



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**“ESTUDIO CORRELACIONAL DE NIVELES DE DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD EN ADULTOS CON HIPOACUSIA”.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTOR/A:

ANDREA EMILIA CUENCA CHACA

DIRECTOR:

DR. JORGE ESPINOZA

CUENCA – ECUADOR

2018

DEDICATORIA

He aquí el mayor secreto que nadie conoce
he aquí la raíz de la raíz
y el brote del brote
y el cielo del cielo
de un árbol llamado vida
que crece más de lo que
el alma puede esperar o la mente ocultar
es la maravilla que mantiene las estrellas separadas.

Llevo tu corazón,
lo llevo en mi corazón.

E.E. Cummings, (1952).

Esta tesis se la dedico a mi hija Mónica Leonor, quien es mi fuente de inspiración y lucha. Desde su nacimiento se ha convertido en mi razón de existir, es la manera en que Dios me manifiesta su amor y la persona que hasta el final de mis días será la luz de esperanza.

Andrea Emilia Cuenca Chaca

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios, por ser tan bondadoso permitiéndome culminar esta meta en mi vida y darme la oportunidad de superarme y mejorar como ser humano.

A mi madre, que con su compromiso y entrega me ha encaminado a alcanzar cada una de mis metas y me ha regalado su amor incondicional.

A mi padre, quien el 26 de octubre pasó a ser una estrella más en el firmamento, y que espero me siga dando fortaleza desde el más allá.

A mi esposo, Henry Fabián que ha sido una fuente de amor y tolerancia, gracias por estar junto a mí en todo momento.

A mis queridas hermanas Paola Katerine y Martha Fernanda, quienes con su amor, apoyo y paciencia nunca permitieron que me sienta sola, me dieron la mano y me mostraron que siempre existe una luz al final del túnel.

A mi abuelita Nora Leonor, le doy gracias por siempre estar pendiente de mi bienestar y brindarme su sabiduría a lo largo de mi vida.

A mis cuñados y sobrinos que han estado presentes en cada momento importante de mi vida, los amo.

A mi mejor amiga María del Carmen, que siempre estuvo apoyándome en cada etapa, en cada sueño y en cada momento doloroso, es la prueba de una amistad verdadera y eterna.

A mis amigas que siempre estuvieron dispuestas a prestarme su ayuda y con las que he compartido muchas experiencias felices, divertidas y tristes, que me han favorecido para mi crecimiento personal. Queridas amigas, su fuerza y lucha diaria son dignas de admiración.

A mi director de tesis Dr. Jorge Espinoza, por guiarme en la culminación de esta etapa y ayudarme a mejorar en el ámbito profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN:	1
Capítulo I: Depresión	2
Introducción:	2
1.1. Antecedentes Históricos.	2
1.2. Depresión desde varias concepciones.	3
1.3 Características Diagnósticas:.....	4
1.4. Prevalencia.	6
1.5. Desarrollo y curso.	8
1.6. Factores de riesgo	9
1.6.1. Factores genéticos.	9
1.6.2. Factores biológicos.	9
1.6.3. Factores sociales.	9
1.6.4. Factores climáticos.	10
1.6.5. Factores psicológicos.	10
1.6.6. Otros.	11
1.7. Pérdida auditiva y depresión.	11
1.8. Conclusión.....	12
Capítulo II: Ansiedad	13
Introducción:	13
2.1. Antecedentes históricos.	13
2.2. Ansiedad desde varias concepciones.....	15
2.3. Características diagnósticas.....	17
2.4. Prevalencia.	18

2.5. Desarrollo y curso.	19
2.6. Factores de riesgo.	20
2.6.1. Factores sociodemográficos.	20
2.6.2. Factores genéticos-herencia.	21
2.6.3. Factores biológicos.	21
2.6.4. Factores bioquímicos.	21
2.6.5. Factores psicológicos.	22
2.7. Pérdida auditiva y ansiedad.	22
2.8. Conclusiones.	23
Capítulo III: Pérdida auditiva o hipoacusia.	25
Introducción:	25
3.1. La audición humana.	25
3.2. Pérdida auditiva o hipoacusia.	27
3.3. Clasificación y causas de la pérdida auditiva.	28
3.4. Consecuencias de la pérdida auditiva.	30
3.4.1. Consecuencia funcional.	30
3.4.2. Consecuencia social.	30
3.4.3. Consecuencia psicológica.	30
3.4.4. Consecuencia económica.	31
3.5. Factores de riesgo.	31
3.6. Conclusión.	32
Capítulo IV: Metodología.	33
4.1. Objetivo de estudio.....	33
4.1.1. Objetivo general.	33
4.1.2. Objetivos específicos.	33
4.2. Tipo de estudio.	33
4.3. Participantes.	33
4.4. Proceso de recolección de datos.	34
4.4.1. Criterios de inclusión:	35
4.4.2. Criterios de exclusión:	35
4.5. Variables.....	35
4.6. Instrumentos.	36
4.6.1. Inventario de Depresión de Beck.	36

4.6.2. Escala de Ansiedad de Hamilton.	37
4.7. Análisis de datos.....	37
Capítulo V: Análisis de Resultados	38
DISCUSIÓN.	44
CONCLUSIONES.	46
RECOMENDACIONES.	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios diagnósticos del Trastorno de Depresión Mayor	4
Tabla 2 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	17
Tabla 3 Estructura del Oído	26
Tabla 4 Enfermedades del Oído.....	27
Tabla 5 Caracterización de los participantes.....	34
Tabla 6 Descriptivos de Ansiedad	41
Tabla 7 Ansiedad según sexo.....	42
Tabla 8 Correlaciones entre: Ansiedad, depresión y características de los participantes	43

RESUMEN

La hipoacusia es una patología auditiva que provocan una deficiencia en la comunicación y la relación con el entorno que a corto o largo plazo pueden causar problemas psicológicos, por lo que el objetivo del presente estudio fue identificar el grado de la depresión y la ansiedad en pacientes adultos y la relación que tienen con la hipoacusia. Se trabajó con 50 participantes, a quienes se les administró la escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck.


Los resultados determinaron que la hipoacusia y la depresión tienen una relación significativa, lo cual no ocurrió con la ansiedad, el 38% de los participantes presenta puntuaciones altas de depresión, por lo que se recomendaría apoyo psicológico.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Grado de hipoacusia, Adultos.

ABSTRACT

Hipoacusia is an auditory pathology that causes a deficiency in the communication and the relation with the environment that in the short or long term can cause psychological problems. The objective of the present study was to identify the degree of depression and anxiety in adult patients and the relationship they have with hearing loss. The Hamilton Anxiety Scale and the Beck Depression Inventory were administered to 50 participants. The results determined that hypoacusis and depression have a significant relationship, which did not occur with anxiety. 38% of participants have high depression scores, so psychological support would be recommended.

Keywords: Anxiety, depression, degree of hearing loss, adults.



Ing. Paúl Arpi
Traductor

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de naturaleza médica son las primordiales en ser atendidas en consultas en hospitales, clínicas y centros de salud, los médicos encuentran medicinas que alivian los malestares físicos a corto o a largo plazo, sin embargo pocos son los especialistas que acompañan el tratamiento médico con apoyo psicológico, que en conjunto mejoran el bienestar del paciente.

Las personas con pérdida auditiva pertenecen a una población con discapacidad en su sistema auditivo que no les permite captar los estímulos del ambiente con normalidad, lo que provoca que las personas no participen activamente en las conversaciones, se aíslen socialmente, disminuya su autoestima y se deteriore su calidad de vida, por consiguiente tendrían consecuencias psicológicas.

En ocasiones pasan desapercibidos los síntomas de la depresión y la ansiedad, creyendo que son parte de la personalidad del individuo o que son solo temporales, sin dar un tratamiento adecuado.

Pocos han sido los estudios realizados en nuestro país en este tipo de población y la severidad de las repercusiones de índole psicológica que pueden afectar a las personas que lo padecen, es por eso que ha sido necesario realizar este estudio y determinar las repercusiones negativas que presenta este grupo.

A continuación se desarrollarán los temas que han sido la base de nuestro estudio, para una mejor comprensión de los resultados obtenidos.

Capítulo I: Depresión

Introducción:

La depresión es un trastorno que afecta el estado de ánimo del individuo que la padece, causando dificultades en las áreas social, familiar o laboral; al mismo tiempo está relacionado con la salud física ya que puede presentarse cambios en el peso, fatiga y cefaleas entre otros. En la actualidad es una patología frecuente que puede afectar a cualquier persona, sin discriminar el sexo, edad o cultura, además tiene signos y síntomas característicos como el estado de ánimo deprimido, pensamientos negativos y baja autoestima, que la diferencia de otras patologías mentales. Existen varias corrientes psicológicas que se han dedicado a estudiar y a generar avances en el entendimiento y tratamiento de la depresión.

En el presente capítulo se abordará los antecedentes históricos, conceptos, las características diagnósticas, factores de riesgo, prevalencia, el desarrollo y curso de la patología; y la pérdida auditiva en relación con la depresión.

1.1. Antecedentes Históricos.

Rodolfo Otero (2014) argumenta que en la antigüedad las patologías de tipo mental estaban influidas por elementos sobrenaturales; desde el siglo IV a.C. Hipócrates utilizó el término de melancolía para referirse a la depresión, a la cual consideraba una enfermedad cerebral, causada por factores externos. Luego Platón propone que los filósofos debían ser quienes traten las enfermedades, utilizando el discurso como medio para dirigir las almas de sus pacientes. Por su parte, Sócrates establece que las enfermedades tendrían cura, si es que se contaba con la colaboración total por parte del paciente y si el médico entregaba su tiempo y abnegación. Galeno introdujo el término que hoy en día llamamos psiquis y concibe a la melancolía como la enfermedad generada por humores internos.

Además el mundo árabe hace un aporte sobre la melancolía, asegurando que la sustancia del cerebro cambia debido a los factores climáticos y que junto a la bilis negra que se encargaba de producir fuerzas malignas, generaban la enfermedad. Y aproximadamente en el siglo XVIII Robert Burton diferencia la melancolía, de estar apenado, triste o afligido que era algo común del ser humano, sin necesidad que llegue a ser considerado como patológico, determinando que el umbral de tolerancia para la enfermedad era propio de cada persona. (Otero, 2014)

En 1923, Melani Klein desde el psicoanálisis infantil contribuye con teorías sobre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva; la primera se refiere a las fantasías paranoides que tiene el niño en relación al objeto primario (el pecho) que produce ansiedad y un estado de escisión, y por otro lado la posición depresiva, en donde el infante reconoce a su madre como ser independiente generando ansiedad, además de impulsos destructivos que son frenados por el temor de que el objeto amado sea destruido.

Adolf Meyer (1902) es quien propone eliminar el término melancolía y lo cambia por depresión y ya para la década de los 40 la depresión es el síntoma común en las enfermedades mentales, que hoy por hoy la depresión es el trastorno más extendido en el mundo (Korman y Sarudiansky, 2011). A finales del siglo XX, se perfecciona la definición de depresión, Kraepelin (1886) establece una distribución para las enfermedades mentales, asignándole una división específica a los trastornos depresivos (Zoch, 2002).

1.2. Depresión desde varias concepciones.

Partiendo desde las concepciones del nuevo milenio, tenemos a Alfried Längle (2005) quien desde el punto de vista del análisis existencial concibe a la depresión como un disturbio psíquico agobiante, debido a que afecta la vivencia de los valores, las actitudes, las decisiones

y la vivencia espiritual del mundo y de sí mismo, además altera la participación somática del individuo.

Por otro lado el antropólogo Ángel Aguirre (2008) afirma: “La depresión se caracteriza por ser un hundimiento vital en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El hecho de la depresión es universal, pero su manifestación sintomática es diferente en las diversas culturas”.

Además desde la perspectiva psicodinámica Bogaert, H. (2012), explica que la depresión neurótica es una patología del humor que perjudica la relación entre el yo con su ideal. Se origina a partir de heridas narcisistas que alteran la imagen personal que se apoya en una idealización defensiva que carece de apoyo real o simbólico.

Basado en su experiencia clínica, el Doctor Rodolfo Otero (2014) define a la depresión como “la enfermedad de la dejación atormentada. Motivada por la indolencia física y psíquica, conduce al ser humano carente de proyectos evolutivos hacia un aburrimiento pasivo, nidad y vacuidad en sus experiencias más severas” (p.51).

1.3 Características Diagnósticas:

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psicología, 2013) encontramos que los trastornos depresivos debido a otra afección médica deben cumplir con los siguientes criterios diagnósticos:

Tabla 1

Criterios diagnósticos del Trastorno de Depresión Mayor por el DSM-5

A. Cinco de los siguientes síntomas han estado presente durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según se desprende de la información subjetiva o de la

observación por parte de otras personas.

2. Disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Aumento de peso o disminución del mismo sin hacer dieta, o aumento o disminución del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para ejecutarlo.

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

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

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014(5^a ed.)

Las personas que presentan esta sintomatología suelen tener poca energía, y hablan casi en letargo, ocasionalmente se muestran muy inquietas y con llanto fácil, pierden la capacidad de sentir placer ya sea por la comida o las relaciones íntimas, además de tener dificultades para conciliar el sueño y hasta sus funciones corporales se deprimen (Carlson, N. 2006).

Por otra parte el CIE-10 (2001), describe al episodio depresivo como el conjunto de síntomas que presentan humor depresivo, capacidad disipada de disfrutar las cosas, pérdida del interés, cansancio extremo y disminución de la vitalidad; otros síntomas comunes son:

- a) Disminución de la atención y concentración
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y del autoestima.
- c) Ideas de culpa e inutilidad.
- d) Perspectiva pesimista del futuro.
- e) Actos y pensamiento suicidas.
- f) Trastornos del sueño.
- g) Pérdida del apetito.

La psicopatología de la depresión se divide en diversos tipos según su duración y la intensidad de sus síntomas, puede ser leve, moderada o grave.

El conjunto de sintomatología depresiva genera estragos discapacitantes, los mismos que producen una discriminación a los enfermos y a sus respectivas familias, causando un conflicto más al que presenta la patología por sí sola (Bello, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

La sintomatología de la depresión se puede establecer como episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, o depresión en el trastorno bipolar o en el ciclotímico. Debe especificarse si el episodio es leve, moderado o grave (CIE-10, 2001).

1.4. Prevalencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), la depresión es una patología discapacitante que afecta a 300 millones de personas en el mundo.

Serrano, F. (2002), explica que la depresión es una de las patologías más prevalentes, ha aumentado en los últimos años, después de los trastornos adaptativos se considera la más frecuente dentro de la consulta psiquiátrica en asistencia primaria, los pacientes depresivos son el 20% de los pacientes atendidos.

Schneider, Muller y Phillip (citados por Carlson, 2006) explican que la tasa de mortalidad por causas no naturales en personas con trastornos afectivos como la depresión era 28.8 veces mayor a lo esperado en personas de su misma edad.

Un estudio realizado en la Universidad Central dio como resultado que en la capital ecuatoriana existe una prevalencia del episodio depresivo mayor en un 13.4% por encima de la medida de la región de 4.9%. Por otra parte en el Hospital Eugenio Espejo es la principal causa de atención, en el año de 2011 representó el 19% de las consultas (El Comercio, 2012).

En el DSM-5 (2014) encontramos que en los Estados Unidos, el trastorno depresivo tiene una prevalencia aproximadamente del 7% y varía según la edad, resultando que en los pacientes de 18 y 29 años es triplemente mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años.

La depresión tiene una prevalencia mayor en las mujeres que en los varones, además en América latina y el Caribe, la depresión es el malestar común, seguida de los trastornos ansiosos, la distimia, el TOC, trastornos de pánico y trastorno bipolar (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La depresión unipolar ocupa la cuarta posición de la carga global de la enfermedad, y se estima que para el 2020, llegará a establecerse en el segundo lugar, y el número uno en los países en desarrollo (Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004).

En un estudio sobre “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta” realizado en México se evidenció que hay una mayor prevalencia de la depresión en las mujeres, personas con escolaridad baja y en aquellos que viven en zonas rurales son más

vulnerables a los diversas variables que predisponen el desarrollo de esta patología (Belló, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

1.5. Desarrollo y curso.

La génesis de esta patología puede ocurrir desde la infancia hasta el ocaso de la vida, aquellos con depresión menor sufren cinco veces más el riesgo de padecer depresión mayor a edades más tempranas que aquellos que no han sufrido esta patología. Las personas que presentan depresión a corta edad llegan a padecer depresión más severa y frecuente, a la cual se asocia mayor discapacidad funcional y comorbilidad médica y psiquiátrica, esto comparado a personas que han tenido un inicio tardío de depresión mayor. Algunos estudios han demostrado que el trastorno depresivo mayor se caracteriza por la oscilación de los síntomas, los subtipos no son trastornos separados, al contrario son etapas a lo largo de un proceso dimensional de la gravedad de la patología. Los resultados de los análisis explican que el 60% del tiempo los pacientes son sintomáticos, a nivel de depresión menor, distimia o subumbral (Mori y Caballero, 2010).

El desarrollo de la enfermedad en un 80% de los casos ocurre de manera gradual, que al inicio presenta signos que pronostican el trastorno depresivo, dependiendo de cada individuo, por otra instancia las pérdidas súbitas como la muerte de un familiar, accidentes, intentos de suicidio, diagnóstico de una enfermedad grave como cáncer o sida, genera en un 20% que la enfermedad se presente inmediatamente. (Aguirre, 2008)

Desde el Modelo de Nezu el inicio y el mantenimiento de la depresión depende de la incapacidad del individuo para resolver sus problemas, ya que de la eficacia de la resolución depende el equilibrio de un estilo atribucional negativo y la depresión. Además especifica que en el momento que el individuo debe tomar una decisión difícil, es cuando puede iniciar la

patología, si es que no llega a resolverse de manera adecuada desembocaría en consecuencias negativas (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

1.6. Factores de riesgo

Los factores que incrementan el riesgo de padecer depresión, son los siguientes:

1.6.1. Factores genéticos.

Algunas personas pueden estar predispuestas a presentar depresión, siempre que existan antecedentes familiares que incrementan las posibilidades de padecerla (García, J y Noguera E., 2013).

En un estudio conformado por aproximadamente 21.000 gemelos monocigóticos, realizado por Sullivan en el 2000 (citado por Redondo, 2015) se encontró que si uno sufría una depresión mayor unipolar, las posibilidades de padecerla se duplican en su contraparte.

1.6.2. Factores biológicos.

Existen sustancias químicas ubicadas en nuestro cerebro llamados neurotransmisores que son los encargados de pasar señales de una célula a otra. En las personas que padecen depresión los niveles de estos neurotransmisores como serotonina, norepinefrina, dopamina entre otros, se ven afectados. Lo mismo que se demuestra mediante la acción de los psicofármacos, que actúan como depresivos, interviniendo en la brecha sináptica con el aumento de los neurotransmisores. (García y Noruegas, 2013; Redondo, 2015; Otero, 2014)

1.6.3. Factores sociales.

Las causas que predisponen al ser humano a la aparición de esta patología serian el duelo, sucesos de la vida que provoquen una fuerte carga de estrés que puede llegar a ser crónico, y los recursos sociales. El apoyo de tipo social interviene de una manera directa,

cuando este recurso llega a ser favorable sobre los síntomas depresivos, a pesar de la presencia de estresores (Beltrán, 2014).

La situación económica baja conduce a la depresión, la misma que desmejora la productividad del individuo, y no favorece al reconocimiento de la patología que por lo contrario en la clase media o alta no sucedería así (Otero, 2014).

1.6.4. Factores climáticos.

Según las estaciones del año, varias personas sufren cambios de humor, llegan a padecer un tipo de depresión conocida como invernal, ya que la disminución de la luz del día provoca alteraciones en la secreción de la serotonina. Algunos individuos pueden asociar una determinada estación del año con recuerdos dolorosos ocurridos en su infancia o adolescencia (Otero, 2014).

1.6.5. Factores psicológicos.

Lyness, Caine, King, Conwell, Duberstein y Cox (citados por Beltrán, V., 2010) explican que el tipo de personalidad, la presencia de distorsiones cognitivas y el control emocional, son factores que promueven la aparición de síntomas depresivos.

Aaron Beck en 1979 (citado por Blair, 2017) determina que las personas tienden a deprimirse cuando tienen una visión distorsionada de la realidad, sacando conclusiones ilógicas de los eventos y la perspectiva de sí mismo y del mundo es totalmente negativa, estos esquemas que pueden ser adquiridos en la infancia o adolescencia y se activan en la edad adulta, son conocidas como distorsiones cognitivas en las que se encuentra la inferencia arbitraria, la maximización/minimización, excesiva generalización y abstracción selectiva.

1.6.6. Otros.

Padecer una afección física como cáncer, diabetes, Parkinson, enfermedades cardíacas, Alzheimer, etc., o el consumo de alcohol incrementa la posibilidad de que un individuo padezca síntomas depresivos.

Por otra parte cabe anotar que existen enfermedades médicas que se relacionan con el síndrome depresivo de diversas maneras, Serrano, J. (2002) argumenta lo siguiente:

- Una enfermedad médica como causa de la depresión.
- La enfermedad médica en personas susceptibles puede generar depresión generando estrés psicosocial.
- Pueden presentarse ambos cuadros diagnósticos sin que estén relacionados entre sí.
- El paciente con una enfermedad médica reacciona con síntomas depresivos a las limitaciones, pronósticos o síntomas de la enfermedad.
- Los tratamientos administrados al paciente por una enfermedad médica produce síntomas depresivos.

1.7. Pérdida auditiva y depresión.

El déficit de la audición influye notablemente en la manera como la persona que la padece se relaciona con su entorno, desembocando así en un desempeño social inadecuado, además causa dependencia hacia los cuidadores, ánimo deprimido, sentimientos de soledad y disminución de la calidad de vida, que a la final podría desembocar en un trastorno depresivo (Millán, Maseda, Rochette y García, 2011).

Zamora, Gómez, Delgado, Vázquez, Vargas y Wachter (2016) en su estudio afirman que hay una estrecha relación entre la pérdida auditiva y el estado de ánimo deprimido, la misma que además de afectar la calidad de vida, interviene en la adherencia al tratamiento terapéutico con lo que respecta a enfermedades crónicas, y los datos obtenidos demuestran

que el riesgo de padecer depresión se triplica si es que el paciente padece de hipoacusia y diabetes.

Restrepo y Clavijo (citados por Beltrán, 2014) nos explican que las personas con problemas auditivos son propensas a ser egocéntricas, socialmente inmaduras, con baja adaptabilidad social, además tienen poca flexibilidad en sus interacciones sociales, lo que podría ser una personalidad característica de esta población, causando en ellos dificultades como la depresión.

1.8. Conclusión.

En conclusión los trastornos de índole depresiva han trascendido a lo largo de los años, varios autores han realzado la importancia de su estudio para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento eficaz acorde a su estilo de vida, vivencias pasadas y su tipo de personalidad. En sí, esta patología llegaría a afectar a la mayoría de los seres humanos, esté o no asociada a una enfermedad física; varias investigaciones y artículos académicos coinciden en los síntomas y signos manifestados según la cultura a la que el individuo pertenece, que deben tomarse en cuenta para la debida valoración de la persona afectada, factores de riesgo y el desarrollo de la enfermedad.

Además se ha demostrado que la pérdida auditiva y la depresión se relacionan debido a que al deteriorarse la audición, causa dificultad en la integración al área social, con lo cual se vería afectada la salud mental del paciente.

Capítulo II: Ansiedad

Introducción:

Al hablar de ansiedad en sí como una patología, en primera instancia debemos identificar los signos y síntomas que no encajan en los parámetros de una reacción normal ante un estímulo amenazante, afectando así la interacción del individuo en las áreas que se desarrolla; en ocasiones la ansiedad es percibida por la persona que la padece como parte de la personalidad y no como una enfermedad que debe ser atendida. Los trastornos de naturaleza ansiosa están considerados los de mayor recurrencia en el ser humano, ya que se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, sin embargo pocas son las personas que acuden a consulta por este trastorno.

En el presente capítulo se desarrollarán los antecedentes históricos, varios conceptos de la ansiedad, características diagnósticas propias de la patología, prevalencia, el desarrollo y curso; y la relación entre la pérdida auditiva y la ansiedad; con el propósito de tener una mejor comprensión de la enfermedad.

2.1. Antecedentes históricos.

La raíz del término ansiedad está vinculada con el psiquiatra escocés Willian Cullen que en el siglo XVIII la llamó “neurosis” y la utilizó para referirse a un trastorno general del sistema nervioso sin lesiones orgánicas verificables que llegaban a afectar las funciones motoras y sensitivas del hombre, que según su intensidad podría ser responsable de la pérdida del conocimiento, tétanos, histeria, melancolía, amnesia y la manía (Ojeda, 2003; Conti y Stagnaro, 2007). Este aporte influenció en sí, al médico Philippe Pinel (1801) quien fue el promotor del desarrollo de las disciplinas psicológico-psiquiátricas (Sarudiansky, 2012).

Ojeda (2003) en su artículo acerca de “Historia y redescrición de la angustia clínica” argumentó que una de las aportaciones más importantes de Sigmund Freud en 1964 sobre las teorías de la neurosis fue la separación de la “neurosis de angustia” que estaba dentro de la neurastenia. La neurosis de angustia principalmente se caracterizaba por una excitabilidad general, la espera angustiosa que era un claro síntoma nodular de la neurosis y otra manifestación que se debe resaltar son los ataques de angustia que podían presentarse de diversas maneras.

Freud además diferenció otros cuadros sintomatológicos como son la histeria, neurosis obsesiva e histeria de angustia, y las separó en neurosis actuales y psiconeurosis (Sarudiansky, 2012).

Pierre Janet en el año de 1909 considera que la “enfermedad funcional” debe estar dentro de la conceptualización de la neurosis, ya que este padecimiento solo ha estado enfocado en el plano anatómico y no en el aspecto funcional. Determina que las funciones tienen estratos superiores e inferiores, los primeros son aquellas funciones determinadas que se adaptan a situaciones recientes y donde se origina la neurosis. (Ojeda, 2003)

El francés Henry Ey junto con sus contribuyentes P. Bernard y Ch. Brisset (1969) , partieron de la aportación de Freud de la “neurosis de angustia” y determinan que a partir de ella se establecen las neurosis en sus formas más sólidas y estructuradas, cuyo eje central es la angustia, e instaure una división de las neurosis en “indiferenciada” aquellas que en su totalidad son las neurosis de angustia y las “grandemente diferenciadas” que incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva. (Ojeda, 2003).

El término neurosis fue desplazado desde la tercera edición del Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (1988) por carecer de especificidad, generalidad y tomando en cuenta los aportes a sus bases psicológicas, biológicas y sociales de la ansiedad, en cambio dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización

Mundial de la Salud de 2010, los trastornos neuróticos están estrechamente relacionados con la ansiedad y las fobias. (Sarudiansky, 2012).

2.2. Ansiedad desde varias concepciones.

Partiendo de la perspectiva psicoanalítica en sus inicios Sigmund Freud en 1964 (citado por Piedra, M. y Coello, C., 2014) concibió a la ansiedad como la represión de la libido que sufre una transformación somática desde un proceso fisiológico convirtiéndose en ansiedad. Posteriormente en 1925 reformuló esta concepción llegando a precisarla como una respuesta interna que se encarga de alertar al organismo de un peligro que es reflejo de sus experiencias desagradables vividas dentro de los primeros años de vida. Por último en 1926 modifica su hipótesis de la ansiedad para que encuadre en su teoría estructural que llega a dividir el aparato psíquico en tres: Ello, yo y Superyo, determinando varios tipos de ansiedad que son: la ansiedad real, ansiedad neurótica y ansiedad moral.

La ansiedad es concebida como un conjunto de procesos y reacciones innatas que tienen la finalidad de garantizar la supervivencia del ser humano y a la vez es la que más desencadena desequilibrios mentales, conductuales y psicofisiológicos. Algunos llegan a considerarla como la característica central de todos los trastornos patológicos, suponiendo que los diversos tipos de ansiedad no son más que manifestaciones de un mismo trastorno. (Rovella y González, 2008).

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) desde su perspectiva conciben a la ansiedad como:

Un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de

buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.
(p.17)

Neil Carlson (2006) se refiere a la ansiedad como un trastorno del tipo psicológico que se caracteriza por tensión, exagerada actividad del sistema nervioso neurovegetativo, estado de alerta continuo ante el peligro y expectación de un desastre amenazador.

Por otra parte Barslow (citado por Clarck y Beck, 2012) define a la ansiedad como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante estos sucesos”. (p. 22)

En la actualidad el DSM-5 (2014) concibe a los trastornos de ansiedad como aquellos que presentan características de miedo y ansiedad exagerados, a más de alteraciones conductuales. La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura que está vinculada con la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y conductas cuidadosas o evitatorias; y el miedo es una respuesta emocional ante una amenaza real o imaginaria que está asociada con la activación autonómica encargadas de la defensa, conductas de huida y pensamientos de peligro inminente.

Thalia Blair (2017) en su libro de “Terapias Naturales contra el estrés y la ansiedad”, considera a la ansiedad como patológica cuando es incontrolable y los niveles de emociones negativas como el miedo, la preocupación, tensión, etc., son excesivamente altos. Determina que existen dos tipos de ansiedad, la ansiedad exógena que se genera por un miedo específico, este tipo de reacción es considerada normal; y la ansiedad endógena que parte de problemas internos, que no tienen una causa identificable.

2.3. Características diagnósticas.

Para distinguir los trastornos de ansiedad, debemos tener en cuenta el tipo de objeto o situaciones que provocan el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada, en el presente estudio desarrollaremos el trastorno de ansiedad generalizada, de la cual el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013) establece que para realizar un diagnóstico veraz, debe cumplir con los siguientes criterios:

Tabla 2

Criterios Diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

A. Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que han estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes:

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño.

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

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

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

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014 (5ª ed.)

En el CIE-10 se establecen ciertas características del Trastorno de Ansiedad Generalizada, en la que se debe enfatizar la ansiedad excesiva y preocupante, además de la presencia de una ansiedad generalizada y persistente, pero que no se limita ni prevalece en ningún evento determinado. Las pautas para el diagnóstico son las siguientes:

1. Aprensión (preocupaciones acerca de desastres venideros, sentirse al límite, dificultades para concentrarse, etc.).
2. Tensión muscular (inquietud, cefaleas tensionales, temblor, incapacidad para relajarse).
3. Fatiga.
4. Disminución de la concentración.
5. Irritabilidad.
6. Alteraciones del Sueño.

2.4. Prevalencia.

Un estudio realizado en la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga con sus estudiantes universitarios, obtuvo que en los meses de junio y julio del año 2005, el 17% de los participantes que acudían a consulta presentaban rasgos ansiosos de los cuales el 75% pertenecía a la Facultad de Psicología, estableciéndose como el segundo motivo de consulta más frecuente dentro de la comunidad universitaria. (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008)

Ascencio L (2007) ha postulado que la patología de mayor importancia en la actualidad son los trastornos de ansiedad, debido a que es uno de los padecimientos más recurrentes en el ser humano. En Estados Unidos el 16.4% de la población presentan algún tipo de trastorno de ansiedad, así pues en América Latina esta patología afecta del 14 al 16% de la población en general.

Arenas y Puigserver (2009), en su artículo sobre “Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica”, argumentan que el sexo femenino es el más propenso a padecer trastornos de ansiedad aproximadamente entre 2

a 3 veces más; el sexo masculino en un porcentaje de 9.5% en comparación al 17,5 % del sexo opuesto, han sufrido de trastornos ansiosos en algún momento de su vida.

Vanegas, Velecela y Yanza (2011) en un estudio elaborado con estudiantes del cantón Cuenca, Ecuador establecen que de los trastornos mentales, la ansiedad es uno de los más comunes en la niñez y adolescencia, con una prevalencia del 10%, de la cual del 2.7% al 4.6% pertenece a la ansiedad generalizada, la misma que es más frecuente en los niveles económicos medio-alto.

Según lo revisado en el DSM-5 (2014) el riesgo de padecer este trastorno de por vida es del 9,0%, además la mayor prevalencia del diagnóstico se da en la edad media de la vida, disminuyendo en las edades más avanzadas.

2.5. Desarrollo y curso.

El trastorno de ansiedad generalizada suele presentarse aproximadamente a los 30 años, hecho que no varía según el sexo. Sin embargo algunas personas manifiestan haber padecido de ansiedad toda su vida, la mitad de las personas afirman que su trastorno dio inicio en la infancia y adolescencia, ya que durante estas etapas existen preocupaciones excesivas que al comienzo pueden no ser patológicas sino hasta la adultez cuando además se presentan una carga mayor de responsabilidades, nacimiento de niños, presión laboral y problemas de salud. (Bados, 2005; López, 2007)

Con respecto a los grupos de edad en los que da inicio el trastorno, la diferencia más relevante está determinada por las situaciones que causan preocupación, en efecto a los niños y adolescentes les preocupa su rendimiento académico y deportivo, mientras que a los adultos les interesa más su propia salud y el bienestar de su familia; por consiguiente el contenido de la preocupación está acorde a la edad de la persona. (APA, 2013)

El curso de esta patología es crónico y vacilante, debido a la presencia y ausencia de periodos estresantes, en pacientes con alta gravedad de TAG son bajas las probabilidades de remisión total a pesar de someterse a tratamientos psicológicos y farmacológicos. El 27% de los pacientes que han sido remitidos, han recaído en un lapso de no más de 3 años. Aquellos individuos que presentan TAG, son menos propensos a solicitar ayuda, debido a que los síntomas no son tan perturbadores o en ocasiones pueden asimilarlo como su forma de ser. (Bados, 2005)

Anna Rovella y Manuel Gónzales (2008), en su artículo que titula “Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico” mencionan dos investigaciones, una de ellas fue realizada con un grupo de individuos que experimentaron sintomatología ansiosa antes de los 20 años, reflejando mayores problemas conyugales en los padres, inhibición mayor durante la infancia, susceptibilidad interpersonal, rasgos de ansiedad en puntuaciones considerables, depresión, neuroticismo y fobias, en comparación a la muestra conformada por individuos que presentaron ansiedad después de los 20 años.

2.6. Factores de riesgo.

2.6.1. Factores sociodemográficos.

El sexo femenino es más propenso a sufrir TAG en relación al sexo masculino, aumentando así en la situación civil casado y soltero, en la clase económica baja y alta y en aquellas personas con nivel educacional bajo, por lo que los factores sociodemográficos influyen en la presencia de los trastornos ansiosos (Sierra, Herrán y Vázquez, 2001).

El TAG puede desarrollarse dentro de un núcleo familiar estable, sin embargo es más prevalente en familias disfuncionales. Además se asocia con una relación de pareja no satisfactoria, maltrato físico y verbal. No se ha demostrado que la edad de la pareja, el nivel

educativo, número de hijos o país de origen estén asociados a esta patología. (Rovella y González, 2008)

2.6.2. Factores genéticos-herencia.

La presencia de ansiedad este influenciado por la herencia en menor manera, en estudios realizados en pacientes con fobia social se ha determinado la relación entre los marcadores de los cromosomas 9, 14, 16 y 18, siendo que este componente genético predispone a la persona a verse afectado por el miedo de manera intensa (Sierra, Herrán y Vázquez, 2001).

2.6.3. Factores biológicos.

Hay varios núcleos cerebrales que están implicados en la ansiedad, y funcionan en dos circuitos: en el primer circuito del cual su núcleo principal es la amígdala que es la encargada de las respuestas ante diversas situaciones, las mismas que pueden ser orgánicas o conductuales que reaccionan frente a un estímulo amenazante. Por otra parte el hipocampo es la principal estructura del segundo circuito, que se encarga de filtrar las experiencias nuevas para cotejar si hay riesgo de peligro. (Schlatter, 2003; Arenas y Puigcerver, 2009)

2.6.4. Factores bioquímicos.

Los neurotransmisores como la adrenalina y la noradrenalina, ocupan un papel importante en lo que respecta la consolidación de la memoria así como el condicionamiento del miedo. Estas sustancias funcionan como activadoras durante una situación amenazante, manteniendo así un círculo vicioso que no permite la extinción espontanea de la ansiedad. (Álvarez, Gastó y Roca, 2008)

2.6.5. Factores psicológicos.

2.6.5.1. Factores cognitivos.

Las preocupaciones excesivas y no realistas del individuo serían las principales desarrolladoras y mantenedoras de este padecimiento, así como también la incapacidad de desconectarse y controlar sus preocupaciones (Rovella y González, 2008).

2.6.5.2. Factores conductuales.

Eysenck en 1967(citado por Schlatter, 2003), afirma que la génesis de la ansiedad partiría de la percepción de estímulos intensos de duración corta, la ansiedad se ve reforzada ya que relaciona el final del estímulo con la desaparición de la ansiedad. Asimismo desde la teoría del aprendizaje la ansiedad sería aprendida observándola de otra persona y reproduciendo la misma conducta (Aprendizaje Vicario), o por otro lado simplemente en el pasado las conductas ansiosas fueron reforzadas por lo que han trascendido a lo largo del tiempo. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003)

2.6.6. Factores ambientales

Haber enfrentado situaciones fuera de lo normal como por ejemplo los desastres naturales, asaltos, torturas o violaciones se vinculan con la manifestación de síntomas de ansiedad, debido a daños biológicos cerebrales (Navas y Vargas, 2012).

2.7. Pérdida auditiva y ansiedad.

Según la revista “The Hearing Journal” la pérdida auditiva puede tener efectos secundarios graves, ya que esta discapacidad reduce la calidad de vida y además provoca un desajuste en las relaciones sociales que a la corta o a la larga podría desencadenar trastornos de naturaleza ansiosa (Carmen y Uram, 2002).

La ansiedad así como la depresión en personas con deficiencia auditiva, está estrechamente influenciadas por el nivel de severidad y la etapa evolutiva de las personas, siendo que la sintomatología ansiosa se ve modulada por la edad en la que se presenta la pérdida auditiva; aquellas personas que pierden la audición tempranamente presentan niveles de angustia bajos, en comparación a aquellas que pierden la audición posteriormente (Agrawal y Kaur, 2001).

Además algunos doctores especialistas en otorrinolaringología manifiestan que pacientes con problemas vestibulares centrales o periféricos presentan signos y síntomas de disfunción autonómica que hace poco han sido relacionados con los trastornos de ansiedad, particularmente con el trastorno de pánico y agorafobia. (Chica, 2010)

En un estudio realizado en la Universidad de Zaragoza en el 2015, con un grupo de pacientes que sufrían de pérdida auditiva y enfermedades mentales del Hospital de San Jorge de Huesca, dio como resultado que la patología más común fue la ansiedad, la cual fue más frecuente en aquellos individuos que padecían sordera de severidad moderada, por otra parte en aquellos que presentaban sordera severa los trastornos mentales encontrados fueron la depresión y ansiedad (Martínez, 2015).

2.8. Conclusiones.

La ansiedad se ubica como una de las principales patologías que han venido afectando a la población en general desde hace siglos; la génesis de este trastorno ha sido interés de estudio de varios autores desde diferentes corrientes psicológicas, que sin embargo no han podido establecer un factor desencadenante de dicha enfermedad, ya que son varios los elementos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, pero por otro lado han coincidido en los síntomas y signos característicos de la enfermedad que son expresados de diversas maneras propias de cada persona , además son de suma importancia para establecer un diagnóstico certero y por ende un tratamiento adecuado para cada paciente. Diversas son

las investigaciones que demuestran la presencia de la ansiedad en pacientes con pérdida auditiva, ya que esta última disminuye la capacidad del individuo de receptor sonidos del mundo exterior, causando situaciones de estrés y angustia.

Capítulo III: Pérdida auditiva o hipoacusia.

Introducción:

La hipoacusia conocida comúnmente como sordera o pérdida auditiva, es una de las enfermedades que han venido afectando desde tiempos remotos hasta la actualidad a los seres humanos, los mismo que pudieron nacer con este padecimiento o adquirirlo durante su desarrollo, llega a afectar en mayor manera a los individuos que habitan en países desarrollados, a causa de la exposición al ruido excesivo, generando daños en el oído que pueden o no ser irreversibles, y provocando una discapacidad en la persona. La pronta detección de esta patología es favorable para evitar que la persona afectada se aíse socialmente y además tenga repercusiones psicológicas.

3.1. La audición humana.

La audición está ligada a la percepción de los sonidos que ingresan al sistema cognitivo mediante los sentidos, es de importancia distinguir entre el evento acústico que es el fenómeno físico y el evento auditivo que es el fenómeno psicológico, los mismos que son diferentes en lo que respecta a la información que aportan (Munar, Rosselló, Mas, Morente y Quetgles, 2002).

Desde la perspectiva psicofisiológica del desarrollo auditivo, se determina que después de algunos cambios que ocurren en el útero y en la etapa embrionaria hasta el nacimiento, la estructura auditiva se vuelve más compleja y continua desarrollándose hasta la adultez. La madurez de las vías auditivas se genera desde las regiones neurales periféricas en las cuales los estímulos sonoros conservan su carácter original de ondas mecánicas para transformarse en señales electroquímicas, y hasta las regiones neurales centrales donde dichas

señales se convierten en sensaciones y con el aporte de la experiencia auditiva existe una adquisición de evidencia sensorial desde los estímulos acústicos. (Munar, et al., 2002)

La estructura de la región periférica del sistema auditivo se divide en tres partes, oído externo, oído medio y oído interno, cada una consta de diversas estructuras, las mismas que son las siguientes:

Tabla 3

Estructura del Oído

Oído Externo	Oído Medio	Oído Interno
<ul style="list-style-type: none"> • Pabellón Auricular. • Conducto auditivo externo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membrana Timpánica. • Martillo, Yunque y estribo. • Ventana Oval • Trompa de Eustaquio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cóclea o caracol. • Membrana Basilar • Membrana de Reissner. • Órgano de Corti, que contiene las células ciliares.

Fuente: Tresguerres, 2005

La audición del ser humano es más desarrollada en comparación a otras especies, asimismo es el medio primordial para comunicarnos mediante el lenguaje, e interviene en el desarrollo del córtex cerebral humano donde se establece la conexión de varias áreas corticales con respecto al estímulo auditivo complejo (Tresguerres, 2005).

Es significativo conocer las enfermedades que pueden llegar a afectar al oído, las cuales son las siguientes:

Tabla 4

Enfermedades del Oído

Oído Externo	Oído Medio	Oído Interno
Tumores cutáneos o cartilaginosos benignos o malignos, hematoma o malformación del pabellón auditivo, aplasia, papiloma, eccema del conducto, otitis externa y fractura del conducto auditivo.	Infecciones ya sea en la membrana timpánica o en la caja del tímpano; traumatismo como un desgarro del tímpano, fractura de los huesecillos o una fistula meníngea; tumores y afecciones congénitas.	Sordera brusca, sordera tóxica, presbicusia, vértigo de Ménière, vértigo posicional, laberintitis infecciosa, traumatismo sonoro, vértigo postraumático y acufenos.

Fuente: García, López y Poblano, (2001).

3.2. Pérdida auditiva o hipoacusia.

La pérdida auditiva es una enfermedad progresiva, que en sus inicios sus síntomas no son percibidos por el que la padece sino por las personas que la rodean, después cuando la hipoacusia es moderada, la persona afectada distingue la disminución de su audición en determinados contextos y por último la enfermedad al tornarse grave, causa incomodidad al paciente en todas las situaciones, creando conflictos en su entorno familiar y social. Es necesario conocer la diferencia entre falta de audición y sordera, la primera es una molestia leve que genera una pequeña discapacidad y por otro lado la sordera es una molestia profunda (Dervaux, 2012).

Dalamón y Elgoyhen (2009) en su artículo titulado “Hipoacusias de origen genético” postulan la siguiente afirmación:

Cerca del 50 % de las hipoacusias no sindrómicas de herencia autosómica recesiva son causadas por alteraciones en los genes GJB2 y GKB6. Hasta la fecha se han identificado los genes responsables de más de 40 sorderas no sindrómicas y se han identificado más de 140 locis involucrados en las distintas formas de hipoacusia.

Lagos y López (2016) afirman que “la hipoacusia es un problema de salud pública a nivel mundial. En efecto aproximadamente el 5% de la población mundial sufre de una pérdida de audición discapacitante, 328 millones de adultos y 32 millones de niños, pertenecientes a países principalmente bajos y medianos”, sin embargo en la actualidad esta patología también afecta a las personas jóvenes de los países desarrollados debido al ruido excesivo.

Por otra parte en Norteamérica se deduce que 28 millones de sus habitantes se encuentran afectados por una hipoacusia de diversa magnitud, en relación de 1 en 1000 nacen con este padecimiento y se suma un caso más durante el primer año de vida de aquellos que son portadores de hipoacusia severa. (Castillo, Peñaloza y Hernández, 2001)

Un estudio sobre desórdenes de oído y audición realizado en Ecuador dio como resultado que nuestro país presenta una prevalencia de un 5% de discapacidad auditiva en la población en general y que es mayor a la estimación global del mundo 4.2%, además el género masculino presentan un riesgo mayor de discapacidad auditiva, siendo que este aumenta con la edad (Ullauri et al, 2009).

La prevalencia de la hipoacusia en la población de los adultos mayores se encuentra entre el 30% en adultos mayores de 65 años hasta un 60% en adultos con 85 años o más; la deficiencia auditiva se ha convertido en un reto para la salud pública ya que es el déficit con un mayor número de casos y esta cifra sigue en aumento en la población humana. (Díaz, Goycoolea y Cardemil, 2016)

3.3. Clasificación y causas de la pérdida auditiva.

Según la OMS (2017) la audición se encuentra disminuida cuando la persona no es capaz de oír normalmente, captando los sonidos de forma irregular y distorsionada, siendo su umbral de audición en ambos oídos igual o más de 25 dB, esta enfermedad puede ser

unilateral o bilateral y de acuerdo a la severidad de la pérdida se clasifica en leve, moderada, severa y profunda.

El Consejo Nacional de Fomento Educativo de México (2010) estipula que la pérdida auditiva se puede clasificar también en relación al momento en que ocurre, estableciéndose una congénita, la misma que se adquiere desde el nacimiento presentándose en uno o en ambos oídos y en cualquier tipo de severidad y por otra parte está la pérdida de audición adquirida que tiene lugar después del nacimiento por enfermedades virales, medicamentos fuertes o infecciones frecuentes en el oído.

Según el lugar de lesión del oído, la pérdida auditiva será conductiva, cuando a la persona se le dificulta percibir los sonidos de baja intensidad, ocasionado por un daño en el conducto auditivo o en el oído medio; es de tipo neurosensorial al presentarse una lesión en el oído interno o en el nervio auditivo que va dirigida hacia el cerebro, impidiendo la transformación de la información de mecánica a eléctrica; también existe el tipo de pérdida auditiva mixta, en donde se ven afectados ambas áreas la conductiva y la neurosensorial. De igual manera tenemos el tipo de hipoacusia prelingüística la misma que surge desde el nacimiento o antes de los dos años periodo donde se desarrolla el lenguaje y la poslingüística que se presenta en la infancia o etapa adulta después de la adquisición del lenguaje. (CONAFE, 2010)

López, Fajardo, Chavolla, Mondragón y Robles (2000) establecen una clasificación a la pérdida auditiva generada por el ruido, la misma que se divide en dos, la primera es el trauma acústico, que se genera por un ruido de alta intensidad pero de duración corta y la segunda la hipoacusia neurosensorial inducida por ruido, que se forja a partir de la exposición prolongada a ruidos de intensidad no tan alta.

3.4. Consecuencias de la pérdida auditiva.

3.4.1. Consecuencia funcional.

El principal efecto de la pérdida auditiva es la limitada capacidad del individuo para comunicarse. Esta situación afecta mayormente a los niños ya que puede causar un retraso en el desarrollo normal del habla. De igual manera si los niños no son tratados a tiempo de las enfermedades auditivas, pueden presentar repercusiones a nivel académico. (OMS, 2017)

Por su parte Lago y López (2016) en un estudio realizado en Chile determinaron que es necesaria la detección temprana de los problemas auditivos en especial de la hipoacusia, previniendo así daños funcionales, ya que el 11.5% de las personas entre 21 y 45 años de edad presentan al menos un problema de audición y más del 30% afirmó percibir al menos un problema auditivo.

3.4.2. Consecuencia social.

Esta enfermedad al no discriminar edad o sexo, termina afectando la comunicación normal de la persona, llega a propiciar problemas sociales individuales, principalmente alejando al individuo de su entorno social y estigmatizándolo (Díaz, Goycoolea y Cardemil, 2016).

3.4.3. Consecuencia psicológica.

Como hemos visto en los capítulos anteriores, la hipoacusia está vinculada con la depresión, debido al desajuste emocional que causa esta discapacidad y por otra parte con la ansiedad, como Agrawal y Kaur (2001) afirman en sus investigaciones que las personas con pérdida auditiva son más propensas a padecer de trastornos ansiosos en relación a los trastornos del estado del ánimo, debido a la dificultad de la comunicación.

Las diferencias con relación al género, determinan que las mujeres con deficiencia auditiva son más propensas a desarrollar síntomas psicopatológicos que los hombres, en

algunos estudios se ha podido demostrar que las mujeres puntúan más alto en la dimensión de somatización, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica. (Pérez y Garaigordobil, 2007)

3.4.4. Consecuencia económica.

La Organización Mundial de la Salud (2017) afirma que la pérdida de audición genera una inversión de 750.000 millones de dólares anuales con lo que se provee a los pacientes de aparatos auditivos y además brindar apoyo educativo.

3.5. Factores de riesgo.

Según lo establecido en la CONFE (2010) en los niños presentar algunos de los factores que serán mencionados a continuación, los hará más propensos a padecer de pérdida auditiva:

1. Antecedentes Heredo-familiares.
2. Infecciones adquiridas durante el embarazo.
3. Anomalías Cráneo-faciales.
4. Peso al nacer menor a 1.500 gramos.
5. Ictericia.
6. Meningitis Bacteriana.
7. Asfixia severa

Por otra parte Díaz, Goycoolea y Cardemil (2016) suman a este listado los siguientes factores:

1. Síndromes que involucran la alteración de la audición como la neurofibromatosis, la osteopetrosis y el síndrome de Usher.
2. Quimioterapia.
3. Padecer de manera frecuente de otitis media que persiste por más de 3 meses.

3.6. Conclusión.

Como se ha podido constatar a través de toda la información recolectada sobre la pérdida auditiva, tenemos claro que es una patología que con el pasar de los años sumará más casos clínicos a sus estadísticas, siendo la población de adultos mayores la más afectada. Además son importantes para la rama de la psicología las consecuencias que tienen en las personas que la padecen ya que a corto o a largo plazo se manifiestan reacciones emocionales, comportamentales y cognitivas generando la disminución de la calidad de vida, y que al no ser atendidas podrían desembocar en depresión, ansiedad o subir los niveles de estrés.

Capítulo IV: Metodología.

4.1. Objetivo de estudio.

El objetivo trazado para esta investigación es determinar la correlación posible entre las variables que son depresión, ansiedad y pérdida auditiva, en los pacientes del Centro Audiológico “Oiga +”, en base a la hipótesis propuesta: los adultos con hipoacusia moderada, severa y profunda presentan en su mayoría depresión y ansiedad.

4.1.1. Objetivo general.

Identificar el grado de la depresión y la ansiedad en pacientes de edad adulta del Centro Audiológico “Oiga +” y la relación que tienen con la hipoacusia moderada, severa y profunda.

4.1.2. Objetivos específicos.

- Identificar la gravedad de la depresión en pacientes con hipoacusia.
- Identificar la intensidad de la ansiedad en pacientes con hipoacusia.
- Relacionar la depresión y la ansiedad con la hipoacusia o pérdida auditiva.

4.2. Tipo de estudio.

La investigación se basó en un estudio descriptivo de corte transversal para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con hipoacusia de severidad moderada, severa y profunda, por medio de las escalas de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Beck utilizadas en los participantes.

4.3. Participantes.

El estudio fue realizado con 50 personas, la totalidad de pacientes que cumplían los criterios de inclusión, del Centro Audiológico “Oiga +”, que asistieron a consulta durante el periodo junio – julio 2017, fueron 29 hombres (58.0%) y 21 mujeres (42.0%) de entre 19 y 70 años, con una edad media de 58.90 años (DE=12.8 años). El 44% de los participantes (n=22)

mencionó tener una escolaridad secundaria, el 14% (n=7) una de tercer nivel y el 42% restante (n=21) no tenían instrucción o era primaria. Con referencia al grado de hipoacusia de los participantes se encontraron a 21 personas (42%) con una moderada, 25 (50%) de grado severo y 4 personas (8%) profunda. Los detalles se muestran en la tabla 5.

Tabla 5

Caracterización de los participantes

Característica		n	%
Sexo	Hombre	29	58,0
	Mujer	21	42,0
Escolaridad	Sin instrucción	4	8,0
	Primaria	17	34,0
	Secundaria	22	44,0
	Tercer nivel	7	14,0
Grado hipoacusia	Moderada	21	42,0
	Severa	25	50,0
	Profunda	4	8,0

Fuente: Estudio correlacional de nivel de depresión y ansiedad en adultos con hipoacusia.

Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

4.4. Proceso de recolección de datos.

En primera instancia se consiguió los respectivos permisos con el propietario del Centro Auditivo “Oiga +”.

Los datos fueron obtenidos durante los meses de junio y julio del presente año, con los pacientes que acudieron al centro auditivo para realizarse un examen audiométrico y resultaron con pérdida auditiva modera, severa y grave, se procedió a entregar el

consentimiento informado, posteriormente se llenó una ficha sociodemográfica. La información se recolectó única y directamente de los pacientes de manera individual con el fin de que la información sea inequívoca de cada uno de los integrantes del estudio, luego se procedió a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y posteriormente la Escala de Ansiedad de Hamilton, este proceso duró en un promedio de 26 minutos.

Los participantes se determinaron mediante los criterios de inclusión y exclusión propuestos:

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres y hombres de edad adulta que se realicen Audiometría y Logo audiometría durante el periodo de Junio-Julio 2017.
- Mujeres y hombres que presenten hipoacusia moderada, severa y profunda.
- Mujeres y hombres que padezcan síntomas de hipoacusia al menos durante 2 meses.
- Mujeres y hombres que se encuentren entre los 18 y 70 años.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Mujeres y Hombres que tengan una audición normal funcional, pérdida auditiva tipo leve o tinnitus.
- Mujeres y Hombres que tengan bajos niveles de procesamiento del lenguaje.
- Mujeres y Hombres que se encuentren en procesos terapéuticos psicológicos.

4.5. Variables.

- Depresión.

Es una variable dependiente que se relaciona con el estado de ánimo de los participantes para correlacionar con la pérdida auditiva, que puede o no estar presente.

-Ansiedad.

Es una variable dependiente relacionada con el estado de alerta ante una situación de peligro ya sea real o irreal que se correlaciona con la pérdida auditiva que puede estar presente o no.

-Pérdida auditiva.

Es una variable independiente relacionada con un grado de 40 Hz o más, de severidad de pérdida auditiva, presente en todos los participantes para correlacionarla con las otras variables.

4.6. Instrumentos.

4.6.1. Inventario de Depresión de Beck.

El inventario de Depresión de Beck es un reactivo de autoinforme que se utiliza para medir la presencia e intensidad de la sintomatología depresiva en las poblaciones normales y clínicas, los ítems de sentimientos de castigo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, imagen corporal alterada, indecisión, llanto e irritación son aquellos que marcan la diferencia de las personas deprimidas de las que no padecen esta patología.(Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003)

Este instrumento consta de 21 ítems, cada uno tiene 4 frases de respuestas alternativas, las mismas que se encuentran ordenadas según su gravedad, que son valoradas de 0 a 3 puntos en relación con la gravedad, que responden a la consigna “*durante la última semana, incluyendo el día de hoy*”. La puntuación total del inventario fluctúa de 0 a 63 puntos. Los puntos de corte establecen la ausencia de depresión 0-9, ligeramente deprimido 10-16, moderadamente deprimido 17-29 y gravemente deprimido 30-63.

Sanz, Perdigón y Vázquez, (2003) refieren en cuanto a la validez del instrumento que es una herramienta confiable debido a que cumple con varios criterios establecidos en el DSM-5 para un episodio depresivo sin embargo no debe tomarse como un elemento para diagnosticar la depresión grave.

4.6.2. Escala de Ansiedad de Hamilton.

La Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS.) es una herramienta psicométrica que tiene como objetivo evaluar la intensidad de los síntomas ansiosos diseñada en el año de 1959 por Hamilton, posteriormente fue modificada y en la actualidad consta de 13 ítems que evalúan la ansiedad somática y la ansiedad psíquica y un ítem que es evaluado por el administrador del reactivo. (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Re, Badia y Baro, 2002)

La puntuación total del instrumento se obtiene sumando todos los ítems que pueden estar en el rango de 0 a 56 puntos, posiblemente indicando un trastorno de naturaleza ansiosa, con un punto de corte de 0-5 no ansiedad, 6-14 ansiedad leve y mayor de 15 ansiedad moderada o grave (Lobo, et al., 2002).

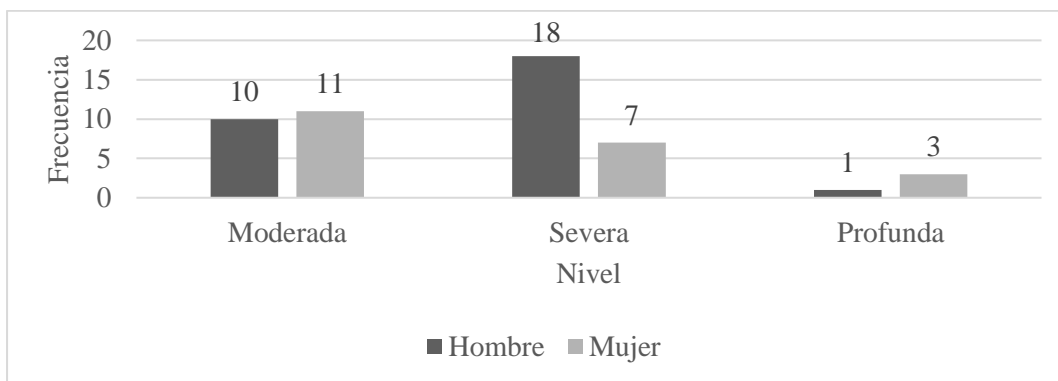
4.7. Análisis de datos.

Los resultados se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión, además para clasificar a los pacientes según su nivel de depresión se utilizó frecuencias y se expresa mediante un gráfico de pastel, además se emplearon histogramas y diagramas de cajas y bigotes para una mejor comprensión. La prueba de comprobación de normalidad Kolmogorov Smirnov (K-S) reveló que el comportamiento de los datos no era normal ($p < .05$), por lo que se realizaron pruebas no paramétricas, la prueba de comparación de medias U-Mann Whitney para determinar las diferencias según sexo y el coeficiente Rho de Spearman para establecer la relación entre variables, el procesamiento de los datos fue realizado en el programa estadístico SPSS 23 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016, las decisiones fueron tomadas con una significancia de .05.

Capítulo V: Análisis de Resultados

Los resultados reflejaron que los hombres tenían una tendencia de pérdida auditiva mayor que las mujeres, sin embargo, esta resultó no ser significativamente diferente ($p = .456$).

Figura 1. Grado de Hipoacusia según el Sexo.

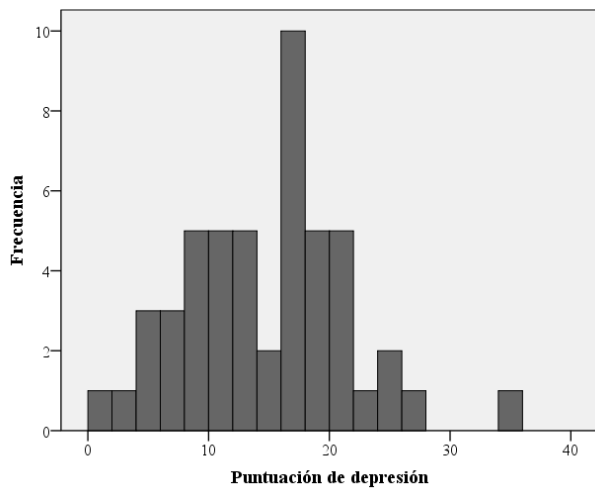


Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

Depresión (Escala de 0 a 63)

La depresión registrada en los participantes osciló entre 1 y 34 puntos con una media de 14.28 (leve perturbación del estado de ánimo) y una alta dispersión de datos – Desviación estándar $>20\%$ de la media - ($DE=6.72$), en la figura 2 se muestra el comportamiento de los datos los cuales tienen una tendencia hacia las puntuaciones menores a 20.

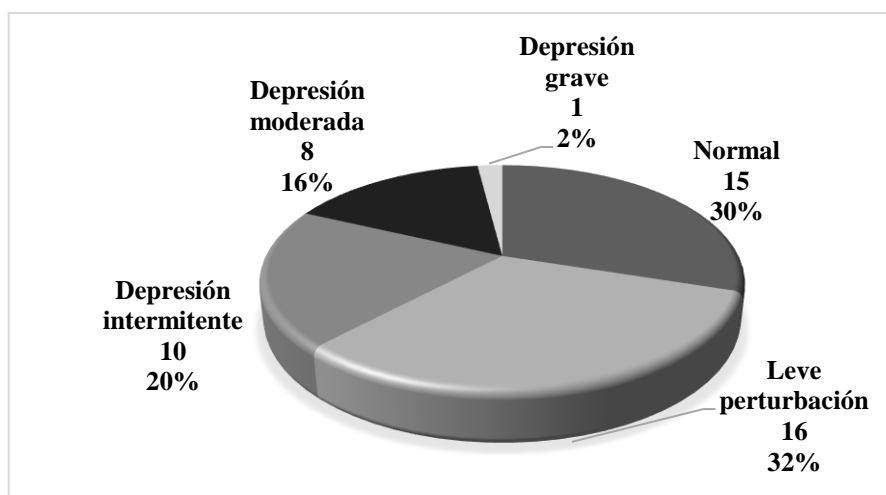
Figura 2: Tendencia de puntuación de la Depresión



Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

Fueron 19 personas (38%), quienes exhibieron puntuaciones de depresión iguales o mayores que 17 lo que indica que requieren ayuda profesional. Fueron 16 (32%) pacientes con un nivel de leve perturbación, 15 (30%) con un nivel normal de depresión, 10 (20%) con una depresión intermitente, 8 individuos (16%) con un nivel moderado y 1 (2%) con grave, ver figura 3.

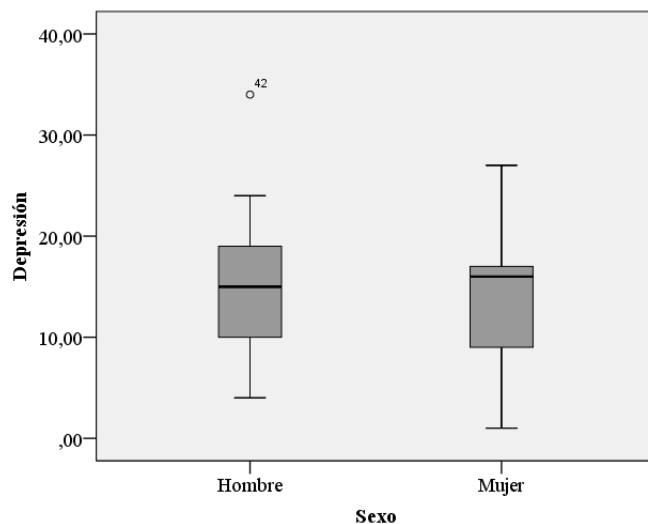
Figura 3: Niveles de depresión.



Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

La depresión exhibida en los hombres osciló entre 4 y 34 puntos con una media de 14.72 (DE=6.73) mientras que el de las mujeres tenía variaciones de entre 1 y 27 puntos con una media de 13.67 (DE=6.81), en la figura 3 se observa que los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas de depresión según el sexo, así lo afirmó la prueba no paramétrica para comparación de medias U-Mann Whitney ($p = .701$).

Figura 4: Depresión según sexo.



Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

Ansiedad

La ansiedad psíquica registrada en todos los participantes tuvo un mínimo de 0 y un máximo de 17 puntos con una media de 5.94 (De=3.59). La ansiedad somática tuvo variaciones entre 2 y 22 puntos con una media de 8.16 (De=4.53) en ambos casos con alta dispersión de datos y tendencia hacia los niveles bajos de ansiedad. Ver tabla 6.

Tabla 6

Descriptivos de Ansiedad

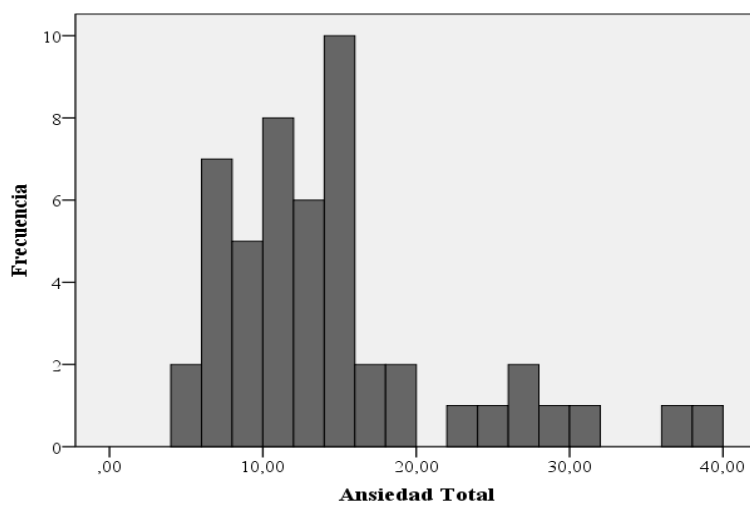
	Mínimo	Máximo	Media	DE
Ansiedad Psíquica (0-28)	0	17	5,94	3,588
Ansiedad Somática (0-28)	2	22	8,16	4,533
Ansiedad Total (0 – 56)	5	38	14,12	7,821

Fuente: Estudio correlacional de nivel de depresión y ansiedad en adultos con hipoacusia.

Elaborado por: Emilia Cuenca.

La ansiedad total de los participantes se encontró entre los 5 y 38 puntos con una media de 14.12 (De=7.8), fueron 4 personas (8%) quienes resultaron con tendencia hacia una alta ansiedad. La figura 4 muestra el comportamiento de los datos los cuales tienen una tendencia hacia los valores bajos de la escala, lo que indica una baja ansiedad presente en los participantes.

Figura 5: Ansiedad Total



Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

A pesar de que las puntuaciones de ansiedad en el grupo de mujeres eran mayores, no reveló diferencias significativas ($p > 0.05$), ver tabla 7.

Tabla 7

Ansiedad según sexo

Característica	Hombre		Mujer		P
	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad Psíquica	5,38	3,38	6,71	3,80	0,212
Ansiedad Somática	7,86	4,19	8,57	5,05	0,921
Ansiedad Total	13,28	7,32	15,29	8,51	0,414

Fuente: Estudio correlacional de nivel de depresión y ansiedad en adultos con hipoacusia.

Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

La edad de los pacientes con hipoacusia se vio relacionada de manera directa en una intensidad moderada – alta con la ansiedad total, sus dimensiones y la depresión ($r_s > .48$; $p < 0.05$); a mayor edad, mayor ansiedad y depresión.

Por otra parte, se encontró que el nivel de escolaridad de los participantes estaba relacionado de manera inversa y con una intensidad moderada leve ($r_s < .47$; $p < 0.05$); con las manifestaciones de depresión y ansiedad de los pacientes, a mayor nivel de escolaridad, menor ansiedad y depresión.

Además, el grado de pérdida auditiva se encontró moderada –leve y positivamente relacionada con la depresión ($r_s = 0.371$; $p = 0.008$). A mayor severidad de hipoacusia mayor nivel de depresión.

Finalmente se encontraron relaciones positivas moderadas - altas entre la ansiedad total y sus dimensiones con la depresión registrada en los pacientes, a mayor depresión mayor ansiedad. Los detalles se pueden observar en la tabla 8.

Tabla 8

Correlaciones entre: Ansiedad, depresión y características de los participantes

		Ansiedad Psíquica	Ansiedad Somática	Ansiedad Total	Niveles de Depresión
Edad	rs	.496*	.646*	.647*	.538*
	p	.000	.000	.000	.000
Escolaridad	rs	-.341*	-.397*	-.382*	-.470*
	p	.016	.004	.006	.001
Grado perdida	rs	.172	.212	.206	.371*
	p	.232	.139	.151	.008
Ansiedad Psíquica	rs		.677**	.904*	.406*
	p		.000	.000	.003
Ansiedad Somática	rs			.913*	.505*
	p			.000	.000
Ansiedad Total	rs				.490*
	p				.000

*Nota: * Relación significativa.*

Fuente: Estudio correlacional de nivel de depresión y ansiedad en adultos con hipoacusia.

Elaborado por: Emilia Cuenca, 2017.

DISCUSIÓN.

La pérdida auditiva es la alteración de las funciones del sistema auditivo que se encuentran fuera de un rango normal, que con frecuencia impiden que el individuo realice las actividades de su vida diaria y además afecta sus habilidades comunicativas. Para mejorar la capacidad de audición de los pacientes, utilizan medicamentos que mejoran la sintomatología, o adquieren un audífono o dispositivo de acuerdo a sus necesidades audiológicas. La causa de este padecimiento es multifactorial y puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida.

En el presente estudio participaron pacientes que en general padecían de hipoacusia moderada y severa, en proporción parecida entre hombres y mujeres, con bajo nivel de instrucción.

La relación entre las variables como la hipoacusia y la depresión es evidente, ya que los resultados obtenidos demuestran una relación significativa de $.371^*$, presentándose la depresión registrada con tendencia hacia bajos niveles, aunque hay pocos casos de pacientes con alta depresión. Esta relación ha sido previamente estudiada en pacientes con diabetes tipo II, ya que esta enfermedad afecta varias estructuras del sistema auditivo que causan una hipoacusia neurosensorial, estando más propensos a padecerla los ancianos; de este tipo de población el 32.4% padeció depresión, aumentando el riesgo tres veces más en personas que presentan diabetes e hipoacusia. (Zamora, et al, 2016)

Con respecto al sexo de los participantes no se evidenció diferencias significativas en los resultados de la depresión, por otro lado en un estudio sobre “La discapacidad auditiva asociada a la depresión en los adultos en Estados Unidos” en el 2014, se obtuvo que la tasa de depresión era mayor en las mujeres que en los hombres y aumentaba su prevalencia en los

participantes menores a 70 años. La diferencia entre estos estudios podría explicarse por la cantidad de participantes que intervinieron en cada estudio.

La ansiedad total y la depresión muestran una relación significativa de .490*, resultando el 8% de los participantes con ansiedad alta y el 38% con depresión alta, por lo que se determinaría que a mayor depresión mayor ansiedad, este resultado es comparable con hallazgos de un estudio realizado en pacientes con cáncer de los cuales el 37% padecían ansiedad y el 13% ansiedad. (Rico, Restrepo y Molina, 2005)

Con respecto a la ansiedad de los participantes, los datos obtenidos presentaron una tendencia hacia niveles bajos de sintomatología ansiosa, por lo que no existe una relación significativa entre la hipoacusia y la ansiedad, por el contrario en un estudio sobre enfermedades mentales en adultos con deficiencia auditiva, resultó que la ansiedad era la enfermedad mental más predominante en estos pacientes, conjuntamente no se encontraron diferencias significativas entre el grado de deficiencia auditiva con los trastornos mentales. (Martínez, J., 2015)

Es importante recalcar que la intensidad de la ansiedad y los niveles de depresión obtenidos en este estudio pueden no ser causa directa de que estos pacientes padezcan pérdida auditiva, ya que pueden estar influenciados por la edad, el sexo, nivel instructivo y el tiempo que presentan la pérdida auditiva.

CONCLUSIONES.

En el Ministerio de Salud Pública de nuestro país las discapacidades auditivas ocupan el tercer tipo de discapacidad predominante, con una población de 50.580 personas representando el 13% de la totalidad.

El objetivo de esta investigación fue determinar el grado de depresión y ansiedad en los pacientes del centro auditivo “Oiga +” y la relación que tiene con la hipoacusia. Mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, con lo que se determinó que la depresión está relacionada significativamente $.371^*$ con la hipoacusia, no así la ansiedad.

El grado de pérdida auditiva de los participantes resultó que 21 personas (42%) presenta una hipoacusia moderada, 25 (50%) de grado severo y 4 personas (8%) profunda, estableciendo que la predominante fue la hipoacusia de grado severo.

La edad de los pacientes con hipoacusia se encuentra relacionada de manera directa con los resultados obtenidos en la ansiedad y la depresión, por lo que afirmaríamos que las personas de mayor edad son propensas a padecer depresión y ansiedad, siendo la edad media de los participantes de 58.90 años (DE=12.8 años).

No se evidenciaron diferencias significativas según el sexo en los resultados de la hipoacusia, depresión y ansiedad.

Con referencia a la depresión registrada por los pacientes, resultaron 16 (32%) pacientes con un nivel de leve perturbación, 15 (30%) con un nivel normal de depresión, 10 (20%) con una depresión intermitente, 8 (16%) con un nivel moderado y 1 (2%) con grave, indicando que podrían necesitar ayuda profesional 19 personas (38%), quienes exhibieron puntuaciones de depresión iguales o mayores que 17 puntos.

Los datos obtenidos de la escala de Hamilton determinan que existe una tendencia a bajas puntuaciones, por lo que la ansiedad de los participantes es leve, no así en el 8% de estos que presentaron ansiedad elevada y por ende necesitan apoyo psicológico.

El grado de depresión y ansiedad se encuentran relacionados de manera significativa, estableciéndose que a mayor depresión, mayor sintomatología ansiosa.

Pocas han sido las investigaciones y la bibliografía encontrada en relación al tema tratado en este estudio, por lo que los resultados obtenidos aportan al desarrollo de la relación existe entre las enfermedades médicas y las psicológicas.

El 26 de Septiembre se ha establecido como el Día internacional de las personas con discapacidad auditivas, y hace dos años se organizaron marchas para evitar la vulnerabilidad de sus derechos promoviendo los principios de igualdad y justicia, con lo que este tipo de población dio a conocer la importancia de que sus necesidades sean atendidas y respetadas por las diversas organizaciones de nuestro país. Se consideraría importante realizar más estudios a futuro en este tipo de población, y los cambios que pueden existir a nivel de personalidad, cognitivos, conductuales y estilo de vida, diferenciándolas de los normoyentes.

Para finalizar es evidente que la población que ha sido base de esta investigación, no ha sido estudiada a profundidad, ni por una corriente psicológica en específico y que no tiene un tratamiento establecido para este tipo de población en nuestro país, por lo que este estudio representaría un punto de partida y una referencia señalando que las personas con discapacidad auditiva presentan en su mayoría síntomas depresivos y ansiosos, sin diferencias notables en cuestiones de género y edad.

RECOMENDACIONES

- Informar a los médicos especialistas y fonoaudiólogos sobre las posibles consecuencias de padecer pérdida auditiva en cualquier etapa de la vida.
- Dedicar mayor atención a los pacientes que manifiesten cualquier tipo de sintomatología ya sea ansiosa o depresiva, con el fin de actuar de manera inmediata y eficaz para detener el progreso de dichos trastornos.
- Las personas que tienen edades alrededor de los 58 años podrían resultar más vulnerables en padecer las patologías antes mencionadas por lo cual se recomienda mayor atención especializada y referir a un psicólogo/a.
- Promover y perpetuar el respeto hacia las personas con distintos niveles de discapacidades auditivas.

BIBLIOGRAFIA

- Agrawal, R. y Kaur, J., (2001). Anxiety and adjustment levels among the visually and hearing impaired and their relationship to locus of control, cognitive, social, and biographical variables. *The American Journal of Psychiatry*, 119(3), 2657-270. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4078772>.
- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(0) 34-39. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2990/299023503006/>
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, Vol. 8. pp. 563- 601. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27180302>
- Álvarez, E., Gastó, C. y Roca, M. (2008). *Sintomatología ansiosa en atención primaria*. Recuperado de: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000093316&page=1>
- Arenas, M. y Puigcerver, A. (2009, Diciembre). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci_arttext&tlng=en
- Ascencio, L., (2007). Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia clínica. *Revista Hospital Juárez de México*, 74(2), 81-92. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju072i.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5^a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Bados, A. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Universitat de Barcelona, Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/65621>

- Bello, M., Puentes, E., Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa>
- Beltrán, V. (2014). *Depresión y su relación con la presbicia en el adulto mayor en el Hospital Básico de Pillarito en el año 2013* (Tesis de grado). Universidad Regional autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Fleiz, C., y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, Vol. 46(5). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007
- Blair, T. (2017). *Terapias Naturales contra el estrés y la ansiedad*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/read/354190661/Terapias-naturales-contra-el-estres-y-la-ansiedad-Conozca-los-signos-de-estos-desordenes-nerviosos-y-los-mejores-tratamientos-para-atajarlos>
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*. Vol. (37), 183. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Carmen, R. y Uram, S. (2002). Hearing Loss and anxiety in adults. *The Hearing Journal*, 55(4). Recuperado de: <http://journals.lww.com/thehearingjournal/pages/results.aspx?txtkeywords=hearing+loss+and+anxiety>

- Castillo, G., Peñaloza, Y. y Hernández, F. (2001). Avances en el diagnóstico y tratamiento de las hipoacusias. *Gaceta Médica de México*, 137(6). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm016e.pdf>
- Chica, H., (2010). Relación entre los trastornos de ansiedad y alteraciones del oído interno. *Revista de la Facultad de Medicina- Universidad de Colombia*, 58(1). Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14361/39446>
- Clark, D. y Aaron, B. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Recuperado de: <http://www.edeslee.com/img/cms/pdfs/9788433025371.pdf>
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010). *Discapacidad Auditiva. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. Recuperado de: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Auditiva/3discapacidad_auditiva.pdf
- Conti, N. y Stagnaro, J.C. (2007). *Historia de la Ansiedad*. Recuperado de: <http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/Historia%20Ansiedad.pdf>
- Dalamón, V., y Elgoyhen A. (2009). Hipoacusias de origen genético: actualización. *Revista médica clínica las condes*, 20(40), 408-417. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=&nextAction=lnk&exprSearch=530395&indexSearch=ID>
- Dervaux, J. (2012). *Los problemas de la audición y del oído en 200 preguntas*. Barcelona: DeVecchi Ediciones.
- Díaz., Goycoolea, M. y Cardemil, F. (2016). Hipoacusia: Trascendencia, incidencia y prevalencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(6), 731-739. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016301055>

- El Comercio. (2012). Solo el 10% de los pacientes es diagnóstico de depresión. *Universidad Central del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.elcomercio.com/tendencias/10-pacientes-diagnosticado-depresion.html>
- García Pedroza, F., López, Y. y Poblano, A. (2001). Los trastornos auditivos como problema de salud pública en México. In *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* (Vol. 48, No. 1).
- García, J. y Nogueras, V. (2013). Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. *Servicio Andaluz de Salud*.
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos Teóricos y Clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Lagos, G. y López, M. (2016). Estudio normativo: Umbrales auditivos de alta frecuencia (9-20 kHz) en normoyentes entre 8 años y 23 años y 11 meses, pertenecientes a la ciudad de Chillán. *Revista de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76(1). Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000100005&lang=pt
- Längle, A. (2005). Psicoterapia Analítico-Existencial de los disturbios del carácter depresivo. *Pharos*, 12 (02), 3-14.
- Li C, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson, MR. (2014). Impedimento auditivo asociado con depresión en adultos de los EE. UU., Encuesta nacional de salud y nutrición 2005-2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 140 (4): 293-302.
- Lobo, O., Chamarro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X. y Baró, Eva (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression RatingScale y la

- Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión de la ansiedad. *Medicina clínica (Barc)*, 118(13). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223>
- López, A., Fajardo, G., Chavolla, R., Mondragón, A. y Robles, M. (2000). Hipoacusia por ruido: Un problema de salud y de conciencia pública. *Revista Facultad Médica UNAM*, 43(2), 41-42. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un002b.pdf>
- López, M. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001
- Martínez, J y Salvador, J. (2015). *Enfermedades mentales en adultos con deficiencia auditiva* (Tesis de grado). Universidad de Zaragoza, España.
- Mori, N. y Caballero, J. (2010). Historia Natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14 (2), 86-90. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666002>
- Munar, E., Rosselló, J., Mas, C., Morente, P. y Quetgles, M. (2002). El desarrollo de la audición humana. *Psicothema*, 14(2), 247-254. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/727/72714210/>
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX*. (604) 497-507. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 41(2), 95-102. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200002

Organización mundial de la Salud (2017). *Depresión*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Sordera y pérdida de audición*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe de la evaluación de los sistemas de salud mental del Ecuador basado en el instrumento IESM-OMS. Recuperado de:
http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Madrid.

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno más frecuente*. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012

Otero, R. (2014). *Depresión ¿Enfermedad o Indolencia?*. Recuperado de:
<https://es.scribd.com/read/314258696/DEPRESION-enfermedad-o-indolencia>

Pérez, J, I. y Garaigordobil, M. (2007). Deficiencia auditiva: Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Análisis y Modificación de conducta*, 33 (148).
Recuperado de: [http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/publicaciones/Analisis33\(148\).pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/publicaciones/Analisis33(148).pdf)

Piedra, M. y Coello, M. (2014). *Estudio correlacional de niveles de ansiedad, depresión y rasgos de la personalidad en personas con obesidad*. (Tesis de grado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.

- Redondo, D. (2015). *Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck a la gran área metropolitana de Costa Rica* (Trabajo final de graduación). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Rico, J. Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra en pacientes con cáncer del Instituto Nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Javier_Rico2/publication/281334144_Adaptacion_y_validacion_de_la_escal_a_hospitalaria_de_ansi edad_y_depresion_HAD_en_ una_muestra_de_pacientes_con_cancer_del_Instituto_Nacional_de_Cancerologia_de_Colombia/links/56ba2aed08ae3af6847d6666.pdf
- Rovella, A. y González, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*. 179-194. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/184/18417109/>
- Sarudiansky, M. (2012). Neurosis y Ansiedad: Antecedentes Conceptuales de una Categoría Actual. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Conferencia llevada a cabo en XIX Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina.
- Schlatter, J. (2003). *La ansiedad un enemigo silencioso*. Navarra, España: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- Serrano, F. (2002). Depresión en enfermedades médicas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(25), 137-148.
- Sierra, D., Herrán, A. y Vázquez, J. (2001). Epidemiología y factores de riesgo de los trastornos neuróticos. *PSIQUIATRIA.COM*, 5(4). Recuperado de:

<https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/414/>

[396](#)

Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1) ,10-50. Recuperado de:<http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>

Tresguerres, J. (Ed.) (2005). *Fisiología Humana*. Aravaca, Madrid: McGraw- Hill Interamericana.

Ullauri, A., Smith, A., Espinel, M., Castrillón, R., Salazar., Garcés, P. y Jiménez, C. (2009). Estudio de prevalencia de Desórdenes de Oído y Audición OMS-Ecuador. *Revista Académica ecuatoriana*, 1(7), 27-30. Recuperado de: <http://www.aeo.org.ec/Revistas/VOL7%20NO1/Art%EDculo4.pdf>

Vanegas, G., Velecela, J. &Yanza, A. (2013). *Prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en estudiantes de ciclo básico del Colegio Técnico Daniel Córdova Toral, en la ciudad de Cuenca durante el año 2011*(tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Vázquez, F. L., Muñoz, R. y Becoña, R. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. Recuperado de: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Zamora, O., Gómez., Delgado, M., Vázquez, F., Vargas A, M, y Wachter, N. (2016). Asociación entre depresión e hipoacusia en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 54 (2), S140-S147. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims162e.pdf>

Zoch, C. (2002). Depresión. *Caja Costarricense de Seguro Social*. Recuperado de:<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Presión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Oca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo, inquietud, pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
Puntuación total	

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

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

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.