

CENTRO UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO

CEUTEC

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES

PROYECTO DE GRADUACIÓN

CEUTEC

**MOTIVOS DE CONSULTA PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTE EN LA
POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE CEUTEC TEGUCIGALPA, SAN PEDRO SULA
Y LA CEIBA.**

SUSTENTADO POR:

JERRY FERNANDO RIVERA GARCÍA

WILSON OSMANY GIRÓN CASTELLÓN

CUENTA #

31551238

31021552

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO EN
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEGUCIGALPA M.D.C

HONDURAS, C.A

OCTUBRE, 2020

CENTRO UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO

CEUTEC

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

DR. MARLON BREVÉ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ARQ. DINA ELIZABETH VENTURA

SECRETARIO GENERAL

LIC. ROGER MARTÍNEZ

DIRECTOR ACADÉMICO CEUTEC

LIC. IRIS GONZALES

JEFE DE CARRERA

LICDA. FIEDKA RUBIO

Agradecimiento	ii
Resumen Ejecutivo	iv
Introducción	v
Capítulo I.....	1
Planteamiento del problema	1
Objetivos	1
<i>Objetivo General</i>	<i>1</i>
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>1</i>
Marco contextual	1
Historia	1
Departamento de Acompañamiento Estudiantil	4
Antecedentes	4
Problema de Investigación	6
Justificación	6
Viabilidad	7
Capitulo II	7
Marco Teórico	7
Motivo de consulta	7
<i>Motivo de consulta manifiesto y latente.....</i>	<i>9</i>
Atención Psicológica	9

Concepto de malestar psicológico y factores asociados	9
<i>Malestar psicológico y estudiantes universitarios</i>	<i>11</i>
Prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios	13
Capítulo III.....	15
Metodología	15
Enfoque y métodos	15
Diseño de investigación	16
Procedimiento y operacionalización de variables	16
Técnicas e instrumentos aplicados	16
Capítulo IV	17
Resultados según el método utilizado	17
Discusión de resultados	18
Capítulo V	20
Conclusiones	20
Recomendaciones	20
Capítulo VI	21
Nombre de la propuesta	21
Introducción	21
Descripción del plan de acción	23
<i>Guía de atención psicológica del trastorno depresivo</i>	<i>23</i>
<i>Guía de atención psicológica del trastorno de ansiedad</i>	<i>25</i>

Cronograma de ejecución	26
Bibliografía	28
Glosario	31
Anexo	33
Anexo N°1 Entrevista para indagar sobre los motivos de consulta.	33
Anexo 2: Guía de atención psicológica del Trastorno depresivo	34
Anexo 3: Guía de atención psicológica del trastorno de ansiedad	46

Dedicatoria

Dedico este logro a Dios y a la vida quien nos ha dado tanta sabiduría, fuerza, motivación, salud y personas que nos han apoyado y ayudado a poder alcanzar esta meta en nuestro caminar por la vida y ser los profesionales que somos hoy en día.

A nuestros padres, hermanos, tíos, hijos, parejas y demás amigos que han sido nuestro apoyo y confianza para finalmente culminar con éxito esta etapa en nuestra vida.

Y en especial a todos nuestros maestros quienes nos acompañaron en este proceso de formación psicológica.

Agradecimiento

A nuestra familia, maestros, amigos y demás personas que formaron parte de todo este proceso de formación psicológica.

Primeramente, agradezco a Dios por otorgarme la oportunidad de estar en este punto de mi vida: con salud y las facultades físicas en perfectas condiciones. Asimismo, por permitirme tener los recursos y los medios para poder avanzar en mi formación académica y por cada bendición otorgada a mi favor y a mis seres queridos. Agradezco a mis hijos: Helaman Joel Girón Pacheco e Itchell Ester Girón Pacheco, por ser el motor que impulsan mi deseo de superación y de alcanzar las metas que me propongo para poder ofrecerles, no solo un ejemplo sino también a alguien en quien poder confiar en el futuro. A mis padres: Angela Jannette Castellón Reyes y Wilson Noé Girón Murillo, quienes han estado pendientes y presentes en cada etapa de mi vida y quienes incondicionalmente me brindan la ayuda y el apoyo que siempre he necesitado en cualquier circunstancia de mi vida, porque animan a seguir adelante y a poder culminar cada proyecto que me he propuesto. A mis hermanos, por estar siempre dispuestos a extender su mano y ofrecer su ayuda si se los requiero, y demás familiares que han estado presente en esta etapa académica ofreciendo su ayuda y motivación sin reservas. A Sandra Lorena Carrasco Barahona, por su compañía y motivación constante para culminar mis estudios académicos y por apoyar cada iniciativa y proyecto de vida que me he propuesto, por su apoyo físico, material y espiritual en cada paso que doy para poder mejorar mi calidad de vida. A mis maestros, tutores, consejeros y líderes espirituales que han sido pilar fundamental para adquirir el conocimiento necesario para que en un futuro ejercer la profesión que he alcanzado: por sus correcciones, consejos e instrucciones a tiempo y de forma acertada.

A mis papás Iliam Suyapa García Vásquez y Jorge Alberto Rivera Martínez quienes me han ayudado a crecer y me han apoyado en todo momento de mi vida, a ellos les agradezco y dedico este paso en mi vida. A mis hermanos que han estado en todo momento para apoyarme, aconsejarme y motivarme a seguir adelante para alcanzar este logro. A mis abuelos, tíos y demás familiares que han estado presente en este proceso. A mi novia Anny Cárcamo quien me ha dado mucha fuerza y amor para lograr esta meta. A mis maestros, ellos que han compartido de manera desinteresada y honesta todo su conocimiento en psicología, la vida y demás formación para la vida de psicólogo. A mi mejor amiga Clarisa Suarez con quien compartí mis clases y demás experiencias de la carrera. A mi amigo, compañero y colega Wilson Girón con quien elabore esta investigación.

Agradecemos por cada uno de los desafíos que en el transcurso de nuestras vidas se han presentado y a lo largo de nuestra carrera universitaria, ya que las lecciones aprendidas son invaluable y nos servirán como una guía y un norte hacia donde queremos llegar. Gracias a la vida por las oportunidades que hemos recibido de forma desmedida y que nos dan la oportunidad de poder avanzar en nuestros sueños, metas, proyectos y poder decir que lo hemos logrado.

Resumen Ejecutivo

El objetivo de la presente investigación es conocer los motivos de consulta más comunes en la población universitaria de CEUTEC en las sedes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba. Para realizar la investigación se entrevistaron a las psicólogas encargadas de atender en el departamento de acompañamiento estudiantil de las sedes de CEUTEC en las 3 distintas ciudades.

Observamos que los motivos de consulta más comunes están relacionados con los trastornos depresivos, ansiosos y con problemas familiares. Los estudiantes acuden por su propia cuenta a hacer las solicitudes de asistencia psicológica, además, son las mujeres quienes más acuden a solicitar apoyo o ayuda psicológica, sin embargo, esto no es indicativo de que la población femenina presenta más problemas. Para finalizar, concluimos con la propuesta de dos guías para ser utilizadas por los futuros estudiantes que formen parte del consultorio psicológico de CEUTEC.

Palabras claves: *Motivos de consulta, acompañamiento estudiantil, estudiantes, trastornos.*

Introducción

El motivo de consulta no es un problema, es una comunicación inicial que denota inquietud y alarma, de tal forma que éste implica descripciones de algunas formas de conducta que son problemáticas (Amanda M. Muñoz, 2011). Los psicólogos clínicos, son los encargados de brindar atención clínica a las personas que lo soliciten. Los estudiantes a lo largo de su formación presentan diversas dificultades psicológicas, económicas y sociales, para los psicólogos de las universidades uno de los aspectos más importantes es contribuir a tener una mejor salud mental y atender cada motivo de consulta que los estudiantes refieran.

En el primer capítulo se planteó el problema a investigar, concretando el objetivo general y específico, el marco contextual, los antecedentes, su justificación, y viabilidad. En el segundo capítulo se explican las variables de investigación y su marco teórico. En el tercer capítulo, se explica la metodología utilizada, su enfoque y método, se plantea el diseño de la investigación, el procedimiento y operacionalización de las variables y cuáles serán las técnicas e instrumento por utilizar y aplicar. En el cuarto capítulo se presentan los resultados según el método utilizado y su discusión. En el quinto capítulo se muestran las conclusiones y las recomendaciones que se derivan de la investigación. Para finalizar en el sexto capítulo se presenta dos guías, con su introducción, plan de acción y cronograma

Capítulo I

Planteamiento del problema

Objetivos

Objetivo General

Conocer los motivos de consulta más comunes en la población universitaria de CEUTEC en las sedes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.

Objetivos Específicos

- Conocer cuáles son los instrumentos y técnicas que se utilizan en la consulta de atención psicológica
- Determinar con qué frecuencia el estudiante acude al departamento de Acompañamiento estudiantil.
- Mostrar de qué manera se da a conocer la atención que brinda el departamento de Acompañamiento estudiantil dentro de la universidad.

Marco contextual

Historia

Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC) es una institución privada de educación superior y fue creada el 17 de diciembre de 1986 con el propósito de convertirse en una alternativa para la formación universitaria, tanto por su innovadora oferta académica como por su propuesta y modelo educativos. En el año 2005 fundó el Centro Universitario Tecnológico (CEUTEC), una opción educativa que implementa el modelo Blended Learning para personas que trabajan y desean estudiar a nivel superior, dentro de un horario flexible y una modalidad semipresencial. En ese mismo año comenzó a formar parte de

Laureate International Universities, la Red de Universidades Privadas más grande del mundo, la que cuenta con 80 instituciones de educación superior en 29 países, dos instituciones online y aproximadamente 950 mil estudiantes alrededor del mundo.

Actualmente cuenta con siete campus: cuatro en Tegucigalpa, dos en San Pedro Sula y otro en La Ceiba, que combinados albergan a más de 20,000 estudiantes matriculados. UNITEC es una Universidad Global y la única en Honduras que ofrece una amplia movilidad académica internacional para estudiantes y docentes

Misión y visión

Misión

Formar profesionales líderes, con visión global y compromiso social, mediante un modelo educativo basado en competencias, valores, emprendimiento, innovación académica y tecnológica, internacionalidad, investigación y vinculación con la sociedad.

Visión

Ser una universidad referente a nivel internacional en la formación de profesionales íntegros, competentes y emprendedores, que contribuyan al desarrollo y transformación de la sociedad.

Valores institucionales

- Integridad ética

Las autoridades, docentes, colaboradores y estudiantes de UNITEC enmarcamos nuestra conducta dentro de la honestidad, respeto, responsabilidad, y todas las

normas que hacen posible la convivencia social armónica y el desarrollo individual y colectivo.

- **Compromiso social**

En CEUTEC estamos conscientes de la complejidad de la realidad social, que requiere del compromiso y solidaridad de todos; por lo anterior nuestra labor está íntimamente vinculada con las necesidades de las personas y procura responder a ellas.

- **Excelencia**

En CEUTEC nos esforzamos por hacer bien las cosas y trabajamos con base en estándares internacionales, académicos y de servicios, del más alto nivel.

- **Creatividad e innovación**

En CEUTEC creamos los espacios para generar ideas de vanguardia y encontrar soluciones de impacto local y global para problemas concretos.

- **Espíritu emprendedor**

En CEUTEC estamos comprometidos con la creación de un ecosistema que facilite la generación de proyectos y emprendimientos que produzcan beneficio particular y colectivo.

- **Internacionalidad**

En CEUTEC promovemos la participación de nuestra comunidad universitaria en programas y actividades que abren horizontes más allá de nuestras fronteras y nos convierten en ciudadanos del mundo.

Departamento de Acompañamiento Estudiantil

Este programa está conformado por profesionales del área de la psicología, quienes ofrecen atención a estudiantes con dificultades personales o sociales que impacten su desempeño académico (integración grupal, conflictos individuales o grupales, etcétera)

El Departamento de acompañamiento estudiantil se encarga de brindar diferentes programas como:

- **Orientación psicológica:** es la asistencia personalizada y confidencial en cualquier problema que esté afectando su estado emocional.
- **Orientación académica:** consiste en brindarle ayuda al estudiante para que logre identificar y superar dificultades que afecten su rendimiento académico.
- **Orientación profesional:** se realiza a través de la evaluación vocacional, la cual le permite obtener un panorama más amplio para tomar una acertada decisión de acuerdo con su vocación en la elección de la carrera universitaria.

Antecedentes

La mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado se encuentran en la etapa de la adolescencia tardía, período en el cual tienden a emerger con particular intensidad problemas de salud mental como los trastornos del estado del ánimo y los trastornos de ansiedad. Durante la adolescencia se acentúan las conductas de riesgo como el consumo abusivo, la dependencia de sustancias psicoactivas y las conductas “antisociales” se consolidan patrones desadaptativos como los trastornos de personalidad y existe mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios. También algunas formas de psicosis, como la esquizofrenia, tienden a irrumpir en este periodo (ZAYRA ANTÚNEZ, 2011).

Además, entre la adolescencia y la adultez joven hay una mayor demanda de ajustes personales y sociales que aumentan el riesgo a desarrollar trastornos emocionales por estrés. Particularmente en los universitarios, el riesgo de presentar cuadros psicopatológicos se relaciona con altos grados de exigencia, competitividad y expectativas que acrecientan el estrés, factor importante en la vida de los jóvenes / adultos y que tiene un impacto negativo sobre su salud y rendimiento académico. Como existe consenso entre los profesionales que atienden las necesidades de salud de los estudiantes universitarios sobre la vulnerabilidad para desarrollar trastornos emocionales, a partir de 1990 se registran estudios empíricos que muestran las características generales de su salud mental y las alteraciones más frecuentes que ellos presentan (ZAYRA ANTÚNEZ, 2011).

En un estudio realizado en la Universidad de La Frontera se encontró que 36,2% de las mujeres y 28.9% de los hombres presentaron trastornos emocionales evaluados a través del Cuestionario de la Salud General. Otro estudio, más reciente, de la Universidad de Concepción, arrojó altas prevalencias para los trastornos depresivos y ansioso evaluados a través de los inventarios de Beck; específicamente, el 22% de las mujeres y 10,7% de los hombres presentó trastorno depresivo, en tanto que 23,8% de las mujeres y 10,7% de los hombres presento trastorno ansioso. En estudios más circunscritos, se señala que 34,8% de los estudiantes beneficiarios del Programa de Atención Económica (PAE) de la Universidad de Chile, presentan signos inespecíficos de malestar emocional medido a través del Cuestionario de Salud General. Por otro lado, entre los estudiantes que recibían atención psicológica y/o psiquiátrica en el Servicio de Salud Estudiantil de una universidad de Santiago, se encontró que 48,3 de ellos presentaban trastornos adaptativos, 22,8% trastornos de ánimo, 20,9% trastornos de ansiedad y un 6,7% trastornos relacionados con

sustancias, observándose frecuencias significativas mayores en los hombres para trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con sustancias (ZAYRA ANTÚNEZ, 2011).

Problema de Investigación

Cuáles son los motivos de consulta psicológicos más comunes atendidos por el departamento de Acompañamiento estudiantil de CEUTEC Honduras.

Justificación

Como una institución de nivel superior, la Universidad de CEUTEC se encuentra en una búsqueda constante de mejorar el servicio y la atención para sus jóvenes estudiantes de diversas carreras.

El departamento de acompañamiento estudiantil es parte de esta constante mejora, en dicho proceso, surge esta investigación, buscando los motivos más recurrentes por los cuales los estudiantes se abocan al área de psicología en el departamento de Acompañamiento estudiantil. Comprobar y detallar los motivos de consulta más atendidos, podrá mejorar el servicio que como institución, departamento y profesionales de la salud mental brindan a los estudiantes.

Casos como problemas emocionales, personales, familiares y académicos (dificultades en algunas clases y la indecisión vocacional), son solo algunos de los casos que probablemente encontraremos en este departamento. Trabajando con estos problemas se pueden planear mejores y más efectivos procesos de atención para cada problema, así como una mejor coordinación en programas de apoyo académico y de evaluación vocacional. De esta manera se podrán reducir, los problemas de aprendizaje, desvinculación

académica, cambios de carrera, entre muchos más que aumenta gastos para la institución y las familias de los estudiantes.

Es por ello por lo que los resultados de esta investigación serán de gran importancia para el mejoramiento continuo en la universidad y el departamento de Acompañamiento estudiantil.

Viabilidad

La investigación es viable, ya que se dispone de los recursos materiales y humanos para llevarla a cabo. Para el acceso a la información se solicitará la autorización del departamento de acompañamiento estudiantil de las sedes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y la Ceiba para que el personal encargado pueda participar, ya ellos brindaran toda la información necesaria para la recolección de los datos en la entrevista. Se cuenta con el tiempo suficiente para poder indagar y desarrollar las herramientas que nos facilitaran la obtención de información. Se posee bastante material bibliográfico para respaldar y cotejar los datos obtenidos. Además, las entrevistas serán por medio de llamadas telefónicas y correo electrónico sin ser necesario el traslado al lugar donde se encuentran cada una de las sedes. Con lo anterior la investigación demuestra su factibilidad.

Capítulo II

Marco Teórico

Motivo de consulta

El motivo de consulta no es un problema, es una comunicación inicial que denota inquietud y alarma, de tal forma que éste implica descripciones de algunas formas de conducta que son problemáticas, pero no hace referencia a síntomas de una patología

subyacente, enmarcando así al motivo de consulta como una guía sobre la que ha de comenzar a indagar el terapeuta, dado que inicialmente hace referencia a las inquietudes del consultante, pero posteriormente podría relacionarse con otro tipo de elementos (Amanda M. Muñoz, 2011).

El motivo de consulta puede tener que ver con la clínica objetivable pero también con una inquietud subjetiva que el paciente no sepa o atreva a manifestar. Por ejemplo, cuando un paciente explica haber decidido poner fin a un intenso cuadro psicopatológico que hace meses o años padece, la clínica manifiesta justifica el motivo de consulta, pero no informa de cómo la persona ha conseguido soportar ese malestar durante todo ese tiempo, por qué ha tardado tanto en decidirse a consultar ni por qué lo ha hecho en ese preciso momento de su vida. Tales interrogantes pueden hablar de otro tipo de motivaciones añadidas o distintas a liberarse de los rasgos psicopatológicos evidentes. O cuando una persona con problemas de adicción a una determinada sustancia tóxica acude a consultar presionado por sus familiares, no necesariamente el motivo de consulta es vencer la adicción, sino tal vez, liberarse de la exigencia de aquéllos sin tener que dejar de consumir. Lo mismo ocurre en las personas que acuden a consultar obligadas por una resolución judicial a consecuencia de un delito, en quienes no hay conciencia de enfermedad y cuyo único objetivo es conseguir una disminución de condena.

Por tanto, es evidente que a veces el motivo que el paciente alega como justificante de su consulta, o que el psicólogo presupone a partir de la clínica, es decir, lo que se denomina "motivo de consulta manifiesto o explícito" no es el motivo que profundamente ha estimulado al paciente a consultar, lo que se denomina "motivo de consulta latente o implícito".

Motivo de consulta manifiesto y latente

El motivo de consulta manifiesto obedece a la interpretación que el paciente hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica que dispone, su capacidad para entenderla adecuadamente, el haber sufrido experiencias previas iguales o semejantes, el imaginario sociocultural en el que vive, etc.

La diferencia fundamental entre los conceptos "motivo de consulta manifiesto" y "motivo de consulta latente" es que el segundo hace referencia a la percepción subjetiva del motivo de consulta.

Atención Psicológica

Observar, escuchar, tocar, oler y gustar requieren, entre otras cosas, la habilidad de atender; esta habilidad se conoce mejor como un proceso psicológico básico e indispensable para el procesamiento de la información de cualquier modalidad y para la realización de cualquier actividad. No es un proceso unitario, sino un conjunto de diferentes mecanismos que trabajan de forma coordinada. Su función es seleccionar del entorno los estímulos que son relevantes para el estado cognitivo en curso del sujeto y que sirven para llevar a cabo una acción y alcanzar unos objetivos. Es, por tanto, un proceso activo, no estático (Ocampo, 2009).

Concepto de malestar psicológico y factores asociados

El concepto de malestar psicológico es relativamente nuevo, su estudio se ha iniciado en la última década, existiendo escasas investigaciones que manejen directamente el tema. En general, se caracteriza por niveles variables de estrés percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego. Este concepto permite obtener información

sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental.

El malestar psicológico corresponde a una serie de sintomatología no psicopatológica y auto percibida, manifestada por llanto fácil, ansiedad, bajo estado de ánimo, irritabilidad, entre otros. Inicialmente se presenta con una alteración emocional solo percibida por la conducta generando egodistonía y haciéndolo perceptible por la familia y personas cercanas y luego por todos los que entran en contacto con la persona afectada.

Otros autores señalan como sintomatología, la falta de concentración, dificultad para memorizar y/o para resolver problemas, déficit de habilidades de estudio, escasa productividad y menor rendimiento académico, los cuales se traducen en un deterioro del funcionamiento normal, especialmente en los estudiantes o personas que desempeñan un elevado trabajo intelectual.

Las situaciones más críticas se presentan en personas con vulnerabilidad emocional y pueden expresarse opresión torácica, de claustro o agorafobia, inquietud, desesperación, sentimientos de miedo, pérdida del control, inconformidad, agitación, pérdida de interés y alteraciones del patrón del sueño, llegando a afectar la funcionalidad del desempeño en la vida diaria. Además, se ha observado que la persistencia de estas manifestaciones puede estimular la generación de adicciones. Una de las definiciones más utilizadas para conceptualizar el “malestar psicológico” se refiere a esta situación de salud como “un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, donde la persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva”. Esta definición refleja que el malestar psicológico es causado por uno o varios factores estresores, los cuales actúan de forma independiente en cada persona, de acuerdo con su

estructura de carácter, su forma de interpretar el mundo y resolver conflictos y, por lo tanto, determinará distintos niveles de malestar según las características de cada persona.

Malestar psicológico y estudiantes universitarios

Las características de la vida actual producen una mayor exposición a factores que desencadenan malestar psicológico, sobre todo en estudiantes universitarios. La evidencia ha mostrado que esta población, por sus variables personales, psicosociales y elementos propios de la vida académica, son especialmente susceptibles a presentar manifestaciones atribuibles a malestar psicológico.

La mayor parte de los estudiantes universitarios de pregrado se encuentran en una etapa de transición denominada “adolescencia tardía” la cual se extiende entre los 17 y 24 años. Así lo reflejan algunos estudios que señalan que el 72% de los estudiantes universitarios se ubican en este grupo etario. Esta etapa se caracteriza por generar cierto grado de sintomatología ansiosa a raíz de las presiones por las responsabilidades académicas, económicas y familiares, presentes y/o futuras, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas. Estas características, habitualmente provocan una mayor demanda de ajustes personales y sociales, que aumentan el riesgo de desarrollar algunos problemas de salud mental como trastornos emocionales por estrés, alteraciones del estado de ánimo y sintomatología ansiosa. Además, se ha observado que, durante este periodo, se acentúan las conductas de riesgo como el consumo abusivo o la dependencia de sustancias psicoactivas y/o alcohol, existiendo también mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios y la consolidación de patrones desadaptativos.

A su vez el ingreso a la universidad significa para estos adolescentes tardíos, desempeñarse en un contexto académico que le impone una gran carga de tareas y con una alta exigencia. Se ven enfrentados a manejar una importante cantidad de información en cortos periodos de tiempo, a elaborar y presentar complejos trabajos, preparar certámenes y experiencias prácticas propias de las carreras profesionales, exponiéndolos a una sobrecarga académica a la que no estaban acostumbrados.

Además, está documentado que el ingreso a la enseñanza superior se ha duplicado en la última década, con un aumento de los estudiantes pertenecientes a niveles socioeconómicos menos aventajados, los que en su mayoría provienen de establecimientos educacionales con menores exigencias académicas, provocando un impacto aún mayor en estos estudiantes. Así, el rendimiento académico constituye uno de los factores estresores más determinantes universitarios.

Por otra parte, muchos universitarios se ven obligados a separarse de su familia y otras redes de apoyo, para trasladarse cerca de las universidades, debiendo comenzar nuevos procesos de inserción social y el desarrollo de nuevas relaciones de amistad. Los mencionados traslados, así como la alimentación, transporte, necesidad de libros y otros materiales, producen un aumento en los gastos financieros de los estudiantes. Estas situaciones también pueden ser detonantes de una alteración emocional. Este estrés asociado a sus nuevas condiciones y actividades cotidianas, no les permiten mantener cuidados eficientes en su salud, provocando una alteración de sus hábitos alimenticios; las dificultades para regular sus tiempos modifican sus periodos de descanso/sueño y disminuyen o desestiman las actividades de deportes y recreación, lo que potencia los sentimientos de malestar.

Todos los antecedentes presentados muestran que los estudiantes universitarios presentan una conjunción de características personales y contextuales, que los hacen más vulnerables a presentar problemas de salud mental, especialmente malestar psicológico (Díaz, 2016).

Prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios

La época universitaria constituye un periodo de la vida donde la mayoría de los estudiantes son adolescentes o adultos jóvenes, lo que implica que son una población donde se consolidan los proyectos de vida, se adquiere la mayoría de edad, se asumen nuevas responsabilidades sociales y aumentan las presiones psicosociales, lo que puede redundar en una mayor vulnerabilidad frente a trastornos psicosociales como el síndrome ansioso. Todos los individuos experimentan ansiedad en alguna etapa de su vida; esta se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante un tiempo, y a menudo se acompaña de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud. En una condición clínica normal, es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar dicha amenaza (Posada, 2013).

La ansiedad puede presentarse en tres formas: 1) normal, en la cual hay manifestaciones afectivas como respuesta a un estímulo tanto del mundo exterior como interior; 2) patológica, donde, a diferencia de la normal, no hay un estímulo previo; y 3) la generalizada, que se caracteriza por miedos prolongados vagos e inexplicables sin relación con un objeto. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003 de Colombia, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general fue de 40,1%,

siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más afectados; entre dichos trastornos, los más altos correspondieron a ansiedad; las edades promedio de inicio de fobia social, agorafobia y trastorno de pánico fueron 14, 16 y 18 años, respectivamente.

La frecuencia de trastornos mentales en general, y la ansiedad en particular, es mayor en poblaciones con factores de riesgo sociales, clínicos y ambientales, los cuales presentan una frecuencia diferente según la población estudiada, aspecto que resalta la necesidad de desarrollar investigaciones en poblaciones específicas. Concretamente, los estudiantes universitarios presentan con mayor frecuencia este tipo de riesgos, y constituyen uno de los grupos de mayor interés para el estudio de la ansiedad, debido a sus exigencias psicológicas, sociales y académicas, aunadas a los altos niveles de estrés que, en conjunto, conllevan a problemas de salud mental como trastornos depresivos, ansiedad, suicidio, abuso de alcohol y drogas, entre otros (Posada, 2013).

En la población universitaria los principales motivos de consulta en la atención psicológica que ofrece las oficinas de bienestar universitarios lo constituyen la depresión y la ansiedad. La prevalencia de depresión reportada por múltiples estudios realizados en población universitaria oscila entre el 25 % y el 50 %, y ello está determinado en parte por los diferentes instrumentos utilizados para su medición. En relación con los estados depresivos, se encuentra comúnmente asociado el estrés, entendido éste como el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo y que son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica (Jaiberth A. Cardona, 2014).

La depresión muchas veces pasa desapercibida, se genera por situaciones estresantes o de conflicto, entre otras causas, y el compromiso que adquieren los jóvenes al ingresar a la universidad demanda estar en condiciones óptimas de salud y de bienestar para poder enfrentar los compromisos adquiridos, es por ello el interés en el presente estudio donde se pretendió evaluar la presencia de depresión en diferentes niveles en jóvenes universitarios que inician sus estudios en carreras relacionadas con el área de la salud, además del estilo de vida en los contextos relacionados con la salud en seis dimensiones: 1) Relaciones con familia y amigos, 2) Actividad física y manejo del tiempo libre, 3) nutrición y hábitos alimenticios, 4) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, 5) Sueño, tipo de personalidad, Interior relacionado con pensamientos positivos, ansiedad, depresión y 6) Carrera, trabajo y labores del hogar. Conjuntando esta información, el estilo de vida se evaluó en excelente, bueno, regular, malo y en peligro (María Alvarez, 2011).

Capítulo III

Metodología

La metodología de la investigación científica constituye un conjunto de métodos, categorías, leyes y procedimientos que orientan los esfuerzos de la investigación hacia la solución de los problemas científicos con un máximo de eficiencia (Paneque, 2000).

Enfoque y métodos

La presente investigación consta de un enfoque cualitativo, el cual se utilizó para la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación (Roberto Sampieri, 2014).

Diseño de investigación

La siguiente investigación realizada es no experimental ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables; es decir se trata de un estudio que no hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Se utiliza el diseño transaccional-descriptivo, el cual indaga la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos (Roberto Sampieri, 2014).

Procedimiento y operacionalización de variables

Para el estudio se desarrolló una entrevista que se aplicara al personal encargados de los servicios de orientación psicológica del departamento de acompañamiento estudiantil para establecer los principales motivos de consulta que se atienden en el departamento. En el estudio se analizará la información recabada en las sedes de CEUTEC en las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.

Técnicas e instrumentos aplicados

Se elaboró una entrevista con el propósito de conocer cuáles son los motivos de consulta más frecuentes en la población estudiantil de CEUTEC, este instrumento fue aplicado al personal que atiende los casos en las distintas sedes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, con la finalidad de establecer cuáles son los protocolos con los que trabaja el departamento, la frecuencia con la cual acuden los estudiante a pedir apoyo o ayuda e indicar de qué manera se da a conocer dicho acompañamiento en las distinta sedes.

Capítulo IV

Resultados según el método utilizado

El objetivo de esta investigación es indagar los motivos de consulta más frecuentes de la población estudiantil de CEUTEC. Como mencionamos anteriormente, realizamos entrevistas a las personas encargadas de brindar orientación psicológica en las tres sedes de CEUTEC de las distintas ciudades: Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba. En promedio cada departamento atiende trimestralmente una cantidad que oscila entre 18-25 estudiantes con un rango de edad de 16 a 44 años, siendo la población de primer ingreso quienes más apoyo solicitan. Adicionalmente, según las entrevistas realizadas en las tres ciudades el motivo de consulta más frecuente es la depresión, la ansiedad y problemas familiares siendo la población femenina quien tiene un porcentaje mayor de solicitudes de atención en el departamento de acompañamiento estudiantil.

Los instrumentos utilizados para abordar a cada paciente en las tres ciudades son los mismos: entrevista general, entrevista de orientación vocacional y la entrevista psicopedagógica; Dentro de los tipos de pruebas más utilizadas por el departamento están las psicométricas y las proyectivas. Para la atención primaria se utiliza la intervención en crisis, escucha activa y procesos de consejería. Las estrategias más utilizadas para tratar a los estudiantes son: apoyo psicosocial, procesos de consejería y asesorías académicas. Con referencia al apoyo social se trabaja en conjunto con los padres de familias. Los procesos de consejería se encuentran enfocados en el fortalecimiento de la autoestima. En las asesorías académicas usualmente se aplican las pruebas de orientación vocacional.

La mayor parte de los estudiantes acuden por voluntad propia solo una pequeña cantidad de alumnos son remitidos por docentes. El proceso que se sigue al momento de

identificar a un estudiante con un problema de alto riesgo es: La revisión de promedio de notas, el número de ausencias y la no entrega de tareas. Posteriormente se le brinda seguimiento a través de los siguientes canales de comunicación:

- Llamadas telefónicas
- Correo institucional

Discusión de resultados

Como se mencionó en el apartado anterior los motivos de consulta más frecuentes en las tres ciudades: la depresión, ansiedad y problemas familiares. Las enfermedades mentales afectan a millones de personas en el mundo y muchas veces pasan desapercibidas y su evolución posterior puede o no complicar la situación de una persona por no identificarse tempranamente.

Lo anterior coincide con la realidad de salud mental del país. Según (Alicia Paz-Fonseca, 1999). En Honduras, en el estudio “Prevalencia de trastornos Mentales en la Comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana”, se encontró ansiedad con un 20.5%, una prevalencia puntual para depresión de 13.2%. Una gran parte de los hondureños padecen de trastornos relacionados con el estado de ánimo. Los casos de ansiedad en las tres ciudades han incrementado de manera significativa desde el inicio de la pandemia.

El problema o queja más frecuente por el cual acuden los estudiantes son por problemas de ansiedad ya que de aquí se derivan varias situaciones como la fobia social o problemas para relacionarse, problemas de estrés post traumático y ataques de pánico; luego están los problemas relacionados con la depresión como la baja autoestima, desmotivación y pensamientos suicidas.

Los trastornos de ansiedad (TA) se encuentran entre los más prevalentes, invalidantes y crónicos de los trastornos psiquiátricos, así mismo, la Depresión es la enfermedad mental más frecuente dentro de la población general. En términos amplios, se acepta que entre un 2.0% y un 15.0% de las personas presentan Depresión alguna vez en su vida.

En un estudio sobre trastornos mentales en el Perú urbano se encontró la prevalencia de vida de al menos un trastorno mental fue 29.0% y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos 10.5% y 4.0% respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes, con una prevalencia de 14.9% seguidos de los trastornos del humor con 8.2%, trastornos de control de impulsos con 8.1% y trastornos por consumo de sustancias 5.8% (UICFCM, 2017).

La situación derivada con problemas familiares, la falta de apoyo tanto económica como psicológico son efectos colaterales que conlleva la ansiedad y depresión en la población estudiada.

De igual manera, el mayor número de estudiantes atendidos son mujeres y esto es un fenómeno global. Se ha observado que usualmente las mujeres son más propensas a solicitar ayuda según un estudio, las mujeres acuden más al psicólogo que los hombres (55% frente al 45%) y el grupo de edad más frecuente son los adultos entre 36 y 45 años y es que históricamente a las mujeres se les ha asignado un papel social en el que se les ha permitido expresar las emociones con mucha más facilidad que a los hombres, dándoseles esa imagen de “sexo débil”. Por el contrario, está comprobado que se estaba ignorando la influencia que el entorno ejerce sobre el comportamiento del ser humano y que la biología juega un papel mucho menor del que se creía. Las características psicológicas no son propias del género masculino o femenino, sino del ser humano, y lo que aprendemos al

relacionarnos con el entorno perfila la forma en que nos comportamos (María, 2019). Sin embargo, cabe mencionar que en los últimos 2 años el porcentaje de hombres que solicitan apoyo y que acuden al departamento de acompañamiento estudiantil ha incrementado de manera progresiva.

Capítulo V

Conclusiones

- La investigación permite ver de forma más descriptiva los motivos de consulta que se refieren en mayor medida en el departamento de acompañamiento estudiantil.
- Los motivos de consulta más frecuentes de los estudiantes en el departamento de acompañamiento estudiantil en las sedes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y la Ceiba son debido a la depresión, la ansiedad y problemas familiares.
- La población que acude con más frecuencia a solicitar asistencia o apoyo psicológico son del sexo femenino.
- Los resultados son evidencia de la necesidad de implementar programas para el cuidado de la salud mental y de estilos de vida saludables en los estudiantes de CEUTEC.

Recomendaciones

- Considerando que son las mujeres quienes más acuden a solicitar ayuda o apoyo al departamento, recomendamos que se elaboren estrategias para atraer tanto a hombres como mujeres a solicitar apoyo.
- Se recomienda homologar los procesos utilizados en las tres ciudades tomando en cuenta las buenas prácticas y oportunidades de mejora para que en cada ciudad se le dé la mejor atención.

- Limitar el número de remisiones externas ya que muchos estudiantes no tienen la capacidad económica para costear este tipo de servicios.
- Consideramos que el ente institucional encargado de manejar la atención psicológica brinde al menos seis sesiones a los alumnos que presentan problemas relacionados con la depresión y ansiedad.
- Consideramos pertinentemente indagar las razones del porque las mujeres usualmente solicitan más apoyo psicológico.

Capítulo VI

Nombre de la propuesta

Considerando lo anteriormente expuesto se elaboraron: dos guías de atención psicológica para el manejo eficaz de estudiantes con trastorno de depresión y ansiedad.

Introducción

La cantidad de alumnos con trastornos depresivos, ansiedad y problemas familiares en las tres sedes se ven un tanto marcado tomando en cuenta la situación actual que vivimos a nivel mundial, son problemas que han ido aumentando con el transcurso del tiempo, por ello decidimos que es importante brindar guías que permitan que el departamento de acompañamiento encargado de la orientación psicológica aborde de manera eficaz a los estudiantes, estas guías tendrán diferentes técnicas que serán entendibles para el leyente y así poder llevarla con facilidad.

Las guías prácticas para trabajar la ansiedad y depresión tienen como objetivo de proporcionar a los profesionales recomendaciones basadas en la evidencia científica, para

abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

A lo largo de las últimas tres décadas, los trastornos de ansiedad y depresión han generado mayor investigación en comparación con otros trastornos psiquiátricos. La relevancia clínica y de salud pública ha sido reiteradamente demostrada poniendo en evidencia los altos costos generados tanto por la discapacidad que generan como por la disminución en la productividad. Incluso, se ha demostrado que genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas, tales como la artritis, diabetes e hipertensión; y de igual impacto que las enfermedades cardiovasculares (Gerhard Heinze Martin, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS), los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años (OMS, Organización mundial de la salud (OMS)., 2001).

Los pacientes que padecen estos trastornos presentan un alto impacto en su vida y en su familia, así como un impacto grande en sus estudios o actividades cotidianas. Y es en este punto como profesionales de la salud intervenimos en un tratamiento eficiente para los estudiantes que se aboquen al departamento de acompañamiento estudiantil.

La intervención en crisis dentro de la consulta es muy frecuente y tener la mejor opción de apoyo para la persona es parte fundamental. Recordando que la intervención en crisis es la estrategia que se aplica en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis de cualquier índole que no se haya podido afrontar de manera eficiente (Vigil, s.f.).

Hemos aprendido que los problemas de salud mental constituyen un reto que debe enfocarse con estrategias a largo plazo que permitan una adecuada atención a estos problemas que, a menudo, se cronifican y constituyen una de las mayores cargas que soporta el sistema sanitario, por ende, nuestra sociedad.

Descripción del plan de acción

<i>Guía de atención psicológica del trastorno depresivo</i>	
Objetivo de la guía	
Establecer los procesos de tratamiento y seguimiento para la atención de estudiantes universitarios con sospecha y/o diagnóstico de depresión.	
Contenido de la guía	
Alcance	Clasificación
Definiciones	Enfoque para trabajar la depresión
Prevalencia	Etiología
Signos y síntomas de la depresión	Comorbilidad
Plan de tratamiento.	
1. Contacto clínico inicial o primera cita	Establecer metas del tratamiento.
2. Primera consulta (Sesión I)	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizar el encuadre • Recolección de datos personales • Evaluación general de la problemática • Indagar en ideaciones suicidas

	<ul style="list-style-type: none"> • Acordar el plan de tratamiento y metas a conseguir
3. Inicio de tratamiento – Seguimiento (Sesiones 2 a 4)	<p>El psicólogo elegirá una o varias de las siguientes técnicas a conducir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia cognitiva – TC – • Terapia cognitivo – conductual TCC • Terapia Racional emotiva conductual – TREC –
4. Seguimiento y Control (Sesiones 5 y 6)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia interpersonal • Terapia familiar
5. Seguimiento y Control (Sesiones 6 a la 10)	<p>Terapias con enfoques humanísticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de Proyección • Rueda de la vida
6. Criterios de terminación del tratamiento	<p>Se muestra una variación del tratamiento donde se evaluará si el paciente está listo para dejar el tratamiento.</p>
7. Seguimiento y Control	<p>Al terminar se acordará tres sesiones de control y seguimiento durante un periodo de un año.</p>

<i>Guía de atención psicológica del trastorno de ansiedad</i>	
<p>Objetivo de la guía</p> <p>Establecer los procesos de tratamiento y seguimiento para la atención de estudiantes universitarios con sospecha y/o diagnóstico de ansiedad.</p>	
Contenido de la guía	
<p>Alcance</p> <p>Definición</p> <p>Prevalencia</p> <p>Síntomas de la ansiedad</p>	<p>Clasificación</p> <p>Enfoque para trabajar</p> <p>Etiología factores de riesgo asociados</p>
<p>Plan de tratamiento 1. Primera sesión</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>
<p>2. Seguimiento de tratamiento (Sesiones 2 a 5)</p>	<p>Terapia cognitiva – conductuales:</p> <p>Relajación y respiración.</p> <p>Técnicas de exposición.</p> <p>Técnicas de autocontrol.</p> <p>Control de estímulos.</p>
<p>3. Seguimiento de tratamiento (Sesiones 6 y 7)</p>	<p>Auto instrucciones</p> <p>Distracción cognitiva y detención del pensamiento.</p> <p>Técnicas de resolución de problemas.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>

4. Seguimiento y control (Sesiones 8 y 10)	Últimas sesiones: Tratamiento de autoayuda.
--	--

Cronograma de ejecución

Guía de atención psicológica del trastorno depresivo							
Plan de trabajo	Tiempo de duración Semanal						
	1	2	3	4	5	6	7
Contacto clínico inicial o primera cita							
Plan de tratamiento							
Primera consulta (Sesión I)							
Inicio de tratamiento – Seguimiento							
Seguimiento y Control							
Criterios de terminación del tratamiento							
Seguimiento y Control Final							
Guía de atención psicológica del trastorno de ansiedad							
Plan de trabajo	Tiempo de duración Semanal						
	1	2	3	4	5	6	7
Entrevista semiestructurada							
Primera sesión							
Seguimiento de tratamiento (sesiones 2 a 5)							

Seguimiento de tratamiento (sesiones 6 y 7)							
Seguimiento y control final (sesiones 8 a 10)							

Bibliografía

- Alicia Paz-Fonseca, R. M.-L.-M.-T. (1 de Enero- Abril de 1999). *REV MED POST UNAH*. Obtenido de <http://65.182.2.244/RMP/pdf/1999/pdf/Vol4-1-1999-13.pdf>
- Amanda M. Muñoz, M. M. (4 de Mayo de 2011). *Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas*. Obtenido de Scielo : <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art03.pdf>
- Ansiedad, C. d. (15 de Septiembre de 2020). *Clínica de la Ansiedad. Especialistas en Madrid y Barcelona*. . Obtenido de <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntasmas-frecuentes/cuántas-personas-padecen-trastornos-de-ansiedad/>
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Association., A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid : Médica Panamericana.
- Barnhill, J. W. (Julio de 2018). *Manual MSD versión para profesionales*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-elestr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad#:~:text=La%20ansiedad%20puede%20ser%20una,Feocromocitoma>
- Bravo Jauregui, L. (2008). *Metodología de la Investigación* .
- Camacho, J. M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Obtenido de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Cand, M. H. (2009). *APsicología y Salubrista*. Obtenido de [https://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-\(TREC\).pdf](https://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-(TREC).pdf)
- Carmen Wurst, P. A. (2010). *Acompañamiento Psicológico en la terapia*. Obtenido de Humanos, Instituto Interamericano de Derechos : <https://www.sedh.gob.hn/documentosrecientes/70-acompa%C3%B1amiento-psicol%C3%B3gico-y-terapia-psicol%C3%B3gica/file>
- David A. Clark, A. T. (Enero de 2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones* . Obtenido de La solución cognitiva conductual: <https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433028464.pdf>
- Díaz, Á. M. (2016). *MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:Una mirada desde el modelo de la promoción de la salud*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/304756382_Malestar_psicologico_en_estudiantes_universitarios_Una_mirada_desde_el_modelo_de_promocion_de_la_salud
- Farrero, P. M. (Enero de 2006). *Del motivo de consulta a la demanda en psicología*. Obtenido de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352006000100004

- Gerhard Heinze Martin, P. C. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. Obtenido de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf
- Jaiberth A. Cardona, D. P. (18 de Diciembre de 2014). *Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>
- María. (2019). *Concienciarte Psicología para Mujeres en Valencia* . Obtenido de <https://concienciarte-psicologia.es/es-cierto-que-las-mujeres-van-mas-al-psicologo-quelos-hombres/>
- María Alvarez, D. G. (8 de Septiembre de 2011). *Evaluación del estilo de vida y depresión en estudiantes universitarios*. Obtenido de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-264.pdf>
- MENTAL, I. N. (2016). *DEPRESION INFORMACION BÁSICA* . Obtenido de https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/19-mh8079spdf_159009.pdf
- Ocampo, L. P. (2009). *La atención: un proceso psicológico básico*.
- OMS. (2001). *Organizacion mundial de la salu (OMS)*. Obtenido de Informe sobre la salud en el mundo: <https://www.who.int/whr/2001/es/>
- OMS. (7 de Abril de 2017). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ordoñez, G. I. (2005). *EL ACOMPAÑAMIENTO TUTORIAL COMO ESTRATEGIA DE LA FORMACION PERSONAL Y PROFESIONAL: UN ESTUDIO BASADO EN LA EXPERIENCIA EN UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR*. Colombia: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA Y UNIVERSIDAD DEL BOSQUE .
- Paneque, R. J. (2000). *Metodología de la investigación; elementos básicos para la investigación clínica*. Cuba: Ciencias Médicas.
- Pizzuto, L. N. (s.f.). *La consulta médica*.
- Porres, M. D. (Junio de 2014). *VLL CURSO EN ACTUALIZACION EN PSIQUIATRÍA. SOBRE PSICOTERAPIAS* . Obtenido de <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/cursosactualizacion/viii-curso-actualizacion/presentaciones/dieguez-pres.pdf>
- Posada, J. A. (Octubre de 2013). *La Salud mental en Colombia*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001
- primaria., G. d. (2008). *Plan Nacional para el SNS del MSC*. Obtenido de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009771.pdf>
- Roberto Sampieri, C. F. (2014). *Metodología de la investigación* . México D.F.: Mc Graw Hill .
- sanitarias, U. d. (2006). *Guía práctica clínica para el Manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria* . Obtenido de

https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_cempl.pdf

UICFCM. (Enero de 2017). *PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS*. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/INSTRUCCIONES.DE.PRESENTACION.DEL.INFORME.FINAL.DE.ENFERMEDAD.MENTAL2febrero2017.pdf>

Vigil, A. O. (s.f.). *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología - ALFEPSI*. Obtenido de <https://integracionacademica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20%20AOsorio.pdf>

ZAYRA ANTÚNEZ, E. V. (22 de Diciembre de 2011). *Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena*. Obtenido de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200010

Glosario

Acompañamiento estudiantil: Proceso intencionado y orientado hacia el mejoramiento de la calidad educativa, teniendo como foco primordial el fortalecimiento de las competencias de los estudiantes y se lleva a cabo en los sitios de trabajo y no por fuera de los mismos.

Ansiedad: Combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico, no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

Atención psicológica: Es la capacidad de aplicar voluntariamente el interés y el entendimiento a un objetivo, el cual es tenido en cuenta. Es aplicable a este vocablo varias significaciones: por un lado, hace referencia a la función de “prestar atención” de ser filtro de los estímulos ambientales, dándole prioridad a unos sobre otros por medio de la concentración de la atención sobre dichos estímulos-objetivos. Por otro lado, la atención significa el mecanismo que regula y controla los procesos cognitivos y de aprendizaje. La esencia de la atención es la focalización, la concentración y la conciencia.

Casos psicológicos: Es organizar la información de un paciente y su situación de padecimiento para poder brindar información de tal modo que le permita al psicólogo realizar una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y los agentes de mantenimiento de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una o varias personas.

Crisis: Es la reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal del trastorno, desorganización

y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por un desequilibrio interno del individuo y que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales. En la crisis se pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema porque fallan los mecanismos habituales de afrontamiento y existe incapacidad para manejar las situaciones y/o dar soluciones a los problemas.

Consulta: Atención individual, de pareja o grupal para atender y establecer un dialogo con los pacientes donde se interactúa el motivo de su consulta en un ambiente de confidencialidad.

Depresión: Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración

Feocromocitoma: Es un tumor de células cromafines secretor de catecolaminas que se localiza típicamente en las glándulas suprarrenales. Este tumor causa hipertensión arterial persistente o paroxística.

Orientación académica: Es un proceso sistemático de asistencia a personas en proceso formativo sea en el ámbito personal como profesional, cuyo objetivo es desarrollar conductas vocacionales que los auxilien en su vida adulta.

Suicidio: el acto de causar de forma intencionada la propia muerte.

Anexo

Anexo N°1 Entrevista para indagar sobre los motivos de consulta.

Entrevista

1. ¿Cuántas personas son atendidas en el departamento de acompañamiento estudiantil?
2. ¿Las consultas atendidas más frecuentes que se realizan son para la población de primer ingreso o por egresar?
3. ¿Cuál es el rango de edad de los estudiantes que acuden al departamento de acompañamiento estudiantil?
4. ¿Cuál es el sexo que busca con frecuencia ayuda psicológica en el departamento de acompañamiento estudiantil?
5. ¿Se mantienen un registro de las carreras que cursan los estudiantes que se acuden al departamento?
6. ¿Qué instrumentos utilizan al momento de abordar a un paciente?
7. ¿Cuáles son las estrategias con las que trabajan con el estudiante que acude a consulta?
8. ¿Con que frecuencia son remitidos los estudiantes por sus docentes?
9. ¿Cómo identificar a un estudiante con alto riesgo de problema?
10. ¿Qué seguimiento se le da a la consulta brindada al paciente?
11. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes atendidos en el departamento de acompañamiento estudiantil?

Anexo 2: Guía de atención psicológica del Trastorno depresivo

OBJETIVO

Establecer los procesos de tratamiento y seguimiento para la atención de estudiantes universitarios con sospecha y/o diagnóstico de depresión.

ALCANCE

La población que se beneficiara con la guía serán todos los estudiantes de pregrado en el tiempo completo de la Universidad de CEUTEC de las sedes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.

DEFINICIONES

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. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o en los estudios y la capacidad para afrontar la vida diaria (OMS, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017).

- **Leve:** Pocos síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan solo una ligera incapacidad funcional en las actividades escolares, sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- **Moderada:** Síntomas de incapacidad funcional entre “leves” y “graves”.
- **Grave:** Sin síntomas psicóticos. Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades escolares o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

En los episodios capacidad de interesarse vitalidad que lleva a una	depresivos la persona presenta humor depresivo, pérdida de la y disfrutar de las cosas, una Episodio depresivo disminución de reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
Es una etapa de vital suicidio consumado. Son	importancia como factor predictor para llegar Ideación suicida al aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.
Aproximación Psicoeducación sus	terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología.
Se incluye para codificar Trastorno depresivo no depresivo especificado	los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso

	y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
Trastorno crónico niños y adolescentes) que días que no es lo	caracterizado por un estado de ánimo deprimido (o irritable en se mantiene durante la mayor parte del día y la mayoría de los
Trastorno distímico	suficientemente grave como para cumplir los criterios de los otros episodios depresivos. Según el DSM-IV las características principales del trastorno son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira, aislamiento social, pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad.

PREVALENCIA

Una de cada cinco personas sufre algún episodio de depresión a lo largo de su vida. Se estima que la prevalencia de depresión en la población en general oscila entre el 3 y el 5%, y cuando se incluyen las formas mixtas que asocian ansiedad el porcentaje sube hasta el 8%. Si se tienen en cuenta aquellos pacientes con síntomas depresivos menores, de leve gravedad, la prevalencia puede alcanzar casi hasta el 20% de la población.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta la mente y al cuerpo, produciendo cambios a nivel del sueño, el apetito y la percepción que tenemos de nosotros mismos y el mundo en general. La depresión no es una señal de debilidad ni tampoco es una elección personal,

la depresión va más allá del sufrimiento normal algunos signos y síntomas frecuentes en la depresión están:

- Tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío persistentes
- Pérdida de interés en actividades que antes producían placer, incluyendo la actividad sexual
- Fatiga o pérdida de energía
- Pérdida de apetito (pérdida de peso) o aumento del apetito (aumento del peso)
- Problemas para dormir, insomnio, problemas para mantener el sueño o dormir demasiado
- Pérdida de la expresión emocional (emociones aplanadas)
- Sentimiento de desesperanza, pesimismo, culpa o inutilidad
- Retraimiento social
- Problemas físicos persistentes como jaquecas o cefaleas, problemas digestivos, dolor crónico que no responden al tratamiento
- Pensamientos o ideación suicida, intentos de suicidio o autolesiones.

La depresión suele acompañarse de ansiedad y de dificultades en las relaciones familiares, amistades y a nivel laboral.

Síntomas físicos asociados a la depresión:

- Sensación de tensión interna
- Pérdida de interés sexual
- Mareos
- Dolor de espalda
- Problemas para respirar

- Problemas de corazón
- Dolor abdominal

En ocasiones, las personas que tienen depresión suelen reconocer primero algunos de estos síntomas físicos. Sin embargo, muchas veces estos síntomas no son reconocidos y relacionados con la depresión. Además, las molestias físicas (por ejemplo: dolores de espalda=, previos a la depresión, es normal que se agudicen durante un episodio depresivo (MENTAL, 2016).

CLASIFICACIÓN

Para hacer el diagnóstico el joven debe presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados. Se puede hacer uso de dos clasificaciones: Los criterios del DMS-IV (Association, 2014) son:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún periodo de la vida del individuo.
- Criterio de exclusión con más frecuencia: el episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

F34.8 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Trastorno de depresión mayor

F33.0 Leve

F33.1 Moderado

F33.2 Grave

F33.3 Con características psicóticas

F33.41 En remisión parcial

F33.42 En remisión total

F33.9 No especificado

ENFOQUE PARA TRABAJAR LA DEPRESIÓN

ENFOQUE RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)

Albert Ellis formulo el primer sistema de terapia cognitivo-conductual denominado terapia racional emotiva conductual cuyo objeto es modificar los núcleos cognitivos disfuncionales (ideas irracionales) que subyacen a los estados de perturbación psicológica.

Un método empleado para lograrlo es la técnica ABC de las creencias irracionales, en donde:

- A es el evento activador
- B es la creencia y
- C es el resultado

ETIOLOGÍA – FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Como la mayoría de los trastornos mentales, no hay una sola causa y las teorías más aceptadas proponen modelos multicausales.

- **Factores biológicos:** Muchos investigadores creen que puede ser causada por desequilibrio químico en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona. El principal neurotransmisor relacionado con la depresión es la serotonina.
- **Factores ambientales:** Incluyen el estrés, nivel socioeconómico que en los jóvenes se produce como una reacción a problemas familiares económicos, la agresión de

los padres, una disciplina punitiva y discordia entre ellos constante, ausencia de redes de apoyo y grupo de pares, presión social ante actitudes tipificadas de la edad, el acoso o bullying, la humillación, el trato indigno, las burlas o el sentirse ignorado.

- **Factores individuales:** Evolutivos – ciclo vida- La adolescencia: Edad y Sexo
- **Factores psicológicos:** La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas.
- **Factores circunstanciales:** Rupturas afectivas, desempleo, crisis de proyecto de vida. Estrés postraumático, pérdida repetitiva de materias, bajo rendimiento escolar.
 - **Causas orgánicas:** Entre estas se encuentra el consumo de medicamentos o drogas (alcohol, sedantes, diuréticos, etc.). A su vez, dentro de estas mismas causas, se encuentran las endocrinas como el hipo-hipertiroidismo y la diabetes. Existen, también otras causas orgánicas como las enfermedades terminales, la depresión posparto, el lupus y las demencias degenerativas.

COMORBILIDAD O PATOLOGIAS RELACIONADAS

Situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones como, por ejemplo:

- Trastorno negativista desafiante
- Trastornos relacionados con sustancias
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo – compulsivo

- Anorexia nerviosa
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno por juego y de personalidad paranoide, histriónica y antisocial

CONTENIDO DE LA GUÍA

Plan de trabajo

La atención individual para seguir con los estudiantes que presentan síntomas asociados a un trastorno depresivo estará guiada por los siguientes pasos:

1. Contacto clínico inicial o primera cita

El contacto inicial del estudiante con el departamento de acompañamiento estudiantil CEUTEC puede ser en persona, llamadas telefónicas o internet. Y este puede ser por remisión del docente o por voluntad propia del estudiante.

2. Plan de tratamiento

Con el proceso de intervención clínica se busca alcanzar las metas del tratamiento, se pretende lograr adherencia del paciente al tratamiento hasta el momento en que se produzca un fin programado y se de paso a la siguiente etapa o al seguimiento. En caso de que se produzca deserción al tratamiento por parte del paciente se hará de todas maneras un seguimiento.

3. Primera consulta (Sesión I)

El propósito fundamental del contacto inicial consiste en atender los asuntos primordiales:

- Formalizar el encuadre: paciente y psicóloga/o se constituye en un equipo de trabajo alrededor de una meta común. A través de este proceso se llega al acuerdo de un horario, tiempo y espacio de encuentro, estipulando las responsabilidades y compromisos de cada una de las partes.
- Llenar una hoja de datos de la persona que consulta.
- Evaluar en forma general la problemática que presenta el estudiante para establecer hipótesis diagnóstica y proyectar el tratamiento de los problemas presentes.
- Indagar ideación suicida.
- Acordar con el estudiante el plan de tratamiento, las metas a conseguir.

En este contacto clínico inicial el profesional que atiende al estudiante tomara la decisión de referir o remitir el caso a otro profesional de psiquiatría y otra clínica para su manejo especialista, interdisciplinario.

4. Inicio de tratamiento – Seguimiento (Sesiones 2 a 4, una semana)

La primera actividad para el inicio de cada sesión de acá en adelante será emplear la técnica de escucha activa, el análisis de las novedades, tareas (auto reportes), ejercicios que se sugieran al estudiante y el registro de la sesión en su expediente.

De acuerdo con el encuadre y el plan de tratamiento, las metas a conseguir, el terapeuta elige una o varias de las siguientes técnicas a conducir:

- PSICOTERAPIA COGNITIVA -TC-

Aplicación de pruebas proyectivas; Figura Humana, persona bajo la lluvia, cuestionarios de Autor reporte y Autoobservación.

La psicoterapia cognitiva se entiende como la aplicación del modelo cognitivo a trastornos psicológicos específicos a través del uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar creencias disfuncionales y modos erróneos y procesamiento de la información que son característicos del trastorno. Desde este marco teórico, se considera que experiencias de aprendizaje particulares a lo largo del desarrollo están en la base de esquemas cognitivos o creencias que aumentan la vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas.

Los esquemas o supuestos disfuncionales pueden activarse en condiciones vitales relacionadas con ellos y que, por tanto, tienen un especial significado para la persona. La activación de esquemas o creencias disfuncionales a sesgos cognitivos en el procesamiento de la información (Camacho, 2003).

- TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL TCC:

Se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

- TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC):

Se establece una primera aproximación a las relaciones entre acontecimientos activadores (A), creencias irracionales (B) y consecuencias emocionales (C). A continuación, se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TREC.

Algunas técnicas fundamentales para trabajar fuera de las sesiones (trabajos o tareas):

- Autorregistros
- Autorreflexiones
- Toma de riesgos: consisten en pedir al estudiante que realice una tarea que para él suponga un cierto riesgo de fracaso.

Se pide a la persona que con cada una de las tareas establezca objetivos que impliquen incrementar conductas positivas que eliminen pensamientos negativos.

Una de las ideas claves de Ellis es la creencia de que las personas no son conscientes de que muchos de sus pensamientos acerca de sí mismo son irracionales y afectan negativamente la manera de conducirse en relaciones y situaciones de la vida. De acuerdo con Ellis, estos pensamientos son lo que conduce a las personas a sufrir de emociones negativas y a involucrarse en conductas dañinas para sí mismas y los demás (Cand, 2009).

5. Seguimiento y Control (Sesiones 5 y 6)

- **Terapia interpersonal:** Terapia focal, a corto plazo y de duración limitada que hacen énfasis en las relaciones interpersonales actuales del paciente deprimido, aunque reconoce el papel de los factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y la personalidad en la etiología y vulnerabilidad para la depresión (Porres, 2014).

Ejercicio de role playing.

- **Terapia familiar:** Indagar en los vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental. Se trabaja la expresión de emociones para afianzar valores entre los familiares.

6. Seguimiento y Control (Sesiones 6 al 10)

En estas últimas sesiones el profesional tendrá opciones de llevar a cabo terapias con enfoques humanísticas y constelaciones familiares.

- Ejercicio de Proyección
- Rueda de la vida

7. Criterios de Terminación del Tratamiento

El tratamiento se dará por terminado cuando el paciente presente uno o dos de las siguientes variables:

Desaparición del 80 – 90% de los síntomas

Vinculación productiva en actividades cotidianas

Presencia de pensamientos adaptativos y funcionales

Presencia de estrategias de afrontamiento para resolución de problemas

8. Seguimiento y Control

Para garantizar la eficacia de la intervención asistencial realizada en los estudiantes depresivos, se acordará con el paciente tres sesiones de control y seguimiento con el profesional de psicología que realizó el tratamiento, durante un periodo de un año.

REHABILITACION DE LAS SECUELAS

En aquellos pacientes que por la crisis experimentada haya abandonado sus actividades cotidianas y generada ruptura en sus vínculos afectivos, el terapeuta realizara acciones que permitan la reconstrucción de los vínculos, la adquisición de hábitos saludables y el establecimiento de dinámicas cotidianas más adecuadas.

En cuanto a lo académico el psicólogo tratante buscara apoyar al estudiante para que continúe sus estudios en la universidad, para ello remitirá a los profesionales que considere necesario y elaborará los informes pertinentes. Se orientará en el manejo del tiempo, técnicas y método de estudio, motivación al mismo.

Anexo 3: Guía de atención psicológica del trastorno de ansiedad

OBJETIVO

Establecer los procesos de tratamiento y seguimiento para la atención de estudiantes universitarios con sospecha y/o diagnóstico de ansiedad.

ALCANCE

La población que se beneficiara con la guía serán todos los estudiantes de pregrado en el tiempo completo de la Universidad de CEUTEC de las sedes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.

DEFINICIÓN

Ansiedad normal y patológica: Puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes del día a día. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (sanitarias, 2006).

La ansiedad pertenece siempre al ámbito de las relaciones interpersonales y puede en ocasiones, combinarse el miedo y la ansiedad por periodos breves o prologados.

Entre los TA más prevalentes se encuentran:

1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
2. Trastorno obsesivo – compulsivo (TOC)
3. Trastorno de pánico (TDP) y agorafobia
4. Trastorno de ansiedad social (TAS)
5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

PREVALENCIA

A nivel mundial los programas nacionales del control de enfermedades de salud mental están colocando mucho énfasis en las acciones de prevención, lo cual implica eliminar o reducir al mínimo la exposición a las causas frente a los efectos de tales causas, así como dar un diagnóstico y tratamiento oportuno para disminuir la cronicidad de dicha enfermedad (Ansiedad, 2020).

- **Ansiedad generalizada:** La prevalencia anual es de 3% y la global del 5%.

- **Fobias específicas:** La prevalencia anual es aproximadamente de 9% y la global se sitúa entre el 10% y el 11.3%.
- **Fobia social:** La prevalencia global oscila entre el 3% y el 13%. Las estimaciones de prevalencia varían ampliamente en función de los criterios considerados para considerar la presencia y ausencia del trastorno.
- **Trastorno Obsesivo – compulsivo:** La prevalencia anual fluctúa entre el 1.5% y el 2.1%. La prevalencia global es de aproximadamente el 2.5%.
- **Trastorno de Pánico:** En estudios de población general, la prevalencia anual oscila entre el 1 y el 2%. La prevalencia global se sitúa entre el 1.5% y 3.5%.

SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

Síntomas Físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea.	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego

Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

CLASIFICACIÓN

Existen criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad según el DSM-5 (Association., 2014)

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación

F94.0 Mutismo selectivo Fobia

específica:

F40.218 Animal

F40.228 Entorno natural

F40.23x Sangre – inyección – herida

F40.248 Situacional

F40.298 OTRA

F40.10 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

F41.0 Trastorno de pánico

F40.00 Agorafobia

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

F41.8 Otro trastorno de ansiedad especificado

F41.9 Otro trastorno de ansiedad no especificada

ENFOQUE PARA TRABAJAR LA ANSIEDAD

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TC)

El termino cognitivo se refiere al acto de conocer o reconocer nuestras experiencias. Así pues, la terapia cognitiva es un tratamiento psicológico organizado, sistemático, que enseña a las personas a cambiar los pensamientos, creencias y actitudes que juegan un papel importante en los estados emocionales negativos, como por ejemplo la ansiedad o la depresión.

La idea básica de la terapia cognitiva es que la manera como pensamos influye en la manera como sentimos, por lo que el cambiar nuestra manera de pensar puede cambiar también nuestra manera de sentir. La idea básica de esta terapia puede expresarse de la siguiente manera:

Situación, acontecimiento (desencadenante)	Pensamiento (percepción, interpretación)	Sensación (tensos, ansiosos)
Ejemplos Esperando una entrevista de trabajo (desencadenante)	“No tengo idea de lo que voy a decir, creen que soy un tonto”	Me siento nervioso, tenso, con cosquillas en el estómago.

Esperando una entrevista de trabajo (desencadenante)

Me siento tranquilo, confiado, seguro.

“Estoy bien preparado para esta entrevista; seguro que daré una buena impresión”

La terapia cognitiva es una psicoterapia breve y sumamente estructurada que se centra en las experiencias cotidianas para enseñar a los individuos a cambiar sus pensamientos y creencias emocionales mediante una evaluación sistemática y planes de acción de carácter conductual con el objetivo de reducir estados desasosegantes tales como la ansiedad y la depresión (David A. Clark, 2016).

ETIOLOGIA FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Las causas de los trastornos de ansiedad no se conocen bien, pero participan factores tanto psiquiátricos como clínicos generales. Muchas personas desarrollan crisis de ansiedad sin que haya un antecedente identificable que las desencadene. La ansiedad puede ser una respuesta a factores estresantes ambientales, como la finalización de una relación importante o la exposición a un desastre que pone en peligro la vida.

Algunos trastornos médicos generales pueden producir directamente ansiedad; ellos incluyen:

- Hipertiroidismo
- Feocromocitoma
- Insuficiencia cardíaca
- Arritmias

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Varios fármacos pueden producir ansiedad. Los corticosteroides, la cocaína, las amfetaminas y la cafeína pueden causar directamente síntomas de ansiedad, mientras que la abstinencia de alcohol, sedantes y algunas sustancias ilícitas también pueden provocar ansiedad (Barnhill, 2018).

CONTENIDO DE LA GUÍA

1. Plan de tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar y/o asesorar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la efectividad en términos de coste/beneficio. Se debe plantear un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas.

2. Primera Sesión - Entrevista semiestructurada

Para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica. En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge o se pierde la información necesaria para orientar el diagnóstico y la decisión de estrategias por seguir.

Fases de la entrevista semiestructurada:

Fase preliminar

- Recepción empática
- Conocer el motivo de consulta
- Evitar el “ya que estoy aquí” delimitando los motivos de consulta

Fase exploratoria

Obtener información específica:

- Como son los síntomas
- Localización
- Intensidad
- Cronología y evolución

Recoger información específica complementaria:

- Presencia de patología orgánica o yatrogenia
- Factores desencadenantes; cambios, duelos...
- Entorno sociofamiliar
- Antecedentes personales; episodios maniacos, depresiones previas...
- Situación que empeoran o mejoran

Exploración de la esfera psicosocial:

- Creencias y expectativas
- Contenido del pensamiento
- Afectividad
- Personalidad

Fase resolución

- síntesis y enumeración del (los) problema (s)
- información al paciente de la naturaleza del problema

- comprobación de que ha entendido las explicaciones
- implicación del paciente en la elaboración de un plan diagnóstico – terapéutico:
- Acuerdos
- Negociación
- Pactos

Fase final

- Toma de precauciones
- Acuerdo final
- Despedida

3. Seguimiento de tratamiento (Sesiones 2 a 5)

Emplear en todas las sesiones la técnica de escucha activa, el análisis de las novedades.

TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUALES

Bajo este nombre se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elemento tanto en la terapia de conducta que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de estos y la terapia cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de estos con los síntomas y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuestas.

Esta terapia se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas de sesión.

Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinación diferentes según la sintomatología a abordar:

Relajación y respiración

Respiración: Una técnica útil es la respiración abdominal. Consiste en coger aire por la nariz y mantenerlo en los pulmones durante 2 o 3 segundos. Luego soltarlo poco a poco por la boca. Al tomar el aire debemos bajar el diafragma, o sea, “hinchar el estómago”, y al soltar (podemos poner la mano en el estómago para verificar si lo estamos haciendo correctamente). Es útil un ritmo de 8 a 12 respiraciones completas por minuto.

Técnicas de relajación: describimos tres técnicas de relajación: relajación profunda, más larga, relajación rápida, muy corta y utilizable mientras hacemos cualquier otra actividad, y relajación mental.

Todas ayudan a sentirse más relajado y sin tensiones. La relajación profunda va disminuyendo el nivel de tensión corporal y la relajación rápida, en los momentos o situaciones de mayor tensión. Las personas que llegan a relajarse físicamente pero no mentalmente pueden usar la relajación mental.

Otros ejemplos de las técnicas que se pueden utilizar:

- Técnicas de exposición: exposición a los estímulos que provocan la ansiedad, con el objetivo de prever y reducir las respuestas adaptativas.
- Desensibilización sistemática

- Exposición gradual in vivo
- Técnicas de autocontrol: enseñar al paciente los principios que rigen la conducta no deseada
- Autoobservación
- Auto reforzamiento y autocastigó
- Control de estímulos
- Entrenamiento en habilidades sociales: Tras analizar las conductas problemas y reentrenarlas.

4. Seguimiento de tratamiento (Sesiones 6 y 7)

- AUTOINSTRUCCIONES

Detectar las auto verbalizaciones negativas y cambiarlas por auto instrucciones positivas, e impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria.

Entrenamiento en el manejo de la ansiedad

Enseña al paciente a usar la relajación aplicada para el control de la ansiedad. Se le entrena para reconocer los síntomas que reflejan la presencia de ansiedad, para que aprenda a reconocer las respuestas de ansiedad a medida que se forman, y así poder usarlas como indicadores para iniciar la respuesta de afrontamiento de la relajación.

- DISTRACCIÓN COGNITIVA Y DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes (contar fórralas, escaparates de zapatos...).

- TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Para que se resuelvan las situaciones vitales estresantes de la manera más adecuada. Ayudan a identificar y delimitar los problemas; facilitan un método para

priorizar los objetivos y concretar los pasos de actuación. Se consigue reducir la intensidad de la preocupación, fomentar la iniciativa y el sentido de control ante circunstancias negativas reconociendo los hitos conseguidos, fomentar la iniciativa y generar una forma más efectiva de enfrentarse a futuros problemas.

- REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales. El trabajo se estructura en un modelo de entrenamiento en habilidades, para ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios (primaria., 2008).

5. Seguimiento y control (Sesiones 8 al 10)

En estas últimas sesiones el profesional tendrá opciones de llevar a cabo terapias con otros enfoques tomando en cuenta la problemática y la evolución que ha tomado con las técnicas anteriores para poder finalizar el tratamiento.

- TRATAMIENTO DE AUTOAYUDA

Los programas de autoayuda pueden ofrecer algunas ventajas en el cuidado de los trastornos de ansiedad, las alternativas más utilizadas en este tipo de tratamiento son las de la bibliotecaria y las de ayuda a través de programas on – line.