

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**“PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE
CONSULTAN EN BIENESTAR UNIVERSITARIO, UNIVERSIDAD DE EL
SALVADOR, PERIODO DICIEMBRE 2024 A ENERO 2025”**

Presentado por:

Azucena Concepción Ramos Contreras

Gricelda Lisseth Ramírez Recinos


Roxana Michell Pinto de Orellana

Para optar al grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Jerry Cram Figueroa


Dr. Giovanni Polanco
Director general
proceso de grado
doctorado en
medicina

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Marzo, 2025.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán Mata

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Armando Arias Alvarado

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

Dr. Saul Diaz Peña

VICEDECANO

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Duran

SECRETARIO

MSc. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

AGRADECIMIENTOS

Roxana Michell Pinto de Orellana

Agradezco a Dios por guiarme en el camino y por darme a fuerza y sabiduría para poder llegar a la culminación de mi carrera, por la perseverancia que me dio para afrontar las múltiples adversidades que se me presentaron en el camino y por siempre iluminar el camino a seguir hasta alcanzar esta tan deseada meta.

A mi amada y bella madre Silvia Mejia por siempre brindarme el apoyo que necesitaba, tanto económico como emocional para afrontar las dificultades que se me presentaron, y por el amor y cariño que siempre me brinda.

A mi amoroso padre Miguel Pinto, que a pesar que físicamente no está conmigo, siempre me brindo el amor y la comprensión cuando la necesitaba y la ayuda para continuar y que tanto él como mi madre me han dado el ejemplo de siempre seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mi amado esposo Juan Orellana porque ha caminado a mi lado en todos estos años de carrera y ha sido un gran soporte y consuelo en momentos de necesidad, por ser mi refugio y porque siempre me ha ayudado a ver las cosas de una perspectiva deferente y a no temerle a los retos que se me presentan.

A mi amada y adorada hija Jessie Orellana porque ella es mi luz que con su presencia sola me impulsa a seguir adelante y con su locuras y amor incondicional me brinda la paz que necesito día a día.

A mis amadas hermanas Silvia, Hazell y Lisseth Pinto porque han estado en momentos claves de mi carrera apoyándome y ayudándome en las adversidades.

A mi asesor de tesis Jerry Cram Figueroa por brindarnos la guía para realizar este trabajo y por la paciencia y apoyo que nos mostro a lo largo de todos estos meses.

A mis colegas de tesis Dra Azucena Ramos y Dra Gricelda Ramírez por aceptar acompañarme en este último proyecto académico y por la comprensión y paciencia mostradas.

Gricelda Lisseth Ramírez Recinos

Agradezco a Dios, por permitirme llegar hasta este punto de la vida, por darme la fuerza necesaria para levantarme cada mañana y continuar cada día, por aliviarme las preocupaciones y ayudarme con las cargas, por darme la sabiduría, perseverancia e inteligencia para lograr cada meta.

A mi amado padre, Aparicio Ramírez que se esforzó por verme llegar a este momento, por su sacrificio, sus muchas preocupaciones e incluso su cansancio del trabajo y al desvelarse junto a mí durante la carrera.

A mi amada madre, Santos de Jesús Recinos Trampa, por el apoyo ilimitado e incondicional, por su amor y sus consejos, gracias por mantenerme en tus oraciones porque sin ello esto no fuera posible.

A mis amadas hermanas: Ashley Michelle Recinos y Keylee Nohemi Ramírez, por estar siempre presentes, por el apoyo moral y por creer siempre en mí.

A mis queridos amigos, Kennia Gabriela Reyes Rolin y José Luis Guerrero Henriquez, por estos hermosos años de amistad, gracias por su compañía y apoyo en los momentos más duros de estrés y alegría.

A mi querido amigo Kevin Alexander Sanchez Jaco, por su apoyo sincero incondicional, sus consejos, palabras de ánimo y por celebrar siempre con mucha satisfacción mis triunfos.

A nuestro asesor Dr. Jerry Cram Figueroa, cuya experiencia, paciencia y apoyo constante fueron fundamentales para la realización de este trabajo.

A mis colegas de tesis, Dra. Roxana Michell Pinto de Orellana y Dra. Azucena Concepción Ramos Contreras, por su compañía durante la carrera, por su paciencia y por hacer los días difíciles más comprensivos.

Azucena Concepción Ramos Contreras

A Dios Todo Poderoso por brindarme fuerzas para poder seguir adelante en cada momento de mi carrera y brindarme la sabiduría necesaria para ayudar a las personas.

A mi amada madre, Licenciada Linda Azucena Contreras de Ramos, a quien admiro y respeto, mi modelo a seguir, que con su amor, paciencia y cuidados me ha dado un enorme apoyo a lo largo de mi carrera.

A mi amado padre, Licenciado Oscar Ernesto Ramos Orellana, quien me ha apoyado en toda la carrera y con sus consejos, fortaleza y esfuerzo he logrado culminar este camino.

A mis amados hermanos Oscar Ernesto Ramos Contreras y Linda Elsa Elena Contreras, quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional, cariño y consejos, sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo este sueño.

A mis queridos abuelitos, que Dios los tiene en su santa gloria Licenciado Ramón Hernández González, Elsa Gertrudis Contreras y Víctor Manuel Orellana, que estuvieron presentes en parte de mi carrera, dándome su amor incondicional, apoyo y consejos, sé que desde el cielo están orgullosos de lo que hemos logrado.

A mi querida abuelita Concepción Ramos Martínez, quien me ha apoyado desde el inicio y transcurso de mi carrera.

A mi amado Doctor Fernando Elias Gutierrez Orellana por su enorme apoyo, amor y comprensión que me ha servido muchísimo para culminar mi carrera.

A nuestro Asesor Doctor Jerry Cram Figueroa, por habernos apoyado en nuestro proyecto de tesis, brindándonos su conocimiento y confianza.

A mis queridas compañeras de Tesis Doctora Roxana Michell Pinto de Orellana y Doctora Gricelda Lisseth Ramírez Recinos, por acompañarme en este proyecto de tesis, por la paciencia y confianza, gracias por ser el mejor equipo del mundo.

TABLA DE CONTENIDOS

I. RESUMEN	i
II. INTRODUCCIÓN	ii
III. OBJETIVOS	1
III.I OBJETIVO GENERAL:.....	1
III.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	1
IV. MARCO TEÓRICO	2
4.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD	2
4.1.1 DEFINICIÓN.....	2
4.1.2 EPIDEMIOLOGÍA	3
4.1.3 CLASIFICACIÓN	3
4.1.3.1 Trastorno de ansiedad generalizada	3
4.1.3.2 Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica)	6
4.1.3.3 Trastornos de ansiedad fóbica.....	8
4.1.3.4 Reacción a estrés agudo y trastornos de adaptación	10
4.2 DEPRESIÓN.....	13
4.2.1 DEFINICIÓN.....	13
4.2.2 EPIDEMIOLOGIA.....	14
4.2.3 FACTORES PREDISPONENTES.....	14
4.2.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	15
4.2.4.1 Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.....	16
4.2.4.2 Trastorno depresivo persistente (distimia) DSM-5.....	17
4.2.4.3 Trastorno disfórico premenstrual DSM-V.....	17
4.2.4.4 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	17
4.2.4.5 Trastorno depresivo debido a otra afección médica MSD-V.....	17
4.2.4.6 Otro trastorno depresivo especificado, DSM-V.....	17
4.2.4.7 Otro trastorno depresivo no especificado, DSM-V.....	18
4.2.5 MANIFESTACIONES CLINICAS.....	18
4.2.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	18
4.2.7 TRATAMIENTO.....	19
4.3 FACTORES PREDISPONENTES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNIVERSITARIOS.....	22
4.3.1 Factores predisponentes.....	23
4.3.1.1 Factores personales.....	23
4.3.1.2 Factores académicos.....	23
4.3.1.3 Factores sociales.....	24
4.3.1.4 Factores económicos.....	24
4.3.1.5 Factores ambientales y del estilo de vida.....	24
4.3.2 Impacto en el rendimiento académico y la calidad de vida.....	25
4.3.3 Estrategias de prevención y manejo.....	25
4.4 HALLAZGOS CLAVE DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS DIFERENTES CARRERAS UNIVERSITARIAS.....	26
4.4.1 Carreras del área de la salud (medicina, enfermería, nutrición).....	26
4.1.2 Carreras de Ciencias sociales (psicología, trabajo social).....	27
4.1.3 Carreras de derecho y negocios	28
4.1.4 Carreras artísticas y creativas.....	28

4.1.5 Comparación entre carreras y factores comunes.....	28
4.5 ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS.....	30
4.5.1 Historia.....	30
4.5.2 Definición.....	30
4.5.3 Componentes.....	32
4.5.4 Aplicación.....	32
4.5.5 Resultados.....	33
4.5.6 Validación.....	33
4.5.7 Ventajas.....	34
4.5.8 Desventajas.....	34
V. DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
5.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	36
5.3 UNIVERSO.....	36
5.4 TIPO DE MUESTREO.....	36
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
5.7 VARIABLES.....	37
Operacionalización de variables.....	37
5.8 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	41
5.9 TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	41
5.10 MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.....	41
5.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	41
5.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
VI. RESULTADOS.....	43
6.1 Limitantes.....	58
VII. DISCUSIÓN.....	59
VIII. CONCLUSIONES.....	65
IX. RECOMENDACIONES.....	66
X. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	68
XI. ANEXOS.....	76
Anexo 1 Clasificación de los trastornos depresivos, del CIE10 Y DSM-IV-TR.....	76
Anexo 2 Categorización de preguntas DASS-21.....	76
Anexo 3 Puntajes según categorías de depresión, ansiedad y estrés.....	77
Anexo 4 Puntaje de corte para DASS-21.....	77
Anexo 5 Consentimiento informado.....	78
Anexo 6 Instrumento de investigación.....	82
Anexo 7 Informe de protocolo de investigación del Comité de Ética.....	84
Anexo 8 Carta de aceptación de la institución.....	85

I. RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito conocer la prevalencia de trastornos mentales específicamente de ansiedad y depresión, en la Universidad de El Salvador, clasificándolo según sexo, grupo etario y facultad académica, durante el periodo de Diciembre 2024 a Enero 2025. Para lo cual se utilizó el instrumento de encuesta DASS 21, de 21 ítems en los pacientes que consultaron durante ese periodo en Bienestar Universitario, sede Central.

Al ser un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo universo fueron todos los pacientes que consultaron en Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador, durante el periodo de investigación y que dieran su consentimiento para participar mediante un muestreo por conveniencia no probabilístico, en el que obtuvimos un total de 120 participantes. Se procesó la información a través del programa Microsoft Excel en una tabla matriz y se presentó en tablas resumen que permitieron un fácil análisis de la información.

Los resultados evidencian que hubo mayor prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes que consultaron entre las edades de 18 a 20 años, en donde se observó un predominio en pacientes mujeres comparado con los pacientes hombres.

También se evidencio que la mayoría de los consultantes pertenecen a la Facultad de Medicina, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas.

Correlacionando los resultados con la teoría podemos confirmar que efectivamente las mujeres son más propensas a padecer ansiedad y depresión y que el grupo de estudiantes mayoritariamente afectado es entre las edades jóvenes (de 18 a 20 años)

Palabras Clave: Prevalencia, Ansiedad, Depresión, Estrés, Sexo, Edad, Facultad académica

II. INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Además, refiere a la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad». (2) Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades emitida por la Organización mundial de Salud, define la enfermedad o trastorno mental como un conjunto nosológico de enfermedades cuyos síntomas varían sustancialmente pero que se caracterizan por alguna combinación de alteraciones del pensamiento, las emociones y el comportamiento. (1)

Los trastornos mentales a nivel mundial representan una meta para los sistemas de salud, ya que la mayor parte de estos son diagnosticados en etapas avanzadas, estos siguen una cadena de eventos psicopatológicos que en muchos casos requiere medicación o incluso terminan en conductas que dañan su integridad física.

En el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. A nivel regional, revisó el Plan de acción sobre salud mental, adoptado en el 2009, para actualizarlo y alinearlo con el Plan estratégico de la OPS y con el Plan de acción integral sobre salud mental de la OMS. El Programa de Salud Mental (SM) promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, reducir la carga que significan las enfermedades psíquicas, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación. (3)

Se calcula que un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En el 2019, 301 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, convirtiéndolo en el más común de todos los trastornos mentales. Se estima que una de cada cuatro personas, que lo necesitan (27,6%), reciben algún tratamiento (4). Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión, es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que

entre los hombres. (5) En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión y cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento alguno. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y en la sexta posición se encuentran los trastornos de ansiedad (3,4%). Asimismo, la depresión es el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio. (6) Según estadísticas recopiladas a nivel mundial, se calcula que 4,4% de la población sufre un trastorno depresivo y 3,6%, un trastorno de ansiedad. Esta tasa mundial de prevalencia varía levemente entre las regiones de la OMS: con respecto a la depresión, las tasas varían de 3,6% en la Región del Pacífico Occidental a 5,4% en la Región de África, y en el caso de los trastornos de ansiedad, las tasas varían de 2,9% en la Región del Pacífico Occidental a 5,8% en la Región de las Américas. (6)

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, de veintiún ítems, (DASS 21, por sus siglas en inglés) es una herramienta que se ha utilizado para evaluar la salud mental. (8). Finalmente, en julio de 2023, se publica en China un estudio que reportó un alto grado de consistencia interna (α de Cronbach $> 0,85$) así como una excelente validez convergente, a pesar de una validez discriminante deficiente, determinada por la varianza media extraída. El análisis factorial confirmatorio y el análisis de red respaldaron aún más la validez convergente. (9)

En América Latina, el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional de la Raza del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) de México, en búsqueda de grado de estrés, ansiedad y depresión, durante la pandemia por COVID-19, donde el 44.7% de los encuestados presentó depresión, 83.1% ansiedad y 66.3% estrés. Los principales grupos afectados fueron el personal femenino, solteros y médicos residentes. Aquellos con diabetes mellitus tipo 2 tuvieron mayor incidencia de ansiedad y depresión. (10)

En El Salvador algunos estudios revelan que los problemas de salud mental tienen una prevalencia que oscila entre 34 a 65.5% de la población, para los años 2001, 2002, 2005 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud. Asimismo, para los años 2006-2012, la ansiedad aparece en primer lugar y la depresión como segunda causa de consulta de los trastornos mentales, informó de 1.287 suicidios, y 761 intentos de suicidio registrados en el año de 2009. Por otra parte, el Instituto de Medicina Legal reportó 635 suicidios. (11)

Un extracto de un estudio presentado en el 2011 por la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec) titulado “Prevalencias de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en los salvadoreños. Estado de salud mental” con una muestra de 1.209 personas, la media de edad total fue de 33.57 años (DT = 11.34). De este total 634 (52.5%) son mujeres y 574 (47.5%) son hombres. Sus resultados fueron: que una cantidad grande de salvadoreños presentan uno o más síntomas de depresión y ansiedad, más de la mitad de la muestra estudiada presenta síntomas de ansiedad, que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, presentando un mayor número de síntomas las mujeres (12).

En el 2018, se elaboró la Política de Salud Mental en donde le apostaban a la promoción de la salud mental y comprendía acciones que impulsaron a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables. (13)

La Primera Encuesta de Salud Mental en El Salvador (ENSM) 2022 fue realizada por el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud de El Salvador. El estudio se realizó en 6,841 hogares de todo el país y provenientes de 11 269 personas, entre las edades de 3 hasta más 60 años, pertenecientes a las áreas urbana y rural. Entre los adolescentes de entre 13 y 17 años, la encuesta arrojó que la prevalencia de cualquier tipo de trastornos de ansiedad en adolescentes fue del 54.8%, cuatro de cada 10 adolescentes tienen síntomas de trastorno de depresión mayor y tres de cada cien adolescentes tienen ideación, planeación y autolesión suicida. La población adulta se descubrió que el 20.0% de los adultos de 18 a 59 años y el 18% de adultos mayores de 60 años presentan trastornos de ansiedad y 22% de la población adulta de 18 a 59 años presenta algún grado de depresión. (14)

El presente trabajo pretende describir la prevalencia que se tiene sobre la depresión y la ansiedad en el campus universitario y se desea conocer estadísticamente el

número de consultas que se realizan en Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador sobre los trastornos antes mencionados. Se pretende evidenciar si existen diferencias significativas en depresión y ansiedad en función del género, grupo etario y facultad académica perteneciente; además de determinar diagnósticos utilizando la escala de DASS-21 y los criterios mediante el DSM-IV o DSM-V para identificar una enfermedad mental que se encuentra a inicios o que se encuentra en etapa crónica. Además contribuye en la formación de todos los profesionales de salud que se encuentren interesados en la salud mental y así fortalecer la promoción y el acceso a los servicios de salud a nivel comunitario o en el primer nivel de atención, que es la primera puerta de entrada y contacto con los servicios de salud, fortaleciendo los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud para la atención con eficacia y eficiencia de los usuarios y satisfacer las necesidades psicosociales de personas afectadas por trastornos mentales.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar a partir de la escala DASS 21 la impresión diagnóstica de ansiedad y/o depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.
- Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según sexo, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.
- Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.
- Reconocer la frecuencia de ansiedad y depresión, por facultad académica a través de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazantes. El estado mental del miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida, aumentando el ritmo cardíaco, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. Estos cambios representan respuestas normales a situaciones peligrosas. La ansiedad se califica como patológica cuando es desproporcionada para la situación o con una duración muy prolongada. En la ansiedad patológica la atención puede focalizarse en la propia respuesta de la persona ante la amenaza, lo que genera preocupaciones recurrentes sobre la anormalidad de esa respuesta o sobre la opinión de los demás. (15)

4.1.1 DEFINICIÓN

Según las guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del MINSAL define la ansiedad como “un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas, como palpitaciones y sudoración, que denotan hiperactividad del sistema nervioso autónomo.” Y define los trastornos de ansiedad como “un grupo de enfermedades en las que la persona experimenta una fuerte respuesta de miedo aunque no haya una razón objetiva para ello”. (16)

Según el DSM V 5ta edición define los trastornos de ansiedad como: “los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas”. (17)

Según el CIE-10 los trastornos de ansiedad “son los cuales el síntoma primordial es la ansiedad y esta no se limita a ninguna situación ambiental o externa particular”. (18)

4.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

En la población en general aparece en una frecuencia de 5.1% y en relación hombre-mujer es de 1:2, con un predominio entre la edad adulta de 20-40 años y que está relacionado con el estrés ambiental crónico y de curso variable y fluctuante. (16)

Según la OMS, Se calcula que un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En 2019, 301 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales. (1)

4.1.3 CLASIFICACIÓN

4.1.3.1 Trastorno de ansiedad generalizada

- Generalidades

Este trastorno se caracteriza por ansiedad persistente, excesiva e inespecífica, no limitada a una circunstancia ambiental desencadenante y cuya duración es de por lo menos seis meses. (16)

- Signos y síntomas (19)
 1. Sensación de estar nervioso
 2. Espasmos o tensión musculares
 3. Temblores localizados o generalizados
 4. Transpiración
 5. Vértigo
 6. Molestias o dolor precordiales
 7. Aprehensión
 8. Xerostomía
 9. Dificultades para concentrarse
 10. Sensación de muerte inminente

- Diagnóstico diferencial (16)(19)

Como sucede con otros trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada debe diferenciarse de trastornos orgánicos y psiquiátricos. En el diagnóstico diferencial cabe considerar enfermedades neurológicas, endocrinológicas y metabólicas como angina pectoris, taquiarritmia paroxística, prolapso de la válvula mitral, insuficiencia cardiaca congestiva, embolia pulmonar, hipotiroidismo, hipertiroidismo, lupus eritematoso sistémico, EPOC, asma, hipoglucemia, feocromocitoma, síndrome de tensión premenstrual, arteriosclerosis cerebral, epilepsia del lóbulo temporal, migraña, tirotoxicosis, intoxicación y abstinencia por alcohol y otras sustancias, trastornos vestibulares, otras patologías psiquiátricas como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, depresión, demencia. Además, trastornos relacionados con fármacos como anfetaminas, bromocriptina, captopril, ciclocerina, esteroides, privación de drogas depresoras del sistema nervioso central.

- Tratamiento (16)(19)

El tratamiento más eficaz del trastorno de ansiedad generalizada probablemente combina las estrategias psicoterapéuticas, farmacoterapéutica y de apoyo. Se debe recordar que el tratamiento debe de ser individualizado e interdisciplinario en cada caso.

Farmacológico.

En cuanto al tratamiento farmacológico se recomiendan las siguientes benzodiacepinas:

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

Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia. En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana. El tratamiento con benzodiazepinas no debe exceder las 6 semanas.

Pero para el tratamiento de base se recomiendan los antidepresivos, siempre teniendo en cuenta que tardaran de 2 a 4 semanas para iniciar su efecto terapéutico y se debe mantener el tratamiento por 9 a 12 meses, por lo que se debe explicar al paciente para asegurar la adherencia al tratamiento:

- ❖ Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 –150 mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día.
- ❖ Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día.
- ❖ Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día.

Se puede usar la combinación de antidepresivos con benzodiazepinas para un control inmediato de los síntomas por la acción ansiolítica de las últimas.

No farmacológico.

Debe abordarse conjuntamente el tratamiento no farmacológico como lo es:

- ❖ Psicoterapia

Los principales abordajes psicoterapéuticos para el trastorno de ansiedad generalizada son la terapia cognitivo-conductual, la terapia de apoyo y la terapia orientada a la introspección. Las estrategias cognitivas abordan directamente las hipotéticas distorsiones cognitivas de los pacientes, y las estrategias conductuales hacen lo mismo con los síntomas somáticos. Las principales técnicas empleadas en las estrategias conductuales son la relajación y biorretroalimentación. Algunos datos preliminares indican que la combinación de estrategias cognitivas y conductuales es más eficaz que cualquiera de las técnicas por separado. La terapia de apoyo tranquiliza y conforta a los pacientes. La psicoterapia orientada a la introspección se centra en descubrir los conflictos inconscientes e identificar los puntos fuertes del yo.

4.1.3.2 Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica)

- Generalidades:

Un ataque de pánico o crisis de angustia es un episodio súbito, diurno o nocturno, de miedo e intenso malestar, en ausencia de peligro real, que se acompaña de una descarga neurovegetativa con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar, suele durar de quince a treinta minutos, alcanzando su máxima expresión en los primeros diez minutos. (16)

- Signos y síntomas: (18)

1. Inicio repentino de palpitaciones
2. Dolor torácico
3. Sensación de asfixia
4. Mareo
5. Sensaciones de irrealidad (despersonalización o desrealización)
6. Miedo a morir, perder el conocimiento o volverse loco

- Diagnóstico diferencial. (16)(19)

El diagnóstico diferencial para un paciente con un trastorno de pánico incluye muchos trastornos orgánicos, así como diversos trastornos mentales.

El trastorno de pánico debe diferenciarse de diversas afecciones orgánicas que producen síntomas similares. Los ataques de pánico se asocian con varios trastornos endocrinológicos, como los estados hipotiroideos e hipertiroideos, hiperparatiroidismo y feocromocitoma. La hipoglucemia episódica relacionada con insulinoma también puede producir estados de pánico, así como los procesos neuropatológicos primarios, entre los que se incluyen trastornos epilépticos, disfunción vestibular, neoplasias o efectos de fármacos de prescripción y sustancias ilegales sobre el SNC. Por último, las enfermedades cardíacas y pulmonares, como arritmias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, pueden producir síntomas autónomos y una ansiedad acompañante en aumento que puede ser difícil de distinguir del trastorno de pánico. También debe diferenciarse de efectos de

medicamentos como la de privación de fármacos depresores del sistema nervioso central, anfetaminas, esteroides, salbutamol y dextrometorfano.

Y otras patologías psiquiátricas como el TOC, trastorno de ansiedad generalizada, depresión, trastornos de ansiedad fóbica, trastorno de estrés postraumático.

- Tratamiento (16)(19)

Los dos medios más eficaces son el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual. La terapia familiar y de grupo puede ser útil para los pacientes y sus familias a fin de lograr su adaptación al trastorno y las dificultades psicosociales que este puede haber precipitado.

Farmacológico.

Podemos utilizar benzodiazepinas:

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

Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente la benzodiazepina durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia. En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana. El tratamiento con benzodiazepinas no debe exceder las 6 semanas

Entre los antidepresivos utilizados tenemos:

- ❖ Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 – 150 mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día.
- ❖ Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día.
- ❖ Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día.

Estos pueden usarse conjuntamente con las benzodiazepinas pues el efecto de los antidepresivos es tardío (entre 2 a 4 semanas).

No farmacológico

- ❖ Consejerías
- ❖ Psicoeducación
- ❖ Técnicas de relajación
- ❖ Terapia cognitivo conductual
- ❖ Psicoterapias de apoyo
- ❖ Grupos de apoyo

4.1.3.3 Trastornos de ansiedad fóbica

- Generalidades. (15)(18)(19)

Son trastornos en los cuales la ansiedad se producirá solamente o predominantemente ante situaciones bien definidas que no son peligrosas en sí mismas, por lo que se evitan o se toleran con miedo. Está a su vez podemos clasificarla como:

- A. Agorafobia: Un término acuñado en 1871 y se define como el miedo a aquellas situaciones en las que el paciente se siente desprotegido y desamparado, y en las que considera que sería difícil escapar o conseguir ayuda, como el miedo a salir de casa, entrar en tiendas, miedo a las multitudes y lugares públicos o viajar en autobuses, trenes o aviones y con mucha frecuencia las personas que lo padecen evitan ponerse en estas situaciones. El término deriva de las palabras griegas **agora** y **fobos**, y significa “miedo a la plaza del mercado”.
- B. Fobias sociales: Es el miedo a ser examinado por otras personas por lo que lleva a evitar situaciones de encuentro social, y que están asociadas a baja autoestima y miedo a las críticas.

C. Fobias específicas: Son miedos intensos y persistentes a un objeto o una situación como a la proximidad de un animal en particular, a las alturas, a los truenos, a la oscuridad, a los espacios cerrados o a la visión de sangre o heridas (Acrofobia, zoofobia, claustrofobia).

- Signos y síntomas (16)

Los síntomas son similares a los encontrados en un ataque de pánico súbito en los que se encuentran palpitations, sudoración, taquicardia, temblor en manos y piernas, disnea, sensación de ahogo, náuseas, mareo, escalofríos, oleadas de calor y frío, sensación de inestabilidad, entre otros. Junto con estas reacciones fisiológicas se desarrolla una clara aprehensión ansiosa que genera la evitación del objeto o situación temida.

- Tratamiento. (16)

Farmacológico:

Para agorafobia y fobia social podemos utilizar:

Benzodiazepinas

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

Antidepresivos

- ❖ Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 – 150 mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día.
- ❖ Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día.
- ❖ Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día.

Los antidepresivos deben usarse en conjunto con benzodiazepinas al inicio del tratamiento pues los antidepresivos ejercen su acción terapéutica posterior a las 2-4 semanas del tratamiento.

No farmacológico

Para la fobia específica utilizaremos el abordaje psicosocial como la psicoterapia, así como también técnicas de relajación y respiración.

Para todos los tipos de fobia se podrán integrar actividades relajantes y de ocio y enseñar métodos estructurados de entrenamiento en la resolución de problemas para ayudar al paciente a enfrentar esas situaciones.

4.1.3.4 Reacción a estrés agudo y trastornos de adaptación

- Generalidades. (18)(20)(21)(22)(23)

En estos trastornos no solo se pueden identificar por los síntomas, sino que también por la existencia de los siguientes factores: Un acontecimiento vital excepcionalmente estresante que produce una reacción a estrés agudo o un cambio vital significativo que conduce a unas circunstancias desagradables persistentes que conducen a un trastorno de adaptación. Los acontecimientos estresantes o las situaciones desagradables persistentes son los factores causales primarios y que en su ausencia el trastorno no se hubiera producido. Podemos clasificarlas en:

- A. Estrés agudo: Es un trastorno transitorio que se produce en un individuo, sin aparentemente ningún otro trastorno mental que puede ser secundario a una lesión grave o una amenaza a la integridad física que remite normalmente en horas o días. Ante este tipo de situación, el individuo responde con una serie de reacciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas. La vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento de cada individuo juegan un papel fundamental en la aparición y la gravedad de la reacción.
- B. Estrés postraumático: Surge como una respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresante de una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en casi cualquier persona. Las mujeres tienen más predisposición a padecer de este trastorno. Existen algunos factores que pueden aumentar la probabilidad de que alguien tenga TEPT, muchos de los

cuales no están bajo el control de la persona que lo padece. Por ejemplo, tener un evento traumático muy intenso o duradero o lesionarse durante el evento, también es más común después de ciertos tipos de trauma, como el combate y la agresión sexual. También los factores personales, como la exposición traumática previa, la edad y el género influyen para desencadenar dicho trastorno.

C. Trastorno de adaptación: El trastorno de adaptación corresponde a la combinación de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales que aparecen tras un evento estresante. Su característica esencial es que los síntomas aparecen en relación directa con un evento percibido como estresante, por lo que tiende a ser transitorio si cesa el evento o el individuo se adapta. La reacción debe producirse dentro de los tres meses de ocurrencia del evento o el cambio estresante.

- Diagnóstico diferencial (16)

El trastorno de adaptación debe diferenciarse de aquellos trastornos que cursan con síntomas depresivos y síntomas de ansiedad como el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y del duelo normal.

El trastorno de estrés agudo debe diferenciarse de: Trastorno adaptativo, trastorno de estrés post trauma, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico, trastornos disociativos o de conversión, trastornos somatomorfos, episodio psicótico agudo, trastorno de personalidad.

Los trastornos de estrés postraumáticos deben diferenciarse de Trastornos de personalidad, trastorno de estrés agudo, trastornos adaptativos, episodios depresivos, trastornos de ansiedad, fuga psicógena, trastornos disociativos.

- Tratamiento (16)

Farmacológico.

En el caso de estrés agudo y trastorno de adaptación se puede utilizar benzodiazepinas:

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

Para el estrés postraumático utilizaremos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el manejo de primera línea por su tolerancia y mejor respuesta:

- ❖ Paroxetina (20 mg/tableta) 20 - 60 mg/día, VO o
- ❖ Sertralina (50 mg/tableta) 50 - 200 mg/día, VO

Como alternativa se pueden utilizar los antidepresivos tricíclicos:

- ❖ Amitriptilina (25 mg/tab) 50 - 150 mg/día, VO o
- ❖ Imipramina (25 mg/tab) 50 - 100 mg/día, VO.

La duración del tratamiento aproximadamente es de un año y al inicio se puede combinar con benzodiazepinas por un periodo no mayor a 4 semanas

No farmacológico

Entre las intervenciones tenemos psicoeducación y acompañamiento psicoterapéutico, psicoterapia de apoyo o psicoterapia cognitiva conductual

4.2 DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión como trastorno mental afecta a 121 millones de personas en el mundo y el 25% de estas personas tienen acceso a tratamientos efectivos; 1 de cada 5 personas llega a desarrollar un cuadro depresivo durante su vida, por lo que se coloca a esta enfermedad como una de las principales causas de discapacidad. La persona que experimenta este tipo de trastorno se encuentra en un estado de ánimo deprimido, con pérdida de interés, placer, adinámico, estado de anhedonia, al menos por dos semanas e incluso puede durar por meses.

4.2.1 DEFINICIÓN

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (siglas en idioma Inglés CIE – 10), la depresión es un estado de ánimo bajo, una reducción de la energía, disminución de la actividad, disminución de la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente el cansancio. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en sí mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. (18)

Según las Guías del Ministerio de Salud de El Salvador, los trastornos depresivos se definen como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio. (16)

Para la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el manual de Depresión y otros trastornos mentales comunes, la define como: un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o

rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio. (6)

4.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La depresión se puede iniciar desde cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se encuentra entre las edades de 15 a 45 años, tomando en cuenta los desencadenantes como la educación, empleo, productividad, y las relaciones personales y familiares. En términos de porcentaje afecta al 25% de las personas en algún momento de su vida, afecta al 10% de niños y niñas menores de trece años y al 10% de los adolescentes. Según la OMS, la incidencia de episodios depresivos a nivel mundial es de 5.8% en el hombre y de 9.5% en la mujer. (16)

Según datos del MINSAL, la tasa nacional registra 102 casos de depresión por 100.000 habitantes; y las tasas más altas corresponden a los departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel. Las tasas más bajas se observan en: La Unión, La Libertad, La Paz y Ahuachapán. (24)

En otros estudios realizados por investigadores en España, revelan que la depresión afecta al 3,8 % de la población mundial; en personas adultas, representa un 5 %, y en mayores de 60 años, un 5,7%. Esto supone que hay unos 280 millones de personas afectadas en el mundo y la tasa de prevalencia en Europa se tiene con 6.4% en España y se cifra un 5.4% de la población (25)

4.2.3 FACTORES PREDISPONENTES

La depresión es un proceso multifactorial. Según las guías del MINSAL entre las causas más frecuentes existen:

La herencia genética es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con este cuadro (16)

Desequilibrio bioquímico (serotonina, noradrenalina, dopamina, entre otros), se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides e hipotálamo-hipófisis-hormona de crecimiento. Por lo que viajan por la corteza orbito frontal en la cual si hay inhibición de la serotonina produce

síntomas depresivos y de indecisión si viaja a través del córtex cingulado anterior va a influir en los síntomas relacionados con la desmotivación y pensamiento de suicidas. (26)

Situaciones estresantes:

Sociales (desempleo, luto, crisis)

Acontecimientos traumáticos (desastres naturales, desastres humanos, situaciones de duelo, economía y enfermedades crónicas)

Estacional, más frecuente en invierno: Esto provoca que hay menos luz natural en el invierno Por lo cual hay niveles más bajos de vitamina D y esto produce una disminución en actividad de la serotonina que está involucrada en la motivación.

Personalidad, con esquemas mentales negativos, baja autoestima, tendencia a la preocupación excesiva, estrés y baja tolerancia a la frustración, personalidad tipo dependiente y pasivo, adictos a sustancias entre otros. (16)

4.2.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho, el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10, por lo que también se tomará la clasificación de la DSM V.

Así también la CIE-10 clasifica a la depresión mayor según la intensidad de los síntomas en (ver anexo 1):

Trastorno depresivo mayor: Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Se divide en único o recurrente.

Episodio único: Un episodio depresivo mayor. Es la menos frecuente. Episodio recurrente: Es el más común se presenta en el 80% de los pacientes y se divide en:

Episodio depresivo leve: La persona tiene presente los síntomas, pero sigue con su vida cotidiana. Síntomas: pérdida de interés, adinamia, fatiga, pérdida de confianza, autoestima, autorreproche o culpa, pensamiento de muerte o suicida.

Episodio depresivo moderado: La persona tiene grandes dificultades para seguir con su vida cotidiana. Debe cumplir los criterios de depresión leve

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Es común la pérdida de autoestima y las ideas de autodesprecio, culpa, ideas o actos suicidas. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Las personas tienen alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor, además se imposibilitan las actividades cotidianas y corre el riesgo de suicidio. (16) (17)

4.2.4.1 Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
2. Disminución del interés o el placer casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes. (17)

4.2.4.2 Trastorno depresivo persistente (distimia) DSM-5

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años (17)

4.2.4.3 Trastorno disfórico premenstrual DSM-V

En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas (labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, estado del ánimo intensamente deprimido, ansiedad intensa) han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación. (17)

4.2.4.4 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento DSM-V

Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. (17)

4.2.4.5 Trastorno depresivo debido a otra afección médica MSD-V

Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predominan el cuadro clínico. (17)

4.2.4.6. Otro trastorno depresivo especificado, DSM-V

Se aplica a presentaciones en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. (17)

4.2.4.7 Otro trastorno depresivo no especificado, DSM-V

Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. (17)

4.2.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Entre los signos y los síntomas frecuentes de la depresión se incluyen los siguientes:

- sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”
- sentimientos de desesperanza o pesimismo
- sentimientos de irritabilidad, frustración o intranquilidad
- sentimientos de culpabilidad, inutilidad o impotencia
- pérdida de interés o de placer en las actividades y los pasatiempos
- fatiga, disminución de energía o sensación de lentitud
- dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- dificultad para dormir, despertando muy temprano en la mañana o durmiendo demasiado
- cambios en el apetito o en el peso sin haberlo planificado
- dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física aparente, o que no se alivian ni con tratamiento
- pensamientos de suicidio, o intentos de suicidio. (27)

4.2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen diferentes patologías que manifiestan ciertos síntomas y signos de la depresión, sin embargo, es necesario indagar y profundizar en la historia clínica, como en el examen físico y saber reconocer los síntomas que caracterizan los tipos de trastornos depresivos, para dar un buen manejo.

Entre las patologías que sugieren depresión se encuentran:

Patologías médicas:

Endocrino/metabólicas: Patología tiroidea (hipotiroidismo e hipertiroidismo), diabetes mellitus, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, porfiria.

Infecciosas: tuberculosis, infección por virus del Epstein Barr, VIH, sífilis terciaria.

Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.

Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer de páncreas.

Otros: dolor crónico.

Trastornos mentales:

Trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, distimia, trastornos adaptativos, síntomas negativos de la esquizofrenia, consumo de tóxicos.

Medicamentos:

Anticonvulsivantes, neurolépticos, estimulantes del ánimo, anticonceptivos orales, glucocorticoides sistémicos.

Consumo de drogas:

Cocaína, pasta base de cocaína, anfetaminas, marihuana, entre otros. (28)

4.2.7 TRATAMIENTO

Sí existe un buen diagnóstico temprano entonces el tratamiento oportuno permite una mejoría en la respuesta terapéutica y aumenta las probabilidades de lograr una remisión del episodio depresivos, además de reducir las posibilidades de recaídas y recurrencias, el tratamiento se debe dar de manera integral e individualizado y darles medidas generales a sus familiares.

Hábitos higiénico-dietéticos: Se ha comprobado que medidas como la realización de actividad física regular, la exposición solar como mínimo de dos horas diarias, los hábitos de sueño adecuados, la eliminación o disminución de hábitos tóxicos como el alcohol y el tabaco, y la mejora dietética reducen la sintomatología depresiva disminuyendo la prescripción de fármacos.

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos, independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA). (29)

Existen diferentes tipos de antidepresivos como son: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND), los inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN), los agonistas de melatonina, los antagonistas alfa-2, los inhibidores de la recaptación de serotonina y los antagonistas serotoninérgicos, los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los antidepresivos multimodales se pueden combinar con otro tipo de fármacos como son: ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo, para potenciar su eficacia y tratar síntomas concomitantes. (25)

En El Salvador, según las guías del MINSAL se utiliza:

- Antidepresivos

Imipramina (25 mg/ tab) y amitriptilina (25mg/tab): dosis de 25 - 150mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día.

Clomipramina (25 mg/tab) 100-150 mg/día. Dosis máx 250 mg/día

Sertralina (50 mg/tab) 50 - 100 mg/día

Fluoxetina (20 mg/tab) 20-40 mg/día (adolescentes)

- Ansiolíticos

Diazepam (10mg/tab) 5-10 mg/día por la noche

Clonazepam (2mg/tab) 2-4mg/día

Se recomienda solo para aquellas personas en las que deba realizarse tratamiento del insomnio, ansiedad, irritabilidad mientras el antidepresivo ejerce su efecto terapéutico.

Su uso no debe excederse a las 4 a 6 semanas, con disminución gradual de la dosis previa a la suspensión definitiva. (16)

Terapias de neuromodulación-estimulación cerebral: Se reservan para depresiones graves y resistentes al tratamiento. Estas buscan la modulación duradera, de forma artificial, de la actividad de las neuronas a través de la estimulación eléctrica o electromagnética.

Psicoterapia: Se utiliza en todos los grados de depresión y, en la mayoría de los casos, combinada con tratamiento farmacológico. Está indicada en el tratamiento de los trastornos depresivos leves sin comorbilidad psiquiátrica asociada. Se basa en el apoyo psicológico, psicoeducación y la adquisición de estrategias de afrontamiento (25)

4.3 FACTORES PREDISPONENTES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNIVERSITARIOS

La salud mental de los estudiantes universitarios ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, especialmente en relación con la ansiedad y la depresión, dos de los trastornos más prevalentes en esta población. Diversos estudios han identificado que las demandas específicas de cada carrera universitaria, junto con factores contextuales y personales, influyen en la incidencia de estos problemas.

Dentro de la población universitaria, ciertos subgrupos tienen una prevalencia significativamente mayor de problemas de salud mental, lo que es consistente con los estudios de la población general. Los estudiantes universitarios varones tienen un mayor riesgo de suicidio, pero las estudiantes mujeres tienen más probabilidades de dar positivo en las pruebas de detección de depresión mayor y trastornos de ansiedad. Los estudiantes de entornos socioeconómicos más bajos tienen un mayor riesgo de síntomas depresivos y de ansiedad. La mala salud mental también es más común entre los estudiantes con factores estresantes en las relaciones, poco apoyo social o victimización por violencia sexual.

Aunque la salud mental varía claramente según ciertos factores demográficos y sociales, se sabe relativamente poco sobre cómo varía con respecto a factores más específicos del entorno universitario, como la carga de trabajo académico y la competencia. Algunos estudios muestran que los rasgos de personalidad, como el perfeccionismo, son moderadores importantes que determinan la cantidad de angustia psicológica que los estudiantes informan como resultado de sus estudios universitarios. El entorno académico puede ser particularmente estresante para los estudiantes minoritarios en instituciones predominantemente blancas, según algunos estudios. Sin embargo, no pudimos identificar ningún estudio con muestras representativas sobre cómo se relaciona la salud mental con otras características del entorno académico, como el tamaño de la matrícula, la selectividad, la competitividad, el apoyo del personal

académico y el campo de estudio. Al igual que en la población general de jóvenes, los factores de riesgo de los trastornos mentales entre los estudiantes también deben entenderse en el contexto de los factores genéticos y cómo estas vulnerabilidades preexistentes interactúan con los factores ambientales en la universidad

4.3.1 Factores Predisponentes

Los factores predisponentes de ansiedad y depresión en universitarios pueden clasificarse en varias categorías:

4.3.1.1. Factores Personales

- **Historia familiar de trastornos mentales:** La predisposición genética juega un papel importante en la susceptibilidad a la ansiedad y la depresión (17).
- **Rasgos de personalidad:** Características como el perfeccionismo, la baja autoestima y la tendencia a la rumiación pueden aumentar la vulnerabilidad (32).
- **Experiencias traumáticas previas:** Abuso, negligencia o eventos estresantes en la infancia pueden predisponer a desarrollar trastornos mentales
- **Consumo de sustancias:** El uso excesivo de alcohol, drogas y estimulantes puede exacerbar síntomas de ansiedad y depresión (27).
- **Dificultades en la regulación emocional:** La incapacidad para manejar el estrés y las emociones intensas es un factor de riesgo significativo

4.3.1.2 Factores Académicos

- **Altas exigencias académicas:** La presión por obtener buenas calificaciones y cumplir con plazos estrictos puede generar estrés y ansiedad
- **Sobrecarga de trabajo:** La cantidad de tareas, exámenes y proyectos puede ser abrumadora y afectar la salud mental (33).

- **Incertidumbre sobre el futuro profesional:** La preocupación por el empleo y la estabilidad económica después de la graduación puede aumentar los niveles de ansiedad (5).
- **Dificultades de aprendizaje no diagnosticadas:** Trastornos como la dislexia o el TDAH pueden hacer que los estudiantes enfrenten mayores desafíos académicos y emocionales (17)

4.3.1.3 Factores Sociales

- **Falta de apoyo familiar y social:** La ausencia de una red de apoyo sólida puede incrementar el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión (31).
- **Problemas interpersonales:** Conflictos con amigos, pareja o compañeros pueden generar sentimientos de aislamiento y estrés emocional (29).
- **Discriminación o bullying:** La exclusión social y el acoso pueden afectar gravemente la autoestima y la salud mental de los estudiantes (30).
- **Adaptación a un nuevo entorno:** Para los estudiantes que se mudan de ciudad o país, la dificultad de adaptación puede ser un factor estresante (5).

4.3.1.4 Factores Económicos

- **Dificultades financieras:** La necesidad de cubrir matrículas, alojamiento, alimentación y otros gastos puede ser una fuente constante de preocupación y estrés (26).
- **Compatibilización de estudio y trabajo:** La necesidad de trabajar mientras se estudia puede generar una carga adicional de estrés y reducir el tiempo de descanso (33).

4.3.1.5 Factores Ambientales y del Estilo de Vida

- **Privación del sueño:** La falta de un descanso adecuado impacta negativamente en la salud mental y el rendimiento académico (29).

- **Sedentarismo y mala alimentación:** La falta de ejercicio y una dieta poco saludable pueden influir en el estado de ánimo y la energía (27).
- **Uso excesivo de redes sociales:** La comparación constante con otros y la sobreexposición a contenido negativo pueden aumentar la ansiedad y la depresión (5).
- **Eventos de vida estresantes:** Pérdidas familiares, rupturas sentimentales y otros cambios pueden detonar episodios de ansiedad y depresión (30).

4.3.2 Impacto en el Rendimiento Académico y Calidad de Vida

La ansiedad y la depresión no solo afectan el bienestar emocional de los estudiantes, sino que también pueden comprometer su desempeño académico. Los estudiantes que experimentan estos trastornos suelen presentar dificultades de concentración, disminución en la motivación y un menor rendimiento en exámenes y proyectos (31). Además, la calidad de vida se ve afectada, con consecuencias como aislamiento social, problemas de salud física y abandono universitario (5).

4.3.3 Estrategias de Prevención y Manejo

Para reducir la incidencia de ansiedad y depresión en universitarios, se recomienda implementar estrategias como:

- **Programas de apoyo psicológico** dentro de las universidades.
- **Talleres de manejo del estrés y regulación emocional.**
- **Promoción de hábitos saludables**, incluyendo actividad física y alimentación balanceada (27).
- **Fomento del apoyo social** mediante redes de estudiantes y grupos de ayuda (28).
- **Reducción de la carga académica excesiva**, promoviendo la planificación y el equilibrio entre estudio y descanso (29).

4.4 Hallazgos clave de ansiedad y depresión en las diferentes carreras universitarias

La salud mental de los estudiantes universitarios ha emergido como un tema de interés prioritario en las últimas décadas, dado el aumento observado en la prevalencia de trastornos como la ansiedad y la depresión en esta población (35). Estos problemas, que afectan tanto el bienestar personal como el rendimiento académico, están influenciados por una variedad de factores relacionados con las demandas específicas de cada carrera universitaria, así como por las transiciones inherentes a esta etapa de la vida (34,38). Investigaciones han demostrado que disciplinas como las del área de la salud, las ciencias sociales, el derecho y las artes presentan patrones diferenciados de riesgo, determinados por factores como la carga académica, la exposición emocional y la incertidumbre profesional (35,37). Por ejemplo, estudios han identificado que los estudiantes de Medicina y Derecho enfrentan tasas particularmente altas de ansiedad, superando en muchos casos el 40% (35,37), mientras que las carreras artísticas se asocian con perfiles únicos de vulnerabilidad, como el trastorno bipolar (39). Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar la correlación entre ansiedad, depresión y diferentes carreras universitarias, destacando los factores predisponentes específicos y las tendencias reportadas en la literatura reciente (34,36,38) Al hacerlo, se busca proporcionar una visión integral que facilite la comprensión de cómo el contexto académico moldea la salud mental de los jóvenes en formación.

4.4.1 Carreras del Área de la Salud (Medicina, Enfermería, Nutrición, etc.)

Las carreras relacionadas con la salud suelen reportar una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con otras disciplinas. Esto se atribuye a la carga académica intensa, la exposición a situaciones emocionalmente demandantes y la presión para tomar decisiones críticas.

- **Medicina:** Los estudiantes de Medicina enfrentan largas jornadas de estudio, prácticas clínicas que involucran contacto con el sufrimiento humano y altas expectativas de desempeño. Estudios han encontrado que la prevalencia de ansiedad puede superar el 50%, mientras que la depresión afecta a un 30-40% de estos estudiantes, especialmente en los primeros años y durante las rotaciones clínicas (35). El estrés académico, como exámenes frecuentes y la falta de tiempo, se correlaciona negativamente con el rendimiento y positivamente con síntomas ansioso-depresivos.
- **Enfermería:** Similar a Medicina, los estudiantes de Enfermería reportan niveles elevados de estrés (hasta un 47%), ansiedad (alrededor del 53%) y depresión (cerca del 29%) (34). La interacción constante con pacientes y la necesidad de equilibrar teoría con práctica clínica son factores clave.
- **Nutrición:** Esta carrera muestra una tendencia particular hacia la ansiedad (prevalencia superior al 50%), influida por la presión de cumplir con estándares profesionales y el impacto de las conductas alimentarias en su propio bienestar (34). Algunos estudios sugieren que la preocupación por la imagen corporal y el perfeccionismo agravan estos trastornos.

4.4.2. Carreras de Ciencias Sociales (Psicología, Trabajo Social)

Las disciplinas que implican un componente emocional y relacional también presentan riesgos significativos para la salud mental.

- **Psicología:** Aunque los estudiantes de Psicología tienden a tener mayor conciencia sobre la salud mental y buscan ayuda con más frecuencia, reportan tasas altas de ansiedad (hasta 50%) y depresión (alrededor del 19%) (38). La exposición a temas psicológicamente intensos y la presión por aplicar lo aprendido en su propia vida pueden actuar como estresores únicos.
- **Trabajo Social:** Esta carrera se asocia con una alta incidencia de autolesiones (8%) y depresión, debido a la carga emocional de trabajar con poblaciones

vulnerables (38). La empatía constante y la falta de recursos para resolver problemas sociales contribuyen a estos cuadros.

4.4.3. Carreras de Derecho y Negocios

Las carreras con un enfoque competitivo y orientado a resultados también muestran correlaciones marcadas con ansiedad y depresión.

- **Derecho:** Los estudiantes de Derecho enfrentan una cultura de alta competencia, largas horas de lectura y expectativas laborales exigentes. Estudios reportan tasas de ansiedad cercanas al 44% y una incidencia notable de ideaciones suicidas (25%), además de problemas con el abuso de alcohol (16%) (37) La presión por destacar en un entorno adversarial es un factor predominante.
- **Negocios/Administración:** Aquí, la ansiedad (44%) y la depresión (18%) se relacionan con la incertidumbre económica, la necesidad de networking y la competencia por posiciones laborales prestigiosas (35). El énfasis en el éxito material puede exacerbar sentimientos de inadequacy.

4.4.4 Carreras Artísticas y Creativas

Las disciplinas artísticas presentan un perfil único de salud mental, con factores como la inestabilidad laboral y la autoexigencia creativa.

- **Arte:** Los estudiantes de Arte reportan una alta prevalencia de trastorno bipolar (8%) y TDAH (34%), junto con ansiedad y depresión en niveles significativos. La falta de estructura en su formación y la presión por la originalidad contribuyen a estos problemas.

4.4.5. Comparación entre Carreras y Factores Comunes

Aunque las tasas específicas varían, un patrón claro emerge: las carreras con mayor carga académica, exposición emocional o incertidumbre futura tienden a

correlacionarse más fuertemente con ansiedad y depresión. Estudios transversales han encontrado que:

- La prevalencia de ansiedad oscila entre 16-76% y la de depresión entre 9-74% según la carrera y el contexto.
- Las carreras del área de la salud suelen liderar en prevalencia, seguidas por disciplinas como Derecho y Psicología.
- Factores como el estrés académico, la falta de apoyo social y el sedentarismo agravan estos trastornos en todas las áreas.

4.5 ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS

Debido al alto índice de trastornos de ansiedad, depresión y estrés entre los estudiantes universitarios, es necesario contar con un instrumento estandarizado en esta población, que permita detectar estas patologías para poder intervenir a tiempo (44).

4.5.1 Historia

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, por sus siglas en inglés [Depression, Anxiety and Stress Scale]), fue elaborada empíricamente, es decir sin un diseño teórico previo, utilizando la técnica del análisis factorial, por Lovibond y Lovibond en 1995. Si bien el objetivo inicial era crear una medida de depresión y ansiedad, durante el proceso de construcción se identificó un tercer factor, al que los autores denominan estrés, que describe reacciones de tensión e irritabilidad (45).

El DASS original, creado originalmente en Australia, constaba de 42 ítems (14 ítems para cada escala) y posteriormente fue reducido para formar una versión breve de 21 ítems: el DASS-21, por Antony, Bieling; Cox, Enns y Swinson en 1998 (45).

Es destacable mencionar, que la escala DASS-21 tiene su base en las llamadas “escalas Likert” las cuales son instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional. Este tipo de escala surgió en 1932, cuando Rensis Likert (1903-1981) publicó un informe en el que exponía cómo usar un tipo de instrumento para la medición de las actitudes (50).

4.5.2 Definición

La DASS consta de tres escalas que miden por separado la depresión, la ansiedad y el estrés. Sin embargo, los autores proponen que la diferenciación perfecta entre las medidas autoevaluadas de ansiedad y depresión parece imposible, debido a que las

correlaciones entre las escalas DASS pueden surgir debido a causas comunes subyacentes a la depresión, la ansiedad y el estrés.

Por este motivo, varios síntomas que tradicionalmente podrían considerarse parte de alguno de estos tres síndromes no están representados en las escalas DASS, ya que no parecen ser específicos de ninguno de los síndromes (44).

Así, Lovibond y Lovibond conceptualizaron:

La depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con un estado de ánimo disfórico (como tristeza, desesperanza, autodesprecio e inutilidad). Descriptivamente, este síndrome se caracteriza principalmente por una pérdida de autoestima y motivación, asociada a una baja probabilidad de alcanzar objetivos de vida que sean significativos para la persona, entre otros (44).

La ansiedad se describe en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblores o desmayos), destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta de miedo aguda. Esta escala también aborda la ansiedad situacional, entendida como uno de los componentes afectivos del proceso de estrés que, junto con otras emociones, como la ira y el miedo, puede surgir cuando el individuo no consigue dar respuesta a los estímulos dados (44). El estrés se describe como una cierta tendencia a reaccionar ante eventualidades no previstas o escenarios adversos anticipados sin que sucedan, con síntomas como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un umbral bajo para sentirse perturbado o frustrado, lo que sugiere que existe una continuidad natural entre los síndromes evaluado mediante la Escala de Ansiedad y Estrés, siendo el punto de división entre ambos algo arbitrario (44).

Utilidad

En general, investigaciones anteriores indican que el DASS-21 tiene una fuerte consistencia interna y distingue adecuadamente entre ansiedad y depresión, en comparación con otras medidas existentes. Estos estudios también sugieren que la

comorbilidad que se produce en la práctica clínica podría basarse en el origen común de los tres síndromes (depresión, ansiedad y estrés) y tiene implicancias en el manejo de los tratamientos, porque aumenta la complejidad clínica, reduce la efectividad de tratamientos habituales y empeora el pronóstico. Por este motivo, la capacidad de medir estos tres estados por separado puede resultar muy útil para investigadores y clínicos interesados en esclarecer el origen de un trastorno emocional, como parte de la tarea más amplia de la evaluación clínica, que también permite planificar intervenciones para prevenir estos trastornos (44), (45).

4.5.3 Componentes

La Versión chilena abreviada de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), fue traducido y adaptado para Chile por Vinet, Rehbein, Román y Saiz en 2008 y modificado por Román en 2010, siendo esta última versión la utilizada (44), (45).

La DASS - 21 cuenta con veintiún ítems, con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 ("No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana") hasta 3 ("Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre") (44)

El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos (48).

4.5.4 Aplicación

La edad recomendada es entre los 14 - 45 años de edad, con un tiempo de duración entre cinco a diez minutos; abarca 21 elementos que se dividen en tres segmentos: siete de depresión (deprimido, bajo autoestima, sentimientos de torpeza, miedo, pánico, temblores en el cuerpo y sentimientos de tristeza), siete de estrés y siete de ansiedad (sucesos negativos, pensamientos y miedos al fracaso (46).

Para responder, la consigna establece indicar en qué medida la frase describe lo que le pasó o sintió la persona durante la última semana.

Este instrumento tiene la ventaja de ser una escala de autoinforme, breve, fácil de administrar y responder, y su interpretación es sencilla. Además, ha presentado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación previos (44).

4.5.5 Resultados

Cada pregunta recibe un puntaje de depresión, ansiedad o estrés. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. Los puntajes totales para cada categoría se deben multiplicar por 2 y comparar con la tabla 1 (anexo 2) (47)(48).

Los autores de estas escalas sugirieron puntajes basados en normas percentiles que diferenciaban entre una manifestación leve, moderada, severa y extremadamente severa de los estados afectivos depresivos ansiosos y de estrés (47)

4.5.6 Validación

Para determinar la capacidad de discriminación global de cada escala del DASS-21, se calcularon curvas ROC (Receiver Operating Characteristic), para las escalas de depresión, ansiedad y estrés del DASS-21 comparando una sub-muestra de población general sin síntomas con un grupo sintomático de la muestra clínica. Los resultados obtenidos de los tres casos el Área Bajo la Curva (ABC) es superior a .90 indicando que cada una de las escalas del DASS-21 es eficiente en la detección de los síntomas que evalúa (48). Ver tabla 3 (anexo 4)

En un meta análisis de prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño entre estudiantes de medicina y médicos residentes en Irán publicado el 23 de agosto del presente 2024, de los 36 artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad, la mayoría de los estudios incluidos fueron transversales; y los cuestionarios más

utilizados para evaluar la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems (DASS-21) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), respectivamente. La prevalencia general de depresión, ansiedad y trastornos del sueño entre los estudiantes de medicina iraníes fue del 43% (IC del 95%: 33%–53%%, I2 = 98%), 44% (IC del 95%: 31%–58%%, I2 = 99%), 48% (IC del 95%: 39%–56%%, I2 = 97%), respectivamente (49)

4.5.7 Ventajas

La Escala de DASS-21, al tratarse de una escala de Likert, presenta ventajas como:

- **Rapidez:** Esto se debe a que, a diferencia de las preguntas dicotómicas, no se ven obligadas a tomar una postura radical, si no que tienen un mayor rango de opciones de respuestas de donde elegir.
- **Sencillez:** No es necesario que la persona desarrolle su idea o justifique su opinión. De esta forma, se obtiene información detallada sobre percepciones y sentimientos con poco esfuerzo.
- **Mejor tasa de respuestas:** Debido a que este tipo de encuesta no obliga a tomar una decisión drástica, porque se ofrecen opciones intermedias, se consigue una mejor disposición de las personas para responder.
- **Datos cuantificables:** Al darle un valor nominal a cada variable cualitativa de la escala es posible cuantificar los resultados.

4.5.8 Desventajas

Por otra parte, entre las desventajas de una escala de Likert:

- **La encuesta podría ser tediosa.** Los participantes pueden aburrirse o cansarse y no prestar suficiente atención a sus respuestas. También pueden verse

influenciados por respuestas anteriores o centrarse en seleccionar casillas en un solo lado de la escala.

- **Respuestas subjetivas:** Es posible que las respuestas no signifiquen lo mismo para las personas que participan en la encuesta.

- **Puede ocurrir deshonestidad:** A veces los participantes no son completamente honestos o parecen parciales en sus respuestas. Esto puede ser intencional o no por las siguientes razones:

- Un sentimiento sobre la persona o institución que realiza la prueba.
- Contestan según creen que se les espera que respondan.
- Falta de atención a las preguntas o afirmaciones (51).

V. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo de corte transversal.

5.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Diciembre de 2024 a enero de 2025

5.3 UNIVERSO

Todos los pacientes que consultaron en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, Sede Central, en el periodo de diciembre de 2024 a enero 2025

5.4 TIPO DE MUESTREO

Muestreo por conveniencia. Al ser muestreo por conveniencia se obtuvo al final una muestra de 120 pacientes.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos los pacientes que consultaron en Bienestar Universitario en el periodo Diciembre 2024 a Enero 2025
- Pacientes que aceptaron ser parte de la investigación
- Pacientes que firmaron consentimiento informado en físico y que aceptaron llenar la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, en su versión simplificada de 21 preguntas.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no sean estudiantes de la Universidad de El Salvador
- Pacientes que sean trabajadores de la Universidad de El Salvador
- Pacientes que no aceptaron firmar consentimiento informado en físico.
- Pacientes que no aceptaron participar en la investigación

5.7. VARIABLES

Operacionalización de variables

Objetivo General	Identificar la prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.			
Objetivo Específico 1	Determinar a partir de la escala DASS 21 la impresión diagnóstica de ansiedad y/o depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025			
Variable	Concepto	Definición operativa	Indicador	Valor
Impresión diagnóstica de ansiedad -Impresión diagnóstica de depresión	<p>Impresión diagnóstica: Se refiere a la evaluación subjetiva realizada por el médico para determinar la gravedad de los síntomas y la eficacia del tratamiento.</p> <p>A través de su experiencia y conocimientos, el médico realiza una evaluación global de la condición del paciente (52).</p>	<p>Impresión diagnóstica de ansiedad: Caso de ansiedad obtenido a partir de la implementación del DASS 21, con puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 4 ansiedad leve ● 5-7 ansiedad moderada ● 8-9 ansiedad severa ● 10 o más, ansiedad extremadamente severa <p>Para las preguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20</p> <p>Impresión diagnóstica de depresión: Caso de depresión obtenido a partir de la implementación del DASS 21, con puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 5-6 depresión leve ● 7-10 depresión moderada ● 11-13 depresión severa ● 14 o más, depresión extremadamente severa <p>Para las preguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21</p>	Impresión diagnóstica a partir del uso de la escala DASS 21	Paciente con impresión diagnóstica de ansiedad o depresión

Objetivo General	Identificar la prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.			
Objetivo Específico 2	Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según sexo, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024- Enero 2025			
Variable	Concepto	Definición operativa	Indicador	Valor
·Prevalencia de ansiedad Prevalencia de depresión	Prevalencia: En el campo de la medicina, una medida del número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad) en un momento específico o durante un período determinado (53).	Prevalencia de ansiedad: Número de casos de impresión diagnóstica de ansiedad según sexo Prevalencia de depresión: Número de casos de impresión diagnóstica de depresión por sexo	· Masculino · Femenino	Número de impresiones diagnóstica de ansiedad o depresión según sexo

Objetivo General	Identificar la prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.			
Objetivo Específico 3	Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025			
Variable	Concepto	Definición operativa	Indicador	Valor
·Prevalencia de ansiedad ·Prevalencia de depresión	Prevalencia: En el campo de la medicina, una medida del número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad) en un momento específico o durante un período determinado (53).	Prevalencia de ansiedad: Número de casos de impresión diagnóstica de ansiedad por grupo etario Prevalencia de depresión: Número de casos de impresión diagnóstica de depresión por grupo etario	· 16 – 20 · 21 – 25 · 26 – 30 · 31 – 35 · 36 – 40 · 41 – 45 · 46 – 50 · 51 – 55 · 56 – 60 · Mayor a 60	Número de impresiones diagnóstica de ansiedad o depresión por grupo etario

Objetivo General	Identificar la prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.			
Objetivo Específico 4	Reconocer la frecuencia de ansiedad y depresión, por facultad académica a través de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025			
Variable	Concepto	Definición operativa	Indicador	Valor
-Frecuencia de ansiedad -Frecuencia de depresión	Frecuencia: Número de veces que ocurre un suceso en la unidad de tiempo (54).	Frecuencia de ansiedad: Número de impresiones diagnósticas de ansiedad por facultad académica de la Universidad de El Salvador Frecuencia de depresión: Número de impresiones diagnósticas de depresión por facultad académica de la Universidad de El Salvador	Facultad de Ciencias y Humanidades Facultad de Ingeniería y Arquitectura Facultad de Agronomía Facultad de Odontología Facultad de Medicina Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales Facultad de Química y Farmacia Facultad de Ciencias Naturales y Matemática Facultad de Ciencias Económicas	Número de impresiones diagnósticas de ansiedad o depresión por facultad académica de la Universidad de El Salvador

5.8 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Fuentes Primarias de información: Datos obtenidos a partir de la escala DASS 21, aplicada a cada paciente de Bienestar Universitario, que aplique a partir de los criterios de inclusión. Ver Anexo 6.

5.9 TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

- A cada paciente que cumplió los criterios de inclusión, y con previo consentimiento informado, se le brindó acceso a la Escala DASS 21, a partir de un formulario impreso
- Cada encuesta se registró en una matriz de Excel.

5.10 MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

- Previo a brindar el formulario DASS 21 impreso, cada paciente brindó su consentimiento informado, en el cual, se hizo constar que los datos brindados serán únicamente para uso en esta investigación, y que su información no es expuesta por identidad. Ver Anexo 5.

5.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenidos los datos en la matriz de Excel:

- En un mismo archivo de Excel, se asignó a cada objetivo, su respectiva Hoja de Cálculo
- Para el objetivo uno, se determinó la impresión diagnóstica de ansiedad o depresión a partir de los criterios del DASS 21; con énfasis en las preguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 para ansiedad, clasificándose como leve con una puntuación de 4, moderada de 5-7, severa con 8-9 y extremadamente severa

con 10 o más; mientras que para depresión el énfasis en las preguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 clasificándose en leve con una puntuación de 5-6, moderada de 7 a 10, severa de 11 a 13 y extremadamente severa de 14 o más.

- Para el objetivo dos, en otra hoja de Microsoft Excel, se clasificó las impresiones diagnósticas de ansiedad y depresión a partir del sexo.
- Para el objetivo tres, en otra hoja del mismo documento, se clasificaron las impresiones diagnósticas de ansiedad y depresión a partir de los rangos de edad, según la operacionalización de variables.
- Finalizando, con el último objetivo, se hizo discrepancia de las impresiones diagnósticas, pero separadas por facultades académicas de la Universidad de El Salvador.
- Se obtuvo gráficos de barra a partir del procesamiento de dichos datos.

5.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- No se tuvo influencia en los pacientes que participaron en el llenado de la Escala DASS 21.
- No se tomó ventaja a partir de la impresión diagnóstica obtenida.
- La participación en esta investigación es completamente voluntaria.
- Los datos personales brindados por los pacientes para el llenado de la encuesta, no son compartidos para ningún otro estudio y serán resguardados por las investigadoras, las cuales se comprometen a eliminar dichos datos al momento en que termine la investigación.
- El grupo afirma no tener conflictos de interés.

VI. RESULTADOS

Objetivo: Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según sexo, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

Tabla 1. Prevalencia de ansiedad, según sexo, en pacientes que consultan en Bienestar universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025

ANSIEDAD							
Sexo	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo	Total	%
Femenino	17 (22%)	3 (4%)	10 (13%)	10 (13%)	37 (48%)	77 (100%)	64%
Masculino	12 (28%)	3 (7%)	12 (28%)	7 (16%)	9 (21%)	43 (100%)	36%
Total	29	6	22	17	46	120	100%

Fuente: Datos Obtenidos a partir del cuestionario DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024-Enero 2025

En la Tabla 1. Prevalencia de Ansiedad según sexo en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador en el periodo de Diciembre 2024-Enero 2025; del total de pacientes encuestados el 64% (77 pacientes) son del sexo Femenino y 36% (43 pacientes) son del sexo Masculino.

En la presente tabla se observa para sexo femenino, 17 pacientes del total con un grado de Ansiedad Normal, 3 pacientes con Ansiedad Leve, 10 pacientes con Ansiedad Moderada, 10 pacientes con ansiedad Severa y 37 pacientes con Ansiedad Extrema.

Para el sexo Masculino se encuentra 12 pacientes con Ansiedad Normal, 3 pacientes de Ansiedad Leve, 12 pacientes de Ansiedad Moderada, 7 pacientes de Ansiedad Severa, 9 pacientes con Ansiedad Extrema.

Tabla 2. Prevalencia de depresión, según sexo, en pacientes que consultan en Bienestar universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025

DEPRESIÓN							
Sexo	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo	Total	%
Femenino	27 (35%)	10 (13%)	13 (17%)	13 (17%)	14 (18%)	77 (100%)	64%
Masculino	27 (63%)	3 (7%)	4 (9%)	4 (9%)	5 (12%)	43 (100%)	36%
Total	54	13	17	17	19	120	100%

Fuente: Datos Obtenidos a partir del cuestionario DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024-Enero 2025

Tabla 2. Prevalencia de Depresión según sexo en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador en el periodo de Diciembre 2024-Enero 2025; del total de pacientes encuestados el 64% (77 pacientes) son del sexo Femenino y 36% (43 pacientes) son del sexo Masculino.

En la que refleja que el sexo Femenino 27 pacientes consultan con Depresión Normal, 10 pacientes Depresión Leve, 13 pacientes Depresión Moderada, 13 pacientes con Depresión Severa y 14 pacientes con Depresión Extrema.

Para el sexo Masculino tenemos 27 pacientes presentaron un grado de Depresión Normal, 3 pacientes con Depresión Leve, 4 pacientes con Depresión Moderada, 10 pacientes con Depresión Severa y 5 pacientes con Depresión Extrema.

Tabla 3. Prevalencia de estrés, según sexo, en pacientes que consultan en Bienestar universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

ESTRÉS							
Sexo	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo	Total	%
Femenino	24 (31%)	7 (9%)	22 (29%)	14 (18%)	10 (13%)	77 (100%)	64%
Masculino	16 (37%)	8 (19%)	16 (37%)	1 (2%)	2 (5%)	43 (100%)	36%
Total	40	15	38	15	12	120	100%
Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024-Enero 2025							

En la tabla 3 podemos observar 24 pacientes del sexo femenino presentaron cuadros Normales de Estrés, 7 pacientes presentan Estrés Leve, 22 pacientes con Estrés Moderado, 14 pacientes con Estrés Severo, 10 pacientes con Estrés Extremo.

En pacientes del sexo masculino la tasa de Estrés Normal es 16 pacientes, 8 pacientes con Estrés Leve, 16 pacientes con Estrés Moderado, 1 pacientes Estrés Severo, 2 pacientes Estrés Extremo.

Objetivo: Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

Tabla 4. Prevalencia de estrés, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

ESTRÉS							
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo	Total	%
16-20 años	23 (19%)	9 (8%)	26 (22%)	12 (10%)	9 (8%)	79	66%
21-25 años	8 (7%)	5 (4%)	8 (7%)	2 (2%)	2 (2%)	25	21%
26-30 años	7 (6%)	0	4 (3%)	0	1 (1%)	12	10%
31-35 años	1 (1%)	0	0	0	0	1	1%
36-40 años	0	1 (1%)	0	0	0	1	1%
41-45 años	0	0	0	0	0	0	0%
46-50 años	0	0	0	1 (1%)	0	1	1%
51-55 años	0	0	0	0	0	0	0%
56-60 años	1 (1%)	0	0	0	0	1	1%
Mayor de 60 años	0	0	0	0	0	0	0%
Total	40	15	38	15	12	120	100%

Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario de DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024-Enero 2025

En la tabla 4 observamos que de los 120 pacientes encuestados un 66% (79 pacientes) se encuentra entre las edades de 16 a 20 años de entre los cuales encontramos que un 8% (9 pacientes) presentan un puntaje que los cataloga como estrés extremo, un 10% (12 pacientes) que se cataloga como estrés severo, 22% (26 pacientes) presentan estrés moderado, 8% (9 pacientes) presentan estrés leve y un 19% (23 pacientes) se han catalogado como normal, es decir que no presentan ni un grado de estrés.

Entre las edades de 21 a 25 años que representan un 21% (25 pacientes) del total de la muestra de entre los cuales tenemos que un 2% (2 pacientes) presentan estrés extremo, un 2% (2 pacientes) presentan estrés severo, el 7% (8 pacientes) presentan estrés moderado, el 4% (5 pacientes) presentan estrés leve y un 7% (8 pacientes) no presentan ningún grado de estrés.

Entre las edades de 26 a 30 años encontramos al 10% de los encuestados con un total de 12 pacientes de los cuales el 1% (paciente) presenta estrés extremo, ninguno presenta estrés severo, un 3% (4 pacientes) presenta estrés moderado, ninguno presenta estrés leve y un 6% (7 pacientes) no presenta ningún grado de estrés.

Entre las edades de 31 a 35 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que no presenta ningún grado de estrés.

Entre las edades de 36 a 40 años encontramos igualmente que el grupo anterior solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que presenta estrés leve.

Entre las edades de 41 a 45 años no tenemos ningún encuestado.

Entre las edades de 46 a 50 años se encuentra solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que presenta estrés severo.

Entre las edades de 51 a 55 años no encontramos ningún participante.

Entre las edades de 56 a 60 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que no presenta ningún grado de estrés.

Y mayor de 60 años no tenemos participantes.

Tabla 5. Prevalencia de ansiedad, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

ANSIEDAD							
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo	Total	%
16-20 años	16 (13%)	4 (3%)	12 (10%)	13 (11%)	34 (28%)	79	66%
21-25 años	8 (7%)	1 (1%)	5 (4%)	4 (3%)	7 (6%)	25	21%
26-30 años	4 (3%)	1 (1%)	3 (3%)	0	4 (3%)	12	10%
31-35 años	0	0	1 (1%)	0	0	1	1%
36-40 años	0	0	1 (1%)	0	0	1	1%
41-45 años	0	0	0	0	0	0	0%
46-50 años	0	0	0	0	1 (1%)	1	1%
51-55 años	0	0	0	0	0	0	0%
56-60 años	1 (1%)	0	0	0	0	1	1%
Mayor de 60 años	0	0	0	0	0	0	0%
Total	29	6	22	17	46	120	100%

Tabla 4. Prevalencia de ansiedad, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

En la tabla 5 observamos que de los 120 encuestados, el 66% (79 pacientes) que se encuentran entre las edades 16 a 20 años un 28% (34 pacientes) presentan ansiedad extrema, un 11% (13 pacientes) presentan ansiedad severa, un 10% (12 pacientes) presentan ansiedad moderada, un 3% (4 pacientes) presentan ansiedad leve y un 13% (16 pacientes) no presentan ningún grado de ansiedad.

Entre las edades de 21 a 25 años que representan un 21% (25 pacientes) encontramos un 6% (7 pacientes) que padecen ansiedad extrema, un 3% (4 pacientes) presentan ansiedad severa, un 4% (5 pacientes) padecen ansiedad moderada, un 1% (1 estudiante) presenta ansiedad leve y un 7% (8 pacientes) no presenta ningún grado de ansiedad.

Entre las edades de 26 a 30 años que representan un 10% (12 pacientes) encontramos un 3% (4 pacientes) que padecen ansiedad extrema, nadie padece ansiedad severa, un 3% (3 pacientes) padece ansiedad moderada, un 1% (1 pacientes) padece ansiedad leve, un 3% (4 pacientes) no presenta ningún grado de ansiedad.

Entre las edades de 31 a 35 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que presenta ansiedad moderada.

Entre las edades de 36 a 40 años encontramos también solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que presenta ansiedad moderada.

Entre las edades de 41 a 45 años no tenemos ningún encuestado.

Entre las edades de 46 a 50 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que presenta ansiedad extrema.

Entre las edades de 51 a 55 años no tenemos ningún encuestado.

Entre las edades de 56 a 60 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente el cual no presenta ningún grado de ansiedad.

En edad mayor de 60 años no tenemos ningún encuestado.

Tabla 6. Prevalencia de depresión, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

DEPRESIÓN							
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo	Total	%
16-20 años	31 (28%)	10 (8%)	12 (10%)	11 (9%)	15 (13%)	79	66%
21-25 años	16 (13%)	1 (1%)	3 (3%)	3 (3%)	2 (2%)	25	21%
26-30 años	5 (4%)	1 (1%)	2 (2%)	2 (2%)	2 (2%)	12	10%
31-35 años	0	1 (1%)	0	0	0	1	1%
36-40 años	1 (1%)	0	0	0	0	1	1%
41-45 años	0	0	0	0	0	0	0%
46-50 años	0	0	0	1 (1%)	0	1	1%
51-55 años	0	0	0	0	0	0	0%
56-60 años	1 (1%)	0	0	0	0	1	1%
Mayor de 60 años	0	0	0	0	0	0	0%
Total	54	13	17	17	19	120	100%

Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024-Enero 2025

En la tabla 6 observamos que de los 120 encuestados, el 66% (79 pacientes) que se encuentran entre las edades 16 a 20 años un 13% (15 pacientes) presentan depresión extrema, un 9% (11 pacientes) presentan depresión severa, un 10% (12 pacientes) presentan depresión moderada, un 8% (10 pacientes) presentan depresión leve, un 28% (31 pacientes) no presentan ningún grado de depresión

Entre las edades de 21 a 25 años que representan un 21% (25 pacientes) encontramos un 2% (2 pacientes) que presentan depresión extrema, un 3% (3 pacientes) presentan depresión severa, un 3% (3 pacientes) presentan depresión moderada, un 1% (1 paciente) presenta depresión leve y un 13% (16 pacientes) no presentan ningún tipo de depresión.

Entre las edades de 26 a 30 años que representan un 10% (12 pacientes) encontramos un 2% (2 pacientes) que presentan depresión extrema, un 2% (2 pacientes) que presentan depresión severa, un 2% (2 pacientes) que presentan depresión moderada, un 1% (1 paciente) que presenta depresión leve y un 4% (5 pacientes) que no presenta ningún tipo de depresión.

Entre las edades de 31 a 35 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que presenta depresión leve.

Entre las edades de 36 a 40 años encontramos también solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que no presenta ningún tipo de depresión.

Entre las edades de 41 a 45 años no tenemos ningún encuestado.

Entre las edades de 46 a 50 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente que presenta depresión severa.

Entre las edades de 51 a 55 años no tenemos ningún encuestado.

Entre las edades de 56 a 60 años encontramos solo el 1% de los encuestados que es 1 paciente el cual no presenta ningún grado de depresión.

En edad mayor de 60 años no tenemos ningún encuestado.

Objetivo: Reconocer la frecuencia de ansiedad y depresión, por facultad académica perteneciente a la Sede Central, a través de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

Tabla 7. Frecuencia de estrés, por facultad académica perteneciente a la sede Central, a través de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

Facultades	ESTRÉS					Total	%
	Norma l	Leve	Moderad o	Sever o	Extrem o		
Facultad de Ciencias y Humanidades	3 (3%)	2 (2%)	6 (5%)	1 (1%)	2 (2%)	14	12%
Facultad de Ingeniería y Arquitectura	6 (5%)	2 (2%)	7 (6%)	4 (3%)	1 (1%)	20	17%
Facultad de Agronomía	2 (2%)	2 (2%)	1 (1%)	0	0	5	4%
Facultad de Odontología	1 (1%)	1 (1%)	0	0	0	2	2%
Facultad de Medicina	10 (8%)	3 (3%)	8 (7%)	4 (3%)	3 (3%)	28	23%
Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales	8 (7%)	4 (3%)	7 (6%)	2 (2%)	4 (3%)	25	21%
Facultad de Química y Farmacia	0	0	1 (1%)	0	0	1	1%
Facultad de Ciencias Naturales y Matemática	0	0	1 (1%)	0	0	1	1%
Facultad de Ciencias Económicas	10 (8%)	1 (1%)	7 (6%)	4 (3%)	2 (2%)	24	20%
Total						120	100%

Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024- Enero 2025.

Se procesaron 120 encuestas en Excel, realizando una matriz base, en la cual se identificó el número de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Sede Central y que al realizar la encuesta dieron mayor probabilidad de estrés, se ordena de manera descendente de la etapa más extrema a normal, se identifica la Facultad de Medicina, con mayor número de participantes encuestados 28 jóvenes hombres y mujeres (23%), se observa 3% (3 pacientes) en etapa extrema, 3% (4 pacientes) en estrés severo, 7% (8 pacientes) en estrés moderado, 3% (3 pacientes) en estrés leve y con el 8% (10 pacientes) indicaron estado normal sin sentir ningún tipo de sintomatología relacionado a estrés.

La Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, de 25 (21%) pacientes, el 3% (4 pacientes) presentan estrés extremo, 2% (2 pacientes) estrés severo, 6% (7 pacientes) estrés moderado, 3% (4 pacientes) y el 7% (8 pacientes) indicaron normalidad.

Facultad de Ciencias Económicas, con 24 (20%) pacientes presentan 2% (2 pacientes) estrés extremo, 3% (4 pacientes) estrés severo, 6% (7 pacientes) en estrés moderado, 1% (1 paciente) con estrés leve y el 8% (10 pacientes) no presentaron riesgo a padecer estrés.

Facultad de Ingeniería y Arquitectura, con 20 (17%) pacientes, 1% (1 paciente) presenta estrés extremo, el 3% (4 pacientes) en etapa severa, 6% (7 pacientes) en moderado, 2% (2 pacientes) con estrés leve y el 5% (6 pacientes) en estado normal.

Facultad de Ciencias y Humanidades, con 14 (12%) pacientes, dentro de los cuales el 2% (2 pacientes) sufren de estrés extremo, 1% (1 paciente) estrés severo, 5% (6 pacientes) estrés moderado, 2% (2 pacientes) estrés leve y 3% (3 pacientes) sin alteraciones mentales.

La Facultad de Agronomía, consta de 5 (4%) pacientes que participaron en la encuesta, dentro de ellos, el 1% (1 paciente) presenta estrés moderado, y 2% (2 pacientes) en estrés leve y 2% (2 pacientes) estado normal.

Facultad de Odontología, solo se obtuvo 2 respuestas, 2% (2 pacientes) dentro de las cuales se encuentra estrés leve y normalidad.

Facultad de Química y Farmacia y Facultad de Ciencias Naturales y Matemática, ambas con 1% (1 paciente) en estrés extremo.

Tabla 8. Frecuencia de ansiedad, por facultad académica perteneciente a la sede Central, a través de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024-Enero 2025.

Facultades	ANSIEDAD					Total	%
	Norma l	Leve	Moderad o	Sever o	Extrem o		
Facultad de Ciencias y Humanidades	4 (3%)	2 (2%)	2 (2%)	0	6 (5%)	14	12%
Facultad de Ingeniería y Arquitectura	4 (3%)	0	3 (3%)	7 (6%)	6 (5%)	20	17%
Facultad de Agronomía	1 (1%)	0	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)	5	4%
Facultad de Odontología	0	0	1 (1%)	1 (1%)	0	2	2%
Facultad de Medicina	4 (3%)	2 (2%)	6 (5%)	3 (3%)	13 (11%)	28	23%
Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales	7 (6%)	1 (1%)	6 (5%)	2 (2%)	9 (8%)	25	21%
Facultad de Química y Farmacia	0	0	0	0	1 (1%)	1	1%
Facultad de Ciencias Naturales y Matemática	0	0	0	0	1 (1%)	1	1%
Facultad de Ciencias Económicas	9 (8%)	1 (1%)	2 (2%)	3 (3%)	9 (8%)	24	20%
Total						120	100%

Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024- Enero 2025.

Se refleja la frecuencia de los pacientes que consultaron en Bienestar Universitario, los cuales aceptaron participar en el presente estudio de investigación, como resultado de impresión diagnóstica según escala DASS 21, fue el trastorno de ansiedad; en primer lugar 23% (28 pacientes) pertenecientes a la Facultad de Medicina, con 11% (13 estudiantes) en estado extremo, 3% (3 pacientes) con ansiedad severo, 5% (6 pacientes) con ansiedad moderada, 2% (2 pacientes) ansiedad leve y 3% (4 pacientes) sin anormalidades en su salud mental.

En segundo lugar, con el 21% (25 pacientes) pertenecen a Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, el 8% (9 pacientes) con ansiedad extrema, 2% (2 pacientes) ansiedad severo, 5% (6 pacientes) en ansiedad moderada, 1% (1 paciente) con ansiedad leve y el 6% (7 pacientes) en estado normal.

En tercer lugar con 20% (24 pacientes) se muestra la Facultad de Ciencias Económicas, con 8% (9 pacientes) en estado extremo, 3% (3 pacientes) ansiedad severa, 2% (2 pacientes) en ansiedad moderada, 1% (1 estudiante) en ansiedad leve y el 8% (9 pacientes) en estado normal.

En cuarto lugar, 17% (20 pacientes) de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura, de los cuales el 5% (6 pacientes) en estado extremo, 6% (7 pacientes) con ansiedad severa, 3% (3 pacientes) ansiedad moderada, y el restante 3% (4 pacientes) en estado normal, no se obtuvo respuesta de ningún paciente en ansiedad severa.

Quinto lugar, Facultad de Ciencias y Humanidades el 12% (14 pacientes), con 5% (6 pacientes) en ansiedad extrema, 2% (2 pacientes) ansiedad moderada y ansiedad leve y 3% (4 pacientes) sin anormalidades.

Facultad de Agronomía, 4% (5 pacientes), entre los cuales el 2% (2 pacientes) están en ansiedad moderado; en ansiedad extremo y ansiedad severa se encuentran ambas con 1 paciente, mientras que se tiene 1% (1 paciente) sin anormalidades.

Facultad de Química y Farmacia y Facultad de Ciencias Naturales y Matemática, ambas con un solo paciente encuestado en calidad de ansiedad extrema.

Tabla 9. Frecuencia de depresión, por facultad académica perteneciente a la sede Central, a través de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

Facultades	DEPRESIÓN					Total	%
	Norma I	Leve	Moderad o	Sever o	Extrem o		
Facultad de Ciencias y Humanidades	5 (4%)	1 (1%)	2 (2%)	4 (3%)	2 (2%)	14	12%
Facultad de Ingeniería y Arquitectura	10 (8%)	3 (3%)	2 (2%)	3 (3%)	2 (2%)	20	17%
Facultad de Agronomía	4 (3%)	0	0	1 (1%)	0	5	4%
Facultad de Odontología	2 (2%)	0	0	0	0	2	2%
Facultad de Medicina	12 (10%)	4 (3%)	3 (3%)	3 (3%)	6 (5%)	28	23%
Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales	11 (9%)	3 (3%)	4 (3%)	2 (2%)	5 (4%)	25	21%
Facultad de Química y Farmacia	0	0	0	0	1 (1%)	1	1%
Facultad de Ciencias Naturales y Matemática	0	0	0	0	1 (1%)	1	1%
Facultad de Ciencias Económicas	10 (8%)	2 (2%)	6 (5%)	4 (3%)	2 (2%)	24	20%
Total						120	100 %

Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario DASS 21 aplicado en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024- Enero 2025.

Facultad de Medicina con un total de 28 (23%) pacientes encuestados dentro los cuales el 5% (6 pacientes) presentan depresión extrema; en la depresión severa y moderada ambas con un 3% (3 pacientes), 3% (4 pacientes) con depresión leve y 10% (12 pacientes) sin presentar anormalidades.

En la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, del 21% (25 pacientes), se cuenta con 4% (5 pacientes) en depresión extrema, 2% (2 pacientes) en ansiedad severo, 3% (4 pacientes) con ansiedad moderada, 3% (3 pacientes) con ansiedad leve y el 9% (11 pacientes) sin anormalidades.

Facultad de Ciencias Económicas, un 20% de entrevistados (24 pacientes), un 2% (2 pacientes) en depresión extrema, 3% (4 pacientes) en depresión severa, 5% (6 pacientes), en depresión moderada, 2% (2 pacientes) en depresión leve y 8% (10 pacientes) aún sin presentar conductas anormales.

Facultad de Ingeniería y Arquitectura un 17% (20 pacientes) representa la población encuesta, donde se tiene 2% (2 pacientes) en depresión extremo y depresión moderada; en depresión severo y depresión leve ambas con 3% (3 estudiantes) y el 8% (10 pacientes) en estado normal.

Facultad de Ciencias y Humanidades con un 12% (14 pacientes), encuestados, con un 2% (2 pacientes) en depresión extrema, 3% (4 pacientes) en depresión severa, 2% (2 pacientes) en ansiedad moderada, 3% (3 pacientes) en ansiedad leve y el 4% (5 pacientes) en estado normal.

Facultad de Agronomía con 4% (5 pacientes) en el cual el 1% (1 paciente) en depresión severo y 3% (4 pacientes) perteneciente a estado normal, no se obtuvieron respuestas en la escala normal, leve y extremo.

Facultad de Odontología 2% (2 pacientes) encuestados en estado normal.

Facultad de Química y Farmacia y Facultad de Ciencias Naturales y Matemática, ambas con un paciente en depresión extrema.

6.1 LIMITANTES

- ✓ Por motivo de las vacaciones de diciembre de 2024, la Universidad de El Salvador, Sede Central, cerró sus instalaciones desde 15 de diciembre de 2024, retornando laborales el 16 de enero de 2025, lo cual limitó el número de pacientes encuestados.

- ✓ No fue posible obtener información de los pacientes menores de 18 años, por falta de tutor legal al momento de firmar consentimiento informado, para autorizar contestar la encuesta.

- ✓ No se satisfacen completamente el objetivo relación de ansiedad y depresión por grupo etario ya que en Bienestar Universitario, se observó que la población adulto joven es mayor, mientras que la población que se encuentra en adultez intermedia, adultez tardía y adulto mayor tuvo poca asistencia.

- ✓ No se satisface completamente el objetivo de relación ansiedad y depresión por facultad académica, esto podría deberse a las actividades académicas propias de algunas facultades o puede deberse a que los consultantes de dichas facultades eran menores de edad.

VII. DISCUSIÓN

Objetivo 2: Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según sexo, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

En la población femenina encontramos que una gran proporción tiene algún grado de ansiedad siendo 60 pacientes las afectadas y de ellas 37 pacientes presentan ansiedad extrema lo que constituye una proporción significativamente elevada. También encontramos 17 pacientes que no cumplen el puntaje, para clasificarlas en algún grado de ansiedad. La baja representación de ansiedad leve (3 pacientes) sugiere que las pacientes que acuden a consulta tienden a presentar síntomas de mayor gravedad. Este patrón podría estar relacionado con factores contextuales, como el periodo de recolección de datos (diciembre 2024 - enero 2025), que coincide con momentos de posible estrés académico o personal, o con una mayor disposición a buscar ayuda cuando los síntomas se intensifican, o con factores psicosociales propias de cada participante.

En la población masculina tenemos 43 pacientes en total. De esos, encontramos 31 pacientes que presentan algún grado de ansiedad, encontrándose que la mayor proporción se encuentra en ansiedad moderada con 12 pacientes masculinos. Y también tenemos a 12 pacientes masculinos que no cumplen con el puntaje para clasificarlos con algún grado de ansiedad. Esta distribución sugiere que una proporción considerable de pacientes masculinos, consultan en etapas intermedias de la afección, lo que podría reflejar una búsqueda de ayuda antes de que los síntomas alcancen su máxima gravedad. El contexto del estudio realizado, en el centro de Bienestar Universitario, podría influir en estos resultados, ya que el periodo de recolección de datos podría estar asociado a factores estacionales o académicos que exacerban los síntomas.

Los datos revelan que más de un tercio de las pacientes femeninas (27 pacientes) no cumplen criterios para un trastorno depresivo, mientras que los dos tercios restantes experimentan algún grado de sintomatología depresiva, con 27 pacientes en los rangos severo y extremo. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que la depresión severa y extrema, según el DSM-5, se asocia con deterioro funcional significativo, ideación suicida y necesidad de intervención psicoterapéutica y/o farmacológica inmediata. La prevalencia de casos graves podría estar influenciada por estresores contextuales, como las demandas académicas de fin de ciclo o factores psicosociales propios del periodo diciembre-enero, alineándose con estudios que reportan exacerbación de síntomas depresivos en temporadas de transición.

En los hombres encontramos que 27 pacientes no presentan ningún puntaje para clasificarlos con ningún grado de depresión y tenemos que 16 pacientes muestran algún grado de depresión. La predominancia de pacientes con puntaje normal sugiere que los hombres que consultan podrían hacerlo por motivos distintos a la depresión o en etapas más tempranas de la enfermedad. Esto podría reflejar una menor tendencia a reportar síntomas afectivos severos.

Se decide incluir al estrés como un indicador importante relacionado tanto con los cuadros de ansiedad como depresión. Entre los estudiantes universitarios se presentan múltiples factores como factores académicos (carga académica excesiva, presión por el rendimiento académico, falta de habilidades de gestión del tiempo; es decir dificultad para equilibrar estudio, trabajo y vida personal, competitividad); factores personales y psicológicos (falta de sueño, ansiedad y auto exigencia, problemas emocionales relacionados con autoestima, adaptación a la vida universitaria o duelos, incertidumbre sobre la carrera, el futuro profesional o elecciones importantes); factores económicos; factores sociales, adaptación al entorno universitario, especialmente en estudiantes que migran o viven lejos de su familia; factores relacionados con el estilo de vida, mala alimentación, falta de actividad física, consumo de sustancias (uso de cafeína, alcohol u otras sustancias como mecanismos de afrontamiento).

Objetivo 3: Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, según grupo etario, en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

En la tabla 4 de estrés según el grupo etario podemos encontrar que el primer grupo de 16 a 20 años tiene la mayor proporción de estrés moderado (22%) y una suma significativa de estrés severo y extremo (18%), lo que sugiere que los adolescentes y jóvenes adultos enfrentan niveles de estrés considerables, que podrían estar relacionados a la presión académica debido a las altas expectativas en calificaciones altas, exámenes, etc., también puede deberse a los cambios hormonales, a la propia percepción de la imagen propia que afecta directamente a la autoestima, a la poca capacidad para manejar emociones intensas, la búsqueda de aceptación entre sus pares y la influencia de las redes sociales, así como también y no menos importante el entorno familiar, los conflictos con los padres o familiares que pueden propiciar o exacerbar la aparición de estrés.

En los siguientes dos grupos de 21 a 30 años hay una disminución de la presencia de estrés, que puede deberse a que exista una mejor capacidad del manejo del estrés. Y el estrés presente puede deberse a la transición a la adultez, las nuevas responsabilidades, a la presión académica o laboral, las relaciones personales o problemas económicos.

En las muestras mayores de 31 años encontramos pocas participantes y esto puede deberse al establecimiento que se escogió para realizar el estudio ya que al ser un centro universitario la población es predominantemente adolescente y adulta joven.

En la tabla 5 de ansiedad según el grupo etario podemos encontrar que el primer grupo de 16 a 20 años tiene la mayor proporción de ansiedad con niveles de ansiedad severa y extrema de 39% lo que puede deberse a factores neurobiológicos, psicosociales y situacionales. En esas edades no hay un buen manejo del estrés y sumado a las presiones académicas, sociales y familiares que son más intensas en estas edades

predispone a que al final los jóvenes presentes niveles de elevados de estrés que los lleven a desarrollar ansiedad.

En el grupo de edades de 21 a 30 años encontramos que la mayoría presenta algún grado de ansiedad concentrándose un gran número en ansiedad extrema y esto puede deberse a factores psicosociales, a la inestabilidad financiera, a la presión social o conflictos familiares.

Entre las edades de mayor a 31 años al tener una muestra pequeña no podríamos clasificarlo como que no padecen de ansiedad puesto que no sería representativa en comparación con la población de 16 a 20 años

En la tabla 6 en depresión según grupo etario encontramos en el grupo de 16 a 20 años mayor proporción de estudiantes que presentan depresión extrema lo que puede deberse a conflictos en su entorno biopsicosocial, a problemas no resueltos en su familia, a malas relaciones interpersonales con sus amigos o compañeros, al desconocimiento sobre cómo buscar ayuda para resolver conflictos y al aislamiento que puede presentarse en estas etapas.

En las edades de 21 a 30 años encontramos menos estudiantes que presentan algún grado de depresión comparado con los estudiantes que no poseen ningún grado de depresión y puede deberse a que tienen un mejor manejo de las situaciones cotidianas o el manejo del estrés es adecuado, por lo que no han llegado a desarrollar grados de depresión al momento del estudio.

En las edades de mayor a 31 años tenemos solo dos personas que presentan un grado de depresión que podría deberse a situaciones individuales de cada individuo a los conflictos no resueltos en su hogar, en su vida laboral o estudiantil. También es de recalcar nuevamente que la muestra no es representativa para compararla con los demás grupos etarios.

Objetivo 4: Reconocer la frecuencia de ansiedad y depresión, por facultad académica a través de pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, durante Diciembre 2024 a Enero 2025.

Según la recopilación de información obtenida mediante la encuesta de DASS 21 en el que se tiene 21 ítems y en cada uno describe síntomas o acciones que realizaría en un evento en su vida, se muestra que el estrés puede ser generado por una combinación de factores psicológicos, emocionales y situacionales; queda plasmado en la tabla de datos que en 5 de 9 facultades académicas y que sus estudiantes consultaron a Bienestar Universitario, sede Central y aceptaron participar en la investigación se encuentran en estrés moderado, lo cual es una mediación en la se puede disminuir (leve o normal) o aumentar (severa o extrema) si se realiza un diagnóstico precoz y darle seguimientos cada cierto periodo de tiempo para ver la evolución del paciente y darle recomendaciones a seguir, además de brindarle una adecuada consulta y confianza entre médico y paciente.

Como vemos en esta tabla son las facultades de medicina y jurisprudencia y ciencias sociales las que presentan mayor cantidad de estudiantes con algún nivel de estrés y puede ser debido a diversos factores como la carga académica, las largas jornadas de estudio, las largas jornadas de prácticas académicas y clínicas.

Al observar los resultados obtenidos por la encuesta DASS 21, en la tabla se muestra que 3 de 9 facultades académicas, los estudiantes pertenecientes a estas facultades presentan ansiedad extrema, esto debido a la carrera electa de las cuales son las más demandadas en El Salvador, por ejemplo medicina, ciencias jurídicas y administración de empresas, un claro ejemplo y mostrado en la investigación es la facultad de medicina que tiende a generar mayor ansiedad, esto debido a destacar en notas académicas, rendir en un examen, las expectativas sobre la carrera profesional, carga académica, sumado a estas el estrés diario en situaciones familiares, económicas y

salud, por lo que generan estrés crónico conduciendo a una ansiedad extrema, que se vuelve un trastorno mental crónico si no se resuelve a inicios de los síntomas.

Según los datos obtenidos por parte de los pacientes encuestados, 2 de 9 facultades académicas, mostraron que los pacientes de esas facultades académicas presentan depresión extrema, estos provenientes de la Facultad de Medicina y Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, debido a que existen diferentes factores y que en combinación y recurrencia genera estrés y al no tratar de buscar solución se genera ansiedad que con el tiempo y recurrencia llega a la depresión, además están los factores genéticos que se encuentran ya presentes y estos favorecen a desarrollar estos trastornos mentales, por lo que es importante buscar ayuda profesional, sea esta psicológica, psiquiátrica o grupos sociales de ayuda para evitar que estos se desarrollen en síntomas crónicos y que finalicen en un suicidio. Es importante tanto en la docencia como en la familia o grupos de amigos, estar alerta ante los cambios de comportamiento de los estudiantes que la mayoría oculta tener problemas con la salud mental.

VIII. CONCLUSIONES

- Se determinó que la escala de DASS 21 (Depression, Anxiety and Stress Scale), es un instrumento útil, breve, económico y fácil de administrar e interpretar, puede ser utilizado en el contexto universitario como el sistema público de salud, evaluando las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés.
- Se logró determinar que la población más afectada en estrés, ansiedad y depresión son las mujeres, se tiene una muestra representativa en que la población femenina se encuentra en el grado de extremo de ansiedad y depresión y estrés en el grado moderado.
- La ansiedad y depresión, puede afectar a cualquier edad, pero es más frecuente en algunos grupos etarios; dentro del estudio de investigación se encontró que los estudiantes de entre 18 años a 30 años tienen mayor prevalencia de enfermedades mentales sin embargo no se puede comparar entre los adultos mayores, ya que en las encuestas realizadas la cantidad de muestra a partir de más de 30 años no es representativa, debido a que el establecimiento de atención donde se pasa las encuestas tienen predominio a estudiantes jóvenes.
- En El Salvador, las carreras más demandadas son medicina, administración de empresas, ciencias jurídicas e ingeniería y arquitectura. Según los datos estadísticos de la investigación, de las 9 facultades académicas de la Universidad de El Salvador, 4 facultades académicas (Facultad de Medicina, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Económicas y Facultad de Ingeniería y Arquitectura), muestran que los estudiantes que consultaron en Bienestar Universitario, sede Central y que fueron encuestados, presentan estrés, ansiedad y depresión independientemente de la escala ya sea leve a extrema. Se tiene que en primer lugar la Facultad de Medicina presenta más estudiantes quienes resultaron con una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, dentro de moderado a extremo, esto debido por la carga académica, fatiga crónica, estrés crónico, experiencias intra y extra hospitalarias, los cuales tienen una mayor probabilidad de padecer estos trastornos y requerir un tratamiento específico.

IX. RECOMENDACIONES

- A las autoridades de Bienestar Universitario, Sede Central:

Incorporar un recurso médico psiquiatra en Bienestar Universitario para brindar atención especializada, sobre todo en pacientes con patología de esta índole y emergencias psiquiátricas.

Capacitar al personal de salud de Bienestar Universitario, Sede Central, para la pronta identificación y reconocimiento de pacientes que asistan con una crisis psicológica de cualquier índole, para mejorar la atención y el manejo de los pacientes.

Realizar una evaluación psicológica previo al ingreso en la Universidad de El Salvador y previa a la realización de práctica clínica, además de incorporar en el certificado de salud, un apartado que incluya el examen mental, utilizando instrumentos que evalúen actitudes psicométricas.

Realizar ferias de salud en la que se dé información exhaustiva de estrés y ansiedad, depresión, y la importancia de buscar grupos de ayuda, e implementar programas de intervención psicológica, desde la psicoterapia de grupo, para ser aplicado en aquellos estudiantes que fueron identificados como los más afectados en su salud mental.

- A las autoridades de la Universidad de El Salvador:

Crear una red de apoyo emocional y psicológico para que el paciente, aun viéndose agobiado por la situación no se encuentre en condiciones de asistir al centro de Salud de Bienestar Universitario, Sede Central.

Crear diferentes tipos de actividades recreativas en cada facultad académica durante cada ciclo académico, en los cuales puedan ayudar a la salud mental, creando equipos de deporte, música, arte, cocina, canto, baile, entre otras.

Crear espacios en cada facultad donde se asignen estudiantes de año social de la carrera de psicología y/o trabajo social, para reforzar e implementar los programas de atención en salud mental y para lograr la identificación más pronta y oportuna de estudiantes que requieran atención inmediata.

Se sugiere ampliar las investigaciones sobre el tema en estudio, a fin de contribuir a la solución de la problemática y crear estrategias preventivas

X. FUENTES INFORMACIÓN

1. Organización Mundial para la Salud (OMS) [Internet]. Trastornos mentales; 8 de junio de 2022 [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
2. Organización Mundial para la Salud (OMS)[Internet]. Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático; 2022. [Consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en:<https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%20a>.
3. PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. Salud Mental; [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>.
4. Organización Mundial para la Salud (OMS)[Internet]. Trastornos de ansiedad; 2023. [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
5. Organización Mundial para la Salud (OMS) [Internet]. Depresión; Marzo 2023 [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
6. IRIS PAHO Home [Internet]. “Depresión Y Otros Trastornos Mentales Comunes Estimaciones Sanitarias Mundiales” [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.
7. Kakemam E, Navvabi E, Albelbeisi AH, Saedikia F, Rouhi A, Majidi S. Propiedades psicométricas de la versión persa de la Escala de Depresión,

- Ansiedad y Estrés de 21 ítems (DASS-21) en una muestra de profesionales de la salud: un estudio transversal. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 [citado el 30 de septiembre de 2024];22(1):111. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07514-4>
8. Bengwasan PD, Bernardo ABI, Maximo SI. Traducción y validación inicial de la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en ilocano. *Psychol Stud (Mysore)* [Internet]. 2022 [citado el 30 de septiembre de 2024];67(4):594–604. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12646-022-00696-1>
 9. Cao C-H, Liao X-L, Jiang X-Y, Li X-D, Chen I-H, Lin C-Y. Evaluación psicométrica de la escala de depresión, ansiedad y estrés-21 (DASS-21) entre profesores de escuelas primarias y secundarias chinas. *BMC Psychol* [Internet]. 2023 [citado el 30 de septiembre de 2024];11(1):209. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-023-01242-y>
 10. PubMed Central (PMC) [Internet]. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19; [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395996/>.
 11. Medigraphic - Literatura Biomédica [Internet]. [Consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132l.pdf>
 12. Gutiérrez Quintanilla, J. R., & Portillo García, C. B. (2013). La Ansiedad y la Depresión como indicadores de problemas de Salud Mental en los Salvadoreños. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, vol. 16 no 2, 2022, [citado el 26 de agosto de 2024] Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/39965>
 13. Plan Políticas Nacional de Salud Mental [Internet]. 1.^a ed. San Salvador : Dr. Arturo Carranza Rivas; 2019 [citado 21 enero 2019]. Disponible en: <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/planpoliticanacionalsaludmental2019.pdf>

14. MINSAL [Internet]. Encuesta nacional de salud mental 2022; [consultado el 13 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://fosalud.gob.sv/download/primera-encuesta-nacional-de-salud-mental/?wpdmdl=5039&refresh=66e58cb6493341726319798>
15. Rubio G. Fundamentos de psiquiatría: Bases científicas para el manejo clínico. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2015, 153 p.
16. Ministerio de Salud de El Salvador. “Guías Clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría”. Tiraje: 2ª Edición. 2017. Páginas 13 a 40. [Consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_salud_mental_y_psiquiatria_v1.pdf
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (R). Arlington, TX, Estados Unidos de América; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, Pagina 103 a 174.
18. Livingstone C. Guía de bolsillo de la clasificación Cie-10. Editorial Médica Panamericana; 2001
19. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock, Manual de psiquiatría clínica. 4ta edición. L'hospitalet De Llobregat: Wolters Kluwer; 2018; paginas 243 a 310.
20. Calzada Reyes A, Oliveros Delgado YC, Acosta Imas Y. Trastorno por estrés agudo: Presentación de un caso. Cuad Med Forense [Internet]. 2012 [citado el 20 de septiembre de 2024];18(1):27–31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062012000100004
21. PTSD: National Center for PTSD [Internet]. Ptsd.va.gov. [citado el 20 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.ptsd.va.gov/spanish/understand/what/ptsd_basics_sp.asp
22. Zapata-Ospina JP, Sierra-Muñoz JS, Cardeño-Castro CA. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de adaptación en Atención Primaria. Semergen

- [Internet]. 2021;47(3):197–206. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359320303506>
23. Adjustment Disorders [Internet]. Stanfordchildrens.org. [citado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=adjustment-disorders-90-P04673>
24. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. PAHO/WHO. [Internet]. El Salvador - Foro sobre "Depresión y Salud Mental". Publicado 12 de Mayo 2017. [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/fr/node/11414>
25. Partera, Jose. Verdugo, Antonio. Saavedra, Begoña. SEMERGEN. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [Internet]. “Guías clínicas de depresión”. Akira Healthcare. 2023 [consultado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2023/Agosto/GuiasClinicasDepresion.pdf>
26. Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *J Adolesc Health*. 2010;46(1):3–10.(26)
27. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA. *Ansiedad y depresión: Guía clínica y terapéutica basada en la evidencia*. Elsevier; 2020.
28. Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *J Adolesc Health*. 2010;46(1):3–10.
29. Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions to Reduce Stress in University Students: A Review and Meta-Analysis. *J Affect Disord*. 2013;148(1):1–11.
30. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of Stress, Anxiety, Depression Among University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:1–20.

31. Stallman HM. Psychological Distress in University Students: A Comparison with General Population Data. *Aust Psychol.* 2010;45(4):249–57.
32. Taylor SE. *Health Psychology.* 8th ed. McGraw-Hill Education; 2011.
33. Vásquez-Echeverría A, Berríos A, Pereira A. Factores Psicosociales Asociados a la Ansiedad y Depresión en Universitarios: Un Meta-Análisis. *Rev Latinoam Psicol.* 2019;51(2):143–57.
34. Rojas M, Sánchez P, Muñoz R. Prevalencia de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes universitarios de primer año de carreras de la salud: un estudio transversal. *Rev Chil Salud Ment [Internet].* 2022 [citado 2025 Mar 06];15(2):45-52. Disponible en: <http://www.revistachilenasaludmental.cl/articulo123>.
35. Degreechoices, Universidad de Ulster. Mental health challenges among university students: a cross-disciplinary analysis. Degreechoices Report [Internet]. 2023 [citado 2025 Mar 06];(4):12-25. Disponible en: <http://www.degreechoices.org/mentalhealth2023>.
36. Olmedilla A, Ortega E, Gómez JM. Influencia del ejercicio físico en la reducción de ansiedad y depresión en estudiantes universitarias: una revisión sistemática. *Rev Esp Psicol Deporte [Internet].* 2021 [citado 2025 Mar 06];30(1):89-97. Disponible en: <http://www.revistaesppsiologiadeporte.es/vol30n1>.
37. Pérez L, Díaz C, Torres F. Salud mental en estudiantes de Derecho: prevalencia de ansiedad y conductas de riesgo. *Rev Lat Am Derecho [Internet].* 2020 [citado 2025 Mar 06];12(3):67-74. Disponible en: <http://www.revistalatamderecho.org/articulo567>.
38. Smith J, Brown K, Taylor R. Emotional burden and mental health outcomes in social work and psychology students. *J Soc Work Educ [Internet].* 2022 [citado 2025 Mar 06];58(4):321-330. Disponible en: <http://www.journalsocworked.org/doi/10.1080/123456>.
39. García A, López M. Creatividad y salud mental: un análisis de estudiantes de artes en universidades iberoamericanas. *Rev Iberoam Artes [Internet].*

- 2023[citado 2025 Mar 06];19(1):23-31. Disponible en: <http://www.revistaiberoamartes.es/vol19n1>.
40. Bretón, María. Neuropsicología, Psicopatología. “Base bioquímica y neuroanatomía de la depresión” [Internet]. NeuroClass. 19 de Febrero de 2020 [citado el 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://neuro-class.com/base-bioquimica-y-neuroanatomia-de-la-depresion/>
41. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Instituto Nacional de la Salud Mental, “Depresión”. NIH Núm. No. 24-MH-8079S Revisada en 2024. [consultado el 11 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depression-sp/depression_24.pdf
42. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normalización; diciembre 2017. Página 30. [consultado el 11 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc_episodio_depresivo_adultos.pdf
43. Esparza Rodrigo. Departamento de Neuropsiquiatría. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Ciudad de México. “Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones”. Vol. 60, n.o 5, Septiembre-Octubre 2017, página 10. [consultado el 11 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175b.pdf>
44. Ántunez Z, V. Vint E. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos [Internet]. SCIELO. Diciembre 2012 [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-48322016000102325&lng=es&nrm=iso
45. D.Valencia P. Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general?. Av. psicol. [Internet]. 22 de noviembre de 2019

- [citado 29 de agosto de 2024];27(2):177-90. Disponible en:<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1796>
46. Echeverría V. Validez, fiabilidad y equidad de escalas abreviadas, depresión, ansiedad y estrés dass-21 para adolescentes durante el confinamiento del COVID-19 [Internet]. Universidad Técnica de Machala. Ecuador; 2021 [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/17707>
47. Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS 21) [Internet]. World Rugby Passport. [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://passport.world.rugby/es/bienestar-del-jugador/perspectiva-un-recurso-de-salud-mental-para-medicos-de-equipos/apendices/apendice-2-escala-de-estres-de-depresion-por-ansiedad-dass-21/>
48. Román F, Satibañez P, Vinet E V. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos [Internet]. ELSEVIER. 2016 [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-uso-las-escalas-depresion-ansiedad-S2007471916300539>
49. Shafie A, Teymouri M, Seighali N, Javad M, Hajisha H, Arabazadeh R, et al. Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño entre estudiantes de medicina y médicos residentes en Irán: una revisión sistemática y un metaanálisis [Internet]. PUBMED. 23 de agosto del 2024 [citado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39178292/>
50. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Rev electrón investig educ [Internet]. 2018 [citado el 18 de septiembre de 2024];20(1):38. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038

51. Ventajas y desventajas de la escala Likert [Internet]. SurveyMonkey. [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/mp/escala-likert-pros-contras/>
52. Botoxina [Internet]. Impresión Diagnóstica En Medicina: Evaluación Y Seguimiento | Botoxina; [consultado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://botoxina.es/impresion-diagnostica-medicina/>.
53. Comprehensive Cancer Information - NCI [Internet]. Diccionario de cáncer del NCI; [consultado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prevalencia>
54. Clínica Universidad de Navarra. Frecuencia. Diccionario médico [Internet]. Consultado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/frecuencia>

XI. ANEXOS

ANEXO 1: Clasificación de los trastornos depresivos, basados en el CIE-10 y DSM-IV-TR

CIE- 10	DSM-IV-TR
Trastorno depresivo mayor	
Episodio único	Episodio depresivo
Recurrente	Trastorno depresivo recurrente
Trastorno distímico	Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos	Otros trastornos depresivos

ANEXO 2: Tabla 1 – Categorización de preguntas DASS – 21 según Ansiedad, Depresión o Estrés

Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno
1	Estrés	8	Estrés	15	Ansiedad
2	Ansiedad	9	Ansiedad	16	Depresión
3	Depresión	10	Depresión	17	Depresión
4	Ansiedad	11	Estrés	18	Estrés
5	Depresión	12	Estrés	19	Ansiedad
6	Estrés	13	Depresión	20	Ansiedad
7	Ansiedad	14	Estrés	21	Depresión

ANEXO 3: Tabla 2 – Puntajes según categoría de depresión, ansiedad y estrés; e interpretación

Significado	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Extremadamente grave	28+	20+	34+

ANEXO 4: Tabla 3 – Puntaje de Corte para DASS – 21 determinados en muestra clínica con síntomas y muestra de población general.

	ABC	Error típico	Ordenador Personal	Sen	Esp	MC	VG
DASS-21 Depresión	.902*	.016	>5	88.46	86.77	13.13	86.87
			>6	84.62	91.86	5.59	91.41
DASS-21 Ansiedad	.913*	.016	>4	87.50	83.38	16.39	83.61
			>5	83.33	89.00	11.63	88.67
DASS-21 Estrés	.925*	.013	>5	81.48	71.36	27.99	72.01
			>6	70.37	78.77	21.77	78.23

ABC: Área bajo la curva; Sen: Sensibilidad; Esp: Especificidad; MC: Malas Clasificaciones; VG: Valor global *P ≤ 0.001

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES QUE CONSULTAN EN BIENESTAR UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, SEDE CENTRAL

Investigadores:

Roxana Michell Pinto de Orellana
Gricelda Lisseth Ramírez Recinos
Azucena Concepción Ramos Contreras

Nombre de la Organización:

Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina

Tema:

“Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, en el periodo de Diciembre 2024- Enero 2025”

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
 - Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)
- Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

Introducción

Nosotros, estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador de la carrera de Doctorado en Medicina, realizaremos el presente estudio con el fin de investigar la prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, Sede Central. No tiene que decidir hoy si participa o no en esta investigación. Antes de decidirse puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda, no dude en detenerme para darme tiempo en explicarle o si tiene preguntas más tarde, puede preguntar a cualquiera de los miembros del equipo de investigación.

Propósito

Esta investigación se realiza con el propósito de conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes que consultan en Bienestar Universitario, identificando y

reconociendo estas patologías según el grupo etario, el sexo de los participantes y la frecuencia según la facultad a la que pertenecen.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se realizará con los estudiantes activos que consulten en la clínica de Bienestar Universitario mediante el uso de una encuesta que será proporcionada a cada uno de los estudiantes para su contestación.

Selección de participantes

Los participantes serán tomados de entre toda la población que consulte en Bienestar Universitario y que sean estudiantes activos y acepten participar en el estudio.

Participación Voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria por lo que puede aceptar participar en la investigación o no participar. Y su decisión, sea cual sea, se respetará. Por lo que aun aceptando participar en el estudio, puede cambiar de opinión más adelante y dejar de participar en el estudio.

Procedimientos y Protocolo

La investigación será llevada a cabo en las instalaciones de Bienestar Universitario mediante una encuesta que será entregada cada participante que contendrá la escala de DASS 21, con la cual se evaluará la presencia de ansiedad y depresión entre los participantes, y posteriormente se procesará en una matriz de Excel, en donde se procesarán los datos.

Duración

La investigación se llevará a cabo en el periodo de Diciembre de 2024 a enero de 2025.

Efectos Secundarios

Esta investigación no representa riesgos de efectos secundarios a la salud o integridad de los participantes.

Riesgos.

Esta investigación no representa riesgos para la salud física, ni psicológica para los participantes.

Molestias.

Por el carácter de las preguntas en la encuesta que se le proporcionará a los participantes puede que se presenten molestias personales y/o dudas, que serán solventadas y aclaradas por los investigadores.

Beneficios.

Con la presente investigación no se pretende dar beneficios directos a cada participante del estudio ya que es una investigación descriptiva, pero puede servir como base de datos y guía para futuras investigaciones e intervenciones.

Incentivos.

Como grupo investigador se quiere dejar en claro los siguientes puntos:

- No se otorgará ningún tipo de incentivo por formar parte de dicha investigación.
- No se compartirá la identidad de aquellos estudiantes que participen en la investigación.
- La información que se recoja durante la investigación se mantendrá confidencial.
- La información que brinden los participantes, no será expuesta a los demás, salvo a los investigadores.
- Cualquier información acerca de usted, se adjudicará un número en lugar de su nombre, solamente los investigadores sabrán su número y se mantendrá la información confidencial.
- Dicha información no será compartida con nadie.

Compartiendo los resultados.

Los datos personales brindados por los pacientes para el llenado de la encuesta, no serán compartidos para ningún otro estudio u cualquier otra persona ajena a la investigación y serán resguardados por las investigadoras, las cuales se comprometen a eliminar dichos datos al momento en que termine la investigación. Solamente se compartirán los resultados estadísticos de ansiedad y depresión para que puedan ser utilizados en estudios posteriores.

Derecho a Negarse o Retirarse.

Si usted no lo desea, no tiene por qué tomar parte de dicha investigación, será su elección y todos sus derechos serán respetados como tal. Y el negarse a participar no le afectará en ningún momento.

A Quién contactar.

Si tiene cualquier duda o pregunta puede hacerlo con el grupo investigador ya sea antes, durante o después de iniciado el estudio de forma presencial o al correo de cualquiera de las investigadoras.

pm10058@ues.edu.sv

rr14128@ues.edu.sv

rc11098@ues.edu.sv

PARTE II: Formulario de Consentimiento

Se me ha informado que esta investigación se centra en conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes que consultan en Bienestar Universitario.

He sido invitado/a a participar en la investigación de “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, en el periodo de diciembre 2024 - enero 2025”

Entiendo que solo me harán contestar una encuesta por escrito, la cual se enfocara en identificar la presencia de ansiedad y depresión y la prevalencia según grupo etario, sexo y facultad de procedencia.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante	
Firma del participante	

Nombre del representante legal	
Firma del representante legal	

Nombre de los investigadores	Roxana Michell Pinto de Orellana Gricelda Lisseth Ramírez Recinos Azucena Concepción Ramos Contreras
Firma de los investigadores	
Fecha	

ANEXO 6: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Tema: Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, periodo de Diciembre 2024 a Enero 2025

DASS-21




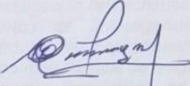

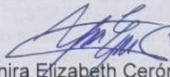
Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; **1:** Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; **2:** Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; **3:** Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0 1 2 3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0 1 2 3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0 1 2 3
4. Se me hizo difícil respirar	0 1 2 3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0 1 2 3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0 1 2 3
7. Sentí que mis manos temblaban	0 1 2 3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0 1 2 3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0 1 2 3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0 1 2 3

11. Me he sentido inquieto	0 1 2 3
12. Se me hizo difícil relajarme	0 1 2 3
13. Me sentí triste y deprimido	0 1 2 3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0 1 2 3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0 1 2 3
16. No me pude entusiasmar por nada	0 1 2 3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0 1 2 3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0 1 2 3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0 1 2 3
20. Tuve miedo sin razón	0 1 2 3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0 1 2 3

ANEXO 7: INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

					
INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN					
Acta de Evaluación No. 23 – 2024				Fecha: 3/dic/2024	
Identificación del Protocolo: EM – 23 – 24				Versión: Primera versión	
Fecha de Solicitud: 27 de nov/2024	Fecha de 1ª Evaluación 2 de dic /2024	Fecha de 2da.	Fecha de 3ra.	Fecha de Resolución 2/dic/2024	
Título del Proyecto: <p style="text-align: center;">PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE CONSULTAN EN BIENESTAR UNIVERSITARIO, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, PERIODO NOVIEMBRE 2024 A ENERO 2025</p>					
Lugar donde planifican se realice la Investigación: BIENESTAR UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.					
Presentado Por:					
ROXANA MICHELL PINTO DE ORELLANA					
GRICELDA LISSETH RAMÍREZ RECINOS					
AZUCENA CONCEPCIÓN RAMOS CONTRERAS					
DECLARACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA					
1. ASR		Aprobado sin restricciones			
<p>En el caso de una decisión positiva con seguimiento el investigador deberá: Entregar los reportes de avances, notificar a este comité sobre enmiendas al protocolo, al material de reclutamiento, a la información para los potenciales participantes en la investigación.</p> <p>Reportar eventos adversos serios e inesperados relacionados con la conducción del estudio. Informar al CEISFMUES la terminación del estudio si esta fuera anticipada y las razones por las que se lo hizo y toda circunstancia no esperada o decisiones significativas tomadas por otros cieis.</p>					
 Dr. Edwin Mazariego Flores PhD. Presidente Comité de Ética en Investigación en Salud		  Lcda. Yanira Elizabeth Cerón Cerón Secretaria Comité de Ética en Investigación en Salud			
“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”					
Ciudad Universitaria, Final 25 Avenida Norte “Mártires Estudiantiles del 30 de Julio de 1975” Correo Electrónico: etica.medicina@ues.edu.sv					

ANEXO 8: CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

CARTA DE ACEPTACION DEL LA INSTITUCION

Ciudad Universitaria, 25 de noviembre de 2024.

Msc. Yesenia Beatriz Martínez de Guzmán.
Directora de Bienestar Universitario.
Universidad de El Salvador.
Presente.

Reciba un cordial saludo de parte del grupo de investigación de tesis Roxana Michell Pinto de Orellana, Gricelda Lisseth Ramírez Recinos y Azucena Concepción Ramos Contreras, expresándole nuestros mejores deseos en sus actividades diarias.

Por este medio, se le solicita de la manera más atenta permiso para la realización del trabajo de investigación de tesis, que se titula: Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, en el periodo de noviembre 2024- enero 2025, por motivo de cumplir con el criterio para optar al título de Doctorado en Medicina.

Propósito de la investigación: Conocer la prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes que consultan en Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, a partir de la implementación de la escala DASS-21

Parámetro principal de estudio: Ansiedad y depresión.

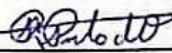
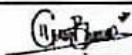
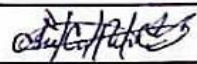
Diseño metodológico: Descriptivo de corte transversal.

Población y número de participantes: Todos los pacientes que consultan en Bienestar Universitario en el periodo de noviembre 2024- enero 2025; con el método de muestreo por conveniencia.

Duración del estudio: Tres meses.

Lugar: Bienestar Universitario, Universidad de El Salvador, Sede Central.

Investigadores responsables:

Nombre: Roxana Michel Pinto de Orellana F. 
Carnet: PM10058
Correo: pm10058@ues.edu.sv
Teléfono: 77456286
Nombre: Gricelda Lisseth Ramírez Recinos F. 
Carnet: RR14128
Correo: rr14128@ues.edu.sv
Teléfono: 72979881
Nombre: Azucena Concepción Ramos Contreras F. 
Carnet: RC11098
Correo: rc11098@ues.edu.sv
Teléfono: 70129385

F. 
Msc. Yesenia Beatriz Martinez de Guzmán.
Directora de Bienestar Universitario

