



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
H. ESPECIALIDADES “DR. ANTONIO FRAGA MOURET”
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
EN PACIENTES CON HIPOGAMMAGLOBULINEMIA (IDCV Y XLA)
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES LA RAZA**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

DR. ALVARO DANIEL PLATA TREJO

ASESOR PRINCIPAL

DRA. GABRIELA MEDINA GARCÍA

INVESTIGADOR ASOCIADO:

DRA. ANGELICA KATHYA ALANÍZ FLORES



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, 2023



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.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dra. Olga Lidia Vera Lastra
Titular del Curso de especialización en Medicina Interna UNAM Jefe de Servicio
de Medicina Interna
U.M.A.E. Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS

Dra. Gabriela Medina García
Asesor de Tesis
U.M.A.E. Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS

Dr. Plata Trejo Alvaro Daniel
Médico Residente de cuarto año de la Especialidad de Medicina Interna U.M.A.E.
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS

Número de Registro: R-2022-3501-108



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3501**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS **17 CI 09 002 047**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 033 2017121**

FECHA **Viernes, 29 de julio de 2022**

M.C. Gabriela Medina García

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DETECCION DE TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES CON HIPOGAMMAGLOBULINEMIA (IDCV Y XLA) DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES LA RAZA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3501-108

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Jose Arturo Velazquez Garcia
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3501

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Abreviaturas

BAI: inventario de ansiedad de Beck

BTK: Tirosina Cinasa de Bruton

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DT2: diabetes tipo 2

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

HAS: hipertensión arterial sistémica

HES: Hospital de especialidades medicas

IDCV: inmunodeficiencia común variable

Ig: Inmunoglobulina

IgA: Inmunoglobulina A

IgG: Inmunoglobulina G

IgM: Inmunoglobulina M

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa

IMC: índice de masa corporal

ISNA: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y adrenalina

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

IV: Intravenosa

Kg: kilogramos

m: metros

Min: minutos

PHQ-9: Patient Health Questionnaire

SC: Subcutánea

UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad

UTIA: Unidad de terapia intravenosa ambulatoria

XLA: inmunodeficiencia ligada al cromosoma X

ÍNDICE

• Hoja de autorización de tesis.....	2
• Dictamen aprobado	3
• Abreviaturas	4
• Resumen	7
• Introducción	8
• Material y método	14
• Resultados	17
• Discusión	23
• Conclusiones	26
• Referencias bibliográficas	27
• Anexos	30
○ Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos	30
○ Anexo 2. Cuestionarios de ansiedad de Beck	31
○ Anexo 3. Cuestionario de depresión PHQ-9	32

RESUMEN

Título: Prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión en pacientes con hipogammaglobulinemia (IDCV Y XLA) del hospital de especialidades la Raza

Objetivo: Estimar la prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de hipogammaglobulinemia (inmunodeficiencia común variable y relacionada a cromosoma X) en el servicio de inmunología y alergia del hospital de especialidades la Raza.

Materiales y métodos: Estudio transversal, analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico hipogammaglobulinemia, mayores de edad, ambos sexos y en tratamiento con inmunoglobulina en servicio de inmunología y alergias en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. Se emplearon los cuestionarios de ansiedad de Beck y cuestionario para depresión PHQ-9 para evaluar sintomatología y clasificar su severidad, en las últimas dos semanas al responder los cuestionarios. Además, se registraron comorbilidades presentes, así como diagnóstico y tratamientos previos por psiquiatría.

Resultados: Se estudiaron 50 pacientes, 29 hombres y 21 mujeres, 41 sujetos con inmunodeficiencia común variable (IDCV) y 9 con diagnóstico de inmunodeficiencia ligada al X (XLA). La comorbilidad más frecuente fue bronquiectasias en 50%. Se evidenció alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en 50 pacientes con hipogammaglobulinemia con 88% para ansiedad y 60 % para síndrome depresivo. Solamente 7 estaban diagnosticados y 3 pacientes en seguimiento por psiquiatría. Se encontró asociación entre síntomas depresivos y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (mayor a 10 años de diagnóstico) ($p=0.026$).

Conclusiones: La prevalencia de ansiedad y depresión es alta relacionada con hipogammaglobulinemia. Es punto clave para realizar adecuado tamizaje, seguimiento e inicio de tratamiento a este grupo susceptible, ya que puede afectar en general la calidad de vida.

Palabras claves: hipogammaglobulinemia, inmunodeficiencia común variable, ansiedad y depresión.

ABSTRACT

Title: Prevalence of anxiety and depression in patients with hypogammaglobulinemia (CVID and XLA) at the Hospital de Especialidades La Raza

Objective: To estimate the prevalence of anxiety disorders and depression in patients diagnosed with hypogammaglobulinemia (common variable immunodeficiency and related to X chromosome) in the immunology and allergy department of the La Raza specialty hospital.

Materials and methods: Cross-sectional, analytical study. Patients with a diagnosis of hypogammaglobulinemia, adults, both sexes and undergoing treatment with immunoglobulin in the immunology and allergies service at the Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza are included. Beck's anxiety questionnaires and the PHQ-9 questionnaire for depression were used to evaluate symptoms and classify their severity, in the last two weeks when answering the questionnaires. In addition, present comorbidities were recorded, as well as previous diagnoses and treatments by psychiatry.

Results: 50 patients were studied, 29 men and 21 women, 41 subjects with common variable immunodeficiency (CVID) and 9 diagnosed with X-linked immunodeficiency (XLA). The most frequent comorbidity was bronchiectasis in 50%. A high prevalence of symptoms of anxiety and depression was evidenced in 50 patients with hypogammaglobulinemia with 88% for anxiety and 60% for depressive syndrome. Only 7 were diagnosed and 3 patients under follow-up by psychiatry. An association was found between depressive symptoms and a longer evolution time of the disease (greater than 10 years from diagnosis) ($p=0.026$).

Conclusions: The prevalence of anxiety and depression is high related to hypogammaglobulinemia. It is a key point to carry out adequate screening, follow-up and start of treatment in this susceptible group, since it can affect the quality of life in general.

Keywords: hypogammaglobulinemia, common variable immunodeficiency, anxiety, and depression.

INTRODUCCION

La hipogammaglobulinemia debe definirse de acuerdo con el rango de referencia ajustado a la edad para el laboratorio, repetidamente en 2 mediciones con más de 3 semanas de diferencia, se puede omitir la medición si el nivel es muy bajo para la edad.¹

Las inmunodeficiencias primarias son enfermedades causadas por defectos genéticos que involucran el desarrollo, mantenimiento y regulación del sistema inmune. Se han descrito más de 150 formas de inmunodeficiencia primarias, las cuales en su mayoría se expresan durante la infancia y en menos frecuencia en adultos.²

La inmunodeficiencia común variable (CVID) es la inmunodeficiencia primaria sintomática más común, epidemiológicamente es una enfermedad rara con una prevalencia aproximada de 1 en 25000 a 50000 en la población general, la mayoría de datos son muy limitados geográficamente desconociendo el número de casos no diagnosticados porque no se ha desarrollado un proceso integral de detección basado en la población para la inmunodeficiencia, la prevalencia puede variar de en la población general, según las habilidades de diagnóstico y los recursos médicos disponibles en diferentes países.^{1,3} la enfermedad esporádica de causa desconocida ocurre en 75-95%.^{1,4}

Representa una colección heterogénea de trastornos que resultan principalmente en deficiencia de anticuerpos e infecciones recurrentes. Sin embargo, las complicaciones de la inmunodeficiencia común variable, constituyen seis categorías principales donde se encuentran las infecciones (80%) como otitis media aguda, neumonía adquirida en la comunidad, rinosinusitis, gastroenteritis, complicaciones pulmonares (30-70%) principalmente bronquiectasias en un 30-70%, motivo importante de morbimortalidad; enfermedad granulomatosa (8-22%) o linfocítica policlonal, autoinmunidad (20-30%) las más frecuentes son púrpura trombocitopénica autoinmune y anemia hemolítica autoinmune con prevalencia de 5-8%, enfermedades gastrointestinales (20-60%) principalmente la diarrea crónica, hiperplasia nodular linfoidea y atrofia vellosa; y las neoplasias (20%) constituye la

causa más importante de mortalidad temprana, siendo los linfomas no Hodgkin la causa más frecuente, por lo cual se recomienda que durante la evaluación inicial se busquen intencionadamente. La etiología de la afección no se conoce bien, aunque en los últimos años se ha logrado un progreso significativo en el esclarecimiento de los mecanismos genéticos que pueden dar lugar a un fenotipo CVID.⁵ Paralelamente a esto, los avances en el tratamiento de la enfermedad también han dado como resultado una mejor supervivencia y calidad de vida para los pacientes. ^{1,2,6}

En el diagnóstico de la inmunodeficiencia común variable debe considerarse en cualquier grupo edad con hipogammaglobulinemia sin causa conocida, niveles de IgA o IgM menos de dos desviaciones estándar por debajo del valor considerado normal para la edad, exclusión de causas secundarias de hipogammaglobulinemia, en ocasiones si se cuenta en las instituciones realizar estudios genéticos.²

El diagnóstico y manejo adecuados de los pacientes tendrán un efecto significativo en la morbilidad y la mortalidad, así como en los aspectos financieros de la atención médica.²

La agammaglobulinemia ligada al cromosoma X es una condición de inmunodeficiencia primaria de células B, caracterizada por una falla o deficiencia en la diferenciación de células B y falta de producción de inmunoglobulinas séricas, de las agammaglobulinemias hereditarias la ligada al X representa el 85% del total, debido a un defecto del gen BTK reducida o ausente lo que da como resultado una diferenciación incompleta de células pre-B o una expansión insuficiente con niveles muy bajos a indetectables de linfocitos B periféricos e inmunoglobulinas. Debido a la rareza y la falta de datos de la población la incidencia notificada es de 1 en 190,000 nacimientos de varones y prevalencia de 3 a 6 en 1,000,000 de varones. Suelen estar bien durante los primeros meses de vida porque están protegidos por la inmunoglobulina materna adquirida por vía transplacentaria y por lo general desarrollan infecciones bacterianas recurrentes en los primeros dos años de vida.^{1,7,8}

El estándar de atención actual para pacientes con inmunodeficiencia común variable y de inmunodeficiencia ligada a cromosoma X es el reemplazo con inmunoglobulina intravenosa o subcutánea de por vida, los estudios han demostrado una mejoría significativa subjetiva en la calidad de vida como objetiva en la frecuencia y gravedad de las infecciones. Además, el tratamiento con inmunoglobulinas retarda la progresión de las complicaciones incluida la enfermedad pulmonar supurativa.^{3,9,10}

El trastorno de ansiedad por enfermedad es un trastorno primario de ansiedad por tener o desarrollar una enfermedad grave. La característica central es el ciclo de preocupación y búsqueda de tranquilidad con respecto a la salud, a diferencia de un enfoque en el alivio de la angustia causada por síntomas somáticos. La ansiedad por la salud clínicamente significativa es común, con estimaciones que llegan hasta el 13 % en la población adulta general. Existen tratamientos basados en la evidencia, incluida la psicofarmacología y la terapia cognitiva conductual, que pueden aliviar significativamente los síntomas.¹¹

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3.8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5.7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave y causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.¹²

Dentro de los factores de riesgo que se ha informado para padecer trastorno de ansiedad o depresión se encuentran antecedentes familiares que padezcan estos trastornos o abusos de sustancias, enfermedades crónicas, cambios importantes en la vida, discapacidad. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción,

y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. ¹³

Las comorbilidades asociadas con ICV se pueden presentar en 30-50% de los pacientes con ICV y pueden observarse antes o después de la ocurrencia de las infecciones recurrentes, además de que un mismo paciente con ICV puede presentar más de una comorbilidad. ¹⁴

Por ejemplo, Baloh C. ¹⁴ y su grupo reportan que los pacientes que presentan síntomas de inmunodeficiencia en edades pediátricas podrían fallecer en edades tempranas, con una sobrevivencia media de 30 años, siendo las infecciones la causa de muerte en la mayoría de estos casos. Cabe resaltar que la mayoría de los que fallecen a esta edad tienen al menos una comorbilidad asociada, como enfermedad pulmonar, autoinmunidad, linfoproliferación, cáncer, enteropatía e incluso depresión. ¹⁴

La enfermedad autoinmune, la enteropatía, la enfermedad pulmonar y la depresión fueron frecuentes en los pacientes fallecidos con inmunodeficiencia común variable. La depresión fue común en el 18% de pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable de inicio pediátrico y en el 26% de aquellos con inmunodeficiencia común variable de inicio en el adulto, además se asoció significativamente con la mortalidad (OR 6, $p < 0,05$), y con comorbilidades que incluyen linfoma/leucemia, enfermedad autoinmune, enfermedad granulomatosa y enteropatía. Además, en un inicio pediátrico de inmunodeficiencia común variable tienen 5 veces más probabilidad de depresión si el diagnóstico de la inmunodeficiencia no se realiza dentro de los 10 años posteriores al inicio de los síntomas y en aquellos diagnosticados con inmunodeficiencia común variable dentro de los primeros 5 años tenían una incidencia significativamente menor de depresión. ¹⁵

De acuerdo con la evaluación de la gravedad global de su propia enfermedad, se deben considerar los aspectos mentales y psicológicos que contribuyen a la carga de la enfermedad. Además, de los riesgos de depresión/ansiedad que podrían estar

asociados con diferentes percepciones de la gravedad de la enfermedad y el estado de salud general del paciente.¹⁶

Se realizó un estudio en Ciudad de México con una población de 15 pacientes con una frecuencia detectada de depresión de 87% en general, con diferentes grados de la misma, y con grado severo de 20% y muy severa de 13%, y una respuesta a tratamiento de 50%.¹⁸

Existen numerosos instrumentos que se han diseñado para evaluar sintomatología de ansiedad, el inventario de ansiedad de Beck, es una de las herramientas que se emplean con mayor frecuencia en el mundo tanto en el ámbito de la investigación psicológica como en el campo clínico. Si bien no es un instrumento que tenga el fin de diagnosticar los trastornos de ansiedad, sino que indica la severidad de la sintomatología, su aplicación es sencilla e interpretación práctica, y provee datos valiosos para su primera aproximación a dichos trastornos. En el caso específico de la población mexicana, obtuvieron una estructura de cuatro factores: síntomas subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos y de pánico. Esta versión en español mostró una alta consistencia interna, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.84 en estudiantes universitarios y de 0.83 en adultos de población general.^{19,20}

El PHQ-9 es una herramienta que consta de nueve ítems para evaluar la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios del DSM-IV). Pide al sujeto que revise los síntomas de dos semanas previas e informar el número de días en que predominó el síntoma. Cada ítem tiene un índice de gravedad correspondiente: 0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad los días, y 3 = casi a diario. Las puntuaciones pueden variar de 0 a 27, que luego se traduce en cinco niveles de síntoma gravedad: sin riesgo (0 - 4), baja (5 - 9), moderada (10 - 14), moderadamente grave (15 - 19) y grave (20 - 27). Estas categorías se correlacionan con la probabilidad de presentar un episodio depresivo mayor; sin embargo, la depresión mayor rara vez se observa en individuos con puntuaciones inferiores a 10. Por lo tanto, las puntuaciones ≥ 10 se utilizan comúnmente como punto de corte para determinar la presencia de síntomas depresivos.²¹

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal, observacional. Por captación de la información prospectivo; el cual se realizó en la UMAE-Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad de México durante el periodo de Junio a Agosto del año 2022. A los pacientes que contaban con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable o ligada a cromosoma X y se encontraban bajo tratamiento a cargo del servicio de Inmunología y Alergia del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza. Dadas las características de este protocolo, su realización no confirió riesgo. Con un número de muestra calculado de 52 pacientes de los cuales participaron 50 en total.

Dentro de los criterios de selección el paciente fue para pacientes de ambos sexos, con edad mayor a 18 años, que contaran con el diagnóstico actual de hipogammaglobulinemia ya sea IDCV o ILX, derechohabientes y en tratamiento con inmunoglobulina intravenosa o subcutánea, que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado.

Se solicitó autorización a las autoridades médico administrativas del servicio de inmunología y alergias y de la unidad de terapia intravenosa ambulatoria, se identificaron a los pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable o ligada a cromosoma X que se encuentren bajo tratamiento a través de bitácora para administración de inmunoglobulinas ya sea intravenosa o subcutánea, se acudió a la UTIA de inmunología de lunes a viernes turno matutino durante los meses de junio, julio y agosto, y se invitó a los pacientes a participar a responder cuestionarios auto aplicables. Se explicó ampliamente sobre los beneficios del estudio, así como el llenado de los consentimientos informados y que la información que se recolectó es de uso confidencial. Mientras los pacientes se encontraban en la UTIA se realizaron los cuestionarios de ansiedad BECK y depresión PHQ-9 basándose en los síntomas o problemas de las últimas dos semanas previas a la aplicación del test. Se procedió a la recolección de datos y al análisis de los resultados

Instrumento de medición

Se utilizó el inventario de ansiedad de BECK como herramienta para indicar la severidad de la sintomatología de ansiedad, el cual consta de una tabla con 21 rubros los cuales deben responder con los síntomas de las 2 últimas semanas, marcando la severidad de cada rubro con poco o nada, más o menos, moderadamente y severamente, los cuales representan un puntaje, el cual se suma al responder la prueba, y puede catalogar sin ansiedad 0 puntos, ansiedad leve 1-18 puntos, ansiedad moderada 19-25 puntos, ansiedad severa 30 o más puntos.

Se utilizó el cuestionario PHQ-9 para evaluar la presencia de síntomas depresivos. Consta de 9 rubros donde se informa la frecuencia de los síntomas en las 2 últimas semanas. Cada ítem tiene un índice de gravedad correspondiente: 0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad los días, y 3 = casi a diario. Las puntuaciones pueden variar de 0 a 27, que luego se traduce en cinco niveles de síntoma gravedad: sin riesgo (0 - 4), baja (5 - 9), moderada (10 - 14), moderadamente grave (15 - 19) y grave (20 - 27).

El protocolo fue elaborado de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y los principios Éticos para investigaciones médicas en seres humanos de la asociación médica mundial, la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y sus diversas modificaciones incluyendo la actualización de Fortaleza, Brasil 2013, y autorización de los Directivos de la UMAE HE “La Raza” y los lineamientos locales del comité de ética.

Por las características del protocolo de investigación, de acuerdo al Artículo 17 de la Ley General de Salud contenida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud en seres humanos, se catalogó como un estudio sin riesgo. Se apegó al artículo 20 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, mediante el cual el sujeto de investigación o su representante legal autorizó su participación en la investigación, se aplicó hoja de consentimiento informado para la inclusión en el mismo. La información e

identidad de los pacientes se conservó bajo confidencialidad, tomando las medidas administrativas, técnicas y físicas para mantener la seguridad. Se diseñó bajo lo establecido en los artículos 100, 101, 102 y 103 del título V, capítulo único de la Ley de General de Salud, adaptándose a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Cumpliendo también con lo dictado por la Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para calcular la prevalencia puntual se empleó la siguiente fórmula de proporción:

$$P = \frac{\text{casos individuos afectados}}{\text{número de personas en una población}} \times 100$$

para determinar el porcentaje de la población con la enfermedad con los casos existentes al recabar los datos. Se utilizó análisis de estadística descriptiva, de acuerdo con distribución de la población. Por el número de muestra, se utilizó prueba de Kolmogórov-Smirnov donde se demostró distribución libre en el parámetro de edad, normal para los años de diagnósticos, Así mismo se emplearon frecuencias y porcentajes a través del programa SPSS Statistics: Versión 22 y Excel 2020.

RESULTADOS

Características de la población

Se incluyeron 50 pacientes con hipogammaglobulinemia que participaron en el presente estudio. La edad entre los pacientes presenta una media de 35 años, como se registra en la tabla 1.

Tabla 1.

DATOS DEMOGRAFICOS		
DISTRIBUCION DE EDAD POR GRUPOS ETARIOS	N (100)	PORCENTAJE (%)
18-30 AÑOS	26	52
31-40 AÑOS	11	22
41-50 AÑOS	3	6
51-60 AÑOS	5	10
61-70 AÑOS	5	10
FRECUENCIA DE GENERO		
MASCULINO	29	58
FEMENINO	21	42
INDICE DE MASA CORPORAL		
MEDIANA	23	
MINIMO	16	
MAXIMO	32.46	
VIA DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINA		
INTRAVENOSA	47	94
SUBCUTANEA	2	6
AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA		
MEDIA	14.62	
MINIMO	1	
MAXIMO	30	

Según el índice de masa corporal (IMC), el 4% de las personas tuvieron un peso bajo, el 66% tienen un peso considerado normal, el 22% tienen sobrepeso y el 8% con obesidad.

De un total de 50 participantes, se observó que la mayoría había sido diagnosticada previamente con inmunodeficiencia común variable, con 41 sujetos representando el 82% de la muestra. Por otro lado, la inmunodeficiencia ligada al cromosoma X fue el diagnóstico previo de 9 sujetos, lo que representó el 18% de la muestra.

En cuanto a las comorbilidades relacionadas con la hipogammaglobulinemia, se encontró que las bronquiectasias fueron las más predominantes, afectando al 50% de los pacientes. A continuación, se observó que el 7% presentó enfermedades autoinmunes, mientras que el resto presentó diabetes tipo 2, dislipidemia, EPOC, cardiopatía, neoplasia, cada uno con menos del 5% de prevalencia.

Al revisar a los pacientes con enfermedades autoinmunes, se encontró que 2 pacientes tenían artritis reumatoide, otros 2 presentaban hipotiroidismo autoinmune, 1 tenía vitíligo, 1 lupus eritematoso sistémico y 1 enfermedad celiaca. Sin embargo, no se observó relación con la puntuación para ansiedad o trastorno depresivo.

Se realizó un cuestionario de ansiedad de Beck, como se observa en la gráfica 1 donde se encontró que 6 de ellos no presentaron ansiedad, mientras que 44 presentaron algún nivel de ansiedad, lo que **representa una prevalencia del 88% en la muestra**. A continuación, se clasificó la gravedad de la ansiedad según los síntomas presentados en las últimas dos semanas, encontrando la mayor prevalencia en los que clasificaron con ansiedad leve representando un 64%, el 12% ansiedad moderada y el 12% ansiedad severa.

Además, en la tabla 2 se puede identificar que solo 7 de los participantes tenían antecedentes de trastorno de ansiedad diagnosticado, de los cuales solo 3 se encontraban en tratamiento y seguimiento por un psiquiatra, siendo clasificados en ese momento con ansiedad leve.

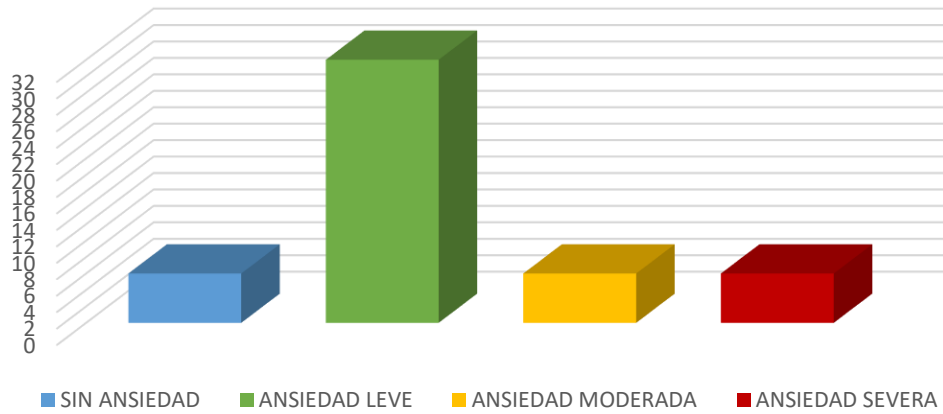
En relación a la realización del cuestionario PHQ-9 para evaluar síntomas de depresión y su grado de severidad, en la gráfica 3 se encontró que 30 de los sujetos en el estudio presentaban algún nivel de depresión, lo que representa una **prevalencia del 60% en la muestra**. Por otro lado, veinte sujetos no presentaron síntomas significativos de trastorno depresivo. De los pacientes con síntomas, se clasificaron según su gravedad, siendo los síntomas leves los más comunes en el 34%, seguidos de moderados en el 14%, moderado-graves y graves en el 6% cada uno.

En cuanto al diagnóstico previo o actual de trastorno depresivo, (Tabla 2) se encontró que 7 de los 50 sujetos del estudio lo habían experimentado, pero solo 3 de ellos habían recibido tratamiento y seguimiento por parte de un psiquiatra, y actualmente solo presentan síntomas mínimos o leves de depresión.

Al analizar las gráficas 2 y 4, se puede observar que, según el tiempo de diagnóstico de la hipogammaglobulinemia, los casos de ansiedad predominan en el grupo de pacientes de 6 a 10 años, siendo mayoritariamente de ansiedad leve, y en el grupo de 21 a 25 años, donde predominan los casos de ansiedad severa. Por otro lado, los casos de síntomas depresivos mínimos y leves son más frecuentes en los grupos de 6 a 10 años, mientras que los síntomas moderados son más comunes en el grupo de pacientes de 16 a 20 años. Además, se realizó un sub análisis dividiendo a los pacientes en dos grupos: aquellos con un tiempo de diagnóstico menor a 10 años y con un tiempo de diagnóstico igual o mayor a 10 años encontrando una asociación entre aparición de síntomas depresivos y un tiempo de diagnóstico mayor de 10 años ($p=0.026$). En este estudio, no se encontró una asociación significativa entre los síntomas de ansiedad en ninguno de los dos grupos.

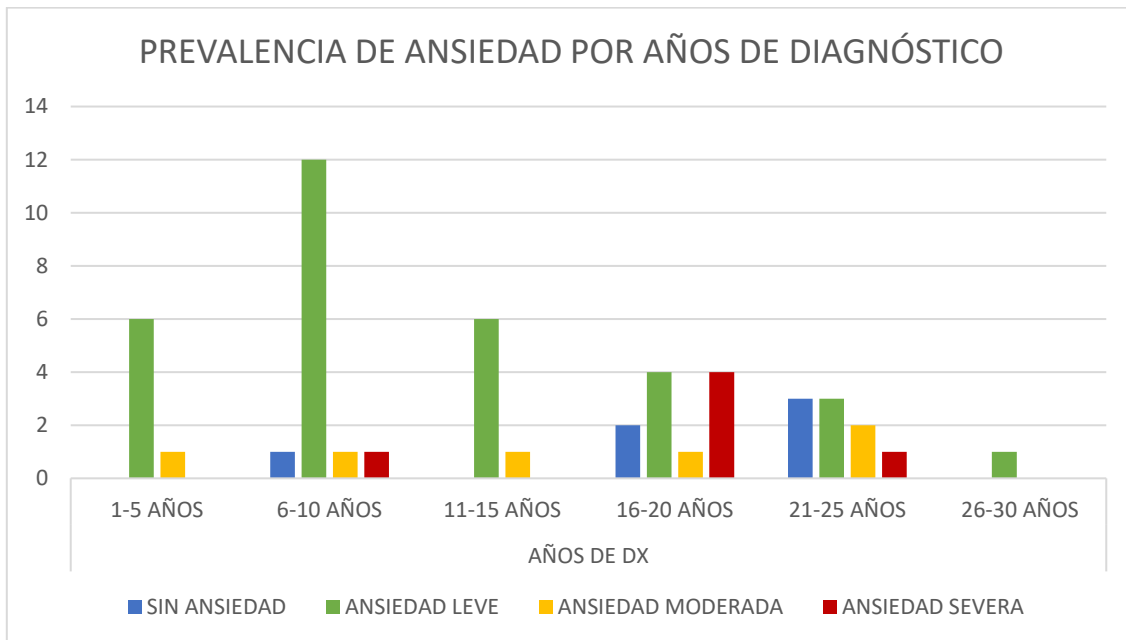
Grafica 1.

CLASIFICACION DE ANSIEDAD POR CUESTIONARIO DE BECK

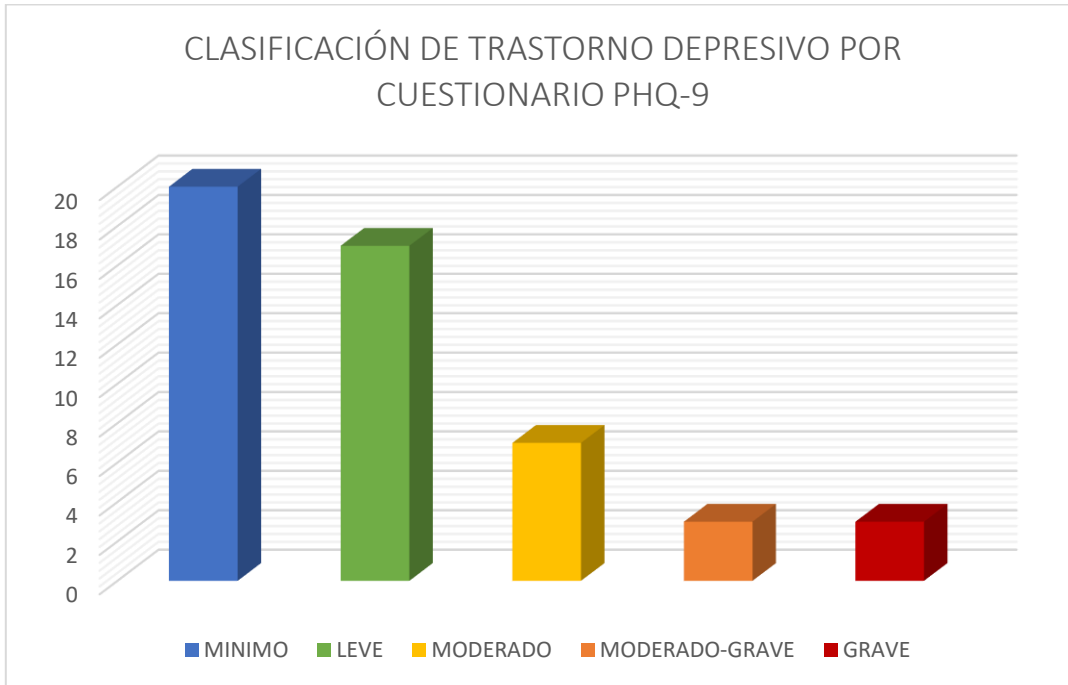


Grafica 2

PREVALENCIA DE ANSIEDAD POR AÑOS DE DIAGNÓSTICO



Grafica 3



Grafica 4

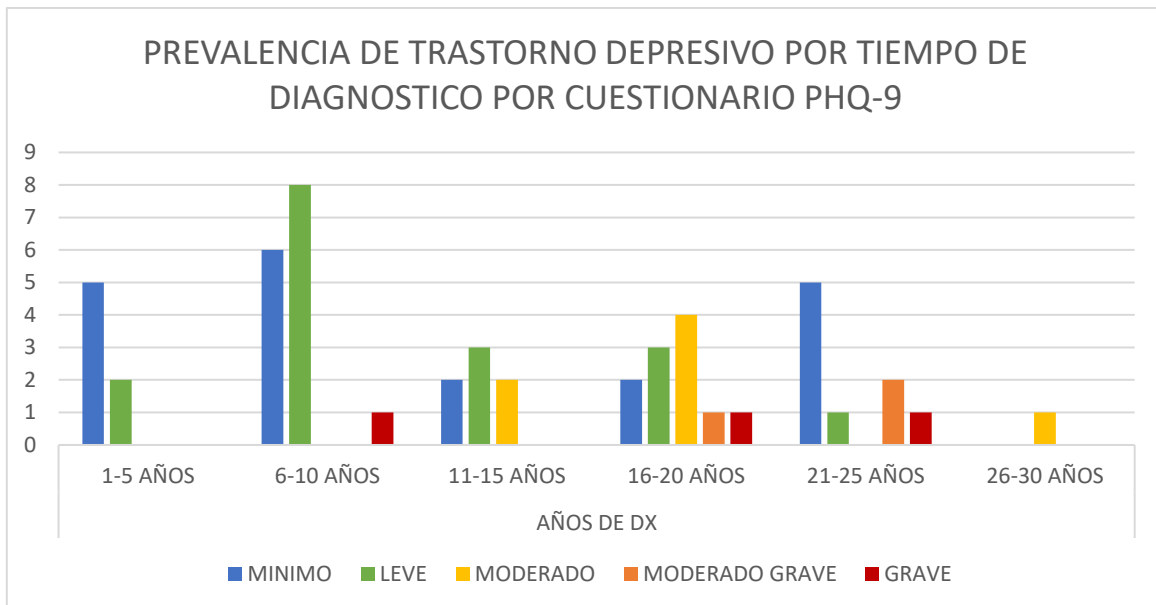


Tabla 2.

Clasificación de	Diagnóstico previo o actual		Tratamiento previo o actual	
	Si	No	Si	No
Clasificación de ansiedad				
Sin ansiedad		6 (12%)		6 (12%)
Ansiedad leve	4 (8%)	28 (56%)	3 (6%)	29 (58%)
Ansiedad moderada	1 (2%)	5 (10%)		6 (12%)
Ansiedad severa	2 (4%)	4 (8%)		6 (12%)
Clasificación de depresión				
Mínimo	3 (6%)	17 (34%)	2 (4%)	18 (36%)
Leve	2 (4%)	15 (30%)	1 (2%)	16 (32%)
Moderado	1 (2%)	6 (12%)		7 (14%)
Moderado grave		3 (6%)		3 (6%)
Grave	1 (2%)	2 (4%)		3 (6%)

DISCUSION

En este estudio se encontró una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con hipogammaglobulinemia. Además, se descubrió que solo una minoría de los participantes conocía su diagnóstico de trastorno de ansiedad y/o depresión y había recibido seguimiento o tratamiento para ello.

En los últimos años, la prevalencia de ansiedad en la población adulta a nivel mundial ha sido reportada en un 13%¹¹. No obstante, los resultados obtenidos en este estudio muestran una diferencia significativa en la frecuencia de síntomas de ansiedad al considerar únicamente la población con hipogammaglobulinemias. La prevalencia mundial de depresión en el 2022 se estimaba en un 3.8%, lo que representa una cifra baja en comparación con los resultados obtenidos en este estudio, sugiriendo que la frecuencia de depresión en la población con hipogammaglobulinemia puede ser significativamente mayor que en la población general ¹².

Es escasa la información publicada sobre la relación de trastorno depresivo e IDCV, existe un estudio de revisión de los últimos 30 años en un instituto de salud de los Estados Unidos de 198 sujetos donde se encontró una prevalencia de trastorno depresivo diagnosticado en adultos fue de 26%¹⁵, el cual es bajo comparado con la prevalencia de nuestro estudio y el único estudio hecho en la Centro Médico Nacional Siglo XXI de la Ciudad de México hace 10 años con 15 sujetos de estudio presentó resultados similares¹⁸ con respecto a la prevalencia al de esta tesis, por lo que es importante dar énfasis de realizar estudios de extensión y valoraciones por servicio de psiquiatría para la captación de pacientes con hipogammaglobulinemia que requieran iniciar tratamiento farmacológico o no farmacológico.

Nuestros resultados indicaron una prevalencia mayor, lo que podría deberse a las diferencias en los cuidados generales y la atención médica que se brinda en países desarrollados, el grado de estudio y estatus socioeconómicos.

No existe información publicada sobre el trastorno de ansiedad en relación con las hipogammaglobulinemias.

En el grupo de estudio, se observó una alta prevalencia de comorbilidades en los mismos sujetos, siendo las bronquiectasias la patología más frecuente, tal como se ha descrito en la mayoría de estudios previos. Sin embargo, la segunda comorbilidad más frecuente fue la autoinmunidad, lo cual contrasta con lo reportado en otros dos estudios, quienes describieron la trombocitopenia autoinmune y la anemia hemolítica en sus estudios^{5,15}. En nuestro estudio, las comorbilidades más comunes fueron la artritis reumatoide y el hipotiroidismo autoinmune. En relación a la aparición o severidad de ansiedad o depresión, no se encontró relación significativa con las demás comorbilidades.

Según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad de IDCV en nuestro estudio, se clasificó a los pacientes en grupos de hasta 30 años que encontró una mayor prevalencia de depresión en pacientes con más de 10 años de diagnóstico de hipogammaglobulinemia en comparación con aquellos que tenían menos de 5 años¹⁵. En nuestro estudio se observó una asociación en la prevalencia de síntomas depresivos con el grupo de pacientes con tiempo de diagnóstico mayor a 10 años. Sin embargo, se encontró un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos moderados y moderados-graves en los pacientes con un tiempo de diagnóstico de IDCV o ILX entre 15 y 25 años.

Es importante destacar que la hipogammaglobulinemia, como enfermedad crónico-degenerativa, puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes^{1,2,6}. Esta enfermedad requiere tratamiento sustitutivo de inmunoglobulinas de por vida y, a pesar de ello, pueden surgir nuevas comorbilidades y complicaciones particulares^{1,2}. Además, se ha observado que los pacientes con hipogammaglobulinemia tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos emocionales, como ansiedad y depresión. La presencia de estos síntomas puede afectar la calidad de vida de los pacientes, lo que hace aún más importante su detección y tratamiento temprano. Quizás debido a las múltiples complicaciones como infecciones recurrentes (neumonías, rinosinusitis,

gastroenteritis), bronquiectasias, malignidad, autoinmunidad que son motivo importante de morbimortalidad, de múltiples y prolongadas hospitalizaciones¹.

Los pacientes con deficiencia primaria de anticuerpos reportan una peor calidad de vida y tasas más altas de ansiedad y depresión que la población general. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento valioso para pacientes con otras afecciones de salud física a largo plazo, ya que mejora el bienestar y les permite controlar sus síntomas de manera más efectiva²⁵. Especialmente en grupos de pacientes que pueden ser potencialmente susceptibles a estos trastornos debido a las condiciones específicas y a la dificultad de su diagnóstico.

Los hallazgos indican que tanto la instrucción de los pacientes como la formación de los profesionales de la salud son elementos esenciales para disminuir la frecuencia de ansiedad y depresión. La capacitación de los pacientes resulta crucial para que la población adquiera conocimiento acerca de los síntomas y signos de estas condiciones. Por lo tanto, es fundamental que se realicen intervenciones terapéuticas adecuadas para mejorar la salud mental de los pacientes y su bienestar general²⁵. En este sentido, la prevención y el tratamiento temprano son fundamentales para reducir la prevalencia de estas condiciones en la población.

Es importante destacar que existe una escasez de estudios que relacionen estas enfermedades, lo que subraya la importancia de continuar con el tamizaje de este grupo vulnerable y proporcionar seguimiento por parte de profesionales de psiquiatría.

Es importante destacar las limitaciones del presente estudio, las cuales incluyen el diseño transversal y el hecho de que se realizó en un solo centro de estudio. Además, la hipogammaglobulinemia es considerada una enfermedad rara, lo que limita la investigación sobre este grupo de pacientes. Asimismo, no se consideraron algunas variables que podrían haber afectado la calidad de vida y las puntuaciones de los cuestionarios. Por lo tanto, se recomienda realizar una extensión de los cuestionarios sobre la calidad de vida y realizar evaluaciones periódicas para

obtener una comprensión más completa y precisa de las experiencias de estos pacientes.

Una de las principales fortalezas del estudio realizado es el número considerable de participantes que se incluyeron en la investigación. Es importante señalar que este estudio representa una mejora significativa en comparación con un estudio anterior que se llevó a cabo hace diez años y que contaba con un número muy limitado de pacientes ¹⁹. La inclusión de un mayor número de participantes en el estudio actual proporciona una muestra más representativa y confiable para evaluar la prevalencia de la hipogammaglobulinemia. Además, los resultados de este estudio podrían ser de gran utilidad para dar seguimiento a los pacientes a lo largo del tiempo. En particular, los datos recopilados podrían utilizarse para evaluar la eficacia del tratamiento en caso de ser necesario y hacer ajustes en consecuencia.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio revelan una alta prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión entre los pacientes con hipogammaglobulinemia. Además, se observó una mayor prevalencia de síntomas leves a moderados en estos pacientes para ambas entidades.

En este sentido, se sugiere iniciar detección temprana y periódicamente de tamizaje de síntomas de ansiedad y depresión, además tratamiento oportuno para estos pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Bonilla FA, Barlan I, Chapel H, et al. International Consensus Document (ICON): Common Variable Immunodeficiency Disorders. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016; 4(1):38-59. DOI: 10.1016/j.jaip.2015.07.025.
2. O’Farrill-Romanillos PM, Herrera-Sánchez DA, Hernández-Fernández C. Inmunodeficiencia común variable en adultos. *Rev Alerg Méx*. 2017; 64(4):452–62. DOI: 10.29262/ram.v64i4.323
3. Ameratunga R, Woon ST, Gillis D, et al. New diagnostic criteria for common variable immune deficiency (CVID), which may assist with decisions to treat with intravenous or subcutaneous immunoglobulin. *Clin Exp Immunol*. 2013; 174(2):203-11. DOI: 10.1111/cei.12178.
4. Park MA, Li JT, Hagan JB, et al. Common variable immunodeficiency: a new look at an old disease. *Lancet*. 2008;372(9637):489-502. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61199-X.
5. Jolles S. The variable in common variable immunodeficiency: a disease of complex phenotypes. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2013;1(6):545-56; quiz 557. DOI: 10.1016/j.jaip.2013.09.015.
6. Yong PF, Thaventhiran JE, Grimbacher B. A rose is a rose is a rose, but CVID is Not CVID common variable immune deficiency (CVID), what do we know in 2011? *Adv Immunol*. 2011; 111:47-107. DOI: 10.1016/B978-0-12-385991-4.00002-7.
7. Shillitoe B, Gennery A. X-Linked Agammaglobulinaemia: Outcomes in the modern era. *Clin Immunol*. 2017;183: 54-62. DOI: 10.1016/j.clim.2017.07.008.
8. Smith CIE, Berglöf A. X-Linked Agammaglobulinemia [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 27] : 1993-2022. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1453/pdf/Bookshelf_NBK1453.pdf
9. Perez EE, Orange JS, Bonilla F, et al. Update on the use of immunoglobulin in human disease: A review of evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2017; 139(3S):S1-S46. DOI: 10.1016/j.jaci.2016.09.023.
10. Bonilla FA, Khan DA, Ballas ZK, et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol*. 2015; 136(5):1186-205.e1-78. DOI: 10.1016/j.jaci.2015.04.049.

11. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosom Med.* 2019;81(5):398-407. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000691.
12. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Consultado 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
13. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.* 2018; 48(9):1560-71. DOI: 10.1017/S0033291717003336.
14. González-Serrano ME, Rodríguez-Alba JC, López-Herrera G. Inmunodeficiencia común variable, diagnóstico clínico y de laboratorio y genes más comunes. *Alerg Asma Inmunol Pediatr.* 2021. 30(3): 91–8. DOI: 10.35366/102982
15. Baloh C, Reddy A, Henson M, et al. 30-Year Review of Pediatric- and Adult-Onset CVID: Clinical Correlates and Prognostic Indicators. *J Clin Immunol.* 2019;39(7):678-687. DOI: 10.1007/s10875-019-00674-9.
16. Quinti I, Di Pietro C, Martini H, et al. Health related quality of life in common variable immunodeficiency. *Yonsei Med J.* 2012; 53(3):603-10. DOI: 10.3349/ymj.2012.53.3.603.
17. Zúniga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, et al. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Públ Méx.* 1999; 41(2):110-8.
18. Silva Perea J. Detección de ansiedad, depresión, y evaluación de respuesta a tratamiento en pacientes con inmunodeficiencia común variable. [Tesis de maestría en psicología]. México: UNAM;2012. 46 p.
19. Diaz-Barriga C, Gonzalez AL. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Becke adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, [Artículo de Tesis de doctorado en psicología].México: UNAM;2019. 12 p.
20. Ferran P, Montoya KS. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés.* 2020(2), 181–187. DOI: 10.1016/j.anyes.2020.08.002

21. Tadeo-Álvarez MA, Munguia-Ortiz CD, Benitez V, et. al. Presence of depressive symptoms in medical students in a Mexican public university. *Salud Ment.* 2019. 42(3): 131-136, DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2019.017
22. Ley General de Salud. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 19-02-2021 [Internet]. [México]; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. [Citado 2022 Jun 27]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987, última reforma publicada DOF 02-04-2014 [Internet]. [México]; [Citado 2022 Jun 27] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
24. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. México; 2009 Nov 05 [Citado 2022 Jun 27]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D012,la%20salud%20en%20seres%20humanos.
25. Campbell M, Clarke A, Symes A, et al. Investigating the Effectiveness, Acceptability and Impact on Healthcare Usage of Providing a Cognitive-Behavioural Based Psychological Therapy Service for Patients with Primary Antibody Deficiency. *J Clin Immunol.* 2018, 38(2):214-220. DOI: 10.1007/s10875-018-0481-3

Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
H. ESPECIALIDADES "DR. ANTONIO FRAGA MOURET"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"



**"PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN
PACIENTES CON HIPOGAMMAGLOBULINEMIA (IDCV Y XLA) DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES LA RAZA"**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:		Folio	
--------	--	-------	--

Nombre de paciente:						
NSS						
Edad (años)						
Sexo	Masculino	()	Peso	Kg	Talla	m
	Femenino	()	IMC	Kg/m2		

Immunodeficiencia comun variable		Immunodeficiencia ligada a cromosoma X	
Años de diagnóstico		Años de diagnóstico	

Comorbilidades	Sobrepeso		Bronquiectasias	
	Obesidad		EPOC	
	HAS		Cardiopatía	
	DT2		Neoplasia	
	Dislipidemia		Enfermedad autoinmune	

Diagnóstico previo de ansiedad	Si	()	Diagnóstico previo de depresión	Si	()
	No	()		No	()

Tratamiento para enfermedad de ansiedad/depresión	Si	()	No	()
---	----	-----	----	-----

Puntaje de cuestionario de ansiedad de BECK		Sin ansiedad 0	
		Ansiedad leve 1-18	
		Ansiedad moderada 19-25	
		Ansiedad severa 26 o mas	
Puntaje de cuestionario de depresión PHQ-9		Mínimo 0-4	
		Leve 5-9	
		Moderado 10-14	
		Moderado grave 15-19	
		Grave 20-27	

Observaciones: _____

Anexos 2. Cuestionarios de ansiedad de Beck

CUADRO 2. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)				
Instrucciones : Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.				
Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1.- Entumecimiento, hormigueo				
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.- Debilitamiento de las piernas				
4.- Dificultad para relajarse				
5.- Miedo a que pase lo peor				
6.- Sensación de mareo				
7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.- Inseguridad				
9.- Terror				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Manos temblorosas				
13.- Cuerpo tembloroso				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respirar				
16.- Miedo a morir				
17.- Asustado				
18.- Indigestión o malestar estomacal				
19.- Debilidad				
20.- Ruborizarse, sonrojamiento				
21.- Sudoración no debida al calor				
No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7 y en sujetos normales es de 15.8.				

Anexo 3. Cuestionario de depresión PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.