



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social

TESIS PROFESIONAL

**Que para obtener el título de Licenciada en Enfermería
presenta:**

P.L.E. Brenda Suastegui Hernández

ASESORA:

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

CO-ASESORAS:

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

M.A. BARBARA MONICA LEMUS LOEZA

Junio, 2020, Morelia Michoacán

La Dra. Ana Celia Anguiano Morán Profesora e Investigadora asociado “C” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como directora de tesis de licenciatura.

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de Tesis titulado “Ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social,” elaborado por la PLE. Brenda Suastegui Hernández, y que será presentado como requisito para obtener el Título de Licenciada en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Profesor e Investigador asociada “C”

Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA: _____

Directivos

M.S.P. Julio Cesar González Cabrera
Director de la Facultad de Enfermería

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Secretaria Académica

L.E.I. Renato Hernández Campos
Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. Ana Celia Anguiano Moran

Asesora

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Coasesora

M.A. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Coasesora

Dedicatoria

La presente tesis va dedicada a mis padres la Sra. Leticia Hernández el Sr. Fabián Suastegui y mi hermana Diana Laura Suastegui, quienes me siguen acompañado y brindando todo su apoyo para que siga adelante simplemente gracias por su amor, paciencia y el gran esfuerzo que siguen haciendo por mí para que sea licenciada en Enfermería.

Por la constante perseverancia de llegar hasta terminar la carrera, el servicio social y ahora obtener el grado de Lic. En Enfermería me auto dedico mi tesis.

Agradecimientos

Primero agradezco a Dios y a la vida por culminar esta hermosa profesión. A mi mis padres y hermana gracias por creer siempre en mí, ellos son las personas más importantes en mi vida. También agradezco a esas personas que me han acompañado a lo largo de esta travesía amigos, compañeros, y mi familia. Me agradezco a mí misma por concluir esta meta aún faltan muchas más pero esta es el principio de todo.

Gracias a mi asesora la Dra. Ana Celia Anguiano quien me asesoro para poder realizar con éxito esta tesis y la Dra. María De Jesús la cual me apoyo al principio de este gran trabajo, gracias por la paciencia y dedicación que puso en mí. A la Lic. Lucero quien me ayudo en todo el proceso para mi titulación.

Agradezco a la Facultad de Enfermería, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por brindarme la oportunidad de ser parte del alumnado y a los profesores quienes me forjaron como enfermera.

ÍNDICE

Resumen	xiii
Abstract	xv
I. Introducción	1
II. Planteamiento Del Problema	4
Capítulo I	5
III. Justificación	5
IV. Objetivos	16
4.1. General	16
4.2. Específicos	16
Capítulo II	17
V. Marco Teórico	17
5.1. Ansiedad	17
5.1.1. Antecedentes.	18
5.1.2. Signos y síntomas.	19
5.1.3. Diagnóstico.	20
5.1.4. Tratamiento.	21
5.2. Depresión	23
5.2.1 Antecedentes	24
5.2.2. Signos y síntomas	25
5.2.3. Diagnóstico	27
5.2.4. Tratamiento	29
5.3 Pre-pasantes	33
VI. Metodología	34
6.1. Enfoque.	34

6.2. Diseño.....	34
6.3. Límites de tiempo y espacio.	34
6.4. Universo.....	34
6.5. Muestra y muestreo	34
6.6. Variables.....	35
6.6.1. Variable independiente ansiedad.	35
6.6.2. Variable dependiente depresión.....	35
6.7. Criterios de selección.....	36
6.7.1. Criterio de inclusión.....	36
6.7.2. Criterio de exclusión.....	36
6.7.3. Criterio de eliminación.....	36
6.8. Instrumento.....	37
6.9. Procedimiento.....	39
6.10. Análisis estadístico	39
6.11. Difusión.....	40
VII. Consideraciones Éticas Y Legales.....	41
Capitulo IV.....	45
VIII. Interpretación Y Análisis De Resultados	45
IX. Discusión	59
X. Conclusiones	62
XI. Recomendaciones	63
XII. Referencias Bibliográficas.....	64
XIII. Apéndices	71
Apéndice 1 tablas de resultados.....	71
XIV. Anexos	106
Anexo 1 Consentimiento informado.....	106

Anexo 2 hoja de colecta de datos..... 107

Índice de tablas

<i>Tabla 1 edad de los pre-pasantes de servicio social</i>	71
<i>Tabla 2 variables sociodemográficas de los pre-pasantes de servicio social</i>	71
<i>Tabla 3 Lugar de procedencia de los pre-pasantes de servicio social</i>	71
<i>Tabla 4 ansiedad como estado-rasgo</i>	72
<i>Tabla 5 depresión como estado-rasgo</i>	72
<i>Tabla 6 Diferencias de ansiedad estado por sexo en pre-pasantes</i>	73
<i>Tabla 7 Diferencias de ansiedad rasgo por sexo en pre-pasantes</i>	73
<i>Tabla 8 IDARE-ESTADO</i>	74
<i>Tabla 9 IDARE-ESTADO</i>	74
<i>Tabla 10 IDARE-ESTADO</i>	74
<i>Tabla 11 IDARE-ESTADO</i>	75
<i>Tabla 12 IDARE-ESTADO</i>	75
<i>Tabla 13 IDARE-ESTADO</i>	75
<i>Tabla 14 IDARE-ESTADO</i>	76
<i>Tabla 15 IDARE-ESTADO</i>	76
<i>Tabla 16 IDARE-ESTADO</i>	76
<i>Tabla 17 IDARE-ESTADO</i>	77
<i>Tabla 18 IDARE-ESTADO</i>	77
<i>Tabla 19 IDARE-ESTADO</i>	77
<i>Tabla 20 IDARE-ESATDO</i>	78
<i>Tabla 21 IDARE-ESTADO</i>	78
<i>Tabla 22 IDARE-ESTADO</i>	79
<i>Tabla 23 IDARE-ESTADO</i>	79
<i>Tabla 24 IDARE-ESTADO</i>	79
<i>Tabla 25 IDARE-ESTADO</i>	80
<i>Tabla 26 IDARE-ESTADO</i>	80
<i>Tabla 27 IDARE-ESTADO</i>	80
<i>Tabla 28 IDARE-RASGO</i>	81
<i>Tabla 29 IDARE-RASGO</i>	81
<i>Tabla 30 IDARE-RASGO</i>	81
<i>Tabla 31 IDARE-RASGO</i>	82
<i>Tabla 32 IDARE-RASGO</i>	82
<i>Tabla 33 IDARE-RASGO</i>	83
<i>Tabla 34 IDARE-RASGO</i>	83
<i>Tabla 35 IDARE-RASGO</i>	83
<i>Tabla 36 IDARE-RASGO</i>	84
<i>Tabla 37 IDARE-RASGO</i>	84
<i>Tabla 38 IDARE-RASGO</i>	84
<i>Tabla 39 IDARE-RASGO</i>	85
<i>Tabla 40 IDARE-RASGO</i>	85
<i>Tabla 41 IDARE-RASGO</i>	85
<i>Tabla 42 IDARE-RASGO</i>	86

<i>Tabla 43 IDARE-RASGO</i>	86
<i>Tabla 44 IDARE-RASGO</i>	87
<i>Tabla 45 IDARE-RASGO</i>	87
<i>Tabla 46 IDARE-RASGO</i>	87
<i>Tabla 47 IDARE-RASGO</i>	88
<i>Tabla 48 IDERE-ESTADO</i>	88
<i>Tabla 49 IDERE-ESTADO</i>	89
<i>Tabla 50 IDERE-ESTADO</i>	89
<i>Tabla 51 IDERE-ESTADO</i>	89
<i>Tabla 52 IDERE-ESTADO</i>	90
<i>Tabla 53 IDERE-ESTADO</i>	90
<i>Tabla 54 IDERE-ESTADO</i>	91
<i>Tabla 55 IDERE-ESTADO</i>	91
<i>Tabla 56 IDERE-ESTADO</i>	91
<i>Tabla 57 IDERE-ESTADO</i>	92
<i>Tabla 58 IDERE-ESTADO</i>	92
<i>Tabla 59 IDERE-ESTADO</i>	92
<i>Tabla 60 IDERE-ESTADO</i>	93
<i>Tabla 61 IDERE-ESTADO</i>	93
<i>Tabla 62 IDERE-ESTADO</i>	94
<i>Tabla 63 IDERE-ESTADO</i>	94
<i>Tabla 64 IDERE-ESTADO</i>	94
<i>Tabla 65 IDERE-ESTADO</i>	95
<i>Tabla 66 IDERE-ESTADO</i>	95
<i>Tabla 67 IDERE-ESTADO</i>	96
<i>Tabla 68 IDERE-RASGO</i>	96
<i>Tabla 69 IDERE-RASGO</i>	96
<i>Tabla 70 IDERE-RASGO</i>	97
<i>Tabla 71 IDERE-RASGO</i>	97
<i>Tabla 72 IDERE-RASGO</i>	98
<i>Tabla 73 IDERE-RASGO</i>	98
<i>Tabla 74 IDERE-RASGO</i>	98
<i>Tabla 75 IDERE-RASGO</i>	99
<i>Tabla 76 IDERE-RASGO</i>	99
<i>Tabla 77 IDERE-RASGO</i>	100
<i>Tabla 78 IDERE-RASGO</i>	100
<i>Tabla 79 IDERE-RASGO</i>	100
<i>Tabla 80 IDERE-RASGO</i>	101
<i>Tabla 81 IDERE-RASGO</i>	101
<i>Tabla 82 IDERE-RASGO</i>	102
<i>Tabla 83 IDERE-RASGO</i>	102
<i>Tabla 84 IDERE-RASGO</i>	102
<i>Tabla 85 IDERE-RASGO</i>	103
<i>Tabla 86 IDERE.RASGO</i>	103

<i>Tabla 87 IDERE-RASGO</i>	104
<i>Tabla 88 IDERE.RASGO</i>	104
<i>Tabla 89 IDERE.RASGO</i>	104

Resumen

Introducción: Los trastornos por ansiedad y depresión son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 264 millones tienen trastornos de ansiedad (OMS, 2019). La ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social, son trastornos muy comunes que presentan los estudiantes debido a que se encuentran en una fase donde culminan su carrera e inician el servicio social.

Metodología: es un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal, el universo de estudio fueron 450 pre-pasantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo. Se llevó a cabo un muestreo probabilístico, considerando un 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error, conformando una muestra de 208 pre-pasantes. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad; la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) auto aplicado, cada una de ellas tiene 20 ítems. La forma de respuesta va de 0 a 4 y Depresión Rasgo-Estado (IDERE), IDERE es un inventario diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión; como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). La escala que evalúa depresión como estado tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, tablas de frecuencia y porcentajes. **Resultados:** El promedio de edad de los estudiantes pre-pasantes es de 22.8 años, 88.9% fueron solteros, el 76,4% de sexo femenino, 71.2% desempleados, el 94.7% no padecen ninguna enfermedad y el 87% su lugar de procedencia de Michoacán. En Idare-estado, los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto (53.8 %): en Idare-rasgo, los estudiantes mostraron ansiedad en un rasgo alto (100 %) y finalmente en Idere-estado e Idere-rasgo, 100% de los pre-pasantes tuvieron depresión estado y rasgo alto. Se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney y sólo se observa

diferencia estadísticamente significativa entre la variable sexo y ansiedad estado ($U=2944.00$, $p=.010$) y ansiedad rasgo ($U=3038.00$, $p=.020$). **Conclusión:** los pre-pasantes de servicio social de la Facultad de Enfermería tienen un nivel alto de ansiedad estado alto y ansiedad rasgo alto y depresión estado y rasgo alto, con base a la investigación se puede concluir que la prevalencia de ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social de la Facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo fue de un nivel alto dando como resultado que los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto, ansiedad rasgo alto, depresión estado y rasgo alto.

Palabras claves: pre-pasantes, ansiedad, depresión, Facultad de Enfermería

Abstract

Introduction: Anxiety and depression disorders are common mental health problems that affect work capacity and productivity. More than 300 million people worldwide suffer depression, this disorder is the main cause for disability, and more than 264 million people suffer anxiety disorders (WHO, 2019). Anxiety and depression are common disorders in pre-interns students during social service because they are in a phase where they finish their career and start social service.

Methods: this is a quantitative, non-experimental, descriptive, prospective, and transversal study, the study universe was 450 pre-interns from Nursing Faculty of Universidad Michoacana De San Nicolas De Hidalgo. Probabilistic sampling was carried out, considering 95% confidence interval and 5% error range, getting a sample of 208 pre-interns. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) instrument was used to collect data. STAI is a self-evaluating inventory which evaluate two relatively independent anxiety ways; anxiety as a state (transient emotional condition) and anxiety as a self-applied trait (relatively stable anxiety propensity), each of them has 20 items and the response ranges were from 1 to 4. The analysis was carried out through descriptive statistics, frequency tables and percentages.

Results: The average age of pre-interns students is 22.8 years, 88.9% were single, 76.4% female, 71.2% unemployed, 94.7% do not suffer any disease and 87% were born in Michoacan. Pre-interns in STAI-state showed high state anxiety (53.8 %); in STAI-trait they showed high trait anxiety (100 %) and finally in Idere-state and Idere-trait, 100 % of the pre-interns students had depression state and trait high. The Mann-Whitney U test was used and only a statistically significant difference was observed between the variable gender and state anxiety ($U = 2944.00$, $p = .010$) and trait anxiety ($U = 3038.00$, $p = .020$). **Conclusion:** pre-interns of social service from the Faculty of Nursing have high levels of high state anxiety and high trait anxiety depression state and high trait, based on this research we can conclude that there are a high level of anxiety and depression during social service in pre-interns students from the Nursing Faculty of the Michoacana University of San Nicolas de Hidalgo, since pre-interns have high-state anxiety, high-trait anxiety, high-state and high-trait depression.

Key words: pre-interns, anxiety, depression, Faculty of Nursing

I.Introducción

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales (Manual MSD, 2018).

La ansiedad puede definirse como un mecanismo adaptativo necesario para la supervivencia humana y que se relaciona con la respuesta a estímulos externos o internos del propio organismo, sin la cual, sería imposible el correcto desarrollo y funcionamiento del ser humano. Sin embargo, si la respuesta se prolonga en el tiempo sin estímulos objetivamente presentes, se puede convertir en un estado patológico que se denominará trastorno de ansiedad (Pego, Del Río, Fernández, y Gutiérrez, 2018).

El trastorno por depresión se caracteriza por la existencia de un sentimiento de tristeza lo suficientemente intenso como para interferir en el desarrollo de las actividades habituales y/o por una reducción del interés o del placer en actividades que solían ser del agrado de la persona afectada. Puede sobrevenir tras la pérdida de un ser querido u otro acontecimiento doloroso, aunque con respecto a este resulta desproporcionado y de una duración mayor a la esperada (Manual MSD, 2018)

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OPS, 2017).

Al término de un ciclo, la persona del algún modo entra en una ligera etapa o nivel de depresión, en este caso los estudiantes de octavo semestre llegaran a esa

etapa ya que culminan cuatro años de carrera, más que al término iniciaran el servicio social el cual la ansiedad y depresión los invadirá aún más porque se enfrentaran a nuevos retos, circunstancias, personal laboral, responsabilidades e independencia.

Para la investigación se utilizó un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Para la realización de este trabajo se aplicaron los instrumentos IDARE e IDERE a los pre-pasantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Se obtuvieron resultados relevantes como son: el promedio de edad fue de 22.81 años, 88.9% fueron solteros, 76,4% de sexo femenino, 71.2% no trabajan, el 94.7% no padecen ninguna enfermedad y 87% su lugar de procedencia es de Michoacán. Los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto (53.8%) y ansiedad rasgo alto (100%). 100% de los pre-pasantes tuvieron depresión estado y rasgo alto y se observa la diferencia estadísticamente significativa entre la variable sexo y ansiedad estado ($U=2944.00$, $p=.010$) y ansiedad rasgo ($U=3038.00$, $p=.020$).

Se concluyó que la prevalencia de ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social de la Facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo fue de un nivel alto dando como resultado que los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto y ansiedad rasgo alto Y depresión estado y rasgo alto.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos, capítulo I en la justificación se describen los antecedentes de ansiedad y depresión, así como algunos datos de importancia como cifras estadísticas, magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

Planteamiento del problema dónde presenta los puntos clave para la elección de dicho tema, y se describe algunos problemas principales que conllevó a realizar la investigación.

Los objetivos a los que se pretendieron llegar realizando la investigación.

Capítulo II, Marco teórico muestra, datos ya citados y corroborados sobre el tema, hablando de conceptos, antecedentes, diagnósticos, tratamiento signos y síntomas.

Capítulo III, Materiales y métodos se describe el enfoque, diseño, y tipo de la muestra, el universo en el cual se aplicó el instrumento de colecta de datos, los criterios de inclusión y exclusión, la descripción breve del instrumento utilizado, el universo de estudio, los recursos que se requirieron tanto humanos, materiales y financieros. Incluye las variables de investigación Así como los aspectos éticos y legales para que se formara una investigación correcta.

Capítulo IV interpretación y análisis de los resultados, se analizaron e interpretaron los resultados obtenidos en la investigación en bases a la colecta de datos. Se realizó la discusión con los datos obtenidos del presente trabajo_se hizo la comparación con diversos autores que a su vez investigaron temas relacionados con ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social, se hicieron sugerencias a la Facultad de Enfermería para que se pueda contrarrestar la ansiedad y depresión en sus alumnos.

II. Planteamiento Del Problema

Ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas que afectan al individuo hoy en día, tienen un impacto directo en la salud mental y emocional de millones de personas; convirtiéndose en un factor fundamental de preocupación global, y México no es la excepción (Torres, 2019).

La formación de enfermería se caracteriza por una exigente preparación en el área de las ciencias de la salud y en el ámbito profesional, lo que implica en el estudiantado altos niveles de estrés lo cual viene siendo descrito desde el primer tercio del siglo XX, como menciona Mac Gregor en 1938 en el British Medical Journal. La exposición de forma continuada a factores estresantes en el estudiantado, puede originar un deterioro en el funcionamiento normal del organismo ocasionando falta de concentración, dificultad para memorizar, dificultad para resolver problemas, déficits en las habilidades de estudio, escasa productividad y un menor rendimiento académico, así como la génesis de trastornos orgánicos y mentales, en concreto y relacionado con estos últimos el riesgo de desarrollo de ansiedad y depresión (Del Río, Pego, Fernández y Gutiérrez 2018).

Con base en la información anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social?

Capítulo I

III. Justificación

Según las estimaciones, en el mundo hay 264 millones de personas padecen depresión, una de las principales causas de discapacidad. Además, muchas de ellas sufren también síntomas de ansiedad. Según un reciente estudio dirigido por la Organización Mundial de la Salud OMS, los trastornos por depresión y por ansiedad cuestan a la economía mundial US\$ 1 billón anual en pérdida de productividad. Por otro lado, es bien conocido que el desempleo es un factor de riesgo de problemas mentales, mientras que la obtención de un empleo o la reincorporación al trabajo ejercen efectos protectores. (OMS, 2019)

En 2007, Flores, Jiménez, Pérez, Ramírez y Vega realizaron una investigación sobre Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios Flores, con el objetivo de 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, fue un estudio descriptivo correlacional. Participaron voluntariamente 80 estudiantes de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores (FES), el rango de edad fue de 16 años como mínimo a 28 años como máximo Se aplicaron dos pruebas: El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), el test de Hamilton que mide la 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.

En 2009 González, Hernández y García realizaron la investigación sobre Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. Se realizó un estudio exploratorio a partir de cuestionarios de autoinforme aplicados a una muestra de conveniencia de 506 estudiantes de psicología de dos universidades de Monterrey, estado de

Nuevo León, México. La muestra, tomada por conveniencia, quedó compuesta por estudiantes de todos los semestres de las clases impartidas por colaboradores de la investigación: 76 (15,0%) estudiantes de primer semestre, 20 (4,0%) de segundo semestre, 43 (8,5%) de tercer semestre, 31 (6,1%) de cuarto semestre, 59 (11,7%) de quinto semestre, 31 (6,1%) de sexto semestre; 91 (18,0%) de séptimo semestre, 48 (9,5%) de octavo semestre, 70 (13,8%) de noveno semestre y 28 (5,5%) de décimo semestre; 9 (1,8%) estudiantes no informaron su semestre de estudio. Para la depresión se empleó el inventario de Beck y la ansiedad se evaluó mediante la escala social para adolescentes. Se utilizó la correlación de Spearman para determinar el nivel de significación de la relación entre las variables y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar los niveles de ansiedad y depresión en los grupos de estudiantes conformados según la intensidad de los síntomas psicósomáticos. Obtuvieron como resultados los participantes, 129 (25,5%) presentaron síntomas psicósomáticos de intensidad media o alta, solo 4 (0,8%) manifestaron depresión intensa y únicamente 2 (0,4%) estudiantes presentaron niveles de ansiedad por encima del 75% de la puntuación máxima de la escala. La intensidad de los síntomas psicósomáticos aumentó a la par que aumentaban los niveles de ansiedad y depresión. Los síntomas psicósomáticos más frecuentes y que causaban mayor preocupación en la muestra fueron: dolores de cabeza, menstruales y de espalda, así como sentirse cansado y dificultades para dormir. Concluyeron con que Se confirmó la relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad.

En 2010 Santander, Romero, Hirschfeld y Zamora investigaron sobre Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, utilizando como instrumento una encuesta anónima y voluntaria a los alumnos de pregrado de 1° a 7° año de medicina la que se aplicó previo consentimiento informado, se aplicó el Test de Goldberg (GHQ) y el Inventario de Beck de depresión (BDI). Dando como resultado, respondió un 74% de los alumnos, un 39% presentó GHQ positivo y 25% tuvo BDI positivo. La presencia de síntomas emocionales se asoció positivamente con sexo femenino y con presencia de acontecimientos personales recientes. 12% de los estudiantes está en tratamiento profesional actual, pero sólo un 47,2% de quienes tienen BDI

positivo lo están. La prevalencia de síntomas de trastornos mentales entre los estudiantes de medicina es mayor que lo encontrado en la población general del grupo etéreo, aunque los distintos instrumentos usados hacen que los estudios no sean estrictamente comparables. Las Escuelas de Medicina deben estar conscientes de estos riesgos y hacer un esfuerzo por identificar y dar facilidades para que se atiendan quienes lo requieren.

En 2013 Serrano, Rojas y Ruggero. Realizaron la investigación sobre Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Con el objetivo de correlacionar el rendimiento académico con las variables de ansiedad y depresión encontradas en los factores del Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (idas). Para ello se trabajó con 218 alumnos de las licenciaturas en Psicología, Educación y Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, generación 2006-2010, de la Universidad Autónoma del Estado de México; con edades que oscilan generalmente entre los 19 y los 25 años, mujeres en su mayoría, solteras y con promedios generales con un rango de entre 7.5 y 9.7, quienes fueron clasificadas de acuerdo con su rendimiento académico en alto de 8.0 a 10.0 puntos y bajo de 7.9 hacia abajo. Se utilizó el instrumento Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (idas), se obtuvieron los resultados, de acuerdo con el idas, de los 19 factores, 6 correlacionaron significativamente con la variable de rendimiento académico, esto es, de los 7 factores del idas indicadores de Depresión respecto del rendimiento académico, sólo 4 factores se presentan como significativos en su correlación, lo cual significa que 57% de indicadores de depresión correlacionaron con rendimiento académico; mientras que de los 12 indicadores del factor Ansiedad respecto del rendimiento académico, sólo 2 se presentan como significativos en su correlación, es decir 16.6%. Se concluyó que Las correlaciones entre depresión y rendimiento académico indican que en la población de la Facultad de Ciencias de la Conducta, la depresión es significativa, ya sea como causa o como efecto de los aspectos académicos.

En 2014 Cardona, Pérez, Rivera, Gómez y Reyes. Llevaron a cabo la investigación Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios, El tipo de estudio fue de prevalencia, el método de estudio de prevalencia se llevó a cabo

con 200 estudiantes seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado. La tamización de ansiedad se realizó con la escala de Zung. Se evaluó la fiabilidad de la escala con el α de Cronbach, el análisis se realizó con medidas de resumen, frecuencias, U de Mann Whitney y chi cuadrado, en SPSS 21. Los resultados evidencian que la prevalencia de ansiedad fue 58%. La escala de Zung presentó una excelente fiabilidad con α de Cronbach de 0,8. La prevalencia de ansiedad presentó una distribución estadísticamente igual según el sexo y el grupo etario; no se halló asociación con el ciclo de formación, el programa académico, la edad, los créditos matriculados, ni la ocupación. Obteniendo como resultado que la edad presentó una media de 22 años; el 50% de los valores centrales estuvo entre 20 y 23, y el rango entre 17 y 39 años. En los créditos matriculados el promedio fue 18, con rango entre 6 y 23. El 53% fueron hombres; el 34,5%, adolescentes; y 66,5%, clase media. La prevalencia de ansiedad fue de 58%, con un 55% en grado leve, El puntaje obtenido con el test se Zung fluctuó entre 29 y 74 puntos, con una media de 47 puntos; la escala presentó una excelente fiabilidad en el grupo de estudio con α de Cronbach de 0,8. La prevalencia de ansiedad presentó una distribución estadísticamente igual según el sexo y el grupo etario; además no presentó asociación con el ciclo de formación, el programa académico ni la ocupación. Dicha prevalencia solo presentó una asociación estadísticamente significativa con el estrato social, siendo menor en los estudiantes de clase media La frecuencia de ansiedad no presentó asociación estadística con la edad (Valor p Prueba U de Mann-Whitney= 0,509) ni el número de créditos matriculados (Valor p Prueba U de Mann-Whitney= 0,652). Al desagregar el análisis según la gravedad de la ansiedad no se hallaron diferencia estadísticas en las con variables analizadas. Se halló una elevada prevalencia de ansiedad a partir de la aplicación de una escala validada para la población colombiana, y con excelente desarrollo psicométrico para la población de estudio.

En 2015 Rosas, Siliceo, Tello, Temores y Martínez, realizaron la investigación de Ansiedad, Depresión y Modos de Afrontamiento en Estudiantes Pre Universitarios, se trató de una investigación cuantitativa, transversal, se estudió una muestra de 539 estudiantes del curso propedéutico para ingreso a la Universidad de la Sierra Sur, Oaxaca, en el año 2015. Para el análisis de los datos se utilizó el índice de

correlación de Pearson y la T de Student, se utilizaron los instrumentos Beck Depression Inventory (Beck & Steer, 1993), Inventario de Síntomas de Ansiedad de Beck en su versión española (Magán, Sanz & García Vera, 2008) y Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos (López & Marván, 2004) que mide la frecuencia con que los sujetos afrontan situaciones potencialmente estresantes. Se encontró que el afrontamiento activo se asocia con menor incidencia e intensidad de síntomas ansiosos y depresivos, contrario al afrontamiento pasivo. La población de nuevo ingreso a la Universidad de la Sierra Sur es en su mayoría femenina con edades que oscilan entre los 17 y 20 años de edad. La mayoría de los participantes en esta investigación presentaron niveles mínimos de ansiedad y depresión. La mayoría de los estudiantes de propedéutico de la Universidad de la Sierra Sur tienen un afrontamiento activo centrado en los problemas lo que se asocia a menores índices de ansiedad y depresión.

En 2016 Correa, Gómez, Bonilla,, Roperó., Vélez y Salazar, investigaron sobre Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales Colombia, este es un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 132 estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Caldas, inscritos en el segundo semestre del 2013, seleccionados aleatoriamente, a quienes se les aplicó la escala Beck I para depresión, se obtuvieron datos sociodemográficos, se realizó un análisis de asociación entre los factores como estrato socioeconómico, sexo, edad, actividad laboral, lugar de procedencia, entre otros. Los resultados de la muestra de 132 estudiantes evaluados, se encontró en 30 de ellos sintomatología depresiva, con una prevalencia global de 22,7%. No hubo asociación estadísticamente significativa con factores demográficos, se encontró en 23 personas (76,6%), criterios para depresión mínima, 4 (13,3%) para depresión leve, 3 (10%) para depresión moderada y ninguno cumplió criterios de depresión grave. El tercer semestre tuvo la mayor prevalencia de depresión. La sintomatología depresiva en estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas es prevalente y se asocia a muchos factores de la vida cotidiana.

En 2016 Carmona, Monterrosas, Navarrete, Acosta y Torruco, investigaron sobre Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado, se realizó un estudio descriptivo, transversal se utilizó el instrumento IDARE, que evalúa ansiedad de rasgo (IDARE R) y estado (IDARE E). Se aplicó a alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM, de la generación 2009 que ingresaron al internado rotatorio en 2014, antes de iniciar el internado. El análisis estadístico se realizó con prueba t de Student para muestras independientes e índice de correlación de Pearson. Resultados el total de estudiantes en el 2014 fue de 1,023, la población muestreada fue de 479 (46.82%), 332 eran mujeres (32.45%), 147 hombres (14.36%). De la muestra, los estudiantes con ansiedad de rasgo fueron 105 (21.82%), con un promedio de calificaciones de 84.1, con ansiedad de estado 132 (27.55%), promedio de calificaciones 84.0, sin ansiedad de rasgo 374 (78.07%) sin ansiedad de estado 347 (72.44%). La comparación de ansiedad de rasgo, la prueba t de Student reportó $p= 0.3$ (IC 95% -1,474 a 0.494); el índice de correlación de Pearson fue -0.009, con $p= 0.043$. La comparación de ansiedad de estado, de la prueba t de Student reportó $p= 0.236$ (IC 95% -1.46 a 0.360); el índice de correlación de Pearson fue 0.08, con $p= 0.047$ en cuanto al promedio de calificaciones no hubo diferencias entre los diferentes niveles de ansiedad de rasgo y estado. El nivel de ansiedad de rasgo y estado es mayor que el que suele reportarse en la población general, no hubo correlación entre la presencia de ansiedad y el promedio de calificaciones.

En 2016 Castillo, Chacón y Díaz investigaron sobre Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Se utilizó el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para evaluar el nivel de ansiedad y el Inventario de Estrés Académico para discriminar diferentes situaciones académicas que provocan un mayor nivel de estrés en estudiantes universitarios .en los resultados los estudiantes de Enfermería mostraron mayores niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los estudiantes de Tecnología Médica. Solo para ansiedad estado se observó una frecuencia significativamente diferente, encontrándose las diferencias en los grupos que manifiestan un nivel de ansiedad leve (Enfermería 32.1% y Tecnología Médica 56.6%) y ansiedad severa (Enfermería 20.5% y

Tecnología Médica 9.2%). Se concluyó que los estudiantes de Enfermería presentan altos índices de ansiedad, resulta necesario analizar la planificación curricular de estos cursos, así como implementar consejerías y talleres para enseñar a los estudiantes a afrontar las situaciones estresantes.

En 2017 Álvarez investigó sobre Mindfulness en estudiantes universitarios y su relación con estrés, ansiedad, depresión, resiliencia y satisfacción con la vida. Igualmente se pretende analizar y probar la capacidad predictiva (e incremental) de mindfulness en relación con estas variables. En este estudio de corte transversal, han participado 602 estudiantes en la Universidad de Huelva durante el curso académico 2015-2016 (67,9% mujeres y 31,5% hombres), con una edad media de 22.45 años. Los cuestionarios administrados han sido los siguientes: cuestionario sociodemográfico (edad, género y práctica de meditación), Mindful Attention Awareness Scale (MASS-SP), Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Escala de satisfacción con la vida (SWLS), Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala de Resiliencia (ER). Los resultados indicaron que los estudiantes con elevados niveles de mindfulness presentan bajas puntuaciones en las escalas de estrés, depresión y ansiedad y, en cambio, mayores niveles de resiliencia y satisfacción con la vida. Con respecto a las variables sociodemográficas, en general, los resultados no arrojaron datos significativos. Por último, en el modelo de regresión, los resultados indicaron que mindfulness predice el estrés y la ansiedad, mientras que en el caso de la depresión los mejores predictores fueron la resiliencia y satisfacción vital. Consideramos que estos resultados ponen en evidencia la importancia de promover en las universidades estrategias de mindfulness debido a los grandes beneficios que pueden aportar a los estudiantes universitarios, tanto para promover la atención plena, como la resiliencia, de forma directa o indirecta, que redundarían, a su vez, en mayor bienestar bajo situaciones de presiones académicas especialmente.

En 2017 Barraza, Muñoz y Behrens. Llevaron a cabo la investigación sobre Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año, el presente estudio corresponde a un

diseño no experimental de carácter correlacional, mediante un muestreo no probabilístico de participantes voluntarios. Se conformó una muestra de 106 estudiantes universitarios de primer año, correspondiente a las cohortes 2013 y 2014, pertenecientes a la carrera de medicina de una universidad tradicional del norte de Chile. Para levantar los datos se utilizó el TMMS-24 y la escala DASS-21. El análisis de datos se hizo mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados referidos a la autopercepción de inteligencia emocional, sitúan a la muestra de estudiantes en una proporción que oscila entre el 26% y 35% de déficit en cuanto al desarrollo de estas habilidades. No obstante, las tres ramas de la inteligencia emocional, describen puntajes promedio, que sitúan al global de la muestra en niveles adecuados, no evidenciando diferencias estadísticamente significativas por sexo, como tampoco relación entre los niveles de auto-percepción de inteligencia emocional y la variable sexo, de la muestra de estudiantes se ubica en niveles patológicos donde las medias se sitúan al límite de la normalidad en los puntajes promedio para depresión, estrés y en rango medio en los puntajes promedio para ansiedad, no evidenciando diferencias estadísticamente significativas por sexo como tampoco relación entre los niveles de severidad de síntomas y la variable sexo. En cuanto a la relación entre las ramas de la inteligencia emocional percibida y los síntomas depresivos, ansiosos y estrés, los resultados indican la presencia de una relación inversa entre las ramas claridad y reparación con los síntomas depresivos ansiosos y estrés, además de una correlación directa entre la rama de atención con depresión.

En 2018 Tijerina, González, Gómez, Cisneros, Rodríguez, Ramos Y Peña. Investigaron sobre Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. Se realizó un estudio de corte transversal en una muestra de 520 estudiantes, utilizando el cuestionario autoadministrado DASS-21, que permitió establecer la prevalencia de depresión, estrés y ansiedad, El análisis estadístico se realizó mediante la prueba no paramétrica de independencia. Resultados: El promedio de edad de fue de 18.06 (DE \pm 1.82) años, el 80.8% de la población eran mujeres y un 19.2% eran hombres. El 19.9% tiene algún grado de ansiedad, 36.9% algún grado de depresión y 19.8% de estrés. Conclusiones: Los

componentes de la prueba DASS (depresión, ansiedad y estrés) están asociados, en el género femenino se encontró asociación depresión-ansiedad, ansiedad-estrés y depresión-ansiedad y en hombres solamente depresión-ansiedad.

En 2018 Conchado, Álvarez, Cordero, Gutiérrez y Terán, investigaron sobre Estrés académico y resultados docentes en estudiantes de medicina. Con el objetivo de evaluar la posible asociación entre niveles de estrés académico y resultados docentes en estudiantes del segundo ciclo de medicina de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues. Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó a 72 alumnos de ambos géneros. (28 masculinos y 44 femeninos) del segundo ciclo de la carrera de medicina de la Sede Azogues de la UCACUE Se aplicó el inventario SISCO para determinar niveles de estrés. El rendimiento docente normal o bajo se estableció por el promedio final de puntos del total de asignaturas. Las diferencias y asociaciones entre variables se determinaron por medio del test de proporciones y χ^2 , respectivamente. Obteniendo como resultado que entre géneros no existieron diferencias significativas en el rendimiento docente ni por niveles de estrés. El nivel de estrés alto predominó significativamente entre el total de estudiantes respecto al bajo y en el género femenino. Los niveles de estrés y de rendimiento docente no se asociaron al género. Los estudiantes con rendimiento docente normal se encontraron en porcentajes más altos, mientras que aquellos con nivel de estrés académico alto, en un porcentaje significativamente superior ($p \leq 0,05$) tuvieron rendimiento docente bajo. Los niveles de estrés se asociaron significativamente al rendimiento docente. Concluyeron que entre los estudiantes participantes se manifiestan altos niveles de estrés académico que evidencian una influencia negativa en su rendimiento docente.

En 2019 Chust, Castellano, Fernández y Chust, investigaron sobre Ansiedad ante los exámenes en estudiantes de Enfermería: factores de riesgo emocionales y de sueño es un estudio descriptivo, transversal, mediante encuesta, llevado a cabo en un grupo de 494 estudiantes de Enfermería, se analizan los datos mediante pruebas de correlación, de comparación de medias y un modelo de regresión, en los resultados el análisis de regresión explica un 39,3% de la varianza ($p < .01$) de

la ansiedad ante los exámenes debido a los factores de riesgo estadísticamente significativos ansiedad-rasgo, burnout académico, satisfacción subjetiva de sueño y edad. Las mujeres obtuvieron una media más alta en ansiedad ante los exámenes que los hombres. Conclusiones el estudio revela que altas puntuaciones en ansiedad-rasgo, burnout académico, insatisfacción con el sueño y tener menos edad fueron predictores de ansiedad ante los exámenes. Las mujeres padecen mayor ansiedad ante los exámenes que los hombres. Se discute la necesidad de equipos de atención psicológica en las facultades de Enfermería para reducir la incidencia de ansiedad ante los exámenes en los estudiantes.

Con base a la información anterior la ansiedad y depresión se puede decir que son problemáticas que le competen a enfermería, los profesionales de esta disciplina tienen el conocimiento y herramientas para trabajar con los pre-pasantes para detectar dichos trastornos.

Es factible esta investigación ya que cuentan con los conocimientos que se requieren para realizarla. Se cuenta con los pre-pasantes de la facultad de enfermería para encuestar, los gastos que genere la investigación serán cubiertos por la responsable del estudio.

De acuerdo a la OMS (2001), los trastornos como la depresión y la ansiedad, afectan aproximadamente a una de cada tres personas y se han convertido en un serio problema de salud pública, constituyendo el 41.9% de los casos de incapacidad entre las mujeres y el 29.3% entre los hombres. Actualmente, la morbilidad de la depresión es comparable a la relacionada con la angina de pecho, estimándose para 2020 la segunda causa más frecuente de enfermedad (Pego, Del Río, Fernández y Gutiérrez 2018).

La depresión es un fenómeno que surge desde la antigüedad. El estudioso americano Aron T. Beck (en los 60) define que “la depresión tiene su origen en problemas con el procesamiento de información mental. Cuando en los recuerdos absorbidos por el individuo predominaba una visión negativa del mundo, puede aparecer la enfermedad. La depresión existe desde la aparición del ser humano. Este trastorno psiquiátrico es uno de los más antiguos que se ha venido

conociendo, debido a que en varios escritos y obras de arte aparecen los síntomas que presentan.

La ansiedad, por otro lado, tenemos que concebir la idea de que hay personas que son más vulnerables a sentir ansiedad y, por lo tanto, a padecer trastornos de ansiedad. Así pues, para dar algunas respuestas hablaremos de “vulnerabilidad” a la ansiedad. Y, como en la mayoría de los problemas psicológicos, esta vulnerabilidad tiene una parte biológica y otra de psicológica.

Los pre-pasantes viven muchas actividades. Las cuales los están llevando a presentar ansiedad o depresión ya que en un determinado tiempo pasarán a ser pasantes en servicio social lo genera este tipo de trastorno. Con la realización de este estudio de investigación se obtendrán datos que fortalecerán la LGAC Promoción a la salud y prevención de consumo de sustancias adictivas y alteraciones emocionales durante la línea de vida, información que será relevante para la toma de decisiones en cuanto a las intervenciones a realizar para mejorar el desempeño de los jóvenes durante su servicio social, y con ello prevenir suicidios entre este grupo de población.

IV. Objetivos

4.1. General

Evaluar el nivel de ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social.

4.2. Específicos

1. Caracterizar a la población participante con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel ansiedad en pre-pasantes de servicio social.
3. Determinar el nivel de depresión en pre-pasantes de servicio social.
4. Identificar las diferencias por sexo, edad, trabajo y dónde viven en depresión y ansiedad

Capítulo II

V. Marco Teórico

5.1. Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (Guía práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, 2010).

Los trastornos de ansiedad (TA), en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo (Navas y Vargas, 2012).

Por la complejidad que se tiene para el manejo de estos pacientes se hace indispensable identificar de manera pronta los casos de pacientes que estén cursando con episodios de ansiedad, por lo que el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Díaz-Guerrero y Spielberger, permite autoevaluar dos dimensiones de la ansiedad. Dichas dimensiones se clasifican de la siguiente manera: (Rojas, 2010).

- **Ansiedad-Estado:** “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizada por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (Rojas, 2010 p. 5).
- **Ansiedad Rasgo:** “ se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado”

5.1.1. Antecedentes.

A menudo se ha escrito que la historia de los trastornos de ansiedad es reciente y que apenas se conocía como un trastorno antes del siglo XIX, sin embargo, puede que no sea del todo cierto que la ansiedad sea una construcción relativamente reciente. Los trastornos del estado de ánimo (sobre todo con la que se denominó en su momento melancolía, hoy característica de los trastornos depresivos), pueden tener raíces históricas que se remontan a la antigüedad clásica (Puerta, 2018).

En los escritos filosóficos estoicos latinos, como los tratados de Cicerón y Séneca, figuran muchos puntos de vista modernos sobre las características clínicas e incluso tratamiento cognitivo de la ansiedad (Puerta, 2018).

En las Disputas de Tusculan, la serie de cinco libros escritos por Cicerón (106 a.C-43 a.C), escribió que la aflicción (molestia), la preocupación (sollicitudo) y la ansiedad (ángor) se denominan trastornos (aegritudo), debido a la analogía entre una mente con problemas y un cuerpo enfermo. Además, ofrece una descripción clínica de los diversos efectos anormales: el ángor (ansiedad) se caracteriza clínicamente como un trastorno “constrictor” u opresivo (premens); mientras que la molestia (aflicción) se describe como permanente, y sollicitudo (preocupación) cum cogitatione (como rumiante). Con esta diferencia es posible que Cicerón hiciese una primitiva distinción (que posteriormente se atribuiría a los trabajos de Cattell y Schleier) entre dos maneras diferentes de manifestarse lo que hoy entendemos como ansiedad: una ansiedad estado, que denomina los momentos puntuales e intensos en los que se experimenta este tipo de emoción; y una ansiedad rasgo, que hace referencia a la propensión de cada persona a vivir con ansiedad, de forma más estable (Puerta, 2018).

Séneca (4 a.C. – 65 d.C.), otro filósofo estoico, enseñó a sus contemporáneos cómo lograr liberarse de la ansiedad en su libro *De tranquillitate animi*, en el que define el estado ideal de “paz mental” (tranquillitas) como una situación en la que uno no está perturbado (no concuti), y que es equivalente a lo que los griegos

llamaron eutimia (término que actualmente se usa en psiquiatría para denominar la fase de normalidad situada entre episodios de manía o depresión en pacientes con trastorno bipolar). Según Séneca, el miedo a la muerte es el pensamiento principal que nos impide disfrutar de una vida sin preocupaciones “El que teme a la muerte nunca actuará como lo hace un hombre vivo“. Este pensamiento anticipa los desarrollos futuros de Kierkegaard, Heidegger y los filósofos existencialistas sobre la ansiedad fundamentalmente causada por la comprensión del ser humano de que su existencia es finita. Según Séneca una forma de escapar de la presión de la ansiedad es dedicarse a una atención al presente en lugar de preocuparse por el futuro, un enfoque que en el momento presente es uno de los objetivos clave en técnicas como la meditación (Puerta, 2018).

Hay indicios de que la ansiedad fue identificada claramente como un efecto negativo distinto y como un trastorno separado por los filósofos y médicos grecorromanos. Ya Hipócrates (460 a. C.-370 a. C.) y sus discípulos dejaron una colección de textos médicos denominados el Corpus Hipocrático en donde se recoge la fobia de un hombre llamado Nicanor, el cual, al acudir a fiestas nocturnas, cuando escuchaba a la flautista “se alzaban masas de terrores. Dijo que apenas podía soportarlo cuando era de noche, pero si lo escuchaba durante el día no se veía afectado. Tales síntomas persistieron durante un largo período de tiempo” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

5.1.2. Signos y síntomas.

La ansiedad puede aparecer bruscamente, como sucede en el pánico, o de manera gradual a lo largo de muchos minutos, horas o incluso días. Puede durar de unos segundos a años; la persistencia prolongada es más característica de los trastornos de ansiedad. Su intensidad varía desde un leve resquemor a un pánico completo. La capacidad para tolerar un nivel dado de ansiedad es variable en cada persona. Los trastornos de ansiedad pueden ser tan angustiantes y perturbadores que pueden llevar a la depresión. También pueden coexistir un trastorno de ansiedad con uno depresivo, o la depresión aparecer primero y después los signos y síntomas de un trastorno de ansiedad (Barnhill, 2014).

La ansiedad aparece en una amplia variedad de trastornos físicos y mentales, y es el síntoma predominante en varios de ellos. Los de ansiedad son más frecuentes que cualquier otra clase de trastorno psiquiátrico, pero a menudo no se reconocen y, en consecuencia, no se tratan. Una ansiedad crónica con inadaptación que no recibe tratamiento puede contribuir con otros trastornos médicos generales o interferir en su mejoría (Barnhill, 2018).

5.1.3. Diagnóstico.

El diagnóstico de un trastorno de ansiedad específico se basa en sus signos y síntomas característicos. Habitualmente, los médicos utilizan criterios específicos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5), que describe los síntomas específicos y exige la exclusión de otras causas de los síntomas (Barnhill 2014).

Los antecedentes familiares de trastornos de ansiedad ayudan a establecer el diagnóstico porque algunos pacientes parecen heredar una predisposición a padecer los mismos trastornos de ansiedad que tienen sus familiares, además de manifestar la susceptibilidad general a otros trastornos de este tipo. Sin embargo, parece que en algunos casos se adquieren los mismos trastornos a través de un comportamiento aprendido (Barnhill, 2014).

Decidir cuándo la ansiedad es tan dominante o grave que constituye un trastorno depende de varios factores, y los médicos no están de acuerdo en el punto en que se establece este diagnóstico. En primer lugar deben determinar, según la anamnesis, el examen físico y los estudios de laboratorio apropiados, si la ansiedad se debe a un trastorno médico general o fármacos. También deben determinar si existe otro trastorno mental que la justifique. Un trastorno de ansiedad se presenta y merece tratamiento siempre que:

- No se identifican otras causas.
- La ansiedad es muy angustiante.

- La ansiedad interfiere con el funcionamiento.
- La ansiedad no se detiene espontáneamente a los pocos días (Barnhill, 2018).

5.1.4. Tratamiento.

Los tratamientos varían para los diferentes trastornos de ansiedad, pero típicamente incluyen una combinación de psicoterapia específica para el trastorno y tratamiento farmacológico. Las clases de fármacos más utilizadas son los benzodiazepinas y los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (ISRS) (Barnhill, 2014).

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos. Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, un médico debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión, u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo, que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento, deben informar en detalle a su respectivo médico acerca de tal tratamiento. Si estas personas recibieron medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el tratamiento, qué efectos secundarios se presentaron, y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones, y si la terapia fue útil. Con frecuencia, las personas creen que han “fallado” un tratamiento o que el tratamiento no les funcionó, cuando, en realidad, el tratamiento no se suministró por un periodo adecuado de tiempo o fue administrado incorrectamente (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

En ocasiones, las personas deben tratar varios tipos diferentes de tratamientos, o combinaciones de los mismos, antes de que puedan encontrar uno que les funcione. INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD Medicación La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

La medicación debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras, quienes pueden ofrecer ellos mismos psicoterapia o trabajar en equipo con psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros que ofrezcan psicoterapia. Las principales medicaciones usadas para los trastornos de ansiedad son antidepresivos, medicamentos ansiolíticos (pastillas para la ansiedad/nervios), y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos. Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Antidepresivos, los antidepresivos se desarrollaron para tratar la depresión, pero también son efectivos para los trastornos de ansiedad. Aunque estos medicamentos comienzan a alterar la química del cerebro desde la primera dosis, su efecto total requiere que ocurran una serie de cambios; usualmente toma entre 4 y 6 semanas para que los síntomas comiencen a desaparecer. Es importante continuar tomando estos medicamentos durante suficiente tiempo para permitirles que funcionen (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Medicamentos ansiolíticos, las poderosas benzodiazepinas combaten la ansiedad y producen pocos efectos secundarios con la excepción de somnolencia (tener sueño). Debido a que las personas se pueden acostumbrar a éstas y pueden

necesitar dosis progresivamente más altas para obtener el mismo efecto, las benzodiazepinas generalmente se prescriben por cortos periodos de tiempo, en especial para personas que han abusado de drogas o alcohol o que con facilidad se vuelven dependientes a la medicación. Una excepción a esta regla son las personas que padecen de trastorno de pánico, quienes pueden tomar benzodiazepinas por hasta un año sin que se produzcan daños (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

5.2. Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OPS y OMS, 2017).

Se desconoce la causa exacta de los trastornos depresivos, pero contribuyen factores genéticos y ambientales (Coryell, 2018).

La herencia da cuenta del 50% de la etiología (menos en la denominada depresión de inicio tardío). Por lo tanto, la depresión es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con este cuadro; la concordancia entre gemelos idénticos es alta. Además, los factores genéticos probablemente influyen en el desarrollo de las respuestas depresivas a los eventos adversos (Coryell, 2018).

Otras teorías se enfocan en los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, que incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica), glutamatérgica, y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hormona de crecimiento (Coryell, 2018).

También pueden estar implicados factores psicosociales. Las situaciones de estrés mayor de la vida cotidiana, en especial las separaciones y las pérdidas, preceden habitualmente a los episodios de depresión mayor; sin embargo, estos

acontecimientos no suelen provocar depresión intensa de larga duración, excepto en personas predispuestas a padecer un trastorno del estado de ánimo (Coryell, 2018).

Las personas que han tenido un episodio de depresión mayor tienen un riesgo más alto de sufrir otros episodios en el futuro. Las personas menos flexibles y/o con tendencias a la ansiedad muestran más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, ya que carecen de las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las presiones de la vida. La depresión también puede aparecer en personas que tienen otras enfermedades mentales (Coryell, 2018).

Las mujeres tienen un riesgo más alto, pero no hay ninguna teoría que explique por qué. Los posibles factores incluyen los siguientes:

- Una mayor exposición o una mayor respuesta a las tensiones diarias
- Niveles más altos de la monoaminoxidasa (la enzima que degrada los neurotransmisores se considera importante para el estado de ánimo)
- Tasas más altas de disfunción tiroidea
- Cambios endocrinos que se producen con la menstruación y la menopausia

Al ser un trastorno que constituye un problema de salud pública que ha ido creciendo de manera exponencial, se considera de importancia medir de manera estandarizada los componentes afectivos de la depresión por lo que una de las medidas existentes y que apoyan importantemente en la detección es el Inventario De Depresión Estado-Rasgo (IDERE). Definiendo:

- **Depresión-Estado:** Estado actual de la persona
- **Depresión-Rasgo:** y su forma habitual de comportarse. En lo que respecta al componente afectivo de la depresión.

Lo anterior permite predecir la vulnerabilidad para desarrollar episodios depresivos cuando la medida de Rasgo es evaluada (Domínguez, 2017).

5.2.1 Antecedentes

La depresión es casi la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente como cualquier observador moderno y no solo la describieron, sino que la distinguieron de entre otras alteraciones mentales, puntualizando sus características y siguieron esquemas razonables de tratamiento para esa época (Coryell, 2018).

Hipócrates, aproximadamente en el año 450 A. de C., acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de esta enfermedad (Coryell, 2018).

5.2.2. Signos y síntomas

Los síntomas de la depresión evolucionan habitualmente de forma gradual a lo largo de días o semanas y pueden ser muy variables. Por ejemplo, una persona que se está deprimiendo puede mostrarse aletargada y triste, o irritable y ansiosa. Muchas personas con depresión no son capaces de experimentar de forma normal ciertas emociones, como el duelo, la alegría y el placer. Puede parecerles que el mundo se ha vuelto carente de vida y de estímulos. Pierden interés en las actividades de las que solían disfrutar o no experimentan ninguna satisfacción al realizarlas (Coryell, 2018).

Las personas deprimidas se preocupan con intensos sentimientos de culpabilidad y autodenigración, y es posible que pierdan la capacidad de concentrarse. Pueden experimentar sentimientos de desesperación, soledad e inutilidad. Suelen presentar dificultades para tomar decisiones; se muestran retraídas, con frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza que aumentan a medida que evoluciona la enfermedad, y piensan en la muerte y en el suicidio (Coryell, 2018).

La mayoría de las personas depresivas tienen dificultad para conciliar el sueño y se despiertan repetidamente, sobre todo de madrugada. Algunas personas con depresión duermen más de lo habitual (Coryell, 2018).

La falta de apetito y la pérdida de peso pueden conducir a la caquexia, y en las mujeres puede interrumpirse la menstruación. Sin embargo, el exceso alimentario y el aumento de peso son frecuentes en personas con depresión leve. Algunas personas deprimidas descuidan su higiene personal e incluso a sus hijos, a otros seres queridos o a sus mascotas. Algunas se quejan de padecer una enfermedad física, que les ocasiona diversas molestias y dolor.

El término depresión se utiliza para describir varios trastornos relacionados (Coryell, 2018).

El síntoma más característico de las depresiones es la tristeza. La tristeza en el paciente depresivo presenta unas características específicas que la diferencia del sentimiento de tristeza no patológico (OMS, 2017).

Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto (OMS, 2017).

El paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza." Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal es casasa, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito. Insomnio: muy característico de las formas más graves, es lo que llamamos "despertar precoz" (se duerme bien las primeras horas de la noche y después, ya de madrugada, el paciente se despierta y ya no puede volver a conciliar el sueño). Gran dificultad para pensar, bradipsiquia. No es exclusivo de las depresiones, sino que también puede observarse en otras enfermedades. En personas de edad avanzada, esta dificultad para pensar propia de las depresiones puede llevar a diagnósticos erróneos de demencia. Un síntoma particularmente grave es la anhedonía, que consiste en una dificultad enorme para disfrutar de las situaciones y condiciones de la vida que antes de enfermar producían placer en la persona. No sólo hay falta de motivación, sino que el paciente, incluso teniendo delante algo agradable, no puede disfrutar con ello. Síntomas físicos, como dolor

de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, etc. Pensamientos pesimistas, con aumento de sentimientos de culpa por cosas hechas en el pasado. En casos graves las ideas pesimistas pueden llegar a ser delirantes (es decir, sin ninguna lógica); por ejemplo, asegurar que se va a arruinar (cuando su situación económica es holgada) o asegurar que en breve padecerá una enfermedad grave (sin tener ningún síntoma que lo haga pensar) (OMS, 2017).

Pensamientos relacionados con la muerte, bien en forma de “sería mejor estar muerto”, o bien, y entonces aumenta mucho el riesgo de suicidio, planificando el método de cómo quitarse la vida (OMS, 2017).

5.2.3. Diagnóstico

La ausencia de técnicas diagnósticas objetivas hace que el diagnóstico de depresión se realice teniendo en cuenta, exclusivamente, la información que el médico obtiene durante la entrevista con el paciente (y con familiares o personas allegadas). La comunidad médica internacional ha consensuado unos criterios clínicos para establecer el diagnóstico de depresión. Estos criterios diagnósticos están recogidos en un manual denominado DSM-IV (OMS, 2017).

Criterios diagnósticos de depresión mayor:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el síntoma 1 o el síntoma 2.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o sueño excesivo casi cada día.

5. Inquietud o lentitud casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o incoherentes casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Criterios diagnósticos de trastorno distímico:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o sueño excesivo.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Autoestima baja.
5. Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimiento de desesperanza

C. Durante un período de dos años, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

A. La aparición de síntomas emocionales (por ejemplo, se siente triste o vacío) o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del factor estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:

1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante.
 2. Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.
- C. Una vez ha cesado el factor estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses (OMS, 2017).

5.2.4. Tratamiento

Hay diversos tipos de depresión, el tratamiento variará de un paciente a otro. Aunque existe un razonable consenso en el tratamiento primordial de los trastornos depresivos, cada paciente requiere un abordaje específico. Hay dos tipos de tratamientos relevantes en el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos: el tratamiento psicológico y el tratamiento biológico (OMS, 2017).

La mayoría de las personas con depresión no requieren ser hospitalizadas. Sin embargo, algunas personas sí lo requieren, especialmente si tienen ideas de suicidio o lo han intentado, si están demasiado débiles por la pérdida de peso o si tienen riesgo de sufrir problemas cardíacos a causa de su estado de inquietud. El tratamiento depende de la gravedad y del tipo de depresión:

- Depresión leve: tratamiento complementario (incluyendo visitas frecuentes al médico y educación) y psicoterapia
- Depresión entre moderada y grave: fármacos, psicoterapia, o ambos, y en ocasiones terapia electroconvulsiva.
- Depresión estacional: fototerapia

Habitualmente, la depresión puede tratarse con éxito. Si se ha identificado una causa (como una sustancia o algún trastorno determinado), hay que corregirla en primer lugar, pero también pueden ser necesario el tratamiento farmacológico de la depresión.

Tratamiento complementario. El médico puede programar visitas o llamadas telefónicas cada semana o cada dos semanas para las personas con depresión. El médico explica a la persona afectada y a sus familiares que la depresión tiene causas físicas y que requiere un tratamiento específico, que suele ser eficaz. El médico les tranquiliza diciéndoles que la depresión no refleja un defecto de

carácter, como una debilidad. Es importante que los miembros de la familia comprendan el trastorno, participen en el tratamiento y brinden apoyo.

Aprender acerca de la depresión puede ayudar a las personas a entender el trastorno y lidiar con él. Por ejemplo, se puede aprender que el camino hacia la recuperación es a menudo desigual y que los episodios de tristeza y de pensamientos oscuros pueden reaparecer, pero se detendrán. Así, se puede poner cualquier retraso en perspectiva y la persona afectada es más propensa a continuar con su tratamiento y no darse por vencida (Coryell, 2018).

Ser más activo, por ejemplo dando paseos y haciendo ejercicio de forma regular, puede ser beneficioso, así como interactuar más con otras personas (Coryell, 2018).

Los grupos de apoyo como la Depresión and Bipolar Support Alliance, DBSA, pueden ser beneficiosos, ya que proporcionan la oportunidad de compartir experiencias y sentimientos comunes (Coryell, 2018).

Psicoterapia, la psicoterapia como único tratamiento puede ser tan eficaz como la terapia farmacológica en el tratamiento de la depresión leve. Combinada con fármacos, puede ser eficaz en la depresión grave. La psicoterapia individual o de grupo ayuda a la persona que sufre depresión a hacerse cargo gradualmente de sus anteriores responsabilidades y a adaptarse a las presiones normales de la vida. La terapia interpersonal se centra en los papeles sociales del pasado y presente de la persona, identifica los problemas que aparecen en la interacción con los demás y proporciona orientación cuando la persona se adapta a los cambios en los papeles de la vida. La terapia cognitivo-conductual puede ayudar a combatir el desánimo y los pensamientos negativos (Coryell, 2018).

Terapia con medicamentos para la depresión. Existen varios tipos de fármacos antidepresivos disponibles (ver Fármacos utilizados para tratar la depresión), entre los que se incluyen los siguientes:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Antidepresivos de nueva generación
- Antidepresivos heterocíclicos
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

- Fármaco similar a la ketamina

Los psicoestimulantes, entre ellos el metilfenidato y la dextroanfetamina, se suelen prescribir junto con los antidepresivos. Los psicoestimulantes se utilizan para aumentar el estado de alerta mental y la conciencia. El hipérico (hierba de San Juan), una planta utilizada como suplemento dietético, se usa en algún caso para aliviar la depresión leve, aunque no se ha comprobado su efectividad. Debido a la existencia de interacciones potencialmente nocivas entre el hipérico y muchos tratamientos farmacológicos, las personas interesadas en tomar este suplemento dietético deben consultar con su médico sobre las posibles interacciones con su medicación (Coryell, 2018).

La terapia electroconvulsiva (TEC) (en el pasado denominado en ocasiones “terapia de choque” se usa algunas veces en el tratamiento de personas con depresión grave, incluyendo a personas psicóticas, que amenazan con suicidarse o se niegan a comer. Se utiliza también para tratar la depresión que acontece durante el embarazo, cuando los fármacos resultan ineficaces. Este tipo de terapia suele ser muy eficaz y puede aliviar con rapidez los síntomas depresivos, a diferencia de la mayoría de los antidepresivos, cuyo efecto tarda en producirse incluso semanas. La velocidad con que actúa puede salvar vidas. Una vez se termina la terapia electroconvulsiva, los episodios de depresión pueden reaparecer. Para ayudar a evitar que reaparezcan, los médicos a menudo recetan antidepresivos. En el procedimiento de la terapia electroconvulsiva, se colocan unos electrodos en la cabeza y se aplica una corriente eléctrica para inducir una convulsión en el cerebro. Por razones desconocidas, la convulsión alivia la depresión. Generalmente se administran un mínimo de 5 a 7 sesiones, a días alternos. Como la descarga eléctrica puede provocar contracciones musculares y dolor, es necesario aplicar anestesia general durante los tratamientos. La terapia electroconvulsiva puede originar alguna pérdida temporal de memoria y, en muy escasas ocasiones, una pérdida permanente de memoria (Coryell, 2018).

Fototerapia, la fototerapia (cajas de terapia de luz) es el tratamiento más eficaz para la depresión estacional, pero también puede ser beneficiosa para otros tipos de trastornos depresivos. La fototerapia consiste en sentarse a una distancia determinada de una caja de luz que emite luz con la intensidad necesaria. A la persona se le indica que no mire directamente a la luz y que permanezca frente a esta durante 30 a 60 minutos diarios. La fototerapia puede realizarse en el propio domicilio. Si la persona se acuesta tarde y se levanta tarde, la fototerapia es más efectiva por la mañana. Si la persona se acuesta temprano y se levanta temprano, la fototerapia es más efectiva a última hora de la tarde (Coryell, 2018).

Se pueden probar otras terapias que estimulan el cerebro cuando otros tratamientos no son efectivos. Entre estos factores se incluyen los siguientes

- Estimulación magnética transcraneal repetitiva
- Estimulación del nervio vago

Se cree que las células estimuladas liberan mensajeros químicos (neurotransmisores) que ayudan a regular el estado de ánimo y, por tanto, pueden aliviar los síntomas de la depresión. Estos tratamientos pueden resultar de utilidad a aquellas personas con depresión grave que no responden a los fármacos o a la psicoterapia. En la estimulación magnética transcraneal repetitiva, se coloca una bobina electromagnética sobre la frente, cerca de la zona del cerebro que se cree que interviene en la regulación del humor. El electroimán produce pulsos magnéticos indoloros que los médicos piensan que estimulan las células nerviosas del área específica del cerebro que se desea activar. Los efectos secundarios más habituales son dolores de cabeza y molestias en la zona en la que se coloca el dispositivo (Coryell, 2018).

Para la estimulación del nervio vago, se implanta un dispositivo parecido a un marcapasos bajo la clavícula izquierda y se conecta al nervio vago en el cuello con un cable que pasa por debajo de la piel. (El par de nervios vagos discurre desde el tronco cerebral, ubicado cerca de la base del cráneo, a través del cuello y descendiendo por cada lado del tórax y el abdomen hasta órganos

como el corazón y los pulmones). El dispositivo se programa para estimular periódicamente el nervio vago con una señal eléctrica indolora. Puede ser útil para la depresión cuando otros tratamientos no son efectivos, pero por lo general tarda de 3 a 6 meses en tener efecto. Los efectos secundarios consisten en ronquera, tos y cambio en la voz, que se hace más profunda cuando se estimula el nervio (Coryell, 2018).

5.3 Pre-pasantes

Entre los trastornos mentales más frecuentes está el de ansiedad y depresión; según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), a la fecha se estima que alrededor de 300 millones de personas presentan esta patología a nivel mundial, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, causando altos índices de incapacidad, deterioro laboral, familiar, social y en caso extremo, concluye en suicidio, que es la segunda causa de muerte en individuos de 15 a 29 años. En México la padecen más de 10 millones (8.4%) de los habitantes. De 2014 a 2015 la depresión tuvo un crecimiento del 31%, al pasar de 69,594 a 91,521 nuevos casos detectados según el anuario de Morbilidad de la Secretaría de Salud Federal, (2017).

Por lo anterior se eligió a los pre-pasantes de servicio social como población ya que son más susceptibles ante ansiedad y depresión.

Capítulo III

VI. Metodología

6.1. Enfoque.

Cuantitativo

6.2. Diseño.

Descriptivo, prospectivo y transversal.

6.3. Límites de tiempo y espacio.

La investigación se realizó en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en el periodo el agosto del 2018 a junio del 2019.

6.4. Universo

El universo de estudio de la presente investigación fueron 450 estudiantes de octavo semestre de la Facultad de Enfermería.

6.5. Muestra y muestreo

La muestra del estudio fue probabilística con una prueba piloto de 208 estudiantes

El tamaño de la muestra es la cantidad de respuestas completas que la encuesta recibe. Se le llama muestra porque solo representa parte del grupo de personas (o población_objetivo) cuyas opiniones o comportamiento te interesan.

N= Tamaño de la población: La cantidad total de personas en el grupo que va a estudiar.

E=Margen de error: Un porcentaje que dice en qué medida se puede esperar que los resultados de la encuesta reflejen la opinión de la población

general. Entre más pequeño sea el margen de error, más cerca estará de tener la respuesta correcta en un determinado nivel de confianza.

Z= La puntuación z es la cantidad de desviaciones estándar que una proporción determinada se aleja de la medida.

Formula

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Fuente: Pedro Morales Vallejo (2012)

N=450

E=95

Z=5

Muestra = 208

6.6. Variables

6.6.1. Variable independiente prepasantes.

Prepasantes:

6.6.2. Variable dependiente ansiedad y depresión.

- **Ansiedad-Estado:** “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizada por sentimientos de tensión y

aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (Rojas, 2010 p. 5).

- **Ansiedad Rasgo:** “ se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a la diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado”

Depresión se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OPS, 2017).

- **Depresión-Estado:** Estado actual de la persona
- **Depresión-Rasgo:** y su forma habitual de comportarse. En lo que respecta al componente afectivo de la depresión.

6.7. Criterios de selección

Los criterios de selección son los siguientes.

6.7.1. Criterio de inclusión

Se incluyó a los pre-pasantes de la facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo que quisieron participar bajo consentimiento informado

6.7.2. Criterio de exclusión

Se excluyó a quienes no contestaron más del 70% del instrumento y no realizarán el servicio social en la promoción 2019/2020.

6.7.3. Criterio de eliminación

Se eliminó a los pre-pasantes que no quisieron participar bajo el consentimiento informado.

6.8. Instrumento

Para medir la variable depresión, se utilizó el instrumento Inventario de Depresión Raso-Estado (IDERE), elaborado por Martín. IDERE es un inventario diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión; la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). La escala que evalúa depresión como estado tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta; No en los absolutos (vale 1 punto), un poco (vale 2 puntos), bastante (vale 3 puntos) y mucho (vale 4 puntos). La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos y también ofrece información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta con: casi nunca (vale 1 punto), algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (vale 3 puntos) y casi siempre (vale 4 puntos). Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 20 y 88 puntos para la escala de rasgo (Marín, 2007).

D. Estado

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19= B$$

$$(A-B)+50=$$

Alto ($> = 43$) ____ Medio (35-42)

Bajo ($< = 34$)

D. Rasgo

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 =A$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21=B$$

$$(A-B)+50=$$

Alto (≥ 47)

Medio (36-46)

Bajo (≤ 35)

Para medir la variable ansiedad se utilizar el instrumento, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), elaborado por Marta Martín. El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad; la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) auto aplicada, cada una de ellas tiene 20 ítems. En IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la escala de Estado se le informa al sujeto que debe responder como se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y como se siente generalmente en relación a los ítems de la escala como rasgo (Marín, 2002).

Calificación Sumar el puntaje marcado por el sujeto. Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad Rango percentil

Mínima 1-25

Leve 26-50

Moderada 51-75

Severa 76-100

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

(A-B) + 35 =

Nivel de ansiedad	Rango percentil
Mínima	1-25
Leve	26-50
Moderada	51-75
Severa	76-100

6.9. Procedimiento

Se elaboró el protocolo de investigación con base en los pasos definidos por Grove et al (2016), formulando y delimitando el problema, realizando la revisión bibliográfica, definiendo el marco /desarrollo de definiciones conceptuales, formulación de hipótesis.

Una vez que se elaboró el protocolo se solicitó la evaluación y aprobación por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Se solicitó a la secretaria academia de la Facultad de Enfermería un oficio de autorización para realizar la encuesta en dicha institución.

Una vez teniendo la autorización se pidieron los turnos y aulas de las secciones de octavo semestre, para encuestarlos.

6.10. Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 24. Se utilizó la estadística descriptiva para los objetivos de las variables sociodemográficas,

utilizando medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas a si como porcentajes.

Para el objetivo de ansiedad en pre-pasantes se utilizarán porcentajes y frecuencias.

Para el objetivo depresión en pre-pasantes se utilizarán porcentajes y frecuencias.

6.11. Difusión

Se llevó a cabo en el segundo foro de pasantes y pre-pasantes en el hospital de la mujer.

VII. Consideraciones Éticas Y Legales

Esta investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

En esta investigación prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, en el *Artículo 13*.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar

Para la privacidad del individuo se incluyó el *artículo 16*.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Para considerar el riesgo se anexo el *artículo 17*.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no

invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Este proyecto contó con el consentimiento informado en base a los siguientes artículos:

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberán recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales
- III. Las molestias o los riesgos esperados
- IV. Los beneficios que puedan observarse
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Artículo 25.- Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, de acuerdo a los parámetros aprobados por la Comisión de Ética.

Capítulo IV

VIII. Interpretación Y Análisis De Resultados

El objetivo de la investigación fue evaluar el nivel de ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social. En este capítulo se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos del estudio.

El primero objetivo fue caracterizar a la población participante con base en las variables sociodemográficas y se utilizó estadística descriptiva. Los resultados se presentan en las tabla 1,2 y 3, donde se observa que el promedio de edad fue de 22.81 años (DE=1.711), 88.9% fueron solteros, 76,4% de sexo femenino, 71.2% no trabajan, el 94.7% no padecen ninguna enfermedad y 87% su lugar de procedencia es de Michoacán.

El segundo objetivo fue identificar el nivel ansiedad en pre-pasantes de servicio social y se utilizó estadística descriptiva. Los resultados se muestran en la tabla 4 donde se observa que los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto (53.8%) y ansiedad rasgo alto (100%).

El tercer objetivo fue identificar el nivel de depresión en pre-pasantes de servicio social y se utilizó estadística descriptiva. Los resultados se muestran en la tabla 5, donde se observa que 100% de los pre-pasantes tuvieron depresión estado y rasgo alto.

A fin de dar respuesta al objetivo cuatro que fue identificar las diferencias por sexo, edad, trabajo y dónde viven en depresión y ansiedad, primero se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y no se encontró normalidad en la distribución de los datos, por lo que se decidió utilizar la prueba estadística U de Mann-Whitney. En las tablas 6 y 7 se observa que sólo se observa diferencia estadísticamente significativa entre la variable sexo y ansiedad estado ($U=2944.00$, $p=.010$) y ansiedad rasgo ($U=3038.00$, $p=.020$).

La tabla núm. 8 muestra que el 17.8% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten calmados (frecuencia 37), el 57.7% un poco (frecuencia 120), el 17% mucho (frecuencia 37) y el 6.7% bastante (frecuencia 14).

La tabla núm. 9 muestra que el 17.8% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten seguros (frecuencia 37), el 39.9% un poco (frecuencia 83), el 34.6% mucho (frecuencia 72) y el 7.7% bastante (frecuencia 16).

La tabla núm. 10 muestra que el 12.5% de los pre-pasantes de servicio social no están tensos (frecuencia 26), el 51.0% un poco (frecuencia 106), 22.6% mucho (frecuencia 47) y el 13.9% bastante (frecuencia 29).

La tabla núm. 11 muestra que el 26.9% de los pre-pasantes de servicio social no están contraídos (frecuencia 56), el 47.6% un poco (frecuencia 99), el 20.2% mucho (frecuencia 42) y el 5.3% bastante (frecuencia 11).

La tabla núm. 12 muestra que el 14.9% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten a gusto (frecuencia 31), el 45.2% un poco (frecuencia 94), el 29.3% mucho (frecuencia 61) y el 10.6% bastante (frecuencia 22).

La tabla núm. 13 muestra que el 29.8% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten alterados (frecuencia 62), el 44.7% un poco (frecuencia 93), el 15.9% mucho (frecuencia 33) y el 9.6% bastante (frecuencia 20).

Tabla 15

La tabla núm. 14 muestra que el 31.3% de los pre-pasantes se sienten alterados por algún posible contratiempo (frecuencia 65), el 40.4% un poco (frecuencia 84), el 20.7% mucho (frecuencia 43) y el 7.7% bastante (frecuencia 16).

La tabla núm. 15 muestra que el 25.5% de los pre-pasantes se sienten descansados (frecuencia 53), el 39.9% un poco (frecuencia 83), el 26.0% mucho (frecuencia 54) y el 8.7% bastante (frecuencia 18).

La tabla núm. 16 muestra que el 16.3% de los pre-pasantes se sienten ansiosos (frecuencia 34), el 47.6% un poco (frecuencia 99), el 23.1% mucho (frecuencia 48) y el 13.0% bastante (frecuencia 27).

La tabla núm. 17 muestra que el 13.9% de los pre-pasantes se sienten cómodos (frecuencia 29), el 44.2% un poco (frecuencia 92), el 28.4% mucho (frecuencia 59) y el 13.5% bastante (frecuencia 28).

La tabla núm. 18 muestra que el 10.1% no se sienten con confianza en sí mismo (frecuencia 21), el 37.0% un poco (frecuencia 77), el 35.6% mucho (frecuencia 74) y el 17.3% bastante (frecuencia 36).

La tabla núm. 19 muestra que el 11.5% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten nerviosos (frecuencia 24), el 43.3% un poco (frecuencia 90), el 24.5% mucho (frecuencia 51) y el 20.7% bastante (frecuencia 43).

La tabla núm. 20 muestra que el 51.4% de los pre-pasantes de servicio social no están agitados (frecuencia 107), el 29.3% un poco (frecuencia 61), el 13.5% mucho (frecuencia 28) y el 5.8% bastante (frecuencia 12).

La tabla núm. 21 muestra que el 60.1% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten “a punto de explotar” (frecuencia 125), el 21.6% un poco (frecuencia 45), el 12.0% mucho (frecuencia 25) y el 6.3% bastante (frecuencia 13).

La tabla núm. 22 muestra que el 21.6% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten relajados (frecuencia 45), el 44.2% un poco (frecuencia 92), el 24.5% mucho (frecuencia 51) y el 9.6% bastante (frecuencia 20).

La tabla núm. 23 muestra que el 17.3% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten satisfechos (frecuencia 36), el 36.5% un poco (frecuencia 76), el 33.5% mucho (frecuencia 69) y el 13.0% bastante (frecuencia 27).

La tabla núm. 24 muestra que el 14.4% de los pre-pasantes de servicio social no están preocupados (frecuencia 30), el 41.85% un poco (frecuencia 87), el 22.6% mucho (frecuencia 47) y el 21.2% bastante (frecuencia 44).

La tabla núm. 25 muestra que el 50.0% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten muy excitados y aturridos (frecuencia 104), el 33,2% un poco (frecuencia 69), el 11.1% mucho (frecuencia 23) y el 5.8% bastante (frecuencia 12).

La tabla núm. 26 muestra que el 14.4% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten alegres (frecuencia 30), el 36.5% un poco (frecuencia 76), el 33.2% mucho (frecuencia 69) y el 15.9% bastante (frecuencia 33).

La tabla núm. 27 muestra que el 11.1% de los pre-pasantes de servicio social no se sienten bien (frecuencia 23), el 34.6% un poco (frecuencia 72), el 30.8% mucho (frecuencia 64) y el 23.6% bastante (frecuencia 49)

Tabla 29

La tabla núm. 28 muestra que el 5.8% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se sienten bien (frecuencia 12), el 20.2% algunas veces (frecuencia 42), el 48.1% frecuentemente (frecuencia 100) y el 26.0% casi siempre (frecuencia 54).

La tabla núm. 29 muestra que el 20.7% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se cansan rápidamente (frecuencia 43), el 55.3% algunas veces (frecuencia

115), el 18.3% frecuentemente (frecuencia 38) y el 5.8% casi siempre (frecuencia 12).

La tabla núm. 30 muestra que el 32.2% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca sienten ganas de llorar (frecuencia 67). El 48.6% algunas veces (frecuencia 101) el 14.9% frecuentemente (frecuencia 31) y el 4.3% casi siempre (frecuencia 9).

La tabla núm. 31 muestra que el 8.7% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca quisieran ser tan feliz (frecuencia 18), el 30.8% algunas veces (frecuencia 64), el 30.8% frecuentemente (frecuencia 64) y el 29.8% casi siempre (frecuencia 62).

La tabla núm. 32 muestra que el 21.7% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se pierden cosas por no poder decidirse rápidamente (frecuencia 45), el 50.0% algunas veces (frecuencia 104), el 19.3% frecuentemente (frecuencia 38) y el 10.1% casi siempre (frecuencia 21).

La tabla núm. 33 muestra que el 20.2% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se sienten cansados (frecuencia 42), el 52.4% algunas veces (frecuencia 109), el 21.6% frecuentemente (frecuencia 45) y el 5.8% casi siempre (frecuencia 12).

La tabla núm. 34 muestra que el 8.2% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca son una persona “tranquila serena y sosegada” (frecuencia 17), el 38.9% algunas veces (frecuencia 81), el 35.1% frecuentemente (frecuencia 73) y el 17.8% casi siempre (frecuencia 37).

La tabla núm. 35 muestra que el 27.9% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca Sienten que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas

(frecuencia 58), el 45.7% algunas veces (frecuencia 95), el 19.2% frecuentemente (frecuencia 409 y el 7,2% casi siempre (frecuencia 15).

La tabla núm. 36 muestra que el 24.0% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se preocupan demasiado por cosas sin importancia (frecuencia 50), el 39.9% algunas veces (frecuencia 83), el 26.4% frecuentemente (frecuencia 55) y el 9.6% casi siempre (frecuencia 20).

La tabla núm. 37 muestra que el 2.4% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca son feliz (frecuencia 5), el 22.1% algunas veces (frecuencia 46), el 30.8% frecuentemente (frecuencia 64) y el 30.8% casi siempre (frecuencia 93).

La tabla núm. 38 muestra que el 23.6% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se inclinan a tomar las cosas muy a pecho (frecuencia 49), el 37.5% algunas veces (frecuencia 78), el 30.3% frecuentemente (frecuencia 63) y el 8.7% casi siempre (frecuencia 18).

La tabla núm. 39 muestra que el 23.6% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca les falta confianza en sí mismos (frecuencia 49), el 45.7% algunas veces (frecuencia 95), el 20.2% frecuentemente (frecuencia 42) y el 10.6% casi siempre (frecuencia 22).

La tabla núm. 40 muestra que el 5.3% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se sienten seguros (frecuencia 11), el 37% algunas veces (frecuencia 78), el 37.0% frecuentemente (frecuencia 77) y el 20.2% casi siempre (frecuencia 42).

La tabla núm. 41 muestra que el 14.9% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca tratan de evitar enfrentar una crisis o dificultad (frecuencia 31), el 42.3% algunas veces (frecuencia 88), el 29.3% frecuentemente (frecuencia 61) y el 13.5% casi siempre (frecuencia 13.5).

La tabla núm. 42 muestra que el 30.3% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se sienten melancólicos (frecuencia 63), el 36.1% algunas veces (frecuencia 75), el 26.9% frecuentemente (frecuencia 56) y el 6.7% casi siempre (frecuencia 14).

La tabla núm. 43 muestra que el 2.4% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca se sienten satisfechos (frecuencia 5), el 29.3% algunas veces (frecuencia 61), el 46.2% frecuentemente (frecuencia 96) y el 22.1% casi siempre (frecuencia 46).

La tabla núm. 44 muestra que el 18.3% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca pasan algunas ideas poco importantes pasan por mi mente (frecuencia 38), el 52.4% algunas veces (frecuencia 109), el 21.6% frecuentemente (frecuencia 45) y el 7.7% casi siempre (frecuencia 16).

La tabla núm. 45 muestra que el 26.9% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca les afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza (frecuencia 56), el 39.9% algunas veces (frecuencia 83), el 22.9% frecuentemente (frecuencia 47) y el 20.6% casi siempre (frecuencia 22).

La tabla núm. 46 muestra que el 17.2% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca son una persona estable (frecuencia 17), el 30.3% algunas veces (frecuencia 63), el 38.5% frecuentemente (frecuencia 80) y el 23.1% casi siempre (frecuencia 48).

La tabla núm. 47 muestra que el 14.4% de los pre-pasantes de servicio social casi nunca piensan en los asuntos que tienen entre manos se ponen tensos y alterados (frecuencia 30), el 44.7% algunas veces (frecuencia 93), el 29.3% frecuentemente (frecuencia 61) y el 11.5% casi siempre (frecuencia 34).

La tabla núm. 48 muestra que el 60.6% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social piensan que su futuro es desesperado y no mejorara su situación (frecuencia 126), el 28.4% un poco (frecuencia 59), el 6.7% bastante (frecuencia 14) y el 4.3% mucho (frecuencia 9).

La tabla núm. 49 muestra que el 25.5% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social están preocupados (frecuencia 53), el 48.6% un poco (frecuencia 101), el 16.3% bastante (frecuencia 34) y el 9.6% mucho (frecuencia).

La tabla núm. 50 muestra que el 20.6% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social se sienten con confianza en sí mismo (frecuencia 20), el 32.7% un poco (frecuencia 68), el 31.7% bastante (frecuencia 66) y el 26.0% mucho (frecuencia 54).

La tabla núm. 51 muestra que el 31.7% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social sienten que se cansan con facilidad (frecuencia 66), el 41.3% un poco (frecuencia 86), el 16.8% bastante (frecuencia 35) y el 10.1% mucho (frecuencia 21).

La tabla núm. 52 muestra que el 33.2% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social creen que no tienen nada de que arrepentirse (frecuencia 69), el 38.0% un poco (frecuencia 79), el 17.3% bastante (frecuencia 36) y el 11.5% mucho (frecuencia 24).

La tabla núm. 53 muestra que el 70.2% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social sienten deseos de quitarse la vida (frecuencia 146), el 16.3% un poco (frecuencia 34), el 5.8% bastante (frecuencia 12), y el 7.7% mucho (frecuencia 16).

La tabla núm. 54 muestra que el 11.5% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social se sienten seguros (frecuencia 24), el 29.3% un poco (frecuencia 61), el 34.1% bastante (frecuencia 71) y el 25.0% mucho (frecuencia 52).

La tabla núm. 55 muestra que el 31.7% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social sienten Deseo desentenderse de todos los problemas que tienen (frecuencia 66), el 36.1% un poco (frecuencia 75), el 21.6% bastante (frecuencia 45) y el 10.6% mucho (frecuencia 22).

La tabla núm. 56 muestra que el 32.2% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social se cansa más pronto que antes (frecuencia 67), el 40,9% un poco (frecuencia 85), el 18.3% bastante (frecuencia 38) y el 8.7% mucho (frecuencia 18).

La tabla núm. 57 muestra que el 8.7% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social se inclina al ver el lado bueno de las cosas (frecuencia 18), el 29.3% un poco (frecuencia 61), el 32.2% bastante (frecuencia 67), y el 29.8% mucho (frecuencia 62).

La tabla núm.58 muestra que el 15.9% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social se sienten bien sexualmente (frecuencia 33), el 18.8% un poco (frecuencia 39), el 33.7% bastante (frecuencia 70) y el 31.7% mucho (frecuencia 66).

La tabla núm.59 muestra que el 50.0% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social ahora no tienen ganas de llorar (frecuencia 104), el 26.4% un poco (frecuencia 55), el 13.5% bastante (frecuencia 28) y el 10.1% mucho (frecuencia 21).

La tabla núm.60 muestra que el 50.5% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social han perdido la confianza en mí mismo (frecuencia 105), el 29.8% un

poco (frecuencia 62), el 11.5% bastante (frecuencia 24) y el 17 % mucho (frecuencia 17).

La tabla núm.61 muestra que el 50.5% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social sienten necesidad de vivir (frecuencia 36), el 18.3% un poco (frecuencia 38), el 24.5% bastante (frecuencia 51) y el 39.9% mucho (frecuencia 83).

La tabla núm.62 muestra que el 43.8% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social sienten que nada les alegra como antes (frecuencia 91), el 35.1% un poco (frecuencia 73), el 13.5% bastante (frecuencia 28) y el 7.7% mucho (frecuencia 16).

La tabla núm.63 muestra que el 42.8% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social no tienen sentimientos de culpa (frecuencia 89), el 30.8% un poco (frecuencia 63), el 17.3% bastante (frecuencia 36) y el 9.6% mucho (frecuencia 20).

La tabla núm.64 muestra que el 19.7% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social duermen perfectamente (frecuencia 41), el 38.5% un poco (frecuencia 80), el 19.2% bastante (frecuencia 40) y el 22.6% mucho (frecuencia 47).

La tabla núm.65 muestra que el 47.1% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social se sienten incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea (frecuencia 98), el 29.3% un poco (frecuencia 61), el 14.4% bastante (frecuencia 30) y el 9.1% mucho (frecuencia 19).

La tabla núm.66 muestra que el 13.9% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social tienen gran confianza en el porvenir (frecuencia 29), el 30.3% un

poco (frecuencia 63), el 23.6% bastante (frecuencia 49) y el 32.2% mucho (frecuencia 67).

La tabla núm.67 muestra que el 34.6% no en lo absoluto de los pre-pasantes de servicio social se despiertan más temprano que antes y les cuesta trabajo volverse a dormir (frecuencia 72), el 34.6% un poco (frecuencia 72), el 15.4% bastante (frecuencia 32) y el 15.4% mucho (frecuencia 32).

La tabla núm.68 muestra que el 47.6% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo (frecuencia 99), el 29.8% algunas veces (frecuencia 62), el 8.7% frecuentemente (frecuencia 18) y el 13.9% casi siempre (frecuencia 29).

La tabla núm.69 muestra que el 39.4% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social creen no haber fracasado más que otras personas (frecuencia 82), el 35.1% algunas veces (frecuencia 73), el 15.9% frecuentemente (frecuencia 33) y el 9.6% casi siempre (frecuencia 20).

La tabla núm.70 muestra que el 43.3% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social piensan que las cosas les van a salir mal (frecuencia 90), el 40.4% algunas veces (frecuentemente 84), el 10.6% frecuentemente (frecuencia 22) y el 5.8% casi siempre (frecuencia 12).

La tabla núm.71 muestra que el 9.6% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social creen que han tenido suerte en la vida (frecuencia 20), el 25.5% algunas veces (frecuencia 53), el 31.3% frecuentemente (frecuencia 65) y el 33.7% casi siempre (frecuencia 70).

La tabla núm.72 muestra que el 49.0% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social sufren cuando no se sienten reconocidos por los demás (frecuencia 102), el

33.7% algunas veces (frecuencia 70), el 10.6% frecuentemente (frecuencia 22) y el 6.7% casi siempre (frecuencia 14).

La tabla núm.73 muestra que el 11.5% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social piensan que todo saldrá bien en el futuro (frecuencia 24), el 23.6% algunas veces (frecuencia 49), el 25.0% frecuentemente (frecuencia 52) y el 39.9% casi siempre (frecuencia 83).

La tabla núm.74 muestra que el 37.5% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social sufren por no haber alcanzado sus mayores aspiraciones (frecuencia 78), el 37.0% algunas veces (frecuencia 77), el 16.3% frecuentemente (frecuencia 34) y el 9.1% casi siempre (frecuencia 19).

La tabla núm.75 muestra que el 37.0% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social se deprimen por pequeñas cosas (frecuencia 77), el 31.3% algunas veces (frecuencia 65), el 18.8% frecuentemente (frecuencia 39) y el 13.0% casi siempre (frecuencia 27).

La tabla núm.76 muestra que el 13.0% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social tiene confianza en sí mismos (frecuencia 27), el 28.4% algunas veces (frecuencia 59), el 26.0% frecuentemente (frecuencia 54) y el 32.7% casi siempre (frecuencia 68).

La tabla núm.77 muestra que el 12.0% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social se inclina la ver el lado bueno de las cosas (frecuencia 25), el 23.6% algunas veces (frecuencia 49), el 28.8% frecuentemente (frecuencia 60) y el 35.6% casi siempre (frecuencia 74).

La tabla núm.78 muestra que el 32.7% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social se sienten aburridos (frecuencia 68), el 38.5% algunas veces (frecuencia

80), el 19.7% frecuentemente (frecuencia 41) y el 9.1% casi siempre (frecuencia 19). .

La tabla núm.79 muestra que el 26.4% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social los problemas no les preocupan más de lo que se merecen (frecuencia 55), el 43.3% algunas veces (frecuencia 90), el 18.3% frecuentemente (frecuencia 38) y el 12,0% casi siempre (frecuencia 25).

La tabla núm.80 muestra que el 13.5% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social ha logrado cumplir sus propósitos fundamentales (frecuencia 28), el 22.1% algunas veces (frecuencia 46), el 35.1% frecuentemente (frecuencia 73) y el 29.3% casi siempre (frecuencia 61).

La tabla núm.81 muestra que el 26.0% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social es indiferente ante las situaciones emocionales (frecuencia 54), el 48.1% algunas veces (frecuencia 100), el 16.3% frecuentemente (frecuencia 34) y el 9.6% casi siempre (frecuencia 20).

La tabla núm.82 muestra que el 18.8% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social todo les resulta de interés (frecuencia 39), el 36.5% algunas veces (frecuencia 76), el 28.4% frecuentemente (frecuencia 59) y el 16.3% casi siempre (frecuencia 34).

La tabla núm.83 muestra que el 71.1% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social les afecta tanto los desengaños que no se los pueden quitar de la cabeza (frecuencia 71), el 32.7% algunas veces (frecuencia 68), el 21.2% frecuentemente (frecuencia 44) y el 12,0% casi siempre (frecuencia 25).

La tabla núm.84 muestra que el 33.2% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social les falta confianza en sí mismos (frecuencia 69), el 40.4% algunas veces

(frecuencia 84), el 14.9% frecuentemente (frecuencia 31) y el 11.5% casi siempre (frecuencia 24).

La tabla núm.85 muestra que el 11.5% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social se sienten llenos de fuerzas y energías (frecuencia 24), el 34.6% algunas veces (frecuencia 72), el 29.3% frecuentemente (frecuencia 61) y el 24.5% casi siempre (frecuencia 51).

La tabla núm.86 muestra que el 20.7% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social piensan que los demás los estimulan adecuadamente (frecuencia 43), el 44.7% (frecuencia 93), el 22.6% frecuentemente (frecuencia 47) y el 12.0% casi siempre (frecuencia 25).

La tabla núm.87 muestra que el 41.3% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social se ahogan en vaso de agua (frecuencia 86), el 35.1% algunas veces (frecuencia 73), el 14.9% frecuentemente (frecuencia 31) y el 8.7% casi siempre (frecuencia 18).

La tabla núm.88 muestra que el 14.9% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social son una persona alegre (frecuencia 31), el 18.8% algunas veces (frecuencia 39), el 31.3% frecuentemente (frecuencia 65) y el 35.1% casi siempre (frecuencia 73).

La tabla núm.89 muestra que el 32.7% casi nunca de los pre-pasantes de servicio social piensan que la gente no los estimula las cosas buenas que hacen (frecuencia 68), el 37.5% algunas veces (frecuencia 78), el 19.7% frecuentemente (frecuencia 41) y el 10.1% casi siempre (frecuencia 21).

IX. Discusión

De acuerdo con lo investigado se encontró que Castillo, Chacón de la Cruz y Díaz utilizaron el instrumento cuestionario de ansiedad estado-rasgo para evaluar el nivel de ansiedad y el inventario de estrés académico para carreras de la salud en Chile (2006). Los estudiantes de enfermería mostraron mayores niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los estudiantes de tecnología médica. Solo para ansiedad estado se observó una frecuencia significativamente diferente, encontrándose las diferencias en los grupos que manifiestan un nivel de ansiedad leve (enfermería 32.1% y tecnología médica 56.6%) y ansiedad severa (enfermería 20.5% y tecnología médica 9.2%). Mientras en esta investigación se encontró que los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto de (53.8%) y ansiedad rasgo alto de (100%). Se puede decir que enfermería presenta más ansiedad de estado y rasgo.

En la investigación Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios de 2014, donde utilizaron la escala de Zung. Donde se evaluó la fiabilidad de la escala con el α de Cronbach, el análisis se realizó con medidas de resumen, frecuencias, U de Mann Whitney y chi cuadrado, en SPSS 21, los resultados evidencian que la prevalencia de ansiedad fue 58% y en la presente investigación también se utilizó la prueba estadística de Mann Whitney y se obtuvo la diferencia estadísticamente significativa entre la variable sexo y ansiedad estado ($U=2944.00$, $p=.010$) y ansiedad rasgo ($U=3038.00$, $p=.020$). La escala de Zung presentó una excelente fiabilidad con α de Cronbach de 0,8 Obteniendo como resultado que la edad presentó una media de 22 años; el 50% de los valores centrales estuvo entre 20 y 23, y el rango entre 17 y 39 años. La edad promedio que se encontró ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social fue de 22.81 años. En los créditos matriculados el promedio fue 18, con rango entre 6 y 23. El 53% fueron hombres; el 34,5%, adolescentes; y 66,5%, clase media. La prevalencia de ansiedad fue de 58%, con un 55% en grado leve, por otro lado en la presente investigación los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto de (53.8%) y ansiedad rasgo alto de (100%). El puntaje obtenido con el test de Zung fluctuó entre 29 y 74 puntos, con una media de 47 puntos; la escala presentó una excelente fiabilidad en el

grupo de estudio con α de Cronbach de 0,8. En los puntos que conforman esta escala, los que presentaron la mayor correlación

Se evaluó Ansiedad, Depresión y Modos de Afrontamiento en Estudiantes Pre Universitarios de Rosas, Siliceo, Tello, Temores y Martínez (2015), donde se utilizaron los instrumentos Beck Depression Inventory Inventario de síntomas de ansiedad de Beck y Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos, Se encontró que el afrontamiento activo se asocia con menor incidencia e intensidad de síntomas ansiosos y depresivos, contrario al afrontamiento pasivo. La población de nuevo ingreso a la Universidad de la Sierra Sur es en su mayoría femenina con edades que oscilan entre los 17 y 20 años de edad. La mayoría de los participantes en esta investigación presentaron niveles mínimos de ansiedad y depresión. En esta investigación se utilizaron los instrumentos IDARE e IDERE donde se encontró que los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto (53.8%) y ansiedad rasgo alto (100%). Y 100% de los pre-pasantes tuvieron depresión estado y rasgo alto. Se concluyó que La mayoría de los estudiantes de propedéutico de la Universidad de la Sierra Sur tienen un afrontamiento activo centrado en los problemas lo que se asocia a menores índices de ansiedad y depresión. Contrario a esto, quienes reportaron estar más ansiosos y deprimidos utilizan generalmente estrategias de afrontamiento pasivas centradas en la emoción y la resignificación de hechos

Carmona, Monterrosas, Navarrete, Acosta y Torruco (2016) investigaron sobre Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado, se utilizó el instrumento IDARE, que evalúa ansiedad de rasgo (IDARE R) y estado (IDARE E). Por otra parte esta investigación fue realizada a pre-pasantes de servicio social donde se avaluó el nivel de ansiedad rasgo-estado utilizando el instrumento IDARE como rasgo y estado La comparación de ansiedad de rasgo, la prueba t de Student reportó $p= 0.3$ (IC 95% -1,474 a 0.494); el índice de correlación de Pearson fue -0.009, con $p= 0.043$. La comparación de ansiedad de estado, de la prueba t de Student reportó $p= 0.236$ (IC 95% -1.46 a 0.360); el índice de correlación de Pearson fue -0.08, con $p=$

0.047. Los resultados que se encontró en ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social. Fue de ansiedad estado alto (53.8%) y ansiedad rasgo alto (100%). En cuanto al promedio de calificaciones no hubo diferencias entre los diferentes niveles de ansiedad de rasgo y estado

Tijerina, González, Gómez, Cisneros, Rodríguez, Ramos Y Peña. (2018) Investigaron Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior utilizaron cuestionario auto administrado DASS-21 que permitió establecer la prevalencia de depresión, estrés y ansiedad dando como resultado El promedio de edad de fue de 18.06 (DE \pm 1.82) años, el 80.8% de la población eran mujeres y un 19.2% eran hombres. El 19.9% tiene algún grado de ansiedad, 36.9% algún grado de depresión y 19.8% de estrés. Mientras tanto se encontró en ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social que la edad promedio fue de 22.81 años, 76,4% de sexo femenino el restante del sexo masculino la prevalencia de ansiedad y depresión fueron de ansiedad estado alto (53.8%) y ansiedad rasgo alto (100%), 100% de los pre-pasantes tuvieron depresión estado y rasgo alto

Por otra parte en el instrumento IDARE e IDERE aplicado en la facultad de enfermería de la Universidad Michoacana De San Nicolás De hidalgo en Morelia Michoacán en 2019, muestra las variables sociodemográficas el promedio de edad fue de 22.81 años (DE=1.711), 88.9% fueron solteros, 76,4% de sexo femenino, 71.2% no trabajan, el 94.7% no padecen ninguna enfermedad y 87% su lugar de procedencia es de Michoacán.

X. Conclusiones

Con base al estudio investigado y al objetivo de la investigación se puede concluir que la prevalencia de ansiedad y depresión en pre-pasantes de servicio social de la Facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo fue de un nivel alto dando como resultado que los pre-pasantes presentaron ansiedad estado alto y ansiedad rasgo alto Y depresión estado y rasgo alto.

Dando como resultado al objetivo caracterizar a la población con base a las variables sociodemográficas se observó que el promedio de edad veinte años, en su mayoría no trabajan, son solteros, del sexo femenino, no padecen ninguna enfermedad y la gran mayoría es del Estado de Michoacán.

XI. Recomendaciones

Con base al estudio realizado y a los resultados obtenidos en la investigación se puede dar como recomendaciones o sugerencias a la Facultad de Enfermería:

- Implementar un consultorio específico para Psicología, para que los alumnos puedan acudir a consultas.
- Realizar test de ansiedad y depresión por lo menos dos veces por cada semestre para poder identificar a los alumnos que tienen ansiedad y depresión y los puedan tratar a tiempo.
- Seguir monitoreando a los pre-pasantes ya es su servicio social que hayan presentado ansiedad y depresión en la Facultad.

XII. Referencias Bibliográficas

- Álvarez, C. J. (2017), Mindfulness en estudiantes universitarios y su relación con estrés, ansiedad, depresión, resiliencia y satisfacción con la vida. *Dialnet*. DOI <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158339>
- Barnhill, J. W. (2014), Generalidades sobre los trastornos de ansiedad. *MANUALMSD* recuperado 2018. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornospsiqui%C3%A9tricos/trastornodeansiedadytrastornosrelacionadosconeles%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
- Barnhill, J. W. (2018). Generalidades sobre los trastornos de ansiedad. *Manual*
- Barraza, L. R. J., Muñoz, N. N. A. Y Behrens, P. C. C. (2017), Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista Chilena. Neuro-psiquiatría*, 55(1). DOI. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071792272017000100003&script=sci_arttext&lng=en
- Berrio, R.Z; Castaño, A, M.C; Correa, L.D; Jaramillo, E.J.C; Londoño, A.N.H y Rivera, M.D.P. (2016). Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Psicología e Saúde*, 7(1). 47-55. Recuperado 2019. DOI. http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3200/3/Prevencion_Depresion_Ansiedad_Rivera
- Cardona, A. J. A., Restrepo P. D., Ocampo R. S., Gómez J. y Reyes, Á. (2014), Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Diversitas-Perspectivas En Psicología*, 11(1), DOI. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>
- Carmona, C. R., Monterrosas, R. A. M., Navarrete, M. A., Acosta, M. E. P. y Torruco, G. U (2016), Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Elsevier, Investigación en Educación Médica*, 6(21), 42-46 (Enero - Marzo 2017), DOI.

<https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-ansiedad-los-estudiantes-una-facultad-S2007505716300278>

Castillo, P. C., Chacón, C. T. y Díaz, V. G. (2016), Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Rev. Investigación en educación médica*, 5(20), 230-237. DOI. <http://riem.facmed.unam.mx/node/557>

Conchado, M. J. H., Álvarez, R. I., Cordero, C. G., Gutiérrez, O. F. H. y Terán, P. F. (2018), Estrés académico y resultados docentes en estudiantes de medicina. *Rev Ciencias Médicas*, 23(2), Pinar del Río mar.-abr. 2019. DOI. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200302

Correa, M. Y., Gómez, p. O., Bonilla, P. J., Ropero, G. U., Vélez, R. D. A., Salazar E. J. F. (2016), Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales – Colombia. *Rev. Méd. Risaralda* 2018; 23(1), 23-28. DOI. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n1/v24n1a04.pdf>

Coryell, W (2018). *Trastornos depresivos. Manual MSD*. Recuperado 2020. DOI. <https://www.msdmanuals.com/esmx/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

Chust, H. P., Castellano, R. E., Fernández, G. D. y Chust, T.J. I. (2019), Ansiedad ante los exámenes en estudiantes de Enfermería: factores de riesgo emocionales y de sueño. Elsevier, 25(2), 125-131 (Julio-Diciembre 2019). DOI. <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-ansiedad-ante-examenes-estudiantes-enfermeria-S1134793719300028?referer=buscador>

Estudiantes Pre Universitarios. *Salud y Administración* 3(7), 3–9.
DOI.<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/48/45>

Flores, O. R., Jiménez, E. S. D., Pérez, H. S., Ramírez, S. P. B. y Vega, V. C. Z. (2007), Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 10(2). DOI <file:///C:/Users/usuario/Downloads/19112-29675-1-PB.pdf>

González, M. T., Hernández, R.L. y García, C. J. (2009), Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 25(2), 2009. DOI.<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n2/141-145/es>

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de ansiedad. Recuperado 2020. DOI: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf

Ley General de Salud (1983), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*: DOI. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Manual MSD (2018). *Trastornos depresivos*. Recuperado 2020. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

Manuales MSD (2014), Aspectos generales de los trastornos de ansiedad, recuperado 2019 <https://www.msmanuals.com/esmx/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/aspectos-generales-de-los-trastornos-de-ansiedad> recuperado en 2019

Martín, M. (2002). Manual del Inventario de Depresión Rasgo. 2019, de *Data (PDFAvailable)*[https://www.researchgate.net/publication/283016407_Manual del Inventario de Depresion Rasgo](https://www.researchgate.net/publication/283016407_Manual_del_Inventario_de_Depresion_Rasgo)

MSD. Recuperado 2020. DOI. <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>

Navas, O. W. y Vargas, B. M. J. (2012). Trastornos De Ansiedad: Revisión Dirigida Para Atención Primaria. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica*. Recuperado 2020. DOI. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>

OPS (2017). Depresión. Recuperado 2020. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1246:dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=597

Organización mundial de la salud (OMS) Y Organización panamericana de la salud (OPS), (2017), Depresión. *Día Mundial de la Salud 2017*. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1246:dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=597

Organización mundial de la salud (OMS), (2016), *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*, recuperado en 2019. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Organización mundial de la salud (OMS), (2017), *Salud mental en el lugar de trabajo*. Recuperado 2019 DOI. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

Organización mundial de la salud (OMS), (2019), *Salud mental en el lugar de trabajo*. *Salud mental* DOI. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

- Pego, P. E. R., Del Río-N. M^a. C., Fernández, I. y Gutiérrez., G. E. (2018), Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *Santa Cruz de La Palma*, 12(.2). DOI. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2018000200005
- Puerta, V. (2018). *La ansiedad en la historia*. Recuperado 2020. <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>
- Rojas, C. K: (2010), Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.* 48 (5): 491-496 DOI. <http://medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105e.pdf>
- Rosas, S. F. J., Siliceo, M. J. I., Tello, B. M. A. J., Temores, A. M. G., Martínez, C. A. A. (2015), Ansiedad, Depresión y Modos de Afrontamiento en Estudiantes Pre Universitarios. *Salud y Administración* 3(7), 3–9. DOI. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/48/45>
- Santander, T. J., Romero, S. M. I., Hitschfeld, A. M. J. y Zamora, A. V. (2010), Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 49(1) Santiago mar. 2011. DOI. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071792272011000100006&script=sci_arttext&tlng=en
- Serrano, B. C., Rojas, G. A. y Ruggero. C (2013), Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60 DOI. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
- Sierra J C; Ortega V y Zubeidat I. (2003), Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar, *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(No.) 1-20., recuperado en 2019

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002

Tijerina, G.L. Z., González, G. E., Gómez, N. M., Cisneros, E. M.A., Rodríguez, G K.Y., Ramos. Y Peña, E. G. (2018), Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *R E S P Y N Revista Salud Pública y Nutrición* 17(4), 41-47. Octubre -diciembre, 2018. DOI <file:///C:/Users/usuario/Downloads/399-1055-4-PB.pdf>

Torres, N. O. (2019). Ansiedad y Depresión un Paradigma Social. Recuperado 2020. DOI: <http://www.revistadefrente.com/ansiedad-y-depresion-un-paradigma-social/>

XIII. Apéndices

Apéndice 1 tablas de resultados

*Tabla 1 edad de los pre-pasantes de servicio social
Edad de los participantes*

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Edad	22.81	22	22	20	31	1.711

Nota: datos obtenidos de la Cédula de colecta de datos

*Tabla 2 variables sociodemográficas de los pre-pasantes de servicio social
Variables sociodemográficas*

Variable	F	%
Estado civil		
Soltero	185	88.9
Casado	8	3.8
Unión libre	15	7.2
Sexo		
Masculino	49	23.6
Femenino	159	76.4
Trabaja		
Sí	60	28.8
No	148	71.2
Padece alguna enfermedad		
Sí	11	5.3
No	197	94.7

Nota: datos obtenidos de la Cédula de colecta de datos

Tabla 3 Lugar de procedencia de los pre-pasantes de servicio social

Lugar de procedencia

Lugar de procedencia	F	%
Michoacán	181	87
Guanajuato	8	3.8
Guerrero	11	5.3
Oaxaca	3	1.4
Colima	1	0.5
Chiapas	1	0.5
Veracruz	2	1.0
Estado de México	1	0.5

Nota: datos obtenidos de la Cédula de colecta de datos

*Tabla 4 ansiedad como estado-rasgo
Ansiedad en los pre-pasantes de servicio social*

Ansiedad	f	%
Estado		
Bajo	13	6.3
Medio	83	39.9
Alto	112	53.8
Rasgo		
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	208	100

Nota: datos obtenidos del instrumento IDARE.

*Tabla 5 depresión como estado-rasgo
Depresión en los pre-pasantes de servicio social*

Depresión		f	%
Estado			
	Bajo	0	0
	Medio	0	0
	Alto	208	100
Rasgo			
	Bajo	0	0
	Medio	0	0
	Alto	208	100

Nota: datos obtenidos del instrumento IDERE

Tabla 6
Diferencias de ansiedad estado por sexo en pre-pasantes

Ansiedad	Estado			U	Valor p
	Media	Mediana	DE		
Sexo				2944.00	.010
Femenino	45.99	46.00	9.759		
Masculino	41.71	43.00	9.876		

Nota: datos obtenidos del instrumento IDARE

Tabla 7
Diferencias de ansiedad rasgo por sexo en pre-pasantes

Ansiedad	Rasgo			U	Valor p
	Media	Mediana	DE		
Sexo				3038.00	.020
Femenino	77.96	77.00	7.812		
Masculino	75.12	74.00	7.894		

Nota: datos obtenidos del instrumento IDERE

Tabla 8 IDARE-ESTADO
Me siento calmado

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	37	17.8
Un poco	120	57.7
Mucho	37	17.8
Bastante	14	6.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 9 IDARE-ESTADO
Me siento seguro

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	37	17.8
Un poco	83	39.9
Mucho	72	34.6
Bastante	16	7.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 10 IDARE-ESTADO
Estoy tenso

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	26	12.5
Un poco	106	51.0
Mucho	47	22.6
Bastante	29	13.9
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 11 IDARE-ESTADO
Estoy contraído*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	56	26.9
Un poco	99	47.6
Mucho	42	20.2
Bastante	11	5.3
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 12 IDARE-ESTADO
Me siento a gusto*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	31	14.9
Un poco	94	45.2
Mucho	61	29.3
Bastante	22	10.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 13 IDARE-ESTADO
Me siento alterado*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	62	29.8
Un poco	93	44.7
Mucho	33	15.9

Bastante	20	9.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 14 IDARE-ESTADO
Estoy alterado por algún posible contratiempo*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	65	31.3
Un poco	84	40.4
Mucho	43	20.7
Bastante	16	7.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 15 IDARE-ESTADO
Me siento descansado*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	53	25.5
Un poco	83	39.9
Mucho	54	26.0
Bastante	18	8.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 16 IDARE-ESTADO
Me siento ansioso*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	34	16.3

Un poco	99	47.6
Mucho	48	23.1
Bastante	27	13.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 17 IDARE-ESTADO
Me siento cómodo*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	29	13.9
Un poco	92	44.2
Mucho	59	28.4
Bastante	28	13.5
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 18 IDARE-ESTADO
Me siento con confianza en mí mismo*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	21	10.1
Un poco	77	37.0
Mucho	74	35.6
Bastante	36	17.3
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 19 IDARE-ESTADO
Me siento nervioso*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	24	11.5
Un poco	90	43.3
Mucho	51	24.5
Bastante	43	20.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 20 IDARE-ESATDO
Estoy agitado*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	107	51.4
Un poco	61	29.3
Mucho	28	13.5
Bastante	12	5.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 21 IDARE-ESTADO
Me siento "a punto de explotar"*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	125	60.1
Un poco	45	21.6
Mucho	25	12.0
Bastante	13	6.3
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 22 IDARE-ESTADO
Me siento relajado*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	45	21.6
Un poco	92	44.2
Mucho	51	24.5
Bastante	20	9.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 23 IDARE-ESTADO
Me siento satisfecho*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	36	17.3
Un poco	76	36.5
Mucho	69	33.2
Bastante	27	13.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 24 IDARE-ESTADO
Estoy preocupado*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	30	14.4
Un poco	87	41.8

Mucho	47	22.6
Bastante	44	21.2
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 25 IDARE-ESTADO
Me siento muy excitado y aturdido*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	104	50.0
Un poco	69	33.2
Mucho	23	11.1
Bastante	12	5.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 26 IDARE-ESTADO
Me siento alegre*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	30	14.4
Un poco	76	36.5
Mucho	69	33.2
Bastante	33	15.9
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 27 IDARE-ESTADO
Me siento bien*

Idare-estado	Frecuencia	Porcentaje
No	23	11.1

Un poco	72	34.6
Mucho	64	30.8
Bastante	49	23.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 28 IDARE-RASGO

Me siento bien

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	12	5.8
Algunas Veces	42	20.2
Frecuentemente	100	48.1
Casi Siempre	54	26.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 29 IDARE-RASGO

Me canso rápidamente

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	43	20.7
Algunas Veces	115	55.3
Frecuentemente	38	18.3
Casi Siempre	12	5.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 30 IDARE-RASGO

Siento ganas de llorar

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
-------------	------------	------------

Casi Nunca	67	32.2
Algunas Veces	101	48.6
Frecuentemente	31	14.9
Casi Siempre	9	4.3
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 31 IDARE-RASGO
Quisiera ser tan feliz*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	18	8.7
Algunas Veces	64	30.8
Frecuentemente	64	30.8
Casi Siempre	62	29.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 32 IDARE-RASGO
Me pierdo cosas por no decidirme rápidamente*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	45	21.6
Algunas Veces	104	50.0
Frecuentemente	38	18.3
Casi Siempre	21	10.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 33 IDARE-RASGO
Me siento cansado*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	42	20.2
Algunas Veces	109	52.4
Frecuentemente	45	21.6
Casi Siempre	12	5.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 34 IDARE-RASGO
Soy una persona “tranquila serena y sosegada”*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	17	8.2
Algunas Veces	81	38.9
Frecuentemente	73	35.1
Casi Siempre	37	17.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 35 IDARE-RASGO
Siento que las dificultades se amontonan al punto de no soportarlas*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	58	27.9
Algunas Veces	95	45.7
Frecuentemente	40	19.2
Casi Siempre	15	7.2
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 36 IDARE-RASGO
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	50	24.0
Algunas Veces	83	39.9
Frecuentemente	55	26.4
Casi Siempre	20	9.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 37 IDARE-RASGO
Soy tan feliz*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	5	2.4
Algunas Veces	46	22.1
Frecuentemente	64	30.8
Casi Siempre	93	44.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 38 IDARE-RASGO
Me inclino a tomar las cosas muy a pecho*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	49	23.6
Algunas Veces	78	37.5
Frecuentemente	63	30.3

Casi Siempre	18	8.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 39 IDARE-RASGO
Me falta confianza en mí mismo*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	49	23.6
Algunas Veces	95	45.7
Frecuentemente	42	20.2
Casi Siempre	22	10.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 40 IDARE-RASGO
Me siento seguro*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	11	5.3
Algunas Veces	78	37.5
Frecuentemente	77	37.0
Casi Siempre	42	20.2
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 41 IDARE-RASGO
Trato de evitar una crisis o dificultad*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
-------------	------------	------------

Casi Nunca	31	14.9
Algunas Veces	88	42.3
Frecuentemente	61	29.3
Casi Siempre	28	13.5
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 42 IDARE-RASGO
Me siento melancólico*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	63	30.3
Algunas Veces	75	36.1
Frecuentemente	56	26.9
Casi Siempre	14	6.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 43 IDARE-RASGO
Estoy satisfecho*

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	5	2.4
Algunas Veces	61	29.3
Frecuentemente	96	46.2
Casi Siempre	46	22.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 44 IDARE-RASGO

Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	38	18.3
Algunas Veces	109	52.4
Frecuentemente	45	21.6
Casi Siempre	16	7.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 45 IDARE-RASGO

Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	56	26.9
Algunas Veces	83	39.9
Frecuentemente	47	22.6
Casi Siempre	22	10.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 46 IDARE-RASGO

Soy una persona estable

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	17	8.2

Algunas Veces	63	30.3
Frecuentemente	80	38.5
Casi Siempre	48	23.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 47 IDARE-RASGO

Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado

Idare-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	30	14.4
Algunas Veces	93	44.7
Frecuentemente	61	29.3
Casi Siempre	24	11.5
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 48 IDERE-ESTADO

Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorara mi situación

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	126	60.6
Un poco	59	28.4
Bastante	14	6.7
Mucho	9	4.3
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 49 IDERE-ESTADO
Estoy preocupado*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	53	25.5
Un poco	101	48.6
Bastante	34	16.3
Mucho	20	9.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 50 IDERE-ESTADO
Me siento con confianza en mí mismo*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	20	9.6
Un poco	68	32.7
Bastante	66	31.7
Mucho	54	26.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 51 IDERE-ESTADO
Siento que me canso con facilidad*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	66	31.7

Un poco	86	41.3
Bastante	35	16.8
Mucho	21	10.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 52 IDERE-ESTADO
Creo que no tengo nada de que arrepentirme*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	69	33.2
Un poco	79	38.0
Bastante	36	17.3
Mucho	24	11.5
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 53 IDERE-ESTADO
Siento deseos de quitarme la vida*

Idere-estado o	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	146	70.2
Un poco	34	16.3
Bastante	12	5.8
Mucho	16	7.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 54 IDERE-ESTADO
Me siento seguro*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	24	11.5
Un poco	61	29.3
Bastante	71	34.1
Mucho	52	25.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 55 IDERE-ESTADO
Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	66	31.7
Un poco	75	36.1
Bastante	45	21.6
Mucho	22	10.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 56 IDERE-ESTADO
Me canso más pronto que antes*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	67	32.2

Un poco	85	40.9
Bastante	38	18.3
Mucho	18	8.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 57 IDERE-ESTADO
Me inclino al ver el lado bueno de las cosas*

Idere-estado o	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	18	8.7
Un poco	61	29.3
Bastante	67	32.2
Mucho	62	29.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 58 IDERE-ESTADO
Me siento bien sexualmente*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	33	15.9
Un poco	39	18.8
Bastante	70	33.7
Mucho	66	31.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 59 IDERE-ESTADO
Ahora no tengo ganas de llorar*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No en absoluto	104	50.0
Un poco	55	26.4
Bastante	28	13.5
Mucho	21	10.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 60 IDERE-ESTADO
He perdido la confianza en mí mismo*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	105	50.5
Un poco	62	29.8
Bastante	24	11.5
Mucho	17	8.2
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 61 IDERE-ESTADO
Siento necesidad de vivir*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	36	17.3
Un poco	38	18.3
Bastante	51	24.5
Mucho	83	39.9

Total	208	100.0
-------	-----	-------

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 62 IDERE-ESTADO
Siento que nada me alegra como antes*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	91	43.8
Un poco	73	35.1
Bastante	28	13.5
Mucho	16	7.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 63 IDERE-ESTADO
No tengo sentimientos de culpa*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	89	42.8
Un poco	63	30.3
Bastante	36	17.3
Mucho	20	9.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 64 IDERE-ESTADO
Duermo perfectamente*

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
--------------	------------	------------

No, en absoluto	41	19.7
Un poco	80	38.5
Bastante	40	19.2
Mucho	47	22.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 65 IDERE-ESTADO

Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	98	47.1
Un poco	61	29.3
Bastante	30	14.4
Mucho	19	9.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 66 IDERE-ESTADO

Tengo gran confianza en el porvenir

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	29	13.9
Un poco	63	30.3
Bastante	49	23.6
Mucho	67	32.2

Total	208	100.0
-------	-----	-------

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 67 IDERE-ESTADO

Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
No, en absoluto	72	34.6
Un poco	72	34.6
Bastante	32	15.4
Mucho	32	15.4
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 68 IDERE-RASGO

Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	99	47.6
Algunas Veces	62	29.8
Frecuentemente	18	8.7
Casi Siempre	29	13.9
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 69 IDERE-RASGO

Creo no haber fracasado más que otras personas

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	82	39.4

Algunas Veces	73	35.1
Frecuentemente	33	15.9
Casi Siempre	20	9.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 70 IDERE-RASGO
Pienso que las cosas me van a salir mal*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	90	43.3
Algunas Veces	84	40.4
Frecuentemente	22	10.6
Casi Siempre	12	5.8
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 71 IDERE-RASGO
Creo que he tenido suerte en la vida*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	20	9.6
Algunas Veces	53	25.5
Frecuentemente	65	31.3
Casi Siempre	70	33.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 72 IDERE-RASGO

Sufro cuándo no me siento reconocido por los demás

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	102	49.0
Algunas Veces	70	33.7
Frecuentemente	22	10.6
Casi Siempre	14	6.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 73 IDERE-RASGO

Pienso que todo saldrá bien en el futuro

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	24	11.5
Algunas Veces	49	23.6
Frecuentemente	52	25.0
Casi Siempre	83	39.9
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tabla 74 IDERE-RASGO

Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones

Idere-estado	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	78	37.5
Algunas Veces	77	37.0

Frecuentemente	34	16.3
Casi Siempre	19	9.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 75 IDERE-RASGO
Me deprimó por pequeñas cosas*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	77	37.0
Algunas Veces	65	31.3
Frecuentemente	39	18.8
Casi Siempre	27	13.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 76 IDERE-RASGO
Tengo confianza en mí mismo*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	27	13.0
Algunas Veces	59	28.4
Frecuentemente	54	26.0
Casi Siempre	68	32.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 77 IDERE-RASGO
Me inclino a ver el lado bueno de las cosas*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	25	12.0
Algunas Veces	49	23.6
Frecuentemente	60	28.8
Casi Siempre	74	35.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 78 IDERE-RASGO
Me siento aburrido*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	68	32.7
Algunas Veces	80	38.5
Frecuentemente	41	19.7
Casi Siempre	19	9.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 79 IDERE-RASGO
Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	55	26.4
Algunas Veces	90	43.3

100

Frecuentemente	38	18.3
Casi Siempre	25	12.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 80 IDERE-RASGO
He logrado cumplir mis propósitos fundamentales*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	28	13.5
Algunas Veces	46	22.1
Frecuentemente	73	35.1
Casi Siempre	61	29.3
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 81 IDERE-RASGO
Soy indiferente ante las situaciones emocionales*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	54	26.0
Algunas Veces	100	48.1
Frecuentemente	34	16.3
Casi Siempre	20	9.6
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 82 IDERE-RASGO
 Todo me resulta de interés*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	39	18.8
Algunas Veces	76	36.5
Frecuentemente	59	28.4
Casi Siempre	34	16.3
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 83 IDERE-RASGO
 Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	71	34.1
Algunas Veces	68	32.7
Frecuentemente	44	21.2
Casi Siempre	25	12.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 84 IDERE-RASGO
 Me falta confianza en mí mismo*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	69	33.2
Algunas Veces	84	40.4

Frecuentemente	31	14.9
Casi Siempre	24	11.5
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 85 IDERE-RASGO
Me siento lleno de fuerzas y energías*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	24	11.5
Algunas Veces	72	34.6
Frecuentemente	61	29.3
Casi Siempre	51	24.5
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 86 IDERE.RASGO
Pienso que los demás me estimulan adecuadamente*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	43	20.7
Algunas Veces	93	44.7
Frecuentemente	47	22.6
Casi Siempre	25	12.0
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 87 IDERE-RASGO
Me ahogo en un vaso de agua*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	86	41.3
Algunas Veces	73	35.1
Frecuentemente	31	14.9
Casi Siempre	18	8.7
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 88 IDERE.RASGO
Soy una persona alegre*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	31	14.9
Algunas Veces	39	18.8
Frecuentemente	65	31.3
Casi Siempre	73	35.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

*Tabla 89 IDERE.RASGO
Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago*

Idere-rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	68	32.7
Algunas Veces	78	37.5

Frecuentemente	41	19.7
Casi Siempre	21	10.1
Total	208	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

XIV. Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por PLESS Brenda Suastegui Hernández

La meta de este estudio es conocer el nivel de ansiedad y depresión en los pre-pasantes del servicio social.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su respuesta al cuestionario será codificada usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por PLESS Brenda Suastegui Hernández. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2 hoja de colecta de datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Facultad de Enfermería



Edad: ___ Sección: ___ Estado civil: Soltera (o)
___ Casada (o) ___ Unión Libre ___

Sexo: femenino ___ masculino ___ Trabaja: No ___ Si ___ ¿Padece una enfermedad? No ___ Si ___ Especifique: _____ Lugar de

Procedencia: _____ Promedio actual: INSTRUCCIONES:

Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No	Un poco	Mucho	Bastante
1 Me siento calmado	1	2	3	4
2 Me siento seguro	1	2	3	4
3 Estoy tenso	1	2	3	4
4 Estoy contraído	1	2	3	4
5 Me siento a gusto	1	2	3	4
6 Me siento alterado	1	2	3	4
7 Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8 Me siento descansado	1	2	3	4
9 Me siento ansioso	1	2	3	4
10 Me siento cómodo	1	2	3	4
11 Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12 Me siento nervioso	1	2	3	4
13 Estoy agitado	1	2	3	4
14 Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15 Me siento relajado	1	2	3	4
16 Me siento satisfecho	1	2	3	4
17 Estoy preocupado	1	2	3	4
18 Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19 Me siento alegre	1	2	3	4
20 Me siento bien	1	2	3	4

Instrucciones: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

		Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24	Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento cansado	1	2	3	4
27	Soy una persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30	Soy feliz	1	2	3	4
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Estoy satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Instrucciones: Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a **como usted se sienta ahora mismo**. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora. Primera parte

- No, en absoluto 1
- Un poco 2
- Bastante 3
- Mucho 4

- 1 Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorara mi situación ()
- 2 Estoy preocupado ()
- 3 Me siento con confianza en mí mismo ()
- 4 Siento que me canso con facilidad ()
- 5 Creo que no tengo nada de que arrepentirme ()
- 6 Siento deseos de quitarme la vida ()
- 7 Me siento seguro ()
- 8 Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo ()
- 9 Me canso más pronto que antes ()
- 10 Me inclino al ver el lado bueno de las cosas ()
- 11 Me siento bien sexualmente ()
- 12 Ahora no tengo ganas de llorar ()
- 13 He perdido la confianza en mí mismo ()
- 14 Siento necesidad de vivir ()
- 15 Siento que nada me alegra como antes ()
- 16 No tengo sentimientos de culpa ()
- 17 Duermo perfectamente ()
- 18 Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea ()
- 19 Tengo gran confianza en el por venir ()
- 20 Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir ()

Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a **como usted se sienta generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.
Segunda parte

- Casi nunca 1
- Algunas veces 2
- Frecuentemente 3
- Casi siempre 4

- | | | |
|----|---|-----|
| 1 | Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo | () |
| 2 | Creo no haber fracasado más que otras personas | () |
| 3 | pienso que las cosas me van a salir mal | () |
| 4 | creo que he tenido suerte en la vida | () |
| 5 | Sufro cuando no me siento reconocido por los demás | () |
| 6 | Pienso que todo saldrá bien en el futuro | () |
| 7 | Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones | () |
| 8 | Me deprimó por pequeñas cosas | () |
| 9 | Tengo confianza en mí mismo | () |
| 10 | Mi inclino a ver el lado bueno de las cosas | () |
| 11 | Me siento aburrido | () |
| 12 | Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen | () |
| 13 | He logrado cumplir mis propósitos fundamentales | () |
| 14 | Soy indiferente ante las situaciones emocionales | () |
| 15 | Todo me resulta de interés | () |
| 16 | Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | () |
| 17 | Me falta confianza en mí mismo | () |
| 18 | Me siento lleno de fuerzas y energías | () |
| 19 | Pienso que los demás me estimulan adecuadamente | () |

- 20 Me ahogo en un vaso de agua ()
- 21 Soy una persona alegre ()
- 22 Pienso que la gente no me estimula la cosas buenas que hago ()

