



**UAP | UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN  
MUJERES AMAS DE CASA DE UNA COMUNIDAD URBANA  
DEL SUR DE AREQUIPA MARZO – AGOSTO 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**RUTH VIOLETA, ARAUJO DELGADO**

**AREQUIPA - PERÚ  
2016**

**“RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN  
MUJERES AMAS DE CASA DE UNA COMUNIDAD URBANA  
DEL SUR DE AREQUIPA MARZO – AGOSTO 2014”**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a Dios por haberme dado la oportunidad de vivir, por brindarme la salud, por ser mi guía y protector además por regalarme a una familia maravillosa.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios Todopoderoso, a mi familia por el apoyo que me brindan en mis estudios y en vida personal, que cada día me ayuda a salir adelante.

## RESUMEN

El estudio tenía como objetivo general establecer la relación entre depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de diseño correlacional. La muestra de estudio fueron 80 madres amas de casa. Entre sus conclusiones tenemos. En la muestra de estudio el 52% de las mujeres amas de casa con más de 59 años, seguido por las madres que tienen de 38 a 58 años y un mínimo porcentaje tienen de 17 a 37 años de edad. Más del 50% de las mujeres amas de casa no trabajan, solamente un mínimo porcentaje de ellas tiene trabajo y que muchas veces es eventual. Asimismo son convivientes, seguido por el 25%(20) que son casadas y madres solteras. Existe relación entre las variables ansiedad y depresión porque cuando tienen depresión leve existe ansiedad en el 57%(46) sobre todo por tener un trabajo. Asimismo existe depresión moderado y ansiedad en el 13%(10). También existe un porcentaje 30%(24) de la muestra que no presenta depresión ni ansiedad. En el 57%(46) mujeres amas de casa existe depresión leve, el 13%(10) tiene una depresión moderado y el 30%(24) no tienen depresión, ni ansiedad. En el 70%(56) de las mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa existe ansiedad y en el 30%(24) no existe ansiedad. Madres de 38 a 58 años de edad son las que más padecen depresión y ansiedad y sobre todo en madres solteras. Asimismo el 30%(24) mujeres amas de casa no presentan depresión ni ansiedad.

**Palabras Claves:** depresión y ansiedad

## ABSTRAC

The study had as general objective to establish the relationship between depression and anxiety in housewives in urban community in southern Arequipa from March to August 2014. Fue a study of non-experimental descriptive and correlational design level. The study sample were 80 home moms. Among its findings we have. In the study sample, 52% of the housewives with more than 59 years, followed by mothers who have 38 to 58 years old and have a minimum percentage of 17-37 years old. Over 50% of the housewives do not work, only a small percentage of them have jobs and often is possible. Also are cohabiting, followed by 25% (20) were married and mothers solteras. Existe relationship between anxiety and depression variables have mild depression because when there is anxiety in 57% (46) mainly to have a job. There is also moderate depression and anxiety in 13% (10) .Also there is a 30% percentage (24) of the sample no depression or anxiety. In 57% (46) housewives there mild depression, 13% (10) has a moderate depression and 30% (24) have depression or anxiety. In 70% (56) of the housewives in the urban community in southern Arequipa anxiety exists and there is anxiety in 30% (24). Mothers 38-58 years of age are most suffering from depression and anxiety and especially single mothers. Also 30% (24) housewives do not have depression or anxiety.

**Keywords:** depression and anxiety

## INDICE

Pág.

### DEDICATORIA

### AGRADECIMIENTO

### RESUMEN

i

### ABSTRAC

ii

### ÍNDICE

iii

### INTRODUCCIÓN

v

## CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	7
1.2.2. Problemas Específicos	7
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Justificación del estudio	9
1.5. Limitaciones de la investigación	9

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Base teórica	20
2.3. Definición de términos	32
2.4. Hipótesis	33
2.5. Variables	33

## CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	36
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	37

3.3. Población y muestra	37
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	38
3.5. Plan de recolección de datos	40
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>56</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>57</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que más afectan nuestras actividades diarias, ya que puede considerarse un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza. Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por un intenso malestar interior que la persona no es capaz de controlar, esta última suele aparecer en algunos casos como síntoma de la depresión. Por lo tanto, el estudio pretende conocer la relación entre la ansiedad y la depresión en mujeres ama de casa que desarrollan actividades en la comunidad urbana Arequipa durante la mayor parte del día, y conocer de manera diferenciada la presencia de ansiedad.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que afectan nuestras actividades diarias ya que es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica y crónica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, la cual puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer

La salud mental en las personas es la capacidad de hacer frente o afrontar situaciones de la vida teniendo atributos individuales positivos que permiten la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y

relacionales en el individuo, que ayudan al desarrollo de las actividades cotidianas y estar en armonía consigo misma y la sociedad que la rodea.<sup>(1)</sup>

Por otra parte, la presencia de los síntomas antes citados, pueden deberse a una preocupación exagerada por actividades futuras que las personas tienen que realizar, lo que va generando un grado de ansiedad en ellas, y que generalmente va en aumento. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar interior, el sentimiento que tiene el sujeto de no ser capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.

Cada individuo en materia de salud mental, se ve alterado con las experiencias que se viven cada momento de la vida. Con respecto a ésta temática se ha evidenciado que el género más vulnerable para presentar patologías mentales es el femenino por estar expuesta a diversos factores como son: los hormonales (cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo posparto, la premenopausia y la menopausia), la ausencia de un confidente, baja educación escolar, presencia de niños en el hogar, pérdida del trabajo, historia marital de inestabilidad, sentimientos de culpa, ansiedad o desórdenes somáticos; por otro lado el trabajo fuera del hogar puede ser un factor benéfico para la salud mental si se tiene un buen soporte social (buen ingreso económico, amistades, relaciones sociales y un buen ambiente de trabajo).<sup>(2)</sup>

Estudios realizados indican que la depresión, siendo un problema a nivel mundial de alto impacto, en el 2003 tuvo una prevalencia de 4.1%

en las primeras y de 1.6% en hombres. <sup>(3)</sup> A partir de 1980, se han identificado estudios para estimar la depresión mayor, la distimia y otros trastornos afectivos utilizando criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III, DSM III-K y de la CIE-10 (permiten identificar diversos trastornos mentales que afectan a la población en general y brindar un tratamiento adecuado y específico para cada caso) <sup>(4)</sup>. En base a estos manuales se realizaron estudios, demostrando que la prevalencia de depresión mayor al momento de la entrevista era de 3%, de 6 meses a 1 año 6%, y la prevalencia a lo largo de la vida mostró ser mayor con un índice del 15% al 18%. <sup>(4)</sup> De ahí que ocupe una de las principales causas de incapacidad para el ser humano.

Según la OMS la prevalencia de los trastornos de ansiedad es un problema actual ya que se encuentran datos estadísticos que nos muestran la ansiedad y la depresión están aumentando a nivel mundial en relación estrecha con problemas como el aumento de la violencia, la persistencia de la pobreza y el consumo de sustancias psicoactivas entre otros estresantes propios de la sociedad. Mientras que en países norteamericanos se tiene que los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 40 millones de adultos de 18 años de edad o más.

En Estados Unidos, las áreas de captación epidemiológica (ECA), encontraron que los trastornos de ansiedad fóbica, en conjunto, fueron de los más frecuentes en la población general, con una prevalencia durante la vida de 12.6%. Más adelante, la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) en ese mismo país, mostró que este grupo de trastornos tienden a ser más crónicos que el abuso de sustancias y los trastornos afectivos, que tienen una elevada comorbilidad y constituyen

factores de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos.<sup>(7)</sup> Estudios como el anterior, realizados en cada país, revelan que los problemas de ansiedad se intensifican cada vez más y desencadenan deterioros muy graves en la salud de la población en general.

Observando la problemática en nuestro país se puede decir que en el Perú la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica proporcionó estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Donde el 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, con una mediana de edad de 24 años.<sup>(8)</sup>

En otro estudio realizado en el 2005, la ENEP reportó que, en la población urbana con un intervalo de edad de 18 a 65 años la depresión se ubica en tercer lugar para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%).<sup>(7)</sup>

Si los índices de depresión y ansiedad continúan en ascenso, el tratamiento oportuno y eficaz se verá sumamente comprometido, porque los individuos que pasan desapercibidos y sin atención alguna pueden llegar a tener fatales desenlaces como la muerte. De ahí la importancia de que el personal de salud se preocupe por tratar estos problemas de salud mental y que aplique intervenciones que ayuden al individuo de manera integral.

Los trastornos mentales pueden presentarse en cualquier género de la población, pero el estrato más propenso para su adquisición es el sexo femenino, ya que en esta, las desigualdades sociales, la pobreza, el acceso no equitativo a los recursos y en particular a la atención de salud;

son causas de que la carga de enfermedades no transmisibles sea mayor en mujeres que en población masculina. Aunque las mujeres con enfermedades no transmisibles tienden a tener una vida más prolongada que los hombres, su salud es a menudo muy precaria debido a que por los factores mencionados anteriormente el nivel de satisfacción de vida disminuye a causa de estados de ánimo variantes tales como: tensión, miedos, insomnio, humor depresivo, afecciones a sistemas y órganos que llevan consigo malestares generales. <sup>(9)</sup>

Otro factor que se suma al deterioro de la salud del género femenino, es la fuerza laboral. En las últimas décadas la participación de la mujer ha crecido sustancialmente; en 1996 se mostró con 1.1 miles de millones y en el 2006 se incrementó a 1.2 miles de millones, alcanzando una tasa de participación de 67 mujeres por cada 100 hombres. Independientemente del nivel de formación académica, a causa de la economía inestable actual, se aumentó el número de mujeres con responsabilidades familiares y con hijos pequeños que buscan trabajo fuera del hogar, algunas como estrategia para un mayor crecimiento y aprendizaje; mientras que otras realizan estas actividades para lograr subsistir.

En estudios poblacionales se ha encontrado que las personas que padecen una depresión tienen una calidad de vida deteriorada, tanto o más que aquellas que sufren otras enfermedades crónicas. <sup>(11)</sup> La ansiedad por ejemplo, además de los efectos motores y viscerales, afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones no sólo respecto del tiempo y el espacio, sino también en relación con las personas y el significado de los sucesos. Tales distorsiones pueden interferir con el aprendizaje al disminuir la concentración, reducir la memoria y alterar la capacidad de relacionar un

tema con otro. <sup>(12)</sup> Problemas como los anteriores hacen que la persona que padece ansiedad y/o depresión se sienta en condiciones aprehensivas y sin salida.

Cabe añadir que a través del tiempo se ha intentado analizar el origen de tales problemas de salud, estudios reportan que la depresión y ansiedad en mujeres no puede afirmarse de forma concluyente con datos de orden biológico que expliquen las diferencias entre géneros en trastornos afectivos y ansiedad, de modo que en la investigación psicológica son más los autores que tienden a explicar tales diferencias en base a factores psicosociales. <sup>(13)</sup>

Cualquiera que sea la causa de sus orígenes, los trastornos mentales afectan no sólo la integridad de las personas, puede decirse que también deterioran sus relaciones sociales en diversos contextos (familiar, afectivo y laboral por citar algunos), al evidenciarse que las mujeres tienen mayor apego a tales situaciones se esperan peores desenlaces en las patologías presentes no tratadas.

Las amas de casa son un pilar importante para la familia y su desarrollo, sin embargo la población, el país, y los propios integrantes de sus respectivos círculos sociales las aíslan en sus problemas, sin importar las afecciones que puedan llegar a tener; desarrollando así una patología mental como lo es la depresión, ansiedad y sus fatales resultados.

Se ha observado conductas que reflejan malestar y se ha escuchado durante las prácticas de campo que las amas de casa manifiestan sentimientos de tristeza, desesperanza expresando sentirse deprimidas y ansiosas en ocasiones, por lo que es importante indagar la presencia de depresión y ansiedad en nuestra población.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se puede formular la siguiente interrogante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la relación entre depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014?

### **1.2.2.- Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014?
- ¿En qué grupo de edad y estado civil se presenta mayor índice de depresión y ansiedad?

### **1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Identificar la relación entre depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar la prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014
- Identificar los niveles de depresión en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014.
- Reconocer los niveles de ansiedad en mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa Marzo-Agosto 2014.
- Identificar en que grupo de edad y estado civil se presenta mayor índice de depresión y ansiedad.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

Como hemos visto la depresión es un problema que tiene mucho que ver con aspectos cognitivos, mientras que la ansiedad se presenta más de forma conductual y por medio de síntomas físicos, ambos problemas pueden presentarse a lo largo de la vida, desde la niñez hasta la vejez, por lo que resulta de suma importancia prevenir este problema

Dado que ambos problemas, el de la depresión y ansiedad, requieren de soluciones claras y concisas, como profesional de enfermería estamos preparados en el campo de la salud mental y dar alternativas de atención en la psicología clínica ya que ella se ha encarga de estudiar la depresión, y las causas más comunes que llevan a que se presente este problema en las personas, ya que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad actual. Por esta razón existen varios autores que han investigado la depresión y la ansiedad para encontrar soluciones efectivas que disminuyan estos problemas en los pacientes que los presentan.

#### **1.5. LIMITACIONES**

La presente investigación tiene como limitación, la posible demora en el tiempo establecido para la aplicación en la encuesta debido a la poca colaboración de la unidad muestral (amas de casa) debido a sus múltiples ocupaciones y siendo lo más real posible la negatividad y desconfianza de las personas de atender a un desconocido para la realización de la encuesta debido a l clima de inseguridad que se viene observando en nuestra sociedad.

El estudio realizado es válido solamente para la población de estudio es decir en las amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa – 2014

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### 2.1.1.- Antecedentes Internacionales

**JIMENES INFANTE MARYCRUZ.** Ansiedad como Problemática actual en mujeres madres jóvenes del distrito federal México. Un estudio realizado en 2009, con 401 mujeres en las edades de 25 a 40 de las cuales 221 son amas de casa y 180 son ama de casa y empleadas. Reportaron que la puntuación media de ansiedad es ligeramente mayor en el grupo de amas de casa que en el de empleadas ( $p > .01$ ).<sup>(10)</sup>

**PANTOJA CASTILLO VILMA** estudio realizado en el 2008 en España con 200 mujeres de edades comprendidas entre 18 y 65 años, con una  $X$  de edad de 36. 85 años ( $De 14.9$ ) Se encontró que conforme incrementa la edad, se aprecian valores superiores de ansiedad (salvo en el grupo de edad mayor), apreciándose diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ), entre las

mujeres del grupo de 45-54 años con las mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años ( $p > .05$ ). Hablando de depresión se observa mayores niveles de depresión en edades tempranas (18-24 años) y edades tardías (más de 45 años), con evidencia estadística de  $p < .001$ , en concreto entre las mujeres del grupo de 45-54 años y el grupo de mujeres de edades comprendidas entre 35 y 44 años ( $p > .05$ ).<sup>(11)</sup>

Por otro lado, las mujeres viudas y divorciadas presentan valores superiores de ansiedad que el resto, las diferencias estadísticas son significativas ( $p < .01$ ) entre las viudas y las solteras ( $p < .05$ ).<sup>(11)</sup>

Para las mujeres con número de hijos los resultados fueron: mujeres con dos o más hijos presentan valores de ansiedad superiores a las que tienen uno o ninguno, las estadísticas para este punto son significativas ( $p < .01$ ), para las mujeres con dos hijos y las que no tienen hijos ( $p < .05$ ). En cuanto a depresión se encontró que las mujeres viudas, divorciadas y con pareja, presentan valores superiores de depresión. Respecto al número de hijos, las mujeres con dos o más hijos presentan valores de depresión superiores a las que tienen menos de dos hijos<sup>(11)</sup>

Al analizar la ansiedad y la depresión en función del nivel de estudios, se aprecia que las mujeres sin estudios presentan los valores más elevados de ansiedad y depresión, los resultados estadísticos son de  $p < .001$  entre éstas y el resto de las mujeres ( $p < .01$ ).<sup>(11)</sup>

**VIVALDI CARASAS INES** en un estudio realizado en las Islas Canarias España, con 180 mujeres amas de casa, en edades comprendidas entre 21 y 64 años. Su edad media fue de 46.6, (*DE* 9.6, *X* de 47 y la *Mo* de 45). Su nivel de estudios es bajo,

predominando las mujeres con estudios elementales (el 67%) y solo el 4% ha cursado estudios universitarios. La mayor parte (el 87%) están casadas, el 5.6% son viudas, y el 2.8% solteras, y el resto separadas o divorciadas. El 95% tienen por lo menos un hijo.<sup>13</sup>

**ROBERTO FLORES OCAMPO, STEPHANY DANIELA JIMÉNEZ ESCOBAR<sup>2</sup>, SOFÍA PÉREZ**

### Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios

La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que más afectan nuestras actividades diarias, ya que puede considerarse un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza. Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por un intenso malestar interior que la persona no es capaz de controlar, esta última suele aparecer en algunos casos como síntoma de la depresión. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue conocer la relación entre la ansiedad y la depresión en hombres y mujeres que desarrollan actividades escolares durante la mayor parte del día, y conocer si existen diferencias entre éstos. Participaron 80 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se aplicaron dos test, la escala de Beck para evaluar los niveles depresivos y el test de Hamilton para evaluar los niveles de ansiedad. Los resultados mostraron que existe una correlación entre dichas variables. No se identificaron diferencias significativas entre los puntajes de depresión y ansiedad de los participantes, aunque las mujeres mostraron puntajes más altos en las dos pruebas. Las implicaciones de los resultados se discuten a la luz de la psicología clínica.

**ORNELAS ROSA ELENA - MEJORADA, MÓNICA ANAHÍ  
TUPIÑO TUPIÑO & JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA**

Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados- Mexico-2011

Someterse a radioterapia y padecer los efectos secundarios son situaciones que generan ansiedad y depresión en las mujeres con cáncer de mama. El objetivo fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión que presentan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia y analizar los efectos y las diferencias de variables clínicas y sociodemográficas sobre su malestar psicológico. Participaron 203 mujeres mexicanas con cáncer de mama en estadios 0-III. Para evaluar ansiedad y depresión se utilizó la versión adaptada de la escala The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y los datos sociodemográficos se recolectaron mediante una entrevista estructurada. La prevalencia de ansiedad y depresión fue 27 y 28% respectivamente. Escolaridad  $F(6,203) = 2.39$ ,  $p = .009$  y ocupación  $F(3,203) = 1.32$ ,  $p = .009$  tuvieron un efecto significativo sobre depresión; mientras que "vive con" resultó significativa  $F(6,203) = 2.69$ ,  $p = .016$  únicamente con ansiedad. Significativamente las pacientes deprimidas ( $M = 3.73$ ) presentaron más efectos secundarios que las no deprimidas ( $M = 2.84$ ). Resequedad en la boca, irritación en la piel y dolor en la zona radiada fueron los síntomas más reportados. La prevalencia de ansiedad y depresión encontrada, indica la importancia de proporcionar apoyo psicológico a las pacientes.

### **2.2.2.- Antecedentes Nacionales:**

**CECCHINI, JOSÉ A. CARMEN GONZÁLEZ, ÁNGEL M. CARMONA, ONOFRE CONTRERAS**

Relaciones entre clima motivacional, la orientación de meta, la motivación intrínseca, la auto-confianza, la ansiedad y el estado de ánimo en jóvenes del norte de Perú. Este estudio examinó las relaciones entre el clima motivacional, generado en las sesiones de entrenamiento, la orientación de meta, la motivación intrínseca, la auto-confianza, la ansiedad y el estado de ánimo en jóvenes deportistas antes y después de una competición. La muestra estuvo formada por 96 deportistas cadetes (48 mujeres y 48 varones), de catorce Clubes de Atletismo, con edades comprendidas entre los 14 y los 16 años. Los resultados mostraron que el clima de maestría fue asociado positivamente a la orientación a la tarea, la motivación intrínseca en las sesiones preparatorias, la auto-confianza y el estado de ánimo pre-competitivo. El clima de ejecución se asoció positivamente a la orientación al ego y a la ansiedad somática y cognitiva, y negativamente a la motivación intrínseca, la auto-confianza y el estado de ánimo pre y post-competitivo.

**GARAY LOPEZ JULIETA.** Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa) Lima -2008 Con la inserción de la mujer en el ámbito laboral se le duplicaron los roles por un lado aquellas que desempeña las labores propias del hogar como ser esposa y criar los hijos y, por otro aquella que trabaja en la casa ya que el ama de casa debe cumplir además de

las tareas mencionadas debe asumir la responsabilidad de cumplir con un horario de entrada esta duplicación puede producir estrés, depresión.

La depresión ha sido considerada como sinónimo de tristeza, estos sentimientos de abatimiento han sido descritos desde tiempos remotos, como en el Antiguo Testamento (Libro de Job, S. XV a.C.).<sup>(14)</sup>

La historia de la enfermedad de los desórdenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Este término hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de Hipócrates, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la "Atrabilis", específicamente en su obra "De Medicina" (año 30 d.C.).<sup>(15)</sup>

Los trastornos depresivos se subdividen a su vez en: El trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia).<sup>(19)</sup>

Los signos y síntomas que el DSM-IV-TR destaca para los trastornos de ansiedad son (crisis de angustia) palpitaciones, sacudidas de corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudación, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control a volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones.<sup>(19)</sup>

La magnitud de los síntomas anteriores y lo que pueden llegar a desencadenar, permite conceptualizar a la ansiedad como una preocupación a nivel mundial, que a diferencia de la depresión se presenta con más frecuencia y más facilidad, también puede estar presente en situaciones de la vida diaria pasando desapercibida en la etapa de sus inicios; originando un estado crítico de la misma si no es tratada a tiempo.

En cambio, el problema psicológico básico en la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos.

La depresión es un síndrome (una vía final común), en el cual las depresiones están situadas en un espectro que va desde la tristeza normal, hasta las más severas de origen bioquímico con complicaciones etiológicas y de tratamiento de acuerdo a la ubicación relativa de un determinado paciente.<sup>(17)</sup>

Enfermedades médicas existe una alta prevalencia de problemas de ansiedad y depresión como consecuencia de las primeras y que evidentemente deberán tomarse en cuenta. La ansiedad se torna clínica en las siguientes situaciones: cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta, cuando la ansiedad persiste en el tiempo superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten y cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.<sup>(20)</sup> En situaciones como las anteriores es cuando se debe tener especial interés en el tratamiento.

Debido a esto, en el 2005 la (OPS) Organización Panamericana de la Salud estimó que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentaría de 114 millones en 1990 a 176 millones en el presente año (2010). Algunos de los principales resultados que la OPS destaca son: que "las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media de 1,0%; la depresión mayor de 4,9%, más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, y más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio generalizado o en uno de tipo general".<sup>(21)</sup>

Otro estudio pone énfasis en los trastornos de ansiedad emitiendo que estos, son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de trastorno de ansiedad, 1 de cada 8 norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de

trastorno de ansiedad; este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas. Con respecto a las tasa por género, estudios realizados reportan una tendencia cercana a la significación en su relación con el tipo de trastorno, siendo más frecuente los trastornos de conducta, del sueño y eliminación en los varones, y los de alimentación, depresión y ansiedad en mujeres. <sup>(24)</sup> La descripción y explicación de las diferencias de género en salud se ha hecho desde cuatro niveles, el modelo biomédico trata de explicar las diferencias en base a factores genéticos, hormonales, anatómicos y fisiológicos. <sup>(25)</sup>

Se debe tener en cuenta que los daños presentados con respecto a la salud mental femenina constituyen una denuncia de un estado de cosas mayor al biológico, por ejemplo una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valorización, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal y de autopostergación. <sup>(13)</sup>

Diversos son los factores que se suman para la generación de enfermedades mentales en las mujeres, la sintomatología clínica asociada a la depresión ha sido el trastorno más estudiado en relación con el género hasta el punto de considerarse frecuentemente como un trastorno típicamente femenino, puesto que la proporción de mujeres diagnosticadas de depresión comparada con los hombres, es de 2 o 3 mujeres por hombre.

Por su parte los trastornos de ansiedad, son los trastornos psicológicos más prevalentes tanto en la población en general como en contextos psiquiátricos. <sup>(13)</sup> Los resultados de países

Europeos mostraron que un 92% de los encuestados había experimentado síntomas de depresión, en igual proporción al porcentaje que también había presentado ansiedad; esto dejó clara evidencia de la alta ocurrencia entre ambos trastornos. <sup>(27)</sup>

Los trabajos epidemiológicos demuestran que las amas de casa presentan una más alta morbilidad psiquiátrica, este resultado se asocia con el bajo status social e inadecuado nivel de autoestima, la falta de intereses personales o la falta de intereses sociales asociadas a tareas domésticas. <sup>(29)</sup>

Un estudio realizado en 1997, en España con 401 mujeres en las edades de 25 a 45 de las cuales 201 son amas de casa y 200 son empleadas. Reportaron que la puntuación media de ansiedad es ligeramente mayor en el grupo de amas de casa que en el de empleadas ( $p > .01$ ). <sup>(13)</sup>

Por otro lado, las mujeres viudas y divorciadas presentan valores superiores de ansiedad que el resto, las diferencias estadísticas son significativas ( $p < .01$ ) entre las viudas y las solteras ( $p < .05$ ). <sup>(30)</sup>

Para las mujeres con número de hijos los resultados fueron: mujeres con dos o más hijos presentan valores de ansiedad superiores a las que tienen uno o ninguno, las estadísticas para este punto son significativas ( $p < .01$ ), para las mujeres con dos hijos y las que no tienen hijos ( $p < .05$ ). En cuanto a depresión se encontró que las mujeres viudas, divorciadas y con pareja, presentan valores superiores de depresión. Respecto al número de hijos, las mujeres con dos o más hijos presentan valores de depresión superiores a las que tienen menos de dos hijos  $p > .01$

(.573); sí existen entre el grupo de mujeres con dos hijos y el grupo sin hijos ( $p < .05$ ).<sup>(30)</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. La Ansiedad**

Es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. Como respuesta intensa que es, resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones. Genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes. Por lo tanto, cuando se convierte en problemática (por ser desmesurada respecto al estímulo que la genera, por presentarse repetidamente y/o prolongarse en el tiempo) se trata enseñando habilidades para reducir esta activación. Además es común que la actividad fisiológica se manifieste también a nivel psicológico, produciéndose un mayor número de distracciones, hipervigilancia, aprensión, irritabilidad, inseguridad, etc. Los pensamientos y evaluaciones están relacionados con la amenaza, la sobrevaloración del riesgo y la misnusvaloración de los propios recursos, etc. La ansiedad, por tanto, se centra en la prevención respecto al futuro para que no se produzcan ciertas consecuencias desagradables que se presuponen.<sup>19</sup>

Además en los trastornos de ansiedad hay otra serie de características diferenciales respecto de la depresión. No hay variación a lo largo del día (salvo en algunos casos con fuertes componentes anticipatorios, que suelen sentirse peor al despertarse y primeras horas del día), ni en las diferentes estaciones del año. Por otro lado, la ansiedad no implica pérdida de la capacidad de disfrute y

obtención de placer, como sucede en la depresión. Cada uno de los diferentes trastornos de ansiedad presenta unas características propias y definitorias que los distinguen de la depresión y de otros trastornos de la ansiedad. De esta manera en el trastorno obsesivo-compulsivo existen rumiaciones y rituales específicos.

En el trastorno por estrés postraumático hay reexperimentaciones del trauma (flashbacks). El miedo al miedo es propio del trastorno de pánico. Y el temor a hacer el ridículo es característico de la fobia social.

El ánimo es una emoción relacionada con el sistema de conservación/regulación de la energía y la motivación. **El estado de ánimo deprimido, o depresión, se activa ante eventos pasados que implican pérdida, degradación o fallos, produciéndose quietud, disminución o lentificación de los movimientos, y una tristeza profunda.** Si no es excesiva sirve para dejar que el tiempo cure las heridas, recibir apoyo social que supla las posibles pérdidas, recargar la energía, y facilitar la resolución de los problemas. Pero si persiste en exceso, puede ser que los conflictos existentes permanezcan irresueltos, se produzca aislamiento social, pérdida del sentido de la existencia, mayor abatimiento y la creencia de que no existe solución para los problemas. La atención y el pensamiento se orientan preferentemente a pérdidas, fallos o degradaciones imaginados o reales, que generan honda tristeza, culpa inapropiada, disminución de la autoestima y, en algunos casos, ideación suicida.

### **2.2.2. Características definitorias de la Ansiedad**

- Sistema de alerta
- Eventos de daño o amenaza

- Pensamientos de daño o amenaza
- Aumento de la activación y conductas de ataque, lucha o huida
- Tensión
- Aspectos específicos de los trastornos de ansiedad (rituales, flashbacks, miedo al miedo...)
- El tratamiento reduce la activación y demuestra la no relación entre los estímulos o situaciones y una amenaza real y altamente probable.

### **2.2.3.- Depresión**

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

#### **Consideraciones**

La depresión puede suceder en personas de todas las edades:

- Adultos
- Adolescentes
- Adultos mayores

Los síntomas de depresión abarcan:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.

- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual.

Recuerde que los niños pueden presentar síntomas distintos a los de los adultos. Vigile especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento. Si usted cree que su hijo podría estar deprimido, vale la pena consultarlo con el médico. Su médico puede ayudarle a aprender más sobre cómo ayudar a sus hijos si padecen depresión.

### **Los tipos principales de depresión abarcan:**

- Depresión mayor: sucede cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria por semanas, o períodos más largos de tiempo.
- Trastorno depresivo persistente: se trata de un estado de ánimo depresivo que dura 2 años. A lo largo de ese período de tiempo, puede tener momentos de depresión mayor junto con épocas en las que los síntomas son menos graves.

Otras formas comunes de depresión abarcan:

- Depresión posparto: muchas mujeres se sienten algo deprimidas después de tener un bebé, pero la verdadera depresión posparto es más intensa e incluye los síntomas de la depresión mayor.
- Trastorno disfórico premenstrual (TDP): síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.
- Trastorno afectivo estacional (TAE): ocurre con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, muy probablemente debido a la falta de luz solar.
- Depresión mayor con características psicóticas: sucede cuando una persona padece de depresión con una falta de contacto con la realidad (psicosis).

El trastorno bipolar sucede cuando la depresión se alterna con manía (conocido previamente como maniacodepresión). La depresión es uno de los síntomas del trastorno bipolar, pero este es un tipo de enfermedad mental distinto.

### **Causas**

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes, comportamientos aprendidos en el hogar o a su entorno. La depresión puede ser desencadenada por un hecho estresante o infeliz en la vida. Frecuentemente se trata de una combinación de estos factores.

Muchos factores pueden causar depresión, como:

- Alcoholismo o drogadicción
- Afecciones como cáncer o dolor (crónico) a largo plazo.

- Situaciones o hechos estresantes en la vida como pérdida de trabajo, divorcio o fallecimiento de un cónyuge u otro miembro de la familia.
- Aislamiento social (una causa común de depresión en adultos mayores).

### **Cuándo contactar a un profesional médico**

Llame al número local de emergencias (911 en los Estados Unidos), a una línea nacional de ayuda en casos de suicidio o acuda a la sala de urgencias más cercana si tiene intenciones de hacerse daño a o de dañar a otras personas.

Llame al médico si:

- Escucha voces que no existen.
- Llora con frecuencia sin una causa.
- Su depresión ha afectado su vida laboral, escolar o familiar por más de dos semanas.
- Presenta 3 o más síntomas de depresión.
- Piensa que uno de los medicamentos que está tomando actualmente puede estar causándole depresión. Sin embargo, NO cambie ni suspenda los medicamentos sin consultarlo con el médico.
- Si usted piensa que su niño o adolescente pueden estar deprimidos.

También debe llamar a su médico si:

- Cree que debe reducir el consumo de alcohol.
- Un familiar o un amigo le ha pedido que lo haga.
- Se siente culpable con relación a la cantidad de alcohol que consume.

- El alcohol es lo primero que bebe en la mañana.

### **Características definitorias de la Depresión**

- Sistema conservación/regulación de energía
- Eventos de fallo, pérdida o degradación
- Pensamientos de fallo, pérdida o degradación
- Disminución de la actividad física y social (retramiento y enlentecimiento de los movimientos)
  
- Tristeza y dificultad para sentir placer
- Pérdida del sentido de la existencia
- Culpa inapropiada
- Baja autoestima y sentimientos de inferioridad
- El tratamiento quiere aumentar la actividad y enseñar que hay relación entre actuar y recibir recompensas.

### **Clasificaciones internacionales de los trastornos mentales se han hecho eco de estas coincidencias.**

La CIE-10, clasificación efectuada por la Organización Mundial de la Salud, incluye el **trastorno mixto ansioso-depresivo** donde se dan diferentes posibilidades de combinación de síntomas propios de la ansiedad y propios de la depresión.

En el DSM-IV, clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, se propone para nuevos estudios un trastorno ansioso-depresivo caracterizado por estado de ánimo disfórico (inquietud, tristeza, ansiedad, preocupación, falta de energía, baja autoestima) que afecta a diferentes parcelas de la vida de la persona y provoca un malestar clínicamente significativo. No se diagnostica si se explica mejor por otro trastorno mental, o si la persona ha padecido ya depresión mayor, trastorno distímico, trastorno por ansiedad generalizada o trastorno de

angustia.

De manera no tan explícita ambas clasificaciones también reflejan la coexistencia entre ansiedad y depresión, en las **reacciones de adaptación (CIE-10) o trastornos adaptativos (DSM-IV)**. En ambos casos se trata de una respuesta exagerada a una situación estresante que aparece en los 3 meses siguientes al acontecimiento. Estas reacciones o trastornos se pueden manifestar con síntomas predominantemente de ansiedad, de depresión, de un combinación de ambas o de otras emociones o conductas perturbadoras (ira, preocupación, violencia, etc...).

### **Aspectos comunes**

Un 70% de los trastornos depresivos refieren ansiedad de diferentes grados y tipos. Un porcentaje todavía mayor de personas que sufren trastornos de ansiedad, terminan por presentar también sintomatología depresiva de diversa consideración.

Vamos a enunciar algunos aspectos que pueden explicar la confluencia que usualmente se da entre la ansiedad y la depresión:

- En ocasiones, las situaciones implican amenaza y pérdida a la vez, por lo que llevan a la activación de los dos sistemas con diferentes posibilidades de combinación.
- Algunos síntomas aparecen por igual en ansiedad y depresión, por ejemplo el centrar la atención en uno mismo y sus reacciones (autofocalización), las dificultades de concentración, el insomnio, el vértigo, y las náuseas.
- Pueden llevar a conductas y pensamientos muy similares, aunque con causas y contenidos diferentes. Así la reclusión en casa se da en la

agorafobia con trastorno de pánico y en la depresión, pero en la primera se debe al miedo a experimentar una crisis de pánico y en la segunda a la tristeza y a la falta de motivación. Sin embargo, como las causas no siempre se pueden dilucidar la distinción puede ser una ardua tarea.

- En niños es difícil separar ansiedad y depresión, posiblemente porque la depresión como la conocemos requiere más elaboración cognitiva con lo que en la infancia se parece más a la ansiedad. Esto se demuestra por que el estado de ánimo en niños diagnosticados de depresión puede ser de irritabilidad. Aún no se han especializado suficientemente los sistemas.

**- Lo mismo ocurre en la vejez.**

- En muchos casos, funcionan los mismos psicofármacos para ambos trastornos, por lo que es de suponer que participan los mismos sistemas de neurotransmisión. Así, se postula que en ambos hay déficits de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina. Lo cual explicaría por qué los antidepresivos tricíclicos (que aumentan la noradrenalina o la serotonina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (que aumentan la cantidad de serotonina en el espacio entre neuronas o espacio sináptico) son igualmente útiles en ansiedad y en depresión. Sin embargo, en este tema aparecen aún resultados contradictorios.

- Suelen haber precursores o concomitantes comunes. En ambos trastornos es corriente encontrar en el inicio o en el transcurso, falta de habilidades para la resolución de problemas, de habilidades sociales, situaciones estresantes o estrés continuado, pensamiento desadaptativo y rígido. No obstante, aunque en forma sean iguales, su contenido (amenaza o pérdida) permite, normalmente, su distinción.

- Se cree que puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y la depresión. Sería el caso del trastorno obsesivo-

compulsivo que guarda más relación con la depresión que con algunos trastornos de la ansiedad, y el del trastorno de pánico. De entre los intentos por explicar las relaciones entre ambas, destaca el de Kendall y Watson. Estos autores usan la Teoría Diferencial de la Emociones de Izard para la que ansiedad y depresión son emociones complejas que recogen diferentes combinaciones de emociones básicas. En la primera predomina el temor, y en la segunda la tristeza. Pese a distinguirse en la emoción básica se asemejan en otras emociones, lo cual puede llevar a que se confundan. Para Kendall y Watson tanto ansiedad como depresión se podrían incluir en una categoría más amplia denominada Afectividad Negativa, formada básicamente por emociones negativas (con sus correspondientes conductas y pensamientos negativos). Por esta categoría quedarían explicadas tanto las coincidencias como las diferencias.

La relación que se pueda dar entre ansiedad y depresión no es fija ni inamovible. Al contrario, presenta oscilaciones a lo largo de su curso. De manera que, en un cierto momento, es posible que predomine una u otra sintomatología.

Si se presentan ambos en un mismo paciente es importante intentar esclarecer cuál fue secundario y cuál primario. Sin embargo el criterio que determinará cuál va a ser tratado primero será el malestar que cause al paciente y el grado de incapacitación. En caso de que esto no quede claro, lo más aconsejable es atender primero a la depresión porque ésta afecta directamente a la motivación, y por tanto, al seguimiento del tratamiento, o de cualquier otro programa o iniciativa tendente a la recuperación

#### 2.2.4. Teóricas que dan sustento a la investigación

##### **Bety Neuman - Modelo de sistemas**

La teórica nos habla de los factores estresante como determinantes de la ansiedad y de la depresión. Por ello es importante conocer los factores causales de esos estados y/o alteraciones en nuestro patrón de vida que de alguna manera puede alterar nuestro equilibrio emocional

La amplitud del este modelo denominado: "Modelo de Sistemas" permite la aplicación y adaptación en una gran variedad de entornos dentro de la práctica de la enfermera. Este planteamiento de modelo hace que sea fácil aplicarlo a clientes que experimentan elementos estresantes. Este modelo aporta significativamente la relación de la enfermera con el paciente, aportando todos sus conocimientos adquiridos tanto académico como vivenciales, cooperando tanto es su cuidado físico y emocional.

Modelo de Sistemas de Betty Neuwman. Su teoría se publica en 1.972. El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología se basó en consideraciones filosóficas, la teoría de Gestalt, la teoría del estrés de Hans Selye y la teoría general de sistemas. Se centra en el estrés y la reducción del mismo. Persona: Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, lo considera como un sistema abierto donde puede recibir información del entorno: (positivo ó negativo), dela cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe ylo que experimenta. Mantener un equilibrio Salud: Se refiere a como la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad. Entorno: Se refiere en general

a condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos ó de relación. La persona/cliente se contempla como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno. Enfermería, rol del cuidado: Es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

- Crítica Externa. Epistemología. Betty Neuman. Utiliza el modelo de contenido abstracto y de ámbito general. Predice los efectos de un fenómeno sobre otro. (teoría predictivas o de relación de factores), mediante el análisis de la información del cliente; principalmente diagnóstico, tratamiento e intervención. Utiliza un sistema de prevención primaria, secundaria y terciario para reducir los agentes estresantes del paciente/cliente. Asunción del modelo. Neuman centra su modelo en el dinamismo y la globalidad para tratar la interacción entre un cliente y su entorno. Betty Neuman considera a la persona/cliente de forma global según la visión de éste en relación a su percepción de lo externo, no en partes relacionadas con lo externo y como esta pueden influir en él. Debería partir de forma particular para llegar a un global, a un equilibrio holístico. Considera la salud de forma individualizada viéndola desde el punto de vista de la persona/cliente, de cómo la siente.<sup>15</sup>

**Madeleine Leninger. La teoría de la transculturalidad aporte realizado por** La enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para

ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de los adultos mayores y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas, además aún considerar la edad de las personas.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

#### **Ansiedad:**

La ansiedad es un signo de alerta, respuesta a una amenaza inespecífica, interna u originada por algún conflicto. Se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable que puede estar acompañada de síntomas autonómicos (cefalea, sudoración, palpitaciones, opresión precordial y leves molestias estomacales). Puede presentarse incapacidad para estar en un mismo sitio durante mucho tiempo. (32)

#### **Depresión:**

Disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo con sentimientos de minusvalía como insomnio, anorexia, e ideación suicida a menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.

#### **Estrés:**

Es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla

violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo y función muscular.

## **2.4. HIPÓTESIS**

H<sup>a</sup> Existe relación entre la depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de una comunidad urbana del sur de Arequipa marzo – agosto 2014

H<sup>o</sup> No Existe relación entre la depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de una comunidad urbana del sur de Arequipa marzo – agosto 2014

## **2.5. VARIABLES**

Es bivariable

### **Variable Independiente**

Depresión

### **Variable Dependiente**

Ansiedad

#### **2.5.1 Definición Conceptual de la variable:**

##### **Variable Independiente**

##### **Depresión**

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos

## **Variable Dependiente**

### **Ansiedad**

Es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. Como respuesta intensa que es, resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones. Genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes

## **2.5.2. Definición Operacional de Variable**

### **Variable Independiente**

Depresión Leve, moderada y severa

### **Variable Dependiente**

Ansiedad. Existe y no existe ansiedad.

### 2.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
<u>Variable 1:</u> Depresión	Leve	Tristeza	Ordinal
		Permisivo	
		Sensación de fracaso	
		Culpa	
		Insatisfacción de todo	
	Moderada	Autodespresio	
		Conducta irritante	
		Pensamientos suicidas	
<u>Variable 2:</u> Ansiedad	Por tener un trabajo	Humor ansioso	Ordinal
		Tensión	
		Temor	
		Aspiraciones personales	
		Inseguridad	
		Cambios de animo	
	Por tener una familia	Sumisión a la idea de otros	
		Desconfianza de sus opiniones	
		Timidez	
		Capacidad personal	
		Aspiraciones	

## CAPITULO III. METODOLOGÍA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

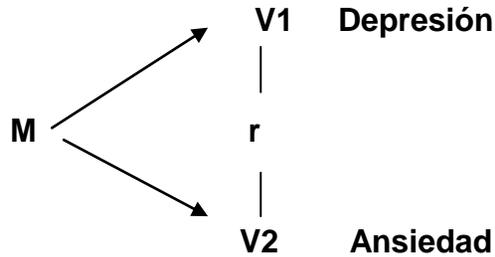
**De tipo no experimental.** Porque no se manipularán las variables de estudio.

#### **Nivel de Investigación**

**De nivel descriptivo:** Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso la depresión y la ansiedad

**De Diseño Correlacional** Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado

El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).



En el presente esquema tenemos:

M = Representa la muestra de estudio

V1 = Depresión

V 2 = Ansiedad

r = Indica el grado de relación entre ambas variables.

**Es de corte transversal**, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó con mujeres amas de casa de 18 a más años de la comunidad urbana del sur de Arequipa

### 3.3. POBLACIÓN y MUESTRA

#### 3.3.1. Población:

Estuvo conformada por 132 mujeres amas de casa entre las edades de 17 a 80 años, que radican en una comunidad urbana del sur de Arequipa.

### **3.3.2.- Muestra**

La Muestra fue elegida de manera probabilística conformado por 80 amas de casa de la comunidad del sur de Arequipa. En la selección de la muestra se tendrá en cuenta la disponibilidad de las madres y según criterio de inclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- Mujeres de 18 a 80 años
- Mujeres que desean participar de la investigación.
- Amas de casa de cualquier edad, nivel educativo, número de hijos, nivel socioeconómico y estado civil.

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### Material

En la presente investigación se utilizó una cédula de datos sociodemográficos donde se incluyó lo siguiente: edad, estado civil, escolaridad, ingreso mensual, ocupación y número de hijos. Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron el inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, [HAS]).

El inventario de Depresión de Beck (Apéndice D), el cual evalúa el grado de depresión que puede tener una persona, se compone de 21 ítems y el rango va de 0 a 63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar intensidad y severidad de la depresión son: de 5 – 9 indica la existencia de altibajos que se consideran normales. De 10 – 18 depresión entre leve y moderada, 19 - 29 depresión entre moderada y severa; de 30

– 63 depresión severa.

El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Si se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas. El Inventario de Depresión de Beck evalúa los síntomas depresivos, a través de 4 opciones de respuesta, las cuales identifican la gravedad e intensidad del síntoma. La consistencia interna de la escala ha sido ampliamente estudiada en población mexicana, mostrando coeficientes Alfa de Cronbach que oscila entre 0.76 a 0.95.<sup>(35)</sup>

El HAS (Apéndice E), se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos, la puntuación total es la suma de cada uno de los ítems.

El rango va de 0 a 56 puntos, no existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad. Para valorar ansiedad generalizada: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). El HAS ha sido utilizado en diversos países incluyendo México reportando una consistencia interna de alfa de Cronbach oscilando entre 0,79 y 0,86<sup>(36)</sup>

### **3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez aprobado el tema por parte del comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería para la realización de esta investigación, se localizó la colonia donde se aplicaron los instrumentos. Posteriormente se obtuvo la autorización por parte de la Directora del Centro de Salud del Municipio de San Pedro Mártir, de Cosoleacaque, Veracruz, así como del jefe de manzana responsable de la colonia, mediante un oficio que fué proporcionado por la Dirección de la Facultad de Enfermería (Apéndice A), dando a conocer el objetivo de dicha investigación; se consideraron a las mujeres que se encontraron los días sábado 13, lunes 15 y miércoles 17 de marzo del 2010.

Posteriormente, se localizaron a las amas de casa (según los criterios de inclusión fijados) se les invitó a participar previo consentimiento informado (Apéndice B), explicando los motivos de la presente. Al acceder las participantes se les aplicó una cédula de datos sociodemográficos (Apéndice B), el Inventario de Depresión de Beck (Apéndice C) y la escala de Ansiedad de Hamilton (Apéndice D). El tiempo que se estimó para la aplicación fué de 15 a 20 minutos por persona. Al terminar se explicó que los datos serán resguardados por los responsables de la investigación y que además serán dadas a conocer de manera general resguardando la confidencialidad. Una vez recopilada la información se realizó el análisis estadístico mediante el paquete SPSS versión <sup>17</sup>.

## CAPITULO IV. RESULTADOS

TABLA: 1

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES AMAS DE CASA

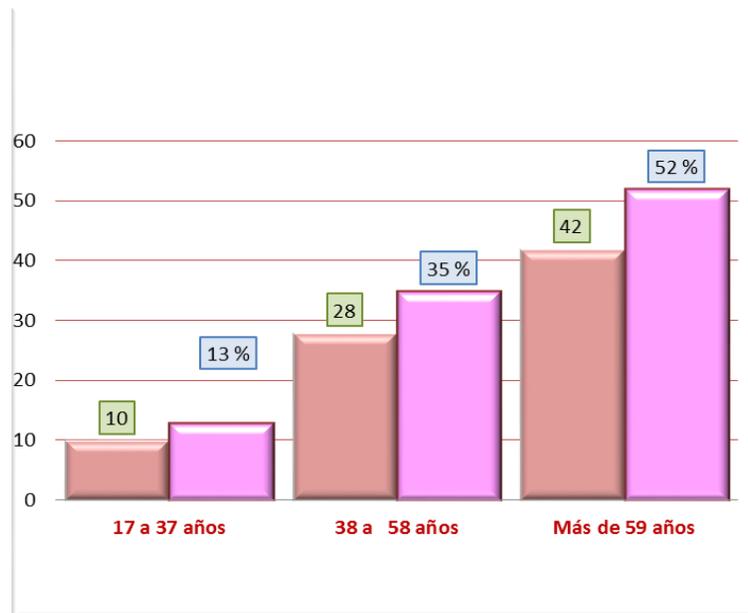
EDAD	$f_i$	$h_i$
➤ 17 - 37 años	10	13
➤ 38 - 58 años	28	35
➤ Más de 59 años	42	52
Total	80	100

Elaboración propia

**Interpretación:** Se evidencia que en la muestra de estudio predomina más en el 52% las mujeres amas de casa de más de 59 años, seguido por el 35%(28) que tienen de 38 a 58 años y el 13%(10) que tienen de 17 a 37 años de edad.

## GRAFICO: 1

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES AMAS DE CASA



**TABLA: 2**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MUJERES  
AMAS DE CASA**

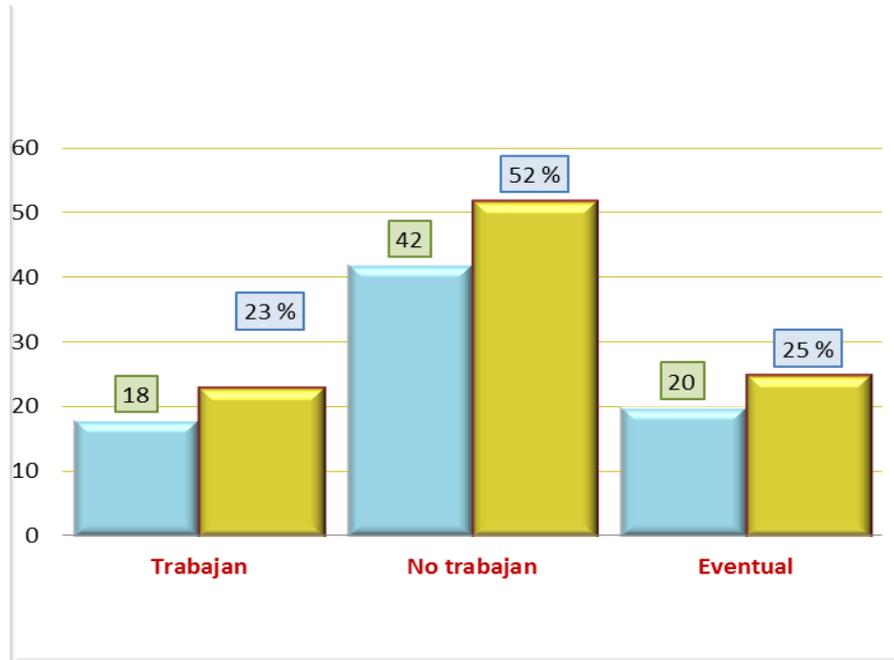
<b>OCUPACION</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
➤ Trabaja	18	23
➤ No trabaja	42	52
➤ Eventual	20	25
Total	80	100

Elaboración propia

**Interpretación:** Se evidencia que en la muestra de estudio predomina en el 52% las mujeres amas de casa que no trabajan, seguido por el 25%(20) que tienen trabajo eventual y solamente el 23%(18) trabajan.

**GRAFICO: 2**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MUJERES AMAS DE CASA**



**TABLA: 3**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES AMAS DE CASA**

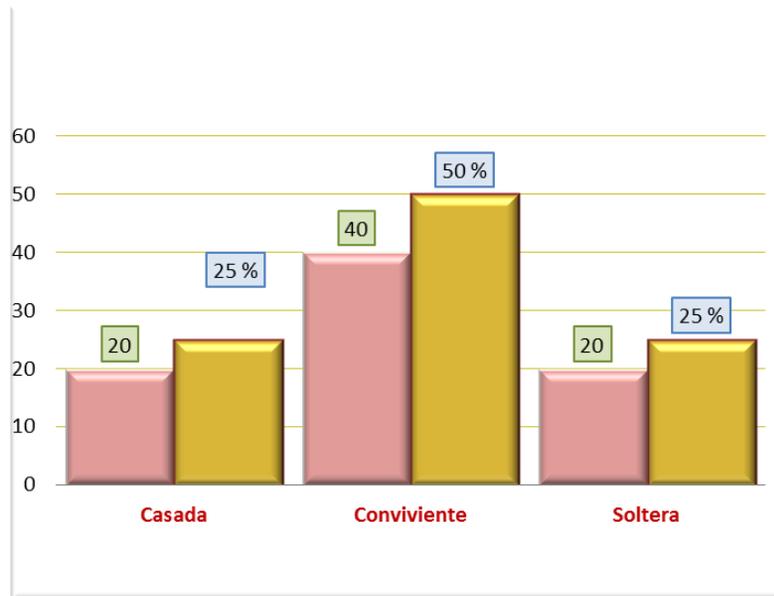
Estado Civil	$f_i$	$h_i$
➤ Casada	20	25
➤ Conviviente	40	50
➤ Soltera	20	25
Total	80	100

Elaboración propia

**Interpretación:** Se evidencia que en la muestra de estudio predomina más en el 50% las mujeres amas de casa que son convivientes, seguido por el 25%(20) que son casadas y solteras.

**GRAFICO: 3**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES AMAS DE CASA**



**TABLA: 4**

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES AMAS DE CASA DE LA COMUNIDAD URBANA DEL SUR DE AREQUIPA MARZO-AGOSTO 2014**

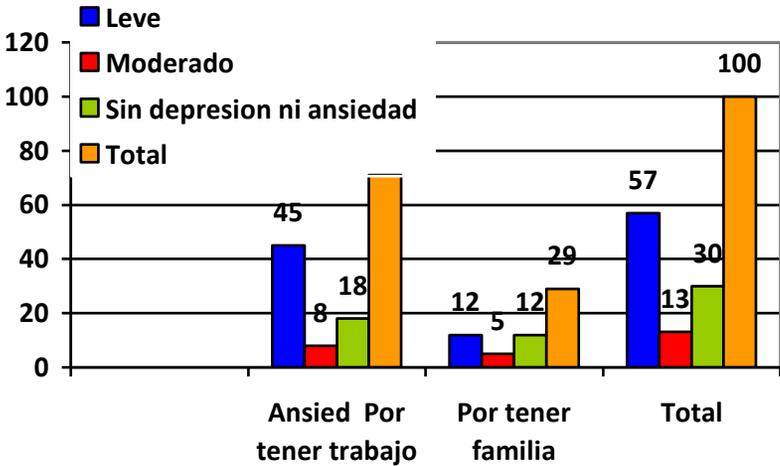
DEPRESIÓN	ANSIEDAD					
	Por tener un trabajo		Por tener una familia		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
➤ Leve	36	45	10	12	46	57
➤ Moderado	6	8	4	5	10	13
➤ Sin depresión, ni ansiedad	14	18	10	12	24	30
Total	56	71	24	29	80	100

Fuente: Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que entre las variables depresión y ansiedad, existe relación porque cuando tienen depresión leve existe ansiedad en el 57%(46) sobre todo por tener un trabajo. Asimismo existe depresión moderado y ansiedad en el 13%(10). También existe un porcentaje 30%(24) de la muestra que no presenta depresión ni ansiedad.

GRAFICO: 4

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES AMAS DE CASA DE LA COMUNIDAD URBANA DEL SUR DE AREQUIPA MARZO-AGOSTO 2014



**TABLA: 5**

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES AMAS DE CASA DE LA  
COMUNIDAD URBANA DEL SUR DE AREQUIPA MARZO-AGOSTO  
2014.**

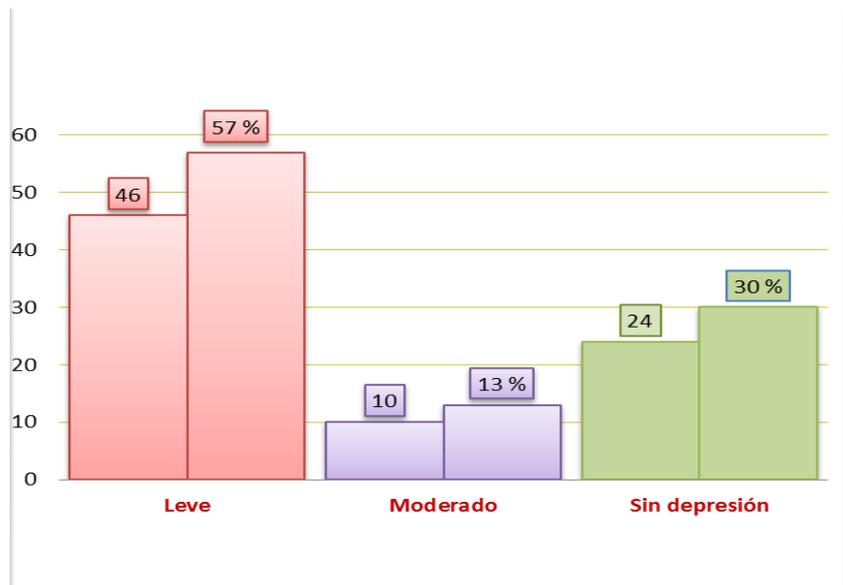
<b>Depresión</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
➤ Leve	46	57
➤ Moderado	10	13
➤ Sin Depresión	24	30
Total	80	100

Elaboración propia

**Interpretación:** Se evidencia que en el 57%(46) mujeres amas de casa predomina una depresión leve, en el 13%(10) tiene una depresión moderado y en el 30%(24) no tienen depresión, ni ansiedad.

**GRAFICO: 5**

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES AMAS DE CASA DE LA  
COMUNIDAD URBANA DEL SUR DE AREQUIPA MARZO-AGOSTO 2014**



**TABLA: 6**

**EXISTENCIA DE LA ANSIEDAD EN MUJERES AMAS DE CASA DE  
LA COMUNIDAD URBANA DEL SUR DE AREQUIPA MARZO-AGOSTO  
2014.**

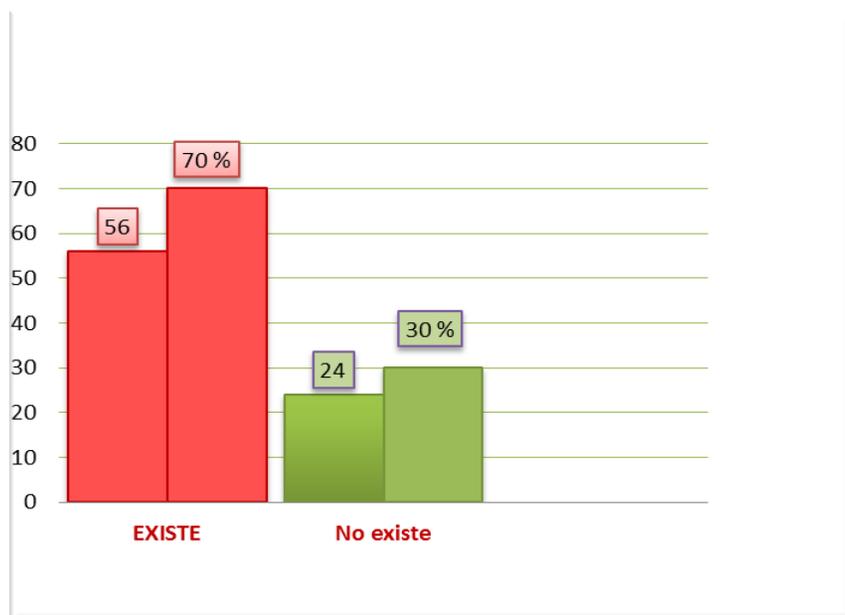
<b>ANSIEDAD</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
➤ Existe	56	70
➤ No Existe	24	30
Total	80	100

Elaboración propia

**Interpretación:** Se evidencia que en el 70%(56) de las mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa existe ansiedad y en el 30%(24) no existe ansiedad.

**GRAFICO: 6**

**EXISTENCIA DE LA ANSIEDAD EN MUJERES AMAS DE CASA DE LA COMUNIDAD URBANA DEL SUR DE AREQUIPA MARZO-AGOSTO 2014.**



**TABLA: 7**

**GRUPO DE EDAD y ESTADO CIVIL QUE PRESENTA MAYOR  
ÍNDICE DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

Edad Estado Civil	Depresión		Ansiedad	
	N	%	N	%
30 a 58 Años	30	37	36	45
Madres Solteras	36	45	34	43
Sin depresión ni ansiedad	14	18	10	12
Total	80	100	80	100

Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que según edad las madres con 38 a 58 años son las que más padecen depresión y ansiedad y son madres solteras. Asimismo el 30%(24) mujeres amas de casa no presentan depresión ni ansiedad.

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General

H<sup>a</sup> Existe relación entre la depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de una comunidad urbana del sur de Arequipa marzo – agosto 2014

H<sup>o</sup> No Existe relación entre la depresión y ansiedad en mujeres amas de casa de una comunidad urbana del sur de Arequipa marzo – agosto 2014

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$  (5%)

Tabla 5: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Depresión	Ansiedad
Depresión	Correlación de Pearson	56	,80**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	80	-24
Ansiedad	Correlación de Pearson	,937**	1
	Sig. (bilateral)	,000	P<0,05
	N	56	56

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 5, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,903, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Depresión y ansiedad de los estudiantes con un nivel de significancia de  $p<0,05$ .

Siendo cierto que: Es probable que el nivel de depresión se relacione con la ansiedad en las 56 mujeres amas de casa que presentan depresión y ansiedad ya que en 24 de ellas no se encontró estos padecimientos.

## CAPITULO V: DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación era establecer la relación que existe entre depresión y ansiedad en 80 mujeres amas de casa, se tuvo en cuenta las variables intervinientes como son los datos socio demográficos como es la edad, estado civil, nivel de estudio, y trabajo. Se evidencia que en la muestra de estudio predomina más las mujeres amas de casa de más de 59 años, seguido por las que tienen de 38 a 58 años y el 13%(10) que tienen de 17 a 37 años de edad. Se evidencia que en la muestra de estudio predomina las mujeres amas de casa que no trabajan. Asimismo en la muestra de estudio predomina más las mujeres amas de casa que son convivientes, seguido por el 25%(20) solteras.

Existe relación entre las variables depresión y ansiedad, porque cuando tienen depresión leve existe ansiedad en el 57%(46) sobre todo por tener un trabajo. Asimismo existe depresión y ansiedad. También existe un porcentaje 30%(24) de la muestra que no presenta depresión ni ansiedad. Concordando con Pérez J. y Serra E. los cuales también encontraron presencia de esta y demostraron que la media de ansiedad es mayor en mujeres que no trabajan

En cuanto a la relación de depresión y ansiedad este resultado fue similar a lo reportado por Matud y Bethencour en el 2000, encontrándose que las mujeres con mayor depresión y ansiedad son las mujeres viudas y divorciadas.

Finalmente se encuentra que los problemas de salud mental se están incrementando como cuadros de depresión y la ansiedad esto guarda relación con los datos encontrados ya que en el 70%(56) de las mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa existe ansiedad y en el 30%(24) no existe ansiedad.

## CONCLUSIONES

- ♣ En la muestra de estudio el 52% de las mujeres amas de casa con más de 59 años, seguido por las madres que tienen de 38 a 58 años y un mínimo porcentaje tienen de 17 a 37 años de edad.
- ♣ Más del 50% de las mujeres amas de casa no trabajan, solamente un mínimo porcentaje de ellas tiene trabajo y que muchas veces es eventual. Asimismo son convivientes, seguido por el 25%(20) que son casadas y madres solteras.
- ♣ Existe relación entre las variables ansiedad y depresión porque cuando tienen depresión leve existe ansiedad en el 57%(46) sobre todo por tener un trabajo. Asimismo existe depresión moderado y ansiedad en el 13%(10). También existe un porcentaje 30%(24) de la muestra que no presenta depresión ni ansiedad.
- ♣ En el 57%(46) mujeres amas de casa existe depresión leve, el 13%(10) tiene una depresión moderado y el 30%(24) no tienen depresión, ni ansiedad.
- ♣ En el 70%(56) de las mujeres amas de casa de la comunidad urbana del sur de Arequipa existe ansiedad y en el 30%(24) no existe ansiedad.
- ♣ Madres de 38 a 58 años de edad son las que más padecen depresión y ansiedad y sobre todo en madres solteras. Asimismo el 30%(24) mujeres amas de casa no presentan depresión ni ansiedad.

## RECOMENDACIONES

- ♣ Tomar como referencia lo encontrado en este estudio, teniendo en cuenta las características de la unidad muestral y del estatus donde habitan y con ello diferenciar la incidencia de depresión y ansiedad entre las comunidades rural y urbana.
- ♣ Realizar un estudio con la misma temática, entre mujeres y hombres para comparar resultados y saber el índice de depresión y ansiedad en ambas poblaciones.
- ♣ Replicar el estudio con un diseño cualitativo, porque al realizar esta investigación se encontró a participantes que expresan diferentes sentimientos lo que permitiría realizar investigación con abordaje cualitativo.
- ♣ Sensibilizar a la población mediante charlas educativas sobre temas relacionados a la depresión, sus síntomas y tratamiento.
- ♣ Que el profesional de enfermería participe en actividades preventivas dirigidas a la población en la temática de salud mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González RMT. Landero HR. Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. Revista Electrónica de Metodología Aplicada 2006, 11 (1): 16-30. Disponible en: <http://www.psico.uniovi.es/REMA/v11n1/a2/welcome.html>. Consultado el 16 de octubre de 2009.
2. Castellano A. L. Coronel P. P. La depresión en la práctica ginecológica. La ciencia y el Hombre. Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana 2004, 17
3. Lara MA. Navarro C. Navarrete L. Mondragón L. Norma AR. Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. Salud Mental 2003, 26 (003): 27-36. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58232604.pdf> Consultada el 06 de enero del 2010.
4. Ruiz A. S. Ciencias de la Salud. Depresión. Revista Postgrado, Universidad Autónoma de Guadalajara.2010. Disponible en: <http://genesis.uag.mx/posgrado/revistaelect/salud/sal003.htm>. Consultado el 06 de marzo del 2010.
5. Posada V.JA. MD. Buitrago B. JP. TS. Medina B. Y. Rodríguez O. M. trastornos de ansiedad según distribución por edad, genero, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/ discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental. Artículo producto de la investigación. 2006, pp. 33-41.

Disponible en:

[http://www.unicolmayor.edu.co/invest\\_nova/NOVA/NOVA6\\_ARTORIG2.pdf](http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf)

Consultado el 14 de junio del 2010.

6. National Institute of Mental Health. Folleto: trastornos de ansiedad 2009. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/index.shtml> Consultado el: 12 de noviembre del 2009.
7. Bello M. Puentes R. E. Medina M. ME. Lozano R. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. Salud Pública de México 2005, 47 suppl 1:S4-S11. Disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2305/sm230510leH.pdf?PHPSESSID=a20408731f58714ea73cfa58fc0fb23c>. Consultado el 06 de marzo del 2010
8. Benjet C. Borges G. Medina M. ME. Fleiz B. C. Zambrano R. J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública de México 2004, 46(005): 417-424. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10646506.pdf> Consultada el 06 de enero del 2010.
9. Actividad física en las mujeres. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_women/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_women/es/). Consultada el 06 de enero del 2010.
10. Feldman L. Vivas E. Lugli Z. Zaragoza J. Gómez V. Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. Salud Pública de México 2008, 50 (4): 82-489. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2008/Noviembre%20diciembre/6-familia.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2008/Noviembre%20diciembre/6-familia.pdf)

Consultado el 07 de enero del 2010.

11. Alvarado R. Numbausher J. Vega A. Factores psicosociales asociados a cuadros depresivos en mujeres adultas de la isla de Chiloé. *Revista de Salud Pública* 2008, 2 (1): 8-16. Disponible en: <http://regional.bvsalud.org/metaiah/search.php>. Consultado el 19 de octubre del 2009.
12. Canto HGI. Castro EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2004, (9): 257-270.  
Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29290204>.  
Consultado el 12 de octubre de 2009
13. Pérez J. Serra E. Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de Psicología* 1997, (13): 155-161.
14. Tifner S. Zanin L. Bórtoli M. Efecto de la feromona androsterona sobre el estado de ánimo en una muestra de mujeres. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2003, 3 (1): 77-87. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-61.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-61.pdf) Consultado el 06 de enero del 2010.
15. Díaz LJ. Torres LC.V. Urrutia Z. E. Moreno P.R. Font D.I. Cardona M.M. Factores psicosociales de la depresión. *Revista cubana Médica Militar* 2006, 35 (3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>. Consultado el 06 de marzo del 2010.
16. Ojeda C. Historia y redescrición de la angustia clínica. Chile: *Revista*

Chilena de neuro-psiquiatría 2003, 41(2): 95-102. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000200002&script=sci_arttext). Consultado el 06 de marzo del 2010.

17. Toro G. R.J. Yépez L. E. Trastornos depresivos. ISBN 9589400175. Libro de fundamentos de medicina: Psiquiatría. 3ª. Ed. Medellín Colombia. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. 1998. capítulo 11 pp: 131-139.

18. Gómez R. CM. Roa C. ML. Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único. Servicio de Psicología Aplicada, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Acción psicológica 2. 2002, 195-204. Disponible en:  
[http://www.uned.es/psicologia/accion\\_psicol/periodico/n2\\_vol1/7.pdf](http://www.uned.es/psicologia/accion_psicol/periodico/n2_vol1/7.pdf). Consultado el 05 de marzo del 2010.

19. López-Ibor A. JJ. Valdés M. M. Trastornos del estado de ánimo. Y trastornos de ansiedad. ISBN edición origina 089040254. ISBN edición española 9788445810873. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Barcelona España. Editorial Elsevier Masson. 2002. pp: 387-389 y 477-480.

20. Piqueras R. JA. Martínez G. AE. Ramos L. V. Rivero B. R., García L. LJ. Oblitas G. LA. Ansiedad, depresión y salud. Suma Psicología 2008, 15 (1) .Disponible en:  
[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-43812008000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es) . Consultado el 05 de marzo del 2010

21. Noticias e Información Pública. Atlas de Salud Mental. Comunicado de Prensa Organización Panamericana de salud (OPS). 2005. Disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051209.htm> Consultado el 06 de enero del 2010.

22. Consorcio Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. *Bulletin of the World Health Organization* 2000,(4):413–426.
23. Virues E. RA. Estudio sobre ansiedad. *Psicología científica*. Com. Universidad Autónoma de Nuevo León, México 2005. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-69-estudio-sobre-ansiedad.pdf> Consultado el 06 de marzo del 2010.
24. Aláez M. Martínez R. Rodríguez C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* 2000, (12) 525-532.  
Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72712403>.  
Consultado el 5 de febrero de 2010
25. Matud PM. Guerrero K. Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006, 6 (1): 7-21. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-163.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-163.pdf) Consultado el 07 de enero del 2010.
26. Calvin PME. Género, salud mental y violencia. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Chile. 2001. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/mentalhealthandviolence.pdf>

Consultado el 06 de enero del 2010.

27. Agudelo D. Buela G. Donald C. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental* 2007, 3033-41. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58230205>.

Consultado el 16 de septiembre de 2009.

28. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) 2006. "Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer". Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2006/mujer06.pdf> Consultado el 07 de enero del 2010.

29. Ferrer VA. Bosch E. Gili M. Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema* 1998, (10): 53-63. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72710105>.

Consultado el 2 de octubre de 2009.

30. Olmedilla ZA. Ortega TE. Madrid GJ. Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 2008, 8 (31) 224-243. Disponible en:

<Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista31/artansiedad92.htm> consultado el 12 de noviembre del 2009.

31. Matud MPr, Bethencourt JM. Ansiedad, depresión y síntomas psicossomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2000; (32): 91-106. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80532105>.

Consultado el 14 de septiembre de 2009.

32. Atencio A. B.J. Nucette R. E. Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Sociedad venezolana de psiquiatría 2004; 50(103). Disponible en: <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol50n103/articulo5n103.pdf>. Consultado el 06 de marzo del 2010.
33. Canales F. Alvarado E. Pineda E. metodología de la investigación; manual para el desarrollo personal de salud. México: Limusa; 2007.
34. Hernández S. R., Fernández C. C., Baptista L. P., Metodología de la Investigación. 4ª Ed. México: McGraw Hill; 2006.
35. Beck A. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Nueva York: International Universities Press. 1976. Disponible en: <http://www.cepvi.com/Test/BDI.shtml> Consultado el: 10 de diciembre del 2009.
36. Hamilton M. Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) 1959. disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS> consultado el 10 de diciembre del 2009.
37. Polit, Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª edición. México: McGraw Hill: 2000.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### *Consentimiento informado*

Nombre de la investigación: Depresión y Ansiedad en amas de comunidad sur de Arequipa

Investigadores responsables: **Estudiantes de Lic. En Enfermería**

Por medio de este documento me permito colaborar con la presente investigación científica aceptando de forma voluntaria; el presente tiene como finalidad conocer la presencia de Depresión y Ansiedad en amas de casa del sur de Arequipa

No obtendré beneficio alguno al participar en dicho estudio, pero toda la información que ofrezca será útil para el conocimiento del fenómeno citado. Se me asegura se respetaran mi privacidad e integridad apegándose a la Ley General de Salud (2007) en materia de investigación.

Se me notifica que contestaré un test de 12 preguntas y que cuento con un tiempo aproximado de 15 minutos para responderlo; si requiero de alguna explicación ésta me será proporcionada por los investigadores responsables del proyecto.

Firma del sujeto de investigación: \_\_\_\_\_

Firma de los investigadores:

\_\_\_\_\_  
FIRMA

## ANEXO B

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

INSTRUCCIONES: Identifique la respuesta que más se apegue a sus sentimientos y percepciones, dentro de cada grupo escoge una sola respuesta marcándola con una "x"; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy.

#### **1. Tristeza.**

( ) 0. No me siento triste. (

) 1. Me siento triste.

( ) 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. ( ) 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

#### **2. Pesimismo**

( ) 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. ( ) 1. Me siento desanimado de cara al futuro.

( ) 2. siento que no hay nada por lo que luchar.

( ) 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

#### **3. Sensación de fracaso**

( ) 0. No me siento fracasado.

( ) 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.

( ) 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. ( ) 3. Soy un fracaso total como persona.

#### **4. Insatisfacción**

( ) 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. ( ) 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

( ) 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. ( ) 3. Estoy insatisfecho o aburrido con

respecto a todo.

### **5. Culpa**

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

### **6. Expectativas de castigo**

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Autodesprecio**

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

### **8. Autoacusación**

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **9. Idea suicidas**

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

### **10. Episodios de llanto**

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro

- más que antes. ( ) 2.  
Lloro continuamente.  
( ) 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

### **11. Irritabilidad**

- ( ) 0. No estoy especialmente irritado.  
( ) 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes. ( ) 2. Me siento irritado continuamente.  
( ) 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

### **12. Retirada social**

- ( ) 0. No he perdido el interés por los demás.  
( ) 1. Estoy menos interesado en los demás que antes. ( ) 2. He perdido gran parte del interés por los demás.  
( ) 3. he perdido todo interés por los demás.

### **13. Indecisión**

- ( ) 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes. ( ) 1. Evito tomar decisiones más que antes.  
( ) 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. ( ) 3. Me es imposible tomar decisiones.

### **14. Cambios en la imagen corporal.**

- ( ) 0. No creo tener peor aspecto que antes  
( ) 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.  
( ) 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.  
( ) 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

### **15. Enlentecimiento**

- ( ) 0. Trabajo igual que antes.  
( ) 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo. ( ) 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.  
( ) 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

## **16. Insomnio**

0. Duermo tan bien como siempre.  1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

## **17. Fatigabilidad**

0. No me siento más cansado de lo normal.  1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

## **18. Pérdida de apetito**

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.  2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. he perdido completamente el apetito.

### **19. Pérdida de peso**

0. No he perdido peso últimamente.  1. He perdido más de 2 kilos.  2. He perdido más de 4 kilos.  3. He perdido más de 7 kilos.

### **20. Preocupaciones somáticas**

0. No estoy preocupado por mi salud  
 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.  
 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

### **21. Bajo nivel de energía**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.  1. La relación sexual me atrae menos que antes.  
 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.  3. He perdido totalmente el interés sexual.

(A. Beck, 1976.)

## ANEXO C

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

INSTRUCCIONES: Reflexione si durante las dos últimas semanas se han presentado algunos de los síntomas que se citan. Le pido que por favor responda todas las preguntas utilizando un bolígrafo color azul o negro marcando si o no según sea el caso, los datos que proporcione son de gran importancia para realizar nuestra investigación. Si se le presentan dudas acerca de alguna pregunta, favor de dirigirse al aplicador. De antemano agradecemos su participación.

INSTRUMENTO.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	intensidad ligera	intensidad media	intensidad elevada	intensidad máxima (invalidante)
<b>1. Humor ansioso:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión:</b> Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	0	1	2	3	4
<b>3. Miedos:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
<b>5. Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración. Mala memoria.	0	1	2	3	4

<b>6. Humor depresivo:</b> Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de	0	1	2	3	4

dientes. Voz quebrada.					
<b>8. Síntomas somáticos generales:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos).	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios:</b> Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar)	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b>	0	1	2	3	4
Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

Total: \_\_\_\_\_

**APLICADORES:**

**¡Por su participación muchas gracias!**