

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON LESIONES FÍSICAS

**(Estudio realizado con pacientes de la clínica de fisioterapia del municipio de Salcajá, de la
cabecera departamental de Quetzaltenango)"**

TESIS DE GRADO

AMPARO DANIELA SOTO CHIGÜIL
CARNET 15471-09

QUETZALTENANGO, MARZO DE 2016
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON LESIONES FÍSICAS

(Estudio realizado con pacientes de la clínica de fisioterapia del municipio de Salcajá, de la cabecera departamental de Quetzaltenango)"

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
AMPARO DANIELA SOTO CHIGÜIL

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, MARZO DE 2016
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. LESVIA MARITZA RODRÍGUEZ PANIAGUA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. MARÍA NIEVES MARTÍNEZ ORTÍZ

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 4 de diciembre de 2015

Ingeniero:

Derik Lima P.

Director Académico

Universidad Rafael Landívar

Respetable ingeniero Lima:

De manera atenta me dirijo a usted para comunicarle que la estudiante **AMPARARO DANIELLA SOTO CHIGÜIL**, de la licenciatura en Psicología Clínica, quien se identifica con el carné No. **1547109** culminó satisfactoriamente la elaboración de tesis II titulada **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON LESIONES FÍSICAS** según los requerimientos que la Universidad solicita para terminar el trabajo de investigación.

Por lo anterior también se le solicita nombrar revisor de fondo correspondiente para que sea evaluado el trabajo de investigación, previo a optar el grado académico de Licenciada en Psicología Clínica.

Atentamente.



Mgtr. Lesbia Rodríguez Paniagua

Psicóloga

Colegiado 1039



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051381-2016

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante AMPARO DANIELA SOTO CHIGÜIL, Carnet 15471-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05729-2016 de fecha 4 de marzo de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON LESIONES FÍSICAS
(Estudio realizado con pacientes de la clínica de fisioterapia del municipio de Salcajá, de la cabecera departamental de Quetzaltenango)"**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 7 días del mes de marzo del año 2016.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

- A Dios:** Por ser el creador de todo porque por el soy lo que soy, por la sabiduría que me dio y me sigue dando cada día, porque sé que aún falta camino que recorrer pero el siempre estará a mi lado.
- A mis Padres:** Por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida por su amor y comprensión, y sobre todo por el gran ejemplo que con sus vidas me han dado y así he podido llegar hasta donde estoy.
- A mi Familia:** Porque de alguna u otra manera siempre me animaron y me apoyaron, en especial a mis hermanos que siempre me han incitado a ser mejor persona cada día y por su ayuda.
- A Leonel:** Por ser alguien fundamental en mi vida que a pesar de la distancia me ha brindado su apoyo y su amor incondicional.
- A mis Amigos:** Por ser quienes son, por enseñarme el verdadero significado de la amistad, por siempre haberme apoyado y creer en mí.
- A mi Asesora
y Revisora de Tesis:** Licda. Lesbia Rodríguez y Licda. Nieves Martínez, por sus enseñanzas, orientación y tiempo que de una u otra manera fueron fundamentales para alcanzar esta meta en mi vida.
- A la Institución
Sujeto de Estudio:** Centro de fisioterapia Salcajá, Quetzaltenango por su valiosa colaboración como también la confianza que depositaron en mi persona ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la realización de esta investigación.

**A mi Centro
de Estudios:**

Universidad Rafael Landívar Campus Quetzaltenango, centro de formación donde se inculca el pan del saber y la orientación necesaria para el logro de la educación, por sus enseñanzas año con año y sobre todo el don de servir.

Dedicatoria

A Dios: quien es el hacedor de todo lo que vemos y aun de lo que no vemos, sea la honra y la gloria por los siglos de los siglos. Pues él ha hecho posible que yo allá logrado subir un escalón más en mi vida, sabiendo que habrá tropiezos pero El seguirá siendo mi base para que con seguridad siga avanzando y triunfando en mi vida académica. Seguiré teniendo fe en el mientras me regale la vida.

A mi abuela: Amparo de León, que físicamente ya no está conmigo pero la llevo en mi corazón y está en mi mente en todo momento, por siempre haber estado conmigo apoyándome y sobre todo dándome ese amor que solo ella podía darme y me llenaba tanto. Por qué sé que nadie más se sentiría tan orgullosa de mí como ella, hasta el cielo con todo mi esfuerzo, dedicación y amor para mi viejita.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Ansiedad.....	8
1.1.1. Definición.....	8
1.1.2. Clasificación de los principales trastornos de la ansiedad.....	8
1.1.3. Síntomas de la ansiedad.....	10
1.1.4. Desencadenantes de la ansiedad.....	10
1.1.5. Ansiedad y depresión.....	11
1.1.6. Ansiedad y miedo.....	12
1.1.7. Tratamiento.....	13
1.2. Depresión.....	14
1.2.1. Definición.....	14
1.2.2. Clasificación de los principales trastornos depresivos.....	14
1.2.3. Causas de la depresión.....	16
1.2.4. Componentes de la depresión.....	18
1.2.5. Depresión y tristeza.....	19
1.2.6. Tratamiento.....	20
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
2.1. Objetivos.....	26
2.1.1. Objetivo General.....	26
2.1.2. Objetivos Específicos.....	26
2.2. Variables de Estudio.....	26
2.3. Definición de Variables.....	26
2.3.1. Definición Conceptual de las Variables de Estudio.....	26
2.3.2. Definición Operacional de las Variables de Estudio.....	26
2.4. Alcances y Límites.....	26
2.5. Aporte.....	27

III.	MÉTODO.....	28
3.1.	Sujetos.....	28
3.2.	Instrumentos.....	28
3.3.	Procedimiento.....	29
3.4.	Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	29
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	32
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	42
VI.	CONCLUSIONES.....	45
VII.	RECOMENDACIONES.....	46
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
	ANEXOS.....	50

Resumen

El estudio de la ansiedad y la depresión es de gran importancia debido a que son considerados dos de los motivos más comunes de consulta en el ámbito psicológico, ambos aparecen como signos que se encuentran íntimamente relacionados por lo cual se piensa que los trastornos de ansiedad anteceden casi siempre a un episodio depresivo o posiblemente predomine una u otra sintomatología.

El estudio se enfocó en los siguientes objetivos, identificar el nivel de ansiedad y depresión en personas que sufren de alguna lesión física, cual es el cuadro más predominante y de acuerdo al género, quiénes presentan un mayor nivel de ansiedad y depresión; el estudio se realizó en la clínica de fisioterapia del municipio de Salcajá y se trabajó con 60 pacientes comprendidos entre las edades de 25 a 70 años que asisten una a dos veces por semana a terapia física. Los instrumentos utilizados para medir la ansiedad y la depresión fueron el cuestionario Escala de Ansiedad (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck, utilizada a partir de los 13 años de edad, se operacionalizaron por medio de la realización de las pruebas al estar los pacientes en su terapia o al finalizar la misma.

En referencia a los objetivos ya mencionados entre los resultados se obtuvo que las personas manejan más ansiedad que depresión y según el género los hombres predominan en la ansiedad y las mujeres en la depresión.

Palabras claves: ansiedad, depresión, lesiones físicas.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente a nivel mundial existen diversas enfermedades tanto físicas como emocionales que repercuten en el desempeño y calidad de vida del individuo, diversos estudios han revelado que hoy en día las enfermedades físicas van muy relacionadas con los padecimientos psicológicos y muchas veces no se les da la importancia debida, por ello cuando el ser humano pasa por un cambio físico puede sufrir de un desequilibrio mental y muchas veces no se le da tratamiento, como consecuencia esto tiende a causar un impedimento para una recuperación más rápida y satisfactoria o en la mayoría de casos se pueden agravar los síntomas físicos.

La ansiedad es una respuesta fisiológica que todo ser humano experimenta en algún momento, ésta se genera en el momento que la vida del individuo está en peligro y surge como un mecanismo de supervivencia, así, en niveles normales coadyuva a tener un mejor rendimiento. Ahora bien, cuando se exceden estos límites el cuadro ansioso afecta las actividades diarias y causa reacciones que llevan al deterioro del desempeño normal de quien lo padece, así mismo pueden ser diferentes factores que hagan que se excedan esos límites y también puede estar acompañada de otros padecimientos psicológicos, uno de los más comunes es precisamente la depresión que está definida como una reacción excesiva de tristeza, que si bien es una emoción básica que se produce como respuesta a hechos no agradables y que denota aflicción o melancolía, en su forma más grave puede conducir a actos de desesperación, olvido emocional, descuidos físicos, ideas suicidas o aún más, un acto real de suicidio.

Lo valioso de este tema radica en que el hombre por naturaleza es un ser en constante movimiento, una de las características que le mantiene vivo, y diversos factores pueden llegar a afectar la vida del individuo significativamente como podría ser una lesión física donde se tiene el riesgo de perder el movimiento en una parte o la totalidad del cuerpo, con lo cual pasa de valerse por sí mismo a depender de los demás. Esto implanta en la persona una confusión respecto a su futuro, por tanto se torna más vulnerable a presentar síntomas ansiosos o depresivos o desarrollar los cuadros sintomatológicos, las personas con enfermedades físicas podrían tener una prevalencia de enfermedades psicológicas más alta que aumenta según la

gravedad de la enfermedad, tener el conocimiento de los síntomas y de las diferencias entre estos trastornos con otros u otras enfermedades de varios tipos que se pueden presentar y del tratamiento adecuado ante las mismas, puede modificar el modo que el individuo percibe la situación en la que vive en el momento de su proceso de recuperación, hacerle ver que existen varias respuestas al porqué de su posible cambio de comportamiento y que existen herramientas para una mejoría más placentera.

A esto se debe la importancia de estudiar y conocer el nivel de ansiedad y depresión que pueden manifestar las personas que pasan por algún proceso de recuperación, ya que tanto la ansiedad como la depresión son de los factores que más contribuyen a la percepción negativa de la calidad de vida y van en aumento día a día, sin embargo cuando se tiene la información correcta, se crean nuevas estrategias para la recuperación total de las mismas.

A continuación se presentan algunas investigaciones previas al tema:

Benaiges (s.f) en el tríptico titulado ¿Que es la depresión? Causas y síntomas, expone que la depresión es un trastorno del estado de ánimo con pérdida de interés y pérdida de la capacidad de disfrutar las cosas, en este sentido es importante aclarar que hay diversas situaciones que causan malestares significativos pero no cumplen los criterios para ser un trastorno. La aparición de la depresión está relacionada con alteraciones de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina), neuroendocrinas (cortisol) y con afecciones estructurales y funcionales de diversas zonas del cerebro, mismas que puede heredarse, como también pueden existir otros factores que las ocasionen. Una de las consecuencias más peligrosas del trastorno de depresión son las ideas suicidas que surgen por la creencia que es la única manera de acabar con el sufrimiento, regularmente las personas tienen estas ideas pero no llegan al acto suicida en sí, sin embargo se convierte en un gran peligro desde que elaboran un plan para llevar a cabo el suicidio y es altamente recomendable buscar ayuda profesional ya que este padecimiento puede afectar profundamente en el ámbito social, laboral o familiar.

Blai (2006) en el artículo Psicosisito consejo y orientación terapéutica, indica que la ansiedad llega a anticipar o señalar un peligro de amenaza para el propio individuo esto asigna un valor funcional importante ya que posee una utilidad biológica adaptativa, pero cuando esta ventaja

se convierte en desadaptativa se anticipa un peligro irreal, donde puede ser entendida como una respuesta normal o cómo una respuesta desfavorable. Es importante conocer cuál es la característica de la ansiedad patológica a nivel general, donde al principio se caracterizaría por presentar cierta diferencia cuantitativa como un nivel más elevado de angustia, ocurrencia, intensidad y duración que genere malestar significativo en las actividades diarias de la persona.

Mendoza (2008) en su tesis titulada Depresión en personas con extremidades amputadas, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra identificar los rangos de depresión que presentan las personas con extremidades amputadas, se contó con una muestra de 30 personas de ambos sexos provenientes del área rural y urbana de Retalhuleu, fue utilizado el instrumento Inventario de Depresión de Beck como prueba psicométrica, y el diseño descriptivo indica una investigación típica de las ciencias sociales que examina sistemáticamente y analiza la conducta humana personal y social en condiciones naturales, y en distintos ámbitos. La conclusión a la que se llegó fue que es difícil identificar si los pacientes en realidad sufren de depresión o es un estado normal por la situación que viven, puesto que ante la pérdida de una parte de su cuerpo es normal tener estos sentimientos; cabe mencionar que los sujetos de la investigación son agricultores y amas de casa quienes antes de la amputación eran personas activas físicamente, indiscutiblemente dejaron de realizar actividades que regularmente hacían, se comprueba así la primera hipótesis de la investigación donde se menciona que las personas con extremidades amputadas manifiestan depresión y por tanto, dentro de sus recomendaciones está el uso de la terapia cognitiva conductual que ayuda al cambio de pensamientos negativos sin dejar de tomar en cuenta que los profesionales que den el servicio estén capacitados para su aplicación.

Soto (2009) en el artículo titulado La depresión se contagia que aparece en el periódico El Quezalteco del mes de octubre, comenta que existen dos tipos de depresión: la endógena y la exógena. En la endógena no existen causas aparentes y en el caso de la exógena si los hay, como la pérdida de un familiar, del trabajo u otras situaciones, así mismo para el autor la depresión es un estado de ánimo, pero quien realmente tiene el poder de cambiar esto son las mismas personas que la padecen o en algunos casos, quienes estén a su alrededor ya que la

mayoría de veces son afectados por las personas que los acompañan, pero hay que ser lo suficientemente maduro para no dejarse influenciar ni que otros decidan sobre las propias emociones y así poder tener una estabilidad emocional y sobrellevar los problemas de la vida diaria.

Paiz (2012) en su tesis titulada Niveles de depresión y ansiedad en pacientes epilépticos que asisten a consulta externa de adultos del departamento de neurociencias del hospital general San Juan de Dios, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra determinar los niveles de depresión y ansiedad en pacientes epilépticos para lo cual se contó con una muestra de 30 personas entre hombres y mujeres que padecen epilepsia que asisten al hospital San Juan de Dios en Guatemala. Se utilizó el instrumento Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad HAD, el diseño fue descriptivo lo que quiere decir que busca la resolución del problema y esclarecer lo que se necesita hasta alcanzar objetivos, como conclusión se llegó a que los pacientes presentan depresión y ansiedad debido al diagnóstico de epilepsia con predominio de ansiedad, además al considerar el análisis por sexo se presentó una prevalencia de depresión en las mujeres; por último, dentro de sus recomendaciones está el favorecer el soporte necesario a pacientes con epilepsia a través de grupos de información sobre el padecimiento y que se tenga así un mejor manejo de crisis y una mejor calidad de vida.

Alfaro (2013) en su tesis titulada Estado de depresión en los empleados que se jubilan en Quetzaltenango, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra identificar el nivel de depresión que presentan los empleados que se jubilan, es por ello que se contó con una muestra de 155 jubilados de la cabecera de Quetzaltenango seleccionados al azar a quienes se evaluó a través de la prueba psicométrica de depresión de Beck, el diseño de investigación fue descriptivo por lo que estudia, interpreta y refiere los fenómenos. Las conclusiones dadas fueron que no toda persona jubilada puede desarrollar un nivel de depresión y que las personas no aprovechan la oportunidad de realizar actividades de beneficio propio, lo que es confundido con depresión. En sus recomendaciones está expuesto que quienes presentan depresión asistan a la junta directiva de la Asociación de Jubilados para ser

guiados y poder obtener una ayuda psicológica como charlas sobre el tema expuesto por un experto de la rama.

Hoyo (2014) en el artículo titulado Estos son los síntomas de una depresión que aparece en el diario El periódico del mes de agosto, expone que la depresión es uno de los trastornos que más afecta a la población, el término viene del latín *depressus*, que significa abatido, derribado y todas las definiciones que se encuentran coinciden en destacar el estado anímico negativo bajo, con pérdida de interés por las diversas actividades y sensación de incapacidad o inutilidad para afrontar las diversas demandas cotidianas. La depresión se manifiesta en tres niveles: de respuesta a nivel cognitivo o del pensamiento, es decir la persona ve el mundo de manera negativa sin poder darle ningún sentido lo cual la hace vulnerable a las opiniones de los demás y con frecuencia sentir rechazo y sentimiento de culpa, esto podría dar como efecto las ideas suicidas y en casos peores la aparición de ideas delirantes o alucinaciones; luego a nivel fisiológico/emocional se refiere al agotamiento físico, muchas veces acompañado de explosiones de llanto, aparecen alteraciones de sueño, falta de apetito y el deseo sexual, en ocasiones se presenta con ansiedad y taquicardia acompañado de opresiones en el pecho; por último a nivel motor o del comportamiento donde se observa la inactividad y pasividad de la persona, aquí se pierde interés por las actividades que antes le causaban satisfacción y la principal respuesta es la evitación.

Castro (2010) en su tesis titulada Nivel de ansiedad en pacientes en proceso de recuperación por trauma somático, indica que dentro de sus objetivos se encuentra determinar el nivel de ansiedad en personas hospitalizadas a consecuencia de traumas somáticos, que se encuentran en proceso de recuperación. Se contó con una muestra de 140 sujetos del Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios con sede en la ciudad de Quetzaltenango, fue utilizado el instrumento denominado Inventario Auto Evaluativo de Ansiedad, estudio descriptivo que interpreta y refiere aspectos, sucesos y relaciones entre variables; la conclusión a la que se llegó fue que las personas en proceso de recuperación por trauma somático presentan niveles altos de ansiedad, trastorno y/o condición mental afectiva, relacionada con la vivencia subjetiva que acompaña a la emoción, esto es hacer referencia de lo que el individuo siente y que solo él puede dar a conocer a través de la propia descripción de esta condición, dentro de

sus recomendaciones expone promover dentro de los centros hospitalarios por medio del personal, del sector público programas de salud mental, a través de la identificación de manifestaciones somáticas provenientes de una condición psicológica, y que abarque a pacientes internos, externos, y a la población en general como también dar a conocer a través de mecanismos específicos dentro de los hospitales nacionales, estrategias de identificación de los niveles y escalas de ansiedad, según la técnica de psicoterapia cognitiva conductual.

Allara (2013) en su tesis titulada Ansiedad y depresión y su relación con el síndrome de ovario poliquístico, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra determinar la relación de ansiedad y depresión con el síndrome de ovario poliquístico. Para el estudio se contó con una muestra de 125 mujeres que acuden a consulta en el área de imagenología de APROFAM, se utilizó el instrumento para evaluar ansiedad y depresión de Zungy el diseño fue un estudio analítico transversal de casos y controles, es decir estudio doble ciego. La conclusión a la que se llegó fue que el síndrome de ovario poliquístico está altamente relacionada con la ansiedad y depresión, asimismo los pacientes que presentan ansiedad/depresión no reciben tratamiento o no están conscientes de padecer estos trastornos psicológicos, en las recomendaciones expone crear protocolos para pacientes con síndrome de ovario poliquístico en los que su tratamiento sea integral, Clínico –Gineco obstetricia – Psicología, como también dar seguimiento a cada una de las pacientes que fue identificada y presenta algún trastorno psicológico asociado a SOP, ya que deben recibir tratamiento psicoterapéutico y en caso necesario tratamiento farmacológico, para obtener una mejor calidad de vida.

Contreras (2013) en su tesis titulada Niveles de ansiedad que manejan las personas próximas a jubilarse, indica que dentro de los objetivos se encuentra conocer el nivel de ansiedad que manejan las personas próximas a jubilarse en el sector público y comparar los resultados según su edad y estado organizacional, el estudio contó con una muestra de 16 personas de ambos sexos en los niveles organizacionales de los puestos administrativos y operativos del Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepéquez y para el mismo se utilizó el instrumento de evaluación de ansiedad Stai-82, el diseño es tipo descriptivo lo que quiere decir es que es una fuente de estudio para saber quién, dónde, cuándo, cómo y porqué del sujeto de estudio.

La conclusión a la que se llegó es que la ansiedad se presenta en un nivel alto en los trabajadores próximos a jubilarse y aún cuando algunos sujetos presentaron un nivel medio, sí tiende a afectarles. Dentro de las recomendaciones está la realización de un plan de capacitación para preparar a las personas, una alternativa que permitirá disminuir los niveles de ansiedad, así como recomendarle a cada trabajador las actividades físicas y familiares que aumenten la unión y la comunicación de los miembros.

Guzmán (2014) en el artículo titulado Reducir la ansiedad que aparece en el periódico El Quezalteco del mes de agosto, comenta que habrá momentos de mucha tensión y éstos provocarán un malestar que posiblemente afectará el estado de ánimo, buscar soluciones por sí mismo para reducir la ansiedad o estrés puede ser arma de doble filo, pues si no se ha investigado lo necesario se recurre a la automedicación la cual sólo puede empeorar las cosas, agravando los síntomas y puede incluso generarse trastornos mentales como el pánico o trastorno obsesivo compulsivo. En la actualidad hay métodos que fortalecen física y mentalmente para reducir posibles ataques, el tener una visión positiva de la vida, una buena autoestima y ser solidario son factores claves para reducir los síntomas, además, entre las principales causas de la ansiedad está el comienzo de un nuevo trabajo, tener un hijo, casarse o sufrir alguna pérdida, por lo cual la mejor opción es tener claros los síntomas que se presentan y buscar la ayuda adecuada.

Prensa Libre (2015) en el artículo que aparece en el periódico de Guatemala del mes de enero titulado Como actuar en una crisis de ansiedad, refiere que en la actualidad tanto el estudio como el trabajo o diversas situaciones exponen a las personas a sufrir de una crisis de ansiedad, la cual es una respuesta repentina al miedo o malestar intenso, una causa probable son los problemas físicos como el hipertiroidismo o el exceso de alcohol, pero lo más habitual es que sea por causas de índole psicológico y este pueda desencadenar un trastorno mental como la agorafobia, fobia social y otros tipos de fobia; por esto es importante saber cómo actuar cuando alguna persona cercana sufre de una crisis de ansiedad, lo más recomendable es aislar a la víctima, intentar que se relaje con respiraciones calmadas y sucesivas, tomar el aire por la nariz y expulsarlo por la boca, tal y como indica la Guía de Primeros Auxilios SAMUR-Protección Civil.

1.1. Ansiedad

1.1.1. Definición

Moreno (2008) explica que la ansiedad es una emoción normal que cumple un desempeño en el organismo del ser humano como mecanismo de supervivencia, en cierta manera es normal sentirla en determinadas circunstancias, pero muchas veces ese estado va más allá y se convierte en un trastorno ansioso que se caracteriza por tener miedo o ansiedad como principal sufrimiento, no todos alcanzan un nivel de intensidad tan alto para poder representar un trastorno en sí, en otros casos las reacciones de ansiedad son causadas por diversas situaciones como una separación, desempleo, enfermedad física, por tanto si llega a ser un trastorno depende de la persona y su situación.

Rodríguez (2008) define que la ansiedad es la respuesta a un peligro confuso e irreal mientras que el miedo es una respuesta a un peligro real, de manera similar el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo frente a un estímulo, todas las personas experimentan estos síntomas en alguna situación pues son respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales.

Sierra, Ortega y Zubeidat (2005) delimitan que la ansiedad es una parte de la vida del ser humano, la cual todos experimentan en alguna situación en un grado moderado con lo que surge una respuesta adaptativa. No obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico y aluden a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales sino que se presenta en forma de crisis o bien como un estado persistente o difuso que pueden llegar al pánico.

1.1.2. Clasificación de los principales trastornos de la ansiedad

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) expone los principales trastornos de ansiedad y los criterios de cada uno de ellos.

- Trastorno de ansiedad por separación: dentro del mismo se crea un miedo grande e inapropiado para la edad del individuo concerniente a la separación de personas con las que ha creado un apego, existe una preocupación por lo que pueda pasar como perderse,

enfermar o sufrir un rapto, hay una resistencia al salir de casa o quedarse en otro lugar mayormente si se encuentra solo o sin la figura con la que se ha creado apego, aparecen pesadillas y quejas sobre molestias físicas. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y seis o más meses en adultos.

- **Mutismo selectivo:** hay un fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas, esto interfiere en logros educativos, laborales o en la comunicación social, además la alteración no es por falta de conocimiento o el lenguaje hablado en la situación social y la duración mínima de los síntomas es de un mes.
- **Fobia específica:** miedo o ansiedad intensa ante un objeto específico y casi siempre es desproporcionado al peligro real que el objeto representa, los síntomas persisten durante alrededor de seis o más meses, en niños puede ser representado por rabietas, quedar paralizados o aferrarse a un ente seguro, el trastorno causa malestar clínicamente significativo; se debe especificar cuál es el estímulo fóbico, si es animal, al entorno natural, sangre, inyecciones, heridas, situacional.
- **Trastorno de ansiedad social:** es el miedo y ansiedad intensa cuando se está expuesto a interacciones sociales por el hecho de pensar ser avergonzado o que exista humillación, todo tipo de relaciones sociales son evitadas o rechazadas, la ansiedad o miedo son excesivas al peligro real y dura típicamente seis o más meses.
- **Trastorno de pánico:** es la aparición brusca de miedo o malestar intenso, puede presentarse en un tiempo de calma o de ansiedad con aceleración de palpitations, asfixia, temblores, sudoración, molestias abdominales, sensación de hormigueo, escalofríos, desmayos, despersonalización, miedo a volverse loco e incluso miedo a morir; luego de la crisis durante al menos un mes se presenta inquietud o preocupación por sufrir otro ataque por lo cual se evitan situaciones en donde se crea que se pueda sufrir una crisis.
- **Agorafobia:** es el miedo o ansiedad en el uso de transporte público, a estar en espacios abiertos o cerrados, dentro de una multitud/ hacer cola o encontrarse fuera de casa solo. Se evita estar en estas situaciones y el miedo que las provoca es desproporcionado a la realidad, asimismo es continuo durante al menos seis o más meses.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** existe ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días que los que ha estado ausente, este estado persiste durante un mínimo de seis meses, aparece una preocupación de estar atrapado fácilmente, también

hay fatiga o irritabilidad, falta de concentración, dificultades para conciliar el sueño, todos los síntomas causan un malestar clínicamente significativo.

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: la crisis de pánico o ansiedad aparecen en el cuadro clínico pero existen pruebas en la historia clínica que ha sido desarrollado antes o después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia, causan un malestar significativo en el área laboral, familiar u otras áreas importantes del individuo

1.1.3. Síntomas de la ansiedad

Hernández (2005) expone que el componente neurovegetativo de la ansiedad se evidencia por un conjunto de manifestaciones físicas como palpitaciones, taquicardia, presión en el pecho, sensación de no poder hablar, hiperventilación, asfixia o falta de aire, molestias digestivas como alteración del tránsito intestinal, dolor de estómago, diarrea, náuseas, síntomas genitourinarios como poliuria o amenorrea, cefalea u otros más difusos como mareos, sensación de desequilibrio a la hora de caminar, parestesias, o palidez de la piel. La ansiedad muchas veces causa sensibilidad y la persona puede desencadenar llanto fácilmente, expresiones faciales, temblores en las rodillas -esto es mucho más común en los hombres-, estos son los síntomas que se presentan más comúnmente debido a que los pacientes piensan y se preocupan constantemente por el motivo que les ocasiona ansiedad. También se tiene poca capacidad de relacionarse con los demás, los sujetos se aíslan y se quejan de afecciones de la memoria debido a que se enfocan demasiado en la ansiedad.

1.1.4 Desencadenantes de la ansiedad

Moreno y Martín (2010) explican que la ansiedad es una reacción de alarma que solo dura un lapso de tiempo pero si ésta es constante puede llevar hasta la muerte. Existen factores diferentes que desencadenan esta respuesta de tensión biológica, como ejemplo está el caso de una madre que recibe la noticia que su hijo murió en la guerra, varios años después se dio cuenta que su hijo no había muerto y éste regreso a casa, estas situaciones generaron en la señora emociones en dos vías, como reacción a la noticia inicial, sintió pena y con la segunda noticia, alegría. Pero las dos circunstancias provocaron tensión ya sea positiva o negativa, por ello hay que tomar en cuenta que no todas las personas reaccionan de la misma forma, algunas

pueden desencadenar crisis de ansiedad por problemas de trabajo, la muerte de un cónyuge, una enfermedad, un divorcio pero también existen acontecimientos deseados que provocan estas crisis como ya ha sido explicado antes pueden ser el casarse, el nacimiento de un hijo o un ascenso en el trabajo.

Así pues, hay circunstancias positivas y negativas que generan cambios en la vida de la persona, se puede tener en cuenta que hay situaciones con cambios mucho más fuertes que otros y varían de persona en persona la actitud que tome frente a la situación.

1.1.4. Ansiedad y depresión

Baeza, Balaguer y Coronas (2010) exponen que la depresión es un estado de emoción que involucra varios síntomas como el sentimiento de culpa, desgano, ausencia de ganas de vivir, pasar la mayor parte del tiempo triste con pensamientos de que no se puede lograr nada, y en algunos casos no es una alternación psicológica sino es el resultado a fracasos, fallos, enfermedades. Así como la ansiedad es un proceso adaptativo, está relacionado con el sistema de defensa ante el peligro, esto se asocia con el estado de ánimo relacionado con la búsqueda de placer, logro de metas y la activación que pone a la persona con un nivel de ansiedad para conseguir objetivos deseados.

El buen manejo de este proceso adaptativo da un buen mantenimiento a las satisfacciones, lo cual genera buenas expectativas como la confianza en sí mismo y cuando estos objetivos no son alcanzados se sufre de algunos síntomas leves como desgano o pérdida de interés. Por el contrario si no se tiene ese buen manejo, se puede caer en un estado depresivo rápidamente.

Alrededor del 10% de la población sufre de depresión y de ansiedad, en ambos casos son más vulnerables las mujeres debido a algunos factores genéticos que se transmiten por vía femenina a través del ácido desoxirribonucleico, abreviado como ADN mitocondrial, no obstante aún cuando tanto la depresión como la ansiedad son causas de discapacidad en el mundo, tienen diferencias entre sí:

Tabla No. 1
Ansiedad y depresión

Ansiedad	Depresión
Sistema de alerta	Sistema de conservación
Evento de daño o peligro	Pensamientos de culpa
Pensamientos y anticipaciones amenazantes	Pérdida de interés
Temor, angustia, hipervigilancia	Estado de tristeza
Aumento de la actividad y conductas de ataque huida y evitación	Nivel bajo de conducta física y social
Proyección hacia el futuro	Proyección hacia el pasado
Temor a la muerte	Ideas de muerte
	Desesperanza

Fuente: Baeza, Balaguer y Coronas (2010) *Higiene y prevención de la ansiedad*. p. 44.

1.1.6. Ansiedad y miedo

Moreno y Martín (2010) exponen que el miedo es preparar al ser humano para provocar la huida, esta es la primera vía para poner a salvo la vida y el encargado de todo esto es el sistema nervioso autónomo que acelera todas las funciones del organismo. Muchas veces el miedo puede paralizar, esta es la otra vía del organismo para salvaguardarse y en casos más fuertes podría llevar al desmayo, a esta tercer vía se le llama parasimpático, en cualquiera de estas vías el trabajo del miedo es poner la vida a salvo.

Cuando se sufre una crisis de ansiedad se tienen dificultades muy intensas tan fuera de lo común que muchas personas que la sufren pueden llegar a sentir que van a morir, el corazón palpita muy rápido, tienen dificultad para respirar, algunos vasos sanguíneos se ensanchan y otros se estrechan lo que provoca dolores abdominales.

Es decir, que la diferencia entre el miedo y la ansiedad está básicamente en la intensidad con la que se siente, si hay un riesgo o una amenaza como algún animal peligroso en persecución, o ladrones que se escuchan entrar a la propia casa, es normal sentir miedo, por el contrario si no hay peligro o una amenaza que ocurra en ese momento se habla de ansiedad, se podría

explicar entonces como una falsa alarma, significa disparar una reacción de miedo intenso cuando no se tiene un porqué específico y en un momento innecesario, por ejemplo, cuando se ve televisión en casa.

El organismo está diseñado para soportar cambios, los vasos sanguíneos se ensanchan y se estrechan, encargados de llevar la sangre a los músculos y en caso de que se sufra de miedo, este proceso tiene como resultado un rostro pálido. Si el organismo hace su trabajo cuando no es necesario, es decir si se está en un estado de ansiedad, se pueden percibir sensaciones extrañas en partes del cuerpo como brazos, piernas o la cabeza, mismas que varían según la persona pues el miedo y la ansiedad se sienten pero en un grado de intensidad diferente. Aun así fisiológicamente trabajan los mismos mecanismos, que son funciones naturales del organismo que ayudan a poner a salvo la vida, pero siempre se debe de tener un balance para no caer en desequilibrio.

1.1.7. Tratamiento

Mendoza (2008) expone que la ansiedad es un estado donde se presentan síntomas psicológicos que suelen ir acompañados de síntomas autonómicos, existe un tipo de ansiedad que llega a ser normal en el individuo, sin embargo también puede llegar a ser una enfermedad y este padecimiento puede presentarse en diferentes maneras, por lo cual es importante tanto el diagnóstico como el tratamiento apropiado en este caso fármacos como benzodiazepinas, los bloqueadores adrenérgicos, propranolol, barbitúricos, buspirona, hidrato de cloral, metaculona o hidroxixina.

Moreno (2008) explica que la intranquilidad continúa puede llegar a transformarse en tensión muscular y en el resto de síntomas físicos de la ansiedad, éstas son muy difíciles de liberar porque no se lucha ni se huye y no hay desmayos, por ello aprender a identificar la tensión muscular puede ser de mucha ayuda para reducir o eliminar los síntomas físicos de la ansiedad, esto da lugar a la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson que consiste en ejercicios de relajación y tensión muscular, el objetivo principal no es lograr la relajación muscular sino que se aprenda a distinguir los estados de tensión. Esta práctica se debe realizar dos veces a la semana, se crean las tensiones en cada parte del cuerpo, luego que se crea la

tensión se suelta y siente la liberación, la persona se debe concentrar en la sensación de la relajación, se incorpora una respiración tranquila, suave, profunda y sin forzar el abdomen; después de pasar por cada parte del cuerpo hay que levantarse suavemente pues la relajación deja los músculos sin tensión por lo que van a estar blandos.

1.2. Depresión

1.2.1. Definición

Trickett (2009) define la depresión como la enfermedad que ataca los sentimientos, va más allá de una tristeza normal pues crea una reacción excesiva que tiene como resultado una vida gris y falta de esperanza, cuando ya existe una depresión grave el cuerpo se ve afectado con malestares físicos como pulsación fuertes en el corazón, jaquecas e incluso mareos.

Luciani (2010) explica que la depresión no es algo creado por la imaginación es un problema clínico que aqueja a todo el cuerpo pues provoca reacciones bioquímicas y emocionales, trae con eso síntomas tales como una tristeza profunda, falta de apetito, preocupación y/o falta de interés. La depresión es entonces una enfermedad progresiva que si no se trata a tiempo puede ser destructiva.

1.2.2. Clasificación de los principales trastornos depresivos

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) expone que los trastornos depresivos tienen como primordial característica una alteración en el estado de ánimo, los clasifican en ocho trastornos.

- Trastornos de regulación destructiva del estado de ánimo: se debe diagnosticar luego de los seis años y antes de los dieciocho años, se caracteriza por tener periodos de cólera repetidos que se muestran verbal o físicamente y no concuerdan con el tiempo ni la situación que lo provocó, estos acontecimientos deben darse por lo menos dos o tres veces durante la semana, entre un período y otro de cólera el humor de la persona es irritable o irascible, es observable por otras personas y el sujeto se ve afectado en por lo menos tres contextos donde se desenvuelva, los criterios presentados deben durar seis o más meses.

- Trastorno depresivo mayor: se debe presentar un cambio en el funcionamiento durante dos semanas, un estado de ánimo deprimido el mayor tiempo del día, falta de interés por algunas o todas las actividades que se realizaban, pérdida o acrecimiento de peso sin ningún tipo de ejercicio físico, el sueño aumenta o disminuye, aparecen sentimientos de culpa y de inutilidad. Puede llegar a ser delirante, no hay concentración ni capacidad de pensar o tomar decisiones, pensamientos de muerte o ideas suicidas, todos estos síntomas causan un deterioro significativo en áreas importantes del funcionamiento, en niños o adolescentes se puede presentar como irritabilidad. En este trastorno se debe de especificar la gravedad y el curso leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total o no especificado.
- Trastorno depresivo persistente: el estado de ánimo es depresivo la mayor parte del día, existe poco deseo de comer o sobrealimentación, desesperanza, sentimiento de culpa, insomnio o hipersomnia, dificultad para la toma de decisiones y falta de autoestima; estos síntomas causan deterioro en el campo laboral, familiar o social, se presentan durante dos años en adultos pero en niños o adolescentes el tiempo es de al menos un año, se debe especificar si es parcial o total y también si es temprano o tardío, esto quiere decir, si es antes o después de los 21 años de edad, por último debe especificarse la gravedad del trastorno.
- Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas se deben presentar una semana antes del ciclo menstrual y desaparecer una semana después de finalizarlo, además de manifestarse en la mayoría de estos ciclos. La sintomatología incluye fragilidad afectiva intensa, irritabilidad, tristeza profunda, ideas de auto desprecio, ansiedad o tensión, disminución de interés por las actividades, cambios de apetito, síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria y dolor articular o muscular, los malestares deben ser clínicamente significativos y haber estado presentes la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: existe una alteración en el estado de ánimo, se desarrolla luego de la abstinencia o intoxicación de un medicamento o luego del medicamento inducido, los síntomas persisten por lo menos durante un mes y es clínicamente significativo, en estos casos se debe especificar si fue durante la intoxicación o la abstinencia además del tipo de medicamento que fue inducido.

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica: en el cuadro clínico prevalece una alteración en el estado de ánimo por la deficiencia de interés en las actividades realizadas anteriormente, existen pruebas clínicas de que el trastorno se desarrolla como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica, causa disminución significativa en áreas importantes del funcionamiento, se debe especificar si tiene características depresivas, con episodios depresivos mayores o bien características mixtas.
- Otro trastorno depresivo especificado: se emplea cuando predominan síntomas característicos de un trastorno depresivo que tiene como resultado un deterioro clínicamente significativo en distintas áreas como familiar, laboral, social, que no cumple todos los criterios de la categoría de los trastornos depresivos, en esta categoría se debe especificar si es depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración (4-13 días), o episodio depresivo con síntomas insuficientes.
- Otro trastorno depresivo no especificado: predominan las características de un trastorno depresivo pero no cumplen con todos los criterios de los trastornos depresivos, se utiliza cuando se opta por no especificar o no se cuenta con la suficiente información para hacer un diagnóstico específico.

1.2.3. Causas de la depresión

San Molina y Arranz (2010) delimitan que toda persona está propensa a sufrir una depresión, muchas veces hay causas obvias por las que se sufre de la misma, como la muerte de una persona cercana, o algún padecimiento físico, pero no todas las personas que pasan por esto presentan los síntomas y muchas otras que no han pasado por estas situaciones sí tienen un cuadro depresivo, por tanto existe una serie de factores que hacen a las personas más susceptibles a la depresión:

- Los genes: muchas veces la depresión suele atacar a varios miembros de la familia y no necesariamente en el mismo momento, lo cual sugiere la existencia de un factor genético que se puede heredar. Aunque no siempre es de esta manera, si existen antecedentes de familiares con depresión se es más susceptible a padecerla y generalmente se necesita de un factor estresante para precipitarla.
- La personalidad: no existe una en particular que genere una depresión, pero sí hay algunos rasgos que pueden estar presentes en personas obsesivas, rígidas, que no expresan sus

sentimientos, que sufren de baja autoestima o se abruman fácilmente por alguna dificultad, otros rasgos principales de la personalidad en los pacientes depresivos son la honestidad, responsabilidad, orden, la búsqueda de alto rendimiento y auto exigencia.

- La familia: algunos estudios han revelado que la pérdida de la madre durante la infancia es un factor importante para el desarrollo de depresión, sin embargo más que la pérdida misma, los factores que más influyen son las consecuencias psicológicas, económicas y sociales del fallecimiento de esta figura familiar.
- El género: tiene mucha influencia, pues la depresión afecta casi un doble a las mujeres y esto puede deberse a cambios hormonales como los ocasionados por el ciclo menstrual, embarazo, aborto, las enfermedades según la edad como la pre-menopausia y la menopausia. Otro factor puede ser que las mujeres son más abiertas a admitir que sufren de una depresión, mientras que el género masculino tiende a no demostrar todos los síntomas por lo que es más complicado poder hacer el diagnóstico, a pesar de esto el porcentaje de suicidios es mucho más alto en hombres, algunas veces ellos manifiestan la depresión en forma de irritabilidad, ira y desaliento en vez de sentimientos de desesperanza, el mayor problema es que el género masculino no acepta y no busca la ayuda necesaria para tratar la depresión.
- Los padecimientos crónicos: cuando las personas sufren de algún padecimiento empiezan a ser atendidos por otras personas por lo que pierden en algún grado su independencia y esta inseguridad puede desencadenar el cuadro depresivo.
- Las enfermedades físicas: puede ser provocada por una enfermedad pero hay algunas que predominan más como causantes de la depresión, entre las cuales se encuentran el cáncer, endocrinopatías, trastornos metabólicos, enfermedades autoinmunes, trastornos del sistema nervioso.
- Administración de algunos fármacos: el consumo de fármacos puede ocasionar efectos secundarios, uno de estos puede ser la depresión, entre los fármacos más frecuentes que pueden producir la misma están anti arrítmicos, antihipertensivos, anticancerígenos, hormonas, antiolesterol y psicótrpos.

1.2.4. Componentes de la depresión

Yapko (2006) concreta que existen varios componentes en la depresión entre los que está el componente biológico, todos los seres humanos son seres biológicos, la herencia genética y bioquímica desempeñan un papel significativo en cada experiencia que se tiene durante la vida aun cuando se tiene la influencia cultural y familiar, si se tiene un gen para desarrollar la depresión se es más vulnerable principalmente en los parientes de primer grado como padres, hijos o hermanos. Muchas veces está la incógnita acerca de si la depresión es realmente una enfermedad, y en este sentido algunos especialistas la han comparado con la diabetes o la hipertensión, aun así la mayoría de veces la respuesta es no, no se toma como una enfermedad porque generalmente es una consecuencia genética o una aberración psicológica que ataca el cerebro.

El componente sociológico habla de cómo las influencias culturales contribuyen a la elevación de la depresión, si se tiene en cuenta que la sociedad en la actualidad ha cambiado en todos los aspectos: económicos, laborales (las personas se sentían mucho más seguros en sus trabajos sin sentirse maltratados o que se aprovecharan de ellos), o familiares, pues en la actualidad ya no existe unidad por diversas situaciones como el divorcio. La sociedad moldea al ser humano desde el momento en que nace con lo cual crea en cada individuo patrones de comportamiento que son de gran importancia para la salud mental y son estos también los que hacen sensible a la persona a caer en un trastorno.

Dentro del componente psicológico, se han descrito componentes diversos como el sociológico y el biológico, ambos son grandes influencias para el desarrollo de la depresión, pero es el componente psicológico en donde se lleva a cabo la batalla de la depresión, dentro de esto existen varios modelos psicológicos de distintos teóricos que se describen a continuación:

- Modelo psicodinámico: la teoría de Freud de la depresión menciona “la vuelta de la agresión hacia sí mismo” que parte de la asociación hacia conflictos no resueltos de la infancia o algún tipo de pérdida, la necesidad de mostrar el coraje que se siente vuelca la agresividad hacia sí mismo. En la actualidad dicha teoría es considerada incorrecta,

algunas investigaciones han llegado a la conclusión que el enfoque hacia la niñez no es tan útil en el tratamiento de la depresión.

- El modelo cognitivo: está basado en el reconocimiento de los pensamientos en las personas depresivas, los cuales son casi siempre erróneos o distorsionados en áreas específicas, cuando la persona empieza a reconocer estos pensamientos y a cambiarlos es mucho más rápida la recuperación, en la mayoría de los casos la terapia cognitiva tiene éxito.
- El modelo conductual: la conducta tiene una gran influencia en las experiencias que se crean a lo largo de la vida y del desenvolvimiento con la sociedad, asimismo en cómo estas llevarán al éxito o no, las consecuencias de las experiencias son la base del modelo que intenta remodelar las conducta y las consecuencias que se tienen durante la depresión lo cual aumenta la probabilidad de tener gran éxito si se pone en práctica las técnicas conductistas.
- El modelo interpersonal: muchas veces la depresión es causa de malas relaciones con los demás o por lo contrario la depresión crea las malas relaciones, por tanto el modelo interpersonal trabaja con el contacto del paciente con otras personas así como con miembros de la familia, se enfoca en los roles en la sociedad, esto lo hace uno de los modelos más completos para combatir la depresión.

1.2.5. Depresión y tristeza

Bizkarra (2008) expone que la tristeza es una emoción natural que todo ser humano experimenta en algún momento de su vida, se crea por una pérdida significativa o bien sea por no alcanzar las expectativas que se tenían acerca de algo o alguien. En el momento en que aparece la tristeza el cuerpo se repliega hacia el interior, por esto cuando hay una pérdida significativa se debe pasar por algunos pasos para poder recuperarse, los cuales forman parte del proceso de duelo, es necesario concluir esta etapa o de lo contrario se corre el riesgo que la tristeza se prolongue en una depresión.

La tristeza se puede tomar de forma positiva desde la perspectiva que brinda al individuo sensibilidad y comprensión hacia los problemas de los demás y una mejor expresión de los sentimientos (por ejemplo el llanto), por el contrario en la depresión se crea una disminución

de la sensibilidad, ésta va hacia el exterior y se reducen las ganas de llorar, disminuye la capacidad de emoción por la cosas o por las actividades antes realizadas, existe una tristeza intensa y con esta una sensación de ansiedad. Cuando la tristeza llega a la vida del ser humano se debe vivir y superar en ese momento, de no ser así se tienen todas las posibilidades de caer en una depresión, así también hay que tomar en cuenta que no siempre antes de estar deprimido se debe estar triste, otros factores como la excesiva auto-exigencia también se pueden relacionar con un trastorno depresivo.

La manifestación de la tristeza y la depresión se dan en el cuerpo cuando disminuye la respiración y se tiene una sensación de ahogo, el cuerpo se ve abandonado, y aunque la sintomatología de ambas tiene mucho en común también existen características que las diferencian.

Tabla No. 2
Tristeza y Depresión

Tristeza	Depresión
Sensación de dolor interno Pena Ganas de llorar Sensación de pérdida Aumento de la sensibilidad y la capacidad de emociones	No hay sensación ni sentimiento Sin ganas de vivir Sin ganas de llorar Desaliento Desesperanza Disminución de la expresión de emociones Se acerca a la indiferencia

Fuente: Bizkarra (2008) *Encrucijada emocional* p. 7.

1.2.6. Tratamiento

García y Palazón (2010) determinaron dos tipos de tratamientos para la depresión, los tratamientos psicológicos y los farmacológicos, entre los tratamientos psicológicos según expertos existen tres que han demostrado una mejor respuesta: la psicoterapia conductual, la cognitiva y la interpersonal, funcionan de manera tanto individual como grupal si se llevan a cabo a cada semana según el nivel de gravedad, por lo menos de 10 a 20 sesiones. Se incluye además la terapia farmacológica.

En primer lugar, la psicoterapia conductual parte del pensamiento que la depresión es provocada por una desactivación de la forma habitual de comportarse, luego de una pérdida significativa en su vida la persona se aleja de todo, tanto de las personas como de las actividades que realizaba, se aísla y desactiva, el tratamiento consiste entonces en aumentar la cantidad y calidad de actividades, se ayuda al cliente a planificar tareas diarias que le ayuden a recuperar el control, se le enseña relajación para que pueda conducirse en nuevas situaciones sociales.

En segundo lugar está la psicoterapia cognitiva, que parte del supuesto que la depresión es un trastorno que brota de un pensamiento distorsionado tras un cambio importante en la vida, hasta el punto que la persona llega a pensar en un futuro con desesperación, todo esto repercute en su estado de ánimo, por tanto el método consiste en ayudar al paciente a darse cuenta de cómo sus pensamientos están distorsionados con el objetivo que vea cómo son las cosas en realidad y no de la manera que su pensamiento le hace creer. El terapeuta le indica al cliente que escriba sus pensamientos e imaginaciones de cada contexto en donde se encuentre, asimismo cómo estas intervienen en su estado de ánimo y comportamiento, después se explora cada pensamiento y la forma en que estos se han distorsionado de forma errónea, pesimista y catastrófica, para luego buscar soluciones a los problemas y cómo éstos pueden traer beneficios para una mejoría y fortalecer la idea que el dueño de los pensamientos es el paciente mismo y no son los pensamientos los dueños de la persona.

En tercer lugar está la psicoterapia interpersonal, que habla de la depresión como una enfermedad médica, por ello no se centra en el pensamiento ni en la conducta sino trabaja más con el entorno, es decir la familia y la sociedad, se trata entonces de estudiar los conflictos y los cambios antes y después de desencadenarse la depresión. Con esto se pretende localizar un foco de tensión para el paciente que, según estudios, puede ser de cuatro tipos:

- Duelo complicado, cuando hay una pérdida de un ser querido o una persona importante.
- Disputa interpersonal, cuando se crea un problema o conflicto de intereses o expectativas con una persona importante.
- Transición vital, cuando se le dificulta a la persona adaptarse a cambios significativos en la vida.

- Déficit interpersonal, dificultades para mantener o establecer relaciones satisfactorias con los demás.

Una vez encontrado el foco de tensión se habla con el terapeuta del mismo, con el objetivo de provocar un cambio en la forma de vivirlo o afrontarlo.

Por último se mencionarán los tratamientos farmacológicos: los fármacos para tratar la depresión han sido usados desde siempre y han demostrado ser eficaces, son usados cuando los síntomas físicos son intensos y las ideas suicidas se han agravado y son más continuas, hay que tener en cuenta que los medicamentos no ayudarán al paciente a tomar mejores decisiones ni a resolver los problemas que le aquejan, pero sí a mejorar el estado físico y anímico, y de esta forma podrá estar más preparado para recibir la terapia psicológica.

Los fármacos más utilizados son llamados inhibidores de la recaptación de la serotonina, porque provocan pocos efectos secundarios y no crean dependencia. El efecto no se da de inmediato sino hasta dos o tres semanas de comenzado el tratamiento, su toma ha de ser progresiva para que no haya efectos secundarios intensos. Las dosis posibles son mínima, media y máxima, la dosis mínima es durante la primera semana, en la segunda semana se aumenta hasta llegar a la dosis media, cuando se está en la tercera o cuarta semana y se ve que los síntomas no han reducido al menos a la mitad entonces se eleva la dosis hasta alcanzar la dosis máxima, si se ha visto alguna mejoría se debe esperar para no llegar a la dosis máxima que puede causar los efectos secundarios y, si ya se está en la dosis máxima y no hay mejoría de ningún tipo, se considera cambiar de antidepresivos o combinación con otros medicamentos y/o psicoterapia.

Cuando el fármaco ha funcionado se debe seguir con el tratamiento en la dosis que ha hecho efecto, durante seis o doce meses, si se ha tenido una mejoría significativa se reduce poco a poco la dosis a lo largo de dos semanas hasta que se deje de tomar, de existir una recaída el medicamento se deberá de tomar por lo menos un año más.

Estos son los fármacos más utilizados, sin embargo existen una infinidad más, como los tricíclicos, tetracíclicos e IMAO (Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa) que son medicamentos más antiguos y los más modernos como los antidepresivos duales, estos presentan efectos terapéuticos más rápidos pero también tienen más efectos secundarios.

A manera de conclusión se plantea la ansiedad y la depresión como los problemas psicológicos más frecuentes en la actualidad, si bien éstos se desarrollan por diversos factores llegan a afectar las mismas áreas vitales de las personas, lo hacen con diferente intensidad. El cómo se desarrolla la afección depende tanto del estado físico como mental de quien tiene el padecimiento, y aun cuando los mismos están muy entrelazados tienen diferencias significativas. Existe gran variedad de tratamientos para ambos cuadros, lo cual hace posible tener un pronóstico favorable para la recuperación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones de cualquier tipo ya sea por motivo de accidentes, enfermedad o alguna otra situación son frecuentes en las personas, en algunas posiblemente la recuperación sea muy pronta con ayuda de medicamentos o descanso, pero para otras es necesario que junto con el medicamento se lleve un proceso de terapia física, el cual no tiene efectos inmediatos sino progresivos, por lo que antes de estar casi completa o totalmente recuperada, la persona tiende a perder parte de su independencia y a sufrir cambios no solo en su vida sino a provocar modificaciones en el modo de vida de las personas más cercanas a ella. Esto las hace más vulnerables a sufrir un desequilibrio en su salud mental y causar padecimientos psicológicos. El ser humano está en constante movimiento y esa capacidad forma parte vital del desarrollo por lo tanto si se sufre de un desequilibrio motor podrían verse afectadas otras áreas, como la psicológica, la que presenta síntomas que afecten la salud mental y quizá si no son atendidos de la manera apropiada estos puedan agravarse.

Dentro de las afecciones psicológicas que se pueden dar en una persona al existir lesiones físicas, se encuentran la ansiedad y la depresión, la ansiedad puede presentarse como un estado, que refiere a como se siente el sujeto en ese momento o como rasgo que indica como se siente generalmente la persona, padecimientos que en la actualidad se sabe son parte de la vida pero pasado de lo normal llegan a ser un problema de salud, por ejemplo cuando se sufre de una lesión física de suficiente gravedad es posible que se establezca en los pacientes una idea errónea, de por padecer una enfermedad es normal y sufrir de otros síntomas, ya sea por no tener un tratamiento adecuado o no tener la información apropiada. Esta problemática puede afectar diferentes poblaciones y contextos socioculturales.

Cuando estos padecimientos llegan a afectar significativamente la vida de la persona en varias áreas, como la social, familiar o personal, se tiene el riesgo de padecer síntomas físicos, además de los que posiblemente ya existen, esto puede complicar la recuperación u otros aspectos. Por ello es importante conocer en qué nivel afecta una lesión física a la persona que la padece, si llega o no a producir un cuadro ansioso o depresivo, siendo esta la razón principal de esta investigación.

Y por lo anteriormente descrito se puede derivar el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión que presenta los pacientes con lesiones físicas?

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes con lesiones físicas.

2.1.2. Objetivos específicos

- Establecer el cuadro clínico, de ansiedad o depresión, que presenta un nivel más elevado en los pacientes que sufren de lesiones físicas.
- Determinar el estado o rasgo de ansiedad de los pacientes de la clínica de fisioterapia
- Identificar de acuerdo al género el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes de la clínica de fisioterapia.
- Elaborar una propuesta que ayude no solo a disminuir y prevenir los síntomas de los pacientes afectados, si no que de la misma forma sea una herramienta más de ayuda para la institución.

2.2. Variables o elementos de Estudio

Ansiedad

Depresión

2.3. Definición de variables

2.3.1. Definición conceptual de las variables o elementos de estudio

Ansiedad

Moreno (2008) explica que la ansiedad es una emoción normal que cumple un desempeño en el organismo del ser humano al servir como mecanismo de supervivencia, en cierta manera es normal sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias, pero muchas veces ese miedo va más allá de los límites que pueden considerarse como normales y esto se convierte en un

trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de miedo o ansiedad como principal síntoma; aclara que no todos los cuadros alcanzan un nivel de intensidad suficiente para poder clasificarse como un trastorno, asimismo en algunos casos las reacciones de ansiedad son causadas por diversas situaciones como una separación, desempleo, enfermedad física, es decir experiencias detonadoras de síntomas que llegarán a desarrollarse como un cuadro clínico según los mecanismos de afrontamiento de la persona ante la situación en sí.

Depresión

Luciani (2010) explica que la depresión es un problema clínico que aqueja a todo el cuerpo y causa reacciones bioquímicas y emocionales lo cual trae síntomas tales como una tristeza profunda, falta de apetito, preocupación y falta de interés, la depresión es también una enfermedad progresiva que si no se trata a tiempo puede ser destructora.

2.3.2. Definición operacional de las variables o elementos de estudio

La variable de estudio se operacionalizo a través del cuestionario Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. con 40 ítems
Tiempo de administración: 15 minutos Normas de aplicación: El paciente contesta a los ítems teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo y 2= bastante, 3= mucho.

De igual manera la otra variable de estudio se operacionalizo con el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

2.4. Alcances y límites

El estudio se realizó en la clínica de fisioterapia del Municipio de Salcajá departamento de Quetzaltenango, se trabajara con una muestra conformada por 60 pacientes que asisten a la clínica. El rango de edad está comprendido entre 25 a 70 años, personas de nivel económico medio, residentes en Salcajá y sus alrededores, de sexo masculino y femenino, de diferentes etnias y credos religiosos.

La limitante fue que no todos los pacientes asistían el mismo día a terapia, por lo que esto dificultaba reunirlos y pasar las pruebas, se optó por realizar un listado de los pacientes entre las edades de 25 a 70 años y los días que asistían a terapia facilitando así la aplicación de las pruebas.

Aporte

La investigación se realizó con el fin de evidenciar cómo una lesión física llega a afectar el estado emocional de quien la padece y crear una inestabilidad, cuando se sufre de una lesión física se requiere de más esfuerzo y dedicación para obtener una pronta mejoría. El hecho que la persona quien la padece tenga la información necesaria de los padecimientos psicológicos que posiblemente se presenten y de cómo es posible alcanzar un equilibrio, puede ser un beneficio durante su proceso y así se sienta mucho mejor y tenga un pronóstico favorable en cuanto a su recuperación.

Además, el estudio aportó recomendaciones y propuestas a la institución para lograr un mejor servicio no solo en cuanto a la recuperación física sino también mental, al proveer a los trabajadores conocimientos más amplios acerca de cómo una lesión física afecta el estado emocional de las personas y de cómo este a su vez afecta en el proceso de recuperación, de esta manera quienes dan la atención tendrán la capacidad de poder remitir a sus pacientes a una ayuda psicológica cuando se considere necesario. Se considera que es un aporte importante al país, pues este tipo de investigaciones permiten la coordinación de talleres informativos sobre las lesiones físicas y sus posibles efectos secundarios, en diferentes localidades donde se cuente con una clínica de fisioterapia. Por último a la psicología clínica, esta investigación aporta conocimientos nuevos y contextualizados, ya que si bien la ansiedad y la depresión han sido estudiadas ampliamente, no se tiene información sobre estudios hacia estos sujetos en específico, pero más que para un conocimiento numérico y estadístico, se pensó en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que asisten a su proceso de recuperación.

III. MÉTODO

3.1. Sujetos

Los sujetos con los que se trabajó son pacientes que asisten a la clínica de fisioterapia del Municipio de Salcajá por diferentes lesiones físicas una o dos veces por semana, que llevan aproximadamente tres o más meses con el tratamiento en dicho lugar, los individuos se ubican entre las edades de 25 a 70 años, de ambos sexos, de diferentes estratos sociales y nivel académico. Se cuenta con un universo completo de 60 pacientes.

3.2. Instrumento

Se utilizó el cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos, evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés de la población en general (adultos y adolescentes). Cuenta con 40 ítems, la mitad de los cuales pertenecen a la sub escala Estado y la otra mitad, a la subescala Rasgo, mismo que identifican cómo se siente la persona habitualmente. Su fiabilidad representa en consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala Estado), 0.84-0.87 (subescala Rasgo). La fiabilidad test 0.73-0.86 (subescala Rasgo). En cuanto a su validez, muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad. Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60. El tiempo de administración es de 15 minutos y por último, sus normas de aplicación indican que el paciente contesta a los ítems teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo y 2= bastante, 3= mucho.

También se utilizó el Cuestionario de Depresión de Beck, instrumento auto-administrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman, este da un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el

tamizaje de depresión en el cuidado primario, se tiene en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

3.3. Procedimiento

- Elección de tema: Para ello se tuvo que elegir un tema de interés que pudiera representar una oportunidad de estudio y aportara beneficios para la sociedad en general.
- Aprobación del sumario: Consiste en la aprobación de uno de los sumarios que fueron presentados como posibles puntos de tesis.
- Aprobación del punto de tesis: Luego de realizar las correcciones debidas, se aprobó de manera formal el tema para realizar el anteproyecto de tesis.
- Investigación de antecedentes: Ellos comprenden el resumen de información de estudios anteriores o información complementaria de las variables de estudio.
- Elaboración del marco teórico: Brinda toda la información relevante y conceptual de las variables de estudio.
- Introducción: Se dio una breve descripción del tema, al explicar qué objetivos se buscan, cómo ayudará al país y cómo se realizó el trabajo.
- Índice: Se estableció la organización del estudio para así facilitar la búsqueda de los temas.
- Planteamiento del problema: Se contextualizó el fenómeno, proporcionando generalidades de la investigación y se plantearon los objetivos para el estudio.
- Método: Incluye el diseño y metodología estadística que se utilizaron en la investigación.
- Referencias Bibliográficas: Comprende toda la bibliografía utilizada para la elaboración de los antecedentes y el marco teórico.

3.4. Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

Debido al contenido, este estudio puede clasificarse como investigación de tipo descriptiva.

Achaerandio (2010) define la investigación descriptiva como aquella que ejecuta estudios, interpretaciones y da una descripción de algún fenómeno. Este tipo de investigación abarca un gran campo de recolección de datos científicos al utilizar la organización lógica, la tabulación y el análisis de estos. Un aspecto que examina es la conducta humana ya que engloba todo el contexto de esta en todos los ámbitos posibles, busca algún problema que se tenga o una meta que se pueda alcanzar en cuanto a la obtención de conocimiento.

También para este estudio se utilizó la fiabilidad y significación de la media aritmética. Oliva (2010) señala las fórmulas siguientes para determinar el tamaño y el error mínimo de la muestra en la investigación.

Nivel de confianza NC=99% entonces Z=2.58

$$\text{Fórmula tamaño muestra } n_o = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

Donde:

n_o = tamaño inicial de la muestra o (definitivo)

Z^2 = estimador insesgado para intervalo de confianza, elevado al cuadrado

p = probabilidad de éxito

q = probabilidad de fracaso (1 - p)

e^2 = error muestral al cuadrado

Significación de la media aritmética

Nivel de confianza NC = 99% entonces Z = 2.58

$$\text{Error típico de la media aritmética } \sigma_x = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$$

$$\text{Hallar la razón crítica } RC = \frac{x}{\sigma_x}$$

Comparación de la razón crítica con el nivel de confianza.

Si $RC > Z$ entonces es significativa.

Si $RC < Z$ entonces no es significativa.

Fiabilidad

Calcular el error muestral $E = \sigma_x * Z$ máximo

Calcular el intervalo confidencial

$$\text{I.C.} = X + E$$

$$\text{I.C.} = X - E$$

Se aplicó también el método compuesto de proporciones, el cual analiza el porcentaje y situación de algún fenómeno específico.

Significación y Fiabilidad

Adoptar el nivel de confianza al 1% (2.58)

Encontrar el error típico de la proporción $\sigma p = \frac{\sqrt{p \cdot q}}{N}$

Hallar el error muestral $E = 99\% (2.58) \times \sigma p$

Encontrar la razón crítica intervalo confidencial $RC = \frac{P}{\sigma p}$

$$I. C = p + E$$

$$I. C = p - E$$

Comparar la razón crítica con el nivel de confianza

Si $RC > 2.58$ entonces es significativa

Si $RC < 2.58$ entonces no es significativa

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La ansiedad y la depresión son trastornos con una alta incidencia y prevalencia en la población general, por otra parte estos dos trastornos se han relacionado como desencadenantes de otras enfermedades, como podría ser una lesión física, es por eso la importancia de tener un estudio que pueda verificar los niveles de la ansiedad y depresión en las lesiones físicas.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos de la aplicación del inventario de depresión de Beck, como también del cuestionario escala ansiedad estado/rasgo STAI-82. Fue aplicada a 60 pacientes que asisten a la Clínica de Fisioterapia Salcajá, Quetzaltenango. El rango de edad es de 25 a 70 años, en los que se encuentran personas de nivel económico medio, de diferentes etnias, credos religiosos y de sexo masculino/femenino. Para la interpretación de los datos obtenidos se hizo uso del método de significación y fiabilidad de la media aritmética simple.

En los siguientes cuadros se evidencia los datos más relevantes en relación a la ansiedad estado/rasgo y depresión, que presentan los pacientes en el presente estudio, se indica así que se alcanzó el objetivo general que fue determinar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con lesiones físicas.

Cuadro No. 1
Nivel de Ansiedad Estado

No.	Xs	Xi	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
60	63	20	35	9.25	1.20	3.10	31.9	38.1	28.33	✓	✓

Fuente: trabajo de campo

Tabla No. 3

INTERVALO	RANGO
20 – 35	Bajo
36 – 51	Normal
52 – 63	Alto

Grafica No. 1



Fuente: trabajo de campo

La grafica ilustra que los pacientes que reciben terapia física el 3% tienen un nivel alto el 41% nivel medio y el 56% un nivel bajo, es decir que un porcentaje mayor de los pacientes no presentan ansiedad estado.

Cuadro No. 2

Nivel de Ansiedad Rasgo

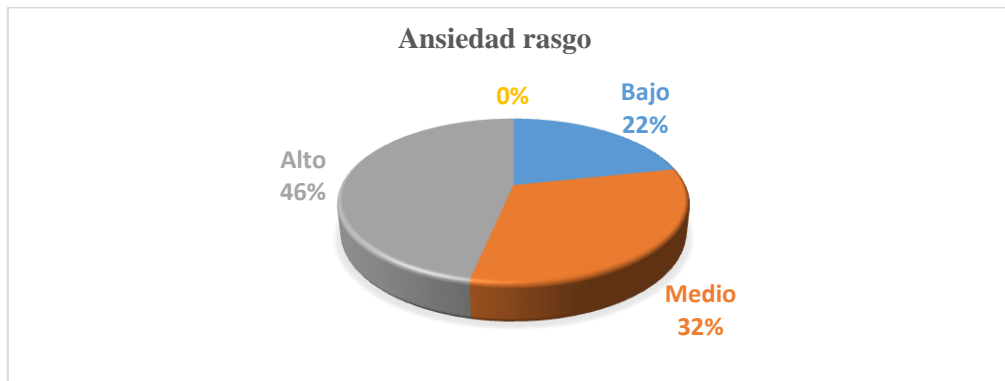
No.	Xs	Xi	\bar{X}	σ	$\sigma \bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
60	70	21	47	11.47	1.49	3.48	43.15	50.81	31.54	✓	✓

Fuente: trabajo de campo

Tabla No. 4

INTERVALO	RANGO
21 – 35	Bajo
36 – 50	Normal
51 – 70	Alto

Grafica No.2



Fuente: trabajo de campo

El 22% de las personas tienen un nivel bajo, 32% nivel medio y un 46% un nivel alto, es decir que la mayoría de los pacientes que asisten a terapia manejan ansiedad rasgo.

Cuadro No.3

Nivel de Depresión

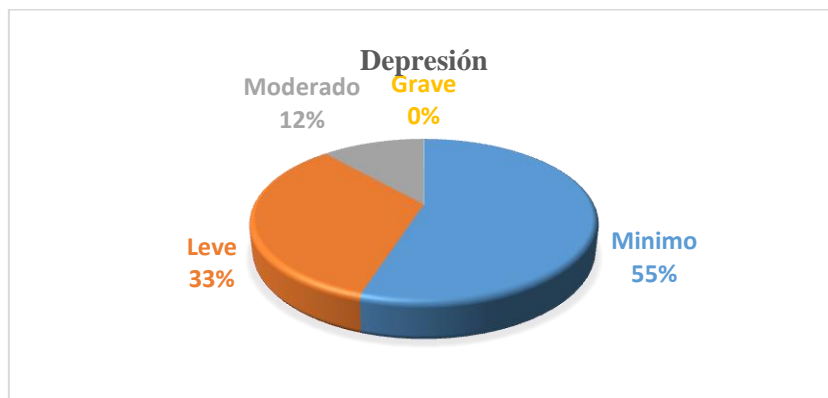
No.	Xs	Xi	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
60	26	1	12	6.53	.85	2.19	9.81	14.19	14.12	✓	✓

Fuente: Trabajo de campo

Tabla No. 5

INTERVALO	RANGO
0-11	Mínimo
12-19	Leve
20-27	Moderado
28-63	Grave

Grafica No. 3



Fuente: trabajo de campo

En referencia a la depresión se tiene un 54% de nivel mínimo, 33% de nivel leve, 11% de nivel moderado y un 2% un nivel grave, la mayoría de las personas que asisten a terapia física se encuentran en un nivel mínimo de depresión.

Por lo anterior se puede indicar que se lograron dos objetivos específicos, uno de ellos es establecer el cuadro clínico más frecuente entre la depresión y la ansiedad en las personas que sufren de lesiones físicas, como resultado se tiene que el cuadro clínico más frecuente es el de ansiedad estado con un 46% nivel alto de la población, y el de depresión con un 2% en un nivel grave. El segundo objetivo específico es determinar el estado o rasgo de la ansiedad, en el estado se tiene un 3% nivel alto, mientras que en el rasgo se tiene 46% nivel alto, por lo tanto los pacientes manejan más la ansiedad rasgo, es decir más arraigada a la personalidad, más arriesgada y menos temporal, lo contrario a ansiedad estado que es la situación del aquí y ahora más transitoria y variable.

Ser hombre o mujer no solo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la expresión y manifestación de los síntomas. Otro de los objetivos específicos es identificar de acuerdo al género el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes. A continuación se presentan los resultados obtenidos del estudio para alcanzar el objetivo.

Cuadro No. 4

Nivel de Ansiedad estado en mujeres

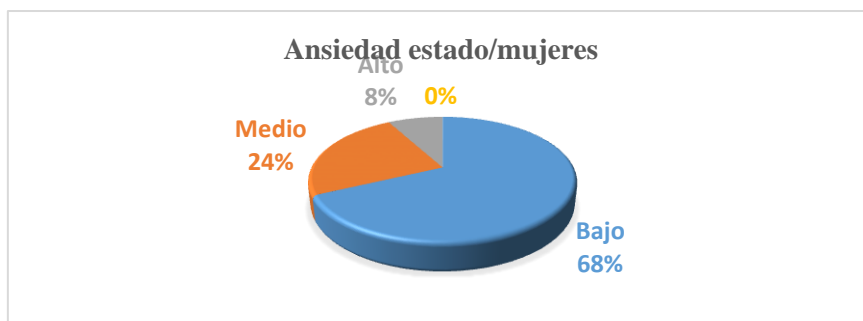
No.	X_s	X_i	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
25	63	23	35	10.53	.2.63	6.78	28.22	41.78	13.30	✓	✓

Fuente: Trabajo de campo

Tabla No. 7

INTERVALO	RANGO
23 – 34	Bajo
35 – 50	Normal
51 – 66	Alto

Grafica No. 4



Fuente: trabajo de campo

Cuadro No. 5

Nivel de ansiedad estado en hombres

No.	Xs	Xi	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
35	56	20	33	8.74	1.50	3.87	29.13	36.87	22	✓	✓

Fuente: trabajo de campo

Tabla No. 7

INTERVALO	RANGO
20 – 31	Bajo
32 – 43	Normal
44 – 58	Alto

Grafica No. 5



Fuente: trabajo de campo

En las gráficas se ilustra que las mujeres presentan un 8% nivel alto mientras que los hombres 14% nivel alto, es decir que entre las personas que reciben una terapia física el sexo masculino presenta un nivel más alto en ansiedad estado.

Cuadro No. 6

Nivel de ansiedad rasgo en mujeres

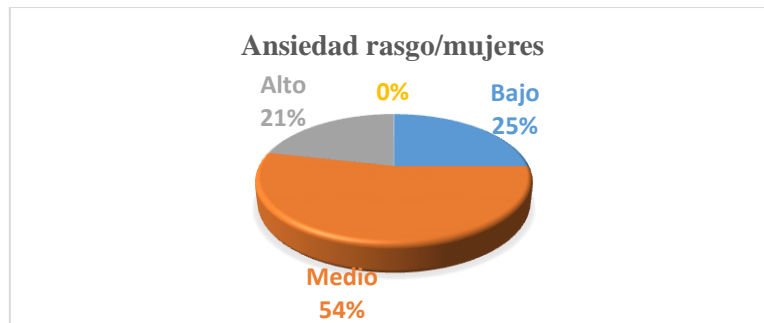
No.	Xs	Xi	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
25	70	33	52	10.01	.2.04	5.26	46.74	57.26	25.49	✓	✓

Fuente: trabajo de Campo

Tabla No. 8

INTERVALO	RANGO
33 – 45	Bajo
50 – 57	Normal
60 – 70	Alto

Grafica No. 6



Fuente: trabajo de campo

Cuadro No. 7

Nivel de ansiedad rasgo en hombres

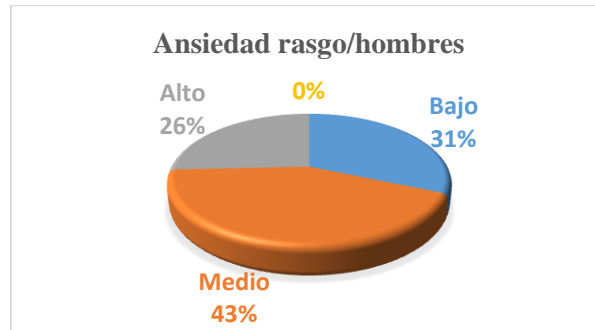
No.	Xs	Xi	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
35	65	21	45	11.44	1.96	5.06	39.94	50.06	22.96	✓	✓

Fuente: trabajo de campo

Tabla No. 9

INTERVALO	RANGO
21 – 36	Bajo
37 – 52	Normal
53 – 68	Alto

Grafica No. 7



Fuente: trabajo de campo

Las gráficas muestran el porcentaje de la ansiedad rasgo tanto en mujeres que se muestra en la primera grafica como en hombres segunda gráfica, en mujeres el 21% nivel alto y en hombre 26% nivel alto, con un mínimo de diferencia, el sexo masculino presenta mayor ansiedad rasgo.

Cuadro No. 8

Nivel de Depresión en mujeres

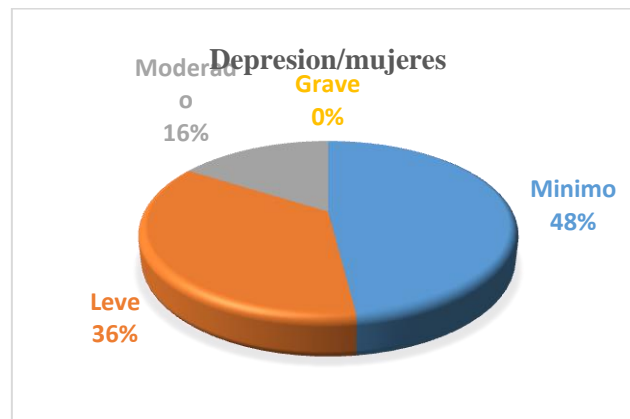
No.	X_s	X_i	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	Li-	Ls+	Rc	Sig.	Fiable
25	26	3	13	6.81	1.39	3.59	9.41	16.59	7.91	✓	✓

Fuente: Trabajo de campo

Tabla No. 10

INTERVALO	RANGO
0-11	Mínimo
12-19	Leve
20-27	Moderado
28-63	Grave

Grafica No. 8



Fuente: trabajo de campo

Cuadro No. 9

Nivel de depresión en hombres

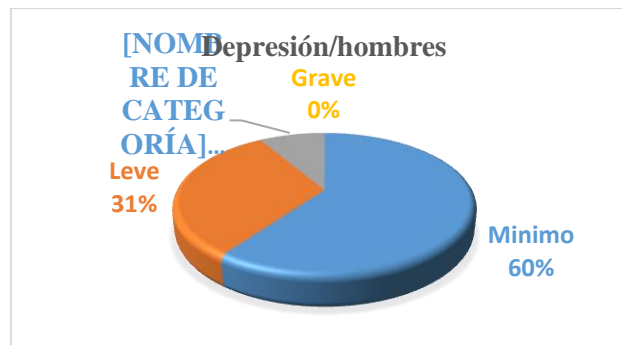
No.	X_s	X_i	\bar{X}	σ	$\sigma\bar{X}$	ϵ	$Li-$	$Ls+$	Rc	Sig.	Fiabile
35	25	1	11	5.93	1.08	2.79	8.21	13.79	2.58	✓	✓

Fuente: trabajo de campo

Tabla No. 1

INTERVALO	RANGO
0-11	Mínimo
12-19	Leve
20-27	Moderado
28-63	Grave

Grafica No. 9



Fuente: trabajo de campo

Las gráficas muestran que las mujeres presentan un 48% mínimo, 36% leve, 16% moderado, el los hombres un 60% mínimo, 31% leve, 9% moderado y en ambos 0% grave. Por lo tanto el sexo femenino presenta un nivel mayor de depresión.

Se indica así que se ha logrado alcanzar el objetivo específico, como respuesta a este se muestra que tanto en la ansiedad estado y rasgo los hombres muestran un mayor porcentaje mientras que en la depresión las mujeres tienen un mayor porcentaje.

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a las pruebas aplicadas a las personas con lesiones físicas que asisten a la clínica de fisioterapia, se pudo determinar que existen niveles de ansiedad y depresión, con predominio de ansiedad, A partir de los resultados de 60 sujetos, se observó 28 con nivel alto de ansiedad 19 con nivel medio y 13 con nivel bajo, mientras que en la depresión se obtuvieron 10 sujetos con nivel alto, 26 nivel medio y 24 nivel bajo, esto concuerda con el estudio de Paiz (2012) en donde concluyó que las personas diagnosticadas de alguna enfermedad presentan depresión y ansiedad con predominio de ansiedad.

Así mismo se hizo el análisis por sexo, se presentó una prevalencia de ansiedad en los hombres y una prevalencia de depresión en las mujeres, concuerda con el estudio de Paiz (2012) presenta que se tienen una prevalencia en las mujeres, lo contradictorio a lo que dice Baeza, Balaguer y Coronas (2010) que expresa que el 10% de la población sufre de ansiedad y depresión, y son más vulnerables las mujeres debido a algunos factores genéticos que se transmiten por vía femenina a través del ácido desoxirribonucleico, abreviado como ADN mitocondrial.

En esta investigación se encontró predominio de la ansiedad como un rasgo de la personalidad, es decir que el paciente que la padece necesita de ayuda psicológica, esto coincide con Castro (2010) que concluye que las personas que están en algún proceso de recuperación presentan niveles altos de ansiedad y/o alguna condición mental afectiva. Como se puede observar en los resultados hay un nivel medio de ansiedad, aun cuando no son clínicamente significativos se requieren tratamiento, para poder disminuir o prevenir los síntomas y estos no se puedan agravar como lo expone Contreras (2013) que las personas que padecen un nivel medio de ansiedad, si les afecta y es necesario que reciban ayuda, como también un plan para la disminución de los síntomas.

Si bien la ansiedad y la depresión en algún momento ayudan al ser humano a la supervivencia, y así tener al sujeto en constante movimiento, cuando se sufre de alguna lesión física el padecer ya sea de ansiedad o depresión, estos dejan de ser una ayuda para el sujeto y se

convierten en un impedimento para su recuperación y para su vida cotidiana, como lo expresa Blai (2006) en el artículo psicosis: consejo y orientación terapéutica, indica que la ansiedad llega a anticipar o señalar un peligro de amenaza para el propio individuo esto asigna un valor funcional importante ya que posee una utilidad biológica adaptativa, pero cuando esta ventaja se convierte en desadaptativa se anticipa un peligro irreal, es importante conocer cuál es la característica de la ansiedad patológica a nivel general, donde al principio se caracterizaría por presentar cierta diferencia cuantitativa como un nivel más elevado de angustia, ocurrencia, intensidad y duración que genere malestar significativo en las actividades diarias de la persona

Por ello la importancia de tratar estos trastornos a tiempo, tanto el paciente como el personal que los atienden sepan las características y sintomatología, para poder prevenir o bien para poder pedir ayuda a las personas adecuadas que sepan tratar y controlar la enfermedad, Guzman (2014) explica que habrán momentos de tensión y de excesiva preocupación, pero buscar soluciones por si mismos no puede ser la mejor opción, pues no se tiene el conocimiento necesario y se puede desencadenar más trastornos.

En lo largo de la investigación que pudo notar las diferencias de ansiedad y depresión, pues también se tiene diferencia al momento del tratamiento, Mendoza (2008) explica que para la ansiedad es muy importante el diagnóstico como el tratamiento, en este caso fármacos como benzodiazepinas, los bloqueadores adrenérgicos, propranolol, barbitúricos, buspirona, hidrato de cloral, metaculona o hidroxixina, o bien como expone Moreno (2008) que se debe identificar la tensión muscular, esto da lugar a la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson que consiste en ejercicios de relajación y tensión muscular. De igual forma para la depresión explican García y Palazón (2010) determinaron dos tipos de tratamientos los tratamientos psicológicos y los farmacológicos, la psicoterapia conductual, la cognitiva y la interpersonal han sido los que mejores resultados se han tenido y en los fármacos los más usados y con mayor respuesta son llamados inhibidores de la recaptación de la serotonina.

Se indica así, que tanto la información bibliográfica como los antecedentes tienen alguna relación con los resultados anteriormente presentados. Por lo que se considera que las personas que sufren de alguna lesión física desencadenan trastornos como la ansiedad y la depresión,

que sea posible puedan ser estos un impedimento para una recuperación más pronta, con la ansiedad con una manifestación más clara y en niveles más elevados.

VI. CONCLUSIONES

- De acuerdo a la prueba aplicada se establece que los pacientes con lesiones físicas presentan un nivel más elevado de ansiedad que de depresión
- Se observó que el cuadro clínico más frecuente en los pacientes, con un porcentaje mayor es el de ansiedad, y de acuerdo con ansiedad estado y rasgo, se identificó que la ansiedad rasgo predomina a la ansiedad estado, lo que significa que los sujetos ya manejan la ansiedad como algo propio de su personalidad.
- Al considerar el análisis de género de la ansiedad estado/rasgo se encontró que los hombres presentan un porcentaje más alto que las mujeres, por otro parte en la depresión las mujeres presentan un nivel mayor al de los hombres
- Padecer una lesión física, afecta el estado emocional de la persona y podría llegar así a padecer trastornos tales como la ansiedad o depresión. No poder cumplir con sus tareas habituales causa que estos trastornos se agraven e incapaciten al sujeto.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar actividades con los pacientes en las cuales se de la información sobre ansiedad y depresión, u otros trastornos que pueden desencadenarse a raíz de la enfermedad física, como también exponer formas de prevenirlos o reducirlos, mayormente la ansiedad.
- Aplicar terapias psicológicas a los pacientes que así lo requieran, como también terapias grupales, en donde puedan participar todos los que asisten a terapia físicas, e involucrar en las actividades grupales al personal que atiende la clínica como también a las personas que acompañan a la persona afectada.
- Dar psico-educación a los pacientes y personal de la clínica donde se exponga que tanto los hombres como las mujeres lo pueden padecer, con un enfoque especial en la ansiedad para los hombre, y en la depresión para las mujeres
- Se recomienda crear un protocolo guía de señales de alertar, para que tanto los pacientes como sus terapeutas reconozcan de una manera fácil y sencilla si presentan o no algunas de las manifestaciones clínicas de la ansiedad y depresion, y así poder buscar la ayuda necesaria en el área de psicología.

VIII. REFERENCIAS

- Achaerandio, L. (2010), *Iniciación a la práctica de la Investigación*. Séptima edición. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Alfaro, K. (2013) *Estado de depresión en los empleados que se jubilan del departamento de Quetzaltenango* (tesis de licenciatura inédita) Universidad Rafael Landívar Campus Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala recuperada <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/2013/05/42/Alfaro-Karla.pdf>
- Allara, M. (2013), *Ansiedad y depresión y su relación con el síndrome de ovario poliquístico*(tesis inédita de licenciatura) Universidad Rafael Landívar campus central, Guatemala de la Asunción. Recuperada <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/03/Allara-Maria.pdf>
- Asociación América de Psiquiatría (2013), *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª. ed.) Estados Unidos.
- Baeza, J. Balaguer, I. y Coronas, N. (2010), *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: ediciones Díaz de Santos.
- Benaiges, E. (s.f) *¿Que es la depresión? causas y síntomas* recuperada de https://www.lilly.es/responsabilidad/pacientesyprofesionalescarp/consejos%20psicoeducacionales_depresion.pdf.
- Bizkarra, K. (2008), *Encrucijada emocional*. España: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Blai, R. (2006), Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de la Alimentación. Artículo Psicología y Nutrición.
- Castro, W. (2010), *Nivel de ansiedad en proceso de recuperación por trauma somático* (tesis de licenciatura inédita) Universidad Rafael Landívar Campus Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala recuperada de <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/22/Castro-Willy/Castro-Willy.pdf>.
- Contreras, A. (2013), *Niveles de ansiedad que manejan las personas próximas a jubilarse*. (Tesis de licenciatura inédita) Universidad Rafael Landívar sede Retalhuleu, Retalhuleu Guatemala recuperada de <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/2013/05/43/Contreras-Alma.pdf>.

- García, J. Palazon, P. (2010), *Afrontar tu depresión*. España: editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Guzmán, A. (2014, Agosto 15), *Reducir la ansiedad. El Quezalteco*, p. 27.
- Hernández G. (2005), *Ansiedad y trastornos de ansiedad* (versión 034) Santiago de Chile.
- Hoyo, M. (2014), *Estos son los síntomas de una depresión* El Periódico edición electrónica Guatemala C.A. recuperada de <http://www.elperiodico.com.gt/es/20140813/salud/314/Estos-son-los-s%C3%ADntomas-de-una-depresi%C3%B3n.htm>
- Luciani, J. (2010), *Cómo superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Editorial Amat.
- Mendoza, M. (2008), *Depresión en personas con extremidades amputadas del departamento de Quetzaltenango* (tesis de licenciatura inédita) Universidad Rafael Landívar Campus Quetzaltenango, Quetzaltenango Guatemala. Recuperada de <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/22/Mendoza-Mazariegos-Maria/Mendoza-Mazariegos-Maria.pdf>.
- Mendoza, N. (2008), *Farmacología Medica*. México: editorial medica panamericana, S.A. de C.V.
- Moreno, P. (2008), *Supera la ansiedad y el miedo; un programa paso a paso* (8ª. ed.) España: editorial desclee de brouwer, S.A.
- Moreno, P. y Martin, C. (2010), *Dominar las crisis de ansiedad* (9ª. ed.) España: editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Oliva, A. (2010), Folleto para validar estudios de tesis. Guatemala: Editorial Universidad Rafael Landívar.
- Paiz, M. (2012), Niveles de depresión y ansiedad en pacientes epilépticos Guatemala (tesis inédita) Universidad Rafael Landívar Guatemala, Guatemala. Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Paiz-Maria.pdf>
- Prensa libre (2015), *Como Actuar en una Crisis de Ansiedad* edición electrónica Guatemala C.A recuperada de <http://www.prensalibre.com/Archivo?searchtext=crisis%20de%20ansiedad&searchmo de=anyword>
- Rodríguez, P. (2008), *Ansiedad y sobreactivación*. España: editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- San Molina, L. y Arranz B. (2010) *Comprender la depresión*. Barcelona: Editorial Amat, S.L.

- Sierra, J. Ortega, V. y Zubeudat, I. (2005) *Ansiedad, angustia y estrés*. Fortaleza, Brasil: editorial red revista mal-estar E subjetividade.
- Soto, O. (2009, Octubre 10) La depresión se contagia. *El Quezalteco*, Quetzaltenango, Guatemala C.A.
- Trickett, S. (2009), *Supera la ansiedad y la depresión*. Barcelona, España: Editorial Hispano Europea, S.A.
- Yapko, M. (2006), *Para romper los patrones de la depresión*. México D.F:EditorialPax México.

ANEXOS

ANEXO I

Propuesta

Introducción

Muchas veces se suele confundir la ansiedad con la depresión o bien se dice que una antecede de la otra, pero no siempre es así, cada una de ellas tiene diferencias significativas, para su detección como para el tratamiento.

La principal diferencia entre ansiedad y depresión es que la primera hace referencia a un sistema de alerta que se activa en nuestro cuerpo, la segunda hace alusión a la tristeza y dificultad para sentir placer, cabe mencionar que ambas se consideran una forma de reacción ante determinados factores externos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido una cierta clasificación de criterios con el fin de determinar la diferencia entre estos dos trastornos y tener en cuenta que también puede que se genere una combinación de los dos, donde se suele conocer como trastorno mixto.

Al margen de lo que se ha mencionado anteriormente, el efecto de cada uno de ellos es distinto y no se debe confundir a la hora del diagnóstico y del tratamiento.

Es por ello que esta propuesta va dirigida a los pacientes que asisten a terapia como también a los fisioterapeutas, para ayudar a detectar, disminuir o prevenir estos trastornos, para que tengan no solo una recuperación favorable si no también una buena salud mental.

Justificación

De acuerdo con los resultados obtenidos, se pudo determinar que los pacientes presentan en su mayoría un nivel alto de ansiedad con un mínimo de depresión, pero los dos significativos para tratarlos.

La propuesta se ha elaborado en torno a trabajar con las personas más afectadas principalmente, como también a disminuir o prevenir estos trastornos con las personas que tiene un nivel medio como un bajo.

Objetivos

Objetivo general

- Crear un programa para detectar, prevenir o disminuir los niveles de ansiedad y depresión

Objetivos específicos

- Impartir talleres, donde se de la información adecuada de los trastornos, tanto a los pacientes, personas que los cuidan como al personal de la clínica.
- Ofrecer terapias individuales a los pacientes que así lo deseen.
- Efectuar terapias grupales, donde se trabaje y se impartan técnicas para el manejo de la ansiedad y depresión.
- Crear información que este a la vista de los que llegan a la clínica, donde se puedan identificar estos trastornos y su sintomatología.

Metodología

La metodología empleada para llevar a cabo la propuesta, es proporcionar conocimientos y ayuda como talleres, terapias individuales, terapias grupales también técnicas que las personas puedan emplear, para mejorar su estado y posiblemente para tener una recuperación de su lesión física más rápida y satisfactoria.

Recursos

Humanos:

- Pacientes que asisten a terapia
- Cuidadores de los pacientes
- Personal de la clínica
- Psicóloga de la clínica
- Participantes de psicología

Materiales:

- Clínica psicológica
- Espacio físico para impartir talleres y terapias grupales
- Computadora, cañonera
- Hojas, lapiceros, crayones

ANEXO II

Ficha técnica del instrumento de evaluación STAI-82 ansiedad estado/rasgo

Información General: Nombre original:

“State-TraitAnxietyInventory/SelfEvaluationQuestionnaire”

Nombre: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI-82) (Adaptación para Guatemala)

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore
Procedencia: Counseling Psychologist Press, Palo Alto, California.

Duración: aproximadamente 15 minutos

Aplicación: adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario

Tipificación: muestras de cada sexo de escolares y de población general de adultos, e información estadística de grupos clínicos. b.

El objetivo del test es medir dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (SE) y como rasgo (SR). Está ideado para investigar los fenómenos de la ansiedad tanto en adultos sin alteraciones psiquiátricas, como en escolares de estudios secundarios y superiores y en pacientes de diversos grupos clínicos.

Población a aplicar: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las.

ficha técnica Inventario de Depresión de Beck
Categoría : inventario de síntomas
Objetivo: obtener una medida respecto a la presencia e intensidad de síntomas y signos indicadores de depresión
Aplicación: individual o colectiva autoadministrable
Tiempo: sin límite de tiempo aproximadamente 15 minutos
Edad: a partir de los cuatro años
Material: desde 13 años en adelante
Ámbitos: clínicos e investigación

ANEXO III

Proceso Estadístico Ansiedad Estado (SE)

SUJETOS	SE
1	20
2	23
3	25
4	25
5	25
6	25
7	25
8	25
9	26
10	27
11	27
12	27
13	27
14	28
15	28
16	28
17	28
18	28
19	28
20	28
21	29
22	29
23	30
24	30
25	30
26	30
27	30
28	30
29	31
30	31
31	31

32	32
33	33
34	33
35	33
36	33
37	33
38	33
39	33
40	34
41	34
42	35
43	38
44	40
45	40
46	40
47	40
48	41
49	42
50	43
51	44
52	45
53	45
54	47
55	50
56	50
57	55
58	56
59	59
60	63

Intervalo	F	Fa	Xm	Ef.Xm	Li -	Ls+	ld'l	F. ld'l	F.Id'l ²
20-21	2	2	21.5	43	19.5	23.5	12.5	25	312.5
24-27	11	13	25.5	280.5	23.5	27.5	8.5	93.5	794.75
28-31	18	31	29.5	531	27.5	31.5	4.5	81	364.5
32-35	11	42	33.5	368.5	31.5	35.5	0.5	5.5	2.75
36-39	1	43	37.4	37.5	25.5	39.5	3.5	3.5	12.25
40-43	7	50	41.5	290.5	39.5	43.5	7.5	52.5	393.75
44-47	4	54	45.5	182	43.5	47.5	11.5	46	529
48-51	2	56	59.5	99	47.5	51.5	15.5	31	480.5
52-55	1	57	52.5	53.5	51.5	55.5	19.5	19.5	380.5
56-59	2	59	57.5	115	55.5	59.5	23.5	47	1104.5
60-63	1	60	61.5	61.5	59.5	63.5	27.5	27.5	756.24
	60			2062				432	5131.25

$$N = 60$$

$$X_s = 63$$

$$X_1 = 20$$

$$l = 4$$

$$d' = 41.5$$

$$\bar{X} = 34$$

$$\sigma = 9.25$$

$$\frac{A = X_s - X_1 + 1}{10} = \frac{A = 63 - 20 + 1}{10} = \frac{A = 44}{10} = 4$$

$$\bar{X} = \frac{\text{Ef.m}}{N} = \frac{2062}{60} = 34$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\text{Ef. ld'l}^2}{N}} = \sqrt{\frac{5131.25}{60}} = \sqrt{85.52} = 9.25$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

$$2. \sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{9.25}{\sqrt{60-1}} = \frac{9.25}{7.68} = 1.20$$

$$3. R_c = \bar{X} - Z \cdot \sigma_{\bar{X}} = 34 - 2.58 \cdot 1.20 = 28.33$$

4. $R_c \geq$ Nivel de confianza $28.33 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

$$2. \sigma_{\bar{X}} = \frac{9.25}{7.68} = 1.20$$

$$3. \epsilon = \text{nivel de confianza} \cdot \sigma_{\bar{X}} = 2.58 \cdot 1.20 = 3.10$$

$$4. \text{I. C.} = \bar{X} - \epsilon = 35 - 3.10 = 31.9$$

$$\bar{X} + \epsilon = 35 + 3.10 = 38.1 \quad \text{es fiable}$$

Proceso estadístico Ansiedad Rasgo (SG)

SUJETOS	SG
1	21
2	27
3	28
4	30
5	30
6	30
7	32
8	33
9	33
10	33
11	35
12	35
13	35
14	36
15	38
16	40
17	40
18	40
19	40
20	42
21	44
22	45
23	49
24	49
25	49
26	49
27	50
28	50
29	50
30	50
31	50
32	50
33	51
34	51
35	51
36	51
37	52
38	52
39	52
40	53
41	54
42	54
43	55
44	55
45	55
46	56

47	57
48	57
49	57
50	58
51	58
52	60
53	60
54	61
55	61
56	62
57	65
58	65
59	68
60	70

Intervalo	F	Fa	Xm	Ef.Xm	Li -	Ls+	Id'l	F. Id'l	F.Id'l ²
21 - 25	1	1	23	23	20.5	25.5	27	27	576
26 - 30	5	6	28	140	25.5	30.5	19	95	9805
31 - 35	7	13	33	231	30.5	35.5	14	98	1372
36 - 40	6	19	38	228	35.5	40.5	9	54	486
41 - 45	3	22	43	129	40.5	45.5	4	42	48
46 - 50	10	45	48	480	45.5	50.5	1	10	10
51 - 55	13	53	53	689	50.5	55.5	6	78	468
56 - 60	8	58	58	464	55.5	60.5	11	88	968
61 - 65	5	55	63	315	60.5	65.5	16	80	1280
66 - 70	2	60	68	136	65.5	70.5	21	42	882
				2835					7895

$$N = 60$$

$$X_s = 70$$

$$X_1 = 21$$

$$l = 5$$

$$d' = 46$$

$$\bar{X} = 47$$

$$\sigma = 11.47$$

$$\frac{A = X_s - X_1 + 1}{10} = \frac{A = 70 - 21 + 1}{10} = \frac{A = 50}{10} = 5$$

$$\bar{X} = \frac{\text{Ef.m}}{N} = \frac{2835}{60} = 47.25 = 47$$

$$\sqrt{\frac{\text{Ef. } l d^2}{N}} = \sqrt{\frac{7895}{60}} = \sqrt{131.58} = 11.47$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

$$2. \sigma_{\chi} = \frac{\sigma}{\sqrt{N}} = \frac{11.47}{\sqrt{60}} = 1.49$$

$$\sqrt{N - 1} = \sqrt{60 - 1} = 7.68$$

$$3. R_c = \frac{\bar{X} - Z \cdot \sigma_{\chi}}{\sigma_{\chi}} = \frac{47 - 2.58 \cdot 1.49}{1.49} = 31.54$$

4. $R_c \geq$ Nivel de confianza $31.54 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

$$2. \sigma_{\chi} = \frac{11.47}{\sqrt{60}} = 1.49$$

$$7.68$$

$$3. \text{£} = \text{nivel de confianza} * \sqrt{\bar{X}} = 2.58 * 1.49 = 3.84$$

$$4. \text{I. C.} = \bar{X} - \text{£} = 47 - 3.84 = 43.16$$

$$\bar{X} + \text{£} = 47 + 3.84 = 50.84 \quad \text{es fiable}$$

Proceso Estadístico Depresión

Sujetos	Depresión
1	0
2	1
3	2
4	2
5	3
6	3
7	3
8	4
9	5
10	5
11	5
12	6
13	6
14	6
15	7
16	7
17	8
18	8
19	8
20	8
21	9
22	9
23	9
24	9
25	10
26	10
27	10
28	10
29	10
30	11
31	11
32	11
33	11
34	12
35	13
36	13
37	14
38	14
39	14
40	15
41	15
42	16
43	16

44	17
45	17
46	18
47	18
48	18
49	18
50	18
51	19
52	19
53	19
54	20
55	20
56	21
57	23
58	25
59	26
60	26

Intervalo	F	Fa	Xm	Ef.Xm	Li -	Ls+	ld'l	F. ld'l	F.Id'l2
1-3	7	7	2	14	.5	3.5	10	70	700
4-6	7	14	5	35	3.5	6.5	7	49	343
7-9	10	24	8	80	6.5	9.5	4	40	160
10-12	10	34	11	110	9.5	12.5	1	10	10
13-15	7	41	14	98	12.5	15.5	2	14	28
16-18	9	50	17	153	15.5	18.5	5	45	225
19-21	6	56	20	120	18.5	21.5	8	48	484
22-24	1	57	23	23	21.5	24.5	11	11	121
25-27	3	60	26	78	24.5	27.5	14	42	588
	60			711					2559

$N = 60$
 $X_s = 26$
 $X_1 = 1$
 $l = 3$
 $d' = 14$
 $\bar{X} = 12$
 $\sigma = 11.47$

$$\frac{A = X_s - X_1 + 1}{10} = \frac{A = 26 - 1 + 1}{10} = \frac{A = 26}{10} = 3$$

$$\bar{X} = \frac{\text{Ef.m}}{N} = \frac{2835}{60} = 47.25 = 47$$

$$\sqrt{\frac{\text{Ef. } l d' l^2}{N}} = \sqrt{\frac{2559}{60}} = \sqrt{42.65} = 11.47$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

2. $\sigma\chi = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{6.53}{\sqrt{60-1}} = \frac{6.53}{17.68} = .85$

3. $R_c = \frac{X}{\sqrt{\bar{X}} \cdot .85} = \frac{12}{\sqrt{\bar{X}} \cdot .85} = 14.12$

4. $R_c \geq \text{Nivel de confianza } 14.12 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

2. $\sigma\chi = \frac{6.53}{7.68} = .85$

3. $\text{£} = \text{nivel de confianza} * \sqrt{\bar{X}} = 2.58 * .85 = 2.19$

4. I. C. = $X - \text{£} = 12 - 2.19 = 9.81$

$X + \text{£} = 12 + 2.19 = 14.19$ es fiable

Proceso Estadístico Ansiedad Estado en Mujeres

Sujetos	Ansiedad SE mujeres
1	23
2	25
3	25
4	25
5	27
6	28
7	28
8	29
9	30
10	30
11	31
12	31
13	33
14	33
15	33
16	33
17	34
18	38
19	40
20	42
21	45
22	47
23	50
24	59
25	63

Intervalo	F	Fa	Xm	Ef.Xm	Li -	Ls+	ld'l	F. ld'l	F.ld'l ²
23 - 26	4	4	24.5	98	22.5	26.5	10.5	42	441
27 - 30	6	10	28.5	171	26.5	30.5	6.5	39	253.5
31 - 34	7	17	32.5	227.5	30.5	34.5	2.5	17.5	43.75
35 - 38	1	18	36.5	36.5	34.5	38.5	1.5	1.5	2.25
39 - 42	2	20	40.5	81	38.5	42.5	5.5	11	60.5
43 - 56	1	21	44.5	44.5	42.5	56.5	9.5	9.5	90.25
47 - 50	2	23	48.5	97	46.5	50.5	13.5	27	364.5
51 - 54	0	23	52.5	0	50.5	54.5	17.5	0	0
55 - 58	0	23	56.5	0	54.5	58.5	21.5	0	0
59 - 62	1	24	60.5	60.5	58.5	62.5	25.5	25.5	650.25
63 - 66	1	25	64.5	64.5	63.5	66.5	29.5	29.5	870.25
	25								2776.25

$$N = 25$$

$$X_s = 63$$

$$X_1 = 23$$

$$l = 4$$

$$d' = 43$$

$$\bar{X} = 35$$

$$\sigma = 10.53$$

$$\frac{A = X_s - X_1 + 1}{10} = \frac{A = 63 - 23 + 1}{10} = \frac{A = 41}{10} = 4$$

$$\bar{X} = \frac{\text{Ef.m}}{N} = \frac{880.5}{25} = 35$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\text{Ef. ld'l}^2}{N}} = \sqrt{\frac{2776.25}{25}} = \sqrt{111.05} = 10.53$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

$$2. \sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{10.53}{\sqrt{25-1}} = \frac{10.53}{4.90} = 2.15$$

$$3. R_c = \bar{X} - Z \cdot \sigma_{\bar{X}} = 35 - 2.58 \cdot 2.15 = 16.28$$

4. $R_c \geq$ Nivel de confianza $16.28 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

$$2. \sigma_{\bar{X}} = \frac{10.53}{4.90} = 2.15$$

$$3. \text{£} = \text{nivel de confianza} \cdot \sigma_{\bar{X}} = 2.58 \cdot 2.15 = 5.55$$

$$4. \text{I.C.} = \bar{X} - \text{£} = 35 - 5.55 = 29.45$$

$$\bar{X} + \text{£} = 35 + 5.55 = 40.55 \quad \text{es fiable}$$

Proceso Estadístico Ansiedad Estado en Hombres

Sujetos	Ansiedad SE hombres
1	20
2	25
3	25
4	25
5	26
6	27
7	27
8	27
9	28
10	28
11	28
12	28
13	28
14	29
15	30
16	30
17	30
18	30
19	31
20	32
21	33
22	33
23	33
24	34
25	35
26	40
27	40
28	40
29	41
30	43
31	44
32	45
33	50
34	55
35	56

Intervalo	F	Fa	Xm	Ef.Xm	Li	Ls	Ld'l	Ef.l d'l	Ef.l d'l ²
22-22	1	1	21	21	19.5	22.5	12	12	144
23-25	3	4	24	72	22.5	25.5	9	27	243
26-28	9	13	27	243	26.5	28.5	6	54	324
29-31	6	19	30	180	28.5	31.5	3	18	54
32-34	5	24	33	165	31.5	34.5	0	0	0
35-37	1	25	36	36	34.5	37.5	3	3	9
38-40	3	28	39	117	37.5	40.5	6	18	108
41-43	2	30	42	84	40.5	43.5	9	18	162
44-46	2	32	45	90	43.5	46.5	12	24	288
47-49	0	32	48	0	46.5	49.5	15	0	0
50-52	1	33	51	51	49.5	52.5	18	18	324
53-55	1	34	54	54	52.5	55.5	21	21	441
56-58	1	35	57	57	55.5	58.5	24	24	576
	35			1170					2673

$$N = 35$$

$$X_s = 56$$

$$X_1 = 20$$

$$l = 3$$

$$d' = 38$$

$$\bar{X} = 38$$

$$\underline{Q} = 8.74$$

$$A = \frac{X_s - X_1 + 1}{10} = \frac{A = 56 - 20 + 1}{10} = \frac{A = 37}{10} = 3$$

$$\bar{X} = \frac{\text{Ef.m}}{N} = \frac{1170}{35} = 33$$

$$\sqrt{\frac{\text{Ef.l d'l}^2}{N}} = \sqrt{\frac{2673}{35}} = \sqrt{75.37} = 8.74$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{8.75}{\sqrt{35-1}} = \frac{8.74}{5.83} = 1.50$
3. $R_c = \bar{X} \pm \frac{33}{\sqrt{X}} = 22$

4. $R_c \leq$ Nivel de confianza $22 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
 2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{8.74}{5.83} = 1.50$
 3. $\epsilon = \text{nivel de confianza} * \sqrt{\bar{X}} = 2.58 * 1.50 = 3.87$
 4. I. C. = $\bar{X} - \epsilon = 33 - 3.87 = 29.13$
- $\bar{X} + \epsilon = 33 + 3.87 = 36.87$ es fiable

Proceso Estadístico Ansiedad Rasgo en Mujeres

Sujetos	Ansiedad SG mujeres
1	33
2	35
3	35
4	40
5	40
6	40
7	45
8	50
9	50
10	50
11	50
12	52
13	52
14	54
15	54
16	55
17	57
18	57
19	57
20	60
21	61
22	61
23	65
24	68
25	70

Intervalo	F	Fa	Ef.Xi	d'	F. Id'I	F.Id'I2
33	1	1	33	19	19	361
35	2	3	70	34	34	478
40	3	6	120	36	36	432
45	1	7	45	7	7	49
50	4	11	200	8	8	16
52	2	13	104	0	0	0
54	2	15	108	4	4	8
55	1	16	55	3	3	9
57	3	19	171	15	15	75
60	1	20	60	8	8	64
61	2	22	122	18	18	162
65	1	23	65	13	13	169
68	1	24	68	16	16	256
70	1	25	70	18	18	324
	25		1291		199	2503

N = 25

Xs = 70

X1 = 33

X = 52

$\sigma = 10.01$

$$\bar{X} = \frac{\text{Ef.m}}{N} = \frac{1291}{25} = 51.64 = 52$$

$$\sqrt{\frac{\text{Ef.} \cdot \text{ld}'^2}{N}} = \sqrt{\frac{2503}{25}} = \sqrt{100.12} = 10.0$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{10.01}{\sqrt{25-1}} = \frac{10.01}{4.90} = 2.04$
3. $R_c = \bar{X} \pm \sqrt{\bar{X}} \cdot 2.04 = \frac{52}{\sqrt{25}} \pm 2.04 = 25.49$
4. $R_c \geq$ Nivel de confianza $25.49 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{10.01}{4.90} = 2.04$
3. $\epsilon = \text{nivel de confianza} * \sqrt{\bar{X}} = 2.58 * 2.04 = 5.26$
4. I. C. = $\bar{X} - \epsilon = 52 - 5.26 = 46.74$
 $\bar{X} + \epsilon = 52 + 5.26 = 57.26$ es fiable

Proceso Estadístico Ansiedad Rasgo en Hombres

Sujetos	Ansiedad SG Hombre
1	21
2	27
3	28
4	30
5	30
6	30
7	32
8	33
9	33
10	35
11	36
12	38
13	40
14	42
15	44
16	49
17	49
18	49
19	49
20	50
21	50
22	51
23	51
24	51
25	51
26	52
27	53
28	55
29	55
30	56
31	58
32	58
33	60
34	62
35	65

Intervalo	F	Fa	Xm	Ef.Xm	Li	Ls	Ld'l	Ef.l'd'l	Ef.l'd'l ₂
21-24	1	1	22.5	22.5	20.5	24.5	22.5	22.5	506.25
25-28	2	3	26.5	53	24.5	28.5	18,5	37	684.5
29-32	4	7	30.5	122	28.5	32.5	14.5	58	841
33-36	4	11	34.5	138	32.5	36.5	10.5	42	441
37-40	2	13	38.5	77	36.5	40.5	6.5	13	12.5
41-44	2	15	42.5	85	40.5	44.5	2.5	5	0
45-48	0	15	46.5	0	44.5	48.5	1.5	0	332.75
49-52	11	26	50.5	555.5	48.5	52.5	5.5	60.5	361
53-56	4	30	54.5	218	52.5	56.5	9.5	38	546.75
57-60	3	33	58.5	175.5	56.5	60.5	13.5	40.5	546.75
61-64	1	34	62.5	62.5	60.5	64.5	17.5	17.5	306.25
65-68	1	35	66.5	66.5	64.5	68.5	21.5	21.5	462.25
				1575.5					4578.75

$$N = 35$$

$$X_s = 65$$

$$X_1 = 21$$

$$l = 4$$

$$d' = 43$$

$$\bar{X} = 45$$

$$\sigma = 11.44$$

$$\frac{A = X_s - X_1 + 1}{10} = \frac{A = 65 - 21 + 1}{10} = \frac{A = 44}{10} = 4$$

$$\bar{X} = \frac{Ef.m}{N} = \frac{1575}{35} = 45$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{Ef.l'd'l^2}{N}} = \sqrt{\frac{4578.75}{35}} = \sqrt{130.82} = 11.$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{11.44}{\sqrt{35-1}} = \frac{11.44}{5.83} = 1.96$
3. $R_c = \bar{X} \pm \frac{45}{\sqrt{X}} = 22.96$
4. $R_c \geq$ Nivel de confianza $22.96 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{11.44}{5.83} = 1.96$
3. $\pm =$ nivel de confianza $* \sqrt{\bar{X}} = 2.58 * 1.96 = 5.06$
4. I. C. = $\bar{X} - \pm = 45 - 5.06 = 39.94$
 $\bar{X} + \pm = 45 + 5.06 = 50.06$ es fiable

Proceso Estadístico Depresión en Mujeres

Sujetos	Depresión mujeres
1	3
2	3
3	3
4	4
5	6
6	9
7	9
8	9
9	9
10	10
11	11
12	11
13	12
14	15
15	15
16	17
17	17
18	17
19	18
20	19
21	19
22	21
23	23
24	26
25	26

Intervalo	f	fa	Xm	Ef.Xm	Li -	Ls+	Ld'	Ef.ld'	Ef.lf' ²
3-4	4	4	3.5	14	2.5	4.5	9.5	38	361
5-6	1	5	5.5	5.5	4.5	6.5	7.5	7.5	56.25
7-8	0	5	7.5	0	6.5	8.5	5.5	0	0
9-10	5	10	9.5	47.5	8.5	10.5	3.5	17.5	61.25
11-12	3	13	11.5	34.5	10.5	12.5	1.5	4.5	6.75
13-14	0	13	13.5	0	12.5	14.5	0.5	0	0
15-16	2	15	15.5	31	14.5	16.5	2.5	5	12.5
17-18	4	19	17.5	70	16.5	18.5	4.5	18	81
19-20	2	21	19.5	39	18.5	20.5	6.5	13	84.5
21-22	1	22	21.5	21.5	20.5	22.5	8.5	8.5	72.25
23-24	1	23	23.5	23.5	23.5	24.5	10.5	10.5	110.25
25-26	2	25	25.5	51	24.5	26.5	12.5	25	312.5
	24			337.5					1158.25

$N = 25$
 $X_s = 26$
 $X_1 = 3$
 $l = 2$
 $d' = 11.5$
 $\bar{X} = 13$
 $\sigma = 6.81$

$$\frac{A = X_s - X_1 + 1}{10} = \frac{A = 26 - 3 + 1}{10} = \frac{A = 24}{10} = 2.4$$

$$\bar{X} = \frac{\text{Ef.m}}{N} = \frac{337.5}{25} = 13.5$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\text{Ef.l}d'^2}{N}} = \sqrt{\frac{1158.25}{25}} = \sqrt{46.33} = 6.81$$

Significación

1- Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

$$2- \sigma_{\chi} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{6.81}{\sqrt{25-1}} = \frac{6.81}{4.90} = 1.39$$

$$3- R_c = \frac{X}{\sqrt{X}} = \frac{13}{1.39} = 9.35$$

4- $R_c \geq$ Nivel de confianza $9.35 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$

2. $2 \cdot \sigma_x = 6.81 = 1.39$

3. $\mathcal{L} = \frac{4.90}{\text{nivel de confianza}} * \sqrt{X} = 2.58 * 1.39 = 4.59$

4. I. C. = $\bar{X} - \mathcal{L} = 13 - 3.59 = 9.41$

$X + \mathcal{L} = 13 + 3.59 = 16.59$ es fiable

Proceso Estadístico Depresión en Hombres

Sujetos	Depresión Hombre
1	1
2	1
3	2
4	2
5	5
6	5
7	5
8	6
9	6
10	7
11	7
12	8
13	8
14	8
15	8
16	10
17	10
18	10
19	10
20	11
21	11
22	13
23	12
24	14
25	14
26	14
27	16
28	16
29	18
30	18
31	18
32	18
33	20
34	20
35	25

Intervalo	F	Fa	Ef.Xi	d'	F. Id'I	F.Id'I2
1	2	2	2	10	20	200
2	2	4	4	9	18	162
5	3	7	15	6	18	108
6	2	9	12	5	10	50
7	2	11	14	4	8	32
8	4	15	32	3	12	36
10	4	19	40	1	4	4
11	2	21	22	0	0	0
13	2	23	26	2	4	8
14	3	26	42	3	9	27
16	2	28	32	5	10	50
18	4	32	72	7	28	196
20	2	34	40	9	18	162
25	1	35	25	14	14	196
	35		378			1231

N= 35
 Xs = 25
 X1 = 1
 X = 11
 $\sigma = 5.93$

$$\bar{X} = \frac{Ef.m}{N} = \frac{378}{35} = 10.8 = 11$$

$$\sqrt{\frac{Ef.l d' l^2}{N}} = \sqrt{\frac{1231}{35}} = \sqrt{35.17} = 5.93$$

Significación

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{5.93}{\sqrt{35-1}} = \frac{5.93}{5.83} = 1.08$
3. $R_c = \bar{X} \pm \frac{11}{\sqrt{X}} = 10.18$
4. $R_c \geq$ Nivel de confianza $10.18 \geq 2.58$ es significativo

Fiabilidad

1. Nivel de confianza 99% $Z = 2.58$
2. $\sigma_{\bar{X}} = \frac{5.93}{5.83} = 1.08$
3. $\epsilon = \text{nivel de confianza} * \sqrt{\bar{X}} = 2.58 * 1.08 = 2.79$
4. I. C. = $\bar{X} - \epsilon = 11 - 2.79 = 8.21$
 $\bar{X} + \epsilon = 11 + 2.79 = 13.79$ es fiable