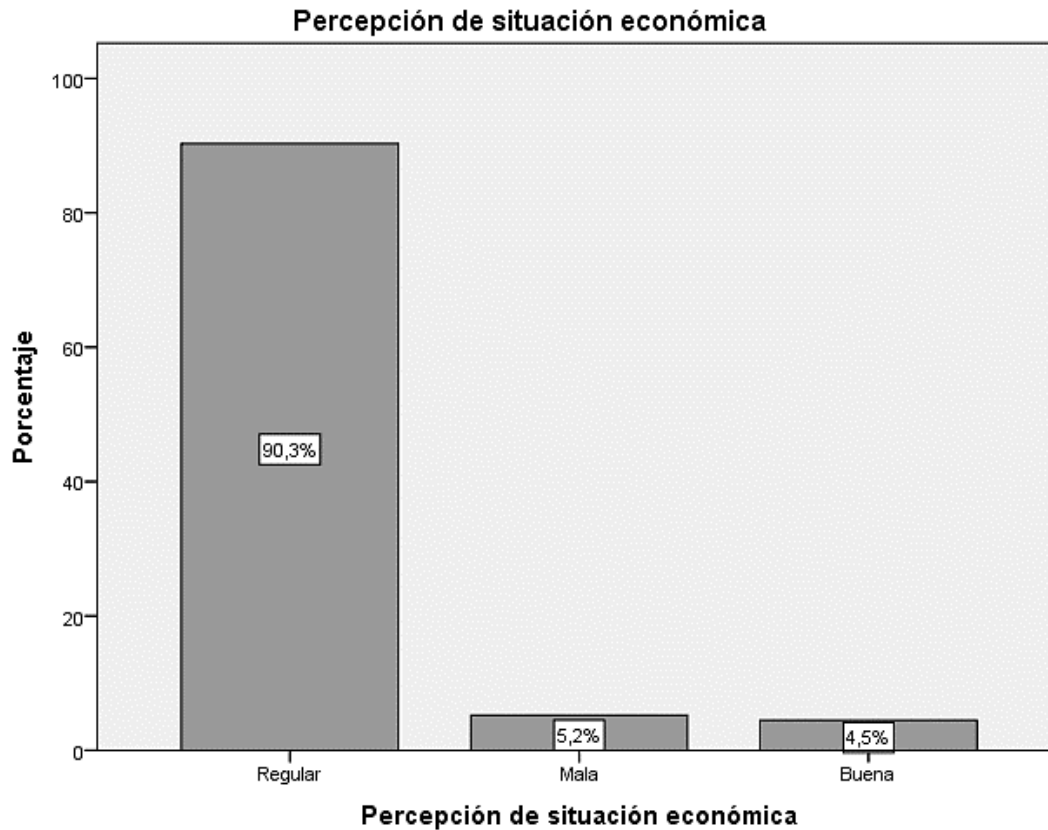
Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:**

En los resultados obtenidos, en su mayoría (90%) de las pacientes presentan una situación económica regular, 5.2% una situación económica mala y 4.5% afirmó que su situación económica es buena.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 7.**  
**PORCENTAJES COMPARATIVOS POR LA PERCEPCIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA DE LAS PACIENTES MUJERES**



Fuente: Elaboración propia

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 8.**

**FRECUENCIA POR LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN CON SU FAMILIA DE LAS PACIENTES MUJERES**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (ni%)</b>
Regular	67	50.0
Buena	63	47.0
Mala	4	3.0
Total	134	100.0

Fuente: Elaboración propia

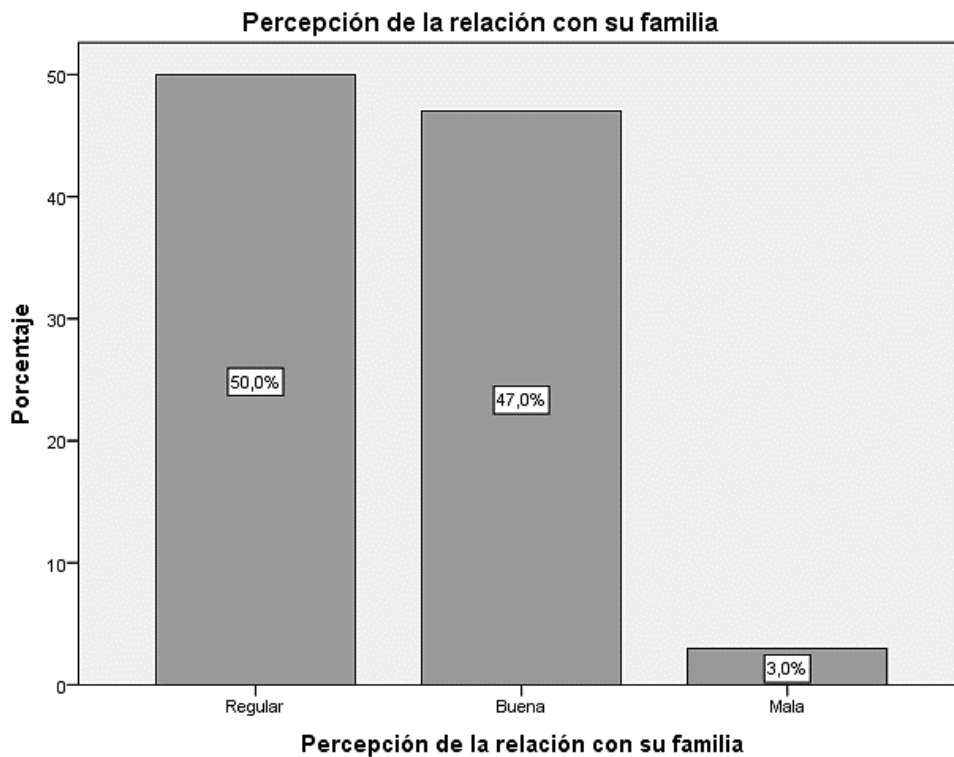
**INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a los resultados obtenidos, en su mayoría las pacientes mujeres presentan una situación familiar regular (50%), similarmente relación familiar buena (47%), y solamente la consideran mala el 3%.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 8.**

**PORCENTAJES COMPARATIVOS POR LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN CON SU FAMILIA DE LAS PACIENTES MUJERES**



Fuente: Elaboración propia

## 2.2. DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 9.**

### RESULTADOS POR MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (ni%)</b>
Alto	51	38.1
Moderado	49	36.6
Muy alto	19	14.2
Bajo	15	11.2
Total	134	100.0

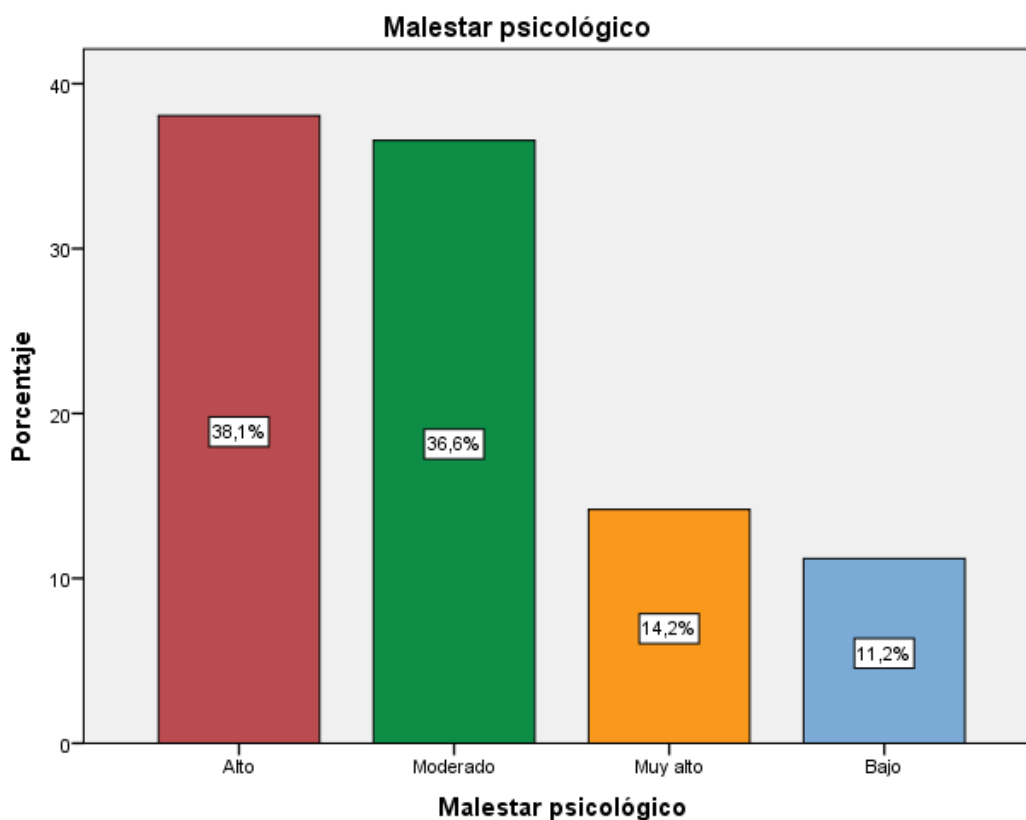
Fuente: Elaboración propia

### **INTERPRETACIÓN:**

Los resultados muestran que el 38.1% de pacientes presentan malestar psicológico alto, 36.6% presentan malestar psicológico moderado, 14.2% malestar psicológico muy alto y solamente 11.2% presentaron malestar psicológico bajo. Esto indica que estas pacientes presentan niveles considerables de malestar psicológico, lo cual influye negativamente en su salud mental y en la aparición de depresión y/o ansiedad.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 9.**  
**PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES**



Fuente: Elaboración propia

### 2.3. DESCRIPTIVOS DE LA FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES  
CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR  
PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE  
SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 10.**

**RESULTADOS DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD (CASOS  
POSIBLES DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD) EN PACIENTES MUJERES**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (ni%)</b>
Síntomas (Casos posibles)	70	52.2
No síntomas (no se verifican como posibles casos).	64	47.8
Total	134	100.0

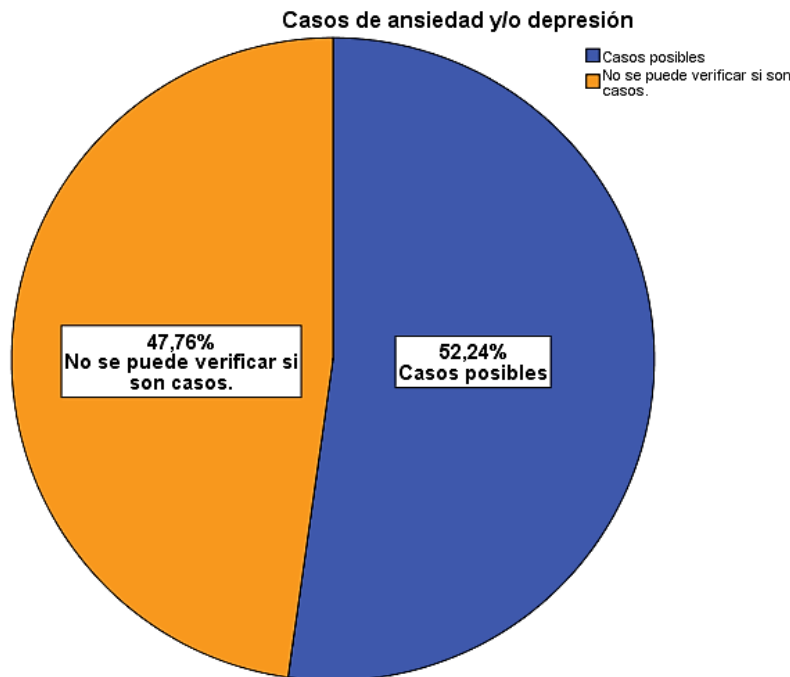
Fuente: Elaboración propia

#### **INTERPRETACIÓN:**

Los resultados muestran que en el 52.24% de las pacientes encuestadas presenta síntomas de ansiedad y/o depresión, el 47.76% de las pacientes encuestadas no presenta síntomas de ansiedad y/o depresión.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 10.**  
**PORCENTAJES COMPARATIVOS DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD (CASOS POSIBLES DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD) EN PACIENTES MUJERES**



Fuente: Elaboración propia



## 2.4. DESCRIPTIVOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON EL MALESTAR PSICOLÓGICO

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 11.**  
**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE LA EDAD Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Edad	Malestar psicológico									
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 20 años	1	0.7%	1	0.7%	4	3.0%	1	0.7%	7	5.2%
De 21 a 30 años	7	5.2%	26	19.4%	15	11.2%	4	3.0%	52	38.8%
De 31 a 40 años	6	4.5%	13	9.7%	15	11.2%	7	5.2%	41	30.6%
De 41 a 50 años	1	0.7%	5	3.7%	9	6.7%	3	2.2%	18	13.4%
Mayor a 50 años	0	0.0%	4	3.0%	8	6.0%	4	3.0%	16	11.9%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

### Interpretación:

En cuanto a la edad de las pacientes, en las pacientes de entre 31 a 40 años, el malestar psicológico es muy alto representando un 5.2%, en aquéllas de entre 21 a 30 y mayores de 50 años el malestar muy alto representó el 3%, las de entre 41 a 50% el malestar muy alto en un 2.2%, las menores de 20 menor porcentaje de malestar psicológico muy alto (0.7%).

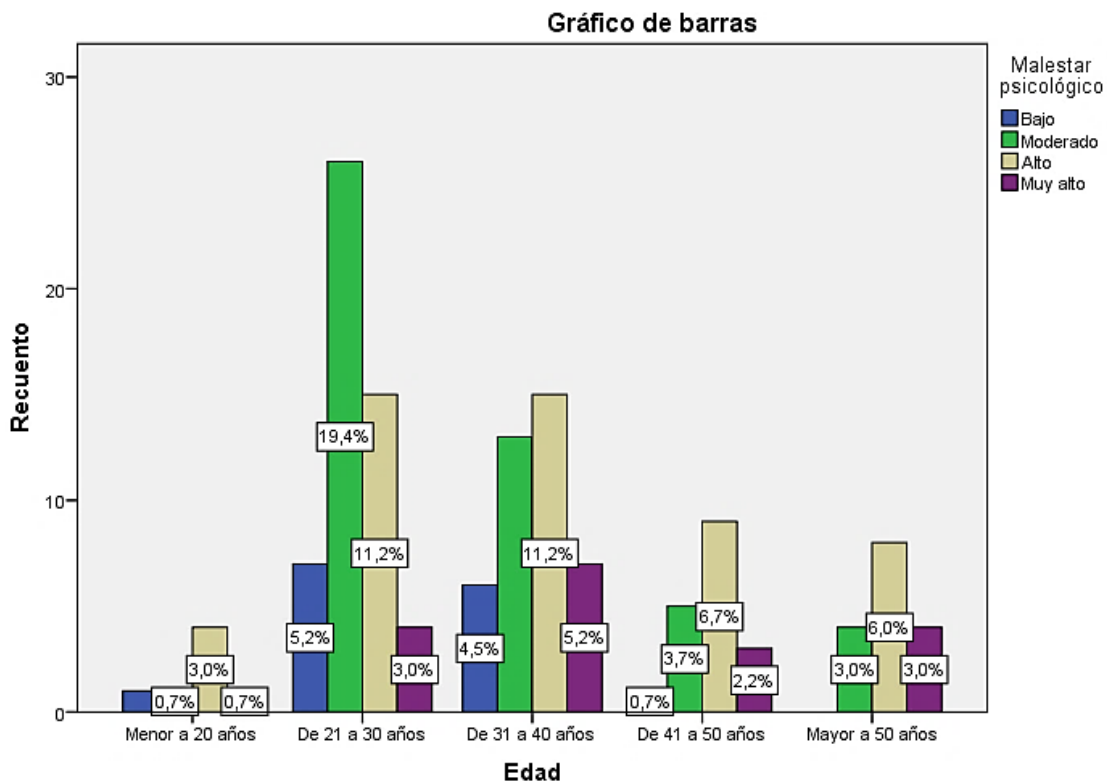
**Al aplicar la prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 14.093$

Valor de  $P = 0.295$  mayor a  $0.05$ ; observamos el valor  $P$ , el mismo que es mayor al margen de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho confirmado por el valor mayor de  $P$ . Por tanto, La edad de las pacientes mujeres **NO** está relacionada con el malestar psicológico ni con los síntomas de depresión y ansiedad. ( $0.295 > 0.05$ )

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 11.**

**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EDAD**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 12.**

**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE EL LUGAR E PROCEDENCIA Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Lugar de procedencia	Malestar psicológico									
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Rural	1	0.7%	13	9.7%	14	10.4%	4	3.0%	32	23.9%
Urbano	14	10.4%	36	26.9%	37	27.6%	15	11.2%	102	76.1%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:**

Las frecuencias indican que el malestar psicológico y síntomas son más notorios en las pacientes que proceden de la zona urbana, las pacientes de la zona urbana presentan niveles muy altos de malestar psicológico en un 11.2%, y la del medio rural un malestar psicológico muy alto en un 3.0%.

**Al aplicar la prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 3.076$

Valor de  $P = 0.380$  mayor a 0.05; observamos el valor  $P$ , el mismo que es mayor al margen de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho confirmado por el valor mayor de  $P$ .

Por tanto el lugar de procedencia de las pacientes mujeres **NO** está relacionado con el malestar psicológico, ni con los síntomas de depresión y ansiedad.

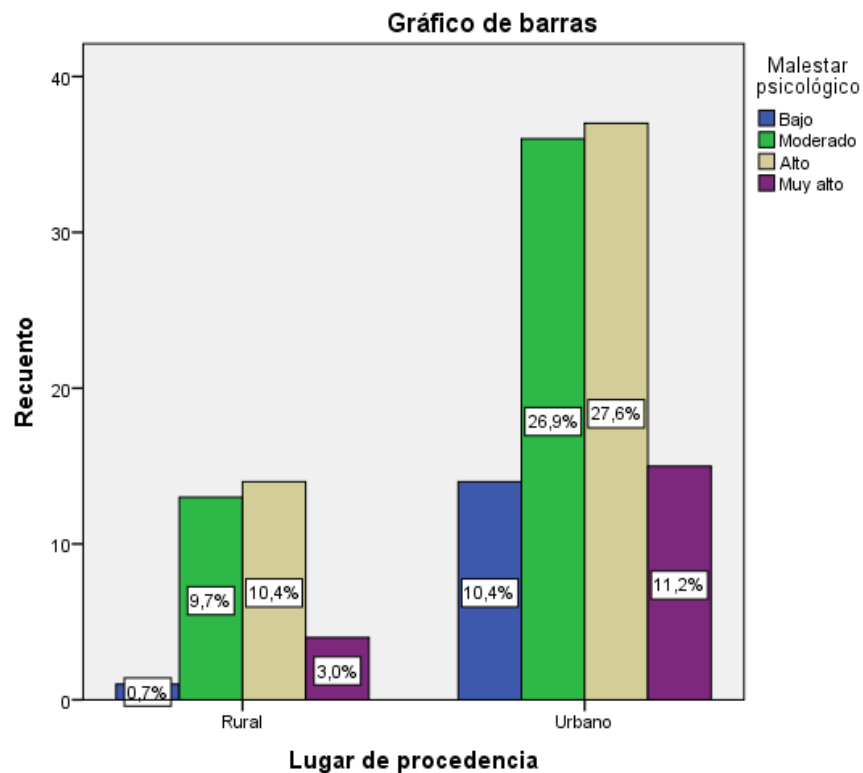
---

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

---

**GRÁFICO 12.**

**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA.**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 13.**  
**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE EL MOTIVO DE CONSULTA Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Motivo de Consulta	Malestar psicológico									
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cefalea	0	0.0%	2	1.5%	2	1.5%	7	5.2%	11	8.2%
Control médico	0	0.0%	3	2.2%	4	3.0%	0	0.0%	7	5.2%
Control prenatal	7	5.2%	5	3.7%	7	5.2%	2	1.5%	21	15.7%
Dental	0	0.0%	11	8.2%	7	5.2%	0	0.0%	18	13.4%
Dolor abdominal	1	.7%	5	3.7%	3	2.2%	1	.7%	10	7.5%
Lumbalgia	0	0.0%	1	.7%	4	3.0%	0	0.0%	5	3.7%
Planificación familiar	2	1.5%	3	2.2%	5	3.7%	3	2.2%	13	9.7%
Tos, resfrío	4	3.0%	11	8.2%	6	4.5%	1	.7%	22	16.4%
Otros motivos	1	.7%	8	6.0%	13	9.7%	5	3.7%	27	20.1%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

### Interpretación:

El malestar psicológico es muy alto en aquellas que hacen consultas respecto a cefalea, representando un 5.2%; quienes acuden por otros motivos entre los que están dolor articular, llanto y cansancio, presentan malestar psicológico muy alto representando un 3.7%, seguidas de quienes acuden por planificación familiar.

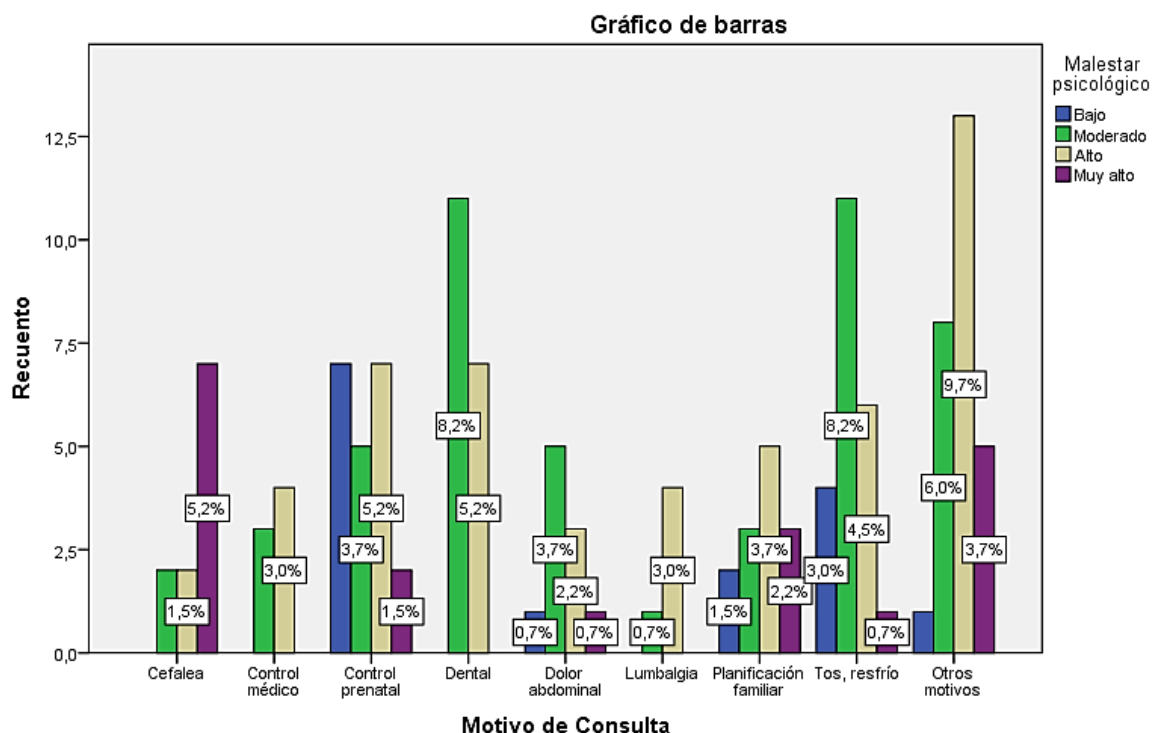
Quienes acudieron por control prenatal manifestaron los niveles más bajos de malestar psicológico (5.2%), además de quienes acuden por resfrío (3%).

**Al aplicar la prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 56.277$

Valor de  $P = 0.000$  menor a 0.05; observamos el valor  $P$ , el mismo que es menor al margen de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho confirmado por el valor menor de  $P$ . Por tanto el motivo de consulta de las pacientes mujeres está relacionado con el malestar psicológico y los síntomas de depresión y ansiedad.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 13.**  
**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA.**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 14.**  
**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE LA OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Ocupación	Malestar psicológico									
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Ama de casa	12	9.0%	24	17.9%	27	20.1%	10	7.5%	73	54.5%
Estudiante	0	0.0%	5	3.7%	3	2.2%	0	0.0%	8	6.0%
Comerciante	0	0.0%	2	1.5%	1	.7%	0	0.0%	3	2.2%
Independiente	1	.7%	8	6.0%	2	1.5%	2	1.5%	13	9.7%
Otro	0	0.0%	3	2.2%	2	1.5%	3	2.2%	8	6.0%
Ama de casa, Independiente	2	1.5%	5	3.7%	9	6.7%	2	1.5%	18	13.4%
Ama de casa, Otro	0	0.0%	1	.7%	6	4.5%	2	1.5%	9	6.7%
Estudiante, Otro	0	0.0%	0	0.0%	1	.7%	0	0.0%	1	.7%
Ama de casa, Comerciante	0	0.0%	1	.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	.7%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

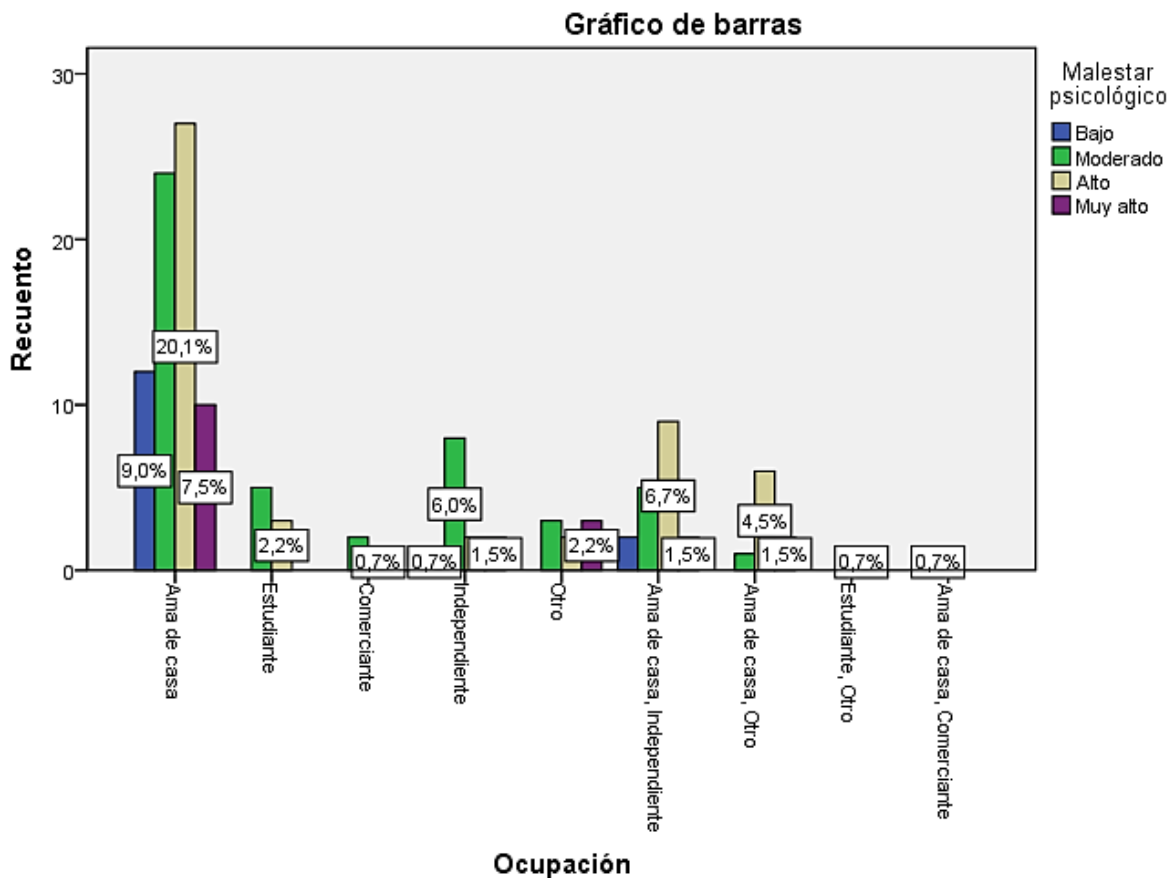
**Interpretación:**

Las amas de casa presentan los mayores niveles de malestar psicológico; 7.5% malestar muy alto, 20.1% malestar alto; quienes presentan otro trabajo representan 2.2% de malestar psicológico muy alto; amas de casa que además desempeñan trabajos independientes y amas de casa que además desempeñan otro trabajo representan 6.7% y 4.5% de malestar psicológico alto. Estudiantes representaron 0% de malestar psicológico muy malo. En el resto de ocupaciones, la proporción del

malestar psicológico no es muy notorio. **Al aplicar la prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 25.061$ ; valor de  $P = 0.402$  mayor a  $0.05$ ; observamos el valor  $P$ , el mismo que es mayor al margen de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho confirmado por el valor mayor de  $P$ . Por tanto la ocupación de las pacientes **NO** está relacionada con el malestar psicológico ni los síntomas de depresión o ansiedad.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 14.**  
**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES.**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 15.**  
**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE ESTADO CIVIL Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Estado Civil	Malestar psicológico									
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	0	0.0%	9	6.7%	7	5.2%	4	3.0%	20	14.9%
Casada	5	3.7%	11	8.2%	8	6.0%	2	1.5%	26	19.4%
Divorciada	0	0.0%	0	0.0%	2	1.5%	0	0.0%	2	1.5%
Viuda	0	0.0%	1	.7%	3	2.2%	0	0.0%	4	3.0%
Separada	0	0.0%	1	.7%	5	3.7%	1	.7%	7	5.2%
Conviviente	10	7.5%	27	20.1%	26	19.4%	12	9.0%	75	56.0%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

#### Interpretación:

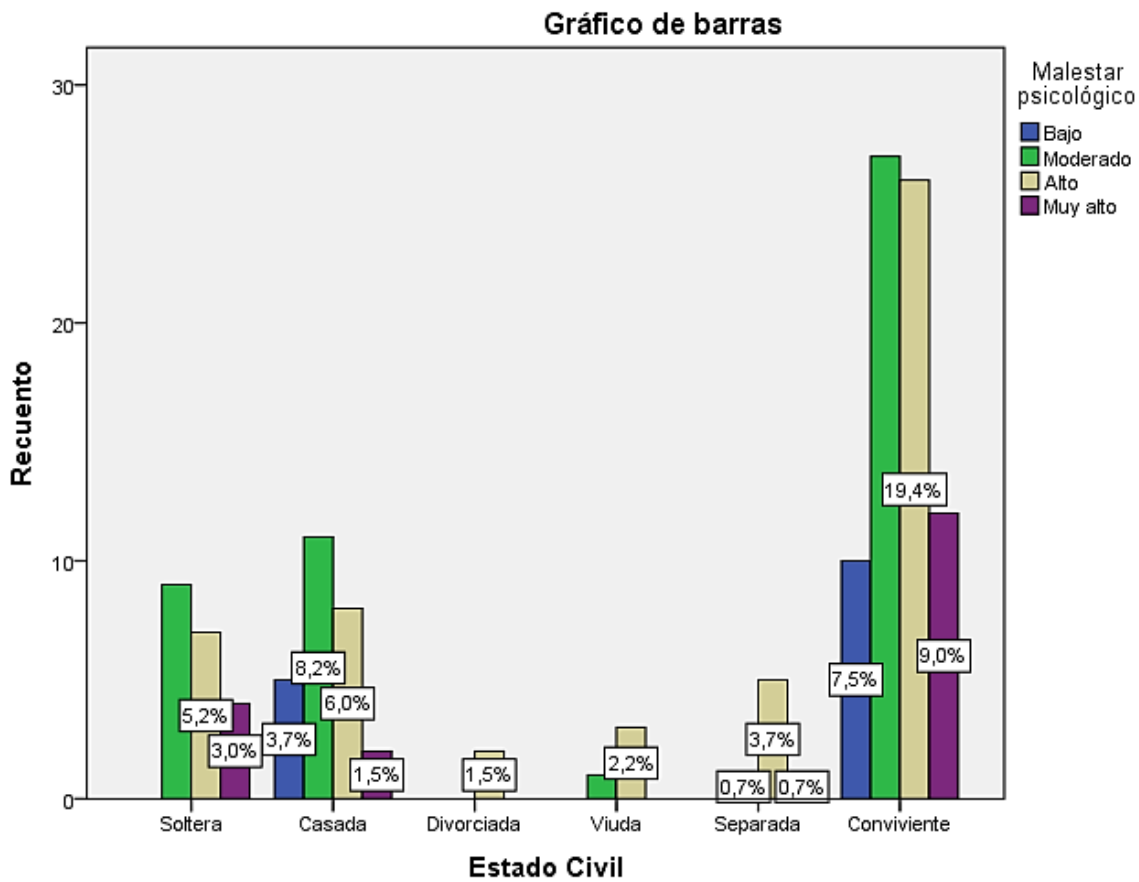
Las pacientes convivientes representaron el 9% de malestar psicológico muy alto, seguidas de las solteras (3%) y de las casadas (1.5%).

**Al aplicar la prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 16.372$

Valor de  $P = 0.358$  mayor a 0.05; observamos el valor  $P$ , el mismo que es mayor al margen de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho confirmado por el valor mayor de  $P$ . Por tanto el estado civil de las pacientes mujeres, sea nombrado o contratado **NO** está relacionada con el malestar psicológico ni los síntomas de depresión y ansiedad.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 15.**  
**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN ESTADO CIVIL.**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 16.**  
**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Escolaridad	Malestar psicológico									
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Analfabeta	0	0.0%	1	0.7%	2	1.5%	0	0.0%	3	2.2%
Primaria	2	1.5%	3	2.2%	10	7.5%	8	6.0%	23	17.2%
Secundaria	9	6.7%	29	21.6%	31	23.1%	8	6.0%	77	57.5%
Carrera técnica	4	3.0%	12	9.0%	5	3.7%	3	2.2%	24	17.9%
Universitario	0	0.0%	4	3.0%	3	2.2%	0	0.0%	7	5.2%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:**

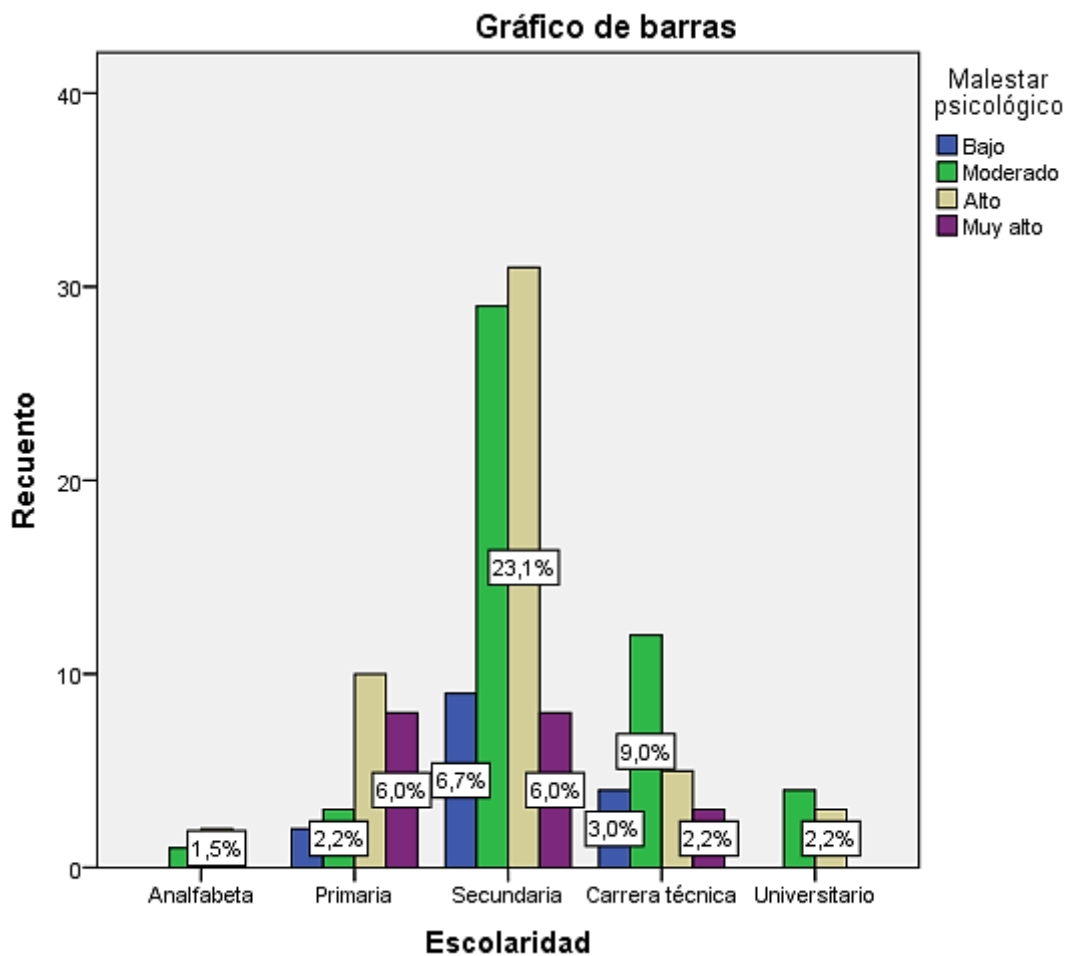
Los resultados obtenidos indican que quienes tuvieron estudios de secundaria representan 6% de malestar psicológico muy alto y 23.1% alto, aquellas con estudios de primaria representan 6% de malestar psicológico muy alto y 7.5% alto; analfabetas 0% de malestar muy alto y 1.5% alto; y aquellas con estudios universitarios 0% malestar muy alto y 2.2% malestar alto.

**Al aplicar la prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 19.381$ . Valor de  $P = 0.080$  mayor a 0.05; observamos el valor  $P$ , el mismo que es mayor al margen

de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho confirmado por el valor mayor de  $P$ . Por tanto el grado de instrucción en las pacientes mujeres **NO** está relacionada con el malestar psicológico respecto a los síntomas de depresión y ansiedad.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 16.**  
**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN GRADO DE ISTRUCCIÓN.**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 17.**  
**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE LA PERCEPCIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Percepción de situación económica	Malestar psicológico									
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Mala	0	0.0%	0	0.0%	4	3.0%	3	2.2%	7	5.2%
Regular	14	10.4%	45	33.6%	46	34.3%	16	11.9%	121	90.3%
Buena	1	0.7%	4	3.0%	1	0.7%	0	0.0%	6	4.5%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:**

Las pacientes que presentan niveles económicos regulares representan 11.9% de malestar psicológico muy alto y 34.3% alto; las de nivel económico malo un 2.2% de malestar psicológico muy alto y 4% alto; aquéllas con nivel económico bueno un 0% de malestar psicológico muy alto y 0.7% alto.

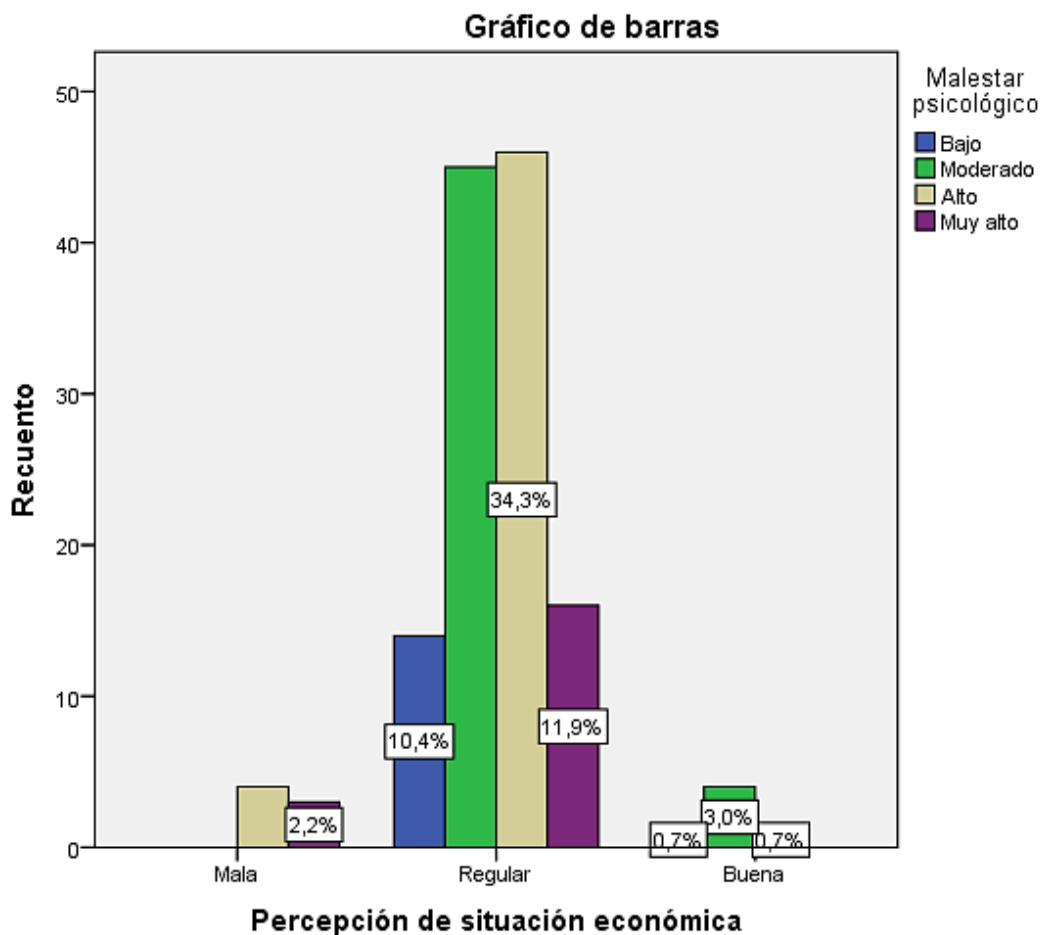
**Al aplicar la prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 11.399$

Valor de  $P = 0.077$  mayor a 0.05; observamos el valor  $P$ , el mismo que es mayor al margen de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho

confirmado por el valor mayor de  $P$ . Por tanto la percepción de situación económica de las pacientes mujeres **NO** está relacionada con el malestar psicológico ni a los síntomas de depresión y ansiedad.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 17.**  
**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA.**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**TABLA 18.**

**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN CON SU FAMILIA Y MALESTAR PSICOLÓGICO**

Percepción de la relación con su familia	Malestar psicológico								Total	
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		fi	%
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%		
Mala	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.0%	4	3.0%
Regular	0	0.0%	18	13.4%	35	26.1%	14	10.4%	67	50.0%
Buena	15	11.2%	31	23.1%	16	11.9%	1	0.7%	63	47.0%
Total	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:**

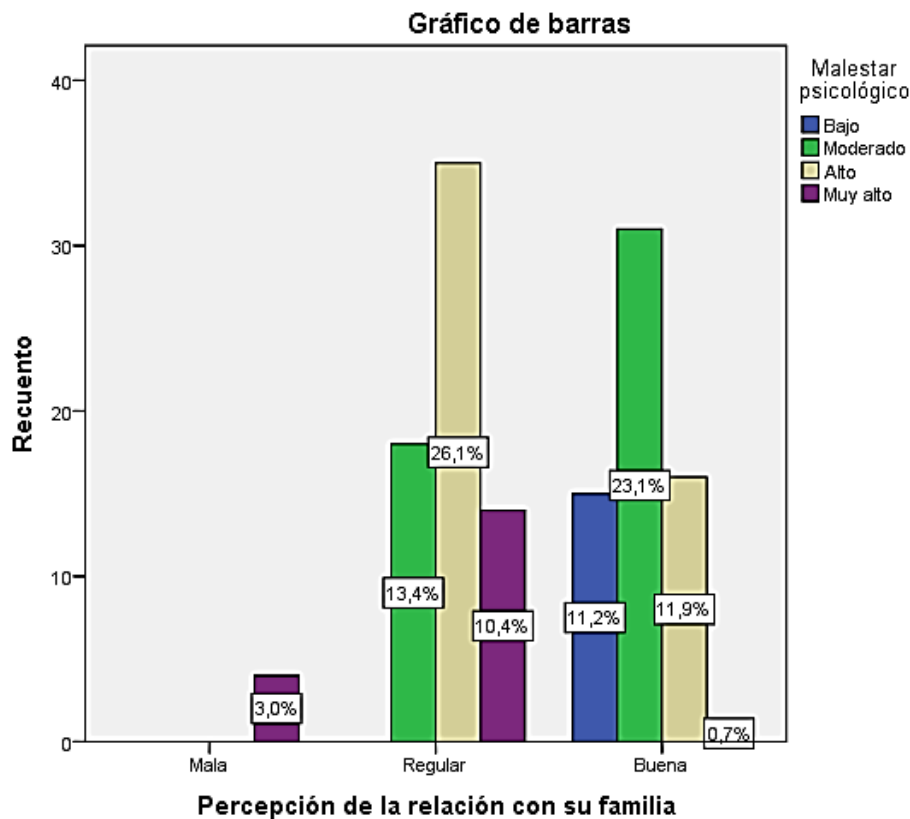
Las pacientes mujeres que refirieron una relación familiar regular representan 10% de malestar psicológico muy alto; quienes refirieron relación familiar mala un 3% de malestar psicológico muy alto y quienes refirieron una relación familiar buena un 0.7% de malestar muy alto. Así como quienes refirieron una relación buena representaron el 11.2% de malestar psicológico bajo.

**Prueba estadística:** Chi cuadrado de Pearson  $X^2 = 60.514$

Valor de  $P = 0.000$  mayor a  $0.05$ ; observamos el valor  $P$ , el mismo que es menor al margen de error o nivel de significancia  $\alpha = 0.05$  equivalente al 5%, hecho confirmado por el valor menor de  $P$ . Por tanto la percepción de la relación con su familia de las pacientes mujeres está directamente relacionada con el malestar psicológico respecto a los síntomas de depresión y ansiedad, entonces depende del nivel de relación familiar que mantenga, para presentar el malestar psicológico y sus síntomas.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

**GRÁFICO 18.**  
**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN CON SU FAMILIA.**



Fuente: Elaboración propia.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FRECUENCIA DE POSIBLES CASOS DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD SEGÚN EL GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS, AREQUIPA, FEBRERO 2017”

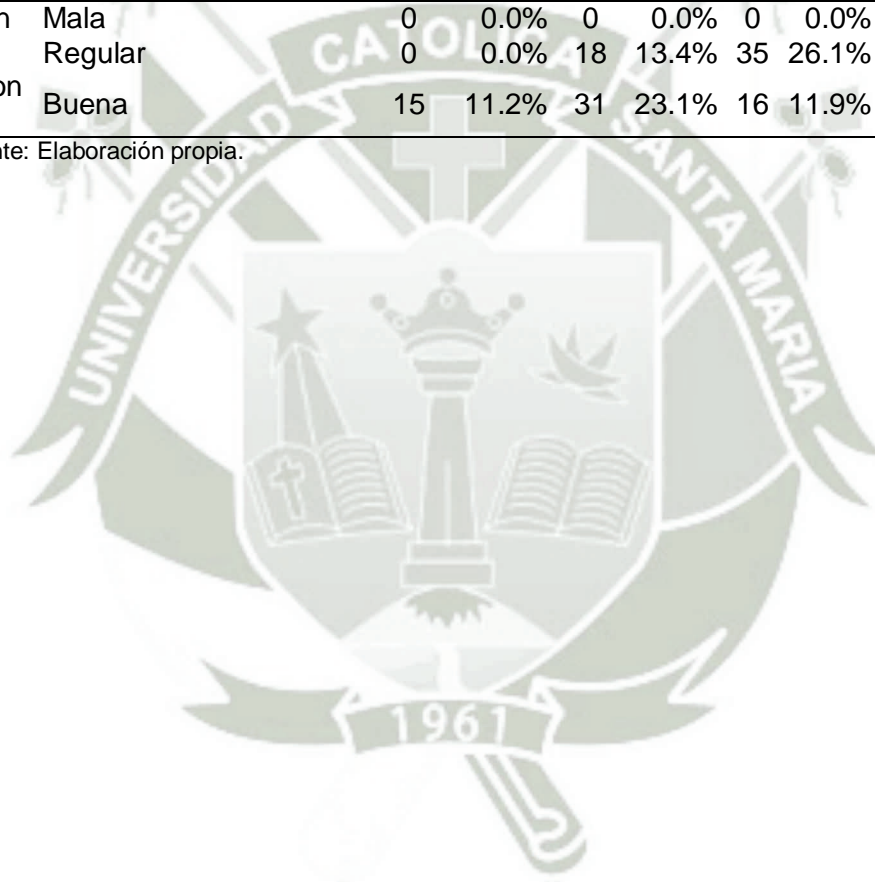
**TABLA 19.**

**COMPORTAMIENTO DE LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS Y PROPORCIONES CONTINGENTES ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y MALESTAR PSICOLÓGICO DE LAS PACIENTES**

Características sociodemográficas	Malestar psicológico								
	Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	
Edad	Menor a 20 años	1	.7%	1	.7%	4	3.0%	1	.7%
	De 21 a 30 años	7	5.2%	26	19.4%	15	11.2%	4	3.0%
	De 31 a 40 años	6	4.5%	13	9.7%	15	11.2%	7	5.2%
	De 41 a 50 años	1	.7%	5	3.7%	9	6.7%	3	2.2%
	Mayor a 50 años	0	0.0%	4	3.0%	8	6.0%	4	3.0%
Sexo	Masculino	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Femenino	15	11.2%	49	36.6%	51	38.1%	19	14.2%
Estado Civil	Soltera	0	0.0%	9	6.7%	7	5.2%	4	3.0%
	Casada	5	3.7%	11	8.2%	8	6.0%	2	1.5%
	Divorciada	0	0.0%	0	0.0%	2	1.5%	0	0.0%
	Viuda	0	0.0%	1	.7%	3	2.2%	0	0.0%
	Separada	0	0.0%	1	.7%	5	3.7%	1	.7%
	Conviviente	10	7.5%	27	20.1%	26	19.4%	12	9.0%
Escolaridad	Analfabeta	0	0.0%	1	.7%	2	1.5%	0	0.0%
	Primaria	2	1.5%	3	2.2%	10	7.5%	8	6.0%
	Secundaria	9	6.7%	29	21.6%	31	23.1%	8	6.0%
	Carrera técnica	4	3.0%	12	9.0%	5	3.7%	3	2.2%
	Universitario	0	0.0%	4	3.0%	3	2.2%	0	0.0%
Lugar de procedencia	Rural	1	.7%	13	9.7%	14	10.4%	4	3.0%
	Urbano	14	10.4%	36	26.9%	37	27.6%	15	11.2%
Motivo de Consulta	Cefalea	0	0.0%	2	1.5%	2	1.5%	7	5.2%
	Control médico	0	0.0%	3	2.2%	4	3.0%	0	0.0%
	Control prenatal	7	5.2%	5	3.7%	7	5.2%	2	1.5%
	Dental	0	0.0%	11	8.2%	7	5.2%	0	0.0%
	Dolor abdominal	1	.7%	5	3.7%	3	2.2%	1	.7%
	Lumbalgia	0	0.0%	1	.7%	4	3.0%	0	0.0%
	Planificación familiar	2	1.5%	3	2.2%	5	3.7%	3	2.2%
	Tos, resfrío	4	3.0%	11	8.2%	6	4.5%	1	.7%
	Otros motivos	1	.7%	8	6.0%	13	9.7%	5	3.7%

Ocupación	Ama de casa	12	9.0%	24	17.9%	27	20.1%	10	7.5%
	Estudiante	0	0.0%	5	3.7%	3	2.2%	0	0.0%
	Comerciante	0	0.0%	2	1.5%	1	.7%	0	0.0%
	Desempleado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Jubilado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Independiente	1	.7%	8	6.0%	2	1.5%	2	1.5%
	Otro	0	0.0%	3	2.2%	2	1.5%	3	2.2%
	Ama de casa, Independiente	2	1.5%	5	3.7%	9	6.7%	2	1.5%
	Ama de casa, Otro	0	0.0%	1	.7%	6	4.5%	2	1.5%
	Estudiante, Otro	0	0.0%	0	0.0%	1	.7%	0	0.0%
	Ama de casa, Comerciante	0	0.0%	1	.7%	0	0.0%	0	0.0%
	Percepción de situación económica	Mala	0	0.0%	0	0.0%	4	3.0%	3
Regular		14	10.4%	45	33.6%	46	34.3%	16	11.9%
Buena		1	.7%	4	3.0%	1	.7%	0	0.0%
Percepción de la relación con su familia	Mala	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.0%
	Regular	0	0.0%	18	13.4%	35	26.1%	14	10.4%
	Buena	15	11.2%	31	23.1%	16	11.9%	1	.7%

Fuente: Elaboración propia.





**CAPÍTULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El presente estudio evalúa la frecuencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en pacientes mujeres que acude a un establecimiento de primer nivel de atención a modo de tamizaje para ver el porcentaje de pacientes requerirá atención psiquiátrica especializada; vale tener en cuenta que estos síntomas son evaluados en base al malestar psicológico que las pacientes presentan, tomando como posibles casos de depresión y ansiedad a aquéllas que obtengan un puntaje de 21 o más; lo que correspondería a un malestar psicológico “alto” y “muy alto” de acuerdo a la escala K-10 utilizada; además aclaramos que ninguna de las pacientes encuestadas manifestó tener diagnóstico de algún tipo de trastorno mental. Nos centraremos en el malestar psicológico muy alto pues son las pacientes que requerirían mayor atención psiquiátrica.

Así pues, en este estudio, de acuerdo a la Tabla 9; se encontró que de las pacientes mujeres que acudieron solicitando atención al Puesto de Salud Villa Jesús, 14.2% presentó malestar psicológico muy alto, 38.1% malestar psicológico alto, 36.6 % moderado y 11.2% bajo; encontramos que en el estudio realizado por Vargas et al. (44) encontraron un 66.7% de malestar moderado a muy alto, es menor comparado al 88.9% de nuestro estudio. Para nuestros fines y como señala la Tabla 10, indicaría un 52.24% pacientes mujeres que presentan síntomas de depresión y/o ansiedad, dichos síntomas indican posibles casos de ansiedad y/o depresión. Este resultado no se pudo comparar con otros estudios a nivel nacional, pues es el primer estudio que mide la frecuencia de síntomas o posibles caos de ansiedad y/o depresión a modo de tamizaje en pacientes mujeres de un establecimiento de primer nivel de atención; sin embargo, en un estudio de Acosta et al. (39), realizado en un hospital de Lima, se encuentra una prevalencia de 44,9% de síntomas depresivos en pacientes de ambos sexos; existe otro trabajo realizado en un hospital de Loreto por García De la Cruz et al. (40), donde se encuentra un porcentaje de ansiedad de 46% entre los pacientes de ambos sexos; en ambos estudios la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes fue de un 45% y 46% respectivamente, porcentajes que son similares a los encontrados en nuestro estudio (52,24%). A nivel internacional existe un estudio de Aragonés Benaiges et al. (41), realizado en centros de atención primaria en España, donde encontró una prevalencia de 19,3% de trastornos depresivos en ambos sexos, en este caso

nuestro estudio mostraría un mayor porcentaje, casi el triple, de pacientes con posibles trastornos de depresión; otro estudio realizado por Gabarrón et al. (43), donde indican una prevalencia de 20.2% de trastornos depresivos y que de éstos, aproximadamente 44% no son diagnosticados; nuestras cifras son más del doble en comparación a depresión de pacientes, sin embargo ninguna de nuestras pacientes entrevistadas no contaban con diagnóstico de trastorno ansioso o depresivo, lo cual manifestaría casos no diagnosticados y al compararlo con el estudio mencionado los porcentajes son similares. El porcentaje hallado en nuestro estudio indica que casi la mitad de pacientes (52.3%) que acudieron al establecimiento de salud presentan síntomas de ansiedad y/o depresión y niveles considerables de malestar psicológico; lo cual influye negativamente en la salud mental y el bienestar de las pacientes, siendo posibles casos de ansiedad y/o depresión, requieren atención psiquiátrica o como mínimo una consulta al servicio de psiquiatría ya sea para discriminar con exactitud el tipo de trastorno, la gravedad y recibir el tratamiento adecuado para cada caso. Otro punto que manifiesta el resultado de este estudio es que estos posibles casos de ansiedad o depresión y el malestar psicológico muy alto, no fueron detectados como tales, tal vez atribuyendo los síntomas a alguna otra patología de fondo; esto podría constituir casos infradiagnosticados y como refieren los estudios, la mayor parte de casos de depresión no son diagnosticados ni tratados en establecimientos del primer nivel de atención(5, 15, 25); de acuerdo a un trabajo realizado en Lima por Palacios Torre (38), de 91 probables casos de depresión y 91 de ansiedad, tan sólo 2 y 4 obtuvieron la presunción diagnóstica del médico, respectivamente y concluye que hay una alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad por parte del médico cirujano como de los especialistas que no son psiquiatras (38). Todo ello nos muestra la diferencia que habría entre la demanda de atención en salud mental y la poca oferta que habría; además de hacernos notar la importancia que tiene el médico en el primer nivel de atención, donde acude la mayoría de pacientes y es ahí el primer contacto con el profesional de la salud (25).

Con respecto a los resultados descriptivos de caracterización de características sociodemográficas de las pacientes mujeres encuestadas tenemos que:

De acuerdo a la Tabla 1, en su mayoría las pacientes fluctúan entre las edades de 21 a 30 años de edad, (38.8% del total); siendo el grupo de edad que frecuenta más el establecimiento de salud pacientes relativamente jóvenes.

La Tabla 2 nos muestra el grado de instrucción o nivel de escolaridad de las pacientes, la cuales en su mayoría presentan estudios secundarios completos (44%), secundaria incompleta (13.4%), carreras técnicas completas (13.4%), estudios universitarios completos solamente el 3.7% y un 2.2% de pacientes analfabetas; lo cual indica que la mayoría de las pacientes presentan secundaria completa y solamente 3.7% cuentan con estudios superiores.

La Tabla 3 muestra que las pacientes procedentes del medio urbano son el 76.1% del total de encuestadas, en contraste con el 23.9% que procede del medio rural.

La Tabla 4 nos muestra el motivo de consulta; que en su mayoría fue por motivos de toso resfrío en un 16.4%, seguidas de aquellas que acudieron por control prenatal que representan el 15.7%, luego las que acuden para atención dental en un 13.4%, planificación familiar en un 9.7%, por cefalea el 8.2%, con dolor abdominal el 7.5%, el resto de motivos de consulta son menores al 5%, dentro de este porcentaje se encuentra cansancio, dolor articular en un 1,5% y un 0.7% cefalea y llanto. Vale mencionar que de estos motivos de consulta, las quejas de dolor como cefalea, dolor articular, abdominal, el llanto y cansancio continuo, corresponden de acuerdo a la literatura (5) a síntomas que pueden estar asociados la depresión; y la cefalea también a la ansiedad. Entonces las pacientes que acudieron por los síntomas mencionados pudieran tener un trastorno mental de trasfondo.

En la Tabla 5 vemos la ocupación de las pacientes; donde la mayoría de las pacientes mujeres son amas de casa, representado el 54.5%, como indica la tabla, más de la mitad de las pacientes son amas de casa, es una gran cantidad de pacientes que estarían a cargo de una familia o con personas bajo su responsabilidad y que en cierta medida dependen de dichas pacientes.

La Tabla 6 nos muestra el estado civil de las pacientes; la mayoría de las pacientes son "convivientes", un 56% para ser exactos, seguidas de las casadas que representan el 19.4%, 14.9% son solteras. La mayoría de pacientes, si bien cuentan con una pareja, no presenta un compromiso formal.

En la Tabla 7 observamos la percepción de la situación económica; en su mayoría y contundentemente las pacientes perciben una situación económica regular, representando un 90.3%, lo cual corresponde a un ingreso económico que costea sus necesidades básicas; un 4.5% perciben su situación como buena y un 5.2% perciben una situación económica mala.

La Tabla 8 indica la percepción de la relación familiar que perciben las pacientes; en su mayoría las pacientes presentan una situación familiar regular con el 50%, similarmente es buena en el 47%, y solamente la consideran mala un 3% de pacientes; habría que prestar atención a quienes consideran que la relación con su familia es mala, pues es el entorno familiar con el que las pacientes se encuentran en constante contacto, no olvidar además que la mayoría son amas de casa así que tienen un cargo de responsabilidad extra para con la familia.

Con respecto a la relación entre las características sociodemográficas observadas y el malestar psicológico, describiremos a todas aquéllas que presenten malestar psicológico alto o muy alto pues nos llama la atención, observamos lo siguiente:

La tabla 11 muestra la relación del malestar psicológico y la edad; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión (que indicarían posibles casos de depresión y/o ansiedad) estuvieron predominantemente en pacientes con edades de 31 a 40 años y las de 21 a 30 años (con un porcentaje de malestar psicológico muy alto de 5.2% y 3% respectivamente), seguidas de pacientes mayores de 50 años (3% de malestar muy alto) y las de 41 a 50 años (2.2% de malestar muy alto); además las pacientes menores de 20 años fueron quienes presentaron menos porcentaje de malestar psicológico muy alto (0.7%), lo que indicaría que es el grupo con menos casos probables de depresión y/o ansiedad. Nuestros resultados coinciden con estudios de Gonzáles et al. (17), que indican que las mujeres inician con el trastorno de depresión a una edad mayor de 30 años, pues nuestras pacientes presentaron los síntomas predominantemente a esa edad; según nuestros resultados, pacientes a partir de 31 a 40 años representan la población con más síntomas de depresión y/o ansiedad y aquéllas menores de 20 años las que menos síntomas tienen, esto coincidiría con estudios que manifiestan que en la etapa media de la vida es donde habría mayor frecuencia de depresión y que en la segunda mitad de la vida hay

mayores niveles de depresión y ansiedad (14, 22, 23); sin embargo al aplicar la prueba estadística se obtiene que no hay relación significativa  $P = 0.295$  ( $P > 0.05$ ).

En la Tabla 12 observamos la relación entre lugar de procedencia y malestar psicológico; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión son más frecuentes y notorios en las pacientes que proceden de la zona urbana (11.2% de malestar psicológico muy alto), en comparación de quienes proceden de la zona rural (3% de malestar psicológico muy alto). Estos resultados muestran que síntomas de ansiedad y depresión son más frecuentes en el medio urbano, lo que coincide con un estudio nacional de García De la Cruz et al. (40), donde el proceder de medio urbano se relaciona con la ansiedad, también con otros estudios realizados en los que se observa lo mismo (5, 17). Como refieren algunos de estos estudios, esta diferencia puede deberse a la mayor inseguridad social de las ciudades o al trajín de las mismas (17). En cuanto a la prueba estadística, la relación no fue significativa  $P = 0.380$  ( $P > 0.05$ ).

La Tabla 13 nos muestra la relación entre motivo de consulta y malestar psicológico; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión (que indicarían posibles casos de depresión y/o ansiedad) son más frecuentes y notorios en quienes refirieron cefalea como motivo de consulta (5.2% de malestar psicológico muy alto), seguido de quienes refirieron “otros” como motivo de consulta, dentro de los que están llanto, cansancio y dolor articular (3.7% de malestar psicológico muy alto), lo que estaría acorde con la literatura que refiere a éstos malestares como asociados a trastornos depresivos y de ansiedad (5); quienes acudieron por consulta dental o control médico presentaron menores niveles de malestar y quienes acudieron por control prenatal manifestaron los niveles más bajos de malestar psicológico; esto se deba tal vez a que aquellas pacientes se sienten más reconfortadas sabiendo que se está pendiente de ellas y con un control constante de su salud. Al aplicar la prueba estadística se obtuvo un valor de  $P = 0.000$  ( $P < 0.05$ ), lo que corroboraría los síntomas asociados a trastornos depresivos y ansiosos según la literatura, pues la relación entre aquéllos síntomas y dichos trastornos es altamente significativa; desafortunadamente se vio que la frecuencia de pacientes que acuden por estos síntomas a consulta médica es menor en comparación con otras molestias.

En la Tabla 14 vemos la relación entre la ocupación y el malestar psicológico; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión (que indicarían posibles casos de depresión y/o ansiedad) son más frecuentes y notorios en pacientes que son amas de casa (7.5% de malestar psicológico muy alto); estos síntomas serían menos frecuentes en estudiantes (2.2% de malestar alto y 0% de malestar muy alto), hallazgos que coinciden con estudios de Matud et al. (22) y Olmedilla et al. (23) donde se encontró también que eran estudiantes quienes menores niveles de depresión presentaban; por otro lado, en otros estudios realizados, no hay diferencias con respecto a ansiedad y ocupación (23, 30), salvo en el estudio nacional de García De la Cruz et al. (40), donde la relación fue significativa, estando más presente la ansiedad en estudiantes. La mayor frecuencia en amas de casa y las que desempeñan otra labor podría deberse a la mayor preocupación, responsabilidad que éstas tienen por la familia y en alguna medida a que usualmente al estar pendientes en todo momento de la casa, no desarrollan actividades que ellas desearían ni labores que habrían querido tal vez porque de algún modo la familia las limitó. Al aplicar la prueba estadística se obtuvo la relación no fue significativa  $P = 0.402$  ( $P > 0.05$ ).

La Tabla 15 muestra la relación entre estado civil y malestar psicológico; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión son más frecuentes y notorios en convivientes (9% de malestar psicológico muy alto), seguidos de solteras (3% de malestar muy alto) y casadas (1,5%); las divorciadas y viudas no constituirían malestar psicológico muy alto. Con respecto a la depresión, nuestros resultados coinciden con estudios de González et al. (17) en que los casos de depresión serían mayores en solteras que en casadas; con respecto a la ansiedad sería más frecuente en divorciadas y viudas (23, 30). Al aplicar la prueba estadística se obtuvo que la relación no fue significativa  $P = 0.358$  ( $P > 0.05$ ).

La Tabla 16 presenta la relación entre grado de instrucción y malestar psicológico; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión son más frecuentes y notorios en aquellas con estudios de secundaria (6% de malestar psicológico muy alto y 23.1% alto), seguido de aquéllas con estudios de primaria (6% de malestar muy alto y 7.5% alto); siendo menos frecuentes en analfabetas (0% malestar muy

alto y 1.5% alto) y en aquellas con estudios universitarios (0% malestar muy alto y 2.2% malestar alto); los resultados si bien no coinciden con estudios (22, 23, 30) que muestran la relación inversa entre trastornos de ansiedad o depresión y el grado o nivel de estudios, lo hacen en que quienes menos síntomas ansiosos o depresivos presentaron fueron las que pacientes que tienen estudios universitarios. Esta diferencia en cuanto a la relación inversa que lo representan las pacientes analfabetas y las de nivel de educación secundaria, podría deberse a que las pacientes analfabetas proceden del medio rural y como vimos, ansiedad y depresión son menos frecuente en estas pacientes; y el que las que cuentan con estudios secundarios tengan mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y/o depresión podría estar en relación a otras variables sociodemográficas que influyen en el resultado. Al aplicar la prueba no se obtuvo relación significativa  $P = 0.080$  ( $P > 0.05$ ); sin embargo debemos tener en cuenta que las pacientes con estudios secundarios que son quienes constituyen posibles casos de ansiedad y/o depresión, representan la mayoría de pacientes y muchas de estas son amas de casa, por lo que deberían recibir atención especializada para un diagnóstico específico y el tratamiento oportuno.

La Tabla 17 presenta la relación entre percepción de la situación económica y malestar psicológico; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión son más frecuentes y notorios en aquellas con nivel económico regular (11,9% de malestar muy alto), seguidos de quienes manifiestan nivel económico malo (2.2% de malestar psicológico muy alto), la frecuencia más baja se encontró en quienes indicaban situación económica buena (0% de malestar muy alto y sólo 3% malestar alto). Al presentarse ese orden en cuanto a frecuencia, nuestros resultados difieren del estudio de Campo Arias et al. (42) sobre depresión, donde se observó que la frecuencia de depresión iría en relación inversa al nivel económico, sin embargo coincide con González et al. (17) en que quienes refieren buena situación económica tienen menor frecuencia de depresión; las diferencias podrían deberse a que los otros factores sociodemográficos podrían estar influenciando de manera conjunta en las pacientes. Con respecto a estudios de ansiedad no son concluyentes al respecto y manifiestan requerir un mayor estudio de este factor en

relación; sin embargo existen un trabajo de Posada et al. (32) en Colombia, en el que manifiesta que hay relación entre disminución de recursos económicos y prevalencia de trastornos mentales en general. Al aplicar la prueba estadística se obtuvo un valor de  $P = 0.077$  ( $P > 0.05$ ), por lo que no hay relación significativa.

En la Tabla 18 se muestra la relación entre percepción de la relación con la familia y malestar psicológico; encontramos que los síntomas de ansiedad y/o depresión (que indicarían posibles casos de depresión y/o ansiedad) son más frecuentes y notorios en aquellas pacientes que consideran tener una relación familiar regular (10.4% de malestar psicológico muy alto), seguido de quienes perciben su relación como mala (que representan 3% de pacientes con malestar psicológico muy alto, siendo éste el único nivel de malestar en este grupo); en contraste con las pacientes que refieren una relación familiar buena, en quienes se observó los niveles más bajos de malestar psicológico y 0.7% de malestar muy alto. No existen estudios sobre percepción de la relación familiar y ansiedad o depresión en pacientes mujeres y la literatura refiere que faltan estudios al respecto por resultados no concluyentes. Al aplicar la prueba estadística se obtuvo un valor de  $P = 0.000$  ( $P < 0.05$ ), por lo que la percepción de la relación con la familia de las pacientes está directamente relacionada con el malestar psicológico y los síntomas de depresión y ansiedad que estas presentan; entonces podemos decir que el tener una relación familiar buena, constituiría un tipo de factor de protección ante trastornos de ansiedad y/o depresión; por otra parte el tener una relación familiar mala o inadecuada influiría negativamente en las pacientes, pues se observa que el total de pacientes que perciben su relación familiar mala presentan malestar psicológico muy alto; la relación podría deberse a que la familia constituye una importante fuente de apoyo, sobre todo en momentos de crisis y al afrontar algún acontecimiento negativo, al igual un entorno adecuado supone apoyo y sensación de seguridad y bienestar emocional.

En la Tabla 19 se muestra a manera de resumen las frecuencias observadas entre características sociodemográficas y malestar psicológico.



**CAPÍTULO IV  
CONCLUSIONES Y  
RECOMENTACIONES**

1961

## CONCLUSIONES:

### PRIMERA:

Más de la mitad de las pacientes (52.24%) presentó síntomas de ansiedad y/o depresión.

### SEGUNDA:

En cuanto al grado de malestar psicológico, del total de las pacientes: 14.2% presentó malestar muy alto, 38.1% malestar alto, 36.6 % malestar moderado y 11.2% malestar bajo

### TERCERA:

Las características sociodemográficas predominantes del total de las pacientes que participaron en el estudio fueron: edades de entre 21 a 30 años de edad, estudios secundarios completos, proceder del medio urbano, ocupación única el ser amas de casa, estado civil de conviviente, situación económica regular, percepción de la relación familiar como regular.

### CUARTA:

La percepción de la relación que tienen las pacientes con su familia resultó tener relación altamente significativa con el grado de malestar psicológico ( $P=0.000$ ), por consiguiente con la presentación de síntomas de ansiedad y/o depresión.

### QUINTA:

El motivo de consulta más frecuente de las pacientes fue tos o resfrío (16.4%), seguidas de aquellas que acudieron por control prenatal (15.7%), atención dental (13.4%), planificación familiar (9.7%), cefalea (8.2%), dolor abdominal (7.5%), el resto de motivos de consulta son menores al 5%.

### SEXTA:

La relación entre el motivo de consulta y malestar psicológico fue significativa ( $P = 0.000$ ); presentándose mayores niveles de malestar psicológico en pacientes que acuden por cefalea, otros motivos (dolor articular), dolor abdominal, los cuales son síntomas asociados a depresión y ansiedad (5).

## RECOMENDACIONES:

**PRIMERA:** Al Ministerio de Salud, realizar capacitaciones continuas a médicos del primer nivel de atención, sobre salud mental, trastornos de depresión y de ansiedad; destinadas a mejorar la capacidad de diagnóstico oportuno y precoz de estas enfermedades; de manera que su cuadro no progrese ni llegue a complicaciones graves como el suicidio.

**SEGUNDA:** Al Ministerio de Salud; brindar instrumentos al médico no especialista del primer nivel de atención, que sean confiables para detectar los posibles casos de los trastornos más frecuentes en la población como son ansiedad y depresión, además de ser breve; en este sentido, la escala Kessler 10 podría constituir uno de estos.

**TERCERA:** Al Gobierno; invertir más recursos económicos y humanos destinados a salud mental ante la notoria demanda que existe en cuanto a atención de salud mental.

**CUARTA:** A la(s) Facultad(es) de Medicina; asignarle más tiempo, en los horarios académicos de pregrado, al ámbito de la psiquiatría ya que los trastornos de salud mental constituyen un problema de salud pública, de marcada prevalencia y causa importante de discapacidad.

**QUINTA:** Al Ministerio de Salud y al Gobierno; reevaluar la distribución de especialistas en salud mental en centros de primer nivel de atención, ante la necesidad de mayor disponibilidad de especialistas en zonas no céntricas.

**SEXTA:** Al Puesto de Salud Villa Jesús y médicos de primer nivel de atención; realizar charlas y campañas de salud mental para los pacientes, para que presten atención a síntomas ansiosos o depresivos y así acudan para su atención; además de promover buenas relaciones familiares.

**OCTAVA:** A los estudiantes y médicos; realizar más investigaciones relacionadas con el tema, sobre todo en primer nivel de atención para obtener más datos y conformar así una base de datos consistente y aplicable de a nuestro medio, así aportar más datos sobre las necesidades de salud de la población y se tome las medidas correspondientes.

**NOVENA:** A médicos, personal de salud y estudiantes, promover integridad de la salud y darle el significado correspondiente, sin asignarle un carácter etéreo al componente mental del ser humano.





## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The world health report 2001 mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
2. World Health Organization. [Online]. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%.; 2016 [Citado 7 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>.
3. Rondón, Marta B. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006; 23(4):237-238.
4. Ministerio de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión [Online]. Lima: Ministerio de Salud; 2005. [Citado 7 enero 2017]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820\\_MS-PROM14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf)
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
6. Andrea López-Mato, Gonzalo Illa, Oscar Boulosa, Coral Márquez, Alejandra Vieitez. Trastorno disfórico premenstrual. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2000; 38(3): 187-195.
7. SANTIAGO, Rosario Valdez; DE SNYDER, V. Nelly Salgado. ESP, Escala Breve Para Identificar Malestar Emocional En La Práctica Médica De Primer Nivel: Características Psicométricas. Salud Mental. 2004; 27(4):55-62.
8. James Morrison. DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. 1a Ed. México, D.F. : Editorial El Manual Moderno; 2015.
9. Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Cuarta ed. Health WK, editor. España: Lippicott Williams and Wilkins; 2008.
10. World Health Organization. [Online]. Trastornos mentales.; 2016 [Citado 6 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
11. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2010. Informe No.: 90.
12. World Health Organization. [Online]. Temas de salud: Depresión.; 2016 [Citado 3 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

13. Organización Panamericana de la Salud. [Online]. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.; 2012 [Citado 6 enero 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
14. MACHADO, Andrés Vázquez. Depresión. Diferencias de género. Rev. Multimed. 2013; 17(3).
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.
16. Organización Mundial de la Salud, et al. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
17. Ana González Pinto, Purificación López Peña, Iñaki Zorrilla Martínez. Depresión unipolar y otras depresiones. En: Palomo, Tomás; Jiménez-Arriero, editores. M. A. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 325-343.
18. Goodwin RD, Jacobi F, Wittchen. Epidemiología de los trastornos del estado de ánimo. . En: Stein, Kupfer, Schatzberg, editores. Textbook of mood disorders. Barcelona: Medical Trens; 2006. p. 29-47.
19. Toro R, Yepes L, Palacio C. Fundamentos de Medicina - Psiquiatría. Quinta ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
20. Silva, Hernán. Nuevas Perspectivas En La Biología De La Depresión. Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría. 2002; 40: 9-20.
21. Fortes J, Landa E, Alvites M, Pulido la Torre M, Benito Ruiz A. Terapia electroconvulsiva ¿Cuándo y cómo se aplica? Revista fml. 2013; 17(31):1-6.
22. Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2006; 6(1): 7-21.
23. Olmedilla Zafra, A., et al. Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2008; 8(31): 222-243.

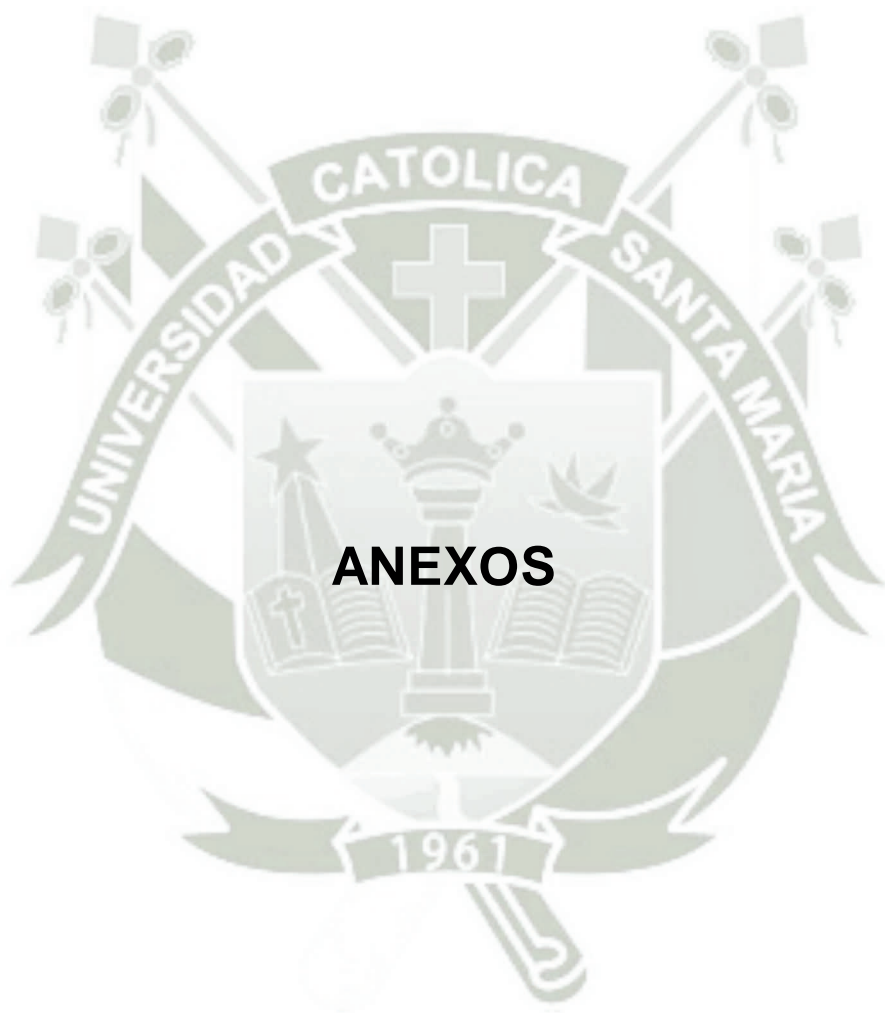
24. World Health Organization. [Online]. Centro de prensa: Suicidio.; 2016 [Citado 6 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
25. Vargas Blanca, Estela, et al. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47(5): 187-190.
26. Grupo de Trabajo de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 2008.
27. Orozco, Wendy Navas; Baldares, María Jesús Vargas. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica. 2012; 69(604): 497-507.
28. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006; 368(9553):2156-2166.
29. Kessler, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6): 593-602.
30. Campo-Arias, Adalberto; Miranda, Carlos Arturo Cassiani. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008; 37(4): 598-613.
31. Díaz-Martínez A, Díaz-Martínez R, Osorio-Rojo A, Rascon-Gasca M. La salud mental en el municipio de Queretaro: Un modelo de investigación psiquiátrica de la comunidad. Gac Med Mex. 2003;139(2):101-107
32. Posada JA, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado del ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Medunab. 2004; 7(20): 65-72.
33. MINSA: Ministerio de Salud. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL Y DESCENTRALIZACION EN SALUD CON ENFASIS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD RENOVADA. [Online]. [Citado 16 Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia05.pdf>.
34. MINSA: Ministerio de Salud. Norma técnica: Categorías de establecimientos de sector salud. [Online].; 2004 [citado 16 Febrero 2017]. Disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/web\\_di/normas/nt-0021-documento%20oficial%20categorizacion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/web_di/normas/nt-0021-documento%20oficial%20categorizacion.pdf).

35. MINSA: Ministerio de Salud. [Online].; 2009 [citado 20 Febrero 2017]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/salud\\_mental/index.html](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/salud_mental/index.html).
36. Díez-Canseco, Francisco, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014; 31(1): 131-136.
37. Zevallos, Leslie; Pastor, Reyna; Moscoso, Betsy. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2011; 28 (2): 177-185.
38. Palacios Torre, César Augusto. Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el centro de salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014. 2015.
39. Acosta, Joshi, et al. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima. *Revista de Neuropsiquiatría*. 2010; 73(4):126-135.
40. García De la Cruz, Ricardo Gabriel. Nivel de ansiedad según la escala de zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto julio-setiembre. 2014.
41. Benaiges, E. Aragonès, et al. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Atención primaria*, 2001; 27(9):623-628.
42. CAMPO-ARIAS, Adalberto; MIRANDA, Carlos Arturo Cassiani. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008; 37(4): 598-613.
43. Gabarrón HE, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix SI, Jover BA, Arenas PM. Prevalencia y detección de trastornos depresivos en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2002; 29:329-36.
44. Vargas Terrez, Blanca Estela, et al. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud mental*. 2011; 34(4):323-331.

45. Kessler R, Andrews G, Cople L, Hiripi E et al. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002; 32(6):959-976.





a. PROYECTO DE TESIS

## Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

### Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: MÉDICO CIRUJANO

**Título:** “Características sociodemográficas y frecuencia de síntomas de depresión y/o ansiedad según el grado de malestar psicológico referido por pacientes mujeres que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa, Febrero 2017”

**Autor:** Jose Jessid Capaquira Morales

**Asesor:** Juan Manuel Zevallos Rodríguez

Arequipa - Perú

2017

## I. PREÁMBULO

En el día a día nos enfrentamos a diversas situaciones y no todas resultan esperamos o como deseáramos que fueran, pues existen conflictos y adversidades. Ya desde el nacimiento, nos enfrentamos a cambios y retos como el proceso de socialización, elección de una carrera profesional o un trabajo, la formación de una familia, nuevas responsabilidades y preocupaciones, además del trajín diario del medio en el que vivimos; todas ellas son situaciones estresantes que enfrentamos y de alguna manera generan malestar psicológico; sin embargo, no todos cuentan con una respuesta adecuada ante estos eventos estresantes; si una respuesta inadecuada persiste, podría desarrollar una enfermedad mental, que con el tiempo implicaría deterioro físico y otras complicaciones que pueden conllevar a atentar contra la vida misma; pero como toda enfermedad, tiene un tratamiento y curación si se detecta oportunamente.

Fue durante mi formación como estudiante de medicina, que fui conociendo sobre las dificultades que presentan las personas y las diversas patologías que puede presentar el ser humano en lo que a la psique respecta. En las prácticas hospitalarias de pre grado fue notorio que la mayoría de pacientes acude a un médico por malestares físicos; desde los que podrían ser más subjetivos, como el dolor; hasta aquellos que el médico puede objetivar fácilmente; son muy pocos quienes acuden refiriendo malestar psicológico. En las rotaciones que realizaba al llevar el curso de psiquiatría, estando de espectador en consultorio; pude observar la gran cantidad de pacientes que padecen algún tipo de trastorno mental, en algunos casos presentaban estados avanzados del trastorno, otros acudían para control o por recaídas tras no cumplir con el tratamiento indicado; en casos más extremos acudían tras intentos de suicidio o agresión a los de su entorno. Sea cual fuere el motivo de su presencia en consultorio psiquiátrico, era claro que todos manifestaban un menoscabo personal, además de alteración de su entorno familiar, laboral y social en diversa medida; llegando a estar algunos prácticamente incapacitados para desempeñar su trabajo o actividades diarias. Muchos de estos trastornos mentales pasan varias veces desapercibidos en consulta; porque el paciente no le da importancia a ciertos síntomas de malestar psicológico, no los

manifiesta al médico, hay poco personal especializado en la detección de tales síntomas en las consultas médicas, o por el corto tiempo de la consulta. En mi práctica como estudiante e interno de medicina, noté que es principalmente en centros de salud pertenecientes al primer nivel de atención, donde los casos de trastornos mentales o malestar psicológico pasan desapercibidos, también por los motivos ya mencionados; debido a esto decidí realizar la presente investigación en un centro de salud del primer nivel de atención.

En nuestro medio, la mujer es quien por lo general está a cargo de los hijos, la administración de recursos y muchas veces debe desempeñar además, trabajos extra pues son sustento de su familia, de este modo es que están sometidas continuamente a preocupaciones por el futuro, por cada uno de los miembros de la familia que tiene a cargo, enfrentar adversidades y limitaciones que le pueden generar malestar, desesperanza, desesperación, tristeza continua, etc.

Según reportes e informes, aproximadamente uno de cada cuatro personas padece o padecerá de algún tipo de trastorno mental, dentro de los cuales la depresión, ansiedad y adicción al consumo de drogas o alcohol son los que encabezan la lista en frecuencia; además, los trastornos mentales están presentes aproximadamente en 2 mujeres por cada varón que padece alguno de estos.

En vista de lo mencionado, surgió preocupación e interés por saber si efectivamente; en un centro de salud de primer nivel de atención, hay casos de malestar psicológico, conocer qué porcentaje de una muestra definida de pacientes mujeres que acuden a uno de estos centros, presentan un posible trastorno de ansiedad y/o depresión, según su grado de malestar psicológico. Al obtener los resultados, a futuro se podrían implementar ciertas medidas para una detección precoz de trastornos mentales, lo que derivaría en un manejo y tratamiento oportuno, en beneficio de las pacientes.

## I. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión y/o ansiedad según el grado de malestar psicológico referido, y las características sociodemográficas en pacientes mujeres que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa; en Febrero del 2017?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión y ansiedad

**b) Análisis de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidad / Categoría</b>	<b>Tipo de escala</b>
Malestar psicológico	Puntaje obtenido tras aplicar la "Escala de Kessler 10 de malestar psicológico"	Bajo (10-15) Moderado (16-21) Alto (22-29) Muy alto (30-50)	Ordinal
Síntomas depresivos	Puntaje obtenido tras aplicar la "Escala de Kessler 10 de malestar psicológico"	Ausentes (<21) Presentes, posible caso de depresión (≥21)	Ordinal
Síntomas ansiosos	Puntaje obtenido tras aplicar la "Escala de Kessler 10 de malestar psicológico"	Ausentes (<22) Presentes, posible caso de ansiedad (≥22)	Ordinal
Características sociodemográficas	Edad	Años de vida indicados por el informante.	Ordinal
	Sexo	Femenino	Nominal
	Lugar de procedencia	medio rural o urbano	Nominal
	Motivo de consulta	Síntoma que lo llevan a acudir al puesto de salud	Nominal
	Ocupación	Labor a la que se dedican y desarrollan	Nominal
	Estado civil	Soltera/casada/conviviente/viuda/divorciada	Nominal
	Escolaridad	Analfabeta, primaria, secundaria, carrera técnica, universitaria	Nominal
	Percepción de situación económica	bueno, regular, mala	Ordinal
	Percepción de la relación con su familia	Buena, regular, mala	Ordinal

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál será la frecuencia de síntomas de depresión y/o ansiedad según el grado de malestar psicológico en pacientes mujeres que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa; en Febrero del 2017?
2. ¿Cuál es el grado de malestar psicológico referido en pacientes mujeres que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa; en Febrero del 2017?
3. ¿Cuáles son las características sociodemográficas predominantes en las pacientes mujeres encuestadas que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa; en Febrero del 2017?
4. ¿Existe asociación entre grado de malestar psicológico y las características sociodemográficas de las pacientes encuestadas?
5. ¿Cuál es el motivo de consulta más frecuente de las pacientes encuestadas?
6. ¿Las pacientes mujeres encuestadas acuden al Puesto de Salud Villa Jesús por algún síntoma de malestar psicológico presente en el test utilizado, que pueda indicar síntomas de depresión y/o ansiedad?

**Tipo de investigación:** De campo

**Nivel de investigación:** Descriptivo

**Diseño:** Observacional, transversal

### 1.3. Justificación del problema:

- a) Justificación contemporánea y científica:** Dado que las cifras de la OMS (1) nos indican que un 25% de personas padecerá alguna enfermedad mental a lo largo de su vida y que hay una prevalencia alta de los casos de enfermedades mental; siendo los trastornos de ansiedad y depresión los que se presentan en mayor número (1); se abordará éstos dos trastornos por la frecuencia con la que se presentan dentro de las enfermedades mentales. En Perú, las proporciones no varían tanto, pues según el Ministerio de Salud, la salud mental de cuatro de cada diez peruanos estaría perjudicada por la ansiedad, depresión, adicción, etc. Nosotros como médicos nos vemos en el deber de afrontar este problema ya que es un problema de salud que además atenta contra la vida misma, pues una vez que los trastornos de depresión, progresan, conducen en gran medida al individuo afectado, al suicidio. Con lo expuesto, si bien como médicos debemos hacer algo al respecto, en pro de la persona enferma; para lograrlo, primero necesitamos determinar estos casos en la población y darnos una idea de quiénes necesitan atención para brindarla de manera oportuna. Vale mencionar que necesario una herramienta de aplicación sencilla, rápida y validada para ayudarnos a determinar dichos casos de manera práctica.
- b) Justificación humana y social:** Dado que los trastornos mentales; sobre todo trastornos de ansiedad y depresión, a medida que avanzan, deterioran al individuo y son una de las causas principales de discapacidad (1); es necesario reconocer oportunamente a los pacientes afectados, así como a aquellos que posiblemente los presenten a futuro. Esto último es importante porque al ser causa de incapacidad, al identificar los casos que probablemente se vayan a desarrollar más adelante, podremos actuar anticipadamente mediante prevención primaria o secundaria; incluso tratar a un paciente mucho antes de que su enfermedad progrese y se manifieste de manera tal que lo convierta en una persona estigmatizada y rechazada, situaciones que irían en

contra de su salud mental, generándose así un círculo vicioso muy complicado de interrumpir.

Tanto ansiedad como la depresión causa daño a quien los padece, pero también a su entorno familiar, laboral y emocional (7); ocasionando inestabilidad en estos entornos y llevando a que quienes pertenecen a aquéllos vean afectados directa o indirectamente su desarrollo personal, social y económico. El que un individuo se vea incapacitado, va en detrimento de su economía por verse también incapacitado laboralmente; esto contribuye a que la economía del país se vea afectada, al generar ausencias en el lugar de trabajo y al incrementar la utilización de recursos para tratar a éstos pacientes; esto, sin que se garantice que la totalidad de pacientes sean tratados o curados; he ahí la importancia de reconocer casos probables y tratar así de abarcar con la mayor cantidad de pacientes o propensos a serlo.

La prevalencia del trastorno de depresión, es mayor en mujeres que en varones por casi el doble; así que siendo la mujer quien en la mayoría de casos está a cargo del cuidado y la educación, en primera instancia, de los hijos en la familia, el hecho de que sea ésta quien se vea más afectada que el varón, dañaría directamente quienes están bajo su cuidado, con las consecuencias respectivas a futuro. Es por ello que se centra el estudio en ese grupo.

- c) Interés Personal:** A lo largo de la preparación universitaria, en las rotaciones hospitalarias en el área de psiquiatría; o más recientemente, en el internado; caí en cuenta de que muchos de los pacientes acuden y/o requieren a un especialista cuando su enfermedad se encuentra avanzada; en el peor de los casos, son llevados por sus allegados a un centro especializado en el cuidado de éstos pacientes debido al gran deterioro que presentan o inclusive por haber intentado suicidarse en más de una ocasión. Además, varios pacientes con trastornos depresivos no acuden a un profesional médico porque creen que no es motivo necesario (y ven su enfermedad como un estado pasajero y sin consecuencias), porque no conocen que su salud puede verse

deteriorada debido a su padecimiento, porque piensan que no podrán ser ayudados ni curados, o simplemente porque no cuentan con información ni conocimientos acerca de su enfermedad. Estos motivos hacen que aquéllos pacientes que no acuden por ayuda profesional, no reciban tratamiento sino hasta estadíos avanzados.

Mucha de nuestra la población, sobre todo en periferie, acude a centros o puestos de salud por diversos males que le aquejan, es ahí su primer contacto con un profesional de la salud y muy pocos pacientes son quienes acuden a estos centros buscando ayuda por una enfermedad mental, y a pesar del examen físico y la anamnesis, aproximadamente la mitad de éstas enfermedades pasan desapercibidas ya que no se realiza algún tamizaje propio para detectar algún estado de malestar emocional o trastorno mental de quienes acuden al primer de atención; además que muchos de éstos males no resaltan a primera vista como otras patologías. Aquéllas situaciones dan pie a que varios de los pacientes con enfermedades mentales no sean evaluados, por ende, no reconocidos ni tratados; viéndolos ya a futuro como casos avanzados.

Es así que noté la importancia de abordar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes mujeres que acuden a un puesto de salud, en primera instancia; así como identificar a quienes tienen alguna predisposición a desarrollar tales trastornos, todo esto en el primer nivel de atención, para que una vez identificados, sean referidos al especialista correspondiente para su manejo adecuado y temprano, brindándole al paciente mayores oportunidades de curación.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. TRASTORNOS DEPRESIVOS:

Los trastornos depresivos son un trastorno del estado de ánimo; los trastornos del estado de ánimo son considerados como una pérdida del sentido de control del ánimo, llevando al sujeto a sentirse triste, exaltado o irritable pero de modo exagerado y patológico; conjuntamente hay una sensación de gran malestar (puede tener consciencia de sus síntomas y sentir que no es capaz de corregirlos); todo este malestar psicológico, a corto o largo plazo afectan a la salud mental del individuo.

Lo que tienen en común los trastornos que están dentro de este grupo es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado además de cambios somáticos y cognitivos que alteran y afectan la capacidad funcional de quien las padece. La diferencia entre uno u otro trastorno depresivo es su duración, la presentación o la supuesta etiología (5).

Primero se hará una mención breve de los trastornos depresivos de acuerdo a la clasificación DSM-5; y se tratará por separado los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en el apartado correspondiente a "DEPRESIÓN", esto debido a que desarrollar cada uno de los trastornos depresivos resultaría muy extenso y, a que el TDM es el más frecuente y con peores consecuencias para el paciente.

En el DSM-5, a diferencia del DMS-IV, el apartado de "Trastornos depresivos" se ha separado del capítulo "Trastorno bipolar y trastornos relacionados"; esto debido a la sintomatología, que haría a los trastornos bipolares una especie de nexo entre los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia (8).

**2.1.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:** Este trastorno incluye problemas de una irritabilidad continua o persistente en los niños de hasta 12 años de edad, hay descontrol extremo de su conducta. Se observó además que los niños que presentan esta sintomatología; cuando lleguen a la adolescencia o lleguen a la

adulthood, desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad en mayor frecuencia (5).

**2.1.2. Trastorno depresivo mayor (TDM):** Este trastorno constituye el trastorno representativo de los trastornos depresivos. Estas personas han cursado con uno o más episodios depresivos mayores; los episodios deben ser de al menos dos semanas de duración, durante las cuales el individuo presenta cambios notorios en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. El trastorno depresivo mayor puede diagnosticarse cuando el episodio se presenta una sola vez o puede darse de manera recurrente, siendo la última más frecuente (5, 8).

Aunque el duelo implica sufrimiento, generalmente no induce un episodio depresivo mayor, y hay que diferenciar entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. De todos modos, cuando el duelo y un episodio depresivo mayor ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y de peor pronóstico.

**2.1.3. Trastorno depresivo persistente o Distimia:** Es un estado de ánimo crónicamente depresivo, pero es algo larvado y leve que no llega a tener la gravedad de un TDM. Se encuentra presente la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante un periodo de al menos 2 años, siendo 1 año para niños y adolescentes. Tiene síntomas similares a los presentes en un TDM pero, no tiene criterios de episodio depresivo mayor. Además, durante los 2 años, el individuo no está libre de los síntomas por más de 2 meses; una vez diagnosticado, debemos identificar si es de inicio temprano o tardío (21 años de edad como punto de corte) (5).

**2.1.4. Trastorno disfórico premenstrual:** Anteriormente estaba en un apartado del DSM-IV como apéndice pero actualmente ya no en el DSM-5.

Inicia después de la ovulación, la última semana del ciclo, y termina los primeros días de la menstruación. Entre sus síntomas puede

haber tristeza, ansiedad, alteración del sueño, irritabilidad, fatiga, cambios de apetito, sensación de no tener el control; cefalea, mastodinea, sensación de “hinchazón”, entre otros; un criterio para su diagnóstico es contar con al menos 5 síntomas. Este trastorno tiene un impacto funcional y social que puede llevar a la alteración en el trabajo, estudios, actividades sociales y vida cotidiana (5).

Un 20% de mujeres en edad reproductiva sufren de síntomas premenstruales de distintos grados y el trastorno disfórico premenstrual (TDP), afecta a 7% de las mujeres (9).

El TDP es una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que consiste en medidas generales y en inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (ISRS), principalmente la fluoxetina (6).

#### **2.1.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:**

Asociados a trastornos depresivos, se pueden encontrar sustancias de abuso como el alcohol o diversas drogas/medicamentos, cuadros de intoxicación o de abstinencia por estas sustancias, se pueden producir síntomas depresivos (5, 8)

**2.1.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** Existen distintas afecciones médicas que pueden causar síntomas depresivos, tales como hipotiroidismo, hipertiroidismo, neoplasias malignas, esclerosis múltiple, diabetes mellitus, tumores adrenales, etc. (5, 8).

## **2.2. DEPRESIÓN:**

### **2.2.1. Definición:**

Recordemos la definición de “estado de ánimo”: “El estado de ánimo se define como el tono emocional generalizado que influye de manera profunda en la perspectiva personal y en la percepción de uno mismo, los demás y el ambiente” (9).

La depresión es pues, un trastorno del estado de ánimo, frecuente, en el cual es característico que el sujeto presente tristeza o

irritabilidad, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa, baja o nula autoestima, alteraciones del sueño, del apetito; sensación de cansancio, falta de concentración, entre otros (10). Además, el paciente presenta síntomas somáticos, cognitivos o volitivos; que afectan de manera considerable la capacidad funcional de éste, deteriorándolo mental, física y socialmente pues alteran sus relaciones interpersonales y afectivas (5, 11).

La depresión puede tener una duración prolongada y hacerse crónica o presentarse de manera recurrente, alterando la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (10).

Un trastorno depresivo, tiene un tratamiento dependiendo del grado de gravedad (12).

### **2.2.2. Epidemiología:**

En el 2001, la OMS (1) informó que los trastornos del estado de ánimo, entre ellos los trastornos de depresión, ocupaban el cuarto lugar en morbilidad como patología. En el informe de ese año, manifestó que para el 2020, el trastorno depresivo ocuparía el segundo lugar en morbilidad; sin embargo ya para el 2015, la depresión ocupaba el segundo lugar en morbilidad.

Otros datos epidemiológicos, mundiales y nacionales, relevantes son:

- Más de 350 millones de personas de todas las edades en el mundo sufre de depresión, es una de las principales causas a nivel mundial, de discapacidad, tiene un carácter incapacitante y es el trastorno mental que más afecta a la población mundial (10).
- En América Latina y el Caribe, 5% de adultos padece depresión, de los cuales 60% y 65% de personas que necesitan atención no la reciben (13).
- Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%) (13).

- En Perú existen estudios que indican que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de padecer un trastorno mental alguna vez en su vida (3).
- En el 2006, la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana era de 18,2%<sup>3</sup>, en la sierra de 16,2%<sup>4</sup> y en la Selva de 21,4%<sup>5</sup> (3).
- Epidemiológicamente la depresión es más frecuente en el sexo femenino y en la etapa media de la vida; en proporción aproximada de 2:1 (la cual puede variar con la edad; antes de la pubertad la presentación es 1:1 entre niños y niñas y a partir de esta, la proporción va aumentando). Las mujeres tienen un riesgo de presentar el trastorno dos veces más alto que los hombres (14).
- La depresión causa un gran impacto en la educación, el trabajo y las relaciones personales es tan grande y conlleva a un gran deterioro de las tres esferas del sujeto (15).

### 2.2.3. Clasificación de los trastornos depresivos:

En la CIE-10 (16) y en el DSM-5 (5) nos muestran clasificaciones que varían un poco entre sí, se describen a continuación.

#### a) Según CIE-10:

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los “Trastornos del humor o afectivos”. Los divide en Episodios depresivos y Trastorno depresivo recurrente (16).

#### b) Según DSM-5:

Como ya se mencionó, a diferencia del DSM-IV, el DSM-5 separó a los “Trastornos depresivos” del “Trastorno bipolar y relacionados”.

De acuerdo al DSM-5, los trastornos depresivos comprenden (5):

- **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.**
- **Trastorno de depresión mayor.**
- **Trastorno depresivo persistente (distimia).**
- **Trastorno disfórico premenstrual.**

- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.**
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica.**

#### **2.2.4. Etiopatogenia:**

Existen varias teorías o modelos acerca de los factores causales de depresión; lo más probable es que sean varios factores los que interactúan entre sí, siendo responsables de la etiología. Podemos clasificarlos en:

- Biológicos
- Genéticos
- Psicosociales

##### **2.2.4.1. Modelo Biológico:**

**a) Bioquímica:** Dentro de este grupo, encontramos como factores etiológicos a las monoaminas; neurotransmisores del sistema nervioso central que presentan un grupo amino (NH<sub>2</sub>):

**a.1. Catecolaminas:** Aminas biógenas derivadas de la Tirosina o de la Fenilalanina; pertenecen a este grupo, la adrenalina, noradrenalina y a dopamina. En los trastornos afectivos depresivos hay una disminución central de noradrenalina (NA); esto se determinó porque en estudios se detectaron niveles bajos de 3-metoxi-4-hidroxifenil glicol (3 MHPG) (metabolito de la NA) en orina y sangre de pacientes con depresión (17). Por otro lado, el Ácido Homovanílico (metabolito de la Dopamina) se encuentra aumentado en la manía y disminuido en trastornos depresivos.

Otro factor que apoya este modelo es la buena respuesta que tienen pacientes con trastornos depresivos a los distintos fármacos que tienen un mecanismo de acción consistente en bloquear la recaptura de NA (antidepresivos tricíclicos) y serotonina (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), haciendo que aumenten en la hendidura sináptica y tengan mayor tiempo de acción sobre sus receptores. Así mismo

los inhibidores de la Mono-amino oxidasa (IMAO), disminuyen la degradación de las monoaminas, aumentando así su concentración.

**a.2. Indolaminas:** Son derivadas del Triptófano, en este grupo está la Serotonina (5-HT); que está muy relacionada con la depresión, además la serotonina interviene en la regulación de funciones fisiológicas como el humor, apetito, sueño, dolor, actividad sexual, entre otros (17).

Las mediciones del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) (metabolito de la serotonina) en LCR, demostraron que éste se encuentra disminuido en la depresión, lo que indicaría que un déficit de serotonina sería un factor etiológico muy importante y hay estudios que relacionaron los niveles bajos de serotonina con síntomas de suicidio y pérdida de control de impulsos (17).

**a.3. Hipersensibilidad colinérgica:** De acuerdo a ésta, un desequilibrio permanente entre agentes colinérgicos y adrenérgicos originaría síntomas depresivos. El desequilibrio a favor de los colinérgicos en pacientes depresivos y a favor de los adrenérgicos en pacientes con cuadros de manía (17).

**b) Regulación neuroendocrina:** Es el Hipotálamo quien se encarga de la regulación neuroendocrina y utiliza aminas como neurotransmisores, debido a algunos síntomas depresivos se pensó en una disfunción hipotalámica; por otro lado, el aumento de cortisol por mucho tiempo o periodos prolongados, destruiría centros nerviosos serotoninérgicos.

**c) Neurofisiología y Neuroanatomía:** En estudios que utilizaron neuroimagen se señalan que en pacientes con depresión hay alteraciones a nivel del sistema límbico y en la corteza prefrontal y temporal (17).

**2.2.4.2. Modelo Genético:** Hay diversos estudios al respecto. Los realizados en gemelos manifiestan que en el trastorno depresivo

mayor, “hay una concordancia del 65% en gemelos monocigóticos y solamente 14% en los gemelos dicigóticos” (18).

“El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general” (19). Además habría una posible participación de la mitocondria en cuanto a lo genético de la depresión, así pues, la persona tendrá un tipo de reacción diferente a lo normal ante eventos de estrés (14); esto implicaría también que las mujeres se vean más afectadas que los varones. El aspecto genético influiría más sobre la respuesta ante eventos adversos que sobre enfermar en sí (20).

**2.2.4.3. Modelo psicológico:** No hay un rasgo de personalidad que predisponga a desarrollar depresión, entonces cualquier sujeto puede desarrollar un cuadro depresivo si presenta factores etiológicos y está sometido a circunstancias que provoquen tal cuadro.

**a) Lo cognoscitivo:** Hay pensamientos distorsionados que son los que posiblemente lleven al sujeto a desarrollar un cuadro depresivo. Estas alteraciones del pensamiento consisten básicamente en: llegar a conclusiones inadecuadas y sobregeneralizadas, aplicar estas conclusiones a situaciones que no corresponden, tener un pensamiento polarizado y negativo. Como señaló Beck (19): “el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos” (19).

**b) Lo conductual:** Se habla de una “desesperanza aprendida” o “indefensión aprendida”. Se postula que la desesperanza aprendida se presenta cuando el sujeto está constantemente sometido a estímulos desagradables que no puede controlar ni anticipar, no puede sentirse bien y por eso se deprime, se resigna ante la situación y no podrá adaptarse adecuadamente a esta (17).

c) **Lo psicosocial:** Habría aumento de casos de depresión tras situaciones de estrés intenso como guerras, desastres naturales, pérdida de seres queridos o de la pareja por muerte, separación o divorcio, entre otros. Sin embargo, a pesar del aumento de casos por motivos de separación o pérdida de seres queridos, ciertos estudios indicarían que tales motivos si bien pueden precipitar los casos de depresión, no serían por sí solos suficientes para ocasionar cuadros depresivos (17).

### 2.2.5. Diagnóstico:

En el diagnóstico nos referiremos al Trastorno Depresivo Mayor, ya que es el trastorno clásico dentro de los Trastornos Depresivos (5), además de ser uno de los que tienen mayor impacto sobre quien lo padece.

#### 2.2.5.1. Criterios diagnósticos según DSM-5:

El trastorno depresivo mayor (TDM), se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, en los que hay cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas.

Para diagnosticar los problemas del estado de ánimo, en este caso el TDM, el DSM-5 toma en cuenta:

- **Episodios afectivos:** No tienen código de diagnóstico pero son útiles reconocerlos para ayudarnos con el diagnóstico de un trastorno. Son el episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio hipomaniaco (5, 8).
- **Trastornos del estado de ánimo:** Estos sí tienen un código de diagnóstico y cuenta con criterios de acuerdo al DSM-5 para hacer el diagnóstico del trastorno. Son los que mencionamos anteriormente (5, 8).
- **Episodio en curso o más reciente y la evolución de episodios recurrentes:** Son especificadores para determinar la gravedad del cuadro; pudiendo ser leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos; en remisión parcial o total (2 o

más meses sin síntomas); crónico (2 o más años con síntomas), con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos (5, 8).

Se puede realizar un diagnóstico de TDM con la presencia de un solo episodio o de episodios recurrentes (es lo más común) (5). Los criterios diagnósticos para el TDM (Imagen 1), incluyen uno o más episodios de 2 o más semanas de duración, en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades y 4 o más síntomas señalados en los criterios.



*Imagen 1: Criterios diagnósticos del Trastorno de depresión mayor*

## Trastorno de depresión mayor

### Criterios diagnósticos

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

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

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

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

---

*Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.*

---

**2.2.6. Tratamiento:** Aproximadamente un 80% de pacientes con trastornos de depresión mayor se pueden tratar (9). Los trastornos depresivos tienen varias formas de tratamiento tales como:

- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Psicológico.
- Tratamiento Electroconvulsivo.

**2.2.6.1. Tratamiento farmacológico:** Es uno de los más eficaces cuando se combina con el tratamiento psicológico (9). Lo que se busca es que el paciente se adhiera a este tratamiento y eso se logra al disminuir los efectos secundarios o al disminuir el tiempo que toma para actuar. Dentro de este tratamiento tenemos a los siguientes grupos:

- **Inhibidores no específicos de la recaptación de aminas:** En este grupo están los compuestos tricíclicos y tetracíclicos; actúan bloqueando la recaptura de noradrenalina y serotonina, aumentando la concentración de éstos en la hendidura sináptica y alargando de esta manera su acción sobre los receptores. La ventajas son su eficacia, facilidad de administración y bajo costo; sin embargo poseen variedad de efectos secundarios por los que su uso ya no es de primera línea, entre sus efectos secundarios tenemos xerostomía, sedación, visión borrosa, hipotensión ortostática, trastornos en la sexualidad, entre otros. Podemos citar como ejemplos de este grupo a la Clomipramina, Imipramina, Amitriptilina, Maprotilina, etc. “Actualmente fármacos de segunda o tercera línea debido a sus efectos secundarios y a su posible letalidad en caso de intoxicación” (9).
- **Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO):** Estos fármacos actúan inhibiendo a la Mono amino oxidasa (MAO), evitando que ésta enzima actúa degradando a las monoaminas (noradrenalina, serotonina, feniletilamina, dopamina y tiramina), existen dos tipos de MAO, ambas

comparten a la Dopamina y a la Tiramina como sustrato. Dentro de sus efectos secundarios se encuentran la hipertensión, cefalea intensa, palpitaciones, sudoración profusa, temblor y arritmias cardíacas; todos estos debido a que los IMAO también actúan sobre la MAO presente en hígado e intestino, por lo que al ingerir compuestos con tiramina, ésta no se metaboliza y actúa sobre terminaciones nerviosas correspondientes del sistema simpático. Ejemplos de este grupo son la Fenelzina, Moclobemida. Etc. Actualmente fármacos de segunda o tercera línea debido a sus efectos secundarios y a su posible letalidad en caso de intoxicación” (9).

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** Actúan inhibiendo la recaptura de serotonina, manteniéndola así en la hendidura sináptica y permitiendo mayor acción sobre sus receptores. Poseen menos efectos secundarios que los anteriores grupos, lo que permitiría mayor adherencia por parte del paciente. Entre sus efectos secundarios están el insomnio (por lo que se indica administrarlos en las mañanas), agitación, disfunción sexual. Algunos ejemplos son la Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina, entre otros. Actualmente son los fármacos más usados para tratamiento de trastornos depresivos (9).
- **Antidepresivos atípicos:** Llamados así porque no cumplían con todas las características de los IMAO o de los tricíclicos; inhiben la recaptación de noradrenalina y de serotonina (doble acción inhibitoria), tienen menos efectos secundarios principalmente cardiotoxicos pero su precio es elevado. En este grupo se encuentran la Mirtazapina (único antidepresivo que se prescribe de noche, por sus propiedades hipnóticas), Duloxetina, Venlafaxina, etc.

**2.2.6.2. Tratamiento Psicológico:** Como se mencionó, cuando la psicoterapia va combinada con el tratamiento farmacológico, es uno de los tratamientos más eficaces<sup>9</sup>. El tratamiento psicológico incluye terapia cognitiva (busca corregir las distorsiones de pensamiento y los sentimientos negativos y de desesperanza), conductual (busca refuerzos positivos para el paciente, basados en condicionamiento), interpersonal (trabaja en la relación momentánea con uno mismo), psicoanalítica (trata de comprender los problemas y razones que puedan estar manteniendo o agravando la depresión; esto se hace mediante la introspección), de apoyo, de grupo (no apta para pacientes con ideas o intentos suicidas) y de familia (es, junto con la terapia de grupo, de gran ayuda para los pacientes) (9).

**2.2.6.3. Tratamiento Electroconvulsivo:** A pesar de las ideas que la relacionen con dolor o castigo y que éstas no generen su aceptación por todos; en la actualidad se volvió en una técnica segura, con pocos efectos adversos. Consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada y controlada que dure unos 20 a 30 segundos (21), mediante estimulación eléctrica; de esta manera se liberan monoaminas, además de opiáceos endógenos, incremento de receptores de serotonina y cambios dopaminérgicos. La terapia electroconvulsiva está indicada principalmente en trastornos de depresión con síntomas psicóticos o melancólicos (21).

### **2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A La DEPRESIÓN:**

Aunque la sintomatología depresiva y ansiosa parece ser mayor en mujeres que en hombres, el género no resulta ser la variable más determinante para la ansiedad, aunque sí para la depresión, y en ambos casos, factores sociodemográficos parecen tener un gran peso respecto a las diferencias de género (22).

**a) Edad:** Hubo estudios donde se observó que las mujeres iniciaban con el trastorno depresivo a una edad mayor a los 30 años y a edad más temprana que los hombres (17).

En un estudio realizado en España (22), se encontró que mujeres de 45 a 54 años manifestaban mayores niveles de depresión, seguidas por aquéllas que tenían entre 55 y 65 años; por otro lado, quienes tenían de 35 a 44 años manifestaron menores niveles de depresión; “esta relación con la edad parece mostrar que es en la segunda etapa de la vida cuando las mujeres manifiestan mayores niveles de depresión” (22). “En trabajos de Matud et al., mujeres de entre 55 y 65 años presentaron mayores niveles de depresión, y las de 35 a 44 años presentaban menores niveles” (23).

Los datos mencionados anteriormente concuerdan con fuentes que afirman que la depresión es más frecuente en el sexo femenino y en la etapa media de la vida (14).

**b) Sexo:** Hay diversos estudios y concluyen que la prevalencia es mayor en mujeres, casi el doble que en los varones, en una proporción de 2:1. Además las mujeres tienen mayor riesgo de presentar el trastorno, aproximadamente dos veces más alto que los varones (14, 17).

Se realizaron estudios en distintos lugares donde se encontró los siguientes datos:

- “En adultos de la Ciudad de Santiago de Chile un estudio reportó una prevalencia de depresión de 15,4 para las mujeres y 5,4 para los hombres” (14).
- “Se considera que 880 000 mujeres (4%) y 440 000 hombres (2%) de la población peruana padecen un TDM” (14).

**c) Estado civil:**

En los estudios que se hicieron sobre el estado civil; dentro de éste, el que una mujer esté soltera, casada o viuda tiene relación significativa con la depresión (17, 23). Dentro de los estudios, unos indican mayores casos de depresión en personas separadas de su pareja o en solteras, en comparación con personas casadas (17); existe un estudio de España

donde son las mujeres viudas quienes manifestaron mayor nivel de depresión, seguido de divorciadas y convivientes, y de solteras y casadas. (23).

**d) Grado de instrucción:**

El nivel de estudios es otro factor relacionado con la depresión, así pues, estudios en España indican una relación inversa entre el nivel de estudios y el grado de depresión (22, 23).

**e) Ocupación:**

Respecto al empleo, trabajos señalan que serían las estudiantes quienes tienen menores niveles de depresión (22, 23).

**f) Situación económica:** Son varios los estudios que coinciden en que hay una relación inversa, por así decirlo, entre la situación económica y prevalencia de depresión (17).

**g) Procedencia:** Estudios informan que la depresión mayor se presenta con menos frecuencia en el ámbito rural (“campo” en nuestro medio), que en el urbano (“ciudad” en nuestro caso), sin determinar causas precisas de esta relación (17). Tal vez por la frecuencia mayor de inseguridad, uso de drogas, el mismo estrés del día a día, lo agitado del ritmo de vida; que es mayor en el medio urbano.

#### **2.4. SINTOMAS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN:**

Entre los síntomas asociados al trastorno depresivo mayor tenemos llanto fácil, irritabilidad, hipocondría, quejas de dolor (cefaleas, dolor articular, abdominal, entre otros), rumiación obsesiva, fobias, y recordar que la depresión tiene como comorbilidad frecuente a la ansiedad o estados de angustia (5).

#### **2.5. RIESGO DE SUICIDIO Y DEPRESIÓN:**

Como señala la OMS (24), el suicidio es un problema mundial de salud pública, cada año aproximadamente 800 000 personas se suicidan, y el número es mayor en intentos de suicidio. “En el 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo,

en ese mismo año, más del 75% de los suicidios a nivel mundial se dieron en países de ingresos bajos y medianos (24); esto nos llama aún más la atención pues población que estudiaremos y nuestro medio en general pertenece a este sector.

Entre los factores más asociados al suicidio está la depresión, tanto que pacientes con depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que el resto, éste riesgo puede aumentar por cinco si se trata de pacientes con depresión grave. La posibilidad de suicidio está latente mientras duran los episodios depresivos mayores. Condiciones que incrementan el riesgo de suicidio son: intentos o amenazas de suicidio anteriores, también el sexo masculino, soltería o vivir solo, sentimientos intensos de desesperanza, historia familiar de trastornos mentales, entre otros (5, 15, 24).

Si bien uno de los principales factores de riesgo son los antecedentes de intentos suicidas, “la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos” (5). Otro punto a tener en cuenta está en lo que refiere al manejo del paciente con un trastorno depresivo y conducta suicida, “el suicidio paradójico”, que consiste en que debido al tratamiento y la consiguiente mejoría de estos pacientes, cuentan con energía física como para consumar el suicidio, energía que previa a la mejoría no tenían<sup>9</sup>; esa posibilidad impone como personal médico, la responsabilidad de estar haciendo un seguimiento mucho más estricto a aquéllos pacientes.

## **2.6. INFRADIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:**

Es sabido que mayor parte de casos de depresión no se diagnostican y pasan desapercibidos en centros de primer nivel de atención (5, 15, 25), y nuestro medio no es la excepción. “En España se ha estimado que el 28% de los pacientes que padecen depresión mayor no son diagnosticados en atención primaria” (15).

Se debe mencionar también la importancia del diagnóstico de trastornos mentales en general, en un establecimiento de primer nivel de atención,

pues es a estos establecimientos donde el paciente acude en primera instancia y es el primer contacto que éste tiene con un médico (25).

Un trabajo realizado en la ciudad de México menciona que el médico de centros de primer nivel de atención atiende a aproximadamente 85%-90% de la población (25); todo ello nos muestra la importancia del médico de atención primaria en la detección de casos.

## 2.7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

“Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (5) y se diferencian por el agente (situaciones u objetos) que provocan el miedo excesivo o las conductas de evitación (5). Un paciente puede presentar uno o más trastornos de ansiedad a concomitantemente (8).

Éstos son más frecuentes en mujeres que en varones, con una relación aproximada de 2:1 (5).

**2.7.1. Trastornos de ansiedad por separación:** El paciente se manifiesta asustado o ansioso por la separación de individuos a los que se siente apegado, pudiendo ser los progenitores, familiares, tutores, etc.; este temor o ansiedad llegan a ser persistentes e inapropiados para el desarrollo del paciente (5, 8).

Es frecuente que este trastorno se desarrolle en niños, sin embargo pueden presentarse también en adultos (5).

**2.7.2. El mutismo selectivo:** En este trastorno, el individuo no puede hablar en situaciones sociales, que implican habla (colegios o escuelas, reuniones sociales o trabajo); sin embargo, el individuo es capaz de hablar al estar solo o con personas allegadas a él (5, 8). Podemos inferir entonces que este trastorno perjudica a quien lo padece, en los ámbitos sociales: académicos, laborales; y por defecto el ámbito personal.

**2.7.3. Fobia específica:** Caracterizada por el miedo y ansiedad persistente o irracional (en relación a la amenaza que presentan) ante situaciones u objetos específicos, de tal modo que los evitan a toda

costa. Existen dentro de este grupo, fobias a animales, al entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacionales y otras circunstancias (5, 8, 9).

**2.7.4. En el trastorno de ansiedad social (fobia social):** Aquí la persona siente miedo irracional o ansiedad ante a las situaciones públicas (hablar, comer, usar baños), las que implican posibilidad de ser evaluado, o tiene una conducta de evitación ante éstas (5, 8, 9). “La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros” (5).

**2.7.5. Trastorno de pánico:**

- **Las crisis o ataque de pánico:** No tiene codificación para su diagnóstico, sin embargo, al igual que el episodio depresivo mayor, es de ayuda para el diagnóstico de un trastorno; se caracteriza por una experiencia abrupta de temor o malestar intensos acompañados de síntomas físicos (palpitaciones, latidos intensos, sudoración, temblor, disnea, sensación de atragantamiento, etc.) y /o cognitivos (despersonalización, desrealización). Su punto máximo es alcanzado en minutos. Estas crisis pueden ser esperadas (ocasionadas por objetos o situaciones temidas), o inesperadas (sin razón aparente) (5, 9). Ahora podemos decir que en el trastorno de pánico, el individuo presenta repetidas e inesperadas crisis de pánico (más de una crisis), además de tener inquietud sobre tener nuevas crisis, o cambia de manera anormal su comportamiento debido a las crisis (5, 8).

**2.7.6. Agorafobia:** Los sujetos con agorafobia manifiestan temor excesivo o ansiedad al estar fuera de casa o al estar en espacios abiertos, lugares cerrados, estar en una multitud. Lo que les produce ese temor son pensamientos sobre sentir un ataque de pánico o algo que puedan producirles humillación o discapacidad y en donde el hecho de escapar les resulte difícil o no puedan obtener ayuda; sólo en

algunos casos son capaces de salir a estos lugares pero en compañía de alguien de confianza (5, 8, 9).

**2.7.7. Trastorno de ansiedad generalizada:** Lo que se presenta en este trastorno es ansiedad excesiva y persistente, los individuos se sienten tensos o ansiosos la mayor parte del tiempo debido a preocupación por situaciones o acontecimientos de la vida diaria, que se tornan difíciles de controlar por el sujeto. Junto a este malestar que genera sensación de sufrimiento se presentan también síntomas como nerviosismo, inquietud, irritabilidad, fatiga fácil, tensión muscular, dificultad para concentrarse, “mente en blanco” y alteraciones del sueño (5, 9).

**2.7.8. Trastorno de ansiedad por sustancias/medicamentos y debidos a enfermedad médica:** Ataques de pánico o síntomas de ansiedad surgen a causa del consumo de sustancias como anticolinérgicos (atropina), ACO, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antihipertensivos, antiparkinsonianos, broncodilatadores, insulina; o por consumo o suprimir el mismo de ciertas sustancias como alcohol, opiáceos, cocaína, sedantes (benzodiazepinas), hipnóticos o ansiolíticos; pueden presentarse cuadros de intoxicación o abstinencia (5, 8, 9).

Entre las enfermedades médicas que pueden provocar trastornos de ansiedad tenemos a las metabólicas, endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, otros trastornos mentales como depresión.

**2.7.9. Trastorno de ansiedad especificado o no especificado:** aquí se encuentran los trastornos con síntomas de ansiedad que no están dentro de grupos ya mencionados.

## **2.8. Ansiedad:**

### **2.8.1. Definición:**

Podemos definir a la ansiedad como la situación en la que se vive anticipadamente un hecho que el individuo ve como amenaza y cree

que puede causarle daño o desgracia a futuro, además el sujeto presenta una disforia y síntomas somáticos.

Hay que diferenciarla del miedo o de la ansiedad adaptativa; ambos constituyen una respuesta emocional ante una amenaza inminente, sea real o imaginaria, en cambio la ansiedad como patología, es una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura; en este sentido, se podría decir que el miedo o cierto nivel de ansiedad es necesario para afrontar el trajín que puede presentarse en la vida, o para enfrentarse a situaciones de peligro inevitable y tomar una decisión al respecto, o para realizar mejor una actividad; se trata de una respuesta de adaptación; sin embargo, si ésta se torna excesiva, incontrolable y se presenta ante situaciones a futuro, se hace patológica y causa malestar físico, emocional y altera la conducta y por consiguiente las relaciones interpersonales (5, 9, 26).

### **2.8.2. Epidemiología:**

En general, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en varones en relación de 2:1, salvo excepciones como fobia social u otras causas de ansiedad como el trastorno obsesivo compulsivo (5, 9).

Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia aproximada de hasta un 8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria, cuyos casos van aumentando en frecuencia, sobre todo en primer nivel de atención (27).

### **2.8.3. Clasificación de los trastornos de ansiedad:**

#### **a) Según CIE-10:**

La CIE-10 (16) clasifica los trastornos de ansiedad dentro del grupo de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”; agrupando todas estas patologías; sin embargo, en lo que respecta a trastornos de ansiedad, los clasifica en “Trastornos de ansiedad fóbica” y “Otros trastornos de ansiedad” (16).

b) **Según DSM-5:** la mostramos a continuación (5):

- **Trastornos de ansiedad por separación.**
- **Mutismo selectivo.**
- **Fobia específica.**
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social).**
- **Trastorno de pánico**
- **Agorafobia.**
- **Trastorno de ansiedad generalizada**
- **Trastorno de ansiedad por sustancias/medicamentos.**
- **Trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica.**
- **Trastorno de ansiedad especificado o no especificado.**

#### 2.8.4. Etiopatogenia:

Existen varios factores implicados y que interactuarían entre sí en la etiología de los trastornos de ansiedad; los agruparemos en biológicos, genéticos, psicosociales-ambientales, traumáticos y de aprendizaje (26, 27).

##### 2.8.4.1. Factores biológicos:

- a) **Bioquímica:** Dentro de éstos, están presentes las alteraciones en el sistema gabaérgico y serotoninérgico; recordemos la función del GABA como neurotransmisor inhibitorio, de tal modo que cumpliría un rol ansiolítico en determinadas ocasiones, y al estar alterado este sistema, actuaría como generador de angustia. En cuanto al sistema serotoninérgico, la relación que tiene al interactuar con la adrenalina y dopamina le brinda un rol de tranquilizante y al estar alterada esta relación haría lo opuesto (26, 27).
- b) **Neuroendocrina:** Las hormonas involucradas son las que intervienen en la respuesta a situaciones de estrés como el Cortisol y la Adrenocorticotropina (27).
- c) **Neuroanatomía:** Algunas zonas del tallo cerebral como el locus ceruleus serían la base de los trastornos de ansiedad pues

intervienen en el desarrollo y transmisión de la angustia<sup>27</sup>. Además existen alteraciones estructurales a nivel del sistema límbico (córtex paralímbico, hipocampo y amígdala) (26, 27).

**2.8.4.2. Factores genéticos:** Se sugiere una base genética como factor predisponente y al interactuar con el entorno generarían la aparición de trastornos de ansiedad, esta predisposición se vio en general en los trastornos de ansiedad pero es más notorio en el trastorno de pánico y la fobia social, también en el trastorno obsesivo-compulsivo (27, 28).

**2.8.4.3. Factores psicosociales-ambientales:** En este grupo están los agentes estresores socio-ambientales como el entorno familiar, de trabajo, interpersonal, etc., que actuarían no sólo como factor etiológico, sino también como factor que precipita y agrava el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Otros agentes son los psicosociales como: un patrón de respuesta aprendida e hipersensibilidad que conllevan a un estado de preocupación constante y excesiva ante situaciones de la vida diaria (26, 27).

**2.8.4.4. Factores traumáticos:** Los eventos extremadamente estresantes y poco comunes, en relación a la vida cotidiana del individuo, como desastres naturales, violaciones, accidentes de gran magnitud, tortura, etc., ocasionaría no sólo daño psicológico, sino además alteraciones biológicas a nivel cerebral que luego generan síntomas de ansiedad (9, 27).

**2.8.4.5. Factores cognitivos y conductuales:** Aquí se toman en cuenta pensamientos distorsionados de negatividad, miedo premeditado a situaciones pero estando de por medio un tipo de pensamiento en el cual uno no es capaz de hacer algo al respecto ni de combatir ese miedo, sensación de que no podrá tener el control de la situación premeditada (5, 27).

**2.8.5. Diagnóstico:** En este punto mostramos los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 para los trastornos de ansiedad que se presentan con mayor frecuencia y en una edad (5, 8) que compete al actual

proyecto; dichos trastornos son pues, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Imagen 2), el ataque pánico y trastorno de pánico (TP) (Imagen 3 y 4 respectivamente) y las fobias específicas (Imagen 5), conociendo que en cada trastorno se cumpla que la alteración no se pueda atribuir a una sustancia ni se puede explicar mejor por otro trastorno mental (5).

Antes de mostrar los criterios diagnósticos, vale la pena recordar que la ansiedad puede estar acompañando a gran cantidad de trastornos mentales (sobre todo depresión, consumo de sustancias, entre otros), pero su carácter más “pintoresco” opacaría al trastorno que acompaña, por lo que este último pasaría desapercibido, así que es importante descartar los trastornos mencionados, indagando sobre antecedentes sintomatológicos y así no dejar pasar de lado algún otro trastorno mental (8).

**Imagen 2: Criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-5**

<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	
<b>Criterios diagnósticos</b>	<b>300.02 (F41.1)</b>
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Nota:</b> En los niños solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.</li> <li>2. Facilidad para fatigarse.</li> <li>3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</li> <li>4. Irritabilidad.</li> <li>5. Tensión muscular.</li> <li>6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</li> </ol> <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	

*Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.*

**Imagen 3: Síntomas del Ataque de Pánico de acuerdo a DSM-5**

### Especificador del ataque de pánico

---

**Nota:** Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., "trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico"). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

**Nota:** La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

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

**Nota:** Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

*Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.*

**Imagen 4: Criterios diagnósticos de Trastorno de Pánico según DSM-5**

<b>Trastorno de pánico</b>	
<b>Criterios diagnósticos</b>	<b>300.01 (F41.0)</b>
<p>A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:</p> <p><b>Nota:</b> La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.</li> <li>2. Sudoración.</li> <li>3. Temblor o sacudidas.</li> <li>4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.</li> <li>5. Sensación de ahogo.</li> <li>6. Dolor o molestias en el tórax.</li> <li>7. Náuseas o malestar abdominal.</li> <li>8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.</li> <li>9. Escalofríos o sensación de calor.</li> <li>10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormiguelo).</li> <li>11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).</li> <li>12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".</li> <li>13. Miedo a morir.</li> </ol> <p><b>Nota:</b> Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.</p>	
<p>B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").</li> <li>2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).</li> </ol>	

*Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.*

**Imagen 5: Criterios diagnósticos de Fobia específica según DSM-5**

<b>Fobia específica</b>
<b>Criterios diagnósticos</b>
<p>A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).</p> <p><b>Nota:</b> En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.</p> <p>B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.</p> <p>C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.</p> <p>E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.</p> <p>E El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).</p>

*Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.*

**2.8.6. Tratamiento:** El tratamiento de los trastornos de ansiedad consiste en terapia farmacológica, psicoterapia, o ambos, siendo esta última la manera más efectiva que la terapia farmacológica por separado (27). Se puede dar tratamiento a corto (disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis) y largo plazo (control de los síntomas y reducir las tasas de recaída), dependiendo del objetivo que deseemos (27).

**2.8.6.1. Tratamiento Farmacológico:** El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología. Dentro de los fármacos principalmente utilizados están los antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos (26, 27). Los individuos requieren un tratamiento agudo o a corto plazo de los síntomas y un tratamiento crónico o a largo plazo para prevenir las recaídas.

- **Benzodiazepinas (BZD):** Son los más usados como primera elección en el tratamiento de ansiedad, efectivos a corto plazo pero con riesgo de producir dependencia y abstinencia a largo plazo; actúan uniéndose al receptor de GABA y potencian la acción inhibitoria de éste, logrando hiperpolarizar a la célula. Sus efectos adversos son vértigo, ataxia, disartria, caídas, sedación, excitación paradójica, etc.
- **Agonistas de receptores serotoninérgicos:** De este grupo sólo la Buspirona es útil, tal vez no como las BZD pero con menor probabilidad de producir síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas.
- **Hidroxicina:** “Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos” (27). Provoca sedación al comienzo del tratamiento, podría utilizarse en las crisis agudas.
- **Antidepresivos:** Se recomiendan ciertos antidepresivos como primera elección; como efecto secundario en un trastorno de ansiedad puede producir aumento de la ansiedad, hecho que se le debe informar al paciente antes de comenzar el tratamiento. Dentro de este grupo están los Antidepresivos tricíclicos (ATC) como imipramina, que puede ser tan eficaz como las benzodiazepinas en el manejo de la ansiedad, y más eficaces que éstas a largo plazo (27); también tenemos a los ISRS que mejorarían los síntomas de ansiedad después de unos 2 meses de tratamiento; también se utilizan a los Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina como la venlafaxina que ha demostrado eficacia.

**2.8.6.2. Tratamiento psicológico:** La psicoterapia tiene como objeto mejorar la salud mental por medio de cambios en el paciente como en lo que respecta a sus modos de comportamiento y buscar el desarrollo de una personalidad positiva (26, 27).

## 2.9. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A LA ANSIEDAD:

- a) **Edad:** La edad media de inicio es más temprana para la ansiedad, en la cual es de aproximadamente 11 años, en comparación con otros trastornos como los trastornos del estado de ánimo en el cual la edad media es de 30 años (29).
- b) **Sexo:** Hay varios estudios epidemiológicos que muestran mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres, aproximadamente una relación en la que los trastornos de ansiedad implican el doble de prevalencia en mujeres que en varones (5, 30).
- c) **Estado civil:** Estudios en poblaciones en desarrollo y en vías de éste, realizados tanto en mujeres como en ambos sexos indican que la ansiedad es más frecuente en personas divorciadas y viudas, y es menor en personas “convivientes”, solteras y casadas (23, 30).
- d) **Grado de instrucción:** Al igual que en la depresión, a menor nivel de estudios, los trastornos de ansiedad son mayores (23, 30).
- e) **Ocupación:** Trabajos realizados en México y España, manifestaron que, en el caso de mujeres no hay relación significativa entre ansiedad y la labor que desempeñan (23, 30).
- f) **Situación económica:** Existen datos no concluyentes al respecto y precisan un mayor estudio de este factor en relación a la ansiedad. Sin embargo existen dos trabajos; uno de Posada et al. en Colombia (32), en el que manifiesta que hay relación entre disminución de recursos económicos y prevalencia de trastornos mentales en general; y otro de Díaz et al. en México (31), en el que muestran que hay mayor prevalencia de trastornos mentales en la población “marginados sociales” (30, 31, 32).
- g) **Procedencia:** Al respecto, la mayoría de trabajos y literatura refieren está en relación a los trastornos mentales en general, siendo la prevalencia de éstos mayor en el medio urbano; sin embargo hay trabajos que manifiestan que es mayor en el medio rural; esta discrepancia podría tener varios factores que marcan tal diferencia.

## **2.10. SÍNTOMAS RELACIONADOS A LA ANSIEDAD:**

Tenemos síntomas físicos o somáticos y psicológicos; ambos grupos generados por la respuesta de miedo excesiva que se generaría (26).

### **2.10.1. Síntomas somáticos:**

Vegetativos como sudoración, mareo, inestabilidad; neuromusculares como temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias; cardiorespiratorios como disnea, palpitaciones, taquicardias, dolor precordial; digestivos como náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, meteorismo y genitourinarios como polaquiuria y problemas sexuales.

### **2.10.2. Síntomas psicológicos:**

Preocupación, sensación de agobio, miedo a perder el control, irritabilidad, inquietud, aprensión, sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, conductas de evitación de determinadas situaciones, bloqueo psicomotor, entre otros.

## **2.11. SEXO FEMENINO Y TRASTORNOS MENTALES:**

Vimos que en la gran mayoría de trastornos, la prevalencia es mayor en el sexo femenino (5); uno de los factores sería la variación emocional constante a la que ésta se encuentra sometida a lo largo de su vida, pues el estado de ánimo de una mujer es cíclico, debido a la influencia de hormonas y sus variaciones sobre los sistemas de neurotransmisión. Tres cuartas partes de mujeres en edad reproductiva presentan variaciones de humor que no necesitan algún tratamiento específico; sin embargo existe otro sector, cuyos síntomas llegan a producirles alteraciones sociales y psicológicas (situación que no es normal), son ellas quienes necesitan de un diagnóstico y tratamiento oportuno ya que si el cuadro patológico de fondo persiste, puede hasta incapacitarlas intermitentemente durante un tercio de su vida (6).

## **2.12. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:**

El nivel de atención comprende una de las maneras en que se organiza a los servicios de salud, en la que se tiene en cuenta la relación entre la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutive del establecimiento ofertante del servicio. Esta manera de organización se basa en el hecho de que son más frecuentes los problemas de salud menos severos y son menos frecuentes los problemas de salud más severos (34).

Primer Nivel de Atención corresponde a la “puerta de entrada de la población al sistema de salud” (33), es en este nivel de atención donde se atiende un aproximado de 70 a 80% de la demanda del sistema; acá se desarrollan actividades relacionadas con la promoción de la salud, prevención de los riesgos, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de acuerdo a las necesidades más frecuentes que tenga la comunidad en cuanto a salud<sup>33, 34</sup>. En este nivel de atención, los problemas de salud suponen baja complejidad de atención y una gran oferta (33, 34).

El presente trabajo se realizará en un establecimiento correspondiente al primer nivel de atención y dentro de este nivel, está categorizado (en base a su nivel de complejidad y funcionalidad) como un establecimiento I-2, lo que significa que es un Puesto de Salud con médico (de acuerdo a la denominación del MINSA), esta categoría debe contar con un personal que como mínimo posea un Médico General, una Enfermera, una Obstetrix, Técnicos y Auxiliar de Enfermería (34).

### **2.13. LA SALUD MENTAL EN PERÚ**

Recordemos algunas definiciones de la OMS (1), como la definición de salud: “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La otra definición se refiere a salud mental como el “estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad” (1). Hay estudios epidemiológicos realizados por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado

- Hideyo Noguchi (Perú) (3), que como mencionamos, indican que poco más de un cuarto de la población tiene probabilidad de padecer un trastorno mental alguna vez en su vida (3); además el MINSA informa que la prevalencia de trastornos mentales es de 26.5% en Lima, 19.8% en la sierra y 20.1% en la selva (35). En el 2012, el Ministerio de Salud puso de manifiesto que cuatro de cada diez peruanos tendría problemas de salud mental durante su vida.

Una vez más se habla de un infra diagnóstico de trastornos mentales, no sólo a nivel mundial (2004, la OMS informa que sólo 10 a 25% de personas con trastornos mentales severos recibió tratamiento un año antes en países con ingresos medios), sino en Perú, donde según estudios hechos por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, en Perú aproximadamente 80% de la población que tuvo la necesidad de atención en salud mental no recibió ésta (36).

#### 2.14. PROBLEMAS RELACIONADOS A LA FALTA DE ATENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES EN PERÚ

Es por demás sabido sobre las cifras evidentes a nivel internacional y nacional, que indican la magnitud del problema que implican los trastornos mentales en la salud pública y la necesidad de tomar medidas al respecto; sin embargo, parece que de alguna manera nos desensibilizamos ante las mismas, pues a pesar del constante avance tecnológico y crecimiento de la población, no se notan cambios en cuanto a la atención de los trastornos mentales o el proveer medios para combatirlos, continúa habiendo muchos casos no diagnosticados y no tratados. Entre las causas del problema que se toca en este punto tenemos:

- **El bajo presupuesto designado a la salud mental:** El financiamiento otorgado por el gobierno, a los establecimientos de salud proviene del presupuesto asignado al MINSA, Regiones, Ministerio de Trabajo; en el 2005, sólo el 3% de este presupuesto correspondía para salud mental (36, 37).

- **Centralismo de presupuesto:** en el 2005, casi la totalidad de presupuesto para salud mental (98%) fue destinado a tres instituciones de Lima (36).
- **Falta de oferta o disponibilidad recursos humanos específicos:** En un estudio realizado el 2011 se evidenció que el MINSA tiene un 45% de diferencia entre oferta y demanda de especialistas (37); y si bien últimamente se ha invertido más en infraestructura para el sector salud, los recursos humanos en salud mental, no crecen en la misma medida con esta inversión; es notoria la carencia de especialistas o personal capacitado en salud mental en centros de primer nivel de atención (36, 37).
- **Centralismo de recursos humanos:** según informes del 2009, 82% del total de psiquiatras del MINSA trabajaban en Lima y Callao, en el 2010 el porcentaje disminuyó pero continuaba siendo elevado (70%) (36).
- **Falta de recursos económicos de la población:** Uno de los principales agentes que aporta a los servicios de salud lo conforma el gasto que hace la población en este servicio, seguido por el gobierno (37). Casi la mitad de la población con problemas de salud mental que percibió que estos no fueron atendidos totalmente, puso de manifiesto que el motivo principal era la falta de dinero (36).

Datos de estudios realizados a nivel nacional demuestran que el hecho de integrar la salud mental a los establecimientos de atención primaria, es la mejor estrategia para brindar atención en salud mental a la población, pues la mayoría de ésta no puede acceder normalmente a atención en salud mental (36).

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.7. A NIVEL NACIONAL

##### 3.7.1. Antecedente 1:

- **Autor:** César Augusto Palacios Torre.

- **Título:** Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014
- **Resumen: Objetivo:** Determinar la frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014. **Diseño de estudio:** Estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal. **Materiales y métodos:** Se halló 125 probables casos de depresión y/o ansiedad por test de Zung y se determinó frecuencias y porcentajes de las variables con el programa Microsoft Excel. **Resultados:** De 91 probables casos de depresión (75 leve, 15 moderada y 1 severa) y 91 de ansiedad (79 leve, 11 moderada y 1 severa), 2 y 4 obtuvieron la presunción diagnóstica del médico, respectivamente. De los probables casos de depresión y ansiedad, 10 y 20 eran adultos jóvenes, 85 y 83 mujeres y 25 y 30 fueron por cefalea, respectivamente. De los probables casos con presunción diagnóstica, 2 fueron de un médico cirujano y 4 de un especialista no psiquiatra. **Conclusiones:** Existe alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad tanto del médico cirujano como del especialista no psiquiatra.
- **Cita en Vancouver:** Palacios Torre, César Augusto. Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el centro de salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014. 2015.

### 3.7.2. Antecedente 2:

- **Autor:** Joshi Acosta, Hever Krüger Malpartida, Leandro Huayana Falconí, Francisco Bravo Puccio, Martín Arévalo Flores.
- **Título:** Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima.
- **Resumen: Objetivos:** Determinar la prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre pacientes nuevos que acuden al consultorio

de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), así como la posible asociación entre las variables demográficas o las características de la patología dermatológica y la presencia de depresión y síntomas depresivos. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal entre 287 pacientes nuevos que acudieron al consultorio de dermatología del HNCH. Se registraron los datos demográficos, los de la enfermedad dermatológica, y los antecedentes personales y familiares. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck (IDB) y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM-IV (SCID), apartado de depresión mayor, entre enero y agosto del año 2003. **Resultados:** La prevalencia de depresión fue de 20,6% y la de síntomas depresivos, de 44,9% (puntuación en el IDB de 11 ó más). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ocupación del paciente y depresión ( $p=0,042$ ); así como entre género ( $p=0,039$ ), grado de instrucción ( $p=0,002$ ) y estado civil ( $p=0,026$ ), y la presencia de síntomas depresivos. Los diagnósticos dermatológicos más frecuentes entre los pacientes con depresión fueron dermatitis (11,86%), acné (8,47%), melasma (8,47%) y vitíligo (6,77%). **Conclusiones:** La prevalencia de depresión y síntomas depresivos fue similar a la reportada en estudios similares, siendo mayor a la reportada en la población general, confirmando la importancia del tratamiento conjunto, tanto dermatológico como psiquiátrico, para brindar mejor calidad de vida a los pacientes.

- **Cita en Vancouver:** Acosta, Joshi, et al. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima. Revista de Neuropsiquiatría. 2010; 73(4):126-135.

### 3.7.3. Antecedente 3:

- **Autor:** Ricardo Gabriel García De la Cruz.

- **Título:** Nivel de ansiedad según la escala de zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto julio-setiembre 2013
- **Resumen:** Según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del MINSA, los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y la depresión, las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, Loreto, La Libertad y el Callao. Los casos de trastorno ansioso diagnosticado el último semestre del 2013 suman 97 mil 604. Estas cifras revelan que la población peruana admite tener un problema en su estado emocional y deja de lado el estigma de ser un paciente con problemas de salud mental. Por tanto el propósito del presente estudio fue determinar el nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013. El diseño usado fue de tipo Observacional, Descriptivo, de corte Transversal, Prospectivo y Correlacional, mediante el uso del test de Zung para Ansiedad, aplicado a un total de 150 pacientes de 13 a 65 años (seleccionado mediante muestreo probabilístico) que acudieron al servicio de emergencias del Hospital Regional de Loreto. Se determinó que 69 pacientes (46.0%) fueron del sexo masculino, mientras 81 pacientes (54.0%) del sexo femenino el cual fue más propenso a presentar ansiedad patológica. Según la edad los que fueron menores de 20 años representaron el 24.7% y fueron los que presentaron mayores niveles de ansiedad que el resto de la población de estudio. Dentro de los Principales Motivos de Consulta se observó que Cefalea representó el 28% y con respecto a las principales comorbilidades se encontró que la Hipertensión Arterial fue del 20%. El mayor porcentaje de la muestra presentó Ansiedad Marcada con un 46%, a su vez la asociación de la ansiedad patológica con la edad menor de 20 años, el sexo femenino, el Alto nivel educativo, el no tener pareja, el proceder de zona urbana, el motivo de consulta, el ser estudiante o profesional fue estadísticamente significativo.

- **Cita en Vancouver:** García De la Cruz, Ricardo Gabriel. Nivel de ansiedad según la escala de zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto julio-setiembre. 2014.

### 3.8. A NIVEL INTERNACIONAL

#### 3.8.1. Antecedente 1:

- **Autor:** E. Aragonès Benaiges, M.A. Gutiérrez Pérez, M. Pino Fortuny, C. Lucena Luque, et al.
- **Título:** Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria
- **Resumen:** El estudio se hace en 350 pacientes que acuden a 4 centros de atención primaria y se busca en ellos, la prevalencia y características de trastornos depresivos. Lo que se evidenció fue que hubo una prevalencia del 14,7% de pacientes con depresión mayor y del 4,6% con distimia. En cuanto a síntomas, fueron muy similares en los pacientes con trastorno depresivo y variaba en relación a los pacientes sin depresión. Se concluyó que la depresión mayor y la distimia se presentan con mucha frecuencia en pacientes que acuden a un centro de atención primaria; además que ambos trastornos compartían factores demográficos.
- **Cita en Vancouver:** Benaiges, E. Aragonès, et al. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. Atención primaria, 2001; 27(9):623-628.

#### 3.8.2. Antecedente 2:

- **Autor:** Adalberto Campo Arias, Carlos Arturo Cassiani Miranda
- **Título:** Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados
- **Resumen: Introducción:** Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a su

importante morbilidad en la atención primaria y a su considerable discapacidad. **Objetivo:** Revisar cuáles prevalencias de cualquier trastorno mental se han descrito a lo largo de la vida. **Resultados:** Al parecer, el bajo nivel educativo, una reciente caída del ingreso económico y una vivienda pobre son las únicas variables socioeconómicas que están asociadas significativamente a un incremento en la prevalencia de trastornos mentales, después del ajuste por otras variables confusoras. **Conclusiones:** Los trastornos mentales están entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo y a pesar de ello existe una tasa muy baja de personas con trastorno mental que recibe tratamiento adecuado, lo cual puede deberse a barreras como el estigma. Se requieren acciones comunitarias y gubernamentales para un mejor abordaje de los trastornos mentales.

- **Cita en Vancouver:** CAMPO-ARIAS, Adalberto; MIRANDA, Carlos Arturo Cassiani. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008; 37(4): 598-613.

### 3.8.3. Antecedente 3:

- **Autor:** E. Gabarrón Hortal, J.M. Vidal Royo, J.M. Haro Abad, I. Boix Soriano, A. Jover Blanca y M. Arenas Prat.
- **Título:** Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria
- **Resumen:** Este estudio busca la prevalencia de trastornos de depresión en 400 pacientes de un centro de atención primaria y la detección de los mismos por el médico del, además de conocer los factores que estarían relacionados con estos trastornos. En el estudio se concluye que en atención primaria existe una gran prevalencia de pacientes con depresión y que casi la mitad de éstos no son diagnosticados (44.3%)

- **Cita en Vancouver:** Gabarron HE, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix SI, Jover BA, Arenas PM. Prevalencia y detección de trastornos depresivos en Atención Primaria. Atención Primaria. 2002; 29:329-36.

#### 3.8.4. Antecedente 4:

- **Autor:** Olmedilla Zafra, A.; Ortega Toro, E. y Madrid Garrido, J.
- **Título:** Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional.
- **Resumen:** El propósito del presente trabajo es estudiar las relaciones que se establecen entre variables sociodemográficas y práctica de ejercicio físico con niveles de ansiedad y depresión en mujeres. La muestra está compuesta por 200 mujeres del municipio de Cartagena (Murcia), con edades comprendidas entre 18 y 65 años. Los resultados indican que las mujeres de edades entre 45 y 54 años, manifiestan niveles superiores de ansiedad y de depresión que el resto; las mujeres viudas muestran niveles superiores de ansiedad que las solteras y niveles superiores de depresión que las casadas y las solteras; las que tienen dos hijos tienen niveles superiores, tanto de ansiedad como de depresión, que las que no tienen ninguno. Respecto a la práctica de ejercicio físico, los resultados indican que el grupo de mujeres que acuden al gimnasio o que realizan algún tipo de programa de actividad física con regularidad, manifiesta menores niveles de ansiedad y de depresión que las que no acuden o no lo hacen.
- **Cita en Vancouver** Olmedilla Zafra, A., et al. Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2008; 8(31): 222-243.

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **4.7. General:**

Determinar la frecuencia de síntomas de depresión y/o ansiedad según el grado de malestar psicológico referido por pacientes mujeres que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa.

##### **4.8. Específicos**

**4.8.1.** Determinar el grado de malestar psicológico en pacientes mujeres encuestadas que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa.

**4.8.2.** Mostrar las características sociodemográficas predominantes en las pacientes mujeres encuestadas que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa.

**4.8.3.** Evidenciar si existe asociación entre grado de malestar psicológico y las características sociodemográficas de las pacientes encuestadas.

**4.8.4.** Identificar el motivo de consulta más frecuente de las pacientes encuestadas.

**4.8.5.** Determinar si pacientes mujeres encuestadas acuden al Puesto de Salud Villa Jesús por algún síntoma de malestar psicológico que figura en el test utilizado, que pueda indicar posible caso de depresión y/o ansiedad.

#### **5. HIPÓTESIS**

Dado el hecho que los trastornos mentales, entre ellos la ansiedad y depresión, son cada vez más comunes y más frecuentes en mujeres; además, aproximadamente la mitad de los que la padecen no son diagnosticados; es posible detectar prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mujeres que acuden a un primer nivel de atención de salud, en específico, del Puesto de Salud Villa Jesús, ubicado en Arequipa

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- 1.1. **Técnicas:** Se utilizará la entrevista, en la cual se marcará con una “x” o se encerrará en un círculo un determinado puntaje por cada ítem presente en el instrumento a utilizar, de acuerdo a la respuesta del sujeto encuestado.
- 1.2. **Instrumentos:** Se utilizarán fichas de recolección de datos y el “test de Kessler 10 de malestar psicológico” (validada para este tipo de estudio por Vargas Terrez, Blanca Estela et al., en el artículo, titulado “Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas”, publicado en la revista Salud Mental, estudio aprobado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la ciudad de Mexico; el 20 de Abril del 2011), útil para establecer además un punto de corte según el puntaje que obtengan las pacientes encuestadas, para determinar posibles casos de depresión y/o ansiedad.
- 1.3. **Materiales de verificación:** Consentimiento informado, encuestas, lapiceros, computadora, software de Microsoft Excel y software SPSS Statistics.

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

- 2.5. **Ubicación espacial:** El presente trabajo se realizará en el Puesto de Salud Villa Jesús, ubicado en el distrito de Paucarpata, departamento de Arequipa.
- 2.6. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en el mes de Febrero del año 2017.
- 2.7. **Unidades de estudio:** Se tomarán como unidades de estudio a pacientes mujeres, mayores de edad, que acudan al Puesto de Salud Villa Jesús (centro de primer nivel de atención), de la ciudad de Arequipa.
  - 2.7.1. **Población:** Pacientes mujeres mayores de 18 años, que acuden al Puesto de Salud “Villa Jesús”, ubicado en Arequipa.

**Población referencial de Villa Jesús, pacientes con edad de 18 a más años, atendidos del 2015 al 2016**

Año	Sexo	Cantidad
2015	Mujeres	8721
2016	Mujeres	10934
<b>Total</b>		<b>19655</b>

Fuente: Área de Estadística del Puesto de Salud Villa Jesús

Los datos del puesto de salud indican que en promedio en el año 2017 se atienden alrededor de 10 pacientes mujeres de 18 o más años, por día, considerando de lunes a viernes y los sábados donde la atención oscila en 7 pacientes. Estos datos corresponden al mes de enero y 15 primeros días del mes de febrero del 2017, sin considerar los días domingos. Por tanto, se tiene la siguiente tabla con la población en estudio:

**Número de mujeres atendidas entre enero y febrero de 2017.**

Mes	Días	Atenciones		Cantidad
		Lunes a viernes (10 mujeres)	Sábados (7 mujeres)	
Enero	26	260	182	442
Febrero	13	130	91	221
<b>Total</b>		<b>390</b>	<b>273</b>	<b>663</b>

Fuente: Elaboración propia.

Las pacientes atendidas durante los meses de enero y parte de febrero ascienden a un total de 663, siendo esta cantidad la población considerada para el estudio, en alguna medida estos pacientes repiten asistir al puesto salud, con un mínimo de 2 ocasiones.

**2.7.2. Muestra:** La población es conocida, por tanto la muestra se puede calcular mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N	<b>663</b>
Error Alfa	A	<b>0.050</b>
Nivel de Confianza	1- $\alpha$	0.975
Z de (1- $\alpha$ )	Z (1- $\alpha$ )	1.960
Prevalencia de la Enfermedad	P	<b>0.900</b>
Complemento de p	Q	0.100
Precisión	D	<b>0.046</b>

<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>n</b>	<b>133.56</b>
-----------------------------	----------	---------------

- La fórmula responde a la técnica muestral probabilística aleatoria simple, con un marco muestral conocido, o población conocida.
- De la aplicación de la fórmula, como resultado se obtiene que a muestra corresponde a un total de 134 pacientes mujeres, de 18 o más años de edad.

## 2.8. Criterios de Selección:

### 2.4.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres, de 18 o más años, que acudan al Puesto de salud Villa Jesús.
- Pacientes mujeres que acudan al Puesto de Salud Villa Jesús solicitando atención para sí mismas, por los distintos servicios con los que este puesto de salud cuenta.
- Pacientes que estén dispuestas a colaborar con la presente investigación, conforme al consentimiento informado.
- Pacientes que hayan comprendido adecuadamente los ítems del instrumento, y que tras ello manifiesten ser capaces de participar en la resolución del test, ya sea marcando las respuestas ellas solas, o marcándolas el entrevistador de acuerdo a las respuestas que manifiesten las pacientes.

### 2.4.3. Criterios de exclusión:

- Pacientes mujeres que se nieguen a colaborar con el estudio.
- Pacientes mujeres que no fueron entrevistadas directamente.
- Pacientes mujeres menores de 18 años.
- Pacientes mujeres que manifiesten no poder llenar o responder a las preguntas de las encuestas.
- Pacientes mujeres que hayan entregado la parte de respuestas del Test K-10 (incluido en la encuesta) incompleto, incluso tras haberle sugerido intentar completarlo.
- Encuestas con respuestas en las que haya influido una persona ajena a la entrevistada.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

**4.4. Organización:** Se enviara una solicitud al Director(a) del Puesto de Salud Villa Jesús, ubicado en el distrito de Paucarpata, en el departamento de Arequipa, para que se me autorice el desarrollo de la investigación en dicho puesto de salud. Se identificará a pacientes mujeres que cumplan con los criterios de inclusión, a ellas se les solicitará que den su consentimiento mediante la aceptación de participar en el estudio, esto previo a la entrega y/o explicación del consentimiento informado redactado. A quienes den su consentimiento se les entregará una ficha para recolección de datos y el test de Kessler 10; ellas mismas pueden responderlo, o en el caso de ser necesario, se les procederá a leer las preguntas para que las respondan y el entrevistador consigne estas respuestas en la encuesta.

Una vez concluida la recolección de datos, estos serán recopilados y organizados en Microsoft Excel para su posterior procesamiento y análisis de los datos obtenidos, en el software SPSS Statistics.

### 4.5. Recursos

#### 4.5.1. Humanos:

- **Investigador:** Jose Jessid Capaquira Morales
- **Asesor:** Juan Manuel Zevallos Rodríguez

#### 4.5.2. Institucionales:

- Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María
- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María
- Puesto de Salud Villa Jesús, de la ciudad de Arequipa

#### 4.5.3. Materiales:

- 150 hojas bond A-4 para impresión de las fichas de recolección de datos, encuestas, consentimiento informado y las solicitudes al Puesto de Salud Villa Jesús.
- 10 lapiceros.
- 01 folder para almacenar las encuestas.
- 01 computadora.
- 01 software Microsoft Excel.
- 01 software Microsoft Word.
- 01 paquete estadístico software SPSS Statistics.
- 01 Impresora.

#### 4.5.4. Financiero: Autofinanciado.

### 4.6. Validación de los instrumentos:

**4.6.1. La ficha de recolección de datos:** utilizada para obtener datos sociodemográficos, no siendo necesaria su validación.

**4.6.2. Cuestionario que contiene la Escala Kessler 10 (K-10) de malestar psicológico:** se trata de un instrumento que consta de 10 preguntas sobre malestar psicológico, referidos a síntomas de ansiedad y depresión que pueda haber tenido el encuestado 30 días previas a la encuesta; ésta tiene 5 opciones de respuesta de acuerdo a la frecuencia de síntomas en ese periodo de tiempo.

- Este instrumento se aplicará en pacientes que acudan a un centro de primer nivel de atención; fue validado para propósitos similares por VARGAS TERREZ, Blanca Estela et al., en el artículo, titulado **“Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas”**, publicado en la revista Salud Mental, de México,

estudio aprobado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la ciudad de México; el 20 de Abril del 2011. En dicho artículo se obtiene como resultados que “El instrumento tiene una alta precisión, ya que puede detectar hasta el 87% de los casos de depresión y un 82.4% de los casos de ansiedad” (44); y se concluye que cumple con los criterios de validez y confiabilidad, recomendando su uso por los médicos generales en el primer nivel de atención (44).

- Además “según el puntaje obtenido en el test, hubo un **punto de corte para máxima sensibilidad y especificidad que corresponde a 21 para el diagnóstico de depresión, con una sensibilidad de 78.7% y especificidad de 79.0%**” (45). “El punto de corte para máxima sensibilidad y especificidad corresponde a 22 para el diagnóstico de ansiedad, la sensibilidad fue de 72.4% y la especificidad de 73.8%” (45).
- Así pues, la sensibilidad y la especificidad indican que la K-10 es un instrumento de tamizaje para identificar adecuadamente casos de ansiedad y depresión en la comunidad (44).
- La escala Kessler 10 (K-10), se trata de un instrumento breve y su aplicación es sencilla por el personal del primer nivel de atención, además fue utilizada en diferentes estudios epidemiológicos coordinados por el creador de la escala, el profesor Kessler y sus colegas; así mismo se utilizó en España, Colombia, México, Perú y países de Europa y Estados Unidos (44).
- La escala K10 está siendo utilizada en encuestas de salud en Estados Unidos y Canadá, también en la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (45).

#### 4.7. Criterios para el manejo de resultados

##### 4.7.1. Plan de recolección:

- Se procederá a enumerar las encuestas para hacer el conteo más sencillo. Al acudir al Puesto de Salud Villa Jesús, se procederá a entregar las encuestas y consentimiento informado a las pacientes que

cumplan con los criterios de inclusión y que accedan a participar, posteriormente se guardarán las encuestas en un folder.

- Se procederá de la misma manera con cada paciente, hasta completar la muestra calculada. Una vez se tenga la cantidad necesaria, se calificarán y analizarán los datos obtenidos.
- Se utilizará estadística descriptiva: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar para el análisis de los datos. Estos datos serán procesados y analizados mediante el software SPSS Statistics.

#### **4.7.2. Plan de sistematización:**

- Para sistematizar los datos, se diseñará una base de datos utilizando para ello el software Microsoft Excel, de este modo se elaborará tablas simples y gráficos.
- Los datos se clasificarán en una matriz de sistematización de acuerdo a las variables de estudio, seguidas de su codificación según la operacionalización de variables.

#### **4.7.3. Plan de estudio de datos:**

- Se realizará un análisis estadístico en el cual se harán pruebas de correlación y se considerará además una  $p < 0.05$  como significativa.

### III. Cronograma de Trabajo

TIEMPO	DICIEMBRE 2016				ENERO 2017				FEBRERO 2017				MARZO 2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>ACTIVIDADES</b>																
1. Revisión bibliográfica	■	■	■	■												
2. Elaboración del Consentimiento Informado					■											
3. Elaboración de la Solicitud para permiso del Puesto de Salud						■										
4. Elaboración de ficha de recolección de datos, impresión de instrumento						■										
5. Presentación y coordinación con el jefe del Puesto de Salud						■										
6. Ejecución de las entrevistas y encuestas a los participantes										■	■	■				
7. Procesamiento de datos														■	■	
8. Culminación del estudio														■	■	

SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO A JEFE(A) DE PUESTO DE SALUD VILLA  
JESÚS.

**SOLICITO: “Permiso para realizar  
encuestas a los pacientes del Puesto de  
salud Villa Jesús, Arequipa”**

**SEÑOR(A) DIRECTOR(A) DEL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS,  
AREQUIPA.**

Yo, Jose Jessid Capaquira Morales, con DNI  
Nº 46259527, bachiller en Medicina Humana,  
me dirijo a Usted respetuosamente y digo:

Por medio de la presente, solicito permiso para realizar encuestas a los  
pacientes del Puesto de salud Villa Jesús, Arequipa, pudiendo así  
ejecutar mi tesis titulada: “Frecuencia de síntomas de depresión,  
ansiedad y características sociodemográficas en pacientes mujeres que  
acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa, 2017”; por lo que  
señor(a) director(a), solicito ante su digna autoridad se sirva autorizarme  
para realizar dicha encuesta.

Adjunto: Un modelo de la encuesta que se realizara a los pacientes.

**Por lo expuesto:**

Pido a usted, acceder a mi petición por ser de justicia

Arequipa, 07 de febrero del 2017

---

Jose Jessid Capaquira Morales  
DNI Nº 46259527

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **Características sociodemográficas y frecuencia de posibles casos de depresión y/o ansiedad según el grado de malestar psicológico en pacientes mujeres que acuden al Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa, Febrero 2017**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Usted ha sido invitado(a) a participar en una investigación sobre la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad. Dicha investigación es realizada por Jose Jessid Capaquira Morales, alumno de XIV Semestre de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM.

El propósito de esta investigación es determinar mediante encuestas, casos de ansiedad y depresión, así como posibles síntomas de malestar emocional que constituirían un factor predisponente para desarrollar dichos trastornos en pacientes mujeres del Puesto de Salud Villa Jesús. Usted fue elegido(a) para participar en este estudio ya que cumple con las características que son necesarias para ser parte del mismo; éstas son: participación voluntaria, ser de sexo femenino, estar dentro del rango de 15 a 65 años.

**Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que llene la encuesta que se le entregará a continuación**, en la cual hay preguntas que buscan conocer si usted presenta síntomas de malestar psicológico, ansiedad y/o depresión.

La siguiente encuesta es de **carácter ANÓNIMO** y mediante la **resolución de ésta, usted accede a que se utilicen los datos de la resolución de la misma**. Participar en este estudio le tomará aproximadamente 10 a 15 minutos.

## ENCUESTA ANÓNIMA

La siguiente encuesta es de carácter ANÓNIMO y mediante la resolución de ésta, usted accede a que se utilicen los datos de la resolución de la misma

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

Edad\_\_\_\_\_ Sexo: F

Motivo de consulta al puesto de salud: \_\_\_\_\_

**Marque con una cruz las opciones que correspondan**

**Escolaridad**

	completa	incompleta
Analfabeta ( )		
Primaria ( )	( )	( )
Secundaria ( )	( )	( )
Carrera técnica ( )	( )	( )
Universitario ( )	( )	( )

**Considera que su condición económica es:**

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

**Procedencia:**

Campo ( )  
Ciudad ( )

**Ocupación:**

- 1 Ama de casa ( )
- 2 Estudiante ( )
- 3 Comerciante ( )
- 4 Desempleado ( )
- 5 Jubilado ( )
- 6 Independiente ( ) en qué: \_\_\_\_\_
- 7 Otro: \_\_\_\_\_

**La relación en su familia es:**

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

**Estado civil**

Soltera ( )	Divorciada ( )
Casada ( )	Conviviente ( )
Separada ( )	Viuda ( )

**Por favor continúe en el reverso de la página...**

**ESCALA KESSLER 10 (K-10)**

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los **últimos 30 días**. Para cada pregunta, por favor encierre con un círculo el número que describa mejor con qué frecuencia o qué tan seguido ha tenido estos sentimientos.

<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
5	4	3	2	1

<b>En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido...</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
Cansada sin ningún motivo?	5	4	3	2	1
Nerviosa?	5	4	3	2	1
Tan nerviosa que nada podía calmarla?	5	4	3	2	1
Sin esperanza?	5	4	3	2	1
Inquieta o intranquila?	5	4	3	2	1
Tan inquieta que no podía permanecer sentada?	5	4	3	2	1
Deprimida?	5	4	3	2	1
Tan deprimida que nada podía animarle?	5	4	3	2	1
Que todo le costaba mucho esfuerzo?	5	4	3	2	1
Inútil?	5	4	3	2	1

**Muchas gracias**



Id	Fecha	Edad	Sexo	Escolaridad	Tipo/Escol	Nivel económico	Procedencia	Motivo de Consulta	Ocupación	Relacion Fam	Estado Civil	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Suma	Motivo de consulta
2	13/02/2017	29	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	4	1	4	3	3	2	29	Control prenatal
3	13/02/2017	28	2	3	1	2	2	2	3	9	2	6	3	1	3	2	1	3	2	3	2	23	Cáncer
4	13/02/2017	21	2	5	1	2	2	2	27	2	1	3	3	1	2	2	1	3	2	3	2	22	Sangrado vaginal
5	13/02/2017	45	2	2	1	2	1	12	9	2	6	5	3	2	3	4	2	3	2	3	3	30	Dolor abdominal
6	13/02/2017	28	2	4	2	2	2	20	9	7	2	6	3	2	3	2	2	2	4	4	2	35	Dolor abdominal
7	13/02/2017	21	2	4	2	2	2	8	8	2	6	5	5	2	4	4	2	3	3	3	2	36	Control prenatal
8	13/02/2017	33	2	3	2	2	1	5	8	3	6	3	2	1	1	1	1	3	1	2	1	16	Cefalea
9	13/02/2017	55	2	1	1	2	1	18	9	2	4	3	2	1	3	1	4	3	2	2	3	25	Herniación umbilical
10	13/02/2017	31	2	4	1	2	2	26	9	2	5	4	3	3	4	2	1	4	4	1	1	27	Retiro de puntos
11	13/02/2017	33	2	3	2	2	2	24	7	2	6	3	1	3	4	1	4	2	2	2	1	23	Prurito al miccionar
12	13/02/2017	52	2	3	2	2	1	16	7	2	6	4	3	2	3	3	3	4	3	3	3	30	Epistaxis
13	13/02/2017	35	2	3	1	2	1	11	1	3	6	3	5	2	1	1	1	3	3	2	1	27	Dental
14	13/02/2017	34	2	3	1	2	1	8	1	2	6	3	2	3	3	2	2	5	3	3	1	22	Control prenatal
15	13/02/2017	35	2	2	2	2	2	5	1	2	6	4	1	1	3	3	2	5	3	5	3	30	Cefalea
16	13/02/2017	44	2	1	2	2	1	22	1	3	6	3	3	2	1	2	1	1	1	3	1	18	Planificación familiar
17	14/02/2017	42	2	3	1	2	2	28	1	3	6	3	2	1	2	2	1	5	2	3	1	22	Tos, resfrió
18	14/02/2017	37	2	3	1	2	2	28	1	2	3	4	3	3	3	2	4	3	3	2	2	29	Tos, resfrió
19	14/02/2017	46	2	4	2	2	2	22	7	2	1	4	3	3	4	3	2	4	3	3	3	29	Planificación familiar
20	14/02/2017	35	2	3	2	2	2	7	1	3	2	3	2	3	3	1	3	1	3	1	1	21	Control médico
21	14/02/2017	23	2	3	1	2	2	28	2	3	1	4	2	1	2	3	2	3	3	3	2	25	Tos, resfrió
22	14/02/2017	37	2	3	1	2	2	8	1	2	6	1	4	4	4	3	2	2	1	2	2	25	Control prenatal
23	14/02/2017	59	2	2	1	2	2	6	1	2	4	4	1	1	3	4	3	4	3	4	2	29	Control de presión arterial
24	14/02/2017	38	2	3	1	2	2	8	1	2	6	3	3	2	3	2	2	3	2	2	1	21	Dental
25	14/02/2017	31	2	3	1	2	2	11	1	2	1	3	2	2	5	3	1	3	1	1	1	22	Control prenatal
26	14/02/2017	33	2	3	2	2	2	22	1	2	1	3	1	1	3	5	5	5	3	3	1	30	Planificación familiar
27	14/02/2017	37	2	3	2	2	2	7	1	3	6	4	2	1	3	3	2	1	1	1	1	19	Control médico
28	15/02/2017	24	2	3	2	2	1	11	8	3	6	2	3	1	3	2	1	3	2	2	2	21	Dental
29	15/02/2017	23	2	3	2	2	2	11	2	3	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	20	Dental
30	15/02/2017	41	2	3	2	2	2	7	1	3	6	3	4	4	2	2	1	2	1	3	2	24	Control médico
31	15/02/2017	51	2	3	2	2	2	15	7	2	3	4	3	1	3	2	1	3	1	3	1	22	Dolor en pie (espólono)
32	15/02/2017	54	2	2	2	2	2	11	8	2	2	4	3	2	4	3	3	3	1	2	1	26	Dental
33	15/02/2017	20	2	3	1	2	2	8	8	2	6	3	3	1	4	3	1	3	2	3	1	20	Control prenatal
34	16/02/2017	70	2	1	1	1	1	14	8	2	4	4	2	1	2	2	1	4	2	3	1	22	Dolor de huesos
35	16/02/2017	28	2	3	2	2	2	5	1	2	6	5	3	2	3	3	2	5	3	3	1	30	Cefalea
36	16/02/2017	25	2	3	2	2	1	8	9	3	6	2	3	1	3	2	1	1	1	3	2	19	Control prenatal
37	16/02/2017	34	2	3	2	2	2	5	1	2	5	4	3	1	2	4	1	4	1	2	1	23	Cefalea
38	16/02/2017	28	2	3	2	2	2	28	6	3	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	18	Tos, resfrió
39	16/02/2017	50	2	3	2	2	2	12	10	2	5	2	4	1	3	2	1	5	2	1	1	22	Dolor abdominal
40	16/02/2017	25	2	4	2	2	2	19	1	2	6	3	5	3	5	3	3	5	3	5	6	40	Llanto, Cefalea
41	16/02/2017	28	2	3	2	2	2	28	8	3	2	3	3	1	3	3	3	2	5	2	5	28	Tos, resfrió
42	16/02/2017	23	2	3	1	2	2	28	3	2	3	3	1	3	3	3	4	3	5	5	5	43	Tos, resfrió
43	16/02/2017	21	2	5	2	2	2	8	1	2	6	3	1	1	3	3	1	3	1	3	1	23	Control prenatal
44	16/02/2017	24	2	3	2	1	2	5	1	1	1	4	3	3	4	3	2	5	3	3	3	33	Cefalea
45	16/02/2017	32	2	3	2	2	2	5	1	2	2	4	3	2	4	4	3	4	1	3	2	30	Cefalea
46	16/02/2017	33	2	3	2	2	2	28	1	3	6	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	13	Tos, resfrió
47	17/02/2017	25	2	5	2	2	2	28	3	1	2	3	2	3	3	1	3	1	1	1	1	19	Tos, resfrió
48	17/02/2017	23	2	2	2	2	2	5	1	2	6	3	4	3	5	1	1	3	1	3	3	27	Cefalea
49	17/02/2017	26	2	3	2	2	2	28	1	3	6	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	12	Tos, resfrió
50	17/02/2017	35	2	2	1	2	2	8	1	3	6	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	13	Control prenatal
51	17/02/2017	22	2	3	2	2	2	14	7	2	2	3	4	3	2	3	2	3	4	3	1	19	Dolor de huesos
52	17/02/2017	36	2	3	2	2	2	11	1	2	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	1	24	Dental
53	17/02/2017	33	2	3	2	2	2	11	1	3	2	1	3	1	1	3	1	3	1	3	1	18	Dental
54	17/02/2017	23	2	3	2	2	2	11	1	3	2	2	3	1	1	3	1	1	1	3	1	17	Dental
55	17/02/2017	36	2	3	2	2	2	8	1	2	6	3	5	3	3	1	1	5	2	1	1	25	Control prenatal
56	17/02/2017	25	2	3	2	2	2	5	1	2	6	3	3	2	3	2	1	1	1	1	1	13	Control prenatal
57	17/02/2017	25	2	5	2	2	2	11	7	3	1	3	3	1	3	1	1	3	2	3	1	21	Dental
58	20/02/2017	29	2	3	2	2	2	28	1	3	2	3	2	1	1	3	1	1	1	3	1	17	Tos, resfrió
59	20/02/2017	45	2	4	2	2	2	12	1	3	6	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	13	Dolor abdominal
60	20/02/2017	32	2	2	1	2	2	17	6	2	6	3	4	3	2	3	3	4	3	3	2	26	Estreñimiento y diarrea
61	20/02/2017	42	2	3	2	2	2	12	1	3	2	3	2	4	3	3	3	2	2	3	1	26	Dolor abdominal
62	20/02/2017	35	2	3	1	3	2	12	6	3	2	3	3	2	3	2	1	1	1	3	1	19	Dolor abdominal
63	20/02/2017	40	2	3	1	2	2	23	1	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	3	20	Problema de visión
64	20/02/2017	22	2	3	2	2	2	28	1	2	6	4	2	1	2	2	1	3	2	3	1	21	Dolor abdominal
65	20/02/2017	36	2	3	1	2	2	11	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	18	Dental
66	20/02/2017	50	2	3	2	2	1	20	1	3	2	4	2	1	2	3	1	2	1	3	1	18	Lumbalgia
67	20/02/2017	37	2	3	2	2	2	11	1	3	6	3	2	2	1	2	2	1	2	3	1	18	Dental
68	20/02/2017	50	2	2	2	2	1	4	3	2	6	3	3	2	4	3	2	3	3	2	1	26	Cansancio
69	20/02/2017	28	2	3	2	2	2	28	1	2	6	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	21	Tos, resfrió
70	20/02/2017	28	2	4	2	2	2	24	1	3	6	2	2	2	1	1	3	2	1	1	1	15	Prurito al miccionar
71	20/02/2017	52	2	2	2	2	1	2	8	3	6	4	2	1	2	1	1	4	3	2	2	22	Aumento de volumen de i
72	20/02/2017	21	2	4	2	2	2	28	2	3	1	1	3	1	3	3	1	3	1	3	1	20	Tos, resfrió
73	20/02/2017	21	2	4	1	2	2	11	2	3	6	3	2	2	1	1	1	3	1	4	1	19	Dental
74	21/02/2017	38	2	3	2	2	2	1	11	3	2	4	2	1	2	3	1	4	2	6			