



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA - V Versión”

“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS FUNCIONARIOS DEL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES A NIVEL BOLIVIA”

Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Psicología Clínica”

MAESTRANTE: PATRICIA JHANNET CERVANTES SAAVEDRA

Sucre - Bolivia
2021



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA - V Versión”

“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS FUNCIONARIOS DEL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES A NIVEL BOLIVIA”

Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Psicología Clínica”

MAESTRANTE: PATRICIA JHANNET CERVANTES SAAVEDRA

TUTOR: M.Sc. JOSÉ REYNALDO SAAVEDRA

Sucre - Bolivia
2021

DEDICATORIA

A Tatiana, mi compañera de aventuras, por comprender que mi superación continua.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Andina Simón Bolívar por la apertura de programas de especialización en Psicología con personal calificado para una formación continua.

A todos los docentes del programa por compartir su experiencia profesional, su conocimiento y técnicas útiles para ser buenos psicólogos clínicos.

Al personal del Instituto de Investigaciones Forenses por colaborar con el llenado de instrumentos.

A mi tutor de tesis Msc. José Reynaldo Saavedra, por su paciencia, dedicación y por ser mi guía para poder concluir el presente trabajo.

RESUMEN

El propósito central de la presente investigación fue caracterizar los fenómenos psicopatológicos de la ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia. Se realizó una investigación de carácter cuantitativo de tipo descriptivo y correlacional. La muestra de la investigación, estuvo compuesta por 80 funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de los distintos departamentos de Bolivia, comprendidos entre los 23 a 58 años, tomándose también en cuenta para el estudio variables sociodemográficas como el sexo, el cargo desempeñado y los años de servicio dentro de la institución. Se usaron los siguientes instrumentos de medición. La escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y el Inventario de Depresión de Beck BDI-II. Los resultados obtenidos indican que de manera general toda la muestra del estudio presenta niveles de ansiedad moderados y niveles leves de depresión. En cuanto al puntaje global de ansiedad y depresión con las variables sociodemográficas, solamente se encontraron diferencias significativas en el sexo, siendo las mujeres quienes experimentan mayor ansiedad y depresión en comparación con los varones. Finalmente, el estudio mostró que no existe relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión con las variables sexo, la edad, el cargo desempeñado y los años de servicio dentro de la institución.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, Adultos de edad Temprana y Media.

SUMMARY

The central purpose of this research was to characterize the psychopathological phenomena of anxiety and depression in the officials of the Institute of Forensic Research at the Bolivian level. A descriptive and correlational quantitative research was carried out. The research sample was made up of 80 officials from the Forensic Research Institute of the different departments of Bolivia, ranging from 23 to 58 years old, also taking into account for the study sociodemographic variables such as sex, position held and years of service within the institution. The following measuring instruments were used. The Hamilton Anxiety Scale (HARS) and the Beck BDI-II Depression Inventory. The results obtained indicate that, in general, the entire study sample presents moderate levels of anxiety and mild levels of depression. Regarding the global score of anxiety and depression with the sociodemographic variables, significant differences were only found in sex, with women experiencing greater anxiety and depression compared to men. Finally, the study showed that there is no significant relationship between the levels of anxiety and depression with the variables sex, age, position held and years of service within the institution.

Key Words: Anxiety, Depression, Early and Middle Aged Adults.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PARTE TEORICA

1. Introduccion.....	01
2. Marco Teórico.....	03
2.1. Ansiedad.....	03
2.1.1. Antecedentes históricos de la ansiedad.....	03
2.1.2. Definición y características de la ansiedad.....	05
2.1.3. Etiología de la ansiedad.....	08
2.1.4. Ansiedad en el ámbito laboral.....	09
2.2. Depresión.....	10
2.2.1. Antecedentes históricos de la depresión.....	10
2.2.2. Definición y características de la depresión.....	12
2.2.3. Etiología de la depresión.....	14
2.2.4. Depresión en el ámbito laboral.....	17
3. Planteamiento del Problema.....	19
3.1. Formulación del Problema.....	20
4. Justificación del Estudio.....	21
5. Objetivos.....	23
5.1. Objetivo General.....	23
5.2. Objetivo Específicos.....	23

PARTE EMPÍRICA

6. Diseño de la investigación.....	25
6.1. Participantes.....	25
6.2. Instrumentos.....	26
6.3. Procedimiento.....	27
6.4. Análisis de Datos.....	27
RESULTADOS.....	29
DISCUSION.....	44
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas.....	25
Tabla 2 Niveles de Ansiedad General.....	29
Tabla 3 Niveles de Depresión General.....	30
Tabla 4 Puntuaciones medias y t de Student ansiedad y sexo.....	31
Tabla 5 Puntuaciones medias y t de Student ansiedad y edad.....	31
Tabla 6 Puntuaciones medias y t de Student ansiedad y cargo.....	32
Tabla 7 Puntuaciones medias y prueba Anova ansiedad y años de servicio..	33
Tabla 8 Puntuaciones medias y t de Student depresión y sexo.....	33
Tabla 9 Puntuaciones medias y t de Student depresión y edad.....	34
Tabla 10 Puntuaciones medias y t de Student depresión y cargo.....	34
Tabla 11 Puntuaciones medias y prueba Anova depresión y años de servicio.....	35
Tabla 12 Tablas de contingencia y Chi cuadrado ansiedad y sexo.....	36
Tabla 13 Tablas de contingencia y Chi cuadrado ansiedad y edad.....	37
Tabla 14 Tablas de contingencia y Chi cuadrado ansiedad y cargo.....	38
Tabla 15 Tablas de contingencia y Chi cuadrado ansiedad años de servicio.....	39
Tabla 16 Tablas de contingencia y Chi cuadrado depresión y sexo.....	40
Tabla 17 Tablas de contingencia y Chi cuadrado depresión y edad.....	41
Tabla 18 Tablas de contingencia y Chi cuadrado depresión y cargo.....	42
Tabla 19 Tablas de contingencia y Chi cuadrado depresión-años servicio....	43

PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

Durante la vida adulta, las personas pasan gran parte de su tiempo en el trabajo, por ende, la vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan el bienestar general. Los empresarios y directivos que ponen en práctica iniciativas para promover la salud mental en el entorno laboral y prestan apoyo a los empleados que padecen trastornos mentales comprueban que no solo se obtiene una mejora de la salud del personal, sino que también se produce un aumento de la productividad, en cambio un entorno de trabajo adverso puede ocasionar problemas físicos y psíquicos, un consumo nocivo de sustancias y de alcohol, ausentismo laboral y pérdidas de productividad (OMS, 2017).

Según la OMS (2018) la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación del cansancio y falta de concentración, en su forma más grave puede conducir al suicidio. Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por la presencia de angustia persistente, agotamiento, dificultad para concentrarse, tensión muscular, dolor de cabeza, molestias gastrointestinales, mareos, temblores; dicha sintomatología puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo, los estudios y la capacidad para afrontar la vida diaria (Rivera, 2017).

La depresión y la ansiedad en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio, por todo ello la depresión y la ansiedad se consideran de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.

La presente investigación pretende contribuir al ámbito científico con el conocimiento de los niveles de ansiedad y depresión así como la posible sintomatología presente en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia, debido a que al tratarse de una institución que contribuye con el trabajo técnico científico al Ministerio Público en la investigación de los delitos penales, donde la mayoría del personal laboral está sometido a constante presión como asistir a audiencias, trabajar con las partes de un proceso judicial, cumplir con plazos establecidos para la entrega de su trabajo y estar sujetos a que se les aperture un proceso penal, todos estos pueden constituirse en factores de riesgo para el desarrollo de diversas psicopatologías.

2. MARCO TEÓRICO

La ansiedad y la tristeza son emociones que acompañan a los seres humanos a lo largo de toda su vida, desde el nacimiento hasta los últimos días de su existencia y con una utilidad muy superior a la imaginada por la mayoría de las personas (García 2016).

Las características de la ansiedad y la depresión son manifestadas por una serie de signos y síntomas, de los que algunos son comunes a ambos y otros son específicos, suelen estar presentes tanto en la ansiedad como en la depresión síntomas como afectividad negativa, insomnio, cansancio, irritabilidad y pobre concentración, esta presencia de síntomas comunes es mayor en algunos tipos de ansiedad, como la ansiedad generalizada y la ansiedad social (Gonzales, 2015).

La depresión tiene como característica principal una alteración de la respuesta emocional básica de tristeza o de su correspondiente estado de ánimo (estado de ánimo triste o deprimido), mientras que la ansiedad tiene como característica principal una alteración de la respuesta básica de miedo o ansiedad y su correspondiente estado de ánimo (estado de ánimo ansioso) (García, 2016).

En el ámbito laboral la aparición de la sintomatología ansiosa y depresiva se traduce en una menor productividad, absentismo, un posible abuso de sustancias y alcohol, un incremento de la utilización de los servicios de salud, un mayor número de accidentes laborales, rebaja de su autoestima, otros trastornos mentales y a largo plazo incapacidad temporal y permanente, lo que ocasiona un problema capital para la economía (Castellón et al, 2016).

2.1. Ansiedad

2.1.1. Antecedentes históricos de la ansiedad

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción, el cual consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida, la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza, cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Virues, 2005).

Hay indicios de que la ansiedad fue identificada claramente como un efecto negativo distinto y como un trastorno por separado por los filósofos y médicos grecorromanos, ya Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.) y sus discípulos dejaron una colección de textos médicos denominados el Corpus Hipocrático en donde se recoge la fobia de un hombre llamado Nicanor, el cual, al acudir a fiestas nocturnas, cuando escuchaba a la flautista se alzaban masas de terrores, en los escritos filosóficos estoicos latinos, como los tratados de Cicerón y Séneca, figuran muchos puntos de vista modernos sobre las características clínicas e incluso tratamiento cognitivo de la ansiedad (Puerta, 2018).

En las disputas de Tusculan, la serie de cinco libros escritos por Cicerón (106 a.C. – 43 a.C.), escribió que la aflicción (molestia), la preocupación (sollicitudo) y la ansiedad (angor) se denominan trastornos (aegritudo), debido a la analogía entre una mente con problemas y un cuerpo enfermo, además ofrece una descripción clínica de los diversos efectos normales; el angor (ansiedad) se caracteriza clínicamente como un trastorno “constrictor” u “opresivo” (premens); mientras que la molestia (aflicción) se describe como permanente, y sollicitudo (preocupación) cum cogitatione (como rumiante).

Con esta diferencia es posible como Ciceron hiciese una primitiva distinción (que posteriormente se atribuía a los trabajos de Cattell y Schleir) entre dos maneras diferentes de manifestarse lo que hoy entendemos como ansiedad; una ansiedad estado, que denomina los momentos puntuales e intensos en los que se experimenta este tipo de emoción; y una ansiedad rasgo, que hace referencia a la propensión de cada persona a vivir con ansiedad, de forma más estable (Virues, 2005).

Séneca (4 a.C. – 65 d.C.), otro filósofo estoico, enseñó a sus contemporáneos como lograr liberarse de la ansiedad de su libro *De tranquillitate animi*, en el que define el estado ideal de “paz mental” (*tranquillitas*) como una situación en la que uno no está perturbado (*no concuti*) y que es equivalente a lo que los griegos llamaron *eutimia* (término que actualmente se usa en psiquiatría para denominar la fase de la normalidad situada entre episodios de manía o depresión en pacientes con trastorno bipolar); según Séneca, el miedo a la muerte es el pensamiento principal que nos impide disfrutar de una vida sin preocupaciones, “El que teme a la muerte nunca actuará como lo hace un hombre vivo”, este pensamiento anticipa los desarrollos futuros de Kierkegaard, Heidegger y los filósofos existencialistas sobre la ansiedad fundamentalmente causada por la comprensión del ser humano de que su existencia es finita. (Puerta, 2018).

2.1.2. Definición y características de la ansiedad

Ansiedad, nervios, angustia o estrés son distintas denominaciones para un mismo fenómeno, el miedo; miedo a tener un infarto de miocardio, a morir, a que ocurra alguna desgracia, a atragantarse, a tener vómitos, a producir demasiada o poca saliva, a respirar demasiado o con poca frecuencia, miedo a estar en sitios muy grandes o muy pequeños, miedo a estar con gente o a estar solo, miedo a viajar en automóvil, en tren, en avión, en bus, o a subirse a los ascensores, miedo a objetos concretos, a personas determinadas o a situaciones específicas, miedo a animales, a la administración de inyecciones o

a la visión de sangre, miedo a volverse loco, a perder la cabeza, son preocupaciones irracionales por cosas de la vida cotidiana (Ros, 2004).

La ansiedad es una experiencia emocional normal en los seres humanos, así mismo puede concebirse como un síntoma, como un síndrome, como un trastorno y como una emoción normal, en este último cuando las personas se enfrentan a muchas situaciones desconocidas y potencialmente peligrosas en el curso de su desarrollo, es normal que experimenten miedo y ansiedad, de forma que estas respuestas, desde una perspectiva evolutiva, funcionarían como un mecanismo de protección, ya que prevendría que los niños se encontrasen ante ciertas situaciones potencialmente dañinas (por ejemplo, el miedo a la pérdida súbita de apoyo, a las personas desconocidas, a la separación de los padres, a la oscuridad, etc.) (García, 2016).

“La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que anticipa una posible amenaza, y que prepara el individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológica y conductuales” (Navas, 2012, pág. 498).

La ansiedad se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más presente en la sociedad, que genera miedo, el cual constituye una respuesta instintiva y universal, que tiene como objetivo proteger de los diferentes peligros, estos se pueden agrupar en cinco categorías generales: miedo a los estímulos intensos (ruidos o dolores), a los estímulos desconocidos, (temor a las personas extrañas, a la ausencia de estímulos como la oscuridad), a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo, miedo a la interacción social, y por último a la separación, pérdida o muerte, todo esto puede provocar ansiedad (Hollander, 2004).

Cuando se habla de ansiedad, se refiere a normalidad, la ansiedad es un proceso absolutamente normal en el ser humano, como respuesta automática que se produce en el cerebro, el cual interpreta que existe un peligro para la

vida, cuando existe un motivo real, la ansiedad moviliza y obliga a buscar una solución, de cierto modo la ansiedad ayuda a la persona a resolver el peligro, sin embargo, cuando el peligro no es real, lo que ocurre es que la persona se bloquea y queda indefensa (Ros, 2004).

Cuando se habla de ansiedad como síntoma se refiere a un estado de ánimo centrado en la emoción de miedo, mientras que cuando se habla de ansiedad como síndrome se está aludiendo a un conjunto de síntomas covariantes, que incluye un estado de ánimo ansioso, evitación de situaciones y objetos temidos, preocupación exagerada, insomnio, tensión muscular excesiva, taquicardias, irritabilidad, etc. Por último, cuando se habla de los trastornos de ansiedad se hace alusión a varios síndromes de síntomas de ansiedad que difieren entre sí en cuanto a los síntomas específicos que presentan, las situaciones ante las cuales aparecen las causas que los provocan, etc. (García, 2016).

Según Navarrete (2017), es importante mencionar que la ansiedad es producida por medio de uno o varios estímulos, sin que la persona se percate de ellos, se refleja en la apariencia de la persona por lo que se consideran aspectos fundamentales:

- a. Síntomas físicos:** la ansiedad produce una hiperactividad vegetativa que se manifiesta con dilatación de pupilas, bruxismo (apretar los dientes de manera inconsciente), sensación de ahogo o mareos, temblores en las extremidades, contracciones nerviosas, insomnio, inquietud, rigidez muscular, dolor de cabeza, entre otros.
- b. Síntomas cognitivos:** a nivel de pensamiento, la ansiedad genera preocupación excesiva, inseguridad, temor, pensamientos negativos, pérdida de control, dificultad para pensar, dificultad para encontrar soluciones, dificultades para concentrarse o trabajar.

c. Síntomas conductuales: se representa con alteraciones en el estado de ánimo de las personas como tristeza o llanto repentino, irritabilidad, acciones compulsivas como fumar, beber, o comer en exceso, inquietud motora, ir de un lado para otro sin una finalidad, bloquearse ante determinadas situaciones.

Estas tres áreas no se activan de la misma manera en todas las personas, se encuentran en sujetos que presentan más repercusión de la ansiedad en un área que en otra, los trastornos de ansiedad pueden ser muy variados, aunque todos comparten el núcleo central de la ansiedad como síntomas fundamentales, por su polimorfismo obliga a presentarlos por separado (Jarne et al, 2006).

2.1.3. Etiología de la ansiedad

La ansiedad suele desencadenarse a raíz de acontecimientos estresantes identificables y suelen centrarse en determinados objetos o situaciones (Pinel, 2007).

Navas (2012) menciona que la etiopatogenia de la ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores que son:

a) Factores biológicos, los factores genéticos son importantes en la predisposición de la ansiedad, la vulnerabilidad genética se ha encontrado en su mayoría, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, obsesivo compulsivo y la fobia social.

b) Factores psicosociales, los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel importante en la ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de la ansiedad, se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone la ansiedad en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello.

- c) Factores socioculturales**, no ha sido investigado con profundidad, pero se ha demostrado que existen efectos socioculturales distintos de las personas que manifiestan ansiedad, una de las diferencias es el tipo de reacción que cada persona tiene para afrontar las circunstancias que se le presentan, la otra es que el ambiente social influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se ha desarrollado.
- d) Factores traumáticos**, pasar por un acontecimiento traumático fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.
- e) Factores psicodinámicos**, la ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro de forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo, la ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas, si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivos compulsivos.
- f) Factores cognitivos y conductuales**, se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamiento negativos) proceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales, la ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales, también por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

2.1.4. Ansiedad en el ámbito laboral

Autores como Charoy y Rubio se han planteado que ansiedad y estrés pueden ser considerados sinónimos, por provocar un mismo tipo de reacción emocional, caracterizados por una alta activación fisiológica, siendo la ansiedad una reacción emocional de alerta ante una amenaza, una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, y el estrés es un proceso más amplio de adaptación al miedo, se resalta que la ansiedad es uno de los indicadores de estrés que puede volverse patológico a medida que se hace más intenso (Luengo, et al, 2014).

El estrés es descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado y frustrado (Antúnez, 2012).

La presencia de estrés y ansiedad en el profesional de una institución no siempre es de origen asistencial, sino el ambiente laboral es un factor relacionado con la generación de ambos, el profesional de una institución está diariamente enfrentado a fuentes estresoras, como ser los cambios rápidos no compartidos, las condiciones de trabajo o de responsabilidades (Luengo, et al, 2014).

En el campo laboral, es conocido que el estrés, la ansiedad produce daños a la salud con su consecuente impacto negativo en la productividad de los trabajadores, como tensión física y mental (Perales, 2011).

2.2. Depresión

2.2.1. Antecedentes históricos de la depresión

Al parecer la depresión es una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad, la esquizofrenia probablemente recién pudo ser indagada en los escritos de Shakerspeare, lo que ha atribuido a que recién el hombre estimulado por la Revolución Científica puso a pensar sobre sus pensamientos anormales, en cambio la depresión y la enfermedad maníaco-depresiva aparecen en relatos que preceden por siglos y milenios a aquellos sugerentes de esquizofrenia, quizás porque la alteración del ánimo, son experiencias más fáciles de comprender y están más cerca del “dolor humano”. Relatos antiguos pueden ser aquellos que aparecen en el libro de Samuel acerca de la locura de Saúl y la de Nabucodonosor en el libro de Daniel, ejemplos de exaltación maniaca y tristeza depresiva. En el siglo V a.C., Sófocles describe en Ajax una fase de exaltación seguida de tristeza que lo lleva a la muerte por suicidio (Retamal, 1999).

La palabra depresión proviene del latín depressio, que significa hundimiento, con ella suele designarse tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de diversos componentes (pesimismo, inhibición, psicomotriz, autorreproches, etc.), como al estado afectivo de la tristeza, por lo tanto, se suele afirmar que alguien está deprimido cuando se siente triste, independientemente de que estén presentes o no los demás tipos de sentimientos nombrados (Estalovski, 2004).

Samuel Jonhson cambió el término desorden melancólico por depresión, hacia el final del siglo XIX, este vocablo había desplazado a melancolía en la mayoría de las nomenclaturas, en la actualidad la Organización Panamericana de la Salud plantea que el enfoque de salud se refiere al completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad como se había conceptualizado hasta el siglo XX (Cantero et al., 2009).

El primer tratamiento eficaz para la depresión fue desarrollado recién en la década de los años treinta de este siglo: el electroshock; al comenzar la década de los cuarenta se dispone de una de las mejores terapias, con lo que se cambió radicalmente el sufrimiento de muchos enfermos psiquiátricos, en especial los depresivos, sin embargo recién en las últimas décadas el Electroshock fue mejorado técnicamente (anestesia, relajante muscular, oxigenación, administración unilateral), convirtiéndolo en un procedimiento “más humano” y aceptable para médicos, pacientes y familiares, en la época de los cincuenta se inicia la revolución de la psicofarmacología hasta la actualidad que aún se continua con la administración de antidepresivos (Retamal, 1999).

2.2.2. Definición y características de la depresión

Al hablar de depresión podemos encontrar múltiples definiciones que hacen alusión a sus manifestaciones de acuerdo a las circunstancias y a las características de cada persona; para algunos, la depresión es una dolencia, para otros una enfermedad, y finalmente están los que piensan que es un síntoma o síndrome.

“No existe una definición exacta de la depresión, se puede decir que se trata de una enfermedad con distintos aspectos y caras, una dolencia que tiene el poder de ocultarse detrás de otra más aparente y evidente a los ojos ajenos, surge de manera distinta en cada persona y puede ser el “reflejo” de afecciones físicas o psíquicas” (Estalovski, 2004, pág. 7).

Cuando se habla coloquialmente de depresión (por ejemplo, mi hijo está deprimido, o estoy depre) se alude con el mismo término a tres conceptos diferentes, pero relacionados, por un lado, a la *tristeza normal*, de hecho, el sentirse triste, apenado o abatido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuente en los seres humanos, los niños y adolescentes no son ajenos a este sentimiento normal. Sin embargo, estos estados de ánimo bajo, tan frecuentes en cualquier niño, adolescente o adulto, deben

diferenciarse de la depresión como síntoma, síndrome y como trastorno (García, 2016).

La depresión puede afectar el funcionamiento de todo el organismo, tanto en el aspecto físico como mental, no debe ser considerado como un mal momento, una mala racha, ni reducirla al simple hecho de “estar triste”, no es una enfermedad psicológica aunque pueda tener en su origen y desarrollo aspectos de este tipo, tampoco es una dolencia que alguien pueda provocarse a sí mismo y, por ende, pueda hacer desaparecer por la propia voluntad, la depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión, cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición (Estalovski, 2004).

Por otro lado, la depresión también hace referencia a un *síndrome*, es decir, a un conjunto de síntomas relacionados que aparecen y desaparecen conjuntamente y que suele estar formado por los síntomas de tristeza, irritabilidad, pérdida de interés, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, enlentecimiento psicomotor, insomnio, ideas de suicidio, falta de apetito, pérdida de peso y dificultad para concentrarse (García, 2016).

Para diferenciar lo que podría considerarse “normal” de aquello que consideraríamos “síntoma” de depresión hay que valorar, tal y como se comentaba antes, la frecuencias, intensidad y duración de estos comportamientos. Las quejas de cansancio se convierten en síntomas depresivos cuando por ejemplo aparecen todos los días, independientemente si la persona ha tenido estudios, trabajo, u otras actividades, o si hay fiesta y la persona y se ha quedado descansando en casa, o cuando dichas quejas se refieren a cualquier actividad cotidiana como lavarse y vestirse resultan agotadoras, requieren un gran esfuerzo y llevan el doble de tiempo de lo normal de esa persona, por lo que la valoración de los comportamientos respecto a los niveles previos y al funcionamiento habitual de la persona es otro aspecto clave para la detección de los síntomas depresivos (García, 2016).

A menudo la persona no se da cuenta de lo deprimida que está, debido a que la depresión se ha desarrollado gradualmente, quizá la persona intenta seguir luchando y sobrellevar los sentimientos de depresión manteniéndose ocupado, pero esto puede provocarle aún más estrés y agotamiento, entonces empiezan los dolores físicos tales como dolor de cabeza constante o el insomnio, a veces éstos son el primer signo de una depresión (García et al, 2013).

Finalmente, el término depresión alude también a un término *trastorno*, es decir, a un síndrome depresivo para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración, (por ejemplo, los síntomas aparecen durante un periodo mínimo de dos semanas), gravedad (por ejemplo, el síndrome incluye al menos cinco síntomas y estos provocan malestar clínicamente significativo), curso o historia natural (por ejemplo, los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa) y disfuncionalidad (por ejemplo, los síntomas provocan deterioro social o escolar), y, además, se han descartado algunas posibles causas (por ejemplo, enfermedades médicas, ingestión de medicamentos o drogas, duelo, esquizofrenia), en conclusión, es casi seguro que todas las personas han estado alguna vez tristes en su vida y es posible que muchos de ellos hayan experimentado alguna vez un síntoma depresivo, pero es mucho menos probable que hayan sufrido un síndrome depresivo o un trastorno depresivo tal y como se definen clínicamente (García, 2016).

La depresión no solo es un problema estrictamente sanitario, sino que hay que enmarcarla en un contexto más amplio vinculado al bienestar social, y ello es debido a que tiene profundas implicaciones que afectan negativamente en el bienestar de los pacientes, sus familias y la sociedad en su conjunto, sin embargo, no debe olvidarse que la mayoría de trastornos mentales y especialmente la depresión, son tratables y a menudo prevenibles lo que obliga a una actitud responsable y proactiva en el abordaje de la depresión laboral (Castellón et al., 2016).

2.2.3. Etiología de la depresión

Se desconoce la causa exacta de los trastornos depresivos, pero bibliografía contribuyen factores genéticos y ambientales. La herencia da cuenta del 50 por ciento de la etiología (menos en la denominada depresión de inicio tardío), por lo tanto, es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con este cuadro; los factores genéticos probablemente influyen en el desarrollo de las respuestas depresivas a los eventos adversos (Montes, 2004).

Pareciera que cada persona vive en un mundo diferente, por eso nadie reacciona de la misma manera ante un mismo hecho, nadie responde igual ante una misma dificultad, es por ello que la forma de presentarse un proceso depresivo, puede variar de una persona a otra; los síntomas suelen ser distintos y hasta opuestos de un caso o en otro. Determinar las causas de la depresión no es tarea fácil, esta enfermedad se origina por la confluencia de diversos factores que, en cierto momento, ejercen presión y logran desencadenar una depresión, por lo que hay toda una conjunción de elementos que tienen que ver en la aparición de la enfermedad (Stalovsky, 2004).

En cuanto a su evaluación se identifica que es desfavorable y trae consecuencias como el suicidio, en el apareamiento de la depresión intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales, dentro de los aspectos biológicos se identifican alteraciones a nivel neurotransmisores, citoquinas, hormonas y también se encuentran modificaciones en varios sistemas biológicos como puede ser el nervioso, inmunológico y endocrino, también se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino (Montes, 2004).

Stalovsky (2004), indica que las principales causas pueden deberse a:

- *La herencia* (existe mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando en la historia de la familia está presente la enfermedad, por lo tanto, puede existir el antecedente de haber heredado una predisposición biológica).
- *Factores bioquímicos* (hay estadísticas que indican que las personas con depresión grave tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores).
- *Situaciones estresantes* (la muerte de un familiar o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, un divorcio, etc., pueden ocasionar síntomas de depresión, sostenidos a lo largo del tiempo).
- *Estacionalidad* (hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos).
- *Personalidad* (las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión).
- *Medicamentos* (se sostiene que la administración de ciertas sustancias puede producir alteraciones en el estado de humor de las personas que la ingieren).

Existen diferentes investigaciones relacionadas a la presencia de ansiedad y depresión en el ambiente laboral, como el de Perales y colaboradores, quienes determinan los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en magistrados (jueces y fiscales) del distrito judicial de Lima, Perú, donde se observó que un porcentaje significativo de magistrados presentan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, un cuarto de los encuestados presentan al menos, una de estas condiciones, y a partir del cual se recomienda programas de intervención y prevención dirigidas al manejo de estrés, ansiedad y depresión en conjunto, dada su alta asociación. (Perales et al., 2011).

Aguirre abordó la identificación de factores organizacionales asociados con la depresión que se encuentran presentes en una empresa de

telecomunicaciones para poder partir de la prevalencia y generar propuestas de prevención a través de políticas de calidad de vida laboral, donde se encontró que en dos de los cinco departamentos los factores tienen una presencia mayor en comparación con la totalidad así como una mayor prevalencia en un segmento al dividir la muestra por antigüedad en la empresa, y aportó además 10 factores organizacionales que los empleados asocian con un estado profundo de tristeza los cuales no se habían identificado a un inicio, además que realiza una propuesta para establecer políticas de calidad de vida laboral (Aguire, 2012).

Luengo realiza una relación entre síntomas de ansiedad y estrés laboral en el personal de enfermería de centros hospitalarios en la provincia Ñuble de Chile, tras un evento sísmico, donde encontró que tras este evento ocasionó diversas modificaciones en el ambiente laboral, cuyos cambios estuvieron relacionados con la generación de ansiedad en los profesionales de enfermería que es un pilar fundamental de todas las atenciones de salud, por tanto, en la medida que tengan buena salud mental sus prestaciones serán más efectivas, eficaces y oportunas, incrementando la calidad en la atención a los usuarios (Luengo et al., 2014).

Espinoza identifica la relación existente entre síntomas de ansiedad y depresión, factores psicosociales y el motivo de consulta en población adulta masculina que demanda atención de salud en primer nivel, donde los resultados mostraron que entre los factores predictores de esta sintomatología se encuentran el estrés de la vida, el intercambio negativo en sus interacciones, los hábitos negativos de salud y un ingreso económico menor a 1000 pesos, lo cual confirma una relación entre síntomas de ansiedad, depresión, factores psicosociales y el deterioro de la salud (Espinoza et al., 2015).

2.2.4. Depresión en el ámbito laboral

Buena parte de nuestras vidas transcurre en el lugar de trabajo, por ello, son aspectos a destacar dentro del estudio de la depresión aquellas situaciones para las que el trabajador puede ser especialmente sensible como: malas relaciones con los compañeros o jefes, la actividad rutinaria o repetitiva, las escasas o nulas opciones de ascensos o mejora, aunque son importantes para cualquier persona, adquieren especial relevancia en un trabajador (Vicente et al, 2018).

La depresión no solo es un problema estrictamente sanitario, sino que se enmarca en un contexto más amplio vinculado al bienestar social, y ello es debido a que tiene profundas implicaciones que afectan negativamente en el bienestar de los pacientes, sus familias y la sociedad en su conjunto, así mismo no se debe olvidar que la depresión es tratable y a menudo prevenible lo que obliga a una actitud responsable y proactiva en el abordaje de la depresión laboral (Castellón. Et al. 2016).

Uno de los aspectos que más preocupa esta enfermedad es como afecta la depresión en el trabajo y en sentido contrario, como afecta el desempeño laboral al trabajador con depresión, por lo que se parte de la idea global de que la depresión interfiere con las actividades personales, sociales y laborales y de que genera un alto impacto en la sociedad (Vicente, et al, 2018).

La pérdida de productividad de los trabajadores puede tener un coste económico sobre su impacto en la persona que la padece, las empresas y la productividad laboral, por tanto, los costes sanitarios no son los únicos, sino que se deben añadir costes indirectos vinculados con la capacidad de trabajo y productividad de los trabajadores y por supuesto los derivados a la pérdida de vidas que supone el suicidio vinculado a un trastorno depresivo (Castellón, et al, 2016).

El trabajador con depresión sufre de los mismos síntomas en todos los momentos de su vida y por ello no se puede separar el ámbito laboral del extralaboral, pues ambos están interconectados e influyen conjuntamente en la misma persona (Vicente, et al, 2018).

La sintomatología depresiva se traduce en una menor productividad, absentismo, un posible abuso de sustancia y alcohol, problemas de salud física, un incremento de la utilización de los servicios de salud, una menor satisfacción, un número de accidentes laborales y dificultades académicas (Castellón, et al, 2016).

Por otra parte, la depresión se puede vincular con el síndrome de burnout, afectando la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y desempeño laboral, dicho síndrome se caracteriza por tres componentes: despersonalización, cansancio emocional y reducida auto realización, lo cual conlleva al decremento de la efectividad en el trabajo (Cantero, 2009).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estar deprimido es algo más que estar triste o que llorar mucho, o aún más severo que estar cansado, casi todas las personas experimentan momentos de ansiedad, durante el transcurso de su vida y también numerosos momentos de tristeza, aunque tal vez no sean frecuentes ni tan intensos que puedan llegar a calificarse como depresivos (Echeburúa, 2000).

No cabe duda de que hay una delimitación nosológica clara, así como un enfoque terapéutico diferencial, entre los trastornos graves de ansiedad y los trastornos graves del estado de ánimo, sin embargo, no siempre es posible adscribir nítidamente los síntomas de ansiedad o depresión a alguno de estos dos grupos de cuadros clínicos, de hecho hay un grupo indeterminado, pero numeroso, de pacientes con una mezcla fluctuante de síntomas depresivos, ansiosos y aún obsesivos, generalmente crónicos y no muy graves, que se

presentan frecuentemente de una forma somatizada y que contribuyen a empobrecer de forma significativa la calidad de vida de los sujetos afectados (Echeburúa, 2000).

Las personas diariamente pasan diferentes situaciones en los ámbitos de la vida cotidiana como ser en el ámbito familiar, con la pareja, en el ámbito, social, laboral o académico, los cuales les puede afectar algunos con mayor y otros con menor proporción, sin embargo quienes lo padecen no le dan importancia a los síntomas que van experimentando, menos buscan ayuda y con el paso del tiempo se van cronificando, incluso cuando ya sienten que no pueden salir de un problema solos, les cuesta trabajo tomar la decisión de buscar ayuda profesional, por la idea de que no están locos y que solo los locos asisten al psicólogo.

3.1. Formulación del Problema

Del análisis de la problemática anteriormente redactada surge la siguiente interrogación:

¿Cuál es la caracterización de los fenómenos de ansiedad y depresión de los funcionarios del instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia?

4. JUSTIFICACIÓN

La salud de los trabajadores depende en buena parte del ambiente laboral, concibiendo la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, que incide tanto en el desarrollo de las actividades profesionales como el comportamiento general, es habitual encontrar trabajadores que manifiestan algún síntoma de ansiedad y depresión ya sea que se presente en la conducta, en sus sentimientos y hasta en su físico, afectando todo esto en su desempeño laboral, porque como enfermedades incapacitantes se reflejan en diferentes aspectos, tales como la insatisfacción, baja productividad y en general lo que

se deriva de la enfermedad, como ausentismo, rotación de personal e incidencia en el clima laboral, lo cual puede repercutir en el creciente aumento de los costos humanos, económicos y de productividad, como consecuencia de los casos de ansiedad y depresión y que puede reflejarse como cansancio en el trabajo.

Los ansiedad y la depresión son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad, de hecho muchas personas padecen ambas afecciones, de acuerdo con un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud, se estima que los trastornos por depresión y por ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial 1 billón de dólares en pérdida de productividad (OMS, 2017).

La ansiedad se caracteriza por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real, estos padecimientos afectan grandemente el desempleo laboral, académico y social, consumen muchos recursos de salud y son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares. Cuando se presentan como comorbilidad de la depresión mayor, el abuso de sustancia, los problemas alimentarios y los trastornos severos de personalidad se convierten en el principal obstáculo para tratar esas enfermedades (Martínez, 2011).

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo, entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50 por ciento, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10 por ciento de la población mundial está afectado y los trastornos mentales representan un 30 por ciento de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que, durante la emergencia 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad.

El informe de 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que Brasil es el país que más casos de depresión sufre en Latinoamérica, tiene una prevalencia de 5,8 por ciento, le sigue Cuba con 5,5 por ciento y Paraguay con 5,2; Chile y Uruguay con 5; Perú con 4,8; Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana con 4,7; Ecuador con 4,6; Bolivia, El Salvador y Panamá con 4,4; México, Nicaragua y Venezuela con 4,2; Honduras con 4 y Guatemala con 3,7 por ciento.

Por otra parte, la ansiedad a nivel mundial la OPS en el 2017 ha informado que en relación a los desórdenes de ansiedad han incrementado en un 14,9 por ciento, en ese sentido Brasil es el país de Latinoamérica que más casos de desórdenes de ansiedad, tiene un 9,3 por ciento; le sigue Paraguay con 7,6; Chile con 6,5; Uruguay con 6, 4; Argentina con 6,3; Cuba con 6,1; Colombia con 5,8; Perú y República Dominicana con 5,7; Ecuador con 5,6; Bolivia con 5,4; Costa Rica y El Salvador con 4,6; Nicaragua y Panamá con 4,5; Venezuela con 4,4; Honduras con 4,3; Guatemala con 4,2 y México con 3,6.

Por otro lado, la función pública sin duda es un trabajo que tiene bastante responsabilidad, por las leyes que están en vigencia en la actualidad, para responder por los actos y misiones en el ejercicio de la función pública, y de acuerdo a la normativa vigente pueden estar sujetos a responder por las diferentes responsabilidades que hay, lo cual puede generar sintomatología ansiosa y depresiva de esta población.

En Bolivia si bien existe alguna información sobre ansiedad y depresión, existe una escasa información sobre estudios en esta población. La revisión que se realizó en la base de datos de revistas científicas, publicaciones de los diarios, investigaciones, solamente existen pocas que trabajan esta temática en diferentes poblaciones, y no así enfocada a la población en la que se pretende trabajar en esta investigación, que refiere a los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, con la finalidad de identificar los niveles de ansiedad y depresión en los funcionarios en cuanto al sexo, la edad, cargo

desempeñado y antigüedad en la institución, para así en un futuro proponer estrategias para disminuir estos niveles de ansiedad y depresión si corresponde.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Caracterizar los fenómenos psicopatológicos de la ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia.
- Indagar si existen diferencias a nivel general en ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución.
- Conocer cómo se relacionan los niveles de ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución.

PARTE EMPIRICA

6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio cuantitativo, con un diseño de investigación no experimental de tipo descriptivo-correlacional, considerando esto que la recolección de datos se realizó en un solo momento determinado y no se manipuló de ninguna manera las variables que fueron parte del estudio.

6.1. Participantes

Los participantes involucrados en esta investigación, fueron 80 funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia, hombres y mujeres, entre 23 a 58 años, con un promedio de 38 años de edad. A continuación, se detallan las demás características sociodemográficas en la tabla 1:

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	28	35 %
	Femenino	52	65 %
	Total	80	100 %
Ciudad de Bolivia	Sucre	21	26 %
	La Paz	24	30 %
	Cochabamba	19	24 %
	Santa Cruz	16	20 %
	Total	80	100 %
Cargo Desempeñado	Administrativo	18	23 %
	Perito	62	77 %
	Total	80	100 %
Estado Civil	Soltero	42	53 %
	Casado	38	47 %
	Total	80	100 %
Nivel de Educación	Técnico	8	10 %
	Licenciatura	10	13 %
	Postgrado	62	77 %
	Total	80	100 %
Años de servicio en la institución	Menos de 1 año	17	21 %
	De 1 a 5 años	45	56 %
	De 6 años a más	18	23 %
	Total	80	100 %

6.2. Instrumentos

En la presente investigación para poder obtener los resultados que se consiguió se utilizaron los siguientes instrumentos:

a) Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II)

Creado en 1979, por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, adaptado por J. Sanz, C Vasquez y Dto. I+D Pearson Clínica & Talent Assessment-2011, es un instrumento autoaplicable, que fue utilizado para medir los niveles de depresión en los funcionarios. Consiste en 21 ítems y presenta adecuadas propiedades psicométricas, los cuales escalan un estado de ánimo de mejor a peor. Cada sentencia posee un valor que va de 0 a 3, sumando un total máximo de 63 puntos. Para calificarlo, se consideran puntajes de 0 a 13 como ausencia de depresión; 14 a 19 como depresión leve; 20 a 28 como depresión moderada y 29 a 63 como depresión severa.

b) Inventario de Ansiedad de Hamilton (HARS)

Creado por M. Hamilton en 1959, adaptado por Lobo y cols., 2002, esta escala consta de 14 ítems y está adaptada al español para el manejo de pacientes con ansiedad en la consulta, de la misma forma, se usa como auxiliar en su diagnóstico, es una escala auto y heteroaplicable. Se interroga al sujeto mediante preguntas cerradas y se explican los síntomas que implica la prueba, finalmente, se califica anotando el número de frecuencia con que se presenta el síntoma, según una escala. Los síntomas son los siguientes: estado de ánimo, tensión, temores, insomnio, intelecto, estado de ánimo deprimido, somático, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas autonómicos. Se considera que no hay ansiedad cuando se obtiene un puntaje menor a 18, de 18 a 24 ansiedad leve, de 25 a 28 ansiedad moderada; y de 29 a 56 ansiedad severa.

6.3. Procedimiento

Para llevar a cabo la realización del presente trabajo de investigación, primeramente, se procedió a la revisión bibliográfica con relación al tema de estudio, planteando el objeto de estudio. Posteriormente se tuvo una entrevista con el director nacional del Instituto de Investigaciones Forenses para solicitarle permiso y al mismo tiempo explicarle el objeto de estudio y la importancia del mismo de forma verbal, para luego formalizar el permiso de forma escrita.

Una vez obtenido el permiso por dirección se solicitó a secretaría información relevante sobre el trabajo que se realiza en el Instituto de Investigaciones Forenses, sobre las áreas de trabajo, la misión y visión de la institución, el personal de trabajo y otros relevantes de importancia. Una vez obtenido esta información se procedió a la coordinación con los enlaces departamentales sobre las fechas posibles de la aplicación de los instrumentos.

Se envió los instrumentos a diferentes regionales del Instituto para su aplicación (Santa Cruz, La Paz, Cochabamba) previa coordinación con el enlace departamental y un psicólogo de la institución para la colaboración en la aplicación de los instrumentos, una vez llenado y recogido se devolvió a la ciudad de Sucre; en la ciudad de Sucre se realizó la entrega del instrumento al personal y una vez llenado se recogió para el vaciado de la información de los instrumentos en el paquete estadístico SPSS V.23 para Windows.

6.4. Análisis de Datos

Para el procesamiento estadístico de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 23 con entorno para Windows.

Dentro de los análisis estadísticos se realizaron los siguientes:

- ❖ Estadísticos descriptivos (frecuencias, medias y desviaciones típicas) para el análisis de las diferentes variables.
- ❖ Uso de la prueba t de Student para muestras independientes para el análisis de la ansiedad y depresión general con las variables sexo, edad, y cargo desempeñado dentro de la institución.
- ❖ Se utilizó la prueba Anova de un Factor para para el análisis de la ansiedad y depresión con la variable años de antigüedad dentro de la institución.
- ❖ Se usó la prueba Chi cuadrado, para conocer la relación de los niveles de ansiedad y depresión con las variables sexo, edad, cargo desempeñado, años de servicio dentro de la institución.

RESULTADOS

Los resultados se presentarán siguiendo en el orden establecido en el apartado de objetivos específicos.

1. Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia.

Se presentarán los niveles para Ansiedad y Depresión respectivamente, siguiendo los puntos de corte establecidos en las escalas estandarizadas y adaptadas al español:

a) Niveles de Ansiedad

Las frecuencias y porcentajes de los Niveles de Ansiedad General se muestran a continuación en la tabla 2:

Tabla 2.
Niveles de Ansiedad General (n = 80).

Niveles de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de Ansiedad	27	33.8 %
Ansiedad Leve	18	22.5 %
Ansiedad Moderada	30	37.5 %
Ansiedad Grave o Severa	5	6.2 %
Total	80	100 %

Los resultados de la tabla 2 expresan que el mayor porcentaje de la población general del estudio presenta Niveles Moderados de Ansiedad (37.5%) seguidos de la Ausencia de Ansiedad (33.8%) siendo menor la población que presenta Ansiedad Leve (22.5%) y Severa (6.2%)

b) Niveles de Depresión

Las frecuencias y porcentajes de los Niveles de Depresión General se muestran a continuación en la tabla 3:

Tabla 3.
Niveles de Depresión General (n = 80).

Niveles de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de Depresión	39	48.8 %
Depresión Leve	25	31.2 %
Depresión Moderada	12	15.0 %
Depresión Grave o Severa	4	5.0 %
Total	80	100 %

Los resultados de la tabla 3 expresan que el mayor porcentaje de la población general del estudio presenta Ausencia de Depresión (48.8%) seguidos de Niveles de Depresión Leves (31.2%) siendo menor la población que presenta Depresión Moderada (15 %) y Severa (5 %)

2. Indagar si existen diferencias a nivel general en ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución.

Con el fin de cumplir el objetivo se llevó a cabo una comparación mediante la prueba t de Student para muestras independientes para las variables sexo, edad y cargo desempeñado; así mismo se empleó la ANOVA de un factor para comparar los años de servicio, a continuación, se muestran los resultados más relevantes:

a) Ansiedad General y Sexo

En la tabla 4 se muestran las puntuaciones medias y los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para la Ansiedad General y el Sexo:

Tabla 4

Puntuaciones medias y t de Student en función del sexo (n = 80)

Ansiedad	Sexo	Media	D. T.	t	Sig.
Ansiedad	Masculino	9.14	8.343	-1.938	.056
General	Femenino	13.13	9.016		

Los resultados de la tabla 4 indican puntuaciones medias más elevadas en las mujeres existiendo diferencias significativas entre grupos:

Ansiedad General $t_{(78)} = -1.938$; $p = 0,056$

Siendo las mujeres quienes presentan mayor Ansiedad que los varones.

b) Ansiedad General y Edad

Para poder cumplir este objetivo se recodificó la edad en dos grupos según los criterios de la psicología del desarrollo (Papalia, 2012) Adultos de edad temprana (20-40 años) y Adultos de edad media (41 a 65 años).

En la tabla 5 se muestran las puntuaciones medias y los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para la Ansiedad General y la Edad:

Tabla 5

Puntuaciones medias y t de Student en función de la edad (n = 80)

Ansiedad	Edad	Media	D. T.	t	Sig.
Ansiedad General	Adulthood	11.98	8.893	.311	.756
	Temprana				
	Adulthood Media	11.33	9.159		

Los resultados de la tabla 5 indican que, si bien los Adultos de edad Temprana obtienen puntuaciones medias levemente más altas en Ansiedad General, no existen diferencias significativas entre ninguno de los grupos etarios establecidos.

c) Ansiedad General y Cargo desempeñado

A continuación, en la tabla 6 se muestran las puntuaciones medias y los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para la Ansiedad General y el Cargo desempeñado:

Tabla 6
Puntuaciones medias y t de Student en función del Cargo desempeñado (n = 80)

Ansiedad	Cargo	Media	D. T.	t	Sig.
Ansiedad	Administrativo	10.28	9.572	-.785	.435
General	Perito	12.16	8.786		

Los resultados de la tabla 6 indican que si bien los funcionarios Peritos obtienen puntuaciones medias levemente más altas en Ansiedad General, no existen diferencias significativas entre los cargos desempeñados.

d) Ansiedad General y Años de Servicio en la Institución

Para poder cumplir este objetivo se recodificó los años de servicio en tres grupos: el primero formado por funcionarios que tienen menos de 1 años trabajando en la institución, el segundo grupo por aquellos que tienen trabajando de 1 a 5 años y finalmente aquellos que tienen más de 6 años de servicio.

A continuación, en la tabla 7 se muestran las puntuaciones medias y los resultados de la prueba ANOVA de un factor para la Ansiedad General y los Años de servicio en la institución:

Tabla 7
Puntuaciones medias y ANOVA de un factor en función de Años de servicio

Ansiedad	Años de servicio	Media	D. T.	F	Sig.
Ansiedad	Menor a 1 año	9.65	7.088		
General	De 1 a 5 años	11.44	8.989	1.325	.272
	De 6 años a más	14.44	10.136		

Los resultados de la tabla 7 indican que los funcionarios que trabajan de 6 a más años de servicio en la institución obtienen puntuaciones medias más elevadas en Ansiedad General; sin embargo, los resultados de ANOVA de un factor indican que no existen diferencias significativas entre los grupos establecidos.

a) Depresión General y Sexo

En la tabla 8 se muestra las puntuaciones medias y los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para la Depresión General y Sexo:

Tabla 8
Puntuaciones medias y t de Student en función del sexo (n = 80)

Depresión	Sexo	Media	D. T.	t	Sig.
Depresión	Masculino	9.04	8.338	-2.039	.045
General	Femenino	13.12	8.640		

Los resultados de la tabla 8 indican puntuaciones medias más elevadas en las mujeres existiendo diferencias significativas entre grupos:

Depresión General $t_{(78)} = -2.039$; $p = 0,045$

Siendo las mujeres quienes presentan mayor Depresión que los varones.

b) Depresión General y Edad

Para poder cumplir este objetivo se recodificó la edad en dos grupos según los criterios de la psicología del desarrollo (Papalia, 2012) Adultos de edad temprana (20-40 años) y Adultos de edad media (41 a 65 años).

En la tabla 9 se muestran las puntuaciones medias y los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para la Depresión General y la Edad:

Tabla 9

Puntuaciones medias y t de Student en función de la edad (n = 80)

Depresión	Edad	Media	D. T.	t	Sig.
Depresión General	Adulthood	12.48	8.467		
	Temprana			1.052	.296
	Adulthood Media	10.37	9.080		

Los resultados de la tabla 9 indican que, si bien los Adultos de edad Temprana obtienen puntuaciones medias levemente más altas en Depresión General, no existen diferencias significativas entre ninguno de los grupos etarios establecidos.

c) Depresión General y Cargo desempeñado

A continuación, en la tabla 10 se muestran las puntuaciones medias y los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para la Depresión General y el Cargo desempeñado:

Tabla 10

Puntuaciones medias y t de Student en función del Cargo desempeñado (n = 80)

Depresión	Cargo	Media	D. T.	t	Sig.
Depresión General	Administrativo	10.72	8.837		
	Perito	11.97	8.720	-.532	.596

Los resultados de la tabla 10 indican que, si bien los funcionarios Peritos obtienen puntuaciones medias levemente más altas en Depresión General, no existen diferencias significativas entre los cargos desempeñados.

d) Depresión General y Años de Servicio en la Institución

Para poder cumplir este objetivo se recodificó los años de servicio en tres grupos: el primero formado por funcionarios que tienen menos de 1 años trabajando en la institución, el segundo grupo por aquellos que tienen trabajando de 1 a 5 años y finalmente aquellos que tienen más de 6 años de servicio.

A continuación, en la tabla 11 se muestran las puntuaciones medias y los resultados de la prueba ANOVA de un factor para la Depresión General y los Años de servicio en la institución:

Tabla 11

Puntuaciones medias y ANOVA de un factor en función de Años de servicio

Depresión	Años de servicio	Media	D. T.	F	Sig.
Depresión General	Menor a 1 año	10.00	7.697	.816	.446
	De 1 a 5 años	11.51	8.061		
	De 6 años a más	13.72	10.996		

Los resultados de la tabla 11 indican que los funcionarios que trabajan de 6 a más años de servicio en la institución obtienen puntuaciones medias más elevadas en Depresión General; sin embargo, los resultados de ANOVA de un factor indican que no existen diferencias significativas entre los grupos establecidos.

3. Conocer cómo se relacionan los niveles de ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución.

Con la finalidad de conocer cómo se relacionan los niveles de ansiedad y depresión de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución se recurrió al uso de la prueba Chi cuadrado de Pearson, a continuación se muestran los resultados más relevantes:

a) Niveles de Ansiedad y sexo

En la tabla 12 se muestran las frecuencias observadas y esperadas entre niveles de ansiedad y sexo, el valor de Chi cuadrado y la significación asociada:

Tabla 12
Frecuencias Observadas y Esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de ansiedad y sexo

Niveles de Ansiedad	Frecuencias	Sexo		Total	x ²	Sig.
		Masculino	Femenino			
Ausencia ansiedad	Observada	15	12	27	8.498	.037
	Esperada	9.5	17.6	27.0		
Leve	Observada	6	12	18		
	Esperada	6.3	11.7	18.0		
Moderada	Observada	6	24	30		
	Esperada	10.5	19.5	30.0		
Severa	Observada	1	4	5		
	Esperada	1.8	3.3	5.0		
Total	Observada	28	52	80		
	Esperada	28.0	52.0	80.0		

La tabla 12 muestra cierto grado de asociación $\chi^2 (3) = 8,498$; $p = .037$ sin embargo aplicando medidas simétricas, el valor de la prueba V de Cramer = .326 refiere una asociación baja, y en cuanto a la medida direccional, el valor de Lambda = .180 igualmente es muy bajo por lo que no existe asociación significativa.

b) Niveles de Ansiedad y edad

A continuación, se muestra en la tabla 13, las frecuencias observadas y esperadas entre Niveles de Ansiedad y edad, así como el valor de Chi cuadrado y la significación asociada:

Tabla 13
Frecuencias Observadas y Esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de ansiedad y edad

Niveles de Ansiedad	Frecuencias	Edad		Total	χ^2	Sig.
		A. Temprana	A. Media			
Ausencia ansiedad	Observada	16	11	27	1.225	.747
	Esperada	16.9	10.1	27.0		
Leve	Observada	10	8	18		
	Esperada	11.3	6.8	18.0		
Moderada	Observada	21	9	30		
	Esperada	18.8	11.3	30.0		
Severa	Observada	3	2	5		
	Esperada	3.1	1.9	5.0		
Total	Observada	50	30	80		
	Esperada	50.0	30.0	80.0		

La tabla 13 muestra que el resultado de chi cuadrado no es significativo $\chi^2 (3) = 1.225$; $p = 0,747$ por lo que se infiere que no existe relación entre las variables de estudio, siendo ambas independientes.

c) Niveles de Ansiedad y Cargo desempeñado

A continuación, se muestra en la tabla 14, las frecuencias observadas y esperadas entre Niveles de Ansiedad y el cargo desempeñado, así como el valor de Chi cuadrado y la significación asociada:

Tabla 14
frecuencias Observadas y esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de ansiedad y cargo

Niveles de Ansiedad	Frecuencias	Cargo desempeñado			X ²	Sig.
		Administrativo	Perito	Total		
Ausencia ansiedad	Observada	8	19	27	1.264	.738
	Esperada	6.1	20.9	27.0		
Leve	Observada	3	15	18		
	Esperada	4.1	14.0	18.0		
Moderada	Observada	6	24	30		
	Esperada	6.8	23.3	30.0		
Severa	Observada	1	4	5		
	Esperada	1.1	3.9	5.0		
Total	Observada	18	62	80		
	Esperada	18.0	62.0	80.0		

La tabla 14 muestra que el resultado de Chi cuadrado no es significativo $\chi^2 (3) = 1.264$; $p = 0,738$ por lo que se infiere que no existe relación entre las variables de estudio, siendo ambas independientes.

d) Niveles de Ansiedad y Años de servicio en la institución

En la tabla 15, las frecuencias observadas y esperadas entre Niveles de Ansiedad y Años de servicio, así como el valor de Chi cuadrado:

Tabla 15

Frecuencias Observadas y Esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de ansiedad y años de servicio

Niveles de Ansiedad	Frecuencias	Años de servicio			Total	x ²	Sig.
		Menor 1 año	1 a 5 años	6 años más			
Ausencia de ansiedad	Observada	8	15	4	27	3.793	.705
	Esperada	5.7	15.2	6.1	27.0		
Leve	Observada	3	10	5	18		
	Esperada	3.8	10.1	4.1	18.0		
Moderada	Observada	6	17	7	30		
	Esperada	6.4	16.9	6.8	30.0		
Severa	Observada	0	3	2	5		
	Esperada	1.1	2.8	1.1	5.0		
Total	Observada	17	45	18	80		
	Esperada	17.0	45.0	18.0	80.0		

La tabla 15 muestra que el resultado de Chi cuadrado no es significativo $x^2 (3) = 3.793$; $p = 0,705$ por lo que se infiere que no existe relación entre las variables de estudio, siendo ambas independientes.

e) Niveles de Depresión y Sexo

En la tabla 16, las frecuencias observadas y esperadas entre Niveles de Depresión y sexo, así como el valor de Chi cuadrado y la significación asociada:

Tabla 16

Frecuencias Observadas y Esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de Depresión y sexo

Niveles de Depresión	Frecuencias	Sexo		Total	x ²	Sig.
		Masculino	Femenino			
Ausencia depresión	Observada	19	20	39	6.402	.094
	Esperada	13.7	25.4	39.0		
Leve	Observada	5	20	25		
	Esperada	8.8	16.3	25.0		
Moderada	Observada	3	9	12		
	Esperada	4.2	7.8	12.0		
Severa	Observada	1	3	4		
	Esperada	1.4	2.6	4.0		
Total	Observada	28	52	80		
	Esperada	28.0	52.0	80.0		

La tabla 16 muestra que el resultado de Chi cuadrado no es significativo $\chi^2 (3) = 6.402$; $p = 0,094$ por lo que se infiere que no existe relación entre las variables de estudio, siendo ambas independientes.

f) Niveles de Depresión y Edad

A continuación, se muestra en la tabla 17, las frecuencias observadas y esperadas entre Niveles de Depresión y edad, así como el valor de Chi cuadrado y la significación asociada:

Tabla 17

Frecuencias Observadas y Esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de depresión y edad

Niveles de Depresión	Frecuencias	Edad		Total	x ²	Sig.
		A. Temprana	A. Media			
Ausencia depresión	Observada	22	17	39	2.006	.571
	Esperada	24.4	14.6	39.0		
Leve	Observada	17	8	25		
	Esperada	15.6	9.4	25.0		
Moderada	Observada	9	3	12		
	Esperada	7.5	4.5	12.0		
Severa	Observada	2	2	4		
	Esperada	2.5	1.5	4.0		
Total	Observada	50	30	80		
	Esperada	50.0	30.0	80.0		

La tabla 17 muestra que el resultado de chi cuadrado no es significativo $\chi^2 (3) = 2.006$; $p = 0,571$ por lo que se infiere que no existe relación entre las variables de estudio, siendo ambas independientes.

g) Niveles de Depresión y Cargo desempeñado

A continuación, se muestra en la tabla 18, las frecuencias observadas y esperadas entre Niveles de depresión y el cargo desempeñado, así como el valor de Chi cuadrado y la significación asociada:

Tabla 18

Frecuencias Observadas y Esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de depresión y cargo

Niveles de Depresión	Frecuencias	Cargo desempeñado			x ²	Sig.
		Administrativo	Perito	Total		
Ausencia depresión	Observada	9	30	39	2.066	.559
	Esperada	8.8	30.2	39.0		
Leve	Observada	5	20	25		
	Esperada	5.6	19.4	25.0		
Moderada	Observada	4	8	12		
	Esperada	2.7	9.3	12.0		
Severa	Observada	0	4	4		
	Esperada	.9	3.1	4.0		
Total	Observada	18	62	80		
	Esperada	18.0	62.0	80.0		

La tabla 18 muestra que el resultado de chi cuadrado no es significativo $x^2 (3) = 2.066$; $p = 0,559$ por lo que se infiere que no existe relación entre las variables de estudio, siendo ambas independientes.

h) Niveles de Depresión y Años de servicio en la institución

A continuación, se muestra en la tabla 19, las frecuencias observadas y esperadas entre Niveles de Depresión y Años de servicio, así como el valor de Chi cuadrado y la significación asociada:

Tabla 19

Frecuencias Observadas y Esperadas y valor Chi cuadrado entre niveles de depresión y años de servicio

Niveles de Depresión	Frecuencia	Años de servicio			Total	x ²	Sig.
		Menor 1 año	1 a 5 años	6 años más			
Ausencia de depresión	Observada	8	22	9	39		
	Esperada	8.3	21.9	8.8	39.0		
Leve	Observada	6	16	3	25		
	Esperada	5.3	14.1	5.6	25.0		
Moderada	Observada	3	6	3	12		
	Esperada	2.6	6.8	2.7	12.0	8.237	.221
Severa	Observada	0	1	3	4		
	Esperada	.9	2.3	.9	4.0		
Total	Observada	17	45	18	80		
	Esperada	17.0	45.0	18.0	80.0		

La tabla 19 muestra que el resultado de chi cuadrado no es significativo $x^2 (3) = 8.237$; $p = 0,221$ por lo que se infiere que no existe relación entre las variables de estudio, siendo ambas independientes.

Si bien no se encontraron relaciones significativas entre las variables de estudio las frecuencias más elevadas en cuanto a la variable Ansiedad, pertenecen a los Niveles de Ansiedad Moderada destacando las mujeres (sexo), los adultos de edad temprana (edad), Peritos (cargo) y funcionarios de 1 a 5 años de servicio.

En cuanto a la Depresión predominaron las frecuencias referidas a la Ausencia de depresión y los Niveles Leves destacando las mujeres (sexo), los adultos de edad temprana (edad), Peritos (cargo) y funcionarios de 1 a 5 años de servicio.

Es probable que para obtener los presentes resultados haya podido influir diferentes factores como el haber sido aplicados los instrumentos de forma no

personalizada, los meses en los que se aplicó los instrumentos tomando en cuenta la situación de la pandemia, también el clima laboral que había en los meses de aplicación de los instrumentos, a comparación con la actualidad donde está generando mayor malestar en el personal de la institución, algo que no refleja en los presentes resultados.

También es probable que, si se hubiera considerado otras variables como el número de hijos, estado civil, años de matrimonio, enfermedades en miembros de la familia, podrían influir en la obtención de mejores resultados que podría considerarse variables a ser tomados en cuenta para futuros estudios y poder obtener resultados muchos más completos.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación pretende aportar al ámbito científico con el conocimiento de la caracterización de los fenómenos de la ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia, tomando en cuenta para su estudio variables sociodemográficas inherentes a la población del estudio como sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio.

En este sentido el debate de la discusión se presentará siguiendo el orden de los resultados descrito en el apartado anterior en función de los objetivos planteados.

Los hallazgos encontrados en el estudio refieren que de manera general los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia presentan mayormente niveles moderados de ansiedad (37.5%) seguidos de la ausencia de la misma (33.8%); por otra parte, se identifica también ausencia de Depresión (48.8%) seguidos de niveles de depresión leves (31.2%).

Si bien son escasos los estudios de ansiedad y depresión en instituciones públicas, más aún en el ámbito laboral, se puede citar el estudio de Sum Robles (2015) quien investigó los niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del organismo judicial en la ciudad de Guatemala, encontrando resultados similares ya que su población refería mayores niveles de ansiedad moderados, siendo los y las secretarios (as) de Juzgado quienes se veían más afectados debido a la sobre carga laboral.

La presente investigación también indagó si existían diferencias en las puntuaciones globales de ansiedad y depresión de acuerdo al sexo, la edad, el cargo desempeñado y los años de servicio en la institución; encontrándose únicamente diferencias significativas en la variable sexo, siendo las mujeres más tendientes a la ansiedad y depresión en comparación con los varones.

En concordancia con este estudio, diversas investigaciones (Vázquez, 2007; Cahill, 2006; Carrasco-Galán, et al., 2008; Altemus y Epstein, 2008; Cahill, 2009; Vázquez 2013; Grant y Weissma, 2009) han demostrado que las mujeres son más proclives a la ansiedad y depresión por diversos factores como los biológicos, entre ellos fundamentalmente los genéticos y hormonales; añadido a esto, las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto de la sintomatología ansiosa y depresiva.

Según algunos estudios epidemiológicos (Altemus, 2009; Horst et al., 2009) las diferencias entre los sexos a desarrollar trastornos de ansiedad y depresión, surgen en la adolescencia y tienden a desaparecer en la menopausia en el caso de la mujer. De igual forma, la incidencia de estos trastornos varía según las distintas fases del ciclo hormonal en la que se encuentre la mujer. Si además se tiene en cuenta que los cambios introducidos por las hormonas reproductivas durante la fase intrauterina y la pubertad, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia, modifican claramente la estructura y la función cerebral, todo ello sugiere que las hormonas sexuales juegan un papel determinante en la etiología y en las manifestaciones clínicas ansiógeno – depresivas.

En cuanto a los variables contextuales diversos estudios (Vázquez, 2007; Zarragoitía, 2013; Arbeláez, 2009) refieren que la mujer generalmente se enfrenta a más factores psicosociales que la hacen propensa al desarrollo de sintomatología ansiosa-depresiva, tales como la doble jornada de trabajo (centro laboral y el hogar), ya que muchas mujeres muy aparte de la actividad profesional o laboral, se encargan de las tareas domésticas del hogar y la crianza y educación de los hijos.

Según Vázquez, (2007) existen también otros factores que persisten y las afectan de manera específica, como el estrés derivado del embarazo (más aún si es no planificado), el parto, la crianza de los hijos, más aún si en la relación

de pareja existe dependencia económica o afectiva; de igual forma si ocurre un divorcio en la mayoría de las ocasiones a la mujer le corresponde quedarse con los hijos, muchas veces sin sustento económico siendo un factor altamente estresante, ya que es más frecuente la existencia de la madre soltera que el padre soltero.

Sumado a esto, siguiendo a Arbeláez (2009) la mujer es con mayor frecuencia víctima de la infidelidad de pareja y lo tolera más, lo que en la mayoría de los casos perpetúa el sufrimiento. Las mujeres son más propensas a sufrir maltratos, abusos e incluso violaciones a lo largo de la vida y con mayor frecuencia es la víctima en la violencia conyugal. Existiendo correlaciones altas entre maltrato hacia la mujer y psicopatología ansiosa depresiva.

Finalmente, en esta investigación se indagó la relación entre los niveles de ansiedad y depresión con las variables sociodemográficas sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución a través de la prueba Chi cuadrado, no encontrándose ninguna relación significativa entre las variables de estudio propuestas para la investigación.

En cuanto a estudio previos si bien son escasos se encontraron algunos (Sum Robles, 2015; García Rivera, 2015) quienes de igual forma no encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión relacionadas con sus variables sociodemográficas; sin embargo, existen coincidencias en cuanto al sexo. ya que su población de mujeres de igual forma presentó mayores frecuencias en niveles de ansiedad moderados y niveles leves en cuanto a depresión. En cuanto al cargo desempeñado se encontraron diferencias ya que en los estudios realizados por estos autores los cargos administrativos eran quienes presentaban mayores frecuencias en ansiedad y depresión moderada, probablemente producida por la excesiva demanda laboral a la que tienen que enfrentarse en sus funciones dentro de la institución.

CONCLUSIONES

Las conclusiones se presentarán de acuerdo a los objetivos establecidos, los resultados alcanzados y el debate de la discusión:

1. Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia.

Los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia presentan Niveles Moderados en cuanto a la Ansiedad experimentada; en lo referido a la Depresión presentan ausencia de la misma o Niveles Leves. Si bien los índices no son alarmantes, es necesaria tomarlos en cuenta para futuros proyectos de prevención que aminorensu impacto. Es muy probable que estos niveles encontrados en la investigación sean resultado de la excesiva carga laboral y las fuentes de estrés constantemente presentes debido a las características del trabajo en la institución.

2. Indagar si existen diferencias a nivel general en ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución.

Se realizaron comparaciones entre las puntuaciones globales de ansiedad y depresión de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución de los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel Bolivia, encontrándose diferencias únicamente en el sexo, siendo las mujeres quienes presentaron mayor ansiedad y depresión en comparación con los varones. Es posible que esto se deba a diversos factores como los biológicos, y psicosociales que podrían hacer más vulnerables a las mujeres al efecto de la sintomatología ansiosa y depresiva.

3. Conocer cómo se relacionan los niveles de ansiedad y depresión en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses de acuerdo al sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución.

En el presente estudio no se encontraron relaciones significativas entre los niveles de ansiedad y depresión con las variables sociodemográficas sexo, edad, cargo desempeñado y años de servicio en la institución. Esto nos indica que en los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses los niveles de ansiedad y depresión experimentados no dependen de las variables sociodemográficas anteriormente citadas. Es probable que los niveles de ansiedad y depresión dependan de otros factores contextuales o de situaciones vitales (condiciones económicas, desempleo, ruptura de relaciones, problemas familiares, fallecimiento de seres queridos, etc.) que no pudieron ser incluidas en esta investigación, sin embargo, es un punto de partida para futuros estudios posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, J. (2012). *Factores organizaciones asociados con la depresión y propuestas para su prevención a través de políticas de calidad de vida laboral*. [tesis de maestría, Universidad Nuevo León de México]. Repositorio Institucional UANL. <https://cd.dgb.uanl.mx/bitstream/handle/201504211/5369/20643.pdf?s>
- Altemus, M. (2009). *Neurobiología, sexo y género*. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Altemus, M. y Epstein, L. (2008). Sex differences in anxiety disorders. En J.B. Becker, K.J. Berkley, N. Geary, E. Hampson, J.P. Herman y E.A. Young. *Sex differences in the brain*, (pp. 397-404) Oxford University Press.
- Arbeláez, G. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324.
- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2012). *Ley Orgánica del Ministerio Público. Ley N° 260. La gaceta*. <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/260>
- Cahill, L. (2006). Why sex matter for neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 477-484.
- Cahill, L. (2009). Dimorfismo sexual cerebral. Instinto sexual. *Investigación y Ciencia*, 56, 62-70.
- Cantero, E., Ramirez, J. (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 47 (6): 627-636.

- Carrasco-Galán, I. y Espinar-Fellmann, I. (2008). Trastornos de ansiedad y género. *Mente y Cerebro*, 31, 12-21.
- Caryell, W. (2018). Trastornos depresivos. Consultado 20 de julio del 2020, de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
- Castellón, E., Ibern, P., Gili, M., Lahera, G., Sanz, J., Saiz, J. (2016). El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*. 23(3): 112-117.
- Echeburúa, E. Salaberria, K. De Corral, P. Cenea, R. Berastegui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: Resultados de una investigación experimental. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*. Vol 26, N° 108; 509-533.
- Espinoza, M., Orozco, L., Ybarra, J. (2014). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*. 38.
- Estalovski, B. (2004), *Cómo vencer la Depresión*. Buenos Aires: Gidesa. Salud Mental. 38.
- García, B., Maldonado, S., Ramírez, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*. 11. 65-73.
- García, M. Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- García, J., Noguerras, V. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. España: Servicio Andaluz de Salud.

- Gonzales, L.P., Castillo M.D. (2015). *Ansiedad y Depresión: Relaciones con Personalidad*. Consultado el 25 de junio del 2020, de: https://www.researchgate.net/publication/274376517_Ansiedad_y_depresion_Relaciones_con_personalidad
- Grant, B.F. y Weissman, M.M. (2009). *Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos*. En: W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hollander, E. y Simeon, D. (2004). *Trastornos de ansiedad*. España: Gea Consultoria Editorial S.L.L.
- Horst, G.J., Wichmann, R., Gerrits, M., Westenbroek, C. y Lin, Y. (2009). Sex differences in stress responses: Focus on ovarian hormones. *Physiology and Behavior*, 97, 239-249.
- Jarne, A., Talarn, A., Armoyones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Eureka Media, SL.
- Luengo, C., Astudillo, A., Contreras, S. (2014). Relación entre los cambios del ambiente laboral ocasionados postevento sísmico del 27 de febrero 2010 y la presencia de Ansiedad y Estrés laboral en el profesional de Enfermería. *Ciencia y trabajo*. 49.
- Martínez, M., López, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurología y Psiquiatría*. 44, 101-107.
- Montes, C. (2004). La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. *Vitae: Academia Biomédica Digital, ISSN-E*. 18,1317-987.

- Muriana, E., Pettino, L., Verbitz, T. (2007). *Las caras de la depresión*. España: Herder.
- Navarrete, M. (2017). *La Ansiedad: ¿Cómo nos afecta?*. Consultado 18 de julio del 2020, de: <https://guiadelasalud.info/blog/2017/12/18/la-ansiedad-como-nos-afecta/>
- Navas, W., Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 604, 497-507.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Día mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Consultado 28 de noviembre del 2018, de: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión, Una preocupación mundial de salud pública*. Consultado 28 de noviembre del 2018, de: https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Consultado 25 de noviembre del 2018, de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Perales A., Chue H., Padilla A., Barahona L. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima Perú. *Revista Perú. Med. Exp. Salud pública*. 28.
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Pearson: España.

- Puerta, V. (2018). *La ansiedad en la historia*. Amadag. Consultado el 15 de julio del 2020, de: <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>
- Retamal, P. (1999). *Depresión. Guía para el paciente y la familia*. Chile: Universitaria, S.A.
- Rivera, L. (2017). *Hablemos de ansiedad en el Día Mundial de la Salud Mental*. Consultado 28 de noviembre de 2018, de: <https://tecreview.tec.mx/hablemos-de-ansiedad-en-el-dia-mundial-de-la-salud-mental/>
- Ros, R. (2004). *Stop a la ansiedad sin pastillas*. España: Magalian TraceCommnications S.L.
- Sum Robles, M.R. (2015). *Niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del organismo judicial de la cabecera departamental de Huehuetenango*. Tesis de Grado para la licenciatura en Psicología Industrial/organizacional, Guatemala.
- Vázquez Machado A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Rev Neuropsiquiatría*, 27, 88 – 95.
- Vázquez Machado A. (2013). Depresión: Diferencias entre género. *Rev Neuropsiquiatría*, 70, 200 -255.
- Vázquez Machado A. (2007). Factores psicosociales asociados a la depresión. *Rev Ciencias de la Salud*, 1(1), 5-11.
- Virues, R. (2005). *Estudio sobre ansiedad. Psicología Clínica y Psicoterapia*. Consultado el 12 de julio del 2020, de: <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>.

A N E X O S

ANEXO 1

**CARTA DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE
INVESTIGACIONES FORENSES A NIVEL BOLIVIA**



MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO

Sucre, 03 de julio de 2020

Señor:

Dr. Andres Flores Aguilar

DIRECTOR NACIONAL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

Presente.-



Ref. A su conocimiento; Solicitud autorización de información y aplicación de cuestionarios

De mi mayor consideración:

Mediante la presente reciba un saludo cordial y deseos de éxito en su delicada y acertada función que realiza por el bien de la institución.

Así mismo comunicarle a su autoridad que la suscrita realizó la Maestría en Psicología Clínica Versión-V, y para culminar dicho programa es necesario realizar la Tesis de grado que lleva por título "Niveles de Ansiedad y Depresión en funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses", motivo por el cual solicito muy respetuosamente pueda su autoridad darme su venia para poder recabar información sobre el personal del IDIF y poder aplicar cuestionarios a los funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses a nivel nacional que actualmente trabajan en la institución, para así poder contar con la información necesaria y culminar con este trabajo.

Comprometiéndome a entregar un informe final con los resultados más destacados y principales conclusiones del trabajo de investigación, que permitan aportar a la institución.

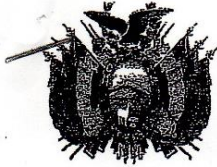
Esperando una respuesta favorable, sin otro particular me despido con las consideraciones de mayor respeto. Atentamente.

c.c./Arch.


 Patricia J. Cervantes Saavedra
 PSICOLOGA FORENSE
 Instituto de Investigaciones Forenses
 Fiscalía General del Estado

ANEXO 2

RESPUESTA DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES FORENSES



HOJA DE RUTA N° 0000447
 DIRECCION NACIONAL IDIF
 FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO



INGRESO

FECHA: 03-07-2020 HORA: 14:46 CITE:

REMITENTE: Lic. Patricia Cervantes

REFERENCIA: A consecuencia de solicitud autorización de entrega y aplicación de cuestionarios

ADJUNTA:

IDIF (DERIVACIÓN) DESTINO.....

<input type="checkbox"/> Enlace Administrativo	<input type="checkbox"/> Secretaría IDIF
<input type="checkbox"/> División de Medicina Forense	<input type="checkbox"/> División de Recepción y Custodia de Evidencias
<input type="checkbox"/> División de Laboratorio Criminalística	<input type="checkbox"/> División de Investigadores Especiales
<input type="checkbox"/> División de Laboratorio Clínico	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIÓN

<input type="checkbox"/> Procesar	<input type="checkbox"/> Autorizado	<input type="checkbox"/> Archivo	<input type="checkbox"/> P/Conocimiento
<input type="checkbox"/> Procesar Previo Análisis	<input type="checkbox"/> Favor Atender	<input type="checkbox"/> Análisis e Informe	<input type="checkbox"/>

Lic. Patricia Cervantes Solicitud aceptada bajo el compromiso de que el trabajo final sea entregado al IDIF	FECHA:	FIRMA	RECIBE
		Dr. Andrés Flores Aguilar DIRECTOR NACIONAL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO	

NUEVA INSTRUCCIÓN:

	FECHA:	FIRMA	RECIBE
		Lic. Patricia J. Cervantes Saavedra PSICOLOGA FORENSE Instituto de Investigaciones Forenses Fiscalía General del Estado 07-07-2020	

ANEXO 3

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Por favor rellene los siguientes datos:

Sexo: Hombre Mujer

Edad en años: _____

Nivel de educación: Bachiller Técnico
Licenciatura Diplomado
Especialidad Maestría
Doctorado

Estado Civil: _____

Número de hijos: _____

Edad de los hijos (escribir en forma descendiente): _____

Lugar de procedencia: _____

Ciudad en la que trabaja: _____

Cargo que ocupa en la institución: _____

Antigüedad continua en el IDIF (en meses y/o años): _____

Sus respuestas en los diferentes instrumentos servirán para realizar una investigación que lleva por título "Niveles de Ansiedad y Depresión en funcionarios del Instituto de Investigaciones Forenses" que coadyubara a reflejar si el funcionario presenta alguna de las situaciones que mencionan los instrumentos.

En los instrumentos no es necesario llenar datos (nombre, edad, etc.), ya se llenó los datos necesarios en esta página, por favor leer la instrucción de cada cuestionario y responder con mayor honestidad posible.

ANEXO 4

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Seleccione en cada cuestión la respuesta que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento. Las definiciones que siguen al enunciado de cada cuestión son ejemplos que pueden servir de guía.

HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Pesimismo. Aprensión. Miedo al Futuro. Irritabilidad.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

TENSIÓN: Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

MIEDOS: A la oscuridad. A lo desconocido. A quedarse solo. A la muchedumbre. A los animales grandes.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

INSOMNIO: Dificultades de conciliación del sueño. Sueño interrumpido. Pesadillas.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

FUNCIONES INTELECTUALES: Dificultad de concentración. Mala memoria.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

SINT. SOMATICOS MUSCULARES: Dolores y molestias musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

SINT. SOMATICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Sofocos o escalofríos. Sensación de debilidad.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima
(Invalidante)

SINT. CARDIOVASCULARES:
Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensaciones de baja presión o desmayos.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima (Invalidante)

SINT. RESPIRATORIOS: Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima (Invalidante)

SINT. GASTROINTESTINALES:
Dificultad para tragar. Dificultades evacuatorias. Gases. Nauseas, vómitos. Diarrea. Perdida de peso. Estreñimiento.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima (Invalidante)

SINT. GENITOURINARIOS:
Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea. Impotencia. Eyaculación precoz.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima (Invalidante)

SINT. DEL S.N.A.: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima (Invalidante)

CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Temblor en las manos. Respiración entrecortada. Palidez.

0. Ausente
1. Intensidad Ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad Elevada
4. Intensidad Máxima (Invalidante)

Corrección:

No hay ansiedad	< 18
Ligera Ansiedad	18 a 24
Ansiedad Moderada	25 a 28
Ansiedad Severa	29 a 56

ANEXO 5

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI-II

Instrucciones: A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Lea con atención cada una de las frases y marque con una cruz lo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo