



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

## **LA CONVIVENCIA ENTRE UNA PERSONA Y UN PERRO Y SU ASOCIACIÓN CON LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.**

Presenta la Tesis para obtener el  
Diploma de Especialidad en Psiquiatría.

**Dra. Celeste Roxana Rosas Torres**

ASESORES DE TESIS:

Dr. Horacio Reza Garduño Treviño

Asesor Teórico

Mtra. Janet Jiménez Genchi

Asesor Metodológico

Ciudad de México, 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos.**

***A mi familia que me inculcó amar y respetar a la naturaleza; a mi pareja, asesores y amigos por su apoyo en este camino.***

## ÍNDICE

	Página
Introducción.....	1
Marco teórico.....	5
• Historia.....	6
• La naturaleza en el desarrollo humano.....	8
• La elección de un perro.....	10
• Beneficios de la interacción humano- animal.....	10
• Trastornos depresivos.....	18
• Trastornos de ansiedad.....	27
Justificación y planteamiento del problema.....	41
Objetivos.....	44
Hipótesis.....	44
Variables.....	45
Muestra.....	46
Participantes.....	46
Criterios de selección.....	47
Tipo de estudio.....	49
Instrumentos.....	49
Procedimiento.....	51
Consideraciones éticas .....	53
Resultados.....	54
Discusión.....	60

Conclusión.....	63
Alcances y limitaciones.....	64
Referencias.....	65
Anexos:	
Carta de consentimiento informado .....	69
Carta de revocación del consentimiento informado .....	70
Instrumentos.....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS, CUADROS, TABLAS Y GRÁFICAS

### **ABREVIATURAS.**

TAA: Terapia Asistida con Animales.

AAA: Actividad Asistida con Animales.

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

EUA: Estados Unidos de Norteamérica.

MINI: Entrevista neuropsiquiátrica internacional (Internacional Neuropsychiatric Interview).

### **CUADROS.**

	Página
Cuadro 1: Entrevista clínica estructurada MINI para depresión.....	71
Cuadro 2: Entrevista clínica estructurada MINI para ansiedad.....	74
Cuadro 3: Encuesta rápida para evaluación de la convivencia con un perro...	76

### **TABLAS.**

Tabla 1: Trastornos de ansiedad.....	56
Tabla 2: Trastornos depresivos.....	57
Tabla 3: Tiempo y tipo de convivencia entre la persona y su perro de acuerdo a cada grupo de estudio.....	58

### **GRÁFICAS.**

Gráfica 1: Porcentaje de sexo por grupo.....	55
Gráfica 2: Comparación de participantes con perro por grupo.....	59

## **La convivencia entre una persona y un perro y su asociación con la depresión y ansiedad.**

### ***RESÚMEN.***

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado a la depresión y la ansiedad como unas de las enfermedades más graves del mundo.

La soledad, la falta de compañía, la depresión, la ansiedad y el pobre soporte social son los mayores factores de riesgo que impiden el bienestar de una persona y a medida que éstos se acentúan existe un mayor riesgo de suicidio. Para algunas personas, tener un perro viviendo con ellos les brinda una gran compañía. Varios estudios de investigación en Estados Unidos, Asia y Europa han demostrado que el convivir con un perro es un factor protector contra la depresión y la ansiedad. En aquellas personas que se encuentran con depresión o ansiedad se ha observado que su padecimiento mejora al convivir con un perro y la frecuencia de que los dueños de perros presenten depresión o ansiedad es menor en comparación con aquellas personas que no tienen perro.

**OBJETIVO:** Identificar si existe diferencia entre las personas que conviven o no con un perro y la presencia de depresión o ansiedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizará un estudio de casos y controles, utilizando un diseño observacional retrospectivo. El primer grupo de casos serán 30 pacientes con diagnóstico de depresión en cualquiera de sus variantes y que se encuentren acudiendo a la consulta externa del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"; el segundo grupo de casos serán 30 pacientes con diagnóstico de ansiedad en cualquiera de sus variantes y que se encuentren acudiendo a la consulta externa del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"; y un grupo control de 30 personas sin enfermedad psiquiátrica. Se les aplicará la Entrevista clínica estructurada MINI para depresión y ansiedad, seguida de la Encuesta rápida para evaluación de la convivencia con un perro.

**RESULTADOS:** el análisis mostró que sí hay diferencia estadísticamente significativa entre los 3 grupos, la cual fue 0.03, R de Pearson -0.218; esto es, las personas sin trastornos ansiosos ni depresivos son aquellas que más conviven con un perro.

**PALABRAS CLAVE:** convivencia, perro, depresión, ansiedad.

## **La convivencia entre una persona y un perro y su asociación con la depresión y ansiedad.**

### ***INTRODUCCIÓN.***

La depresión es el padecimiento más frecuente de todos los trastornos psiquiátricos y es el más frecuente alrededor del mundo. Provoca deterioro funcional, riesgo suicida, carga económica y el mayor número de años con incapacidad en Estados Unidos de Norteamérica (EUA).

Cerca del 20% de la población de EUA han experimentado un episodio depresivo en su vida, más de 80% de esos individuos han tenido múltiples episodios depresivos. Existe una alta prevalencia de recurrencia y el costo social es alto.<sup>12</sup>

Los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos. El National Comorbidity Study indicó que uno de cada cuatro individuos cumplía los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad y que la prevalencia a los 12 meses era del 17.7%, teniendo mayor prevalencia en las mujeres a lo largo de la vida (30.5%) que en los hombres (19.2%).<sup>21</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado a la depresión y la ansiedad como unas de las enfermedades más graves del mundo.<sup>12</sup>

Todas las personas tienen que amortiguar muchas de sus emociones. En la medicina, la psiquiatría y la psicología se pauta el amortiguamiento de ese devenir buscando un bienestar psicoemocional y afectivo. El perro por ejemplo, puede

volverse un reflejo emocional que evidencia el estado interno de su amo, como un canal de comunicación para el mejoramiento de la calidad de la vida humana. Los animales se pueden convertir en aliados del psicoterapeuta.

Un perro puede desarrollar un vínculo afectivo unidireccional porque sabe que si tiene algún comportamiento específico que gusta a su amo, puede tener una ganancia y esto determina su supervivencia. Los humanos ven a los perros como seres que les aceptan y dependen de ellos, se sienten seguros y son capaces de expresar sentimientos que no habían sabido compartir.

Un perro es visto por su amo como un acompañador, un caminante en su habitación para cuidarlo y acicalarlo, estableciendo un vínculo afectivo constante el cual provoca emociones y se amolda de manera muy simple a una necesidad humana.

La Delta Society refiere que las Actividades Asistidas con Animales tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida del individuo mediante el uso del vínculo persona-animal, pero no están dirigidas por un terapeuta ni tampoco son registradas o evaluadas de manera diferente de las otras interacciones con animales.<sup>15</sup>

La Terapia Asistida con Animales (TAA) y las Actividades Asistidas con Animales (AAA) han sido empleadas en varias instituciones para pacientes ancianos (personas mayores de 65 años). La mayoría de los ancianos que llegan a residir a un asilo con facilidad se sienten deprimidos, solos y desorganizados. Muchos de esos residentes solían ser dueños de mascotas y el contacto de nuevo con un

animal puede traerle muchos recuerdos agradables, además de que el contacto con un animal dentro del asilo puede brindarles la oportunidad de platicar sobre ello y socializar con otros residentes.<sup>2</sup>

Las visitas de los perros a estos pacientes empezaron a ser una herramienta innovadora para mejorar las condiciones psicológicas de los pacientes, gracias a la mejoría en la comunicación, disminución de la apatía, disminución de la sensación de soledad, síntomas de depresión y de ansiedad.<sup>1</sup>

La dinámica emocional que vivencía un paciente dentro de una institución al ver a un perro a su lado, aportándole seguridad, brindándole cariño, evocando recuerdos afectivos y provocándole acciones neurocognitivas y físicas es positiva y benéfica para su salud.<sup>15</sup>

En 2003 Katcher, Ohman, Sebkova y Holcomb del departamento de psicología de la universidad de Stellenbosch realizaron estudios en los que comentaron el beneficio de la Terapia Asistida con Animales en la salud de las personas, para relajación, disminución del estrés, ansiedad y depresión.<sup>2</sup>

Varias investigaciones tienen la teoría de que la Terapia Asistida con Animales puede ayudar también a las personas que sufren de síntomas de Alzheimer, manteniendo sus emociones positivas, su sentido de responsabilidad, motivación y socialización.<sup>4</sup>

En 1995 la Asociación Americana de Medicina reconoció los beneficios de la Terapia Asistida con Animales en varios hospitales de Chicago como el Hospital

Schwab de rehabilitación y cuidados, Hospital Grant, Hospital Shriners para niños discapacitados y el Instituto de Rehabilitación de Chicago.<sup>9</sup>

Erik Erikson, psicólogo estadounidense, mencionó que la relación que se establece entre los seres humanos y los animales de compañía estará influenciada en la etapa evolutiva de la persona, por sus experiencias previas y en la primera infancia, por las actitudes de los padres y los abuelos con respecto a los perros, gatos u otros animales.

La relación humano-animal expresa una necesidad personal, los aman, les temen, les quieren, los cuidan, pero también hay momentos en los que lloran porque durante el tiempo que disfrutaron de su compañía aprenden de ellos a amar a los demás y no aceptan perderlos, es una expresión de amor por la vida misma, es poder manifestar el amor sublime y el respeto por los demás.<sup>15</sup>

## **MARCO TEÓRICO.**

El estado de ánimo es un tono vital interno dominante y mantenido que influye en el comportamiento de la persona y en su percepción del mundo. El afecto es la percepción externa del estado de ánimo.<sup>14</sup>

La soledad, la falta de compañía, la depresión, la ansiedad y el pobre soporte social son los mayores factores de riesgo que impiden el bienestar de una persona y a medida que éstos se acentúan existe un mayor riesgo de suicidio. Para algunas personas, tener un perro viviendo con ellos les brinda una gran compañía.

La convivencia con un perro ofrece una mejora accesible en la calidad de vida de las personas. Los perros brindan un sistema de soporte incondicional en cualquier momento del día y la noche, cuando la familia o amigos se encuentran ocupados o inaccesibles. Tener una cálida y aceptable compañía a la mano, provee un bienestar siempre disponible cuando se le necesite, relajación o entretenimiento. Además, las necesidades de un perro son simples y accesibles.<sup>17</sup>

La convivencia de una persona con un perro es que la persona dedica tiempo de su día para estar cerca de él, observarlo, hablar con él, brindarle cuidados como darle de comer y beber, jugar con él, cepillarlo y sacarlo a pasear.<sup>1</sup> Y generalmente es el dueño del perro el que realiza todas o la mayoría de esas actividades.

Desde hace muchos años inició la convivencia entre personas y perros y con el paso del tiempo su relación se ha hecho más estrecha, de manera que se han observado varias virtudes en los perros que son de utilidad para los humanos,

entre ellas la convivencia con él, la cual ha sido llevada a cabo en diferentes épocas y de diferentes maneras, mostrando ser un “amortiguador” emocional.

## **HISTORIA.**

John Locke en 1699 registró la importancia de darle una mascota a un niño para desarrollar sentimientos de ternura y responsabilidad.<sup>2</sup>

Existen registros en la literatura que revelan que las mascotas han sido usadas como parte de la terapia médica desde 1792 por la Quaker Society of Friends York Retreat en Inglaterra. En 1880, Florence Nightingale reportó la importancia de los animales de compañía en el tratamiento de dolencias físicas. En 1919 el ejército norteamericano promovió el empleo de perros como intervención terapéutica en pacientes psiquiátricos del hospital St. Elizabeth en Washington. En 1961 el Dr. Boris Levinson incrementó el reconocimiento del valor del vínculo humano-mascota, reportando que el empleo de perros en psicoterapia con niños mejoró la expresión de sus sentimientos durante las sesiones. En 1990 el Dr. William Thomas desarrolló un entorno terapéutico llamado “alternativa Edén” que buscaba asimilar el mundo natural, incluyendo animales en sitios de cuidados prolongados.<sup>2,9</sup>

En 1930 Hans Selye un joven austriaco de 20 años de edad y estudiante de segundo año de medicina de la Universidad de Praga, hijo del cirujano Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, falta

de apetito y pérdida de peso. A ello lo denominó “Síndrome de estar enfermo” y actualmente se conoce con estrés. El estrés se define como una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Lo que en situaciones apropiadas puede salvarnos la vida, se convierte en un enemigo mortal cuando se extiende en el tiempo.<sup>15</sup>

La sociedad Delta describe la Terapia Asistida con Animales (TAA) como una intervención dirigida en donde el animal es parte integral del tratamiento y es dirigido por expertos con entrenamiento profesional. Las Actividades Asistidas con Animales (AAA) son más informales y pueden ser conducidas por profesionales o voluntarios con sus animales.<sup>2</sup>

En Europa y en Estados Unidos de Norteamérica, la TAA ha sido incluida en los cuidados médicos desde que en 1970 Levinson y Corson comenzaron a promover los beneficios en la salud que produce la interacción humano- animal en la psicoterapia.<sup>4</sup>

Fraser demostró que el vínculo entre personas y mascotas promueve el bienestar físico y emocional en los humanos.<sup>5</sup>

Pero la interacción y convivencia entre humanos con animales y el entorno natural tiene además efectos psicológicos en el primero que influirán en su comportamiento durante toda su vida.

## LA NATURALEZA EN EL DESARROLLO HUMANO

La interacción y las experiencias con la naturaleza son parte esencial del desarrollo humano normal.

Erikson postuló ocho estadios del desarrollo humano señalando la importancia de las experiencias con la naturaleza en el desarrollo del individuo. En el estadio uno “confianza contra desconfianza” (desde el nacimiento hasta 1 año de edad) los niños más pequeños son llevados y mantenidos a salvo por unos padres amorosos por ejemplo en una tormenta eléctrica, o bien encontrarse en compañía de una amigable cara peluda podría ayudar a que se asuste mucho menos cuando se repitan los mismos eventos durante su infancia. En los estadios dos y tres, “iniciativa contra culpa” (4-6 años) y “superioridad contra inferioridad” (6-12 años), involucran la exploración y la investigación del mundo natural, juegan fuera de casa, hacen pasteles de lodo, miran las estrellas e interactúan con personas y animales de su entorno, es decir, interactúan con la tierra y el mundo natural. El estadio cinco es “identidad contra difusión de identidad” (adolescentes) se refiere a elementos básicos de la identidad como la noción del propio cuerpo (especies y sexo) y cuál es su herencia biológica (genealógica y natural). Muchos individuos que crecen con la tecnología del mundo moderno tienen pobre posibilidades de ser sorprendidos por el patrimonio natural. Aprenden sobre y por medio de búsquedas unidimensionales no efectivas como la televisión y las películas. La conciencia proviene de las experiencias e interacciones con la tierra.

La teoría de la cognición de Piaget es de ayuda para el terapeuta para discernir como piensa el niño sobre las entidades con vida en su entorno. Entender el desarrollo cognitivo ayuda a explicar los hallazgos de la investigación que enseñan al niño a ser bondadoso con los animales y a tratarlos con respeto, lo que lo lleva a ser bondadoso y respetuoso con los humanos.

La jerarquía de las necesidades de Maslow sugiere una variedad de caminos en los que las necesidades de los individuos pueden conocerse a través de la naturaleza y experiencias naturales. Observando cada paso de la jerarquía el terapeuta puede saber cuál es la deficiencia del paciente y éste puede conocer sus necesidades con ayuda de herramientas y experiencias a través de la naturaleza.<sup>19</sup>

El psicólogo Erich Fromm utilizó por primera vez el término “biofilia”, a la que describió como la necesidad de cultivar la capacidad de amar como base de nuestra salud mental y bienestar emocional. Más tarde, Keller y Wilson desarrollaron el concepto de biofilia como la expresión que muestra como la salud y el bienestar humanos son estrictamente dependientes de nuestras relaciones con la naturaleza. En la visión biofílica, la ruptura de la relación del humano con la naturaleza daña la salud física y psicológica de la persona. Lo que apoya el porqué varias investigaciones buscan demostrar el valor terapéutico de la naturaleza y los animales en personas enfermas.<sup>8</sup>

Hay personas que tienen una preferencia en particular por una especie animal, siendo más frecuente la elección de un perro como animal doméstico.

## **LA ELECCIÓN DE UN PERRO.**

El comienzo de la experiencia de una persona con un animal inicia al entender los sentimientos actuales de las personas respecto a los animales que se han implicado en sus experiencias y en su cultura familiar. La preferencia por alguna especie en particular, se ve fuertemente influenciada por las mascotas que tuvieron sus padres y abuelos.<sup>18</sup>

Semejante a la compañía humana, los perros ofrecen una alta interacción, amigos atentos que prefieren estar con los humanos que los cuidan constantemente durante todo el día. Los perros son seleccionados con frecuencia como compañía para familias que tienen niños pequeños y personas activas, ya que pueden jugar sin descanso.

Los perros funcionan como “soportes” contra la soledad, brindan afecto y son juguetones, además de contar con otras virtudes que son aprovechadas por los humanos.<sup>18</sup>

## **BENEFICIOS DE LA INTERACCIÓN HUMANO-ANIMAL.**

La importancia de la socialización humana radica en ayudar a no caer en el aislamiento y la depresión, las mascotas pueden dar una socialización y soporte no humano como seres de compañía, incluso algunas personas llegan a considerarlas como miembros de su familia y ser dueño de una mascota facilita la socialización con otras personas. Las mascotas necesitan un soporte de cariño y

pueden llegar a jugar un importante rol para disminuir los sentimientos de soledad, depresión y ansiedad en sus dueños.<sup>7</sup>

Una persona saludable es aquella que vive en armonía consigo mismo, con otros y con su medio ambiente.<sup>16</sup>

El humano coloca al perro en un lugar de privilegio dentro de la escala de los animales debido a su emoción y sus sentimientos. De acuerdo con su personalidad, cada persona busca un animal que le represente psicológicamente, con el cual constituye un vínculo profundo porque le produce una respuesta positiva y protectora, afectiva y bidireccional, de cuidado y de entrega, de control y respuesta. El dueño de un perro puede ver en su mascota un ser fiel, cercano, que puede entenderle, escucharle, que busca ser mimado, el que le mira a los ojos o se acuesta a sus pies, brindándole a su amo estímulos muy positivos en la vida y un estado de felicidad.<sup>15</sup>

Berry, Borgi y colaboradores, elaboraron una investigación en la que acudieron al Instituto San Michele en Roma, Italia; tomaron a 19 pacientes ancianos con una media de edad de 85 años, los cuales se encontraban con apatía y aislamiento. Se llevaron a cabo visitas con perros de terapia, durante 60 minutos, dos veces por semana por 5 meses, realizando terapia física, juego y convivencia con el perro. Grabaron la frecuencia en que los pacientes sonreían durante la interacción con los perros, hallando que los pacientes sonreían espontáneamente durante el contacto con los perros ( $F= 12.53$ ,  $P=0.0005$ ) y durante el juego con los perros ( $F=8.42$ ,  $P= 0.0052$ ), concluyendo que los pacientes sonreían de manera

espontánea más frecuentemente al interactuar con los perros que con las personas.<sup>1</sup>

Le Roux y Kemp realizaron en 2008 una investigación en el asilo Nerina Place, utilizando 8 mujeres y 8 hombres, repartidos en dos grupos elegidos al azar, un grupo control de 8 personas y otro grupo experimental de 8 personas que fueron sometidos a una actividad asistida con animales durante 30 minutos una vez por semana durante 6 semanas. A ambos grupos se les aplicó la escala de Beck para ansiedad y depresión antes de la primera sesión y al finalizar la última sesión. Como resultado, no se encontraron diferencias en los puntajes de la escala de Beck para ansiedad entre los 2 grupos; sin embargo, sí se encontró una diferencia significativa en el puntaje de la escala de Beck para depresión entre el grupo control y el experimental ( $Z=-2.385$ ,  $P=0.017$ ) disminuyendo la depresión en el último grupo.<sup>2</sup>

Barker, Pandurangi y Best realizaron en 2002 un estudio con 37 pacientes antes de entrar a Terapia electroconvulsiva una vez por semana, haciéndolos interactuar con un perro de la TAA durante 15 minutos y comparando con otro grupo al que se le dieron revistas, evaluando finalmente con una escala análoga visual para la ansiedad, el miedo y la depresión. Hallando que el 77% de los pacientes consideraron que el perro les ayudó a sentirse mejor el día de su visita, el 71% se inclinaron por recibir la terapia asistida con animales a la siguiente sesión, el 50% consideró que la presencia del perro les disminuyó el miedo y la depresión y más del 75% consideraron que el perro les ayudó a disminuir su ansiedad. Percibiendo claramente efectos positivos con la TAA.<sup>3</sup>

Arnold en 1995 reportó que durante la terapia de grupo con pacientes con Trastorno disociativo, la presencia del perro de terapia les brindó una influencia calmada y alertó al terapeuta sobre los pacientes estresados. Los perros pueden ayudar a normalizar el ánimo de su amo en situaciones estresantes. Son capaces de aceptar interacciones sin reflejar el malestar, preocupación o agitación de la situación que vive su amo. El animal puede comunicar un mensaje como “no es tan malo como se ve, todo estará bien” y ayuda a que las personas se lo tomen con mas tranquilidad.<sup>17</sup>

El estrés de salir a un mundo con una discapacidad o a trabajar en un ambiente peligroso como un policía, se puede ver disminuido por la contribución psicosocial de la compañía constante de un perro de trabajo que también ofrece asistencia en tareas instrumentadas. Y los beneficios psicosociales del dueño del animal serán tan fuertes como lo sea el vínculo que haga con su mascota.<sup>17</sup>

Kawamura y Niyama realizaron un estudio con 10 residentes de un asilo en Japón, los cuales padecían enfermedad de Alzheimer, siendo visitados por perros de la TAA dos veces al mes durante 12 meses, jugando con ellos y alimentándolos. Se aplicó la escala MENFIS, hallando que aumentó la función motora de los pacientes tras 12 meses de TAA, a los 6 meses disminuyó su labilidad emocional y mejoraron sus funciones mentales.<sup>4, 17.</sup>

Friedmann, Tomas y Son en 1980 realizaron una investigación en la que se demostró que aquellas personas que habían sobrevivido los primeros seis meses después de haber sufrido un infarto agudo al miocardio y que además eran

dueños de mascotas, tuvieron una mayor probabilidad de sobrevivencia un año después de haber sufrido el infarto. Solo el 5.7% de 53 dueños de mascotas comparado con 28.2% de 39 pacientes sin mascotas murieron después de 1 año de haber estado en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios ( $p = <0.05$ ). Concluyendo que ser dueño de una mascota tiende a incrementar la sobrevivencia, sobre todo en los pacientes que permanecen deprimidos al menos 6 meses después de haber sufrido un infarto agudo al miocardio.<sup>6, 16.</sup>

Antonioli y Reveley realizaron un estudio en Honduras con 30 personas con depresión moderada y leve a quienes se les aplicó la escala de Hamilton y el inventario de Beck para la depresión, siendo divididos en 2 grupos al azar de 15 personas cada uno. En el grupo experimental se realizaron ejercicios con terapia asistida con delfines y el grupo control realizaron ejercicios acuáticos, ambos 1 hora a la semana durante 2 semanas. Hallando que la puntuación en la escala de Hamilton para la depresión en el grupo experimental disminuyó de 14.53 a 7.27 y el inventario de Beck para la depresión disminuyó de 20.27 a 6.87 ( $P = 0.007$ ), mientras que en el grupo control se obtuvo de 14.47 a 10.87 en la escala de Hamilton para la depresión y en el inventario de Beck para la depresión se obtuvo de 18.80 a 12.73 ( $P = 0.012$ ).<sup>8</sup>

Folse en 1994 utilizó la TAA como intervención para la depresión en los estudiantes de un colegio, encontrando que los estudiantes que recibieron la TAA subsecuentemente obtuvieron menores puntajes en el inventario de Beck para la depresión que el grupo control.<sup>17</sup>

Headey&Grabka, 2011 hallaron que alrededor de 11,000 adultos alemanes y australianos dueños de mascotas tenían 15% menos visitas al médico que aquellos que no tenían mascota, teniendo un ahorro potencial de billones de dólares en atención médica. Los mismos autores hallaron que las mujeres chinas que eran dueñas de mascotas se ejercitan más, duermen mejor, se encuentran físicamente en mejor forma y tienen menos inasistencias al trabajo en comparación con aquellas que no tienen mascotas.<sup>10</sup>

Los adultos que adoptan una mascota experimentaron menor frecuencia en problemas en su salud y mejoría en aquellos que estaban enfermos. 71 Adultos que adoptaron mascotas de un refugio animal tuvieron menos problemas de salud que aquellos que adoptaron un perro en comparación a los que adoptaron un gato durante los 10 meses que duró el estudio ( $p = <0.05$ ) ya que aquellos que adoptaron a un perro incrementaron la frecuencia y duración de sus caminatas ( $p = <0.001$ ) y su estancia al aire libre se incrementó 1.4 horas al día.<sup>16, 17.</sup>

Los dueños de mascotas (n= 345) cerca de 298 inscritos en programas de salud del instituto HMO tuvieron menos visitas médicas ( $p = <0.05$ ) durante un año en comparación con aquellos que no tenían mascotas. Ser dueño de una mascota es un moderador importante en el estrés que provoca acudir con el médico.<sup>16</sup>

Tener un animal de compañía promueve la relajación, disminuye la presión sanguínea e incrementa la temperatura corporal. Se han realizado sesiones de TAA en Unidades de Cuidados Intensivos, teniendo una influencia de tranquilidad en los pacientes. También se ha utilizado la TAA para incrementar la cognición,

motricidad, fuerza y balance en pacientes. Reducen la ansiedad preoperatoria en los pacientes y otorga una perspectiva optimista. También facilitan el aprendizaje, dan tranquilidad, sensación de seguridad, gratificación emocional y autoestima, disminuyen la irritabilidad y depresión.<sup>9</sup>

Pasar unos minutos en compañía de un animal produce en el paciente una distracción de sus preocupaciones o de los procedimientos a los que será sometido. Además de que muy probablemente ayude a disminuir el cortisol secretado por el eje hipotálamo- pituitario- adrenal.<sup>3</sup>

Los animales domésticos amigables han sido usados exitosamente en anuncios publicitarios para mostrar confiabilidad, seguridad, credibilidad e inducir un mejor estado de ánimo en sus usuarios. Adultos jóvenes (n= 68) calificaron imágenes en las que se encontraban personas solas y otras en donde había personas con animales, y en aquellas imágenes en las que aparecían animales, las personas las calificaron como imágenes más felices, amistosas y menos amenazantes. Observar o mirar a un animal doméstico brinda la sensación de relajación.<sup>16</sup>

Los animales no responden verbalmente a una conversación, ellos transmiten convincentemente su afecto y amor a su compañía humana, y para la mayoría de las personas es inevitable hablar con su perro.

Las mascotas brindan un contacto social compensatorio para aquellas personas que viven solas y estimulan la socialización con otras personas de manera amigable tomando a su mascota como tema de conversación cómodo, para reír,

realizar actividades constructivas e intercambiar historias cuando se encuentra presente el animal.

Peretti en 1990 realizó un estudio en donde los ancianos dueños de un perro lo consideraban su único amigo y creían que su relación con su perro era más fuerte que con los humanos. Los ancianos que tienen un perro poseen mayor habilidad para tomar decisiones y mantener su bienestar, se sienten menos solos, más optimistas e interesados en planeación a futuro.<sup>17</sup>

En la TAA los animales pueden fungir como:

- Instrumento de terapia: el animal se convierte en una extensión de la persona. La persona ejerce control sobre el animal.
- Una relación terapéutica: la persona percibe la calidez del animal y hace una relación con él. Interacción interpersonal entre la persona y el animal. La persona se siente necesitada y amada.
- Terapia pasiva: la persona se absorbe en las actividades del animal, se entretiene y relaja.
- Terapia cognitiva: la información promueve el entendimiento, control de la vida, respeto por la vida y su entorno, autoconciencia, empatía, memoria.
- Terapia espiritual: experiencias de vida, renovación de energía, sentido de paz y bienestar.<sup>19</sup>

Una parte importante de la población mundial padece de depresión, ansiedad o ambas, dentro de cada padecimiento se incluyen varios apartados que ayudan a especificar con detalle las características de cada padecimiento y son clasificados por el CIE 10 y el DSM V. A continuación se explica sobre ellos.

### **TRASTORNOS DEPRESIVOS.**

En el Antiguo Testamento ya se describe un síndrome depresivo en el rey Saúl, al igual que en el suicidio de Áyax en la Ilíada de Homero. En el año 30 d.C. el médico romano Celso describió la melancolía en su obra *De re medicina* como una depresión causada por bilis negra.

El trastorno depresivo mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía. Según el DSM IV el episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito y el peso, en el sueño y en la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, dificultades para concentrarse y tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.<sup>14</sup>

A continuación se describen los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el DSM IV-TR:

## **Episodio depresivo mayor**

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

### **F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)**

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

**B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar el estado del episodio actual o más reciente:*

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

*Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):*

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

**F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)**

**A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

**Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

**B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar el estado del episodio actual o más reciente:*

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

*Especificar (para el episodio actual o el más reciente):*

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

*Especificar:*

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

### **F34.1 Trastorno distímico (300.4)**

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

**Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

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

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

**C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

*Especificar si:*

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

*Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):*

Con síntomas atípicos

### **F32.9 Trastorno depresivo no especificado (311).**

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los

síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.<sup>20</sup>

### **TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

Los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en la población mundial, hay casi 30 millones de individuos afectados en Estados Unidos y su frecuencia en las mujeres duplica a la de los hombres. Los trastornos de ansiedad se asocian a una morbilidad significativa y habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento.

Todo el mundo experimenta ansiedad, que se caracteriza la mayoría de las veces por una sensación de aprehensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos, los cuales pueden variar entre los individuos.

El estudio de los trastornos de ansiedad supone una oportunidad para comprender la relación entre la naturaleza y el entorno en la etiología de los trastornos mentales.<sup>21</sup>

A continuación se describen los trastornos de ansiedad descritos en el DSM IV-TR:

## **Crisis de angustia (panic attack)**

**Nota:** No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparecen las crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21])

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir

12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)

13. Escalofríos o sofocaciones

### **Agorafobia**

**Nota:** No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]).

**A.** Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

**Nota:** Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

**B.** Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis

de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

**C.** Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

#### **F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)**

**A.** Se cumplen 1 y 2:

**1.** Crisis de angustia inesperadas recidivantes

**2.** Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

**(a)** Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

**(b)** Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

**(c)** Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

**B.** Ausencia de agorafobia.

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

#### **F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)**

**A.** Se cumplen 1 y 2:

**1.** Crisis de angustia inesperadas recidivantes

**2.** Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

**(a)** Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

**(b)** Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej.,

perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

**B.** Presencia de agorafobia.

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

#### **F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)**

**A.** Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

**B.** Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

**C.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**D.** Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

#### **F40.1 Fobia social (300.23)**

**A.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

**B.** La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

**C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.

**D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

**G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

**H.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

*Especificar si:*

**Generalizada:** si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

### **F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

**B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

**Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

**C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

**D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

**E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

*Especificar si:*

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### **F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física

o la de los demás.

**2.** La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

**B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

**1.** Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

**2.** Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).

**3.** Desrealización.

**4.** Despersonalización.

**5.** Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

**C.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

**D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

**E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

**G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

**H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

#### **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.

2. Fatigabilidad fácil.

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del

estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.<sup>20</sup>

### ***JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.***

A nivel mundial, 1 de cada 5 individuos presenta un trastorno mental en algún momento de su vida. La depresión es la tercera causa más frecuente de consulta psiquiátrica (11.9%).<sup>11</sup>

En México, la región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días con 2.5% y 3.3% ha presentado un trastorno afectivo alguna vez en la vida. <sup>11</sup>

En Estados Unidos de Norteamérica se estima que 16.5 millones de adultos (7.5%) han sufrido al menos un episodio depresivo grave en el último año y más del 70% de las mujeres que sufren depresión, lo padecen durante toda su vida.<sup>7</sup>

Al atravesar por un episodio depresivo o de ansiedad, es importante buscar una intervención efectiva y económica que logre reducir el estrés y la apatía mediante la estimulación social responsable y la actividad física.<sup>1</sup>

Varios estudios de investigación en Estados Unidos, Asia y Europa han demostrado que el convivir con una mascota es un factor protector contra la depresión y la ansiedad. En aquellas personas que se encuentran con depresión o ansiedad se ha observado que su padecimiento mejora notablemente al convivir

con un perro y la frecuencia de que los dueños de perros presenten depresión o ansiedad es menor en comparación con aquellas personas que no tienen perro.

La mayoría de los dueños de una mascota consideran que su compañía es benéfica, sin embargo, no hay evidencia suficiente en México sobre los beneficios psicológicos de convivir con una mascota, existiendo diferentes reportes en otros países en los que se indica que es benéfica contra la depresión y la ansiedad.

El reconocimiento de la importancia del vínculo humano-animal, ha dado pie al desarrollo de diversos programas conocidos como “intervención asistida con animales”, los cuales han sido diseñados para mejorar la calidad de vida de pacientes geriátricos institucionalizados que se encuentran con depresión o ansiedad.<sup>1</sup>

A pesar de la evidencia, es necesario investigar más en esta área para fundamentar los efectos benéficos de los programas de intervención mediante perros.<sup>1</sup>

La aplicación de algunos animales en programas terapéuticos tiene un largo camino recorrido, no obstante, su aplicación extensiva, organizada y documentada es relativamente reciente.<sup>15</sup> En México existen algunas asociaciones civiles como PSICUSS o Patitas de ayuda A.C. que se dedican a la formación de personal humano y canino para la TAA y a la realización de la misma, trabajando exitosamente con material de Estados Unidos o de España con resultados exitosos en nuestro país documentados verbalmente o en video por pacientes y personal de la TAA, pero no se cuentan con estudios más amplios de

investigación realizados en México sobre el impacto de la convivencia entre humanos y perros en relación con la depresión y ansiedad.

Ya que la depresión y la ansiedad tienen una alta prevalencia, es necesario identificar otros factores que puedan contribuir a su tratamiento exitoso o bien, identificar otros factores protectores.

*Pregunta de investigación: ¿Existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de enfermedad mental (depresión o ansiedad) y la convivencia con un perro?*

Se realizó un estudio de investigación descriptivo, comparativo y correlacional, utilizando un muestreo no probabilístico e intencional por cuota, con un diseño observacional y retrospectivo. Se formaron 3 grupos de 30 personas cada uno, dividiéndolos en grupo de personas con ansiedad, depresión y control, siendo seleccionados de acuerdo a determinados criterios de inclusión y exclusión. Se les aplicó la Entrevista clínica estructurada MINI para depresión y ansiedad y la Encuesta rápida para evaluación de la convivencia con un perro. Dicho estudio se realizó de octubre de 2015 a febrero del 2016. Los grupos de personas con ansiedad y depresión se formaron seleccionando a individuos que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y el grupo control se formó de una selección de campo.

## **OBJETIVOS.**

### OBJETIVO GENERAL:

- Identificar si existe relación entre las personas que conviven o no con un perro y la presencia de depresión o ansiedad.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar si la convivencia entre una persona y un perro sucede en menor medida cuando la persona tiene trastornos depresivos o ansiosos.
- Identificar en qué porcentaje se presentan los trastornos de depresión o ansiedad en personas que no conviven con un perro.
- Identificar qué tipo de actividades de convivencia con un perro son las realizadas con mayor frecuencia por aquellas personas que no presentan trastornos depresivos o de ansiedad.

## **HIPÓTESIS.**

Hipótesis nula: El convivir con un perro no influye en la presencia de depresión y ansiedad en personas.

Hipótesis alterna: El convivir con un perro sí influye en la presencia de depresión y ansiedad en personas.

## **VARIABLES.**

Variable dependiente:

- Depresión
  - Categórica.
  - Dicotómica.
- Ansiedad
  - Categórica.
  - Dicotómica.

Variable independiente:

- Convivencia con un perro.

Se entiende que la convivencia de una persona con un perro sucede cuando la persona dedica tiempo de su día para estar cerca de él, observarlo, hablar con él, brindarle cuidados como darle de comer y beber, jugar con él, cepillarlo y sacarlo a pasear.<sup>1</sup>

- Categórica
- Dicotómica
- Tiempo de convivencia con un perro.
  - Variable cuantitativa continua.

## **MUESTRA.**

Se realizó muestreo a conveniencia, esperando al menos 30 sujetos en cada grupo (3 grupos).

Muestreo no probabilístico.

Muestreo intencional por cuota.

## **PARTICIPANTES:**

- Primer grupo de casos: 30 pacientes con diagnóstico de depresión en cualquiera de sus variantes y que se encuentren acudiendo a la consulta externa del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Segundo grupo de casos: 30 pacientes con diagnóstico de ansiedad en cualquiera de sus variantes y que se encuentren acudiendo a la consulta externa del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Grupo control: 30 personas sin enfermedad psiquiátrica.

## ***CRITERIOS DE SELECCIÓN.***

### Criterios de inclusión Grupo de casos:

- Hombres y mujeres de 20 a 50 años de edad.
- Individuos con diagnóstico de depresión en cualquiera de sus variantes según la entrevista clínica estructurada MINI.
- Individuos con diagnóstico de ansiedad en cualquiera de sus variantes según la entrevista clínica estructurada MINI
- Individuos que acudan al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de septiembre a diciembre del 2015.
- Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado para ser parte del estudio.

### Criterios de inclusión Grupo control:

- Hombres y mujeres de 20 a 50 años de edad
- Sin diagnóstico de depresión según la entrevista clínica estructurada MINI
- Sin diagnóstico de ansiedad según la entrevista clínica estructurada MINI
- Sin padecimiento psiquiátrico actual.
- Sin antecedente de trastorno psiquiátrico.
- Sin antecedentes de convivencia con pacientes psiquiátricos.

- Individuos que acepten y firmen el consentimiento informado para ser parte del estudio.

### ***CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.***

- Individuos con depresión bipolar.
- Individuos con cualquier otro trastorno psiquiátrico concomitante.
- Individuos con consumo de sustancias.
- Individuos que tengan cualquier comorbilidad grave.
- Individuos con conocimientos del área psicológica y/o psiquiátrica.
- Individuos que tengan otra mascota además del perro.
- Individuos que no acepten firmar el consentimiento informado para ser parte del estudio.

### ***CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.***

- Cuando no se obtengan la información necesaria.
- Cuando se pierda la hoja de recolección de datos.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

Estudio descriptivo, comparativo y correlacional.

## **INSTRUMENTOS.**

### **1. Entrevista clínica estructurada MINI para depresión y ansiedad** <sup>CUADRO 1 y 2</sup>

El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios muestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta.

El entrevistador realizará varias preguntas al entrevistado, quien deberá contestar únicamente sí o no.

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

Al comienzo de cada módulo se presentan en un recuadro gris una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas con “letra normal” deben leerse “palabra por palabra” al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en mayúsculas no deben leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en “negrita” indican el periodo de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Solo aquellos síntomas que ocurrieron durante el periodo de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo “NO” en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos estén separados por una barra diagonal, el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas que presenta el paciente.

Frases entre paréntesis son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.<sup>13</sup>

## 2. Encuesta rápida para evaluación de la convivencia con un perro.<sup>CUADRO 3</sup>

Encuesta que consiste en preguntas breves sobre la convivencia del dueño con su perro con respuesta de opción múltiple y SI o NO, la cual fue elaborada propositivamente para esta investigación.

### ***PROCEDIMIENTO.***

Se sometió dicho estudio a la aprobación del Comité de Ética e Investigación del HPFBA. Una vez aprobado, se solicitó autorización del Jefe de Servicio de Consulta Externa del HPFBA para iniciar la selección de pacientes para los grupos de personas con depresión y ansiedad.

Para el grupo de casos: se analizaron a los pacientes que acuden al servicio de consulta externa del HPFBA en el periodo de octubre 2015 a febrero 2016. Los cuales se eligieron según los criterios de inclusión y exclusión mencionados previamente.

Posterior a la confirmación diagnóstica de manera verbal y en su expediente, se evaluó al paciente con la entrevista clínica estructurada MINI para depresión y ansiedad y la encuesta rápida para evaluación de la convivencia con un perro.

Para el grupo control: se realizó un trabajo de campo eligiendo personas según los criterios de inclusión y exclusión mencionados previamente, a los que se les aplicó la entrevista clínica estructurada MINI para depresión y ansiedad, en los que no

calificaron para tener depresión ni ansiedad, posterior a lo cual se aplicó la Encuesta rápida para evaluación de la convivencia con un perro.

Finalmente se recabaron todos los resultados para elaborar el estudio estadístico de lo obtenido para llegar a una conclusión.

- ¿Cómo controlará que es la convivencia con un perro lo que hace el cambio?

Se estadificará el grado de convivencia con la escala breve de convivencia entre una persona y un perro. Y se evaluará la asociación según el tiempo y el tipo de convivencia entre la persona y su perro.

Dado que es un estudio observacional se pretende demostrar la asociación estadística como un factor protector o de riesgo de la convivencia con animales y la presencia de depresión o ansiedad, motivo por el cual el título se cambió.

- ¿Cómo saber si influye o no la convivencia?

Se determinará mediante una prueba de Pearson si existe diferencia entre los grupos analizados.

## ***CONSIDERACIONES ÉTICAS.***

El presente estudio cumple con los principios básicos de investigación en humanos de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y Reglamentos Generales de Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989, así como en el Reglamento de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud.

Requiere formato de consentimiento informado ya que se aplicará la entrevista clínica estructurada MINI para depresión y ansiedad a los sujetos del estudio.

El investigador principal garantiza que los pacientes incluidos en el estudio no se identificaran en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma absoluta confidencial, para cumplir lo anterior el investigador utilizara para la creación de la base de datos, números de folio para identificarlos y de esta forma conservar el anonimato de los mismos.

El artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en el Título segundo De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, clasifica este estudio en la categoría de Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran:

cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.<sup>22</sup>

## **RESULTADOS.**

Se trabajó con una muestra de 90 personas, 30 personas con trastornos de ansiedad, 30 personas con trastornos depresivos y 30 personas sin padecimiento psiquiátrico.

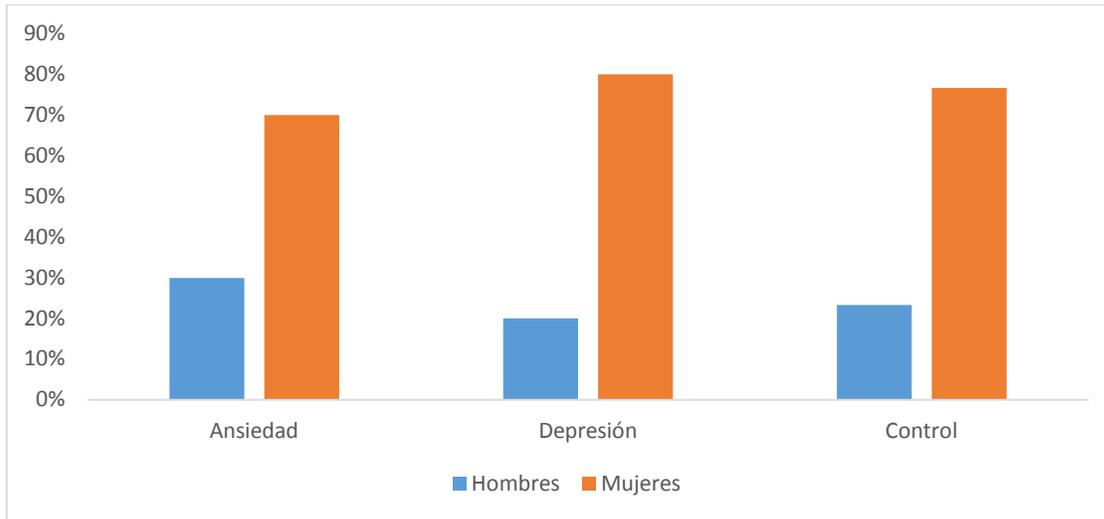
De las cuales se encontró que del total de participantes, el 75.6% (68) son mujeres y el 24.4% (22) son hombres. Siendo la edad promedio 38 años.

A distinguir el grupo 1 de trastornos de ansiedad con 70% (21) mujeres y 30% (9) hombres, con una edad promedio de 39.1 años.

El grupo 2 de trastornos depresivos contó con 80% (24) mujeres y 20% (6) hombres, con una edad promedio de 39.2 años.

El grupo 3 control contó con 76.7% (23) mujeres y 23.3% (7) hombres, con una edad promedio de 36.5 años. <sup>Gráfica 1</sup>

Gráfica 1. Porcentaje de sexo por grupo.



\*Distribución de participantes en cada grupo de acuerdo al sexo. Trastornos de ansiedad: 70% (21) mujeres y 30% (9) hombres. Trastornos depresivos 80% (24) mujeres y 20% (6) hombres. Control 76.7% (23) mujeres y 23.3% (7) hombres.

En el grupo de personas con Trastornos de ansiedad, 46.7% (14) calificaron para trastorno de angustia de por vida, 26.7% (8) crisis actual con síntomas limitados, 10% (3) trastorno de angustia actual, 6.7% (2) trastorno de angustia sin agorafobia actual, 6.7% (2) trastorno de angustia con agorafobia actual, 3.3% (1) agorafobia actual sin historia de trastorno de angustia, 96.7% (29) trastorno de ansiedad generalizada actual, 6.7% (2) fobia social actual y 23.3% (7) presentan riesgo de suicidio. Tabla 1

Tabla 1. Trastornos de ansiedad.

Trastornos de ansiedad	Número de casos	Porcentaje
Trastorno de angustia de por vida	14	46.7
Crisis actual con síntomas limitados	8	26.7
Trastorno de angustia actual	3	10
Trastorno de angustia sin agorafobia actual	2	6.7
Trastorno de angustia con agorafobia actual	2	6.7
Agorafobia actual sin historia de trastorno de angustia	1	3.3
Trastorno de ansiedad generalizada actual	29	96.7
Fobia social actual	2	6.7
Riesgo de suicidio	7	23.3

*Desglose de datos recabados para este estudio de acuerdo a la entrevista clínica estructurada MINI de ansiedad en el grupo de 30 personas con Trastornos de ansiedad, varios pacientes calificaron para más de un trastorno de ansiedad.*

El 40% (12) del grupo de personas con trastornos de ansiedad tiene un perro, de los cuales el 66.7% (8) conviven de 1-3 horas a la semana con su perro, el 25% (3) convive de 4-7 horas y el 3.3% (1) convive 8 horas o más a la semana con su perro. Entre las actividades que realizan con su perro, el 58.3% (7) lo observa o acompaña; 33.3% (4) habla con él, ninguno lo cepilla, 58.3% (7) le sirve agua y alimento, 58.3% (7) sale a caminar con él, 8.3% (1) juega con él y el 100% (12) refiere sentirse más feliz después de convivir con su perro.

En el grupo de personas con trastornos depresivos, el 90% (27) fueron identificados con episodio depresivo mayor; 50% (15) tienen episodio depresivo mayor recidivante; 40% (12) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos; 36.7% (11) tienen trastorno distímico actual; 43.3% (13) tienen riesgo suicida. <sup>Tabla 2</sup>

Tabla 2. Trastornos depresivos.

Trastornos depresivos	Número de casos	Porcentaje
Episodio depresivo mayor	27	90
Episodio depresivo mayor recidivante	15	50
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos	12	40
Trastorno distímico actual	11	36.7
Riesgo de suicidio	13	43.3

*Desglose de datos recabados para este estudio de acuerdo a la entrevista clínica estructurada MINI de depresión en el grupo de 30 personas con Trastornos depresivos, varios pacientes calificaron para más de un trastorno depresivo.*

El 50% (15) del grupo de personas con trastornos depresivos tiene un perro, de los cuales el 66.7% (10) conviven de 1-3 horas a la semana con su perro, el 26.7% (4) convive de 4-7 horas y el 6.6% (1) convive 8 horas o más a la semana con su perro. Entre las actividades que realizan con su perro, el 60% (9) lo observa o acompaña; 53.3% (8) habla con él, 6.6% (1) lo cepilla, 60% (9) le sirve agua y alimento, 26.6% (4) sale a caminar con él, 33.3% (5) juega con él y el 86.6% (13) refiere sentirse más feliz después de convivir con su perro.

Ninguna de las 30 personas del grupo control calificó para algún padecimiento psiquiátrico, respetando los criterios de inclusión y exclusión. El 66.6% (20) de las personas de este grupo tiene perro, de los cuales 5% (1) refirió tener dos perros y 95% (19) un perro; de ellos el 25% (5) conviven de 1-3 horas a la semana con su perro, el 30% (6) convive de 4-7 horas y el 64.5% (9) convive 8 horas o más a la semana con su perro. Entre las actividades que realizan con su perro, el 85% (17) lo observa o acompaña; 75% (15) habla con él, 30% (6) lo cepilla, 85% (17) le sirve agua y alimento, 60% (12) sale a caminar con él, 55% (11) juega con él y el 100% (20) refiere sentirse más feliz después de convivir con su perro. <sup>Tabla 3</sup>

Tabla 3. Tiempo y tipo de convivencia entre la persona y su perro de acuerdo a cada grupo de estudio.

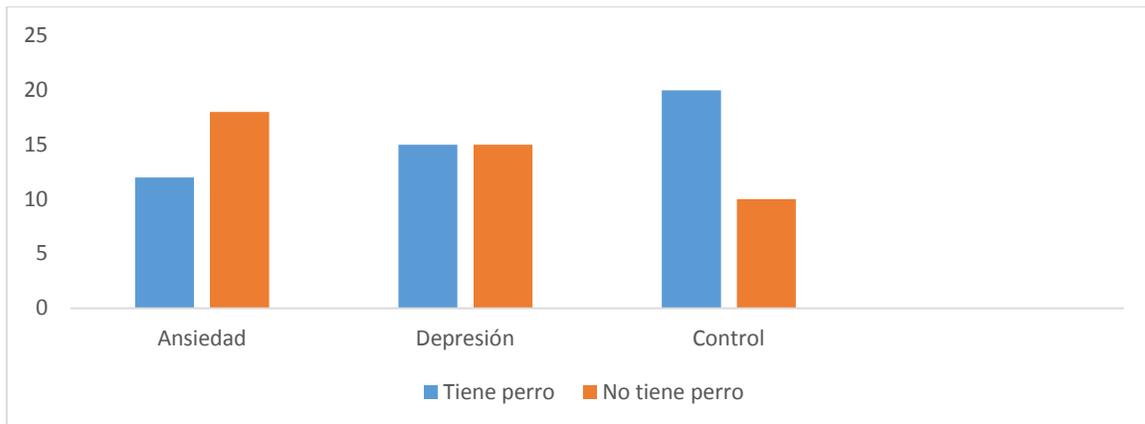
Datos	Ansiedad	Depresión	Control
<i>¿Cuántas horas a la semana convive con su perro?</i>			
• 1 a 3 horas	66.7%	66.7%	25%
• 4 a 7 horas	25%	26.7%	30%
• 8 horas o más	8.3%	6.6%	45%
<i>¿Qué tipo de actividad realiza con más frecuencia con su perro?</i>			
• Lo observo/ me acompaña	58.3%	60%	85%
• Hablo con él	33.3%	53.3%	75%
• Lo cepillo	0%	6.6%	30%
• Le doy alimento y agua	58.3%	60%	85%
• Salgo a caminar	58.3%	26.6%	60%
• Juego con él	8.3%	33.3%	55%
<i>¿Se siente más feliz después de convivir con su perro?</i>			
Sí	100%	86.6%	100%
No	0%	13.4%	0%

Información expresada en porcentaje, recabada de los participantes de los 3 grupos de estudio que afirmaron tener un perro, utilizando la escala breve de convivencia entre una persona y un perro.

Se observa que en los tres grupos, la mayoría de las personas que tienen perro son mujeres, siendo en el grupo de ansiedad 58.4% (7) mujeres y 41.6% (5) hombres. En el grupo de depresión 80% (12) mujeres y 20% (3) hombres. En el grupo control 75% (15) son mujeres y 25% (7) hombres.

Pero observando en proporción, el porcentaje de hombres que tienen perro es mayor al de mujeres siendo en el grupo de ansiedad 33.4% (7 de 21) mujeres y 55.5% (5 de 9) hombres. En el grupo de depresión la proporción fue la misma en 50% para ambos sexos (12 de 24 mujeres y 3 de 6 hombres). En el grupo control 65.3% (15 de 23) mujeres y 71.5% (5 de 7) hombres. <sup>Gráfica 2</sup>

Gráfica 2. Comparación de participantes con perro por grupo.



*La cantidad de personas que tienen perro de acuerdo a cada grupo de 30 participantes es: ansiedad 12 personas, depresión 15 personas y control 20 personas.*

En cuanto a la cantidad de horas por semana que éstas personas conviven con un perro se observa que las mujeres del grupo de personas con ansiedad el 85.8% (6) pasan de 1-3 horas, ninguna pasa entre 4-7 horas y el 14.2% (1) pasa 8 horas o más con su perro; en el caso de los hombres del grupo de ansiedad el 40% (2) pasan de 1-3 horas, 60% (3) pasan de 4-7 horas con su perro y ninguno pasa 8 horas o más con su perro.

Respecto a la cantidad de horas por semana que las personas con depresión pasan con su perro, en las mujeres el 66.7% (8) pasa entre 1-3 horas con su perro, el 25% (3) pasa de 4-7 horas y 8.3% (1) pasa 8 horas o más con su perro; en el caso de los hombres del mismo grupo el 66.7% (2) pasan de 1-3 horas con su perro, 33.3% (1) de 4-7 horas y ninguno pasa 8 horas o más por semana con su perro.

En el grupo control, se observa que de las mujeres que tienen perro el 20% (3) pasan de 1-3 horas conviviendo con su perro, 33.3% (5) pasa de 4-7 horas y 46.7% (7) pasa 8 horas o más a la semana con su perro; en cuanto a los hombres del grupo control, el 40% pasan de 1-3 horas a la semana con su perro, 20% (1) de 4-7 horas y 40% (2) pasa 8 horas o más por semana con su perro.

Observando que el grupo control pasa más horas a la semana con su perro en comparación con los grupos de depresión y ansiedad, siendo el grupo de personas con depresión las que menor cantidad de horas por semana conviven con su perro.

## ***DISCUSIÓN.***

Se llevó a cabo el análisis que permite conocer si hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de enfermedad o no (personas con trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y sanos) y la convivencia con un perro la cual fue significativa al 0.03, R de Pearson -0.218; esto es, al parecer las personas sin enfermedad mental son aquellas que más conviven con un perro, mientras las personas que padecen algún trastorno depresivo o ansioso su convivencia es menor.

Se identificó que la convivencia entre una persona y un perro está presente en mayor medida en personas sin trastornos ansiosos ni depresivos.

Como afirma la Delta Society las actividades con animales o convivencia con animales tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida del individuo mediante el uso del vínculo persona-animal.

Coincidiendo con el trabajo de Fraser en 1990, el vínculo entre personas y mascotas promueve el bienestar emocional en los humanos.

Los resultados obtenidos concuerdan con la investigación realizada por Barker, Pandurangi y Best en 2002, también con el trabajo de Arnold en 1995, en donde la mayoría de los pacientes que convivieron con un perro manifestaron disminución de la ansiedad y sensación de bienestar posterior a ello.

Los resultados obtenidos de la presente investigación podrán confirmar la hipótesis propuesta de la existencia de diferencias estadísticamente significativas en que la convivencia con un perro sí influye en la presencia de depresión y ansiedad en personas, observando que las personas del grupo de trastornos de ansiedad y depresión son las que pasan la menor cantidad de horas a la semana conviviendo con un perro, siendo entre 1 y 3 horas por semana, mientras que las personas sin enfermedad mental son aquellas que conviven 8 horas o más por semana con un perro.

También se puede observar en esta investigación que los tipos de actividades que realizan los diferentes grupos de estudio con su perro son distintas; hallando que en el grupo de personas con trastornos ansiosos prevalecen las actividades al aire libre como salir a caminar (58.3%), actividad que realizan en mucho menor medida las personas del grupo de trastornos depresivos (26.6%).

Las personas con trastornos depresivos hablan más con su perro (53.3%) que las personas con trastornos de ansiedad (33.3%).

Mientras que en el grupo de personas sin enfermedad mental realizan en mayor medida todas las actividades de convivencia con su perro, destacando que lo observan o acompañan (85%), les brindan alimento y agua (85%), hablan con él (75%) y salen a caminar (60%).

En los 3 grupos de estudio coincide que la actividad que se realiza en menor medida con su perro es cepillarlo.

Observando los resultados obtenidos, puede entenderse que las personas con trastornos de ansiedad sean aquellas que prefieren actividades al aire libre como salir a caminar con su perro, siendo una característica de este grupo de trastornos la sensación de inquietud, necesidad de estar en movimiento y los síntomas pueden aumentar si permanece en un mismo sitio.

En cuanto a las personas con trastornos depresivos se observa que tienen preferencia por aquellas actividades que no impliquen mucho movimiento, lo cual es comprensible por su ánimo persistentemente triste, anhedonia y abulia, teniendo mayor actividad de acompañamiento con su perro, hablar con él y alimentarlo. Siendo además el único grupo en donde se obtuvo respuesta de no sentirse más feliz después de convivir con su perro (13.4%), lo cual muestra también la apatía que sufren estos pacientes.

## **CONCLUSIONES.**

La presente investigación se puede considerar en el estudio del apego, que puede generar una persona con enfermedad mental, considerando que la mayoría de los enfermos de patología psiquiátrica tienden al aislamiento social.

Se considera que los hallazgos de esta investigación son relevantes, ya que se demostró que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las personas con enfermedad mental de aquellas sanas, teniendo en común ser dueños de un perro pero observando diferencias importantes en las actividades de convivencia con él.

En el análisis resulta interesante que la mayoría de las personas sin enfermedad mental tienen un perro y además pasan más horas a la semana con ellos, a pesar de no padecer de tendencia al aislamiento como en el caso de trastornos de ansiedad o depresión.

Estos hallazgos invitan a realizar mayores estudios en los que podrían incluirse trastornos psicóticos, de personalidad, retraso mental u otros espectros para observar con qué frecuencia se encuentra esta convivencia en ese grupo de pacientes y si acaso también pudiera existir diferencia estadísticamente significativa que pudiera orientarnos a considerar en mayor importancia la convivencia entre una persona y un perro en la salud mental.

## ***ALCANCES Y LIMITACIONES.***

Pudo realizarse con facilidad la recolección de las muestras de los grupos de depresión y ansiedad gracias a las facilidades del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en donde existe una importante afluencia de pacientes con estas enfermedades.

Uno de los obstáculos en la realización de este trabajo fue formar el marco teórico, ya que no existe suficiente información disponible respecto a los beneficios de la convivencia entre una persona y un animal, lo cual fue facilitado por la asociación civil PSICUSS que se dedica a la formación de personal humano y canino para la terapia asistida con animales, con quienes pude entrevistarme, conocer sobre su trabajo y obtener información para este trabajo.

Si volviera a hacer esta investigación incluiría una muestra mayor, conservando el mismo número de hombres y mujeres. Sería una gran oportunidad lograr traer al Hospital Psiquiátrico a un equipo de terapia asistida con animales que pudiera acudir durante más de un día, tomar a un grupo pacientes con depresión y a otro con ansiedad, aplicarles las escalas correspondientes antes y después de la terapia y observar si hay cambios. También sería interesante observar si existe diferencia entre la convivencia de una persona con otros animales además del perro.

Recomendaría a aquellas personas que se interesen por desarrollar este tema que experimenten la experiencia de convivir con un perro y observen lo que ello implica, siendo notable la facilidad de interacción humana a través de la de sus

perros y la gama de sensaciones que esto lleva. Será de mucha utilidad acercarse a las asociaciones que brindan Terapia Asistida con Animales para experimentar la vivencia, aprender de ella y promoverla como complemento a los tratamientos ya establecidos para personas con trastornos ansiosos o depresivos.

#### **REFERENCIAS.**

- Berry A, Borgi M, Terranova L, Chiarotti F. Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatrics* 2012; 12: 143–150.
- Le Roux M, Kemp R. Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. *Psychogeriatrics* 2009; 9: 23–26.
- Barker S, Pandurangi A, Best A. Effects of Animal-Assisted Therapy on Patients' Anxiety, Fear, and Depression Before ECT. *The Journal of ECT* 2003; 19(1):38–44.

- Kawamura N, Niiyama M, Niiyama H. Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. *Psychogeriatrics* 2007; 7: 8–13.
- Fraser C. Companion animals and the promotion of health. *ComprNurs Q* 1990; 2: 2–17.
- Friedmann E, Thomas S, Son H. Pets, depression and long term survival in community living patients following myocardial infarction. *National Institutes of health* 2011; 24(3): 273–285.
- Krause-Parello C. Pet ownership and older women: the relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood. *GeriatricNursing* 2012;33:194-203.
- Antonioli C, Reveley M. Randomised controlled trial of animal facilitated therapy with dolphins in the treatment of depression. *BJM* 2005; 331:1-4.
- Velde B, Cipriani J, Fisher G. Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal* 2005;52:43–50.
- Herzog H. The Impact of Pets on Human Health and Psychological Well-Being: Fact, Fiction, or Hypothesis?. *Current directions in psychological science* 2011;20(4):236–239.

- Medina-Mora M, Borges G, et.al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003; 26 (4): 1-16.
- Singh M, Gotlib I. The neuroscience of depression: Implications for assessment and intervention. *Behaviour Research and Therapy* 2014;30:1-14.
- Sheehan D.V., Lecrubier Y. MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. Instrumentos de dirección y orientación diagnóstica 2000. p 3-7, 10-12, 22.
- Sadock B.J., Sadock V.A. Trastornos del estado de ánimo. En: Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Lippincott Williams &Wilkins; 2009. p. 527.
- Urbach F.R., Doménech E. En: Terapia asistida con animales. II manual práctico para técnicos y expertos. Barcelona. CTAC; 2012. p. 5-17.
- Friedmann E. The Animal- Human Bond Health and Wellness. En: Aubrey y Fine. Handbook on Animal- Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. U.S.A. Academic press. Elsevier Science; 2000. p. 41-56.
- Hart L.A. Psychosocial Benefits of Animal Companionship. En: Aubrey y Fine. Handbook on Animal- Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. U.S.A. Academic press. Elsevier Science; 2000. p. 59-76.

- Hart L.A. Selecting Animals for Animal- Assited Therapy: Part A. En: Aubre y Fine. Handbook on Animal- Asissted Therapy: Theoretical Foundations and Guildelines for Practice. U.S.A. Academic press. Elsevier Science; 2000. p. 88-93.
- Nebbe L. Nature Therapy. En: Aubre y Fine. Handbook on Animal- Asissted Therapy: Theoretical Foundations and Guildelines for Practice. U.S.A. Academic press. Elsevier Science; 2000. p. 398-403.
- Asociación Americana de Psiquiatría, guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM IV-TR. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2000. p 129-138, 103-127.
- Sadock B.J., Sadock V.A. Trastornos de ansiedad. En: Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Lippincott Williams &Wilkins; 2009. p. 579-581.
- Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Capítulo I. Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, 23 de diciembre 1986.

## **ANEXOS.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Título del protocolo: La convivencia entre una persona y un perro y su asociación con la depresión y ansiedad.

Investigador principal: Dra. Celeste Roxana Rosas Torres

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Nombre del paciente:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

#### **1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

El reconocimiento de la importancia del vínculo humano-animal ha dado pie al desarrollo de diversos programas conocidos como “intervención asistida con animales”, los cuales han sido diseñados para mejorar la calidad de vida de pacientes geriátricos institucionalizados que se encuentran con depresión y ansiedad. A pesar de la evidencia, es necesario investigar más en esta área para fundamentar los efectos benéficos de la convivencia entre personas con perros.

#### **2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Determinar si hay diferencia entre las personas que conviven o no con un perro y la presencia de depresión y ansiedad.

#### **3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Con este estudio podrá saber si usted se encuentra deprimido o ansioso y si su perro puede ser un factor protector contra la ansiedad o la depresión. Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido y saber si su perro puede contribuir como factor protector contra la ansiedad o la depresión.

#### **4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, se le realizará la entrevista clínica estructurada MINI para depresión y ansiedad y la Encuesta rápida para evaluación de la convivencia con un perro.

#### **5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO**

No existen riesgos para este estudio.

#### **6. ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

#### **7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Firma del investigador \_\_\_\_\_

CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Título del protocolo: La convivencia entre una persona y un perro como coadyuvante para disminuir la frecuencia de depresión y ansiedad.

Investigador principal: Dra. Celeste Roxana Rosas Torres

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Nombre del participante:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente)

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Firma del participante o del padre o tutor \_\_\_\_\_.

Fecha

Testigo 1 \_\_\_\_\_.

Fecha

Testigo 2 \_\_\_\_\_.

Fecha

c.c.p El paciente.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente)

## CUADROS.

Cuadro 1.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

<b>A. Episodio depresivo mayor</b>				
<i>(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)</i>				
A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? <small>CAMBIAR SI, DE CUALQUIERA DE LAS Opciones</small>	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SÍ	
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>				
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:				
A4	a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>				

**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

**B. Trastorno distímico**

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

		NO	SI	Puntos
B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SI	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SI	18
B3	<b>Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SI	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SI	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SI	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SI	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SI	24
	¿CODIFICÓ SI EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SI	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SI	25
	¿CODIFICÓ SI EN B4?			

NO	SI
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

**C. Riesgo de suicidio**

		NO	SI	Puntos
<b>Durante este último mes:</b>				
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
<b>A lo largo de su vida:</b>				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4
	¿CODIFICÓ SI EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?			

NO	SI
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SI» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

Referencia 13.

## Cuadro 2

### 1.1. MIN Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

10

<b>E. Trastorno de angustia</b>					
<b>(⇒ SIGNIFICA: BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)</b>					
E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió <b>súbitamente</b> ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	<b>⇒</b> NO	SI	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	<b>⇒</b> NO	SI	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SI	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	4
E4		<b>Durante la peor crisis que usted puede recordar:</b>			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SI	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SI	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SI	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SI	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SI	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SI	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, atardido o a punto de desvanecerse?	NO	SI	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SI	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SI	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SI	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SI	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SI	<i>Trastorno de angustia de por vida</i>
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SI	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	<i>Trastorno de angustia actual</i>

**F. Agorafobia**

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SI	19
SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.				
F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SI	20
		<i>Agorafobia actual</i>		
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?		NO	SI	
Y		<b>TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</b>		
CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?				
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?		NO	SI	
Y		<b>TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</b>		
CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?				
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?		NO	SI	
Y		<b>AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</b>		
CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?				

**G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)**

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	NO	SI	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SI	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SI	4
		<b>FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL</b>		

**O. Trastorno de ansiedad generalizada**

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SI	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SI	2
CODIFICAR SI, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.			NO	SI	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SI	4
O3	CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.				
En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:					
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SI	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SI	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SI	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SI	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SI	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SI	10
¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			NO	SI	

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

Referencia 13.

**Cuadro 3.**

ENCUESTA RÁPIDA PARA EVALUACIÓN DE LA CONVIVENCIA CON UN PERRO			
(Seleccione la opción según el caso)			
Nombre:			
Fecha:			
Tipo de grupo	Grupo experimental		Grupo control
¿Tiene perro?	Sí	¿Cuántos?	No
¿Cuántas horas a la semana convive con su perro?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 3 horas</li> <li>• 4 a 7 horas</li> <li>• 8 horas o más</li> </ul>		
¿Qué tipo de actividad realiza con más frecuencia con su perro?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo observo/ me acompaña</li> <li>• Hablo con él</li> <li>• Lo cepillo</li> <li>• Le doy alimento y agua</li> <li>• Salgo a caminar</li> <li>• Juego con él</li> </ul>		
¿Se siente más feliz después de convivir con su perro?	Sí		No

Elaborado por C. Roxana Rosas Torres