



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRABAJADORES CON
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LA
UMF 05 CD. MADERA CHIHUAHUA**

PRESENTA:

Dr. José Alonso Almanza Bencomo

ASESOR:

Dr. Sergio Céliz Zepeda

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

ASESOR ADJUNTO:

Dra. Nayeli Limón García



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Chihuahua, Chih.

Abril 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **802** con número de registro **17 CI 08 037 035** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA .
U MED FAMILIAR NUM 46

FECHA **Viernes, 15 de diciembre de 2017.**

DR. JOSE ALONSO ALMANZA BENCOMO
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRABAJADORES ACTIVOS CON TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LA UMF 05 CD. MADERA CHIHUAHUA

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, 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 U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2017-802-021

ATENTAMENTE

DR. ANDRÉS JUAREZ AHUMADA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ENMIENDA

Calidad de vida en pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión de
la UMF 05 Cd. Madera Chihuahua

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Encargada Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Ana Marlen Rivas Gómez

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 33



Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS



Vo.Bo.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Calidad de vida en pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión de la UMF 05 Cd. Madera Chihuahua

ASESORES

Dr. Sergio Céliz Zepeda

Médico Internista HGZ/MF 16



Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Encargada Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS



Vo.Bo.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

Calidad de vida en pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión de la UMF 05 Cd. Madera Chihuahua

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



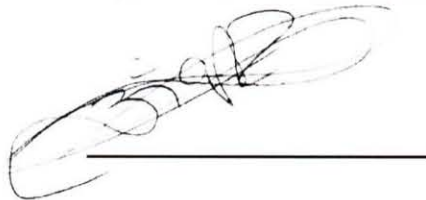
Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortíz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México



Vo.Bo.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo quiero agradecer a Dios debido a que por su gracia, me ha permitido tener la salud suficiente para poder llevar a buen fin y concluir este trabajo de tesis, a mi esposa e hija amadas, que han tenido la suficiente paciencia y darme un motivo y el apoyo moral para animarme cuando llegaban a flaquear mis fuerzas a pesar de no tener la mayor calidad de tiempo que ellas se merecen, a mis padres los cuales han sido un ejemplo firme y constante de lucha y perseverancia y poderme demostrar que todo lo que se quiere se puede lograr a base de constancia dedicación y trabajo, a mis maestros y asesores que han puesto su plena confianza y han extendido su conocimiento para darme las bases y las competencias adecuadas que lograron fortalecer y amalgamar el sentido humanidad y servicio; con la ciencia y guiarme y corregirme a través de estos años para poder con éxito, proporcionar la calidad de servicio y candidez necesarios para desarrollar una relación médico-paciente la cual permite con el tiempo y el trato adecuado llegar a tener una relación amigable que mejore un abordaje de manera más fluida y flexible para poder lograr la atención que el médico familiar debe dar, y así mitigar la angustia, dolor o incertidumbre y en otros casos dar la orientación firme para el cuidado integral de la salud de familia a mis compañeros y amigos que día con día con su paciencia y empatía me ayudaron a sobrellevar las cargas del vivir laboral cotidiano y situaciones de salud estuvieron ahí para apoyarme.

INDICE

Página

Agradecimientos		
I.	Resumen	10
II.	Marco Teórico	11
III.	Justificación	15
IV.	Planteamiento del problema	15
V.	Objetivo	17
VI.	Hipótesis	17
VII.	Material y métodos	18
VIII.	Criterios de Selección	19
IX.	Operacionalización variables	20
X.	Tamaño de muestra	22
XI.	Análisis estadístico	23
XII.	Consideraciones éticas	24
XIII.	Metodología operacional	26
XIV.	Resultados	27
XV.	Discusión	28
XVI.	Conclusiones	30
XVII.	Referencias bibliográficas	31
XVIII.	Tablas, Gráficas y Anexos	33

I. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ECONÓMICAMENTE ACTIVOS CON TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Autores: José Alonso Almanza Bencomo; Martha Alejandra Maldonado Burgos, Nayeli Limón García, Sergio Celiz.

Introducción: El individuo en edad productiva, representa uno de los principales actores en el apoyo y desarrollo socioeconómicos, en lo familiar y en la comunidad. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes con trastorno mixto de Ansiedad y depresión de la UMF no. 5 de Cd. Madera, Chihuahua.

Material y Métodos: Bajo un estudio transversal, observacional, se incluyó un universo, constituido por pacientes trabajadores activos, que acudieron a consulta en la UMF No. 5, Cd. Madera Chih., del 01 Enero del 2018 al 30 de Junio del 2018. Se les aplicó una encuesta validada, donde se preguntó sobre la calidad de vida y el grado de ansiedad y depresión; además se investigaron las siguientes terceras variables: edad, sexo, estado civil, grado estudios, comorbilidades, tipo de tratamiento, I. Se tomara como buena calidad de vida según características del grado de ansiedad y depresión leve, y mala calidad de vida en depresión moderada y severa, elemento conductual, manejo de estrés y capacidad adaptiva, se calificó como buena y mala calidad de vida unificando resultados para estos dos rubros. Una vez completadas las encuestas, fueron capturadas para su análisis y obtención de gráficas, y para obtener valores de Razón de Momios de Prevalencia, XMH e IC95%. **Resultados:** Se estudiaron 185 pacientes 55 (29.7%) tenían entre 40 a 59 años, 157 (84.3%) eran mujeres, 156 (84.3%) estaban casados, 117 (63.2%) tenían depresión y escala Yesavage severa, 152 (82.2%) moderada, teniendo mala calidad de vida 15 (8.1%). Encontramos que Los pacientes que tienen escala Yesavage severa tienen 4.13 veces riesgo de tener mala calidad de vida. Los pacientes con depresión moderada-severa tienen 4.13 veces riesgo de tener mala calidad de vida.

Conclusiones: En el presente estudio la Calidad de Vida en Pacientes Trabajadores Activos con Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión tiene una implicación muy directa con el ambiente laboral, los padecimientos concomitantes que presenta y con el medio en el que vive, siendo una relación muy importante los indicadores de salud en los trabajadores, por lo cual es imprescindible para la valoración de estos rubros en este estudio; con el apoyo en las herramientas adecuadas para conferir la veracidad y formalidad al mismo.

Palabras clave: calidad de vida, prevención, estrategias, ansiedad, depresión.

II. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad y depresión han sido padecimientos muy vinculados entre sí, ya que afectan en gran manera al individuo en la mayoría de las etapas de su vida y aún más conforme el mundo actual, muy dinámico, lleno de nuevas necesidades influenciadas por las exigencias de una sociedad cambiante, consumista y sus tecnologías, ayudan a acentuar más los sentimientos de angustia, tristeza normal, síndrome de desgaste profesional y los trastornos depresivos propiamente dichos, aunque aparentemente amalgamados y de difícil distinción entre ellos, pero influenciando directamente el actuar cotidiano del individuo. Frecuentemente carecemos de protocolos de actuación adecuados y las propias condiciones laborales impiden un abordaje satisfactorio e integral; dichas condiciones pueden incluso actuar como desencadenantes, mantenedores o mediadores de muchos de estos problemas en el adulto activo.

La depresión y ansiedad son padecimientos que cualquiera puede presentar, pero en más de la mitad de los casos tiende a cronificarse y/o complicarse con otras enfermedades, e incluso en grados severos conlleva al suicidio. Las consecuencias negativas se observan en varios ámbitos; en el psicosocial, la depresión produce un gran sufrimiento en la persona afectada y en las personas de su entorno, con importantes repercusiones en el plano familiar, laboral y socioeconómico, debido a la pérdida de productividad, al ausentismo y a las posibles bajas laborales relacionadas. Una identificación y tratamiento adecuado, revierte estos efectos negativos de la depresión no tratada., tanto en los trabajadores como en las organizaciones, si no se diagnostica de forma precoz y no se trata de forma efectiva. Con este objetivo, valoramos la calidad de vida de estos pacientes, sus posibles efectos y reconocimiento en el trabajo, el abordaje de la persona afectada y el tratamiento.

La ansiedad y depresión a menudo se utilizan para referirse a períodos pasajeros de angustia, tristeza o desánimo tras experimentar la pérdida de un ser querido, de la salud, de pertenencias personales, tras la frustración de expectativas deseadas, o ante dificultades cotidianas. En psiquiatría, la ansiedad y la depresión son trastornos mentales con síntomas y signos característicos, aunque no específicos, de suficiente intensidad y duración como para deteriorar el funcionamiento diario y la calidad de vida de la persona afectada.

El individuo que trabaja activamente bajo la esperanza de solventar las necesidades básicas propias y de su familia, bajo un régimen de estrés laboral debido a las normas de calidad y productividad que actualmente dominan en este mundo competitivo le generan problemas de salud física y psíquica, es por ello que se hace importante el estudio sobre la calidad de vida con estos trastornos y

de esta manera ayudar a establecer estrategias y terapias que ayuden integralmente tanto al individuo a las familias, y a las empresas en hacer frente a situaciones que inhiban el desarrollo integral, laboral y socioeconómico en general.

ANTECEDENTES

Lograr que las personas económicamente activas presenten control de su padecimiento ayuda a la reintegración en sus actividades laborales y es necesariamente imperante para su desarrollo y autonomía debido a que contar con un empleo estable tiene efectos protectores frente a la depresión, al proporcionar mayor seguridad económica, integración social y oportunidad para establecer relaciones y redes de apoyo social. El empleo constituye una respuesta de la sociedad a la necesidad de las personas de disponer de una base económica segura para crear una familia propia y una vida independiente. A su vez, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo³. Al menos un 20% de personas sufrirán una depresión a lo largo de su vida. En un año cualquiera, un 9,5% de los adultos enfermarán por este motivo, lo que en España afecta a 450.000 personas. En un momento cualquiera de nuestra vida, uno de cada veinte adultos en edad laboral, estarán clínicamente deprimidos.

En Estados Unidos, la Corporación RAND señala que la depresión produce más bajas laborales que otras causas médicas tales como úlceras gástricas, hipertensión arterial, diabetes o artritis. En nuestro país, la VI Encuesta de Condiciones de Trabajo indica que el 22,5% de la población piensa que el trabajo está influyendo en su salud, y entre éstos, un 5,4% señalan síntomas depresivos como la principal consecuencia. Parece por tanto, que existe una doble direccionalidad e influencia recíproca que merece ser estudiada.

Se ha constatado la importancia del deterioro en los roles sociolaborales y en las relaciones interpersonales como consecuencia de la depresión, evaluando esta situación tanto de forma objetiva como subjetiva o percibida. En este último caso, destaca la insatisfacción y malestar experimentado en el trabajo y cómo, por el contrario, cuando la depresión mejora, se incrementa la satisfacción e incluso el rendimiento laboral de forma paralela a la disminución de los síntomas positivos.

Cuando existe una recurrencia depresiva, ésta se acompaña de un rápido empeoramiento del funcionamiento socio-laboral, referido tanto a la eficacia en la realización de las tareas como a la aparición de conductas de aislamiento y frecuentes conflictos interpersonales.

Desde los años 70, son numerosos los estudios que asocian el estrés laboral con síntomas o trastornos depresivos. Concretamente, algunos trabajos de carácter longitudinal señalan factores psicosociales tales como la capacidad de control y autonomía sobre la tarea, la variedad y posibilidad de aprendizaje de nuevas habilidades y el apoyo social en el trabajo, como elementos que se relacionan de forma directa con un incremento de sintomatología depresiva a lo largo del tiempo. Esta pérdida de control sobre las propias actividades y los planes y metas profesionales a largo plazo, podrían ser explicados desde los modelos teóricos

que explican la depresión en un marco de indefensión aprendida y progresiva pérdida de control. El estrés laboral tiene una clara influencia sobre la sintomatología afectiva, especialmente si las demandas psicológicas del trabajo se asocian a un bajo nivel de control sobre las mismas y a escaso apoyo social. Estos datos correlacionan con menores tasas de suicidio en profesiones de carácter más autónomo, tales como arquitectos o ingenieros y con una mayor incidencia en profesiones de alto nivel de estrés como las asistenciales. El riesgo mayor de suicidio se ha observado en médicos, seguidos por personal en situación de desempleo y enfermeras. En cualquier caso, para todos los grupos profesionales, los problemas de pérdida o riesgo de pérdida en el trabajo pueden dar lugar a depresión. Dicha pérdida se puede focalizar en el control sobre la propia actividad, en cambios continuados de puesto de trabajo, en las tareas a realizar, en una posible pérdida de empleo, en recortes de plantilla, prejubilaciones no deseadas, etc. En definitiva, la depresión puede tener una etiología relacionada con factores laborales que suponen una pérdida de los ideales, expectativas y autoimagen profesional.

EPIDEMIOLOGIA

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes). La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3%, y a nivel individual fue de 76.6%. El instrumento utilizado es la versión computarizada del CIDI (versión certificada 15) que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y la CIE-10. En este artículo se presentan los diagnósticos de acuerdo con la CIE-10. El CIDI contiene además módulos sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, condiciones crónicas, farmacoepidemiología, discapacidad y uso de servicios. La confiabilidad y la validez han sido ampliamente documentadas. La traducción de la encuesta al español fue realizada conforme a las recomendaciones de la OMS. Los encuestadores fueron personas con previa experiencia en levantamiento de encuestas entrenados para este estudio. Alrededor del 54% de la muestra fueron mujeres, 40% tenían entre 18 y 29 años y 68% tuvo únicamente estudios primarios. El 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida),

seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol Salud Mental, Vol. 26, No. 4, agosto 2003 (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). La ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias. La región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias. Esta región también muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2.5%), la región conformada por las tres áreas metropolitanas muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%) y la región norte presenta mayores trastornos por uso de sustancias (1.7%). Solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención.

Palabras clave: Prevalencia de trastornos mentales, utilización de servicios, México.

I

1 Ma. Elena Medina-Mora, 2 Guilherme Borges, 3 Carmen Lara Muñoz, 4 Corina Benjet, 5 Jerónimo Blanco Jaimés, 5 Clara Fleiz Bautista, 5 Jorge Villatoro Velázquez, 5 Estela Rojas Guiot, 5 Joaquín Zambrano Ruíz, 5 Leticia Casanova Rodas, 5 Sergio Aguilar-Gaxiola.

III. JUSTIFICACION

Magnitud: de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2003) el Trastorno mixto de ansiedad y depresión, Shoshana Berenzon Gorn dice que 14.3% de la población lo presenta o presento en algún momento de su vida siendo el más frecuente la fobia específica con 7.1% y la fobia social con 4.7%, si bien el trastorno de ansiedad suele afectar a la población entre los 19 y 35 años de edad. Las mujeres presentan con mayor frecuencia fobias y depresión, mientras que los hombres abusan y dependen de sustancias como alcohol y drogas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Lograr que las personas con trastorno mixto de ansiedad y depresión presenten control de su padecimiento, ayuda a la reintegración en sus actividades laborales y es necesariamente imperante para su desarrollo y autonomía debido a que contar con un empleo estable tiene efectos protectores frente a la depresión, al proporcionar mayor seguridad económica, integración social y oportunidad para establecer relaciones y redes de apoyo social.

En México, son escasos los estudios que se han realizado sobre el tema de trastorno mixto de ansiedad y depresión sin embargo, aquellos realizados han visibilizado y a su vez han propiciado que se reconozcan como un problema que afecta de manera directa la calidad de vida y la salud de un número considerable de personas sin respetar el credo, sexo o edad.

Además con la disminución del crecimiento y desarrollo económico que no es capaz de ir a la par para suplir las necesidades básicas de la población del país, devaluaciones de la moneda y el cambio de roles que presentan las parejas jóvenes por la incorporación de las mujeres al mundo laboral para apoyar a suplir necesidades básicas de la familia y la reducción del tiempo que tienen disponible para su reposo o esparcimiento; atender a su conyugue y los hijos o parientes mayores que pueden algunas veces llegar a ser una carga más pesada que incrementa el riesgo de ansiedad o depresión y en el varón el cual en el rol paterno de cuidado de los hijos carece de algunas habilidades y estrategias que son innatas de la mujer, lo cual le limitan el desempeño eficiente de esa actividad de atención a los mismos destinada desde las primeras agrupaciones clanes o familias específicamente a la mujer, situaciones que exacerban estos

padecimientos con afección biopsiquicosocial tanto en el individuo como en la unidad básica de la sociedad (la familia).

Por lo tanto debemos de tener la empatía con el paciente para realizar la anamnesis y un diagnóstico preciso y oportuno para tomar las medidas terapéuticas adecuadas según las características del padecimiento y del individuo. Factores de riesgo Los factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de que una persona pueda presentar trastorno mixto de ansiedad y depresión también se pueden situar en el ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural.

Ámbito individual Entre los riesgos se incluyen la salud física y mental de la persona otros trastornos mentales, abuso del alcohol y las sustancias psicoactivas Entre otros factores individuales que pueden incrementar el riesgo de trastorno mixto de ansiedad y depresión se incluyen el sexo y el hecho de no poseer vivienda propia, Las mujeres pueden también correr un mayor riesgo de sufrir formas más persistentes y graves de trastorno mixto de ansiedad y depresión cuando por ser madre soltera requiere realizar las múltiples actividades tanto de hogar como del lugar de trabajo.

Relacionales, Comunitarios, Socioculturales.

Entre los factores socioculturales la falta de fondos para pagar los cuidados de los hijos al salir la madre o padre soltero, viudo(a) a trabajar.

En México se tiene una población 119 millones 530753 habitantes de los cuales 48.5% son hombres y 51.4% son mujeres y la población económicamente activa son de 14 años o mas y es de 52.4 millones de personas y corresponde al 58.5% de la población de 14 y mas años, según INEGI en la encuesta de la ENOE (encuesta nacional de ocupación y empleo del tercer trimestre del 2014).

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión de la UMF 05 Cd. Madera Chihuahua?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la calidad de vida en pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión de la UMF 05 Cd. Madera Chihuahua.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

Determinar la frecuencia del trastorno mixto de ansiedad y depresión y su relación con la calidad de vida el grado de empleo-desempleo en la población derechohabiente de la UMF 05 de Cd. Madera, Chihuahua.

Clasificar la población de estudio por edad, sexo y comorbilidades: Diabetes, HTAS, insuficiencia renal, cardiopatías, artropatías, secuelas vasculares.

Conocer la frecuencia de pacientes con trastorno mixto de ansiedad y depresión adscrito en la UMF 05 de Cd. Madera, Chihuahua.

Clasificar el tipo de trastorno a la UMF 05 de Cd. Madera Chihuahua.

Determinar si hay asociación entre trastorno de ansiedad y depresión en el paciente con empleo o desempleo.

VI. HIPÓTESIS

Los pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión tienen buena calidad de vida en la UMF 05 Cd. Madera Chihuahua.

Hipótesis nula

Los pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión tienen mala calidad de vida en la UMF 05 Cd. Madera Chihuahua

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.

Observacional, transversal analítico, comparativo y descriptivo.

2. POBLACION DE ESTUDIO (UNIVERSO)

Pacientes con trastorno de ansiedad y depresión derechohabientes a la consulta de medicina familiar UMF 05 Cd. Madera, Chihuahua.

3. LUGAR

Unidad de Medicina Familiar 05 Cd. Madera, Chihuahua.

4. TIEMPO (PERIODO).

En un periodo de 6 meses del 1 septiembre del 2017 a 28 de febrero 2018.

5. TIPO DE MUESTRA : no aleatorizado, consecutivo por conveniencia.

VIII. CRITERIOS SELECCIÓN

Criterios Inclusión.

1. Todo derechohabiente adulto de la UMF 05 Cd. Madera, Chihuahua.
2. Pacientes letrados que sepan leer y escribir.
3. Pacientes sexo indistinto

Criterio Exclusión:

1. Pacientes que no quiera participar en el estudio.
2. Falta de consentimiento informado.
3. Pacientes con patologías neurológicas o psiquiátricas que alteren el estado cognitivo del paciente y que impidan realizar el trabajo.

Criterios Eliminación

1. Encuestas incompletas.

IX. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de Vida:

Trastorno de Ansiedad y Depresión:

Definición conceptual: El trastorno de ansiedad y depresión es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, como opresión retroesternal, taquicardia y diaforesis, que pueden presentarse como una reacción adaptativa que puede acompañar a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. A la ansiedad se le considera patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona. Las causas o acontecimientos que se asocian con el trastorno de ansiedad generalizada en la vejez son los duelos por pérdida de un familiar, de independencia, la jubilación y la institucionalización. Los factores de riesgo asociados son: genero mujer

Definición operacional: Se determinara en este estudio por el cuestionario para detectar al Trastorno mixto de ansiedad y depresión y calidad de vida en éstos pacientes según la GPC para Detección y Manejo del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión Yesavage (anexo 1)

Tipo de variable Cualitativa Nominal

Indicador: Sin o leve Depresión con Depresión establecida , Yesavage (anexo 1)

Depresión leve = Calidad de vida Buena, Depresión moderada o severa = Calidad de vida Mala

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Dependencia:

Definición Conceptual: estado de las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

Definición operacional: se determinará el la frecuencia de presentación del trastorno mixto de ansiedad y depresión a través de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (anexo 2)

Tipo de variable Cualitativa Nominal

Indicador Si No

VARIABLES UNIVERSALES

a) Género:

Definición conceptual: División del género humano en dos grupos: hombre o mujer.

Definición operacional: determinado en el momento del estudio por el investigador.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

Indicador. Femenino, Masculino.

b) Estado Civil:

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operacional. Para el presente estudio el estado de unión civil será el que manifiesten los pacientes entrevistados.

Tipo de variable Cualitativa Nominal

Indicador: Soltero, Casado, unión libre, Divorciado, Viudo

c) Edad:

Definición conceptual: mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Definición operacional: Años de vida que tiene el derechohabiente adulto mayor adscrito a la UMF 05 de Cd. Madera Chihuahua al momento de la aplicación de la encuesta.

Tipo de variable Cuantitativa discreta

Indicador: número de años

Comorbilidad

Definición conceptual: problema de salud de larga duración presentada en una persona con un problema médico ya descrito.

Definición operacional: se tomará para fines de este estudio diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, complicaciones vasculares, cardiopatías, gonartrosis.

Tipo de variable: cualitativa

Indicador: Diabetes, hipertensión arterial, Hiperlipemias, Lumbalgias, insuficiencia renal, complicaciones vasculares, cardiopatías, gonartrosis.

X. TAMAÑO MINIMO DE LA MUESTRA

Utilizando el paquete estadístico EPIDAT 4.0 de la Xunta de Galicia con un poder de prueba al 80% un nivel de confianza al 95%, 1.0 de efecto de diseño, con una población cautiva de 8972trabajadores activos pacientes y una proporción esperada de 14.3%,con una precisión al 5% el tamaño de muestra requerido es de pacientes. (con una precisión de 7.5 el tamaño de pacientes es N= 185).

Tipo muestreo: Probabilístico.

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se emplearon la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó la descripción por medio de proporciones.

La comparación de las variables cuantitativas continuas se empleó en caso de cumplir los supuestos de normalidad, se empleó la prueba t de Student, en caso contrario, la prueba de suma de rangos Wilcoxon y para la comparación de proporciones la prueba Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación entre la variable dependiente e independiente. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$, así como los factores de riesgo mediante la Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos a realizar estuvieron de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica.

Esta investigación se desarrolló conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapto a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Fue el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existió la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contó con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contó con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación fue realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VII. Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

- VIII. Debió ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Fue responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegió la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados fueron utilizados cuando se requirieron y cuando fueron autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo Mínimo**, debido a que se realizará una entrevista a los pacientes con VIH que puede considerarse cause incomodidad.. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, Octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, que será obtenido por el investigador, al seleccionar de manera aleatoria los casos que acudan a la UMF.

Debido a la naturaleza de este estudio, no existieron riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio. Los resultados de este estudio, ayudarán a obtener información para determinar la prevalencia de demencia y además identificar los factores de riesgo asociados, por lo que ofrecerá el conocimiento y dará el enfoque para realizar intervenciones que permitan idear estrategias para este padecimiento. Se solicitará a los participantes en el estudio carta de consentimiento informado.

XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL

Bajo un estudio transversal, observacional, se incluyó un universo, constituido por pacientes trabajadores activos, que acudieron a consulta en la UMF No. 5, Cd. Madera Chih., del 01 Enero del 2018 al 30 de Junio del 2018.

Se les aplicó una encuesta validada, donde se preguntó sobre la calidad de vida y el grado de ansiedad y depresión; además se investigaran las siguientes terceras variables: edad, sexo, estado civil, grado estudios, comorbilidades, tipo de tratamiento, I. Se tomara como buena calidad de vida según características del grado de ansiedad y depresión leve, y mala calidad de vida en depresión moderada y severa, elemento conductual, manejo de estrés y capacidad adaptiva, se calificó como buena y mala calidad de vida unificando resultados para estos dos rubros. Una vez completadas las encuestas, fueron capturadas para su análisis y obtención de gráficas, y para obtener valores de Razón de Momios de Prevalencia, XMH e IC95%. Una vez terminado el análisis de los resultados se realizaron las conclusiones, además de la posterior difusión de resultados.

XIV. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 185 pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5, 55 (29.7%) tenían entre 40 a 59 años (Ver Gráfica 1), 157 (84.3%) eran mujeres con una relación mujer:hombre de 5.6:1 (Ver Gráfica 2). 156 (84.3%) estaban casados, 117 (63.2%) tenían depresión (Ver Gráfica 3) y escala Yesavage severa, 152 (82.2%) moderada, teniendo mala calidad de vida 15 (8.1%) (Ver Gráfica 4).

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la media de edad fue de 49.90 años con Desviación Estándar de 12.05 años (Ver Gráfica 5). La mediana de Dominio 1 cuestionario calidad de vida fue de 76 con Rangos Intercuartilares (RIC) de 8, la mediana del dominio 2 68 con RIC de 4, la mediana del dominio 3 36 con RIC 4, la mediana del dominio 4 de 96 con RIC de 4 y la mediana de calidad de vida una mediana de 64.14 con RIC de 3 (Ver Gráfica 6)

En el análisis bivariado (Ver Tabla 3) encontramos que los pacientes que tienen más de 69 años tienen 29% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 14.33 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los hombres tienen un 45% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 5.51 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los viudos su riesgo es indistinto teniendo intervalos que van hasta las 8.95 veces riesgo de tener mala calidad de vida siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen escala Yesavage severa tienen 4.13 veces riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 18.87 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con depresión moderada-severa tienen 4.13 veces riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 18.87 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

XV. DISCUSION

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre la Calidad de vida en pacientes trabajadores activos con Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión de la UMF No 5 de Cd. Madera Chihuahua. El estudio fue analítico, prospectivo. Fueron aplicados los cuestionarios de Yesavage para valorar la Ansiedad y Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck y Se midió la Calidad de Vida Buena y Mala tomando en cuenta la influencia en la calidad de vida de las comorbilidades, en la presencia de síntomas de ansiedad o depresión identificados, estadísticamente significativa. En la mayoría de las dimensiones o dominios el análisis concuerda y muestra una Calidad de Vida Buena con la edad y la ausencia de síntomas de depresión o ansiedad, así como la satisfacción baja o media con la presencia de síntomas de depresión o ansiedad. No Todos los cruces resultaron significativos estadísticamente. El mayor riesgo de presentar mala calidad de vida está directamente relacionado con la edad y a mayor edad es cuatro veces mayor que para el resto de los pacientes.

En un estudio sobre la calidad de vida en pacientes trabajadores activos, se pudo valorar la capacidad de actuación de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población trabajadora informal mayor de 18 años de una ciudad intermedia colombiana. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF y una encuesta sobre datos generales y determinantes sociales.

Se obtuvo información sobre los determinantes estructurales e intermediarios y sobre la calidad de vida evaluada a través de las dimensiones: física, psicológica, relaciones interpersonales y entorno. Se realizaron distribuciones de frecuencias y análisis bivariado. Donde se puede observar al igual que en nuestro estudio a edad, se asoció a la salud física ($p < 0,05$); el nivel educativo con el psicológico; la afiliación a la seguridad con el entorno ($p < 0,05$) y la calificación del estado de salud se asoció con todas las dimensiones ($p = 0,00$). El trabajo informal es factor protector de la salud en el contexto de los determinantes sociales de la salud, por considerarse una opción para garantizar mejor calidad de vida. Los participantes valoraron como “normal” y “mejor que lo normal”, la calidad de vida. Desde la perspectiva del desarrollo humano el trabajo da sentido a la vida de los trabajadores informales, en tanto que les permite lograr su autorrealización y reconocimiento social.

La Calidad de vida en pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 en Cd. Madera Chihuahua se ve bien percibida, podemos valorar que la calidad de vida

que se observa en este tipo de paciente es generalmente mala aunque significativamente no se muestre en nuestro análisis bivariado para el tipo de calidad buena o mala, siendo el sexo masculino el cual presenta 1.45 veces mayor riesgo con intervalo de confianza del 0.38- 5.51, y un 45% de tener mala calidad de vida; a pesar del tamaño de la muestra observada en él y la mediana de edad en los mismos es de 49.9 años con desviación estándar de 12.05 no siendo significativa pero si presentando el exceso de riesgo en pacientes mayores de 69 años exceso de riesgo del 25%, más alto en los pacientes mayores de 49 años y corresponde con la mediana de la población en estudio. Las Situaciones esperadas como la inseguridad en la población y en lugares aledaños a la ciudad por los conflictos de los diferentes grupos armados no muestra realmente una influencia significativa que altere los resultados en los rubros que pudieran modificar el positivismo o la percepción de un ambiente cómodo, sin estrés y favorable para desempeñarse adecuadamente tanto en su vida diaria y laboral y tener por consecuencia determinante una calidad de vida buena, lo cual se recomienda que los pacientes con mayor riesgo en presentar mala calidad de vida realicen el control primeramente de sus enfermedades crónico degenerativas y en conjunto realicen terapias ocupacionales y actividad física de leve a moderada que les permita elevar y mantener la vitalidad y tono, oxigenación y fuerza muscular para mejorar la motricidad en aquellos que presenten ciertas limitaciones, artralgias o Lumbalgias para mantener su vigor y su autosuficiencia. Aunque no sea estadísticamente significativo, respecto a una mala calidad de vida en pacientes solteros o casados, mayormente lo es en pacientes divorciados donde el intervalo de riesgo es hasta 18.87 veces, y respecto a los rubros de Edad, y Depresión Severa de acuerdo a Yesavage y Divorciados, de tener un intervalo de riesgo muy elevado es realmente un problema de salud. Los hombres tienen mayor riesgo de tener mala calidad de vida y los de depresión severa también tienen mala calidad de vida.

XVI. CONCLUSIONES:

En el presente estudio la Calidad de Vida en Pacientes Trabajadores Activos con Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión tiene una implicación muy directa con el ambiente laboral, los padecimientos concomitantes que presenta y con el medio en el que vive, siendo una relación muy importante los indicadores de salud en los trabajadores, por lo cual es imprescindible para la valoración de estos rubros en este estudio; con el apoyo en las herramientas adecuadas para conferir la veracidad y formalidad al mismo.

Ciertamente este tipo de investigaciones y estudios cualitativos permiten plantear políticas públicas y la promoción de los programas sociales de salud que deriven en intervenciones pertinentes y concretas para la mejora en de la calidad de vida no solo de los pacientes con trastorno mixto de ansiedad y depresión sino todos aquellos que sean trabajadores activos, en nuestras comunidades de las serranías.

Las estrategias a emplear para mejorar la calidad de vida en pacientes trabajadores activos se pueden englobar en dos variantes :

Las que incluyen actividades físicas para mejora del acondicionamiento físico, entre ellas podemos contar con bailes para personas mayores, tai chi, yoga o spinning, zumba, aerobics, y otras ocupacionales donde permiten además de la convivencia mantener la mente activa y concentrada es el caso de clases de pintura, ajedrez, domino, guitarra o instrumentos musicales, reiki y las que conllevan a la competitividad como eventos o competencias propias de estas actividades. lo ideal sería que a cada paciente tuviera más de una actividad y si fuera posible; combinara alguna de las actividades de acondicionamiento físico con alguna de las que implican concentración.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riveros, Angélica; Cortazar-Palapa, Jackeline; Alcazar et al. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 5, núm. 3, septiembre, 2005, pp. 445-462, Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705302.pdf>
2. Blanca Patricia Ríos Martínez,* Gabriela Alejandra Rangel Rodríguez, †Rafael Álvarez Cordero, et al. *Acta Medica Grupo Ángeles.*, Octubre-Diciembre 2008, Volumen 6, No. 4, pp 147-153. <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>
3. Rubén Ardilla, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2003 Volumen 35- No. 2, pp. 161-164
4. Laura Schwartzmann, *Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales*, *Ciencia y Enfermería* 2003; IX (2): 9-21, pp9-21
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
5. Denisse Espinosa-Balderas, Maria del Carmen Hernández-Sosa, Manolo Cerdán Galán, *Calidad de Vida y Capacidad Funcional en pacientes con Artritis Reumatoide*, *AtencionFamiliar* 2017, 24 (2), pp.67-71. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300214>
6. NOTIMEX/NTR Periodismo Critico [Internet]. *Ansiedad y depresión, trastornos mentales más comunes en México*. NTRZACATECAS, 2015 Octubre 09. Disponible en: <http://ntrzacatecas.com/2015/10/09/ansiedad-y-depresion-trastornos-mentales-mas-comunes-en-mexico/>
7. Consejo de Salubridad General, Secretaria de Salud. [Internet]. *Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado en el adulto mayor*. S.F. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/499_GP_C_Ansiedad_generalizada/IMSS-499-11-GRR_AnsiedadGeneralizada.pdf
8. CONAMED. [Internet]. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas*. [citado 2018 junio 05]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
9. Trujillo Blanco, W. G. *Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos*. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* [Internet]. 2014; 15 (1):62-70. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol15_1_14/rst10114.htm

10. Palomba, R. Calidad de vida: conceptos y medidas. [Internet]. Roma, Italia: CELADE, 2002. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
11. Castillo Guzman, A., Arocha Mariño, C., Castillo Arocha, et al. Propuesta de un instrumento para medir calidad de vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2009. Vol. 28 núm. 2 abril-junio. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200003
12. Verdugo Alonso, M.A., Arias Martínez, B., Gómez Sanchez, L.E, et al. [Internet]. Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida. Barcelona; 2009. Disponible en: <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
13. Guías de Salud. [Internet]. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Anexo 9. Instrumento de evaluación de la depresión. S.F. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
14. Sherbourne, C. [Internet]. Orhotookit 36-Item short form survey (SF-36) calculator. Orhotookit c2017. [citado 2018 junio 10]. Disponible en: <http://orthotookit.com/sf-36/>
15. Salazar Estrada, J.G. [Internet]. Calidad de vida en el trabajo e instrumentos para su medición. Universidad de Guadalajara, 2010. Seminario internacional de salud y seguridad en el trabajo. Disponible en: <https://es.slideshare.net/maestsst/calidad-de-vida-en-el-trabajo-e-instrumentos-para-su-medicin>
16. Velez Álvarez, C., Pico Merchán, M.A. y Escobar Potes, M. [Internet]. Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en trabajadores informales. Manizales, Redalyc, Vol. 23, núm. 2. Colombia. 2015. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3758/375844217003/html/index.html>
17. Guerrero, B. [Internet]. La importancia de invertir en la salud de los empleados. Recursos Humanos. América Economía, 2015. Disponible en: <https://mba.americaeconomia.com/articulos/reportajes/la-importancia-de-invertir-en-la-salud-de-los-empleados>

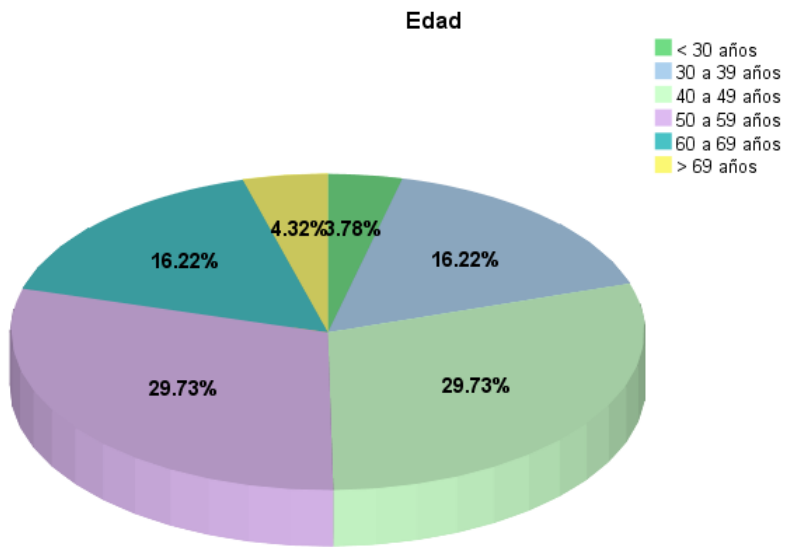
XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS

Tabla 1. Características pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5
Madera, Chihuahua.

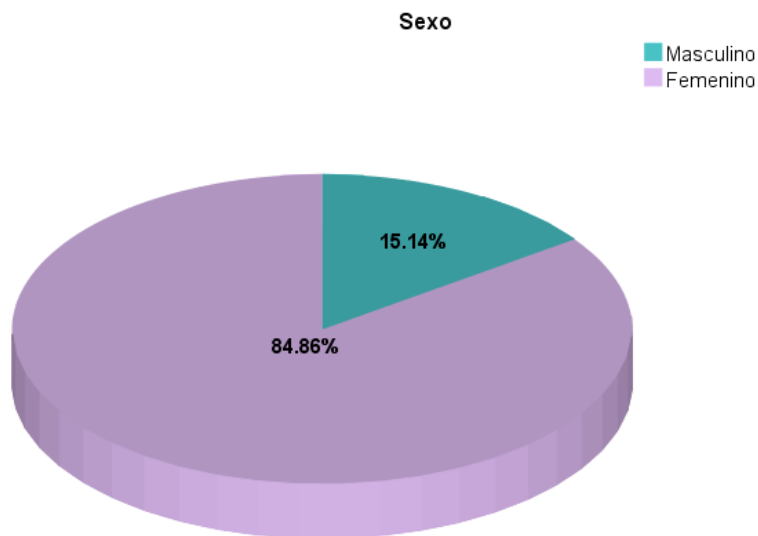
Característica	Frecuencia n, (%)
Edad	
< 30 años	7, (3.8)
30 a 39 años	30, (16.2)
40 a 49 años	55, (29.7)
50 a 59 años	55,(29.7)
60 a 69 años	30,(16.2)
> 69 años	8,(4.3)
Sexo	
Masculino	28, (15.1)
Femenino	157, (84.3)
Estado civil	
Soltero	9,(4.9)
Casado	156, (84.3)
Divorciado	14,(7.6)
Viudo	6,(3.2)
Comorbilidades	
Arritmia Cardiaca	2,(1.1)
Artritis Reumatoide	1,(.5)
Cardiopatía, Otros (Sdx Marfan)	1,(.5)
Climaterio Femenino	1,(.5)
Colitis	1,(.5)
Dislipidemia	5,(2.7)
Dislipidemia, IVP	1,(.5)
DM2, HAS	2,(1.1)
Dorsolumbalgia, Sobrepeso, Colitis	1,(.5)
Gonartrosis	1,(.5)
HAS	16,(8.6)
HAS	3,(1.6)
HAS, Artralgias	1,(.5)
HAS, Artritis Reumatoide	1,(.5)
HAS, Dislipidemia	2,(1.1)
HAS, IVP	1,(.5)
HAS, Lumbalgia	3,(1.5)
HAS, Sobrepeso	4,(2.2)
HAS, Sobrepeso, TVP MPD	1,(.5)
Hipotiroidismo, Climaterio Femenino	1,(.5)
HPB	1,(.5)
Insuficiencia venosa	1(.5)

IVS	1,(.5)
Lumbalgia	3,(1.5)
Lumbalgia, Ciatica, LES	1,(.5)
NEG	21,(11.4)
Obesidad, Dislipidemia, Lumbalgia	1,(.5)
Obesidad, HAS, Artralgia	1,(.5)
Sobrepeso	29,(15.7)
Sobrepeso	1,(.5)
Sobrepeso, Artritis Reumatoide	1,(.5)
Sobrepeso, Ciática	2,(1.1)
Sobrepeso, Dislipidemia	5,(2.7)
Sobrepeso, Dislipidemia, IVP	2,(1.1)
Sobrepeso, DM2, HAS, Neuropatia, Otras	2,(1.1)
Sobrepeso, Gonartrosis	1,(.5)
Sobrepeso, HAS	20,10.8
Sobrepeso, HAS,	2,(1.1)
Sobrepeso, HAS, Cardiopatía	1,(.5)
Sobrepeso, HAS, Ciatica	1,(.5)
Sobrepeso, HAS, Dislipidemia	4,(2.2)
Sobrepeso, HAS, Dislipidemia	1,(.5)
Sobrepeso, HAS, DM2	2,(1.1)
Sobrepeso, HAS	2,(1.1)
Sobrepeso, HAS, Lumbalgia	1,(.5)
Sobrepeso, HAS, Lumbalgia, Ciatica	2,(1.1)
Sobrepeso, HPB, Lumbalgia	2,(1.1)
Sobrepeso, Insuficiencia Venosa	1,(.5)
Sobrepeso, Lumbalgia	11,(5.9)
Sobrepeso, Lumbalgia, Ciatica	3,(1.5)
Sobrepeso, HAS, Lumbalgia	2,(1.1)
Sobrepeso, HAS	2,(1.1)
Yesavage	
Leve	68, (36.8)
Severa	117, (63.2)
Depresión	
Si	117, (63.2)
No	68, (36.8)
Índice Beck	
Muy baja	6, (3.2)
Leve	24, (13)
Moderada	152, (82.2)
Severa	3, (1.6)
Calidad de vida	
Mala	15, (8.1)
Buena	170, (91.9)

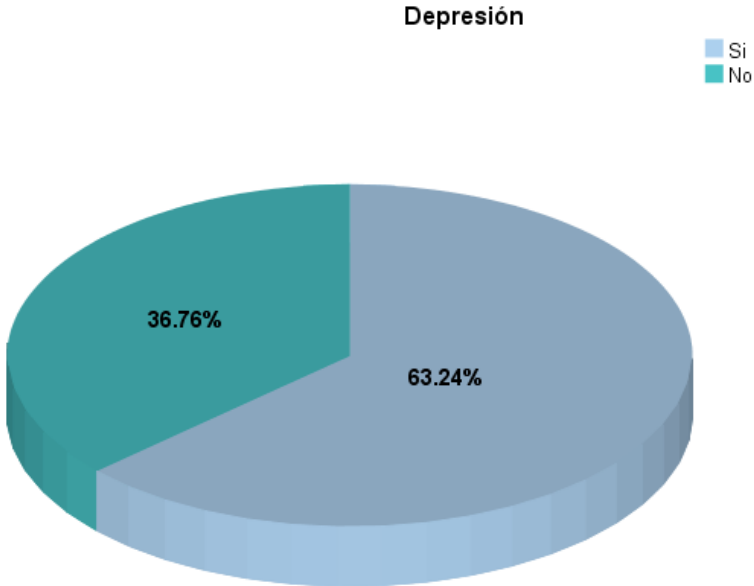
Gráfica 1. Edad pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.



Gráfica 2. Sexo pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.



Gráfica 3. Depresión pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.



Gráfica 4. Calidad de vida pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.

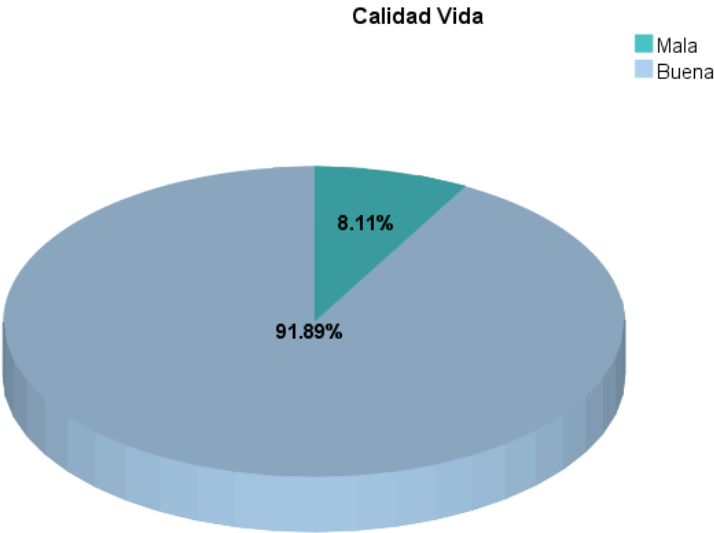
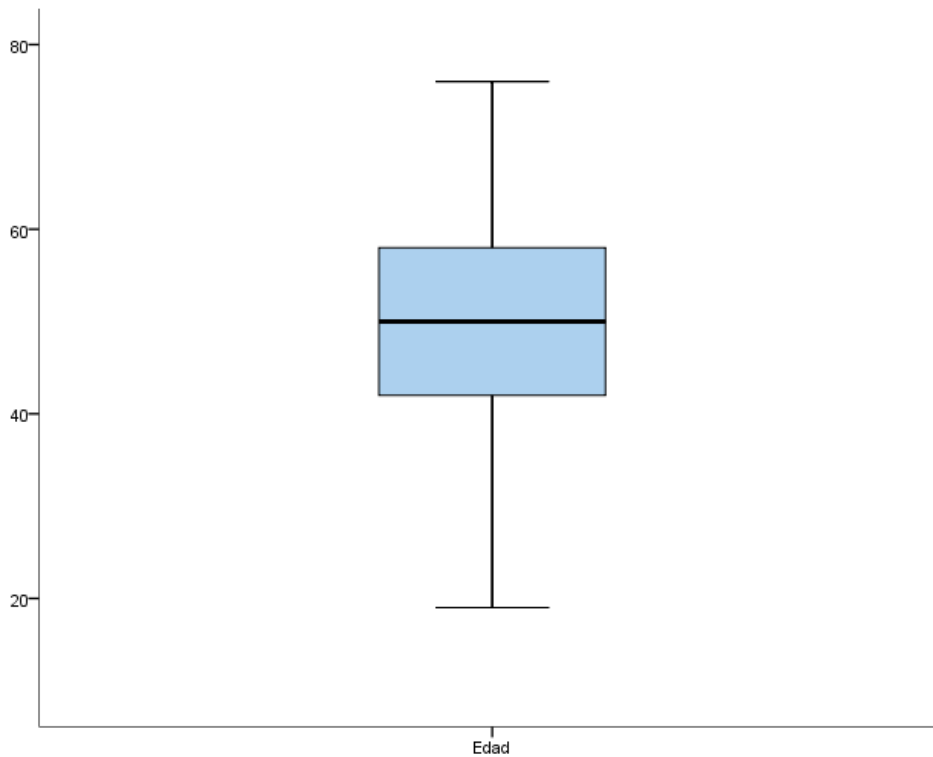


Tabla 2. Características pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.

Variable	Media, Mediana	DE, RIC	Mínimo	Máximo	p*
Edad	49.90	12.05	19	76	0.221
Dominio 1	76	8	60	92	< 0.001
Dominio 2	68	4	56	80	< 0.001
Dominio 3	36	4	24	40	< 0.001
Dominio 4	96	4	76	104	< 0.001
Calidad vida	64.14	3	51	71	< 0.001

* Kolmogorov-Smirnov

Gráfica 5. Edad pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.



Gráfica 6. Calidad de vida pacientes de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.

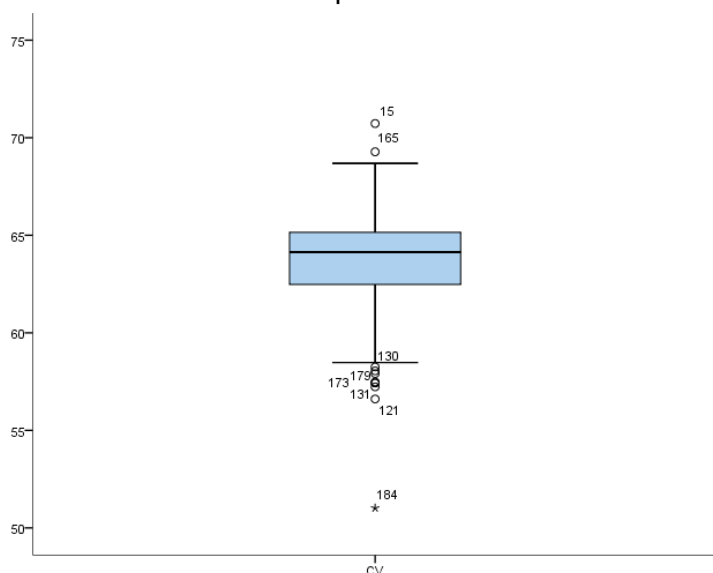


Tabla 3. Análisis bivariado calidad de vida pacientes trabajadores activos de la UMF No. 5 Madera, Chihuahua.

Característica	Calidad de Vida		RMP	IC 95%	p*
	Mala n, (%)	Buena n, (%)			
Edad					
< 30 años	0, (0)	7, (4.1)	-		
30 a 39 años	3, (20)	27, (15.9)	1		0.948
40 a 49 años	4, (26.7)	51, (30)	0.71	0.15 – 3.39	
50 a 59 años	5, (33.3)	50, (29.4)	0.90	0.20 – 4.06	
60 a 69 años	2, (13.3)	28, (16.5)	0.64	0.10 – 4.15	
> 69 años	1, (6.7)	7, (4.1)	1.29	0.12 – 14.33	
Sexo					
Masculino	3, (20)	25, (14.7)	1.45	0.38 – 5.51	0.583
Femenino	12, (80)	145, (85.3)	1		
Estado civil					
Soltero	3, (20)	6, (3.5)	1		
Casado	6, (40)	150, (88.2)	0.08	0.02 – 0.40	< 0.001
Divorciado	4, (26.7)	10, (5.9)	0.80	0.13 – 4.87	
Viudo	2, (13.3)	4, (2.4)	1	0.11 – 8.95	
Yesavage					
Leve	2, (13.3)	66, (38.8)	1		
Severa	13, (86.7)	104, (61.2)	4.13	0.90 – 18.87	0.050
Depresión					
Moderada-Severa	13, (86.7)	104, (61.2)	4.13	0.90 – 18.87	0.050
Leve	2, (13.3)	66, (38.8)	1		

Chi cuadrada



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRABAJADORES ACTIVOS CON TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LA UMF 05 CD. MADERA CHIHUAHUA						
Lugar y fecha:							
Número de registro:	R-2017-802-021						
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es Determinar el impacto de la calidad de vida del paciente con Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión de la UMF 05 Cd. Madera, Chihuahua.						
Procedimientos:	Se le pedirá a usted que responda un cuestionario para conocer datos sobre como su edad, sexo, estado civil, ocupación. Se le cuestionara sobre antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y se le tomara medidas y estudios de laboratorio. Este cuestionario tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.						
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar la calidad de vida del paciente trabajador activo con trastorno mixto de ansiedad y depresion, así como la funcionalidad del núcleo familiar, las medidas que deben emplearse para la mejora del mismo						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará información sobre su estado actual y de ser necesario algún procedimiento.						
Participación o retiro:	La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se garantiza la existencia de tratamiento médico para su padecimiento de así necesitarlo.						
Beneficios al término del estudio:	Detectar la calidad de vida del paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresion, así como la funcionalidad del núcleo familiar.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Jose A. Almanza Bencomo Mat 98082374, Tel 6251152358						
Colaboradores:	Dr. Sergio Celiz Zepeda, Dra. Nayeli Limón García						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
--	---



UNAM

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ADSCRITOS A LA UMF 05 DE CD. MADERA, CHIHUAHUA.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad_____

Género: Masculino_____ Femenino_____

Estado civil: Soltero_____ Casado_____ Unión

libre_____ Divorciado_____ Viudo_____

Comorbilidad: Diabetes mellitus_____ Hipertensión_____

Insuficiencia renal_____ Secuelas vasculares_____

Artropatías_____ Cardiopatías_____

Dependencia _____ maltrato_____

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION DEACUERDO A LA GPC DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Cuadro 2. Escala de depresión de Yesavage (GDS versión reducida).	SÍ	NO
1 ¿Está satisfecho Ud. mismo/a con su vida?	0	1
2 ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3 ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5 ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6 ¿Teme que algo malo le pase?	1	0

7 ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8 ¿Se siente a menudo abandonad	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa que a salir?	1	0
10¿Cree tener mas problemas de memoria que la mayoría de la gente	1	0
11¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13¿Se siente lleno/a de energia?	0	1
14¿Siente que su situacion es desesperada?	1	0
15¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	1	0
PUNTUACION TOTAL		

INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL.

6 A 9 DEPRESIÓN LEVE.

> 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

ANEXO 2

Cuadro 3. 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 y en sujetos normales es de 15. Modificado de: Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1.988; 56:893-7.