



**UNSA**  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y  
DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA  
PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019”**

Tesis presentada por la Bachiller en Medicina:

**Toro Valencia Mireya Elizabeth**

Para Optar:

**Título Profesional de Médico Cirujano**

Tutora:

**Dra. Blanca Linares Silva**

**Arequipa - Perú 2019**

## DEDICATORIA

*A dios por haber guiado mis pasos, por darme las fuerzas para seguir adelante.*

*A mis padres Marco y Elizabeth, por su apoyo incondicional, quienes me enseñaron del coraje que se requiere para alcanzar mis metas, de la perseverancia para no rendirme y de la valentía necesaria para superar cada obstáculo.*

*A mis hermanas: Madeley que con su ejemplo aprendí de la constancia y del esfuerzo, a Melany que con su vivacidad y carisma hizo mis días más alegres.*

*A mis tutores y maestros quienes me dieron las luces del conocimiento, a mis amigos quienes están y quienes no están, quienes colaboraron directa o indirectamente en mi formación.*

## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
Justificación.....	3
Antecedentes.....	6
<b>Capítulo I</b> .....	<b>9</b>
Fundamento Teórico.....	9
Salud mental.....	9
Trastorno depresivo.....	9
Trastorno ansioso.....	21
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.....	32
<b>Capítulo II</b> .....	<b>38</b>
Métodos.....	38
Ámbito y periodo de estudio.....	38
Población.....	38
Técnicas y procedimientos.....	38
Tipo de estudio.....	38
Técnicas y análisis estadístico.....	38
Recolección y registro de datos.....	41
Análisis Estadístico.....	41
Aspectos éticos.....	42
<b>Capítulo III</b> .....	<b>43</b>
Resultados.....	43
<b>Capítulo IV</b> .....	<b>55</b>
Discusión.....	55
<b>Capítulo V</b> .....	<b>58</b>
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	59
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>60</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>66</b>

## RESUMEN

Las enfermedades mentales deben ser atendidas prioritariamente por su alta prevalencia y su impacto tanto individual como colectivo actualmente los trastornos mentales son un verdadero problema de salud pública en nuestro país, por ello es de gran importancia conocer la condición actual de la salud mental de nuestros jóvenes, en esto radica la importancia de la prevención en salud que busca este trabajo. **Objetivo:** Determinar la relación entre el trastorno de déficit de atención, depresión y nivel de ansiedad en los estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019. **Método:** Se realizó un estudio Observacional, prospectivo, transversal en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel a quienes se les aplicó 3 escalas de evaluación, la escala de Birleson para depresión, la escala de ansiedad de Beck y la escala autoaplicada de TDAH. **Resultados:** El 20.3% de los estudiantes presentó sintomatología compatible con TDAH, el ítem con mayor frecuencia fue “¿Con cuanta frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?” Con un 45.45%; el 30.9% de los estudiantes presentó cierto grado de depresión, el ítem con mayor frecuencia fue “Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo” con un 77.62%; mientras que el 64.1% de los estudiantes presentó ansiedad leve, el 23% presentó ansiedad moderada y el 12.9% presentó ansiedad severa, siendo el items con mayor frecuencia: Nervioso con un 48.59%. **Conclusión:** Se evidencia que del total de estudiantes con cierto grado depresión el 38.8% presentó ansiedad leve, 40.3% presentó ansiedad moderada y 20.9% presentó ansiedad severa, mientras que del total de estudiantes con sintomatología compatible con TDAH el 47.7% presentó cierto grado de depresión, 38.6% presentó ansiedad muy baja, 40.9% presentó ansiedad moderada y 20.5% presentó ansiedad severa. Encontrándose relación entre estos trastornos.

**Palabras Clave:** Depresión, ansiedad, déficit de atención, salud.

## ABSTRACT

Mental illnesses must be treated as a priority because of their high prevalence and their individual and collective impact. Currently, mental disorders are a real public health problem in our country, so it is very important to know the current mental health condition of our young people. , in this lies the importance of health prevention that seeks this work. **Objective:** To determine the relationship between attention deficit disorder, depression and anxiety level in the students of the Mendel 2019 pre-university academy. **Method:** An observational, prospective, cross-sectional study was conducted in students of the Mendel pre-university academy to whom they were assigned. applied 3 assessment scales, the Birleson scale for depression, the Beck anxiety scale and the self-reported scale of ADHD. **Results:** 20.3% of the students presented symptomatology compatible with ADHD, the item most frequently was "How often do you make careless mistakes when you have to work on a boring or difficult project?" With 45.45%; 30.9% of the students presented a certain degree of depression, the item with more frequency was "I think that whatever I do I will not achieve what I want" with 77.62%; while 64.1% of the students presented mild anxiety, 23% presented moderate anxiety and 12.9% presented severe anxiety, the items being more frequent: Nervous with 48.59%. **Conclusion:** It is evident that of the total of students with a certain degree of depression, 38.8% presented mild anxiety, 40.3% presented moderate anxiety and 20.9% presented severe anxiety, while of the total of students with symptoms compatible with ADHD, 47.7% presented a certain degree of anxiety. depression, 38.6% presented very low anxiety, 40.9% presented moderate anxiety and 20.5% presented severe anxiety. Finding a relationship between these disorders.

**Keywords:** Depression, anxiety, attention deficit, health.

## INTRODUCCIÓN

### 1.- Justificación

La salud como tal, es un concepto bastante amplio, incluye diversas interpretaciones, lo que significa “sentirse bien”, pero va más allá del “no sufrir alguna enfermedad”(1); en nuestra vida cotidiana no se le da la misma importancia a los trastornos mentales como a la salud física, sin embargo recordemos que la salud mental forma parte integral de ese “sentirse bien”.

La salud mental por definición de la OMS es: “El estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad”(2); dándonos cuenta que el deterioro de la salud mental impide a las personas llegar a ser lo que desean, viendo frustrados sus sueños, no alcanzando sus metas, no pudiendo afrontar los obstáculos del día a día, lo cual no les permite realizar plenamente su proyecto de vida; desencadenando una futura falta de productividad, una total incapacidad de desenvolverse, generando a su vez frustración, estrés, violencia, maltrato, pobreza, incapacidad y muerte.

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas, en general se caracterizan por una combinación de alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta, las relaciones interpersonales, según el reporte de la OMS 2017 de trastornos mentales la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo son los más frecuentes. (3)

Tanto la niñez como la adolescencia son etapas cruciales en el desarrollo humano, producto de diversos y profundos cambios a nivel físico, social y psicológico.

En nuestro país existe una importante incidencia de psicopatología en la población infante juvenil. Según estudios nacionales e internacionales se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es entre un 15% a 30% en la población menor de 18 años de edad (4). Según el estudio realizado por Haquin aplicado en una población infante juvenil, encontró que la mayoría de trastornos mentales se

presentan en mujeres, el bajo auto concepto es el principal factor de riesgo para desarrollar estos trastornos, como son depresión, intento suicida, ansiedad por el futuro , a medida que avanzamos en el desarrollo las conductas de riesgo aumentan en relación al abuso de alcohol, drogas; el bajo sentido de pertenencia y falta de aceptación también se vio considerado como factor de riesgo, así como la violencia familiar y el bulling (4). Uno de cada 5 niños sufre un Trastorno psiquiátrico y solo el 16% de ellos reciben una atención oportuna (5).

Hallazgos recogidos en universidades nacionales y extranjeras, muestran altas incidencias de cuadros de salud mental en universitarios, se encontraron tasas significativas para trastornos adaptativos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, desordenes de personalidad y antecedentes de conducta suicida. Un alto porcentaje presenta alteraciones clínicas ligadas a ansiedad y depresión. Se encuentra mayor incidencia de trastornos adaptativos que de otros trastornos; y diferencias significativas según género para diversos trastornos, siendo el sexo femenino el más afectado. (6) Los trastornos de depresión son las patologías más frecuentes, se estima que para el 2020 será la enfermedad de mayor ocurrencia en el mundo, calculándose que entre el 8 y 18% de la población sufrirá al menos un episodio depresivo significativo durante su vida. Estudios señalan que los cuadros depresivos en universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general y grupo etario correspondiente (6).

Un grupo de especial interés es el constituido por preuniversitarios, grupo surgido por las deficiencias de la educación secundaria como institución educativa, que obliga a una preparación extra de los estudiantes para aumentar sus posibilidades de superar los exámenes de admisión a la universidad, así como para seguir con éxito sus estudios universitarios (7).

Las diversas academias les proporcionan la posibilidad de ampliar sus conocimientos a través de sus esquemas de enseñanza y exigencias, sin embargo se ha visto dificultad en estudiantes universitarios en sus primeros años de amoldarse a esa nueva forma de enseñanza, donde se fomenta la participación, la discusión, la investigación, el pensamiento crítico y la competencia (8); las academias son caracterizadas por la necesidad de mostrar resultados inmediatos,

sacrificando otros tipos de aprendizaje, se descuida la salud mental propia de esta etapa del desarrollo y se vuelve prioridad el ingreso generando en ellos estrés, exigencia y competencia.

La depresión se ha convertido en un verdadero problema de salud pública según la OMS (9). La ansiedad a su vez es una de las patologías psiquiátricas con las tasas más altas en los adolescentes afectando alrededor del 20% de la población (10), tanto el miedo como la ansiedad son reacciones normales de defensa ante el estrés, ante lo desconocido, es un estado protector en la preservación del individuo; no obstante cuando esta reacción es desproporcionada en intensidad y frecuencia, limita la actividad diaria del individuo, se convierte en motivo de sufrimiento, generando una repercusión emocional, social y eventualmente académica que posteriormente conllevará a psicopatologías más complejas.

El déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno plurisintomático de origen neurobiológico que en la actualidad afecta entre el 3% - 5% de los niños (11), siendo esta patología poco estudiada en nuestro medio, es en el siglo XIX donde se empiezan a dar las primeras luces de esta patología; hoy en día siguen siendo muchas las incógnitas que existen alrededor de este trastorno.

Las enfermedades mentales deben ser atendidas prioritariamente, su alta prevalencia y su impacto tanto individual como colectivo hacen de los trastornos mentales un verdadero problema de salud pública en nuestro país (1).

Dada la magnitud del problema con el presente trabajo se quiere dar a conocer la condición actual de la salud mental de jóvenes preuniversitarios, establecer la relación de alguno de estos trastornos; fomentar un diagnóstico precoz que permita una mejor calidad de vida. Pretendemos lograr que nuestra sociedad tome conciencia de lo frágil y delicada que es la salud mental y como una falta de diagnóstico y tratamiento puede traer un desenlace fatal a nivel personal y social

La salud mental es fundamental para la salud pública, en esto radica la importancia de la prevención en salud que busca este trabajo.



## 2.- Antecedentes

Se han realizado diversos estudios, entre ellos encontramos:

- “Asociación de trastorno ansioso y trastorno de déficit de atención en estudiantes de la academia preuniversitaria Bryce”, Puma María; realizó el estudio en 88 alumnos, divididos en dos grupos uno con TDAH y otro sin TDAH encontrando que existe asociación estadísticamente significativa entre trastorno de Ansiedad y TDAH (12).

- “Relación De Los Vínculos Parentales Con Depresión Y Niveles De Ansiedad En Estudiantes De La Academia Preuniversitaria Mendel, Arequipa 2018”, Chambilla Deysi. Realizó una encuesta en 200 estudiantes, encontrando ansiedad mínima en 23%, depresión en 9.50%, síntomas depresivos en 35% de estudiantes, y no se encontró depresión en 55.50% de casos, se encontró una asociación de regular a buena intensidad entre ambas variables ( $r = 0.50$ ) (13).

- “Relación Entre Los Niveles De Ansiedad, Depresión Y Sobrecarga Con Los Factores Asociados A Los Cuidadores Principales De Pacientes En Terapia De Diálisis Del HRHDE - 2016”. Conde Fiorella encontró Ansiedad en 61.4% de la población, ansiedad mayor en 28.6%; depresión en 63.2% del total y un nivel de sobrecarga en 82.5% de los cuidadores principales (14).

- “Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos”, Castillo y Sánchez, tomó una muestra representativa de escolares entre 4 y 17 años, encontró que la prevalencia de TDAH fue del 20,4%, concluyendo que la prevalencia del TDAH en la población escolar es alta (15).

- “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes de 10 a 17 años en Chía, Colombia.” Ospina F. Hinestrosa M. Paredes M. Guzmán Y. Granados C, realizo un estudio en 538 estudiantes de 10 – 17 años, del 2008 al 2010; encontrando síntomas ansiosos o depresivos en el 40.5% de la población, de los cuales 28.3% presentó síntomas de ansiedad exclusivamente, 3.3% síntomas de depresión y síntomas de ansiedad y depresión en 8.9% (31).

- “Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. Mulas F y col. Hicieron una descripción de las

comorbilidades que se presentan con mayor frecuencia en adolescentes con TDAH, encontraron que los trastornos asociados más frecuentes son: Actitud oposicionista desafiante (33%), alteraciones de la conducta (25%), la ansiedad (25%), problemas de aprendizaje (22%) y la depresión (22%), concluyeron también que en la adolescencia la falta del control inhibitorio y la capacidad pobre para aprender de sus propios errores facilitan la aparición de trastornos comórbidos neuropsiquiátricos (33).

- “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes”, Rodillo Eliana, en su metanálisis en adolescentes con TDAH, encontró que los subtipos más frecuentes son el subtipo inatento y el combinado, se ha visto que el subtipo inatento, más evidente en esta edad, tiende a manifestar mayor dificultad social, ansiedad y depresión, comparado con el subtipo combinado, debido a las demandas de independencia y la complejidad en el funcionamiento social (34).

- “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como factor asociado a depresión”, Andrade Carmen, realizó un estudio en 454 niños y adolescentes de 3 centros educativos y encontró asociación entre TDAH y depresión, la proporción de TDAH en el grupo con depresión fue de 10.1%, concluyó que el TDAH es un factor asociado a depresión en niños y adolescentes (35).

- “Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE”, Margomino M, realizó un estudio en 234 adolescentes con TDAH, de los cuales el 50.4% presentaron comorbilidades psiquiátricas con predominio de los trastornos del aprendizaje y de la comunicación en el 20.1% y los trastornos de ansiedad 19.2%, reflejando mayor ansiedad comórbida en estos pacientes (36).

### **3.- Formulación del problema, hipótesis y objetivos:**

#### **3.1 Problema:**

¿Existe relación entre el trastorno de déficit de atención, depresión y nivel de ansiedad en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019?

#### **3.2 Hipótesis:**

Existe relación entre el Trastorno de Déficit de Atención, Depresión y nivel de Ansiedad en estudiantes preuniversitarios de la academia Mendel 2019

#### **3.3 Objetivos:**

##### **3.3.1 General:**

- Determinar la relación entre el trastorno de déficit de atención, depresión y nivel de ansiedad en los estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019.

##### **3.3.2 Específico:**

- Determinar la prevalencia de déficit de atención, depresión y nivel de ansiedad en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019.
- Establecer la relación entre depresión y nivel de ansiedad en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019.
- Establecer la relación entre TDAH y depresión en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019.
- Establecer la relación entre TDAH y nivel de ansiedad en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019.

# CAPÍTULO I

## FUNDAMENTO TEÓRICO

### **1.- Salud mental:**

Es definida como la ausencia de trastornos mentales. Según la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2,3) Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades (1).

La salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, el riesgo es más alto en los pobres, desempleados, bajo grado de instrucción, poblaciones indígenas, mujeres maltratadas, jóvenes vulnerables.

En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente relacionadas. Conociendo esta interdependencia es que surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos (1)

### **2.- Trastorno Depresivo:**

#### **2.1 Definición:**

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, en una relación de 3 a 1 (1), las mujeres son las proclives a tener bajos niveles de serotonina, lo que condiciona esta patología.

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración, también puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Por otro lado, el efecto en el área cognitiva puede ser tan difícil que las tareas más simples sean imposibles de cumplir (16).

Se dispone de tratamientos eficaces, la depresión de leve a moderada puede ser tratada con terapias que utilizan el diálogo, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección para la depresión leve. Tampoco se deben emplear para tratar la depresión infantil y no son el tratamiento de elección en los adolescentes, a quienes se deben prescribir con cautela (1, 16).

## **2.2 Diagnostico según el DSM V (17)**

- **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)**

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Nota:** La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

**Nota:** Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

- **Trastorno de depresión mayor:**

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

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
3. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
4. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
5. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
6. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
7. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
8. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
9. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

10. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

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

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo.

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

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

- **Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)**

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

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



**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de

trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

- **Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)**

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del Trastorno disfórico premenstrual inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio

1. B. 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). Procedimientos de registro Si los síntomas no se han confirmado mediante evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar “provisional” después del nombre del diagnóstico (es decir, “trastorno disfórico premenstrual, provisional”).

- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:**

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

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Nota: Sólo se hará este

diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:**

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave). Otro trastorno depresivo especificado

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- **Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “episodio

depresivo de corta duración”). Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

**1. Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

**2. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

**3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

- **Otro trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9):**

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

depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

- **Especificadores para trastornos depresivos:**

**Especificar si:**

**Con ansiedad:** La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual: Leve: Dos síntomas. Moderado: Tres síntomas. Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas. Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora. Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

### **2.3 Tratamiento <sup>(19)</sup>**

El tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos (y en algunos casos específicos para los leves). Hasta el momento, la gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina

(NA). Los efectos secundarios suelen presentarse dentro de los primeros días de iniciar un fármaco debido al aumento de los neurotransmisores implicados, mientras que el efecto clínico de mejoría en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas tras el inicio debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores. En general, la eficacia de los antidepresivos actuales es comparable entre ellos. El tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar entre 6 y 12 meses posteriores a la remisión de los síntomas para evitar la recurrencia.

#### **- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)**

En la década de los 80 apareció en el mercado el primer ISRS que revolucionaría el tratamiento farmacológico, la fluoxetina. El mecanismo de acción común de este grupo de antidepresivos es la inhibición del transportador de serotonina (SERT), que en condiciones normales reintroduce la serotonina sináptica a la neurona para ser reciclada. De esta manera, es libre de actuar en receptores postsinápticos y en autorreceptores 5-HT<sub>1A</sub>. Actualmente se encuentran disponibles 6 ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram), los cuales comparten el mecanismo de bloqueo en SERT, aunque difieren en su acción secundaria sobre otros receptores, razón por la cual algunos son conocidos como antidepresivos “duales”. Esto no sólo incrementa las concentraciones sinápticas de 5-HT y NA, sino que también aumenta las concentraciones de DA a nivel de corteza prefrontal. Los IRSN disponibles en la actualidad son venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran.

#### **- Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND)**

Este tipo de antidepresivos ejerce su acción a través de la inhibición del NAT y DAT, lo que incrementa las concentraciones sinápticas de NA y DA. Su acción sobre DA le otorga propiedades antidepresivas activantes o estimulantes, mientras que al no actuar directamente sobre 5-HT carece de efectos adversos relacionados como la disfunción sexual. El único fármaco disponible de este grupo es el bupropión o anfebutamona.

#### **- Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN)**

Como su nombre lo indica, los ISRN bloquean el NAT, provocando mayor disponibilidad sináptica de NA general, y de DA a nivel de corteza prefrontal. Su uso clínico como antidepresivos actualmente es controversial, y principalmente se indican como tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estos fármacos son la reboxetina y la atomoxetina.

#### **- Antidepresivos tricíclicos (ATC)**

Tras el descubrimiento de la clorpromazina como tratamiento antipsicótico para pacientes con esquizofrenia, el desarrollo de nuevas moléculas similares en cuanto a su estructura química (tres anillos de benzeno) permitió la aparición de la imipramina como el primer antidepresivo de este grupo. Posteriormente aparecieron la desipramina, maprotilina, nortriptilina, amitriptilina y clomipramina. Los ATC, al igual que los IRSN o duales, bloquean la recaptura de serotonina y noradrenalina. Sin embargo, los ATC además tienen acciones farmacológicas de relevancia sobre receptores H1 histaminérgicos,  $\alpha$ 1 adrenérgicos y canales de sodio sensibles a voltaje, lo que ocasiona efectos secundarios frecuentes y en ocasiones poco tolerados.

#### **- Antidepresivos multimodales**

De reciente introducción a la terapéutica psiquiátrica, estos fármacos ejercen su efecto antidepresivo a través de una combinación de múltiples mecanismos de acción: inhibición de SERT, DAT y NET, agonismo de receptores 5-HT1A y 5HT1B/D, antagonismo de 5-HT7 y 5-HT3. Entre ellos, se encuentra la vortioxetina, la cual además de su efecto antidepresivo, promete mejorar los síntomas cognitivos del TDM con un perfil más tolerable de efectos adversos

### **3.- Trastorno de Ansiedad**

#### **3.1 Definición:**

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es sinónimo de preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región de la geografía corporal. Implica el presentimiento de que algo grave le va a



ocurrir al sujeto (20), se concibe la ansiedad como una “reacción adaptativa de emergencia”, por lo cual los mecanismos de defensa se activan mediante el sistema nervioso central y la liberación de catecolaminas.

### **3.2 Diagnostico según el DSM V (17)**

- **Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)**

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

- **Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)**

A. Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.

C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.

E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

- **Fobia específica**

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

- **Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10)**

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva. Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

- **Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)**

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.

7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

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

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

- **Agorafobia 300.22 (F40.00)**

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la

situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

- **Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)**

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:**

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente: Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Nota: Sólo se hará este



diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

- **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)**

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. Otro trastorno de ansiedad especificado

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

- **Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

### **3.3 Tratamiento (20)**

El tratamiento debe ser multimodal, es decir debe incluir la educación a los padres y al paciente acerca de las características del trastorno, el acercamiento, la intervención psicoterapéutica y, desde luego la farmacoterapia. La selección del tratamiento se basa en las características individuales del paciente y su familia.

Entre los tratamientos psicoterapéuticos útiles en el manejo de los trastornos de ansiedad en adolescentes se encuentran:

- **Terapia cognitivo conductual:** Le permite al adolescente examinar patrones confusos y distorsionados de pensar. El terapeuta enseña al adolescente habilidades de afrontamiento y le provee oportunidades para el cambio de pensamiento por ejemplo pasando del “no puedo” a hacerlo o de “algo malo va a pasar” al “lo voy a intentar”, “puede ser que algo ocurra”. Esta técnica sin embargo, requiere de ciertas habilidades intelectuales, que la hacen inadecuada para adolescentes con deficiencia mental.

- **Terapia de Grupo:** Mediante su interacción con sus pares y a través de ésta dinámica el adolescente podrá aumentar la comprensión de su padecimiento y mejorar sus destrezas sociales.

- **Terapia Familiar:** Facilita a la familia funcionar de manera más positiva y constructiva al explorar los patrones de comunicación además de proveer apoyo y educación.

- **Terapia Conductual:** Consiste en entrenar a los padres y otros familiares en los principios de las técnicas operantes, fundamentalmente se les enseña a premiar los pequeños avances del adolescente y a dejar de reforzar conductas que, aunque parecen aliviar la angustia del paciente, no hacen sino prolongarla innecesariamente.

- **Tratamiento farmacológico:** En el tratamiento farmacológico se han utilizado principalmente los inhibidores selectivos de la recaptura de la Serotonina (ISRS). El tratamiento varía según el trastorno de la ansiedad presente y la comorbilidad. Los ISRS son generalmente bien tolerados, ocasionan efectos secundarios leves de tipo gastrointestinal (gastritis), cefalea, incremento de la actividad motora e insomnio. El ISRS se inicia con (equivalente de fluoxetina) 10 mg/día los dos primeros días y se incrementa 20 mg/día, debe considerarse un incremento de la dosis del ISRS cuando no se ha observado mejoría en la cuarta semana de tratamiento. Cuando se ha alcanzado una notable reducción de los síntomas (>50%) se recomienda mantener el tratamiento durante un año a partir de ese

momento y reiniciarse si se suspende y ocurre una recaída de los síntomas. Existen otros fármacos que pueden ser utilizados, los antidepresivos noradrenergicos y serotoninergicos, como la Venlafaxina, sola o en combinación con ISRS.

#### **4.- Trastorno de déficit de atención:**

##### **4.1 Definición:**

Es un trastorno de carácter neurobiológico frecuentemente originado en la infancia y que puede persistir en la adolescencia y edad adulta, que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, que produce problemas en múltiples áreas de funcionamiento, dificultando el desarrollo social, emocional y cognitivo de la persona que lo padece (21).

Suele diagnosticarse a partir de los 6 años o cuando el niño comienza la etapa escolar; los síntomas nucleares del TDAH son independientes unos de otros, no todos los niños con el trastorno manifiestan los mismos síntomas, ni con la misma intensidad; es decir que a veces puede manifestarse solo uno de los síntomas (21).

Debido a la complejidad del TDAH no puede identificarse una única causa, sin embargo se ha identificado que las causas se deben a factores principalmente genéticos en un 76% y ambientales; se ha demostrado que los familiares de personas con TDAH tienen 5 veces más riesgo de desarrollar esta enfermedad.

A medida que ha pasado el tiempo se han ido incrementando los porcentajes de personas que padecen este cuadro, a la vez que ha ido disminuyendo la edad a la que puede ser diagnosticado. Si bien hace unos años se estimaba la prevalencia del TDAH en el 4%-6%, los últimos estudios epidemiológicos dan cifras que rondan el 20% y hasta los más prudentes sitúan la prevalencia por encima del 10% (21).

En el 70% de los casos el TDAH suele asociarse con otros trastornos comorbidos, en adolescentes se puede asociar con el trastorno negativista desafiante 50%, Trastorno del sueño 50%, trastorno de conducta 40%, trastorno de ansiedad 30%, trastorno del espectro autista 28%, TICS 11%, trastornos de ánimo 4%; lo que complica el diagnóstico, empeora la evolución y la respuesta al tratamiento (21)

##### **Clasificación:**

Se consideran 3 tipos de TDAH:

- Predominantemente hiperactivo/impulsivo
- Predominantemente de falta de atención
- Combinado déficit de atención e hiperactividad / impulsividad

#### **4.2 Diagnóstico según el DSM V (17)**

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

**1. Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

**2. Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales: Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno

mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

- **Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado  
314.01 (F90.8)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico” y a continuación el motivo específico (p. ej., “con síntomas de inatención insuficientes

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado  
314.01 (F90.9)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

### 4.3 Tratamiento (22)

- **Tratamiento farmacológico:** aunque todavía no se conoce la exactitud del origen del TDA-H, se sabe que este trastorno tiene una base neurológica. Es decir, las dificultades para focalizar la atención en un estímulo concreto y la falta de autocontrol están relacionadas con irregularidades en la producción de determinados transmisores cerebrales. Entre los fármacos utilizados para este trastorno se encuentran los que actúan sobre las vías dopaminérgicas como el metilfenidato y los fármacos que actúan sobre las vías noradrenérgicas como la atomoxetina. El apoyo farmacológico mejora el rendimiento escolar del niño, ya que responde a las demandas escolares más rápidamente, está más dispuesto a trabajar en clase y se anima porque se da cuenta de que los progresos son más visibles.

- **Tratamiento cognitivo-comportamental:** El objetivo de este tratamiento es la consecución de una autonomía total por parte del niño en los diferentes ámbitos de su vida: autocontrol, adaptación a las normas, hábitos diarios, orden, colaboración, autoevaluación, capacidad para seleccionar información relevante de la irrelevante, autocorrección, una autoestima sana y relaciones satisfactorias con las personas que los rodean

Se utilizan dos tipos de técnicas diferentes:

-**Técnicas cognitivas:** Como las autoinstrucciones, autoafirmaciones, toma de conciencia de los procesos mentales

-**Técnicas comportamentales:** Orientadas a mantener al niño trabajando en la tarea, al mismo tiempo que se intenta controlar su impulsividad, disminuir el tiempo en que el niño está fuera de la tarea. Estas técnicas se fundamentan en la administración de refuerzos o castigos para controlar las conductas positivas o negativas del niño.



## **CAPÍTULO II**

### **MÉTODOS**

#### **1.- Ámbito y período de estudio:**

El estudio se realizó en la academia preuniversitaria Mendel, ubicada calle Jerusalén 607 – Cercado en febrero 2019.

#### **2.- Población de estudio:**

Estudiantes que pertenecen a los 3 primeros grupos y 3 últimos grupos que postulan en el Proceso de admisión Ordinario UNSA del área de biomédicas de la academia preuniversitaria Mendel

De un total de 249 fichas recolectadas, se excluyeron 32 fichas, por presentar alguna enfermedad crónica, por tener diagnóstico previo de ansiedad, depresión o TDAH, por estar mal llenadas o por negarse a participar en el estudio, siendo válidas para el estudio un total de 217 fichas que cumplieron los criterios de selección.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que firmen el consentimiento informado.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Estudiantes que no asistan el día que se realice la recolección de datos.
- Estudiantes que reciban tratamientos con psicofármacos
- Estudiantes que tengan alguna afección médica o discapacidad grave
- Estudiantes que se encuentren bajo los efectos de bebidas alcohólicas o cocaína
- Estudiantes que sufran trastornos esquizoafectivos o maníacos
- Llenado incorrecto o incompleto de las fichas

#### **3.- Técnicas y Procedimientos:**

##### **3.1 Tipo de estudio:**

Según Altman el siguiente estudio es Observacional, prospectivo, transversal

### **3.2 Técnicas y análisis estadístico:**

Se utilizaran tres escalas de evaluación:

#### **3.2.1 Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale, DSRs):**

En el año 1981 Peter Birleson en Inglaterra, desarrollo la primera escala autoaplicada, concebida desde sus inicios para medir trastornos depresivos moderados o severos en niños, reportando valores aceptables de confiabilidad y validez (23).

La traducción y validación de la Escala fue realizada en un estudio por De la Peña y colaboradores (1996) en el que se aplicó la escala a 349 adolescentes de 13 a 19 años, agrupados en dos poblaciones: la primera de 138 jóvenes y la segunda de 211 jóvenes. La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach, se obtuvo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 81%.

La prueba consta de 21 items con 3 alternativas para escoger: Siempre, a veces, Nunca.

Evalúa la descripción de los sentimientos del paciente durante la semana anterior a la prueba. La puntuación dada es de la siguiente manera según sea el ítem

- |              |              |
|--------------|--------------|
| a. Siempre 0 | b. Siempre 2 |
| A veces 1    | A veces 1    |
| Nunca 2      | Nunca 0      |

El umbral para esta escala es de 13 pts, lo que quiere decir lo siguiente

Puntajes por encima de 13 son pacientes que tienen depresión en cierto grado que va aumentando conforme aumente el puntaje obtenido en el paciente; los puntajes por debajo de 13 son pacientes tipificados como normales.

#### **3.2.2 Escala de Ansiedad de Beck - BAI (Beck Anxiety Inventory; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)**

Es una de las escalas más utilizadas para medir sintomatología ansiosa, fue publicada en 1988 (24).

Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación (38).

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- > 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

### **3.2.3 Escala autoaplicada de TDAH:**

Las investigaciones sugieren que los síntomas del TDAH pueden persistir hasta la edad adulta y tener un impacto significativo sobre las relaciones personales, la trayectoria profesional y hasta la seguridad personal de los pacientes que sufren este trastorno. Debido a que muchas veces este trastorno no se comprende bien, muchas personas que lo padecen no reciben el tratamiento adecuado y, como resultado, nunca alcanzan su máximo potencial. Parte del problema es que puede ser difícil de diagnosticar, particularmente en los adultos.

En enero del 2016 la Revista Mexicana de Neurociencias con su artículo "Validación del inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES – TDAH) ajustado al DSM – V", da validez a esta escala (25).

El cuestionario auto informado de cribado del TDAH del adulto (ASRS v1.1) consta de 6 preguntas y el sistema de calificación se desarrollaron conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Adult ASRS v1.1) consta de 18 preguntas (25).

Los primeros 6 ítems correspondientes a la Sección A, evalúan la sintomatología compatible con inatención, los primeros 6 ítems de correspondientes a la Sección B evalúan la sintomatología compatible con hiperactividad, y los 6 ítems siguientes evalúan la sintomatología correspondiente a impulsividad.

El cuestionario consta de dos partes, a y b, se suma el número de marcas que hace el paciente en la zona sombreada cuatro (4) marcas o más indican que sus síntomas pueden ser compatibles con los del TDAH del adulto.

### **3.3 Recolección y registro de datos:**

Se solicitó autorización a la Dirección de la academia preuniversitaria Mendel para la realización del estudio y para la recolección de datos en sus estudiantes, se explicó a los alumnos la finalidad del presente trabajo y se les pidió firmar un consentimiento informado, se aplicó la Escala de Birleson para depresión en adolescentes, la escala de ansiedad de Beck y la escala auto aplicada de TDAH en el adulto, todos estos datos fueron recolectados y vaciados en una base de datos de Excel 2013, para posteriormente ser analizados por el programa estadístico SPSS versión 23.

Además se realizó una prueba piloto con la Escala Autoaplicada de TDAH a 13 estudiantes de otra academia preuniversitaria, en la cual 5 estudiantes presentaban sintomatología compatible con TDAH y 8 estudiantes no la presentaban.

### **3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico:**

Una vez obtenidos los datos se generaron tablas univariadas con frecuencias absolutas y relativas y tablas de contingencia o de doble entrada para determinar la relación entre las variables, %, los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 23.

Se entregó el resultado de las encuestas a la dirección de la academia para que fueran entregados a los estudiantes que participaron en el estudio.

### **3.5 Aspectos éticos:**

Para la ejecución de la investigación se contó con la autorización de la Dirección de la academia preuniversitaria Mendel quienes brindaron los permisos respectivos, así mismo se informó acerca de los motivos de dicha investigación, los resultados de dicha investigación serán de uso reservado.

### CAPÍTULO III

#### RESULTADOS

#### RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019

TABLA N° 1

#### DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
14-16	74	34.1
17-19	138	63.6
20-22	3	1.4
23-25	2	0.9
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN POR EL SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA  
PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019**

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	73	33.6
Femenino	144	66.4
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA Nº. 3**

**DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA  
ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019**

<b>TDAH</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	44	20.3
No	173	79.7
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>



**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N°. 4  
ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE LA ESCALA AUTOAPLICADA  
DE TDAH EN EL ADULTO EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA  
PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019**

	Nunca	Raras	A	A	Muy a	
	%	veces	veces	menudo	menudo	
	%	%	%	%	%	
1	6.82	38.64	40.91	11.36	2.27	100
¿Con cuanta frecuencia tiene problemas en finalizar los últimos detalles de un proyecto, una vez que las partes más difíciles han sido hechas?						
2	11.36	22.73	31.82	29.55	4.54	100
¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades para tener las cosas en orden cuando tiene que realizar una tarea que requiere organización?						
3	13.64	18.18	38.64	22.73	6.81	100
¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades a la hora de recordar citas u obligaciones?						
4	6.82	38.64	27.27	20.45	6.82	100
Cuándo tiene que realizar una tarea que requiere de gran esfuerzo mental ¿con cuanta frecuencia evita o retrasa su comienzo?						
5	4.55	9.09	27.27	27.27	31.82	100
¿Con cuanta frecuencia juguetea o retuerce sus manos o pies cuando tiene que estar sentado durante mucho tiempo?						
6	4.55	4.54	38.64	36.36	15.91	100
¿Con cuanta frecuencia se siente excesivamente activo o con la necesidad de hacer cosas, como si estuviera impulsado por un motor?						
7	6.82	20.45	<b>45.45</b>	22.73	4.55	100
¿Con cuanta frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?						

8	¿Con cuanta frecuencia tiene problemas a la hora de mantener su atención cuando está realizando un trabajo aburrido o repetitivo?	9.09	18.18	31.82	<b>36.36</b>	4.55	100
9	¿Con cuanta frecuencia tiene problemas para concentrarse en lo que la gente dice, incluso cuando le están hablando directamente?	11.4	22.73	<b>40.91</b>	18.18	6.78	100
10	¿Con cuanta frecuencia extravía o tiene problemas para encontrar cosas en casa o en el trabajo?	9.09	25	31.82	22.73	11.36	100
11	¿Con cuanta frecuencia se distrae por la actividad o el ruido de su alrededor?	4.55	18.18	31.82	<b>33.82</b>	11.63	100
12	¿Con cuanta frecuencia abandona su asiento en encuentros y en otras situaciones en que se espera que se mantenga sentado?	15.9	38.64	34.09	2.27	8.64	100
13	¿Con cuanta frecuencia se encuentra intranquilo o inquieto?	4.55	27.27	40.91	25	2.27	100
14	¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades en serenarse y relajarse cuando tiene tiempo para sí mismo?	6.82	25	38.64	20.45	9.09	100
15	¿Con cuanta frecuencia se encuentra a si mismo hablando demasiado cuando se encuentra en situaciones sociales?	9.09	31.82	25	18.18	15.91	100
16	Cuando está en una conversación ¿Con cuanta frecuencia se encuentra a si mismo finalizando las frases de la gente a la que está hablando, antes de que puedan terminarlos ellos mismos?	11.37	22.73	<b>36.36</b>	18.18	11.36	100
17	¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades en esperar su turno en situaciones en las que se requiere esperar turno?	9.09	31.82	27.27	29.55	2.27	100
18	¿Con cuanta frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?	15.9	36.36	22.73	15.91	9.1	100

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N°. 5**

**DEPRESION EN LOS ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

<b>Depresión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Cierto grado	67	30.9
Normal	150	69.1
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N°. 6  
ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE BIRLESON EN ESTUDIANTES  
DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019**

		Siempre	Algunas veces	Nunca	
		%	%	%	
1	Me interesan las cosas, tanto como antes	11.9	79.6	8.50	100
2	Duermo muy bien	14.9	74.6	10.5	100
3	Me dan ganas de llorar	14.96	73.1	11.94	100
4	Me gusta salir con mis amigos	22.4	56.7	20.9	100
5	Me gustaría escapar, salir corriendo	23.9	50.7	25.4	100
6	Me duele la barriga, cabeza y otros sitios de mi cuerpo	23.9	65.7	10.40	100
7	Tengo ganas de hacer las cosas	34.3	62.72	2.98	100
8	Disfruto de la comida	43.3	50.73	5.97	100
9	Puedo defenderme por mi mismo	41.8	49.3	8.9	100
10	Pienso que no vale la pena vivir	8.96	46.3	<b>44.74</b>	100
11	Soy bueno para las cosas que hago	28.4	61.2	10.40	100
12	Me molesto y me irrito por cualquier cosa	19.4	<b>73.1</b>	7.5	100
13	Disfruto lo que hago, tanto como lo hacía antes	17.9	71.6	10.5	100
14	Me he vuelto olvidadizo y/o distraído	17.9	<b>71.65</b>	10.45	100
15	Tengo sueños horribles	14.9	59.7	25.37	100
16	Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo	10.4	<b>77.62</b>	11.98	100
17	Me siento muy solo	20.9	<b>65.7</b>	13.4	100
18	Puedo alegrarme fácilmente	35.8	58.23	5.97	100
19	Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo	14.9	65.7	19.4	100
20	Me siento muy aburrido	25.4	70.1	4.5	100
21	Pienso muy en serio en la muerte o en matarme	13.4	35.8	50.8	100

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N° 7**

**NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA  
PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA 2019**

<b>Ansiedad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy baja	139	64.1
Moderada	50	23.0
Severa	28	12.9
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N°. 8  
ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK EN  
ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL, AREQUIPA  
2019**

		En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
		%	%	%	%	
1	Torpe o entumecido	37.33	<b>41.47</b>	15.67	5.53	100
2	Acalorado	29.03	<b>45.16</b>	22.12	3.69	100
3	Temblores en las piernas	50.69	29.49	12.44	7.38	100
4	Incapaz de relajarme	39.63	33.64	18.43	8.30	100
5	Con Temor de que ocurra lo peor	37.33	33.64	<b>20.28</b>	8.75	100
6	Mareado	51.61	30.88	10.6	6.91	100
7	Con latidos del corazón fuertes o acelerados	41.94	38.25	11.98	7.83	100
8	Inestable	49.77	28.57	15.21	6.45	100
9	Atemorizado o asustado	44.24	30.41	18.89	6.46	100
10	Nervioso	26.27	<b>48.59</b>	16.82	8.32	100
11	Con sensación de bloqueo	41.47	35.02	15.67	7.84	100
12	Con temblores en las manos	55.76	26.27	11.06	6.91	100
13	Inquieto e inseguro	44.24	34.56	14.29	6.91	100
14	Con miedo a perder el control	57.15	20.74	13.82	8.29	100
15	Con sensación de ahogo	58.99	19.75	12.51	8.75	100
16	Con temor a morir	65	17.51	9.68	7.81	100
17	Con miedo	44.7	32.72	15.7	6.88	100
18	Con problemas digestivos	39.6	<b>39.63</b>	13.4	7.37	100
19	Con Desvanecimientos	60.8	22.12	10.1	6.98	100
20	Con rubor facial	47.5	32.26	13.8	6.44	100
21	Con sudores fríos o calientes	42.4	35.02	13.4	9.18	100

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N°. 9**

**RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD EN  
ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL 2019**

<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>				<b>Total</b>	
	<b>Cierto grado</b>		<b>Normal</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy baja	26	<b>38.8</b>	113	75.3	139	64.1
Moderada	27	<b>40.3</b>	23	15.4	50	23.0
Severa	14	<b>20.9</b>	14	9.3	28	12.9
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	150	100	217	100

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA Nº. 10**

**RELACIÓN ENTRE DÉFICIT DE ATENCIÓN Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES  
DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL 2019**

Depresión	TDAH				Total	
	Si	%	No	%	N°	%
Cierto grado	21	<b>47.7</b>	46	26.6	67	30.9
Normal	23	<b>52.3</b>	127	73.4	150	69.1
<b>Total</b>	<b>44</b>	100.0	173	100.0	217	100.0



**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA  
MENDEL, AREQUIPA 2019**

**TABLA N°. 11**

**RELACIÓN ENTRE DÉFICIT DE ATENCIÓN Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN  
ESTUDIANTES DE LA ACADEMIA PREUNIVERSITARIA MENDEL 2019**

<b>Ansiedad</b>	<b>TDAH</b>				<b>Total</b>	
	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy baja	17	<b>38.6</b>	122	70.5	139	64.1
Moderada	18	<b>40.9</b>	32	18.5	50	23.0
Severa	9	<b>20.5</b>	19	11.0	28	12.9
<b>Total</b>	<b>44</b>	100.0	173	100.0	217	100.0

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con la intención de dar a conocer la condición actual de la salud mental de jóvenes preuniversitarios, establecer la relación de alguno de estos trastornos; fomentar un diagnóstico precoz que permita una mejor calidad de vida y así lograr que nuestra sociedad tome conciencia de lo frágil y delicada que es la salud mental y como una falta de diagnóstico y tratamiento puede traer un desenlace fatal a nivel personal y social.

Los resultados generales nos dan a conocer la **Tabla N°1** nos muestra que el 63.6% de los estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel tienen entre 17-19 años, el 34.1% de estudiantes tienen entre 14 – 16 años, el 1.4% entre 20 – 22 años, mientras que el 0.9% tienen entre 23 – 25 años; en la **Tabla N°2** nos muestra que el 66.4% de los estudiantes son de sexo femenino, mientras que el 33.6% son de sexo masculino.

En cuanto a la prevalencia de estos trastornos la **Tabla N°3** nos muestra que el 20.3% de los estudiantes presentó sintomatología compatible con TDAH, mientras que el 79.9% de los estudiantes no presentó sintomatología compatible con TDAH; Castillo y Sánchez en su investigación encontró una prevalencia del 20.4% en su población, concluyendo que la prevalencia en su población fue alta(15); Pascual Ignacio en su investigación encontró que en los últimos estudios epidemiológicos rondan cifras que bordean el 20% de prevalencia de TDAH (21); sin embargo Serrano Ruth en su investigación encuentra una prevalencia del 5% en su población (11); la **Tabla N°4** nos muestra que en la población que presentó sintomatología compatible con TDAH (44 estudiantes), los ítems que con mayor frecuencia se presentaron fueron: ¿Con cuanta frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil? Con un 45.45%, ¿Con cuanta frecuencia tiene problemas para concentrarse en lo que la gente dice, incluso cuando le están hablando directamente? Con un 40.91%, Cuando está en una conversación ¿Con cuanta frecuencia se encuentra a si mismo finalizando las frases de la gente a la que está hablando, antes de que puedan terminarlos ellos mismos? Con un 36.36%, ¿Con cuanta frecuencia se distrae por la actividad o el

ruido de su alrededor? Con un 33.82% y ¿Con cuanta frecuencia tiene problemas a la hora de mantener su atención cuando está realizando un trabajo aburrido o repetitivo? Con un 36.36%.

**Tabla N°5** nos muestra que el 30.9% de los estudiantes presentó depresión en cierto grado, mientras que el 69.1% de los estudiantes fueron tipificados como normales; Chuquimia Juan en su investigación encontró que el 48.98% de su población presentó sintomatología compatible con depresión (26); el boletín de la ANMM del 2017, realizó un estudio en adolescentes, donde se encontró una prevalencia de depresión severa en el 25% de la población, encontrando que la tasa de depresión en adolescentes ha incrementado en los últimos años (27); Pacheco Paola en su investigación en adolescentes encuentra una prevalencia del 25% al final de la adolescencia entre los 17 y 18 años (28); la **Tabla N°6** nos muestra que en la población que presentó cierto grado de depresión (67 estudiantes) los ítems que con mayor frecuencia se presentaron fueron: Pienso que haga lo que haga no logre conseguir lo que deseo con un 77.62% teniendo un puntaje de evaluación de “1”, Me molesto y me irrito por cualquier cosa con un 73.1%, con un puntaje de evaluación de “1”, Me he vuelto olvidadizo y/o distraído con un 71.65%, con un puntaje de evaluación de “1”, Me siento muy solo con un 65.7% con un puntaje de evaluación de “1” y Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo con un 65.7% con un puntaje de evaluación de “1”.

**Tabla N°7** nos muestra que el 64.1% de los estudiantes presentaron ansiedad muy baja, el 23% de los estudiantes presentaron ansiedad moderada, mientras que el 12.9% de los estudiantes presentaron ansiedad severa; Zeballos Yocaffy en su investigación encuentra ansiedad en niveles considerables en un 20% de su población (10); Huanca Javier en su investigación realizada en preuniversitarios encontró síntomas de ansiedad en el 29.2% de la población (29); Chávez Hilda en su investigación encontró que el 27% de los estudiantes presentó ansiedad severa, 39.63% ansiedad moderada y un 33.38% ansiedad baja (30). La **Tabla N°8** nos muestra que en la población en la que se encontró distintos niveles de ansiedad, los ítems que con mayor frecuencia se presentaron fueron: Nervioso con un 48.59%, Acalorado con un 45.16%, Con problemas digestivos con un 39.63%, Torpe o entumecido con un 41.47% y Con temor que ocurra lo peor con un 20.28%

**Tabla N°9** Nos muestra que de 67 estudiantes con cierto grado de depresión, que representan el 30.9% de la población total, se encontró relación del 38.8% en ansiedad muy baja, 40.3% en ansiedad moderada y el 20.9% en ansiedad severa. Conde Fiorella en su investigación encontró que 61.4% presentaron ansiedad baja, 28.6% ansiedad severa y 63.2% depresión mayor, encontrándose relación entre ambos trastornos (14). Chambilla Deysi en su investigación encontró 23% de ansiedad leve y 9.5% de depresión encontrando una asociación de regular a buena entre ambas variables ( $r = 0.50$ ) (13); Ospina Fanny en su investigación encontró que el 40.5% de su población presentó sintomatología ansiosa o depresiva, encontrando una relación del 8.9% entre ambos trastornos (31); Festorazzi Alejandro en su investigación determinó una prevalencia de 11% de ansiedad, 24% de depresión; se observó que generalmente estos trastornos coexisten (32).

**Tabla N° 10** Observamos que de 44 estudiantes con sintomatología compatible con TDAH, que representan el 20.3% de la población total, se encontró relación del 47.7% en estudiantes con depresión en cierto grado. Mulas F. y col en su investigación describe los trastornos asociados más frecuentes a TDAH, teniendo la depresión un 22% de asociación (33); Rodillo Eliana en su metanálisis encontró que el subtipo inatento era más frecuente, así mismo este subtipo tiende a manifestar mayor índice de depresión (34); Andrade Carmen en su investigación encontró asociación entre TDAH y depresión, siendo la proporción de TDAH en el grupo con depresión de 10.1% (35).

**Tabla N°11** Observamos que de 44 estudiantes con sintomatología compatible con TDAH, que representan el 20.3% de la población total, se encontró relación del 38.6% en ansiedad muy baja, 40.9% en ansiedad moderada y el 20.5% en ansiedad severa. Puma María en su investigación encontró ansiedad en el 40.9% de los estudiantes con TDAH, concluyendo que existe asociación entre trastorno de Ansiedad y TDAH (12); Mulas F. y col en su investigación describe los trastornos asociados más frecuentes a TDAH, teniendo la ansiedad un 25% de asociación (33); Mardomingo María en su investigación en adolescentes con TDAH encontró que el 50.4% presentó alguna comorbilidad psiquiátrica, con predominio de trastornos del aprendizaje y comunicación en un 20.1% y trastornos de ansiedad en un 19.2% (36).

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

1.- El 20.3% de estudiantes presentó sintomatología compatible con TDAH, el 30.9% de estudiantes presentó cierto grado de depresión, el 64.1% de los estudiantes presentó ansiedad leve, el 23% de los estudiantes presentó ansiedad moderada, mientras que el 12.9% presentó ansiedad severa.

2.- Del total de estudiantes que presentaron cierto grado de depresión se encontró relación del 38.8% en ansiedad muy baja, 40.3% en ansiedad moderada y el 20.9% en ansiedad severa.

3.- Del total de estudiantes que presentaron sintomatología compatible con TDAH se encontró relación del 47.7% en estudiantes con depresión en cierto grado.

4.- Del total de estudiantes que presentaron sintomatología compatible con TDAH se encontró relación del 38.6% en ansiedad muy baja, 40.9% en ansiedad moderada y el 20.5% en ansiedad severa.

## RECOMENDACIONES

- Realizar más estudios en nuestro medio acerca de la salud mental en nuestros jóvenes con el fin de proveer mejores sistemas de identificación y prevención.
- Realizar estudios de mayor tamaño que nos ayuden a corroborar las asociaciones encontradas.
- Realizar operaciones dirigidas a los distintos centros educativos, personal docente, padres de familia, sobre la importancia de una buena salud mental.
- Llevar a cabo mayores investigaciones con el fin de encontrar que trastornos mentales son más frecuentes en nuestros jóvenes.
- Implementar programas en los distintos centros preuniversitarios que nos permitan hacerle un seguimiento a los estudiantes acerca de la condición mental actual.
- A la gerencia regional de educación, iniciar proyectos para que las academias preuniversitarias cuenten con personal de psiquiatría y psicología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS

**1.- Rondón Marta B.** Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev. Perú. med. exp. Salud pública [Internet]. 2006 Oct [citado 2019 Ene 25]; 23(4): 237-238. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000400001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001)

**2.- World Health Organization.** Mental health: strengthening mental health promotion. Fact Sheet 220, revised November 2001 [página de internet]. Fecha de acceso: enero 2019. Disponible en:

[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html)

**3.- World Health Organization.** Trastornos mentales. Nota descriptiva Abril 2017 [página de internet]. Fecha de acceso enero 2019. Disponible en:

<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

**4.- Haquin Carlos. Larraguibel Marcela. Cabezas Jorge.** Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev Chil Pediatr [internet]. 2004. [enero 2019]; 75 (5): 425 – 433. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062004000500003&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062004000500003&script=sci_arttext&lng=pt)

**5.- Barra Flora.** Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Rev Chil Neuro-Psiquiat [internet]. 2009 [enero 2019]; 47 (4): 303-314. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071792272009000400007&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071792272009000400007&script=sci_arttext)

**6.- Micin sonia. Bagladi Veronica.** Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Ter Psicol [internet]. Santiago Julio 2011. [enero 2019]; 29 (1): 53 – 64. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082011000100006&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082011000100006&script=sci_arttext&tlng=en)

**7.- Muñoz Jerson. Pinto Verónica. Callata Héctor. Napa Nilton. Perales Alberto.** Ideación Suicida Y Cohesión Familiar En Estudiantes Preuniversitarios Entre 15 Y 24 Años, Lima 2005. Rev Perú Med Exp Salud Publica [internet] 2006 [enero 2019]; 23(4): 239 – 246. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a02v23n4.pdf>

**8.- Hurtado Luis.** Acerca De La Preparación Preuniversitaria. Revista del Instituto de Investigaciones Educativas. [Internet] 2006. [Enero 2019]; 10(17): 167 – 174. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv\\_educativa/2006\\_n17/a16.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_educativa/2006_n17/a16.pdf)

**9.- Balcázar Patricia. Bonilla Martha. Santamaría Juan. Gurrola Gloria. Gonzales Luis.** Evaluación de la depresión en hombres y mujeres preuniversitarios. Rev Neurol Neurocir Psiquiat. [Internet] 2017 [enero 2019]; 40(4): 97 -101. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp074a.pdf>

**10.- Zeballos Yocaffy J.** Factores Relacionados A Niveles De Ansiedad En Adolescentes Tardíos De La Academia Preuniversitaria Alexander Fleming. [Trabajo para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano] Arequipa – Perú: Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín. 2014.

**11.- Serrano Ruth.** Dificultades De Aprendizaje De Alumnos Con TDAH: Análisis Y Puntos De Mejora, [Grado De Maestro De Educación Primaria] Navarra –España. Universidad Pública De Navarra. 2013.

**12.- Puma María.** Asociación De Trastorno Ansioso Y Trastorno De Déficit De Atención En Estudiantes De La Academia Preuniversitaria Bryce. [Trabajo para optar el título profesional de Médico Cirujano] Arequipa – Perú. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín. 2017.



**13.- Chambilla Deysi.** Relación De Los Vínculos Parentales Con Depresión Y Niveles De Ansiedad En Estudiantes De La Academia Preuniversitaria Mendel Arequipa 2018. [Trabajo para optar el título profesional de Médico Cirujano] Arequipa – Perú. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín. 2018.

**14.- Conde Fiorella.** Relación Entre Los Niveles De Ansiedad, Depresión Y Sobrecarga Con Los Factores Asociados A Los Cuidadores Principales De Pacientes En Terapia De Diálisis Del HRHDE – 2016. [Trabajo para optar el título profesional de Médico Cirujano] Arequipa – Perú. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín. 2016.

**15.- Castillo G. Sánchez H. Osio O. Sánchez Y. Carrizosa J. Cornejo J. Holguín J.** Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev Neurol [internet]. 2005 [enero 2019]; 40 (12): 716 – 722. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1214898>

**16.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.** Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) [internet]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/01. 2014 [enero 2019]. Disponible en:

<http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/La-depresion-Informacion-para-pacientes-y-allegados.pdf>

**17.- DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales.** Rev Chil Neuro-Psiquiat. Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile Indexada en LILACS y Scielo [internet]. Marzo 2014. 52(1): 7-58. Disponible en:

[https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero\\_marzo\\_2014/Suplemento\\_2014\\_1\\_Neuro\\_Psiq.pdf](https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf)

**18.- American Psychiatric Association.** Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2013. Disponible en:

<http://blancopeck.net/DSM-V%20Espanol.pdf>

**19.- Pérez R.** Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Artículo de Revisión de la Revista de Facultad de Medicina de la UNAM [internet]. Setiembre – octubre 2017 [enero 2019]; 60(5): 7 – 16. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175b.pdf>

**20.- Ministerio De Sanidad Y Consumo.** Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. [Internet]. Madrid 2014 [enero 2019]. 25(1): 53 -99. Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf)

**21.- Pascual Ignacio.** Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Rev Pediatr [internet]. España. 2008 [enero 2019]. Disponible en:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>

**22.- Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad.** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. [Internet] Cataluña 2008. [Enero 2019] Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf)

**23.- Vivar Roxana.** Validación de la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. Revista Peruana de Pediatría [internet]. Diciembre 2005. [Enero 2019]. 24 -30. Disponible en:

<http://inssin.com.pe/wp-content/uploads/escala-de-Birleson.pdf>

**24.- Sanz Jesús.** Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. El sevier [internet]. 2014 [enero 2019]; 25: 39-48. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>

**25.- Barcelo E. Leon A. Cortes Omar. Valle S. Flores Y.** Validación del inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES-TDAH) ajustado al DSM-V. Rev Mex Neurosciences. [internet] 2016. Fecha de acceso: febrero 2019; 17(1): 1 -22. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/305766075\\_VALIDACION\\_ESCALA\\_IES-TDAH](https://www.researchgate.net/publication/305766075_VALIDACION_ESCALA_IES-TDAH)

**26.- Chuquimia J.** Frecuencia de depresión, sintomatología depresiva y su asociación con factores sociodemográficos en adolescentes estudiantes de una academia preuniversitaria de Arequipa, 2015. [Trabajo para optar el título profesional de Médico Cirujano] Arequipa – Perú. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de san Agustín. 2015

**27.- Boletín de información clínica y terapéutica de la ANMM.** Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. [Internet] México 2017. [marzo 2019] 60(5): 52-55. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175i.pdf>

**28.- Pacheco P. Chaskel R.** Depresión en niños y adolescentes. Bogotá – Colombia. Precop SCP. [internet] 2016 [marzo 2019]. 15(1): 30-38. Disponible en:

<https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>

**29.- Huanca J.** Asociación entre las redes sociales de internet y trastorno de ansiedad en adolescentes de dos academias preuniversitarias de la ciudad de Arequipa. [Trabajo para optar el título profesional de Médico cirujano] Arequipa – Perú. Facultad de Medicina de la Universidad de San Agustín. 2016.

**30.- Chávez H. Chavéz J. Ruelas E.** Ansiedad ante los exámenes en los estudiantes del Centro Preuniversitario – UNMSM Ciclo 2012-I. [Trabajo para optar el título profesional de Médico Cirujano] Lima – Perú. Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos. 2014.

**31.- Ospina F. Hinestrosa M. Paredes M. Guzmán Y. Granados C.** Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev Salud Pública Journal of Public Healh. [internet] 2011. [marzo 2019]. 13(6): 908-920. Disponible en:

<https://www.scielo.org/pdf/rsap/2011.v13n6/908-920/es>

- 32.- Festorazzi A. Rodríguez A. Lotero J.** Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. Rev de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. [internet] 2018. [marzo 2019] 184(1). Disponible en: [https://www.academia.edu/9350325/EPIDEMIOLOGIA\\_DE\\_LOS\\_TRASTORNOS\\_DE\\_ANSIEDAD\\_Y\\_DEPRESION\\_EN\\_ADOLESCENTES\\_DE\\_UNA\\_POBLACION\\_RURAL](https://www.academia.edu/9350325/EPIDEMIOLOGIA_DE_LOS_TRASTORNOS_DE_ANSIEDAD_Y_DEPRESION_EN_ADOLESCENTES_DE_UNA_POBLACION_RURAL)
- 33.- Mulas F. Etchepareborda MC. Díaz L. Hernández S. Ruiz A. Pascuale MJ.** Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurology. [Internet] 2016. [Marzo 2019] 43(1): 71-81. Disponible en: <https://medes.com/publication/35261>
- 34.- Rodillo E.** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet] 2015. [Marzo 2019] 26(1):52-59. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000097>
- 35.- Andrade C.** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como factor asociado a depresión. [Trabajo para optar el título profesional de Médico Cirujano] Trujillo – Perú. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego. 2018
- 36.- Margomino M. Carlos M. Soler B.** Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. An Pediatr (Barc). [Internet] 2018. [Marzo 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.07.014>
- 38.- Bados, A. Benito J. Balaguer G.** El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Versión del rasgo: ¿Realmente mide la ansiedad? Rev Med. Clin. [Internet] 2010. [marzo 2019] 92(1): 560-567  
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>

## ANEXO 1

### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA Y DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_ años
3. Sexo: Masculino\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_
4. Carrera a la que postula: \_\_\_\_\_
5. ¿Sufre Ud. de alguna enfermedad? ¿Cual? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene Ud. esquizofrenia? \_\_\_\_\_
7. ¿Ha sufrido Ud. algún episodio maniaco? \_\_\_\_\_
8. ¿Tiene Ud. El diagnostico de hipertiroidismo o hipotiroidismo? \_\_\_\_\_
9. ¿Tiene Ud. el diagnostico de alguna otra enfermedad mental? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha consumido alcohol y/o drogas (cocaína, marihuana) en los dos últimos días? \_\_\_\_\_
11. ¿Recibe Ud. algún tratamiento farmacológico? ¿si? ¿no? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### ESCALA DE BIRLESON PARA DEPRESION EN ADOLESCENTES (Depresión Self Rating Scale, DSRs)

**Instrucciones:** Por favor, responde honestamente como te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas, Gracias.

N°	ITEMS	Siempre	Algunas veces	Nunca
1	Me interesan las cosas, tanto como antes			
2	Duelmo muy bien			
3	Me dan ganas de llorar			
4	Me gusta salir con mis amigos			
5	Me gustaría escapar, salir corriendo			
6	Me duele la barriga, cabeza y otros sitios de mi cuerpo			
7	Tengo ganas de hacer las cosas			
8	Disfruto de la comida			
9	Puedo defenderme por mi mismo			
10	Pienso que no vale la pena vivir			
11	Soy bueno para las cosas que hago			
12	Me molesto y me irrito por cualquier cosa			
13	Disfruto lo que hago, tanto como lo hacía antes			
14	Me he vuelto olvidadizo y/o distraído			
15	Tengo sueños horribles			
16	Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo			
17	Me siento muy solo			
18	Puedo alegrarme fácilmente			
19	Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo			
20	Me siento muy aburrido			
21	Pienso muy en serio en la muerte o en matarme			

### ANEXO 3

#### ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Lea cada uno de los enunciados atentamente e identifique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy, con solo una respuesta por pregunta

N°	ITEMS	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Temblores en las piernas				
4	Incapaz de relajarme				
5	Con Temor de que ocurra lo peor				
6	Mareado				
7	Con latidos del corazón fuertes o acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto e inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con Desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores fríos o calientes				

## ANEXO 4

### ESCALA AUTOAPLICADA DE TDAH EN EL ADULTO (ASRS-V1.1)

Por favor conteste a las preguntas que están a continuación, puntuándose en cada uno de los ítems mostrados. Use la escala que se encuentra a la derecha de la página. Al responder cada pregunta, marque con X en el recuadro que mejor describa como se ha sentido o comportado en los últimos 6 meses. Entregue la lista una vez completada al profesional que se la entregó. Gracias		Nunca	Raras veces	A veces	A menudo	Muy a menudo
<b>SECCION A</b>						
1	¿Con cuanta frecuencia tiene problemas en finalizar los últimos detalles de un proyecto, una vez que las partes más difíciles han sido hechas?					
2	¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades para tener las cosas en orden cuando tiene que realizar una tarea que requiere organización?					
3	¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades a la hora de recordar citas u obligaciones?					
4	Cuándo tiene que realizar una tarea que requiere de gran esfuerzo mental ¿con cuanta frecuencia evita o retrasa su comienzo?					
5	¿Con cuanta frecuencia juguetea o retuerce sus manos o pies cuando tiene que estar sentado durante mucho tiempo?					
6	¿Con cuanta frecuencia se siente excesivamente activo o con la necesidad de hacer cosas, como si estuviera impulsado por un motor?					
<b>SECCION B</b>						
7	¿Con cuanta frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?					
8	¿Con cuanta frecuencia tiene problemas a la hora de mantener su atención cuando está realizando un trabajo aburrido o repetitivo?					
9	¿Con cuanta frecuencia tiene problemas para concentrarse en lo que la gente dice, incluso cuando le están hablando directamente?					
10	¿Con cuanta frecuencia extravía o tiene problemas para encontrar cosas en casa o en el trabajo?					
11	¿Con cuanta frecuencia se distrae por la actividad o el ruido de su alrededor?					
12	¿Con cuanta frecuencia abandona su asiento en encuentros y en otras situaciones en que se espera que se mantenga sentado?					
13	¿Con cuanta frecuencia se encuentra intranquilo o inquieto?					
14	¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades en serenarse y relajarse cuando tiene tiempo para sí mismo?					
15	¿Con cuanta frecuencia se encuentra a si mismo hablando demasiado cuando se encuentra en situaciones sociales?					
16	Cuando está en una conversación ¿Con cuanta frecuencia se encuentra a si mismo finalizando las frases de la gente a la que está hablando, antes de que puedan terminarlos ellos mismos?					
17	¿Con cuanta frecuencia tiene dificultades en esperar su turno en situaciones en las que se requiere esperar turno?					
18	¿Con cuanta frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?					



## **ANEXO 5**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Con el objetivo de relacionar el Trastorno depresivo, de ansiedad y el de déficit de atención, se desarrolla la siguiente investigación en la cual usted podrá colaborar mediante el llenado de una serie de preguntas en los distintos cuestionarios que se le proporcionara. Con su colaboración podremos cumplir con el objetivo de la investigación y podremos crear mejores enfoques en el manejo de la salud mental.

Acepta ud participar:      **Si**\_\_\_\_      **No**\_\_\_\_

---

**Firma**

## ANEXO 6

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE		INSTRUMENTO	VALOR FINAL	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
DEPENDIENTE	DEPRESIÓN	Escala de Birleson para depresión en adolescentes (Anexo 2)	>13	Depresión en cierto grado	Ordinal	Valor numeral
			<13	Normales		
	ANSIEDAD	Escala de ansiedad de Beck BAI (Anexo 3)	0 – 21	Ansiedad muy baja	Ordinal	Valor numeral
			22 – 35	Ansiedad Moderada		
			>= 36	Ansiedad Severa		
	INDEPENDIENTE	DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD	Escala autoaplicada de TDAH en el adulto (Anexo 4)	Si	>=4 cuadrados sombreados	Nominal
No				<4 cuadrados sombreados		
INTERVINIENTE	EDAD	Fecha de nacimiento	14 - 16	Ordinal	Valor numeral	
			17 - 19			
			20 - 22			
			23 - 25			
	SEXO	Caracteres sexuales secundarios	Masculino	Nominal	Categoría	
			Femenino			