



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

MODALIDAD: TESIS

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA EN LOS PACIENTES DE 30-59 AÑOS DE LA C.M.F. DR.
IGNACIO CHÁVEZ.**

PRESENTA:
CATHERINE AGUILAR DELGADO
AUTORA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DRA. DULCE ADELAIDA RIVERA ÁVILA
DIRECTORA DE TESIS

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, 2023



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.

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA EN LOS PACIENTES DE 30-59 AÑOS DE LA C.M.F. DR.
IGNACIO CHÁVEZ.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CATHERINE AGUILAR DELGADO

A U T O R I Z A C I O N E S



DR. JOSÉ ALEJANDRO MERCADO ARAUJO
DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"



DRA. EDITH MIREYA VILLANUEVA ESTRADA
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN Y PROFESORA TITULAR DE
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"



DRA. DULCÉ ADELAIDA RIVERA AVILA
DIRECTORA DE TESIS
MEDICA FAMILIAR

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA
EN LOS PACIENTES DE 30-59 AÑOS DE LA C.M.F. DR. IGNACIO
CHÁVEZ.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

CATHERINE AGUILAR DELGADO

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA
U.NAM.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA
U.NAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA
U.NAM.

AGRADECIMIENTOS

A MI DIRECTORA DE TESIS

DRA. DULCE ADELAIDA RIVERA ÁVILA, POR SUS SIEMPRE ACERTADAS CORRECCIONES Y COMENTARIOS, POR SIEMPRE ESTAR EN LA MEJOR DISPOSICIÓN PARA QUE ESTE PROYECTO SE LOGRARA Y POR TODO EL TIEMPO Y ESFUERZO DEDICADO.

AL DR. EFREN RAÚL PONCE ROSAS

Y TODO SU EQUIPO DE TRABAJO, **DRA. ALMA ETHELIA LÓPEZ CAUDANA** Y **Q.B.P. ROCÍO DÁVILA MENDOZA** POR TODAS LAS SESIONES ACADÉMICAS A LO LARGO DE DOS AÑOS, POR SUS SIEMPRE ENRIQUECEDORES COMENTARIOS PARA LOGRAR LA CONCLUSIÓN DE ESTE PROYECTO.

A MIS MAESTROS:

DRA. EDITH VILLANUEVA, DR. HERNÁNDEZ, DR. VALDÉS, DR. ACEVEDO, DR. QUINTERO, DRA. ROSAS Y A TODOS LOS MAESTROS QUE HE TENIDO A LO LARGO DE ESTA ESPECIALIDAD, POR TODAS SUS ENSEÑANZAS Y APOORTE A MI FORMACIÓN COMO MEDICO FAMILIAR.

A MIS PACIENTES:

POR PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO Y POR INCITARME A CONTINUAR CON MI PREPARACIÓN PROFESIONAL PARA SER UNA MEJOR.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

ANA MARÍA DELGADO LEÓN Y GUILLERMO AGUILAR VILLA, QUE DESDE EL CIELO ME ILUMINAN Y GUÍAN PARA SEGUIR ADELANTE. TODO LO QUE SOY Y LO QUE HE LOGRADO SE LOS DEBO A USTEDES, GRACIAS POR APOYARME, MOTIVARME, IMPULSARME EN CADA ETAPA DE MI VIDA. EL CULMINO DE ESTA ESPECIALIDAD TAMBIÉN ES SU LOGRO. GRACIAS POR ENSEÑARME QUE NO EXISTE NADA IMPOSIBLE SI TE ESFUERZAS Y TRABAJAS POR OBTENERLO. LOS AMO.

A ANAYANCY LLILIAN ORTIZ GONZALEZ

QUIEN ME HA ACOMPAÑADO DESDE EL DÍA 1 DE ESTA ETAPA Y FUE PARTE CRUCIAL DE ESTE PROYECTO SIENDO MI TRIFOSFATO DE ADENOSINA.

A MIS HERMANOS

LUIS RAMÓN Y GUILLERMO, QUE ME HAN FORTALECIDO Y ME HAN IMPULSADO A SEGUIR ADELANTE.

A MI TÍA

GLORIA DELGADO LEÓN, QUE HA SIDO COMO UNA SEGUNDA MAMÁ PARA MÍ Y ME MOTIVA A NO DETENERME.

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. MARCO TEORICO	3
INTRODUCCIÓN	3
DEPRESIÓN	5
HISTORIA	5
DEFINICIÓN	5
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5	6
EPIDEMIOLOGÍA	6
CUADRO CLÍNICO	7
DIAGNÓSTICO	9
TRATAMIENTO	11
PRONÓSTICO	17
ANSIEDAD	18
DEFINICIÓN	20
EPIDEMIOLOGÍA	20
ETIOLOGÍA Y PATOGENIA	23
CUADRO CLÍNICO	24
DIAGNÓSTICO	24
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	25
TRATAMIENTO	26
PRONOSTICO	30
CALIDAD DE VIDA	30
HISTORIA	30
DEFINICIÓN	30
RELACIÓN CON DISTINTOS PADECIMIENTOS	33
RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA	33
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	34
ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 30-59 AÑOS DE LA C.M.F. DR. IGNACIO CHÁVEZ.	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
36	
1.1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	38
1.2 JUSTIFICACIÓN	39
1.3 OBJETIVOS	41
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	41
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
1.4 HIPÓTESIS	41
2. MATERIAL Y MÉTODOS	42

2.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO ESPECIFICO	42
2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	44
2.3 MUESTRA	44
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	44
2.5 VARIABLES DE ESTUDIO	45
2.6 DISEÑO ESTADÍSTICO	49
2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
2.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	52
2.9 MANIOBRAS PARA EVITAR Y/O CONTROLAR SESGOS	52
2.10 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS	52
2.11 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	56
2.12 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	56
3 PLAN DE TRABAJO: CRONOGRAMA	57
3.1 RECURSOS	58
3.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS	59
RESULTADOS	60
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIÓN	89
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS	90
ANEXOS	100

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 30-59 AÑOS DE LA C.M.F. DR. IGNACIO CHÁVEZ.

RESUMEN

Introducción

La ansiedad y la depresión se ubican entre los primeros lugares como causa de discapacidad en nuestro medio. Durante su etapa laboralmente activa este tipo de patologías pueden impactar de manera importante su desempeño en todas sus esferas personales y sociales.

Objetivos

Determinar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Ignacio Chávez, así como su relación con la calidad de vida.

Material y métodos.

Estudio de corte transversal donde se aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y las viñetas de COOP/WONCA para Calidad de Vida Relacionada a la Salud a 120 pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Para contrastar las hipótesis planteadas: Estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Estadística inferencial: Pruebas no paramétricas variables cualitativas en escala ordinal, prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar normalidad y coeficiente de correlación Rho de Spearman para determinar correlación.

Se utilizó el Programa estadístico SPSS.

Resultados

Para la realización de este protocolo se encuestaron a 120 pacientes durante el turno matutino y vespertino. De los cuales 79 (65.8%) fueron mujeres y 41 (34.2%) fueron hombres. Con relación a los resultados de ansiedad del total de la población de estudio el 71.7 % no presentaba ansiedad y el 28.3% presentaba ansiedad en algún grado, De éstos únicamente el 1.7% presentaba ansiedad severa (2 pacientes). Con relación a los resultados de depresión del total de la población encuestada el 75.8% no presentaba depresión Y el 24.3% presentaba depresión en algún grado y únicamente el 2.5% presentaba depresión grave lo que correspondía a 3 pacientes. En cuanto a los resultados de calidad de vida relacionada a la salud del total de la población de estudio el 78% no presentó afectación en su calidad de vida relacionada a la salud y el 21.6% presentaba afectación en su calidad de vida relacionada a la salud y de estos únicamente el 5% presentó mala calidad de vida relacionada a la salud, lo que correspondió a 6 pacientes.

Conclusiones

La presente investigación destaca que las variables ansiedad y depresión afectan negativamente la calidad de vida relacionada a la salud de manera relevante. Otro hallazgo de interés en relación con las variables psicosociales es que la depresión se conceptualiza como un factor de riesgo de baja calidad de vida relacionada a la salud. Es decir, a mayor sintomatología depresiva, menor percepción de calidad de vida relacionada a la salud.

MARCO TEORICO

Introducción

En la agenda de la Salud Pública actual, la salud mental ocupa un lugar prioritario, esto como consecuencia de las distintas aproximaciones que pronostican su notable deterioro global en un futuro inmediato. La demora en el diagnóstico de alteraciones en salud mental como problema de Salud Pública es el resultado de un complejo conjunto de interrelaciones entre lo que se percibe como del ámbito público y lo que le compete al ámbito íntimo y doméstico. Así mismo, esta percepción deriva de conceptos y distinciones sociales anteriores, como aquellos que definen lo sano y lo enfermo de acuerdo con circunstancias socioculturales específicas que evolucionan a través del tiempo. Desde una perspectiva histórica, los trastornos mentales se han encontrado frecuentemente en los límites entre las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales de la enfermedad, lo que también ha contribuido a su moroso reconocimiento como problema de salud. ¹

La depresión y ansiedad tiene influencia en la calidad de vida, ya que no solo repercute en el estado de ánimo de los pacientes, sino, que también se considera factor de riesgo para obesidad, sedentarismo, enfermedades cardiovasculares, entre otras; Tiene una fuerte asociación con otras comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial, por mencionar algunas, así mismo, impacta en mayor medida en las mujeres. Existen estudios que reportan que la percepción en la calidad de vida de las mujeres con depresión y comorbilidad física es inferior a la de los hombres, siendo en ambos casos inferiores a la de población general. ^{17,21}

Epidemiología

Las enfermedades mentales han ido en aumento, lo que las convierte en trastornos prevalentes y entre ellos destacan la depresión y la ansiedad. Desde la década de los noventa, las enfermedades mentales se encuentran dentro de las causas más importantes de carga global de enfermedad, con un incremento de casi el 40% en los años de vida, potencialmente perdidos por discapacidad. ² Lo anterior principalmente para el trastorno depresivo mayor, que ocupa el lugar

número 11 como causa de años de vida, potencialmente perdidos por discapacidad, ya que se relaciona con suicidio y enfermedades cardiovasculares como causas de muerte. ²

En la actualidad, un gran número de los pacientes que padecen estos trastornos reciben tratamiento en atención primaria y se pronostica que cada vez sean más los pacientes que se atiendan en primer nivel de atención, la problemática que compete a salud mental representa un reto que debe enfocarse con estrategias a largo plazo que permitan una adecuada perspectiva de esta problemática, y de esta manera dar mejor atención y seguimiento a dichos padecimientos. ²

De acuerdo a la organización mundial de la salud poco menos de 500 millones de personas padecen algún tipo de enfermedad mental. ³

En cuanto a México, la secretaria de Salud Federal llevo a cabo una estimación que proyecta que 15 millones de personas que sufren alguna enfermedad mental en nuestro país, de estos la mayoría, lo ocupan adultos jóvenes en edad productiva, lo que afectará de manera directa la economía. ³

Los trastornos mentales más comúnmente diagnosticados en la población mexicana son:

- Depresión
- Trastornos de Ansiedad
- Trastorno por Déficit de Atención
- Autismo
- Trastornos de la conducta alimentaria³

Es importante tomar en cuenta que la salud mental y las enfermedades mentales no son dos conceptos opuestos, ya que se diagnostican por métodos clínicos al igual que cualquier otra enfermedad.³

Así mismo, debemos tener presente que la salud mental no es solamente la ausencia de trastornos mentales. Ya que la podemos definir según la organización

mundial de salud, de manera textual como: *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”*³

Hay que tener presente que las enfermedades mentales son multifactoriales, no distinguen entre raza, género o edad, se encuentran asociadas a factores genéticos, psicológicos, neurológicos, ambientales o sociales, entre otros, por lo tanto, su abordaje y tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, psiquiatras), que tienen por finalidad mejorar la calidad de vida de la persona.³

A nivel mundial se reporta que el trastorno depresivo mayor presenta mayor incidencia entre los 20-50 años con un pico a los 40 años, estos mismos datos se replican en nuestro país. En cuanto al trastorno de ansiedad presenta mayor entre los 10-50 años, en México tiene mayor prevalencia entre los 15 y 45 años y el 50% son diagnosticados antes de los 25 años, además este grupo de edad presenta relevancia debido a que es la población activa laboralmente, lo cual representa un alto costo económico.^{4,55}

Depresión

Historia

Los trastornos mentales no son, algo nuevo, desde el Antiguo Testamento ya se hablaba un síndrome depresivo en el rey Saúl, así mismo, situaciones como el suicidio de Áyax en la Ilíada de Homero. Los términos maníaco y melancolía ya eran usados antes del año 500 A.C. para describir enfermedades mentales y conforme avanzaban los años se hizo más frecuente hablar y describir trastornos mentales como la depresión.⁴

Definición

Enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la

incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.⁵

Criterios Diagnósticos DSM-5

“El trastorno de depresión mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía.

- Debe durar al menos 2 semanas

Y por lo menos 4 de los siguientes, de los cuales por lo menos 1 debe ser 1 y/o 2:

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
2. Anhedonia
3. Cambios en el apetito y el peso
4. Cambios en el sueño y la actividad
5. Falta de energía y/o fatiga
6. sentimientos de culpa o inutilidad
7. agitación o retraso psicomotor
8. problemas para pensar y tomar decisiones
9. pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Los síntomas anteriores causan malestar clínicamente significativo, o afectación al área social, laboral o alguna área importante del funcionamiento de la persona”⁶

Epidemiología

Los trastornos mentales, específicamente los trastornos del estado del ánimo son muy frecuentes y dentro de estos, el trastorno depresivo mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (poco menos del 20%) entre todos los trastornos psiquiátricos, seguida del trastorno distímico y el episodio depresivo menor, la depresión tiene una prevalencia a lo largo de la vida de

5-17%, se presenta con mayor frecuencia en mujeres, dos mujeres por cada hombre, se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y 50 años, con un pico a los 40 años, aunque también puede comenzar en la infancia. Se ve influido por la situación conyugal, ya que se presenta con mayor frecuencia en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas. En cuanto a comorbilidad, es bien sabido, que las personas que padecen algún trastorno del estado del ánimo aumentan el riesgo de padecer uno o más trastornos asociados, de los cuales los más frecuentes son: abuso o dependencia del alcohol, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de ansiedad social. Por otro lado, las personas que presentan trastornos de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad también tienen un elevado riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo en la actualidad o bien a lo largo de la vida ⁴. Así mismo es frecuente la comorbilidad con condiciones crónicas como la diabetes, obesidad y las enfermedades coronarias, lo cual aumenta el impacto económico para el paciente, su familia y la sociedad ⁹

Epidemiología en México

En nuestro país, los trastornos mentales han ido en aumento, de estos el trastorno depresivo mayor es que tiene mayor importancia, seguido de ansiedad; El INEGI, reporta que el trastorno depresivo ha incrementado gradualmente con una tasa de 58.13 en 2014, 79.77 en el 2015, 84.76 en el 2016 y 99.69 en el 2017. Las Entidades que presentaron más casos en este mismo periodo fueron: Chiapas, Chihuahua, Durango y Ciudad de México, podemos inferir que estos trastornos mentales continuaran en aumento y se agravaran por el contexto actual, de la pandemia, lo que lo convierte en un problema de salud.²⁷

Cuadro clínico

Un estado de ánimo deprimido y la anhedonia son los síntomas clave para el diagnóstico de depresión, así mismo, las personas suelen referirse tristes, desesperanzados, sin motivo o motivación, o sin valor alguno. Las personas

describen la “tristeza” como un dolor emocional angustioso y una queja frecuente es la incapacidad para el llanto. Más de la mitad de las personas que la padecen tienen en mente el suicidio, y poco menos de una cuarta parte cometen suicidio, que es una cifra bastante alarmante. Por otro lado, las personas que han sido hospitalizadas por intento o ideación suicidas presentan mayor riesgo a lo largo de la vida de tener éxito en comparación con los que nunca han sido hospitalizados por ideación o intento suicida. ¹

Prácticamente la totalidad de los pacientes que padecen depresión presentan menor energía, presentan dificultades para finalizar los trabajos, padecen complicaciones en el ámbito escolar y laboral, y falta de motivación para realizar nuevos proyectos. Poco menos del 90% de los casos presentan problemas relacionados con el sueño, desde despertares matutinos más precoces, conocido como insomnio terminal y muchos despertares a lo largo de la noche, durante los cuales reflexionan sobre sus problemas, generando mayor angustia. ¹

La mayoría de los pacientes refieren problemas relacionados con el apetito, que van desde pérdida de este con disminución del peso, hasta aumento del apetito, con el consiguiente incremento de peso, aunado a aumento de las horas de sueño. ¹

Otro síntoma frecuente y de gran importancia es la ansiedad, que afecta a prácticamente la totalidad de los pacientes. Las distintas variaciones relacionadas con el peso, como consecuencia en cambios en la alimentación el sedentarismo secundario a la anhedonia empeora las enfermedades médicas comórbidas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o alguna cardiopatía ⁴. La depresión es la enfermedad mental más prevalente en personas que padecen diabetes; se considera que más del 30% de las personas diabéticas tienen depresión y, a su vez, el riesgo de tener un trastorno depresivo se duplica en comparación con la población general.

Los síntomas cognitivos podríamos resumirlos en incapacidad para concentrarse, ya que aproximadamente el 85% de los pacientes lo presentan y en gran parte esto es lo que afecta su área laboral y escolar, poco más de la mitad de los pacientes presenta déficit de pensamiento.⁴

Diagnóstico

Se pueden emplear las distintas pruebas de tamizaje, sin embargo, el diagnóstico continúa siendo clínico, apoyándose de los criterios diagnósticos.

Así mismo, debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda evaluar las siguientes áreas:

- Características del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
- Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
- Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
- Riesgo de suicidio.
- Respuesta al tratamiento previo.⁷

Ya existen preguntas estandarizadas para el escrutinio y diagnóstico clínico, que podemos emplear en personas que presenten factores de riesgo:

- ¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?
- ¿Se ha sentido triste o desesperanzado?
- ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?
- Valorar síntomas PSICACES (mnemotecnia)
- Investigar Criterios de CIE-10.
- Valorar riesgo suicida.²⁸

Son síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión **PSICACES**.

P- Psicomotricidad disminuida o aumentada.

S- Sueño alterado (aumento o disminución).

I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute).

C- Concentración disminuida.

A- Apetito y peso (disminución o aumento).

C- Culpa y autorreproche.

E- Energía disminuida, fatiga.

S- Suicidio (pensamientos).

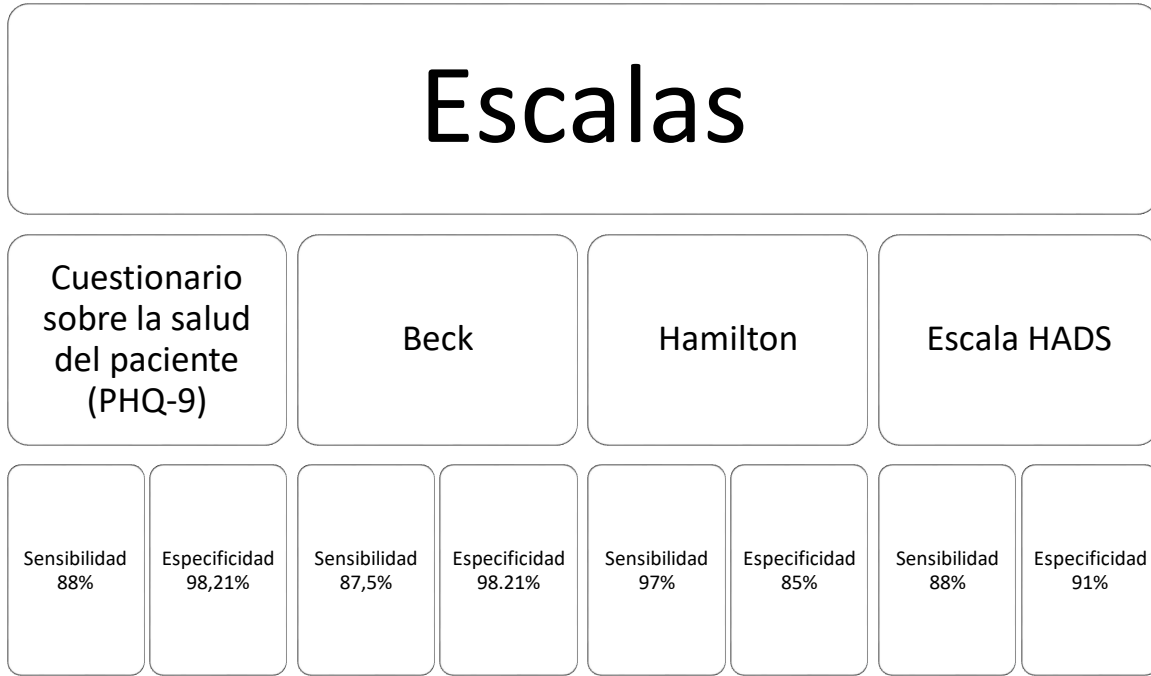
Se elabora diagnóstico de depresión, si presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y 4 de los anteriores síntomas la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas. Además, si estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social).

Elaborado a partir de: Guía de referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. México, (2009).

Criterios de Gravedad del Trastorno Depresivo

- **Leve:** presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.
- **Moderado:** están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar mínimo 6 síntomas. El sujeto probablemente tenga problemas para conservar sus actividades diarias.
- **Grave:** deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Los sujetos muestran síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son habituales los pensamientos y acciones suicidas y se exhiben síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. ²⁸

Existen escalas validadas para el escrutinio, diagnóstico clínico y estadiaje de depresión y ansiedad, ya que son padecimientos que muy frecuentemente coexisten: ^{22, 23, 24, 25, 26}



Elaborada a partir de: 22, 23, 24, 25, 26

Debido a que el diagnóstico continúa siendo puramente clínico, se puede emplear cualquier escala para cribado y tamizaje. ²⁵

Tratamiento:

El tratamiento podemos dividirlo en dos tipos que se complementan:

Farmacológico: Medicamentos antidepresivos

- IRSN: inhibidor de recaptura de serotonina y noradrenalina; AMT: agonista de receptores de melatonina; ATC: antidepresivo tricíclico; Aα2: antagonista de receptores α2 de noradrenalina; DAT: transportador de dopamina; ISRN: inhibidor selectivo de recaptura de noradrenalina; ISRS: inhibidor selectivo de recaptura de serotonina; MM: antidepresivo multimodal; MT: receptor de

melatonina; NAT: transportador de noradrenalina; SERT: transportador de serotonina, AIRS: antagonista de serotonina e inhibidor de recaptura de serotonina; IRND: inhibidor de recaptura de noradrenalina y dopamina.⁸

No farmacológico:

- psicoterapia, terapia electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal y la estimulación magnética profunda.⁹

El cual deberá de ser individualizado ⁸.

IRSS						Efectos adversos	Observaciones	
Nombre								
Citalopram	Escitalopram	Fluoxetina	Fluvoxamina	Paroxetina	Sertralina	Insomnio, agitación, sedación, malestar gastrointestinal, disfunción sexual.	Son mejor tolerados que los tricíclicos, tienen elevada seguridad frente a sobredosis	la vida media breve puede asociarse a síntomas de abstinencia cuando se suspenden bruscamente
20-60 mg	10-20 mg	10-40 mg	100-300 mg	20- 50 mg	50 - 150 mg			

Elaborado a partir de: 29,30,31,32,33

Tricíclicos

Nombre					Efectos Adversos	Observaciones
Amitriptilina	Imipramina	Venlafaxina	Desvenlafaxina	Duloxetina	somnolencia, hipotensión ortostática, arritmia, incremento de peso, anticolinérgicos. Cambios en el patrón de sueño, malestar gastrointestinal, síndrome de supresión	Sobredosis puede ser mortal, precisa ajuste de dosis
75-300 mg	75-300 mg	150-375 mg	50-200 mg	30-60 mg	Visión borrosa, disminución del apetito, insomnio, malestar gastrointestinal	Dosis altas general hipertensión, la supresión brusca provoca síntomas de abstinencia. Menores efectos adversos, no asociado a hipertensión, útil en el manejo de fibromialgia

Elaborado a partir de: 29,30,31,32,33

Inhibidor de la recaptura de serotonina

Nombre	Dosis	Efectos adversos	Observaciones
Bupropión	200-400 mg	Insomnio o agitación, malestar gastrointestinal	No provoca disfunción sexual o aumento de peso. útil en el manejo de tabaquismo

Elaborado a partir de: 29,30,31,32,33

Modulador Norepinefrina-serotonina

Nombre	Dosis	Efectos adversos	Observaciones
Mirtazapina	15-30 mg	Sedación, incremento de peso	No provoca disfunción sexual

Elaborado a partir de: 29,30,31,32,33

Benzodiacepinas						
Fármaco	Vida media	Potencia	inicio de acción	Uso Clínico	Dosis equivalente (mg)	Rango de dosis (mg)
Alprazolam	corta	alta	Ansiolítico	Ansiolítico	0.5	0.5-6
Triazolam	corta	baja	Sedante	Sedante	0-25	.125-0.25
Lorazepam	intermedia	alta	Ansiolítico	Ansiolítico	1	0.5-6
Bromazepam	intermedia	intermedia	Ansiolítico	Ansiolítico	2.5-3	3-12
Clonazepam	larga	alta	Anticonvulsivo Ansiolítico	Anticonvulsivo Ansiolítico	0.25	0.5-4
Diazepam	larga	baja	anticonvulsivo Ansiolítico miorelajante	anticonvulsivo Ansiolítico miorelajante	5	2.5-40
Midazolam	corta	alta	Sedante	Sedante	0.25	1-50

Elaborado a partir de: 11, 29,30,31,32,33

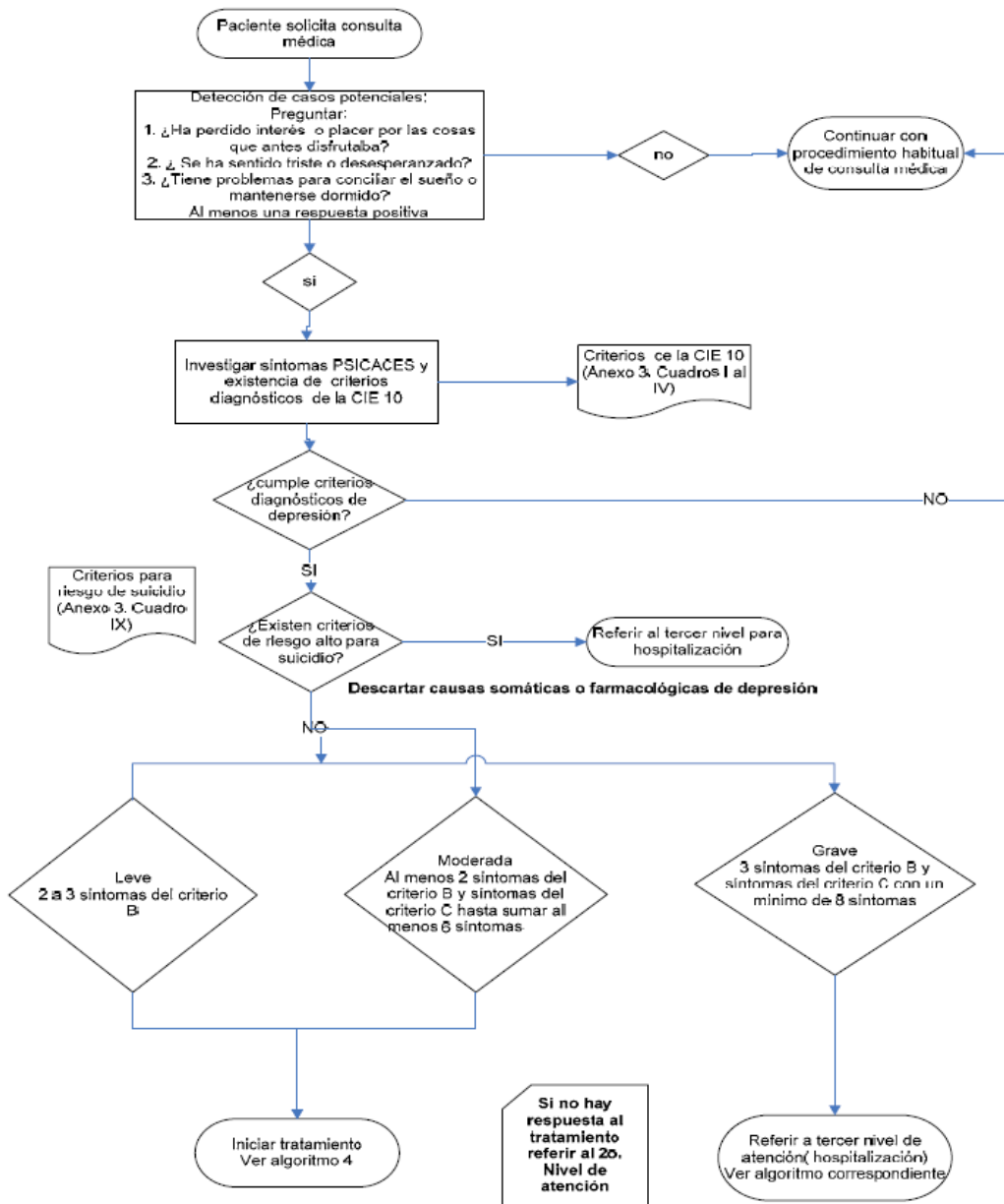
Criterios de Hospitalización

- Necesidad Diagnóstica
- Riego de suicidio/ homicidio
- Perdida de funcionalidad grave
- Depresión con síntomas psicóticos ³³

Es de suma importancia dejar claro al paciente que el tiempo promedio de mejoría de los síntomas comienza a ser visible a partir de las 6 semanas de tratamiento, así mismo no debe suspenderse de manera abrupta, el tiempo de duración dependerá de la severidad de depresión. ³³

Además, se recomienda el empleo de tratamiento farmacológico en coadyuvancia de tratamiento no farmacológico, ya que empleados de manera simultánea se ha visto que presentan mayor pronostico y mejoría en un periodo menor de tiempo. ³³

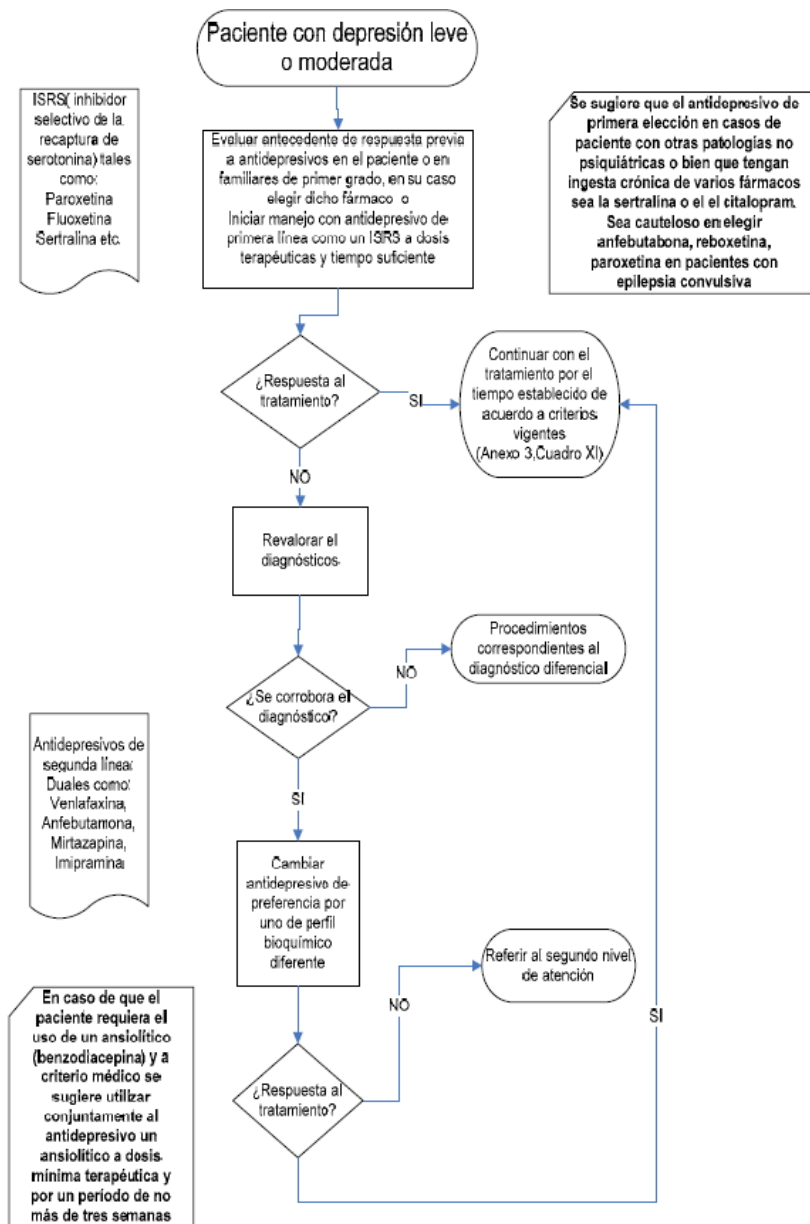
Diagnóstico y manejo de la depresión por el médico no psiquiatra en la población de 18 a 59 años en el primer nivel de atención



Obtenido de: Guía de referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. México, (2009).

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-161-09

Tratamiento para la depresión en población de 18-59 años en el primer nivel de atención



Obtenido de: Guía de referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. México, (2009).

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-161-09

Pronóstico

- Diversos estudios han demostrado que el riesgo de suicidio es hasta 20 veces más alto en personas que padecen depresión en comparación con

personas que no tienen dicho padecimiento. Así mismo, La mortalidad de estos oscila entre 2.2 al 8.6%, y la mayoría de estos se realiza al primer intento. Del 47 al 69% de los pacientes deprimidos presentan ideación suicida
6

- El trastorno depresivo es una enfermedad que tiene una huella significativa en la calidad de vida y en el funcionamiento en la vida diaria de la población. Es frecuente la comorbilidad con condiciones crónicas como la diabetes y las enfermedades coronarias, lo cual aumenta el impacto económico para el paciente, su familia y la sociedad ⁹

Ansiedad

La ansiedad es un miedo constante a sufrir de algún daño, se da de manera anticipada y presenta sentimientos de temor o síntomas somáticos de tensión. El estado de ansiedad se relaciona con eventos que se cree que sucederán en un futuro. La ansiedad consiste, en una serie de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas y se caracteriza por un constante estado de alerta ante señales que el sujeto percibe como amenaza o peligro. ⁴⁷

La American Psychiatric Association señala que los trastornos de ansiedad son aquellos que poseen características de miedo y ansiedad excesivos y que desencadenan alteraciones conductuales. En este sentido, se menciona que la ansiedad es una respuesta anticipada a una amenaza futura. La ansiedad se asocia a tensión muscular, hipervigilancia y comportamientos cautelosos o evitativos. ⁴⁷

Una cierta cantidad de ansiedad es necesaria en determinadas situaciones en las cuales el cuerpo necesita estar alerta y emitir una respuesta de enfrentamiento o huida. Esto se debe a que, en caso de peligro, el cerebro envía una señal al sistema nervioso, el cual responde con una descarga de adrenalina, que prepara al organismo para huir o pelear. Este tipo de ansiedad tiene efectos como nerviosismo, tensión muscular, mareo, temblor o falta de aire, sin embargo, no suelen durar mucho tiempo y no son perjudiciales para el sujeto. ⁴⁸ Existe un grado de ansiedad denominado fisiológico, y otro patológico. La ansiedad fisiológica es adaptativa,

pues activa al organismo ante situaciones de alarma en la vida cotidiana, y no presenta somatizaciones graves, se vuelve patológica cuando es desproporcionada para determinada situación, y además tiene una duración prolongada, este tipo de ansiedad es desadaptativa, ya que puede bloquear las respuestas adecuadas del individuo, al sobre activar el sistema simpático, lo que empeora el rendimiento y genera somatizaciones mayores. ⁴⁹

La ansiedad patológica se caracteriza por una persistente, excesiva e irreal preocupación acerca de las situaciones cotidianas y una alta desconfianza. Las personas que presentan este padecimiento presentan pensamientos negativos, puesto que suelen esperar lo peor del futuro y de otras personas, inclusive si no existe ninguna razón para hacerlo. Asimismo, los trastornos de ansiedad se relacionan con dificultades cognitivas como la concentración, así como irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño y descanso. ⁵⁰

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad persistente durante al menos un mes, aunque suele diagnosticarse con seis meses de duración, con presencia de tensión motora, sobre activación de la actividad simpática, aprensividad e hipervigilancia, y por lo general las personas tardan en identificar la anormalidad de estos síntomas, de hecho, llegan a asegurar que durante su vida siempre han estado nerviosos. ⁴⁷

En nuestro país existen estudios que exponen una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. Es frecuente que coexistan con trastornos depresivos, lo anterior vuelve más complejo su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío. Asimismo, el pronóstico tiende a ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, esto significa que el retorno a una adecuada funcionalidad (recuperación) es menor en esta clase de padecimientos. El inicio de la ansiedad continuamente se asocia con la existencia de algún evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen un curso crónico, este es fluctuante, es decir, hay intervalos asintomáticos. ⁵²

En cuanto a la causa de estos trastornos, se han planteado como entidades de carácter hereditario, aunque aún no se tienen las bases concretas para asegurarlo. Asimismo, las teorías que explican cómo se produce el cuadro clínico de los trastornos ansiosos se basan en las hipótesis, entre las cuales destacan las siguientes: alteraciones en la función respiratoria, desorden en la función del Locus Coeruleus, un sitio donde se concentran los neurotransmisores noradrenérgicos en el encéfalo, disfunción serotoninérgica y adenosinérgica; tanto la noradrenalina, la serotonina y la adenosina son receptores neuronales que modulan normalmente las respuestas emocionales, afectivas y cognoscitivas en el cerebro. Otras teorías sugieren una alteración funcional global, como en el sistema nervioso autónomo, encargado de los procesos fisiológicos involuntarios, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, o a nivel tiroideo, entre otros.⁵²

La ansiedad puede presentarse con un sentimiento de vergüenza: “los otros se darán cuenta de que estoy ansioso”. La ansiedad altera los procesos del pensamiento y del aprendizaje. Suele a producir confusión y distorsiones de la percepción, no solo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas alteraciones pueden interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones. Siempre que se tenga en mente un trastorno de ansiedad, deben descartarse otras enfermedades médicas como las alteraciones de la tiroides, de la glicemia (azúcar en la sangre), del oído, del cerebro, del corazón y de la respiración, principalmente.

52

Definición

- Los trastornos de ansiedad “Se caracterizan por ansiedad masiva y persistente (trastorno de ansiedad generalizada), a menudo hasta el extremo de la angustia (trastorno de angustia) y el temor a salir de casa (agorafobia); miedo a situaciones u objetos concretos (fobia específica) o a la actuación y hablar en público (fobia social); intrusiones involuntarias y persistentes de pensamientos, deseos, ansias o acciones (trastorno obsesivo-compulsivo). Comprende el trastorno por estrés postraumático, que sigue a un estrés vital

extraordinario (guerra, catástrofe) y se caracteriza por ansiedad, pesadillas, agitación y, a veces, depresión; el trastorno por estrés agudo, parecido al anterior, pero con una duración igual o inferior a cuatro semanas. Además, puede obedecer a 1) una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo), o 2) sustancia (p. ej., cocaína).”¹⁰

- La ansiedad es parte normal del estado emocional de las personas, en el cual existe un alto grado de actividad del sistema periférico.

Este estado emocional se encuentra sumamente afín con el sentido de supervivencia, por ejemplo, como el miedo, la ira, la tristeza y la felicidad. Sin embargo, la ansiedad puede transformarse en un trastorno de pánico que genera la sensación inminente de muerte, pérdida de conciencia y hasta la sensación de que están siendo perseguidos, lo cual causa disfunción en las esferas en la que se desarrollan las personas.^{7,11.}

Epidemiología

La Academia Nacional de Medicina (2013) señala que las mujeres son dos veces más afectadas por el trastorno de ansiedad generalizada que los hombres.⁴⁷ En el año 2015, la OMS evaluó una prevalencia de los trastornos de ansiedad a nivel global del 3.6. Cada nación ha publicado una prevalencia distinta, en un rango entre 2.4 y 25%. En nuestro país se reportan prevalencias de 8.4- 29.8%, lo cual es bastante elevado.⁵⁵

Zona y Milan (2011) realizaron una investigación en jóvenes de Chicago expuestos a ambientes violentos, y se encontró que sí hay una asociación entre la exposición a la violencia y el incremento en todos los tipos de sintomatologías de externalización, internalización, estrés postraumático y disociación, en los cuales se encuentra la sintomatología ansiosa. De hecho, señalaron que, aunque de manera general no hay mucha discrepancia entre hombres y mujeres, estas últimas sí son más propensas a presentar síntomas tales como ansiedad patológica, depresión y

síndrome de estrés postraumático tras un largo período de tiempo expuestos a violencia.⁵¹

Se ha observado en el ser humano, al igual que en los primates, una réplica de temor no asimilada hacia los ruidos intensos y frente a todos los estímulos novedosos, súbitos y bruscos. Frecuencia de fobia como tal, varía según la edad, el sexo y la cultura. En la población infantil son frecuentes los temores (90%). Con el crecimiento y el aprendizaje, estos miedos van disminuyendo, de forma que la mayor parte desaparecen al llegar a la pubertad. La edad media de inicio de una fobia determinada es la siguiente: fobia simple (9-15 años), fobia social (16 años), agorafobia (29 años).⁵²

Tomando en cuenta el sexo, la presentación varía según el tipo de fobia debido a:

- a) Diferencias biológicas;
- b) La agresividad y valentía es más frecuente en los hombres, y
- c) Mayor tendencia en el hombre a no aceptar temores, porque ella afecta su autoestima y la consideración social. Pero en general las fobias son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

La fobia específica es más frecuente que la fobia social y la agorafobia. La fobia de tipo sangre-inyecciones daño, tiene una prevalencia mujer-hombre de 1:1.⁵²

- Los trastornos de ansiedad encarnan uno de los grupos más frecuentes de enfermedades psiquiátricas. El *Nacional Comorbidity Study* mostró que uno de cada cuatro personas cumple los criterios que nos permiten diagnosticar al menos un trastorno de ansiedad, y que la prevalencia al año es poco menos del 20%. Es más frecuente en las mujeres, presentando una prevalencia a lo largo de la vida de poco más del 30%, a diferencia de los varones en los cuales en trastorno de ansiedad presenta una prevalencia a lo largo de la vida 10% menos a las mujeres. Y cabe destacar que en los estratos económicos altos se reduce significativamente su prevalencia.⁴

- En cuanto a cifras de nuestro país, en la crisis de Covid-19, México fue el más golpeado por el avance de la ansiedad, que afecta a la mitad de sus habitantes; a su vez, la prevalencia de depresión se multiplicó por nueve, reportó la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- La ansiedad pasó de afectar a 15 por ciento de la población mexicana –previo a los confinamientos– a 50 por ciento una vez instalada la “nueva normalidad”.

35

Etiología y patogenia

La etiología de las fobias es multifactorial, como consecuencia de las interacciones entre factores biológicos, genéticos y ambientales. Los pacientes con fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño, pueden haber heredado un reflejo vaso-vagal particularmente potente, que acaba asociándose a emociones fóbicas. Múltiples estudios demuestran que ciertos niños están constitucionalmente predispuestos a las fobias porque han nacido con un temperamento específico conocido como de inhibición conductual a lo desconocido. El estrés ambiental crónico (como la muerte o separación de un progenitor, la humillación por parte del hermano mayor, la violencia intrafamiliar) actúa sobre esta disposición temperamental del niño para producir una fobia.⁵²

La fobia específica generalmente es el resultado de asociar un objeto o situación específica con emociones de miedo o pánico. Por ejemplo: Una persona que asocia el conducir con una experiencia emocional (un accidente), hace la asociación permanente entre conducir y el miedo ante la posibilidad de resultar herido.⁵²

La asociación puede ser consecuencia de evento traumático vivido por el paciente, o a la información obtenida por los padres o medios de comunicación masiva que también influyen de manera negativa. Las personas que sufren de fobia social con frecuencia provienen de una familia donde los progenitores padecen también fobias y son incapaces de imponer normas de conducta

aceptables y corrigen a través de regaños continuos. Los progenitores de este grupo son por lo general menos cariñosos, más críticos y sobreprotectores en comparación de otros padres.⁵²

La hipótesis neurobioquímica de la fobia social se basa en el éxito del tratamiento farmacológico (antagonistas betaadrenérgicos y antidepresivos). Las personas que padecen fobia a hablar en público suelen liberar más norepinefrina y epinefrina (a nivel central y periférico) que una persona que no presenta este padecimiento, o pueden ser más sensibles a los niveles normales de estimulación adrenérgica. La eficacia de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) ha llevado a formular la hipótesis de que la actividad dopaminérgica está relacionada con la patogenia del trastorno.⁵²

Cuadro clínico

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.⁶

Las personas pueden evitar o disminuir sus actividades debido al miedo lo que afecta su calidad de vida. Padecen dificultades para ir hasta la consulta del médico, ir de compras o visitar a sus conocidos, lo que resulta en actividades cotidianas. La ansiedad secundaria a las fobias se caracteriza por presentar síntomas fisiológicos ante el objeto o situación que les causa temor, tales como taquicardia, molestias gástricas, disconfort, náuseas, diarrea, micción muy frecuente, sensación de ahogo, ruborización, diaforesis, temblores y desmayos.⁵²

Diagnóstico:

Se destaca las cuatro características que permiten definir un temor concreto como fobia:

1. No puede ser explicado o razonado

2. Se encuentra fuera del control voluntario
3. Es desproporcionado a la situación que lo crea
4. Conduce a la evitación de la situación temida.⁵²

El trastorno de fobia social generalizada se distingue por la intensidad de la ansiedad que se experimenta en muchas situaciones sociales y por la angustia acompañante o interferencia en el funcionamiento. Las personas con fobia social generalizada pueden tener pocas amistades, experimentar dificultad para concretar citas con el sexo opuesto, abandonar la escuela prematuramente, rechazar las promociones en el trabajo, desmoralizarse y deprimirse, abusar del alcohol, y desarrollar otros trastornos psiquiátricos, aunado a su mínima o nula red de apoyo.

52

Criterios diagnósticos

Ansiedad excesiva y preocupación relacionada con distintas actividades o acontecimientos

Las personas presentan dificultad para controlar las preocupaciones; presente la mayoría de los días de la semana, durante ≥ 6 meses asociado a ≥ 3 de los siguientes síntomas:

- Agitación o nerviosismo
- Irritabilidad
- Facilidad para fatigarse
- Tensión muscular
- Dificultades para concentrarse
- Trastornos del sueño.⁶

No secundario a ingesta de medicamentos o a sustancias de abuso o alcohol u otras patologías médicas.

La ansiedad ocasiona malestar clínico significativo e interfieren en la vida laboral o social. Se han descrito también dos tipos de ansiedad: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La primera hace referencia a un estado emocional transitorio y está asociada a una situación en particular, mientras que la ansiedad rasgo está relacionada con un estado emocional relativamente estable, que se vuelve parte del sujeto. Estos dos tipos de ansiedad están vinculados con las definiciones de la ansiedad fisiológica (considerada normal) y la ansiedad patológica, respectivamente

6

Diagnóstico

Es principalmente clínico, para el cual debe haber previo conocimiento de la patología y empleo de criterios diagnósticos mencionados en el manual DSM-V, así mismo, se puede apoyar dicho diagnóstico en alguno de las distintas pruebas ya validadas, los cuales ya fueron previamente mencionados.^{4,33}

Diagnostico diferencial

Las fobias pueden aparecer junto con muchos otros síntomas y síndromes psiquiátricos. El angustiado, el paranoico, el esquizofrénico, el depresivo, etc., pueden experimentar temores, pero cuya naturaleza y ubicación psicopatológica son distintas a las de la neurosis fóbica. Sólo con las obsesiones mantienen indudables conexiones, que se prestan a confusión.⁵²

Tratamiento

- Al igual que en trastorno depresivo, el tratamiento del trastorno de ansiedad se divide en dos, que hasta el momento es recomendado se otorgue de manera simultánea el tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico, ya que ha mostrado mejores resultados, debido a que causa afectación del estado mental, social y la salud en general del individuo, dolor corporal inespecífico, e interfieren en sus actividades diarias.¹²
- Este trastorno también está relacionado con pacientes que se vuelven hiperfrecuentadores de los servicios de salud, ya que sus síntomas no son

tomados con la seriedad necesaria y eso retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno ¹². Así mismo, se asocia fuertemente a la automedicación, al consumo excesivo de alcohol, así como de sustancias adictivas. Y se encuentra fuertemente asociado a otros estados de depresión mayor y diferentes síntomas físicos sin una base orgánica. Para el correcto tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, es importante sensibilizar e informar al paciente sobre su diagnóstico, ya que la ansiedad es una condición médica manejable y controlable, siempre y cuando el paciente colabore estrechamente con su médico tratante. La psicoterapia cognitivo-conductual reduce la ansiedad en la mayoría de los pacientes que la padecen. ¹²

Muchos pacientes con fobias no requieren de medicación. Solo en aquellos con depresión o ansiedad; así como en pacientes con fobia social incapacitante. La terapia conductista de desensibilización sistemática consiste en ir enfrentando gradualmente al paciente a situaciones u objetos similares a los temidos. ⁵²

La terapia implosiva los enfrenta directamente al estímulo temido en su expresión extrema para que experimenten lo injustificado de su miedo y así descienda el temor. Es importante que la persona con fobia evite consumir alcohol o medicamentos tipo benzodiazepinas para afrontar las situaciones temidas. ⁵²

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones, que son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como inapropiados y causan ansiedad o malestar. A pesar de que la persona trata de ignorar tales pensamientos le es muy difícil lograrlo, por lo tanto, intentará neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. Mientras que las compulsiones son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. ⁵²

El objetivo de estos actos es reducir la ansiedad que producen aquellos pensamientos sin embargo al tornarse excesivos pueden generar a la larga mucha más ansiedad. ⁵²

El trastorno de estrés post-traumático es consecuencia a una situación traumática a la que la persona ha estado expuesta (ya sea en plática o personalmente) a un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. La persona entonces responde con un temor u horror intensos, siendo esto reexperimentado persistentemente a través de recuerdos recurrentes del evento, sueños, flashbacks, una forma de actuar nuevamente el acontecimiento y a la exposición de estímulos que evoquen tal situación.⁵²

- Antidepresivos: aquellos con acción ansiolítica (es decir que disminuyen los estados ansiosos), constituyen el tratamiento óptimo en esta clase de pacientes, sin embargo, estos fármacos no ayudaran a los paciente hasta después de algunas semanas, durante las cuales no solamente los síntomas pueden continuar, sino que pueden exacerbarse. Por lo anterior, es común iniciar el tratamiento con el antidepresivo y una benzodiazepina que alivie la sintomatología, Es frecuente que los temores del paciente inclusive a los propios fármacos que le pueden ayudar, sea un factor de abandono o mal apego al tratamiento, esto es importante tomarlo en cuenta, ya que mientras la dosificación se encuentra a cargo de un médico especialista no existiría riesgo alguno de efectos imprevistos o de problemas adictivos, una duda frecuente de aquellas personas que se acercan a la consulta.⁵²
 - Entre los antidepresivos más usados están los antidepresivos tricíclicos como la clomipramina y la amitriptilina; los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina y la fluvoxamina; Entre las benzodiazepinas más apropiadas se encuentran: el alprazolam y el clonazepam, estos siempre bajo una estrecha vigilancia médica por sus potenciales riesgos adictivos. Existen otros fármacos como los betabloqueadores que tienen efectos ansiolíticos, como el propanolol que es usado principalmente como antihipertensivo.⁵²

- La duración del manejo antidepresivo varía desde 6 meses hasta un año en promedio, sujeto a la evolución y la estabilidad que presente el paciente, esto lo determinará su médico tratante en los momentos de evaluación periódica durante las citas.⁵²
- Manejo Psicológico: No obstante que en la clínica el tratamiento con fármacos es de primera elección, la psicoterapia de apoyo y la educación sobre la enfermedad son indispensables. Los pacientes responden mejor cuando adicionalmente se usan técnicas psicoterapéuticas con bases dinámicas o conductuales que son proporcionadas en la consulta psiquiátrica.⁵²

Se ha demostrado una disminución significativa de los grados de ansiedad y depresión en los adultos mayores sometidos a estudio, concluyendo que las actividades físico-recreativas contribuyen como tratamiento coadyuvante en la disminución de los grados de ansiedad y depresión en adultos mayores.⁵³

Otra parte del tratamiento radica en la terapia ocupacional, realizando actividad física y/o actividades recreativas, ya que se ha demostrado que tienen mejor pronóstico los pacientes que llevan a cabo dichas actividades.⁵⁴

Se han realizado diversos estudios en los que los resultados son consistentes con las recomendaciones de la American Psychological Association en el año 2010 en torno al uso de actividades, como los pasatiempos y otras tareas artísticas como el dibujo, con el fin de lidiar con el estrés y prevenir problemas de salud física y/o psicológica.⁵⁴

En correspondencia con esta misma división teórica sobre las formas en que un pasatiempo permite el afrontamiento de los estresores, en este estudio, tras realizar una actividad artística bajo distintas condiciones experimentales, se encontró una disminución significativa del estrés percibido en varias de sus modalidades: en los grupos de dibujo libre, ajeno a la situación estresante (distractor activo) sin narrativa, al reproducir las imágenes del banco de la IAPS (distractor pasivo) en ambas condiciones (con y sin narrativa) y tras dibujar la situación estresante (como

herramienta de enfoque) y acompañarla de una narración escrita del suceso estresante. Es decir, los resultados favorables a la reducción de estrés abarcaron el total de mecanismos de autoprotección reportados por Kleiber et al. (2002). Si bien lo anterior nos permite identificar que en esta muestra no había diferencias asociadas a una condición de uso específica del dibujo ni al uso del texto, abre también el cuestionamiento de las razones en torno a la extensión de estos. Aunque no es el objetivo de este proyecto el cubrirlo, creemos pertinente el señalar que para su explicación serían necesarias la inclusión y la evaluación de variables que, como el sexo –incluida en este estudio como parte de la evaluación por grupos–, pudiesen estar asociadas, siendo quizás lo idóneo el considerar como un primer grupo de exploración aquellos factores que ya están siendo estudiados en torno a los mecanismos de afrontamiento del estrés.⁵⁴

Pronostico:

Depende en gran medida de la gravedad del trastorno, puede ser crónico y difícil de tratar, aunque la mayoría de los pacientes mejoran con adecuado apego a esquema terapéutico que consta de psicoterapia y tratamiento farmacológico, para el manejo a largo plazo la psicoterapia ha mostrado mejores resultados.¹³

Calidad de vida

Historia

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término.⁶²

El concepto de calidad de vida tuvo lugar en 1975, en el campo de la medicina, y su estudio ha interesado también a la Psicología. Su definición varía de acuerdo con la cultura y a la sociedad.⁵⁹

Definición

La calidad de vida es un concepto complicado de definir, ya que incluye diversos aspectos como bienestar físico, mental y social percibido por la persona, bienestar, satisfacción y recompensa. ¹⁸

Un indicador relacionado con el conocimiento integral de bienestar de un individuo es la calidad de vida definida por la OMS como: “Percepción del individuo sobre su vida, el lugar que ocupa en su contexto cultural y sistema de valores, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones”. Por lo que podemos inferir que la calidad de vida es un constructo multidimensional, con el mínimo de dominios físicos, emocionales y de bienestar social. ¹⁹

Calidad de vida: *“Es el estado de satisfacción general, en cuanto al sentimiento de bienestar personal y material, como son la salud, la educación, el trabajo, de la funcionalidad, de la vivienda, de la seguridad social, y subjetivamente es la sensación de bienestar físico, psicológico y social, como la expresión de las emociones y el sentido de pertenencia a grupos sociales, estableciendo relaciones armónicas consigo mismo, con el ambiente y con la comunidad, al realizar las actividades cotidianas.”*⁵⁶⁻⁵⁸

En 1982, Pierre R. Turcotte, definió la calidad de vida, la cual cito de manera textual: *“La dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de lograr una mayor congruencia en su espacio de vida total.”* Y esto impacta la motivación y la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente laboral, la creatividad y la voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Por tanto, tiene particular importancia, la valoración de las condiciones laborales y su repercusión física y mental en el individuo, lo que debe considerarse como una valiosa herramienta para evaluar la actividad profesional y la vida personal en general. ²⁰

Entonces, ¿cuál es la diferencia con calidad de vida relacionada a la salud?

Podríamos resumirlo en qué calidad de vida relacionada a la salud incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa

medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.⁶³

Con lo anterior podríamos definirla de la siguiente forma: Se refiere al estado de salud y la calidad de vida en la enfermedad, involucra a la sensación de los síntomas, autocuidado personal, aspectos emocionales como ansiedad y depresión, al tratamiento y a las relaciones sociales.⁵⁹⁻⁶⁰ En la población pediátrica, incluye, además los cambios en el neurodesarrollo normal del niño y del adolescente.⁶¹

Basados en lo anterior, se da por hecho que la calidad de vida tiene aspectos tanto objetivos como subjetivos, que incluyen desde condiciones materiales, grado de vida hasta definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad.¹⁸

Siguiendo este argumento, nace el concepto de calidad de vida con relación a la salud, aspecto determinante en cuanto repercute en el resto de los elementos y valores presentes en la calidad de vida total.¹⁸

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es el valor que cada persona otorga, de acuerdo con criterios personales, basados en el estado físico, emocional, mental e incluso social, en el que se encuentra en dicho momento, y plasma el nivel de satisfacción con una situación personal específica con base en tres niveles:

- Fisiológico:
 - Sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual
- Emocional:
 - Sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración
- Social:

- Situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, etc.²⁰

Relación con distintos padecimientos

Existe evidencia sobre el deterioro de la calidad de vida de personas con distintos padecimientos, sobre todo cuando se constituye como un factor limitante a nivel social. Aparentemente la calidad de vida no se ve deteriorada solamente por la severidad de los síntomas, sino por su relación con factores psicosociales, que se vuelven predictores importantes de la misma. ¹⁸

Existen estudios en países primermundistas que han publicado cómo su estado mental impacta en su calidad de vida y el bienestar de las personas. En Canadá se reportó que las mujeres, de mayor edad, menor nivel económico y menos años de educación tienen peores resultados en las dimensiones mentales, sociales, y vitalidad de la calidad de vida. ¹⁹

Por lo tanto, mejorar la evidencia disponible sobre la relación de los trastornos mentales con los desenlaces de bienestar de las personas es relevante en el contexto de los países en desarrollo, ya que permite tomar decisiones centradas en áreas prioritarias de intervención en las comunidades que generen un impacto general en el estado de salud. ¹⁹

En 1982, Pierre R. Turcotte, definió la calidad de vida, la cual cito de manera textual: *“La dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de lograr una mayor congruencia en su espacio de vida total.”* Y esto impacta la motivación y la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente laboral, la creatividad y la voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Por tanto, tiene particular importancia, la valoración de las condiciones laborales y su repercusión física y mental en el individuo, lo que debe considerarse como una valiosa herramienta para evaluar la actividad profesional y la vida personal en general. ²⁰

Relación entre ansiedad, depresión y calidad de vida

Entre los factores psicológicos que merman y deterioran la calidad de vida se encuentran los trastornos mentales y de estos los más prevalentes son: Depresión y ansiedad, es importante tener presente que los síntomas de ansiedad, también pueden ser secundarios a problemas orgánicos de salud, es decir, físicos, cambios biopsicosociales presentes en las distintas esferas del paciente, social, laboral, familiar, los cuales afectan el aspecto funcional, mermando sus actividades cotidianas y al final la calidad de vida.³⁵

En la actualidad, es bien conocida la relación entre depresión y ansiedad, ya que esta última es la principal comorbilidad de depresión, en cuanto a trastornos mentales.³⁵

Instrumentos de Evaluación

En la actualidad existen múltiples test/escalas/cuestionarios para evaluar la calidad de vida, en este caso el que será utilizado será COOP/WONCA, ya que está diseñado y validado para su uso dentro de la consulta médica, se puede afirmar que dicho cuestionario es útil para determinar percepción de calidad de vida, teniendo en cuenta su fácil administración y las adecuadas propiedades de fiabilidad y validez que presenta.³⁴

Este cuestionario comprende 9 escalas distintas de un único ítem. Cada una de las escalas presenta un título y plantea una pregunta que hace referencia a lo sucedido en o durante las dos últimas semanas. A estas preguntas se contesta con una de cinco posibles alternativas acompañadas de una viñeta o signo. Las posibles respuestas se puntúan de 1 a 5, siendo las puntuaciones mayores las que reflejan una peor salud percibida. Los títulos de las dimensiones son: 1.–Forma física, 2.–Sentimientos, 3.–Actividades cotidianas, 4.–Actividades sociales, 5.–Cambio en el estado de salud, 6.–Estado de salud, 7.–Dolor, 8.–Apoyo social y 9. –Calidad de vida en general.

La fiabilidad test-retest (a las 2 semanas) de las láminas Coop/Wonca, evaluada por medio de los coeficientes de Spearman, varía en 0,52-0,72 en la versión española, y si se repite el análisis sólo en aquellos individuos que se

encuentran igual que en las 2 semanas anteriores (viñeta n.º 5 = 3), los coeficientes varían entre 0,66 y 0,81, lo que indica que las láminas son estables durante períodos de tiempo relativamente cortos

Las láminas Coop-Wonca podrían ser un buen instrumento de medida de calidad de vida relacionada a la salud, por la rapidez de su cumplimentación y por ser de fácil comprensión lo que favorece la autoadministración que evita el posible sesgo del entrevistador. Todo ello favorecería su uso rutinario como indicador para valorar la evolución en el tiempo de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes.⁴¹

En diferentes estudios las láminas Coop-Wonca han demostrado tener validez y una moderada sensibilidad al cambio.^{42,43}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de ansiedad y depresión se encuentran dentro de las enfermedades mentales más prevalentes y constituyen un problema de salud pública dentro de la sociedad. Se ha estimado que, en todo el mundo, tienen una prevalencia durante la vida de 20% a 30% aproximadamente. ¹⁵

Las mermas de productividad derivadas de estas enfermedades son millonarias para la economía del país, además generan grados de ausentismo de aproximadamente 1 mes al por trabajador. ¹⁴

A nivel mundial, en el año 2015 las enfermedades no transmisibles representaron más de la mitad del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad, mientras que en la región de las Américas, las enfermedades no transmisibles representaron una proporción mucho mayor, (78%) del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad y los trastornos mentales supusieron la fracción más alta representando el 19% como el 59% restante, la importancia del anterior los trastornos mentales abarcan casa aparte del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad y la mortalidad combinada. ¹⁴

En México la ansiedad y la depresión tienen un impacto en las pérdidas de productividad que traducido a dinero representan más de 15, 000 millones de pesos por año. ¹⁴

Además, un trabajador falta a su lugar de trabajo alrededor de 30 días al año cuando padece depresión, y poco menos de 25 días cuando presenta ataques de pánico, poco menos de 15 días si sufre de estrés postraumático y 20 días si atraviesa por un periodo de ansiedad. ¹⁴

Los números de la prevalencia de estos trastornos psiquiátricos es alarmante, ya que poco menos de 500 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, y aproximadamente 1 000 000 de personas se suicidan cada año, el 66% de los años vividos con discapacidad resultan de enfermedades neuropsiquiátricas

(depresión, ansiedad, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).¹⁶

Como ya se describió con anterioridad en el marco teórico, la calidad de vida está influida por múltiples aspectos que van desde el estatus socioeconómico, hasta el grado de estudios, por mencionar algunos, en donde resalta el estado de salud y dentro de lo anterior cabe destacar la salud mental, la cual altera la percepción del entorno, así mismo se ha visto que las personas que padecen depresión descuidan su aspecto personal, aspectos como la higiene, el autocuidado, la alimentación, horas de sueño, etc. Y si esta se acompaña de ansiedad los síntomas se agravan y esto se ve reflejado en la calidad de vida.³⁵

En estudios realizados con anterioridad sobre calidad de vida relacionada con la salud en los trastornos de ansiedad, se demostró que la calidad de vida se ve fuertemente afectada en pacientes con dichos padecimientos, presentando mayor afectación los que presentaban trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno depresivo comórbido (TDM), que se encuentran dentro del espectro de ansiedad.⁴⁴

En un artículo científico titulado "*Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients*" donde se estudiaron a 919 pacientes de dos unidades de atención primaria, durante dos años, se encontró que casi el 40% de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad y el 30% presentó síntomas depresivos. La ansiedad y los síntomas depresivos se asociaron significativamente con todos los dominios de la calidad de vida. Cuando la ansiedad y los síntomas depresivos se agregaron simultáneamente, ambos siguieron siendo significativos. A medida que aumentaba la gravedad de la ansiedad o los síntomas depresivos, la calidad de vida disminuía. Además, los pacientes con ansiedad moderada a grave o síntomas depresivos tenían mayores deterioros en la mayoría de los dominios de la calidad de vida que los pacientes con infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva o diabetes, con lo anterior podemos afirmar que se debe enfatizar la detección y el tratamiento de la ansiedad y los síntomas depresivos en el ámbito de la atención primaria.⁴⁵

Por todo lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez?

JUSTIFICACIÓN

Existen escasos estudios en la literatura mexicana que relacionen calidad de vida con trastornos mentales como ansiedad y depresión en la población laboralmente activa. Al no contar con ello, no tenemos datos tangibles del estatus de salud mental, por lo tanto, no podemos ofrecerles medidas irrefutables y efectivas que disminuyan estos niveles de depresión y ansiedad que a su vez afectan la calidad de vida relacionada a la salud. Si se tiene un diagnóstico de salud mental se podrían planear acciones basándose en los resultados del estudio.

El empleo de instrumentos para el diagnóstico de enfermedades mentales, para pacientes considerados potencialmente sanos resulta cada vez más frecuente en el primer nivel de atención, además de que es una sugerencia de la Organización Mundial de la Salud, nos permite tener un mejor panorama del estado de salud de nuestros pacientes.¹⁵

La aplicación de dichas pruebas permite la identificación temprana de trastornos mentales, como depresión y ansiedad en primer nivel de atención, lo anterior contribuye para disminuir el gran número de pacientes que aún no han sido diagnosticados y por lo tanto no reciben tratamiento, así mismo, reduce los costos de tratamiento y genera buenos resultados de salud.¹⁵

Es importante tener en cuenta que, las estimaciones de la prevalencia de trastornos mentales varían extensamente dependiendo del lugar y el momento en que se realicen las encuestas y del período durante el cual se mide la prevalencia. Lo anterior depende de la metodología empleada, así como de los instrumentos aplicados.¹⁵

En la tesis titulada “Asociación entre calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados en el servicio de geriatría” realizada en el Hospital General Regional #72 del IMSS se encontró que más del 65% de los pacientes encuestados padecían depresión en algún grado de severidad y de este porcentaje más del 80% veía mermada su calidad de vida y lo anterior afectaba en

su desempeño funcional ³⁷. Por otro lado, en la tesis que lleva por título “Calidad de vida en pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión de la UMF 05, ciudad Madero Chihuahua” el autor concluye que la calidad de los encuestados tiene íntima relación con los padecimientos de base, el ambiente laboral y el medio en el que vive, así mismo a mayor sintomatología de ansiedad y depresión se ve mayormente disminuida la percepción de calidad de vida. ³⁸

En este sentido, el presente estudio realiza un aporte al respecto, proporcionando información acerca de prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes de la C.M.F. Ignacio Chávez, así como su implicación en la calidad de vida de los mismos, ya que hasta el momento no existe un trabajo de investigación referente a este tema en dicha clínica, sin embargo, si hay investigaciones sobre estos padecimientos realizados en otros hospitales o clínicas, por ejemplo, en una tesis realizada en el Hospital General de México que lleva por título “Prevalencia de Ansiedad y depresión e impacto en la calidad de vida en pacientes mexicanos con Cirrosis Hepática” se concluyó que los pacientes con cirrosis hepática son una población con múltiples factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales y que desgraciadamente no son tomados en cuenta y mucho menos se buscan en forma intencionada, la prevalencia de ansiedad y depresión es mucho más frecuente que lo documentado en la literatura. ³⁶

Con lo anterior podríamos inferir que la depresión y ansiedad al no ser padecimientos que se buscan de manera intencionada, suelen estar subdiagnosticados y dar por hecho que su sintomatología es debida al padecimiento de base.

Por lo que el disponer de datos iniciales, pero específicos sobre estos padecimientos pudiera contribuir para replicar dicha investigación en otras áreas y poblaciones identificadas como vulnerables a fin de proponer acciones tanto de prevención como de tratamiento de dichas enfermedades.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los grados de ansiedad y depresión de los pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Ignacio Chávez, así como su relación con la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Determinar el grado de calidad de vida de los pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Ignacio Chávez
- Determinar la frecuencia de ansiedad de los pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Ignacio Chávez
- Relacionar el grado de calidad de vida con ansiedad y con depresión de los pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Ignacio Chávez
- Relacionar el grado de calidad de vida con ansiedad y depresión en función del sexo y estado civil.

Relacionar el grado de ansiedad y depresión en función del número de licencias médicas en el último año.

HIPÓTESIS

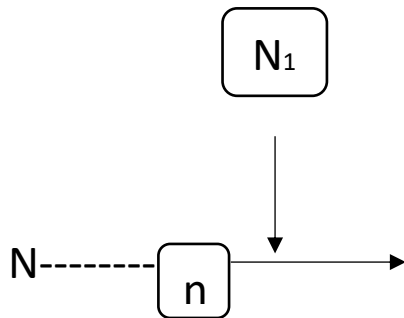
El nivel de ansiedad y depresión estará relacionado con la disminución de la calidad de vida percibida por los pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Ignacio Chávez.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal

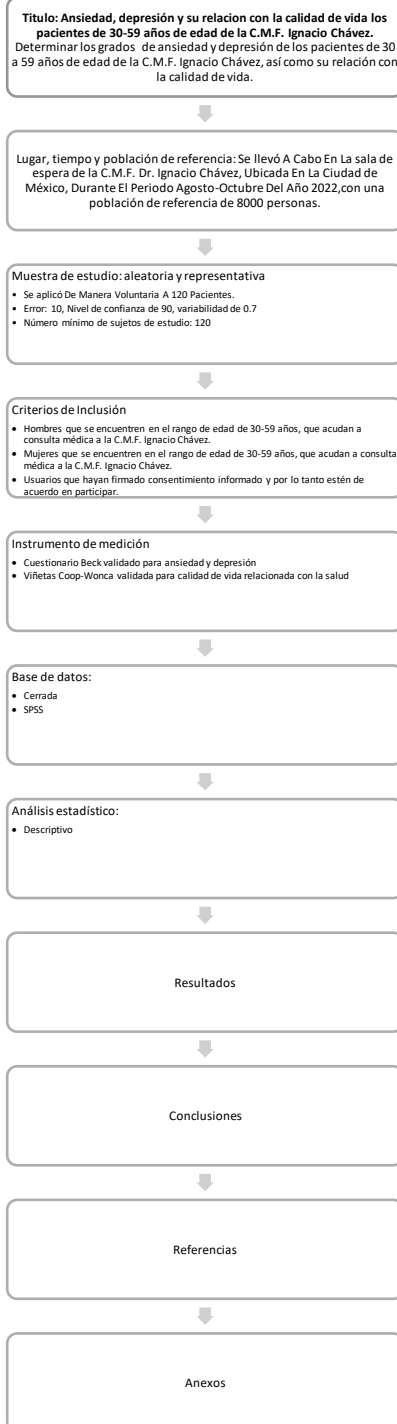
Diseño específico del estudio



N: 8000

n: 120

Diseño general del estudio



Población, lugar y tiempo

Se llevó a cabo en la sala de espera de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez, ubicada en la ciudad de México, durante el periodo Agosto-octubre del año 2022, a los pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria, previa firma de consentimiento informado.

Muestra

A través de fórmula de población finita

Tipo: Muestreo de conveniencia

Representatividad: No Representativa

Tamaño:120.

- Confianza: 90
- Precisión o error: 10
- Variabilidad: 0.7
- Q: 0.3

$$n = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \left[\frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right) \right]}$$

Criterios de Selección (inclusión, exclusión y eliminación)

- Criterios de Inclusión
 - Hombres y mujeres que se encuentren en el rango de edad de 30-59 años, que acudan a consulta médica a la C.M.F. Ignacio Chávez.
 - Usuarios que hayan firmado consentimiento informado y por lo tanto estén de acuerdo en participar.
- Criterios de exclusión
 - Pacientes que padezcan enfermedades discapacitantes físicas y mentales.
- Criterios de Eliminación
 - Usuarios que llenen de manera incompleta o incorrecta las escalas empleadas.

- Personas que decidan no seguir respondiendo las encuestas.

Parametrización de variables

<i>Nombre de la variable</i>	Tipo	Escala de medición	de Categorías o valores de la variable
1 Sexo	Independiente Cualitativa	Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
2 Edad	Independiente Cuantitativa	Escala de razón y proporción	Años expresados desde el nacimiento y cumplidos hasta el día de aplicación
3 Estado Civil	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 4.-Unión libre 5.-Viudo
4 Número de Hijos	Independiente Cuantitativa	Ordinal	Hijos nacidos vivos expresados
5 Religión	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-católico 2.-cristiano 3.-Testigo de Jehová 4.-Otra 5.- Ninguna
6. Antecedentes Heredo Familiares relacionados a la salud mental	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Ansiedad 2.-Depresión 3.- Otra 4.- Ninguna
7. Realiza alguna actividad	Independiente Cualitativa	Nominal	0: Nunca 1: Una vez al mes o menos 2: Algunas veces

física (cardiovascular, algún deporte, pesas, etc.)

al mes o menos
 3: Una vez a la semana
 4: Varias veces a la semana
 5: Todos los días

8. Padece alguna enfermedad crónica

Independiente
 Cualitativa

Nominal

DM
 HAS
 Otra
 Ninguna

9. Acude alguna actividad recreativa (Juegos de mesa, bolos, tenis, videojuegos, cine, viaje, etc.)

Independiente
 Cualitativa

Nominal

0: Nunca
 1: Una vez al mes o menos
 2: Algunas veces al mes o menos
 3: Una vez a la semana
 4: Varias veces a la semana
 5: Todos los días

10. ¿Ha tenido incapacidades durante el último año? (Incapacidad temporal para el trabajo o licencia médica)

Independiente
 Cualitativa

Nominal

0: Nunca
 1: Alguna vez al año o menos
 2: Una vez al mes o menos
 3: Algunas veces al mes o menos
 4: Una vez a la semana
 5: Varias veces a la semana
 6: Todos los días
 7. No aplica

11. Ansiedad

Dependiente
 Cualitativa

Escala de razón y

0. 0-7 "mínima"
 1. 8-15 "leve"

		proporción	<p>2. 16-25 "moderada"</p> <p>3. 26-63 "severa"</p> <p>(con base en la aplicación de los cuestionarios beck para depresión y ansiedad)</p>
12. Depresión	Dependiente Cualitativa	Escala de razón y proporción	<p>0-13 "mínima"</p> <p>14-19 "leve"</p> <p>20-28 "moderada"</p> <p>29-63 "Grave"</p> <p>(con base en la aplicación de los cuestionarios beck para depresión y ansiedad)</p>
13. Calidad de vida Relacionada con la salud	Dependiente Cuantitativa	Escala de razón y proporción	<p>7-9 "Muy buena"</p> <p>10-18 "Buena"</p> <p>19-27 "Regular"</p> <p>28-36 "Mala"</p> <p>37-45 "Muy mala"</p> <p>Las puntuaciones más altas reportan peores grados de CDV (con base en la aplicación de las viñetas COOP-Wonca para calidad de vida)</p>

Definición conceptual y operativa de las variables

1. Sexo: Características biológicas y/o conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos
2. Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la aplicación del cuestionario expresada en años.
3. Estado civil: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
4. Número de hijos: Cantidad de descendientes nacidos vivos.
5. Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.
6. Antecedentes Heredo Familiares: Dato o circunstancia familiar, anterior al estado actual en relación con salud mental.
7. Padece alguna enfermedad crónica: Alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología conocida, que se manifiesta por síntomas y signos.
8. Realiza alguna actividad deportiva: Acto de ejercitarse físicamente.
9. Acude alguna actividad recreativa: Actividades que producen distracción.
10. ¿Ha tenido incapacidades en el último año?: Inasistencia al trabajo en un tiempo determinado
11. Ansiedad: Temor de un individuo ante un peligro real o imaginario, con base en la aplicación de los cuestionarios beck para depresión y ansiedad.
12. Depresión: Disminución del tono afectivo y autoestima, con base en la aplicación de los cuestionarios beck para depresión y ansiedad.
13. Calidad de vida Relacionada con la salud: La relación de la salud y la enfermedad en la calidad de vida, con base en la aplicación de las viñetas COOP-WONCA para calidad de vida relacionada a la salud.

Diseño estadístico

1. ¿Cuál es el propósito estadístico de la investigación?

- El presente estudio tiene como propósito, proporcionar información acerca de frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes de la C.M.F. Ignacio Chávez, así como su asociación con la calidad de vida de estos.
- 2. ¿Cuántos grupos se investigarán?
 - Un grupo
- 3. ¿Cuántas mediciones se realizarán en las unidades de muestreo?
 - Una medición
- 5. ¿Cómo se realizarán las mediciones?
 - Se realizó una única medición por medio de una encuesta auto aplicada.
- 4. ¿Qué tipos de variables serán medidas?
 - Cualitativa
 - Dependiente
 - Independiente
 - Cuantitativa
 - Independiente
 - Dependiente
- ¿qué escala de medición se utilizará?
 - Viñetas COOP-Wonca para calidad de vida relacionada a la salud
 - Escala de Beck para depresión y ansiedad
- 5. ¿Qué tipo de muestra es la que se investigará?
 - Según su aleatoriedad: No aleatoria
 - Según su representatividad: NO Representativa
 - 120
 - Confianza: 90
 - Precisión o error: 10
 - Variabilidad: 0.7

Instrumentos de recolección de datos

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja
22–35 - Ansiedad moderada
más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.³⁹

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad.

En cuanto a depresión se aplicó el inventario de Depresión de Beck el cual es una herramienta útil y validada para población mexicana, es un instrumento que mide la presencia y gravedad de sintomatología depresiva autoinformada en adultos a través de 21 reactivos con una escala tipo Likert que va de 0 a 3 en función de la intensidad de cada síntoma. El instrumento refleja los criterios diagnósticos para depresión mayor establecidos en los manuales diagnósticos más utilizados en psiquiatría.

Se clasifica de la siguiente manera de acuerdo con el puntaje obtenido:

0-13 “mínima”

14-19 “leve”

20-28 “moderada”

29-63 “Grave”⁴⁰

En cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud se utilizó las viñetas del cuestionario coop-wonca ya que está diseñado y validado para su uso dentro de la consulta médica, se puede aseverar que dicho cuestionario es rentable para establecer percepción de calidad de vida, teniendo en cuenta su fácil administración y las adecuadas propiedades de fiabilidad y validez que presenta.³⁴

Las viñetas COOP/WONCA para determinar calidad de vida relacionada a la salud. su versión actual el instrumento abarca un total de 7 láminas. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud en las últimas dos semanas y cinco posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un grado de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de 5 niveles. Las puntuaciones más altas expresan peores grados de calidad de vida.

Cada lámina representa una dimensión de la calidad de vida. La puntuación de cada una de

las láminas permiten una interpretación directa en las dimensiones estudiadas. La validación de

este cuestionario en la población española fue llevado a cabo por L. Lizán Tudela y Reig Ferrer.⁴⁶

Método de recolección de los datos

La información se obtuvo mediante la aplicación de cuestionario cerrado auto aplicado.

Previa firma de consentimiento informado, se empleó un cuestionario auto aplicado en donde se especifican los datos obtenidos de los participantes en el estudio: sexo, edad, estado civil, religión, si padece alguna enfermedad crónica, antecedentes familiares de ansiedad y depresión, si realiza alguna actividad

deportiva, si realiza alguna actividad recreativa y se ha incapacitado en el último año, seguida de las viñetas COOP/WONCA para determinar calidad de vida, posteriormente el inventario de Beck para la determinación de la ansiedad y el inventario de Beck para la determinación de depresión.

Maniobras para evitar y/o controlar sesgos

Sesgo de selección:

- Se reconoce que hubo sesgo de selección ya que la muestra fue no aleatoria.

Sesgo de Información:

- Con el objetivo de evitar este sesgo se utilizó un consentimiento informado voluntario y se contestaron los cuestionarios de forma anónima.

Sesgo de análisis e interpretación

- Se aplicaron las pruebas estadísticas tomando en cuenta sus supuestos teóricos, se especificaron claramente las variables, las preguntas tendrán definición conceptual y operativa clara.

Diseño y construcción de la base de datos

Diseño y construcción de la base de datos

Nombre de la variable (ocho o más caracteres)	Tipo N= Numérico S = Cadena o alfanumérico (nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo de la variable	Valores que toma la variable Códigos	Escala de medición S = Continua O = Escalar N = Ordinal N = Nominal
		enteros	decimales			
1. Folio	N	3	0	Número de folio	Número consecutivo	S
2. Sexo	N	3	0	Sexo	1. Masculino 2. Feminino	
3. Edad	N	3	0	Edad	Edad en años cumplidos	S
4. Edo_civil	N	3	0	Estado civil	1. Casado(a) 2. Soltero(a) 3. Unión Libre 4. Viudo(a) 5. Divorciado(a)	N
5. No_Hijos	N	3	0	Número de hijos	1. Ninguno 2. 1 a 2 3. 3 o más	N

6. Religión	N	3	0	Religión	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Otra 5. Ninguna	N
7.AHF	N	3	0	Antecedentes Heredofamiliares	0: Nunca 1: Una vez al mes o menos 2: Algunas veces al mes o menos 3: Una vez a la semana 4: Varias veces a la semana 5: Todos los días	N
8. ECD	N	3	0	Enfermedades Crónico-degenerativas	1. DM 2. HAS 3. Otra 4. Ninguna	N
9. Recreación	N	3	0	Acude alguna actividad recreativa (Juegos de mesa, bolos, tenis, videojuegos, cine, viaje, etc.)	0: Nunca 1: Una vez al mes o menos 2: Algunas veces al mes o menos 3: Una vez a la semana 4: Varias veces a la semana 5: Todos los días	N

10. Incapacidad	N	3	0	¿Ha tenido incapacidades durante el último año? (Incapacidad temporal para el trabajo o licencia médica)	0: Nunca 1: Alguna vez al año o menos 2: Una vez al mes o menos 3: Algunas veces al mes o menos 4: Una vez a la semana 5: Varias veces a la semana 6: Todos los días 7. No aplica	N
11. Ansiedad	N	3	0	Ansiedad	1. 0-7 "mínima" 2. 8-15 "leve" 3. 16-25 "moderada" 4. 26-63 "severa"	N
12. Depresión	N	3	0	Depresión	1. 0-13 "mínima" 2. 14-19 "leve" 3. 20-28 "moderada" 4. 29-63 "Grave"	N
13. CDV	N	3	0	Calidad de vida	1. 0-10 2. 11-20 3. 21-30 4. >30	N
14. Beck Ansiedad 1	N	3	0	Beck Ansiedad 1	1. 0-7 "mínima" 2. 8-15 "leve" 3. 16-25 "moderada" 4. 26-63 "severa"	N

15. BeckDepresi ón1	N	3	0	BeckDepre sion1	1. 0-13 "mínima" 2. 14-19 "leve" 3. 20-28 "moderada" 4. 29-63 "Grave"	N
16.CoopWon ca1	N	3	0	Calidad de vida	1. 0-10 2. 11-20 3. 21-30 4. >30	N

Procedimientos estadísticos

Estudio de corte transversal donde se aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y las viñetas de COOP/WONCA para Calidad de Vida Relacionada con la Salud a 120 pacientes de 30 a 59 años de la C.M.F. Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Para contrastar las hipótesis planteadas: Estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Estadística inferencial: Pruebas no paramétricas variables cualitativas en escala ordinal, prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar normalidad y coeficiente de correlación Rho de Spearman para determinar correlación.

Se utilizó el Programa estadístico SPSS.

Análisis estadístico de los datos

Se analizó Análisis y procesamiento estadístico de los datos en el programa SPSS

Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

Recursos humanos:

- Dra. Catherine Aguilar Delgado: Residente de la especialidad de Medicina Familiar
- Dra. Dulce Adelaida Rivera Ávila: Asesora Metodológica de Tesis
- Pacientes seleccionados que cubran los criterios de inclusión.

Recursos materiales:

- Bolígrafos
- Copias de hojas de la ficha sociodemográfica
- Copias de hojas con las viñetas de calidad de vida relacionada a la salud COOP-WONCA
- Copias de hojas del inventario de Beck para depresión
- Copias de hojas del inventario de Beck para ansiedad

Recursos físicos y tecnológicos:

- Salas de espera de la C.M.F. Ignacio Chávez
- Laptop
- Programa SPSS
- Programa Office Word
- Programa Office Excel

Financiamiento:

- Los gastos de dicha investigación corrieron a cargo de la propia investigadora

Consideraciones éticas

Este trabajo se fundamentó desde el punto de vista ético en: La Constitución Política de los Estados Mexicanos, Art, 4, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

Declaración de Helsinki:

Este estudio se desarrolló de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki en los siguientes capítulos y numerales:

- Requisitos científicos y protocolos de investigación
- Privacidad y confidencialidad
- Consentimiento informado

Ley General de Salud:

Este estudio se desarrolló de acuerdo con los principios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud de México en los siguientes capítulos y/o numerales En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado en el diario oficial de la nación (referido a los estudios considerados sin riesgos, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación en los que no se aplica ninguna intervención para la modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, entre los instrumentos que se emplean son cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes entre otros). Cumpliendo con los criterios de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, se podrá dispensar del consentimiento informado al tratarse de un estudio sin riesgo, otorgándose solo que a petición del paciente este lo solicite.

- TITULO SEGUNDO:
 - CAPITULO 13: I; II
 - CAPITULO 15: I

- CAPITULO 17: Riego tipo I que se refiere a investigación sin riesgo ya que se empleó un cuestionario.
- TITULO TERCERO: CAPITULO I; III
- TITULO 6TO CAPITULO UNICO

Así mismo, será sancionado por el respectivo Comité de Ética en Investigación y cuenta con registro en la plataforma institucional.

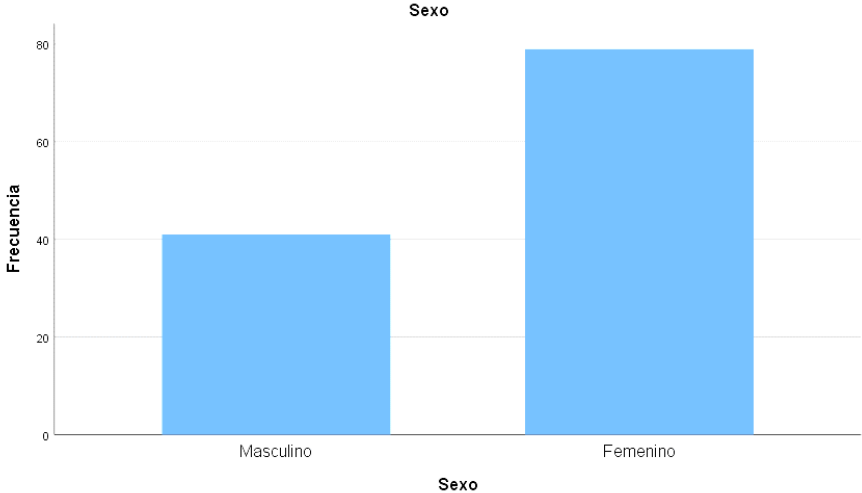
Resultados

Para la realización de este protocolo se encuestaron a 120 pacientes durante el turno matutino y vespertino. De los cuales 79 (65.8%) fueron mujeres y 41 (34.2%) fueron hombres. El promedio de edad de los participantes fue de 46.28. Para el estado civil la mayor prevalencia fue ser casado con 63 pacientes (52.5%), seguido de soltero con 34 pacientes (28.3%). En cuanto al número de hijos la mayoría respondió tener 1-2 hijos con un 56.7% lo que corresponde a 68 encuestados. Con relación a la religión la mayoría respondió que practicaban la religión católica con un porcentaje de 74.2 lo que corresponde a 89 personas, seguido de religión cristiana con 18 personas (15%), otra religión 7 personas (5.8%) y no practicar ninguna religión 6 personas (5%). Las características sociodemográficas de la población de estudio encuentran en las gráficas 1 a 6 y tabla 1.

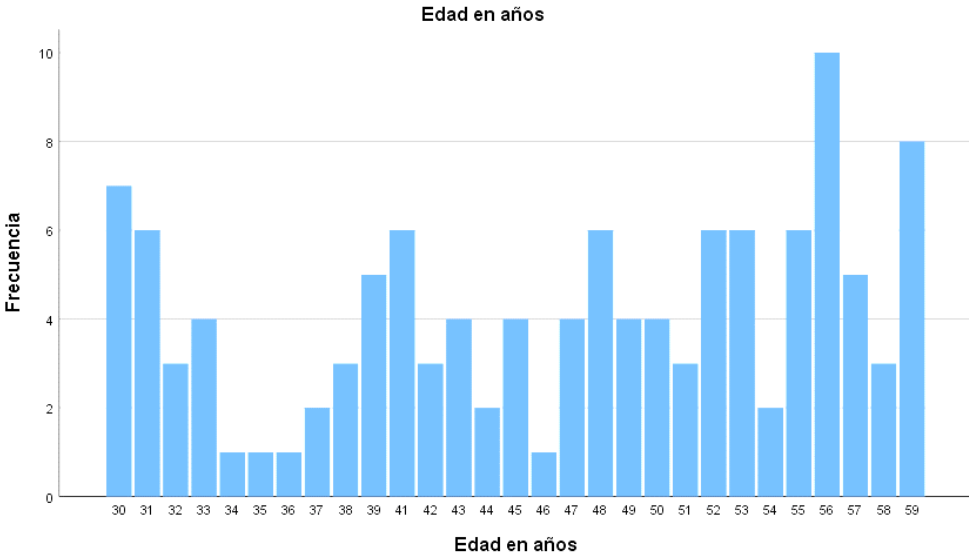
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Masculino	41	34.2	34.2
Femenino	79	65.8	100
EDAD POR GRUPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
30-35	22	18.3	18.3
36-40	11	9.2	27.5
41-45	19	15.8	43.3
46-50	19	15.8	59.2
51-55	23	19.2	78.3
>55	26	21.7	100.0
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Casado	63	52.5	52.5
Soltero	34	28.3	80.8
Unión libre	14	11.7	92.5
Viudo	2	1.7	94.2
Divorciado	7	5.8	100.0
NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Ninguno	32	26.7	26.7
1-2	68	56.7	83.3
>3	20	16.7	100
RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Católica	89	74.2	74.2
Cristiana	18	15.0	89.2
Otra	7	5.8	95.0
Ninguna	6	5.0	100.0

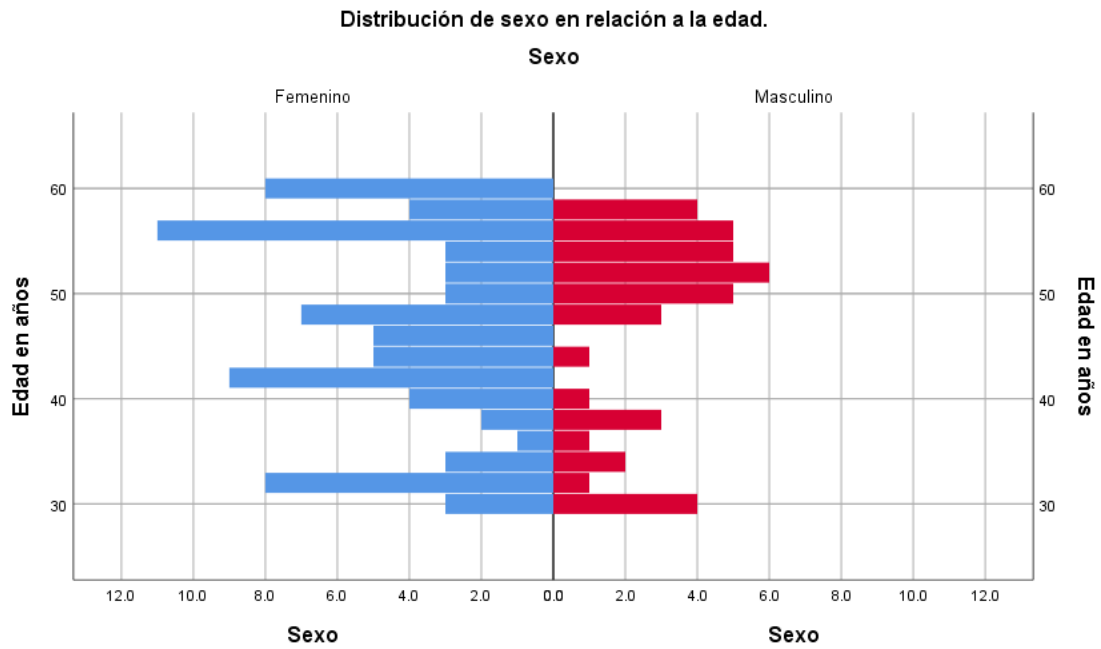
Gráfica 1. Sexo



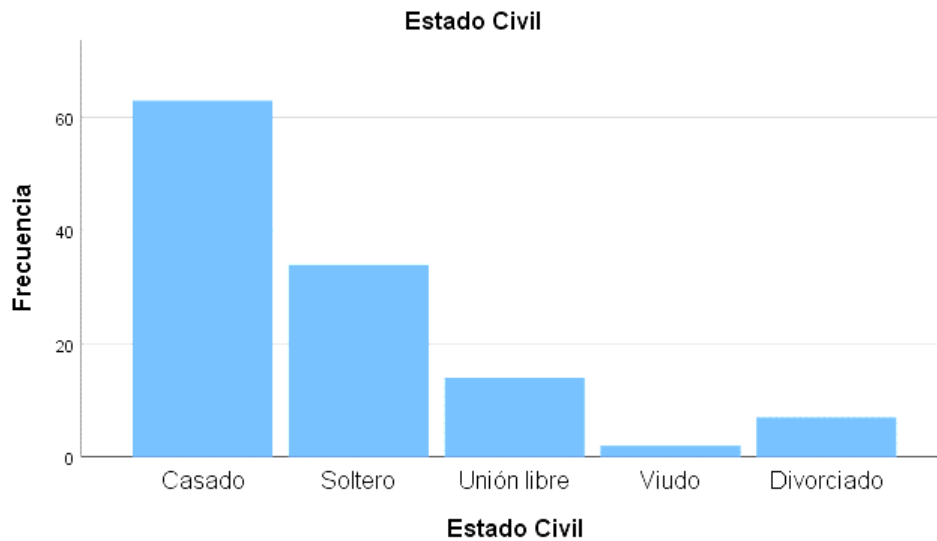
Gráfica 2. Edad En Años



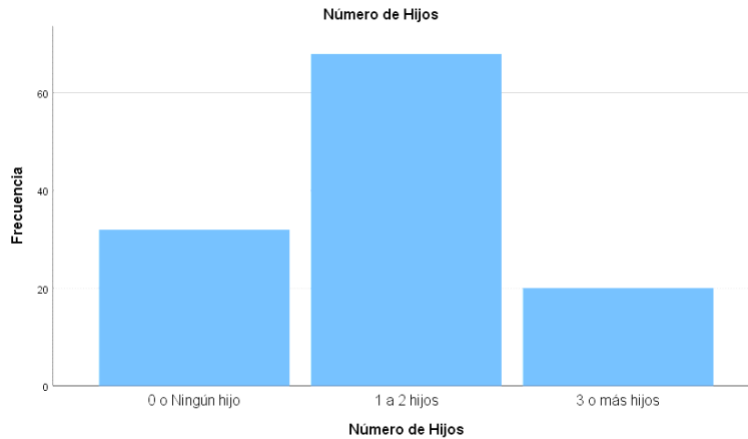
Grafica 3. Distribución del sexo en relación a la edad.



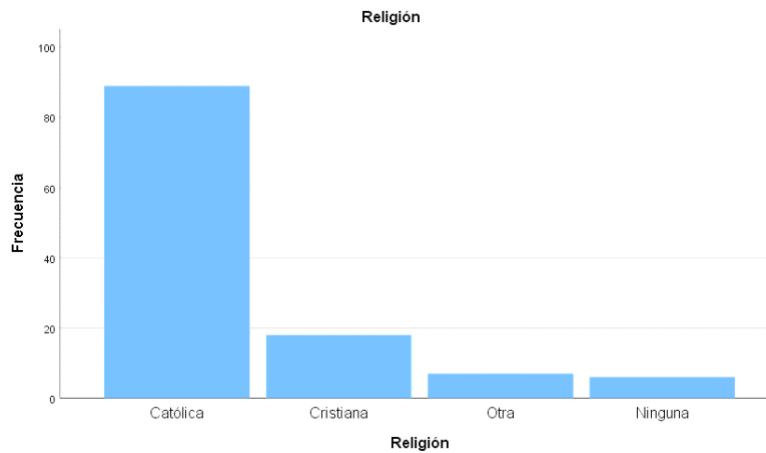
Grafica 4. Estado Civil



Grafica 5. Numero De Hijos



Gráfica 6. Religión



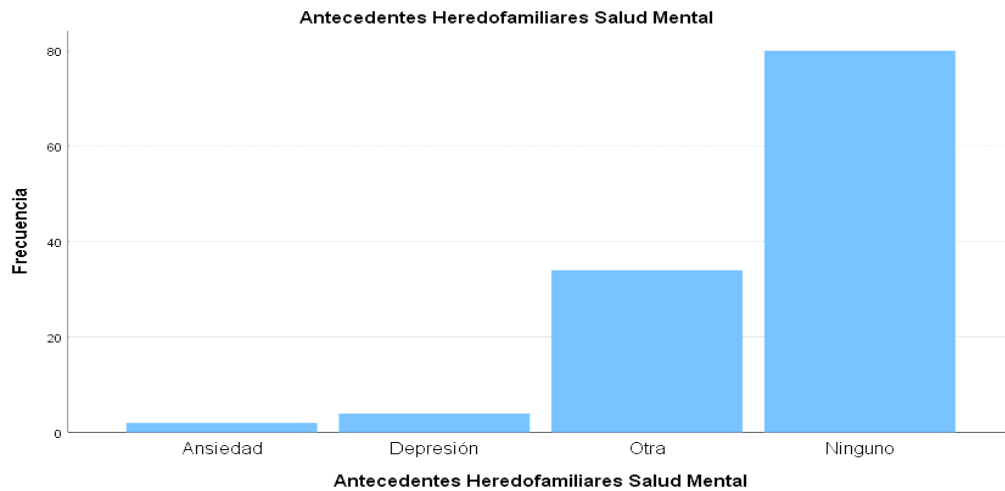
En cuanto a los antecedentes familiares de ansiedad y depresión se observa que en el 66.7% no existe antecedente de alguna de estas patologías. Únicamente el 3.3% de los encuestados refirió tener antecedente heredofamiliar de depresión y el 1.7% antecedente heredofamiliar de ansiedad. por otro lado, Con relación a si padecen alguna enfermedad crónica el 68.3% no padece ninguna enfermedad y únicamente el 3.3% refirió padecer ansiedad. Las características de salud de la población de estudio se presentan en la gráfica 7,8 y tabla 2.

Tabla 2. Características de salud de la población de estudio.

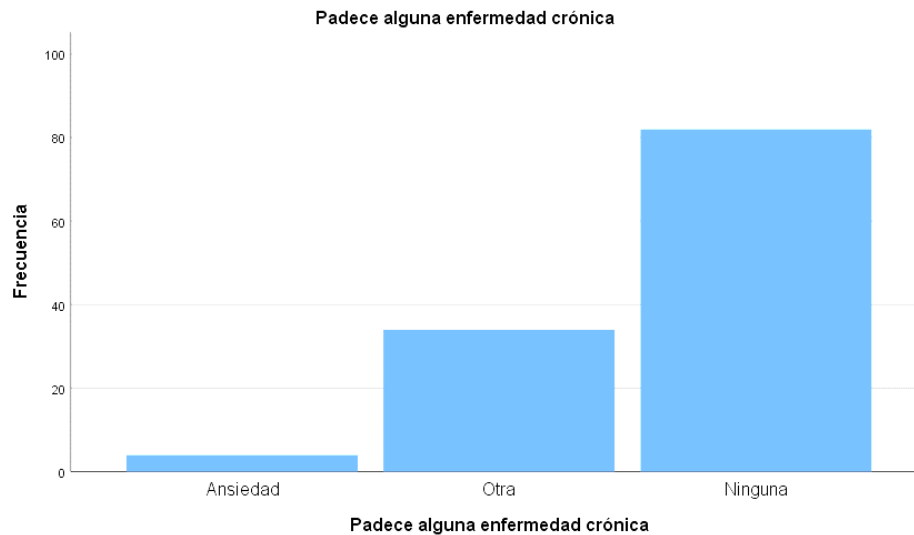
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES SALUD MENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Ansiedad	2	1.7	1.7
Depresión	4	3.3	5.0
Otra	34	28.3	33.3
Ninguno	80	66.7	100.0
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Depresión	0	0	0
Ansiedad	4	3.3	3.3
Otra	34	28.3	31.7

Ninguno	82	68.3	100.0
---------	----	------	-------

Gráfica 7. Antecedentes Familiares de Ansiedad Y Depresión



Gráfica 8. Enfermedades Crónicas



En cuanto a la frecuencia en la que han requerido de licencia medica el 31.7% ha hecho uso una vez al año de incapacidad en el ultimo año, en el 17.5% de la población encuestada no son trabajadores y mas del 50% nunca ha requerido una licencia médica. Dicha información se encuentra en la gráfica 11 y tabla 3.

Tabla 3. Características del estilo de vida de la población encuestada.

FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Nunca	51	42.5	42.5
Una vez al mes o menos	53	44.2	86.7
Más de una vez al mes	8	6.7	93.3
Una vez a la semana	5	4.2	97.5
Varias veces a la semana	2	1.7	99.2
Diario	1	.8	100.0
FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD RECREATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Nunca	34	28.3	28.3
Una vez al mes o menos	74	61.7	90.0
Más de una vez al mes	11	9.2	99.2
Varias veces a la semana	1	.8	100.0

LICENCIAS MEDICAS EN EL ÚLTIMO AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Nunca	61	50.8	50.8
Alguna vez al año	38	31.7	82.5
No aplica	21	17.5	100.0

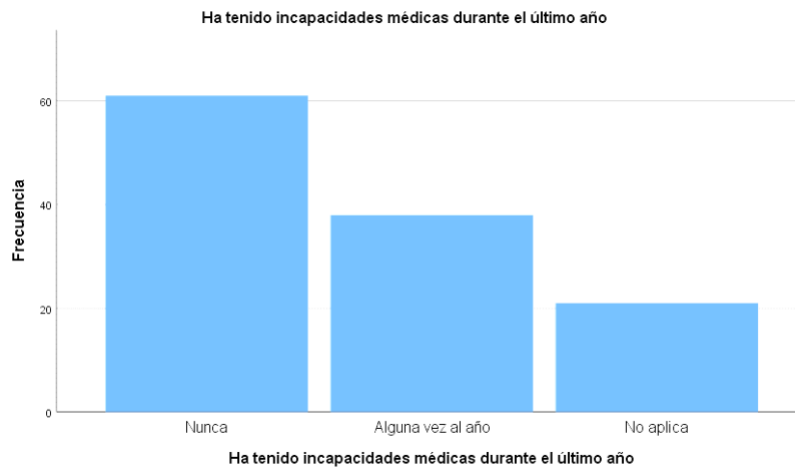
Gráfica 9. Realiza Alguna Actividad Deportiva



Gráfica 10. Realiza Alguna Actividad Recreativa



Gráfica 11. Ha Tenido Alguna Licencia Médica En El Último Año



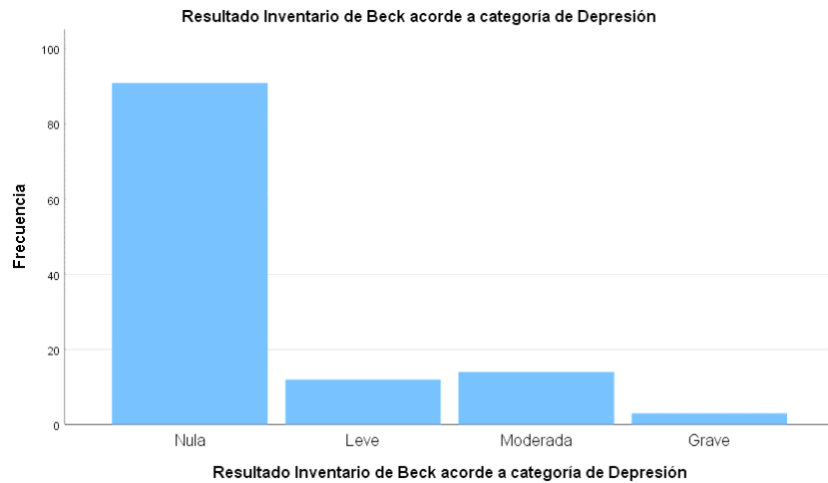
Con relación a los resultados de ansiedad del total de la población de estudio el 71.7 % no presentaba ansiedad y el 28.3% presentaba ansiedad en algún grado, De éstos únicamente el 1.7% presentaba ansiedad severa (2 pacientes). Estos resultados se encuentran en la gráfica 12.

Gráfica 12. Ansiedad



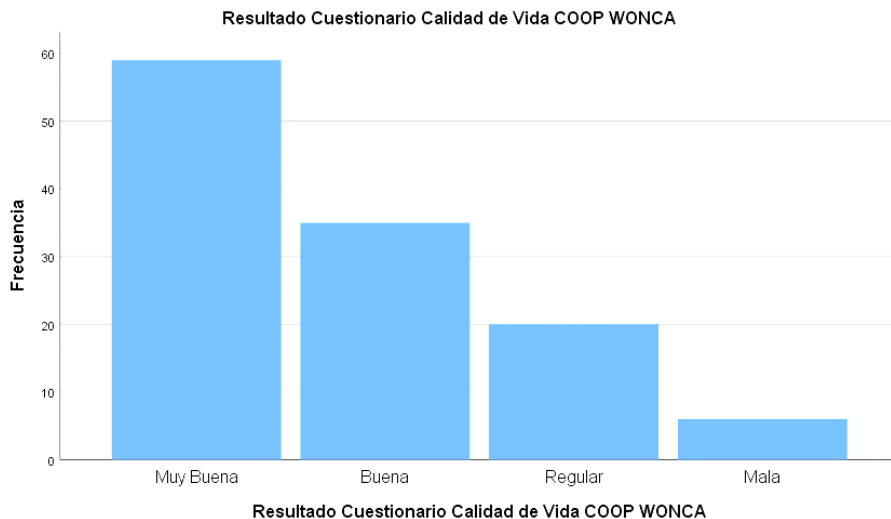
Con relación a los resultados de depresión del total de la población encuestada el 75.8% no presentaba depresión Y el 24.3% presentaba depresión en algún grado y únicamente el 2.5% presentaba depresión grave lo que correspondía a 3 pacientes. Estos resultados se encuentran en la gráfica 13.

Gráfica 13. Depresión



En cuanto a los resultados de calidad de vida relacionada a la salud del total de la población de estudio el 78% no presentó afectación en su calidad de vida relacionada a la salud y el 21.6% presentaba afectación en su calidad de vida relacionada a la salud y de estos únicamente el 5% presentó mala calidad de vida relacionada a la salud, lo que correspondió a 6 pacientes. Por otro lado si lo analizamos por el puntaje total que obtuvieron el 23.3% obtuvieron 7 puntos, el 17.5% 8 puntos, 11.7% 9 puntos y 13.3 % 10 puntos, de esta manera la mayoría de los encuestados obtuvo un puntaje entre 7 y 10 puntos. Estos resultados se encuentran en la gráfica 14,15 y la tabla 4.

Gráfica 13. Calidad De Vida



Gráfica 14. Calidad De Vida

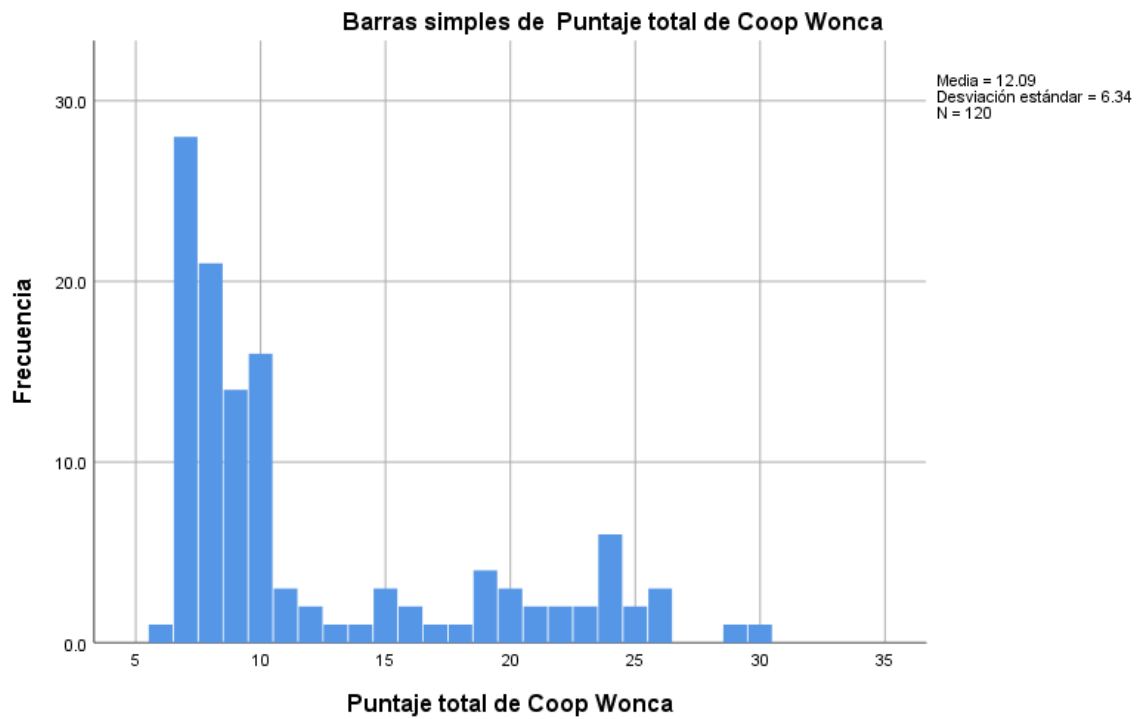


Tabla 4. Puntaje total del cuestionario Coop Wonca

PUNTAJE TOTAL DE COOP WONCA				
PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
6	1	.8	.8	.8
7	28	23.3	23.3	24.2
8	21	17.5	17.5	41.7
9	14	11.7	11.7	53.3
10	16	13.3	13.3	66.7
11	3	2.5	2.5	69.2
12	2	1.7	1.7	70.8
13	1	.8	.8	71.7
14	1	.8	.8	72.5
15	3	2.5	2.5	75.0
16	2	1.7	1.7	76.7
17	1	.8	.8	77.5
18	1	.8	.8	78.3
19	4	3.3	3.3	81.7
20	3	2.5	2.5	84.2
21	2	1.7	1.7	85.8
22	2	1.7	1.7	87.5
23	2	1.7	1.7	89.2
24	6	5.0	5.0	94.2
25	2	1.7	1.7	95.8
26	3	2.5	2.5	98.3
29	1	.8	.8	99.2
30	1	.8	.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

Tabla 5. Resultados de prevalencia de depresión, ansiedad y calidad de vida.

ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Nula	86	71.7	71.7
Leve	17	14.2	85.8
Moderada	15	12.5	98.3
Severa	2	1.7	100.0
DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Nula	91	75.8	75.8
Leve	12	10.0	85.8
Moderada	14	11.7	97.5
Grave	3	2.5	100.0
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Muy Buena	59	49.2	49.2
Buena	35	29.2	78.3
Regular	20	16.7	95.0
Mala	6	5.0	100.0

Estadística inferencial

Para la correlación de variables se realizó la prueba de normalidad a través de kolmogorov-smirnov y shapiro wilk. Se decide usar kolmogorov-smirnov dado que la muestra es superior a 50 personas.

Tabla 6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
		o	gl	Sig.	o	gl	Sig.
Puntaje	total	.208	120	.000	.797	120	.000
Inventario de Beck							
Puntaje	Total	.304	120	.000	.726	120	.000
Inventario	Beck						
Depresión							

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 7. Prueba de Kolmogorov-Smirnov Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA
N		120
Parámetros normales ^{a,b}	Media	.78
	Desv. Desviación	.902
Máximas diferencias extremas	Absoluto	.296
	Positivo	.296

	Negativo	-.195
Estadístico de prueba		.296
Sig. asintótica(bilateral)		.000 ^c
a. La distribución de prueba es normal.		
b. Se calcula a partir de datos.		
c. Corrección de significación de Lilliefors.		

Misma que resultó con una P menor de 0.05, por lo que se determina que la distribución de los datos fue libre, para las variables:

- a) Puntajes de los instrumentos para determinar calidad de vida relacionada a la salud con base en las viñetas Coop Wonka
- b) Puntajes de los instrumentos inventario de beck para depresión y ansiedad

Relación de calidad de vida y depresión

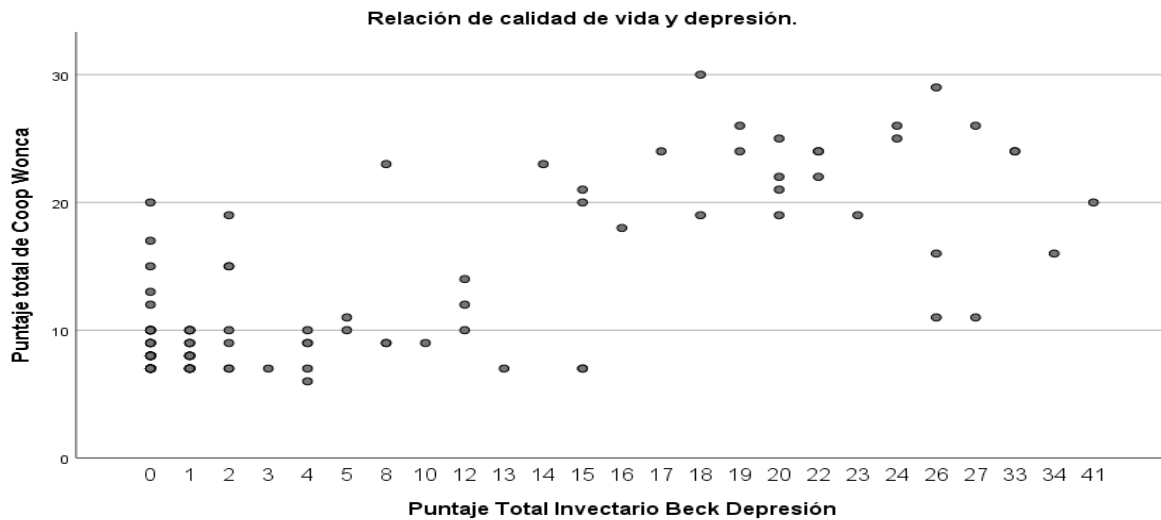
Derivado de que son variables estadísticas cuantitativas se eligió la prueba de Spearman para buscar la correlación entre el puntaje obtenido en el instrumento para calidad de vida relacionada a la salud (Coop Wonca) y el instrumento para depresión (inventario de Beck), obteniendo un coeficiente de correlación Rho de Spearman 0.565 que se interpreta como una correlación fuerte estadísticamente significativa que resulta de la asociación entre estas dos entidades en el mismo sujeto. Así mismo en la gráfica 15 podemos observar que a mayor puntaje en el cuestionario de Beck que se traduce en mayor grado de depresión se presenta mayor puntaje en las viñetas Coop Wonca lo que se traduce en peor calidad de vida relacionada a la salud. Estos resultados se encuentran en la tabla 7 y 8.

Tabla 8. Relación de calidad de vida y depresión.

Correlaciones				Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA	Puntaje Total Inventario Beck Depresión
Rho	de Resultado	Coefficiente	de	1.000	.565**
Spearman	Cuestionario	Calidad	correlación		
	de Vida	COOP	Sig. (bilateral)	.	.000
	WONCA		N	120	120
	Puntaje	Total	Coefficiente	de .565**	1.000
	Inventario	Beck	correlación		
	Depresión		Sig. (bilateral)	.000	.
			N	120	120

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Grafica 15. Relación de calidad de vida con depresión.



Al analizar la correlación entre el puntaje obtenido en el instrumento para calidad de vida relacionada a la salud (Coop Wonca) y el instrumento para ansiedad (inventario de Beck) en función de sexo se identifica mayor correlación en el sexo masculino y en sujetos divorciados, como se observa en las tablas 9 y 10, así como en la gráfica 16.

Tabla 9. Relación calidad de vida y ansiedad en función del sexo.

Correlaciones					Resultado Cuestionario de Calidad de Vida COOP WONCA	Puntaje total Inventario de Beck
	Sexo					
Rho de Spearman	Masculino	Resultado	Coeficiente	de	1.000	.669**
		Cuestionario	correlación			
		Calidad de Vida	Sig. (bilateral)		.	.000
	COOP WONCA	N		41	41	
	Puntaje total	Coeficiente	de	.669**	1.000	
	Inventario de Beck	correlación				
			Sig. (bilateral)		.000	.
			N		41	41
Femenino	Masculino	Resultado	Coeficiente	de	1.000	.594**
		Cuestionario	correlación			
		Calidad de Vida	Sig. (bilateral)		.	.000
	COOP WONCA	N		79	79	
	Puntaje total	Coeficiente	de	.594**	1.000	
	Inventario de Beck	correlación				
			Sig. (bilateral)		.000	.
			N		79	79

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 10. Relación calidad de vida y ansiedad en función del estado civil.

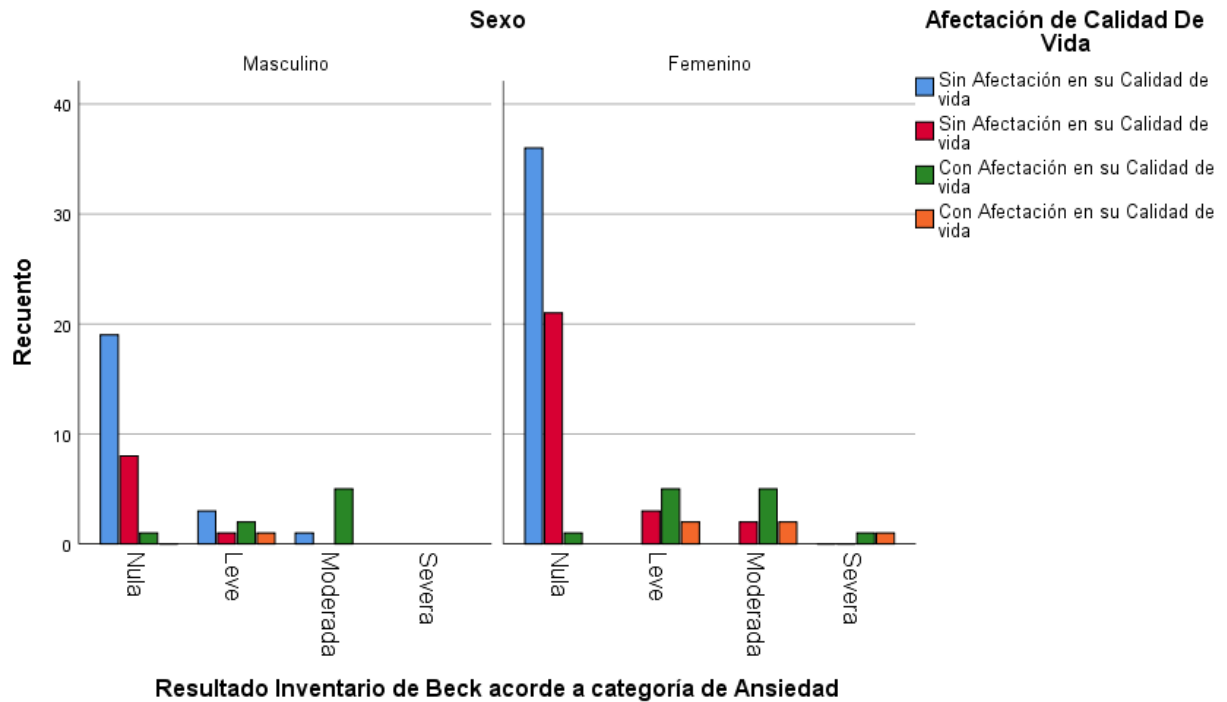
Estado Civil		Rho Spearman	de Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA	Puntaje total Inventario de Beck	Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA	Puntaje total Inventario de Beck
Casado	Rho Spearman	de Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA	Coeficiente de correlación	de	1.000	.668**
			Sig. (bilateral)	.	.000	
			N	63	63	
			Coeficiente de correlación	de	.668**	1.000
			Sig. (bilateral)	.000	.	
			N	63	63	
Soltero	Rho Spearman	de Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA	Coeficiente de correlación	de	1.000	.419*
			Sig. (bilateral)	.	.014	
			N	34	34	
			Coeficiente de correlación	de	.419*	1.000
			Sig. (bilateral)	.014	.	
			N	34	34	
Unión libre	Rho Spearman	de Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA	Coeficiente de correlación	de	1.000	.657*
			Sig. (bilateral)	.	.011	
			N	14	14	

			Puntaje total	Coeficiente de correlación	.657*	1.000
				Sig. (bilateral)	.011	.
				N	14	14
Viudo	Rho Spearman	de Resultado Cuestionario		Coeficiente de correlación	1.000	-1.000
		Calidad de Vida		Sig. (bilateral)	.	.
		COOP WONCA		N	2	2
			Puntaje total	Coeficiente de correlación	-1.000**	1.000
				Sig. (bilateral)	.	.
				N	2	2
Divorcio	Rho Spearman	de Resultado Cuestionario		Coeficiente de correlación	1.000	.874*
		Calidad de Vida		Sig. (bilateral)	.	.010
		COOP WONCA		N	7	7
			Puntaje total	Coeficiente de correlación	.874*	1.000
				Sig. (bilateral)	.010	.
				N	7	7

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Gráfica 16. Relación calidad de vida y ansiedad en función del sexo.



De manera similar se encontró relación fuerte estadísticamente significativa entre el puntaje obtenido en el instrumento para calidad de vida relacionada a la salud (Coop Wonca) y el puntaje obtenido a través del instrumento para depresión (inventario de Beck) en mayor medida en el sexo masculino y en sujetos divorciados, como se puede observar en la tabla 11 y 12, así como en la gráfica 17 y 18.

Tabla 11. Relación calidad de vida y depresión en función del sexo.

Correlaciones				Resultado Cuestionario de Calidad de Vida COOP WONCA	Puntaje total Inventario de Beck
Rho de Spearman	Masculi no	Resultado	Coefficiente	de 1.000	.669**
		Cuestionario	correlación		
		Calidad de Vida	Sig. (bilateral)	.	.000
		COOP WONCA	N	41	41
		Puntaje total	Coefficiente	de .669**	1.000
		Inventario de Beck	correlación		
			Sig. (bilateral)	.000	.
			N	41	41
	Femeni no	Resultado	Coefficiente	de 1.000	.594**
		Cuestionario	correlación		
		Calidad de Vida	Sig. (bilateral)	.	.000
		COOP WONCA	N	79	79
Puntaje total		Coefficiente	de .594**	1.000	
Inventario de Beck		correlación			
		Sig. (bilateral)	.000	.	
		N	79	79	

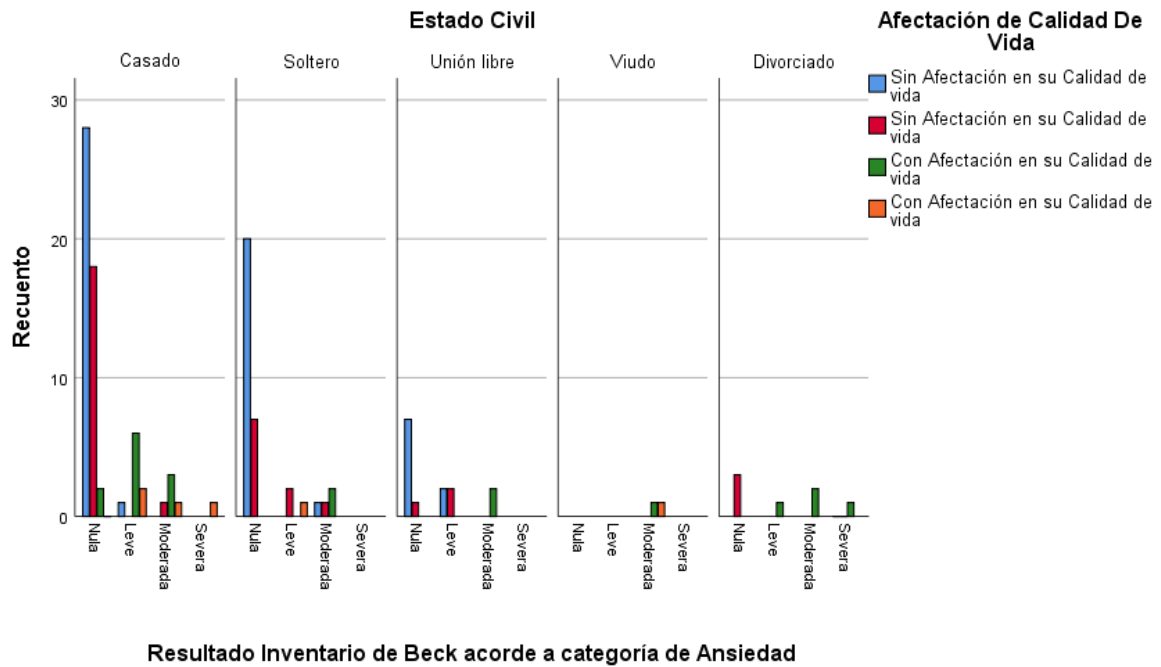
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 12. Relación calidad de vida y depresión en función del estado civil.

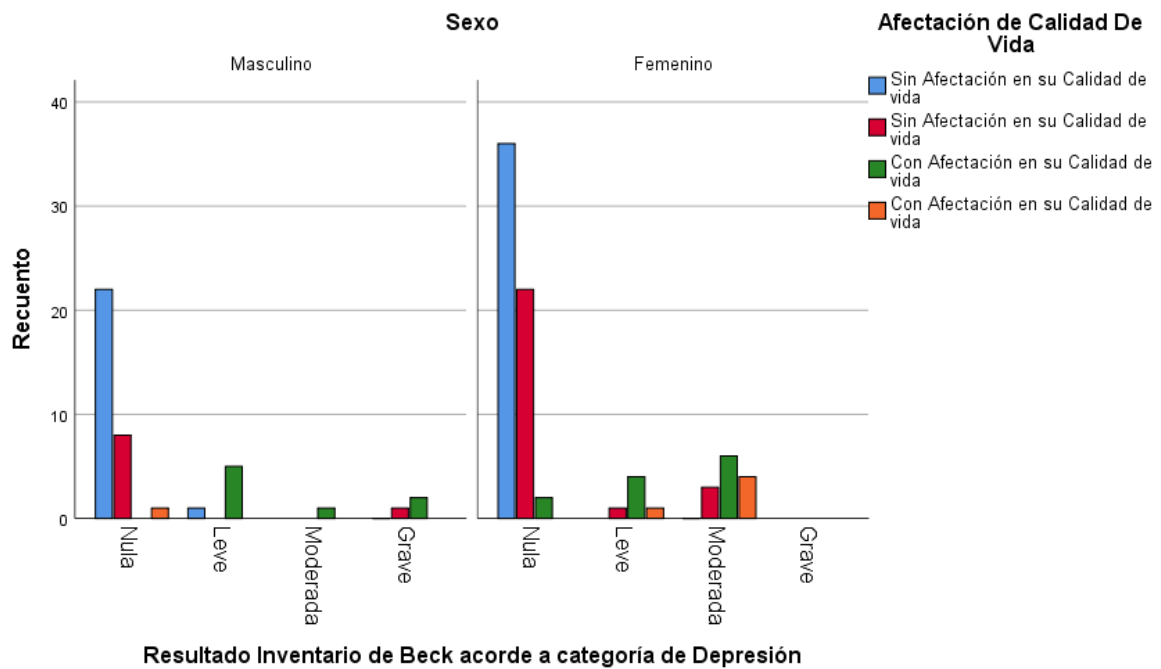
Correlaciones							
					Resultado Cuestionario de Calidad de Vida COOP WONCA	Puntaje total Inventario de Beck	
Rho	de	Masculi	Resultado	Coefficiente	de	1.000	.669**
Spearman		no	Cuestionario	correlación			
			Calidad de Vida	Sig. (bilateral)		.	.000
			COOP WONCA	N		41	41
			Puntaje total	Coefficiente	de	.669**	1.000
			Inventario de Beck	correlación			
				Sig. (bilateral)		.000	.
				N		41	41
		Femeni	Resultado	Coefficiente	de	1.000	.594**
		no	Cuestionario	correlación			
			Calidad de Vida	Sig. (bilateral)		.	.000
			COOP WONCA	N		79	79
			Puntaje total	Coefficiente	de	.594**	1.000
			Inventario de Beck	correlación			
				Sig. (bilateral)		.000	.
				N		79	79

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

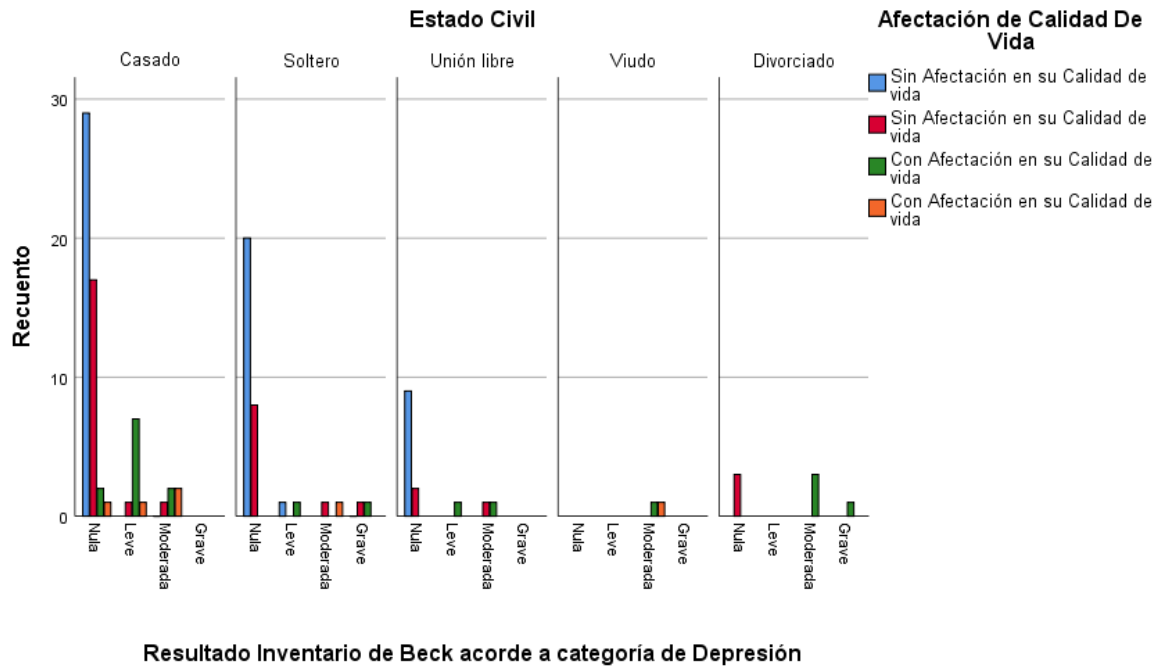
Grafica 17. Relación calidad de vida y ansiedad en función del estado civil.



Grafica 18. Relación calidad de vida y depresión en función del sexo.



Grafica 19. Relación calidad de vida y depresión en función del estado civil.



Al analizar la correlación entre el puntaje obtenido en el instrumento para ansiedad (inventario de Beck) en función del número de licencias médicas se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman 0.565 que se interpreta como una correlación fuerte estadísticamente significativa que resulta de la asociación entre estas dos entidades en el mismo sujeto, como podemos observarlo en la tabla 13 y grafica 20.

Tabla 13. Relación de grado de ansiedad con licencias médicas.

Correlaciones				Resultado Cuestionario Calidad de Vida COOP WONCA	Puntaje Total Inventario Beck Depresión	
Rho	de	Resultado	Coefficiente	de	1.000	.565**
Spearman		Cuestionario	Calidad	de		
		de	Vida	Sig. (bilateral)	.	.000
		WONCA	COOP	N	120	120
		Puntaje	Total	Coefficiente	de	.565**
		Inventario	Beck	de		1.000
		Depresión		Sig. (bilateral)	.000	.
				N	120	120

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

De manera similar se encontró relación fuerte estadísticamente significativa al analizar la correlación entre el grado depresión y el número de licencias médicas como podemos observar en la tabla 14 y grafica 21.

Grafica 20. Relación de grado de ansiedad con licencias médicas.

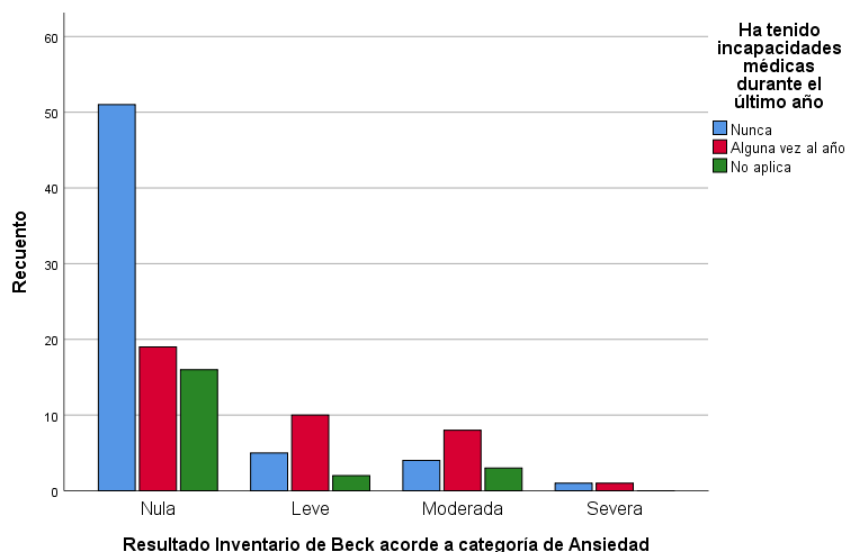
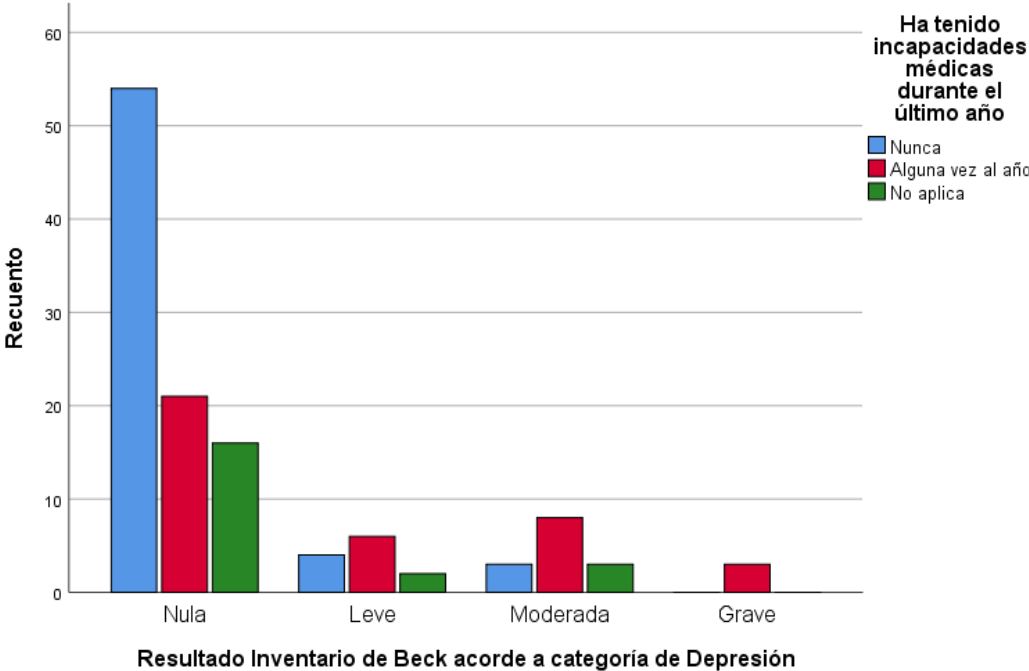


Tabla 14. Relación de grado de depresión con licencias médicas.

Correlaciones				Resultado Cuestionario Calidad de Vida WONCA	Puntaje Total Inventario Beck Depresión
Rho Spearman	de Resultado Cuestionario de Vida WONCA	Coeficiente de correlación	de	1.000	.565**
	de Puntaje Inventario Depresión	Total Coeficiente de correlación	de	.565**	1.000
		Sig. (bilateral)		.	.000
		N		120	120
		Sig. (bilateral)		.000	.
		N		120	120

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Grafica 21. Relación de grado de depresión con licencias médicas.



Discusión

Este estudio se realizó postpandemia COVID19, después de la cuarta ola, según un informe científico publicado en marzo de año 2022 por la Organización Mundial de la Salud, durante el primer año de la pandemia por SARS-CoV-2 la prevalencia de ansiedad y depresión incrementó 25% en todo el mundo. El INEGI en el año 2021 reportó que 19.3% de la población mayor de 18 años tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado, en cuanto a depresión el 15.4 % reportó presentar síntomas de depresión, pero entre las mujeres alcanza 19.5%. Dado el aumento de la prevalencia de dichos trastornos del estado de ánimo, se ha observado su relación con la disminución de la percepción de calidad de vida de los afectados. ^{64,65,66.}

Se han descrito diferentes asociaciones y magnitudes de impacto en la calidad de vida de personas con depresión y ansiedad. En nuestro estudio el promedio de edad de los participantes fue de 46.28 años. Con una mayor prevalencia del sexo femenino, lo cual concuerda con las estadísticas que se reportan a nivel nacional y esto también coincide con el estudio de Gao y col, quienes encontraron una edad media 38.8 años con un predominio del sexo femenino. Para el estado civil la mayor prevalencia fue casado con 52.5%, seguido de soltero con 28.3%. Lo que discrepa del estudio de Gao y col, quienes reportaron 45.5% de solteros y 39.6% de casados. En el estudio de Gao y col, se estudiaron 243 pacientes ambulatorios diagnosticados con trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, se estudió la relación entre la gravedad de la depresión/ansiedad y la calidad de vida. La gravedad de los síntomas de depresión y ansiedad se midió con QIDS-16-SR (el Inventario rápido de sintomatología depresiva de 16 ítems) y Zung-SAS (Escala de ansiedad de autoevaluación de Zung). La calidad de vida se midió con el Q-LES-Q de forma abreviada (Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción). La correlación se evaluó con análisis de regresión. ⁶⁷

En cuanto a los antecedentes familiares de ansiedad y depresión, en este estudio se obtuvo que el 1.7% de los encuestados presentaba antecedentes familiares de ansiedad, 3.3% de depresión y 28.3% otro trastorno mental. Teniendo discrepancia con el estudio de Vázquez y cols realizado en la ciudad de México, en el que 36.4% refirieron presentar antecedentes familiares de algún trastorno mental, lo anterior probablemente es debido a que las enfermedades mentales presentan un claro factor hereditario, se encuentra subdiagnosticado y representan un estigma social lo que podría causar que se niegue dicho antecedente, en dicho estudio se obtuvo relación con significancia estadística entre antecedentes y ansiedad ($p = 0.06$), y antecedentes y depresión ($p = 0.01$).⁶⁸

Con relación a los resultados de ansiedad del total de la población de estudio, el 28.3% presentaba ansiedad en algún grado y el 24.3% presentaba depresión en algún grado, lo cual coincide con el estudio de Teruel y Col, donde se reportó 22.8% de depresión, por otro lado, en el estudio de Gaitán-Rossi y Col, se reportó un porcentaje de 26.84 de ansiedad lo cual coincide con el presente estudio.^{69,70}

En el estudio de Gómez y Cols, realizado en una clínica de primer nivel de atención con el objetivo de determinar los principales trastornos mentales y del comportamiento que se atienden en el Primer Nivel de Atención y el seguimiento durante 4 años (2013-2016) se encontró que los trastornos relacionados a la depresión fueron la segunda causa de consulta con relación a enfermedades mentales con 16%, en particular el de tipo leve con el 14,9%, con un promedio de 3 atenciones anuales.⁸¹

No se encontró en la literatura estudios de prevalencia de ansiedad y depresión en el primer nivel de atención en México.

Con relación a la calidad de vida en el total del grupo del presente estudio el 78% no presentó afectación en su calidad de vida relacionada a la salud y el 21.6% presentaba afectación en su calidad de vida y de estos únicamente el 5% presentó mala calidad de vida. Al analizar la percepción de la calidad de vida en su totalidad, este estudio no obtuvo diferencia significativa con el sexo, a diferencia de otros

autores como en el estudio de Cortés y Cols, donde si se obtuvo diferencia significativa con el sexo.⁷⁹

Al relacionar ansiedad y depresión con calidad de vida, tanto para el total como la mayoría de las dimensiones, en la literatura consultada se encontró un estudio⁸² que describe que la ansiedad disminuye la calidad de vida relacionada a la salud tanto en la dimensión física como en la mental, lo anterior en un estudio realizado en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal con requerimiento de terapia sustitutiva.

En el estudio de Arenas et al.⁷⁵ se informa de que la ansiedad disminuye la calidad de vida relacionada a la salud en la mayoría de las subescalas del COOP-WONCA donde se estudiaron 75 pacientes que se encontraban en hemodiálisis y se utilizaron el inventario de depresión de Beck, la escala de depresión de Hamilton y la escala de ansiedad de Hamilton, para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes se utilizó la versión validada en español de las viñetas COOP-WONCA. En ambos se confirma la misma relación en relación con la depresión y la calidad de vida relacionada a la salud. En los trabajos de Chen et al.⁷⁶, Dogan et al.⁷⁷ y Prejlevic et al.⁷⁸ solo se informa del papel de la depresión como factor de riesgo sobre la baja calidad de vida relacionada a la salud, pero no del de la ansiedad. Seis estudios encuentran que tanto ansiedad como depresión y calidad de vida relacionada a la salud física y mental se relacionan de manera indirecta.
73,77,79,81,82,83

La depresión como ansiedad son las principales variables predictoras de CVRS física y mental (en el caso de la depresión) y mental (en el caso de la ansiedad). Estos mismos resultados son avalados por el estudio de Kallay et al.⁷²

Estudios realizados en nuestro país además apuntan a que estas dos variables psicosociales son las principales responsables de las diferencias en CVRS entre varones y mujeres a favor de los varones.⁷³

Al relacionar ansiedad y depresión con calidad de vida por estado civil se identificó mayor correlación en el sexo masculino y en sujetos divorciados. En la bibliografía no se encontró un estudio que relacione estas variables.

Conclusiones

La presente investigación destaca que las variables ansiedad y depresión afectan negativamente la calidad de vida relacionada a la salud de manera relevante.

Otro hallazgo de interés en relación con las variables psicosociales es que la depresión se conceptualiza como un factor de riesgo de baja calidad de vida relacionada a la salud. Es decir, a mayor sintomatología depresiva, menor percepción de calidad de vida relacionada a la salud.

Una mejora en la salud mental se asocia con una mejor calidad de vida, lo que enfatiza la relevancia del apoyo durante los trastornos.

Se puede concluir que existe correlación estadísticamente significativa entre depresión, ansiedad y percepción de calidad de vida relacionada a la salud, por lo que estas 3 entidades se encuentran relacionadas de manera estrecha.

Recomendaciones

Es importante crear programas destinados a identificar el estado de salud mental de los pacientes durante su primer acercamiento al primer nivel de atención, aunque este no sea el motivo de consulta.

realizar evaluaciones continuas con el fin de identificar depresión y ansiedad para poder otorgar un diagnóstico y tratamiento oportuno, para de esta manera evitar la afectación y deterioro a la calidad de vida de los pacientes.

Referencias

1. Oswaldo Salaverry. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental, 2012. Rev. perú. med. exp. salud publica v.29 n.1
2. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018
3. Federación mundial de la salud mental. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental, 2018. WFMH, 2018
4. Sadock J. Benjamin. 11va edición. España: Ed. LWW, 2015
5. PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud; [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
6. APA. American Psychiatric Association. trastornos del estado del ánimo. Ed. Panamericana. quinta edición, 2014.
7. GPC: Guía de práctica clínica. diagnóstico y tratamiento DEL TRASTORNO DEPRESIVO en el adulto, SEDENA, actualización 2015.
8. Pérez Esparza R. Artículo de revisión [Internet]. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. 2017 [citado 10 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175b.pdf>
9. Agudelo, A., Ante Ch, C., y Torres de G., Y. Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. Rev. CES Psicol. Consultado 9 abril 2020, 21-34.
10. Clínic Barcelona [Internet]. Ansiedad | Causas, Síntomas, Tratamiento | PortalCLÍNICA; [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de->

20. Sarabia-Cobo CM, Díez Saiz Z, San Millán Sierra S, Salado Morales L, Clemente Campo V. Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriatrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. Gerokomos [Internet]. 2016 jun 980 VERSION ON-LINE: ISSN 1028-4818 Multimed. Revista Médica. Granma RPNS-1853 [citado 22 Sep 2021]; 27(2):48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000200003&lng=en.
21. Antonia Raya-Tena M-S-M. Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género. Elsevier. 2021; 53:1–9.
22. Johann M. Vega-Dienstmaier, Oscar Coronado-Molina, Guido Mazzotti. (2019). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr*, 77(5), 1.
23. american physical society. (2021). Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2). <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/patient-health>
24. Margalida Gili, Natalia Bauzá, Margalida Vives, Sergio Moreno, Rosa Magallón, Miquel Roca. (2015). Validación de la versión española de la escala Screening for Somatoform Symptoms-2 para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria. Elsevier: atención primaria, 47(5).
25. Guillén-Díaz-Barriga, C., González-Celis Rangel, A. L. M., Sánchez Cervantes, C. T., & Fernández Vega, M. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (hads) en mexicanos con asma: Confiabilidad y validez. *Psicología Panamericana*, 26(2).
26. del Carmen Terol Rosa Núñez María, de L. Á. P. V. C. M. M.-A. M. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *SciELO*, 33(3).

27. Jonapá Carrillo Víctor Hugo, Rivas Bocanegra María Georgina, Durán García Rosa Ruíz, Balbuena Fernando. (2020). LA DEPRESIÓN, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA DE LAS MUJERES EN CHIAPAS. Salud Publica y Nutrición, 19.
28. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. Psychiatr Serv. 2011;62(2):152-61
29. Trastornos del estado de ánimo: síntomas y tratamiento [Internet]. el farmacéutico. 2021 [citado 24 agosto 2021]. Disponible en: https://www.elfarmacéutico.es/tendencias/te-interesa/trastornos-del-estado-de-animo-sintomas-y-tratamiento_110682_102.html
30. Beneficios del tratamiento de la depresión [Internet]. Medicina personalizada Genómica. 2021 [citado 24 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.medicinapersonalizadagenomica.com/beneficios-del-tratamiento-de-la-depresion/#.YU5M9LhKhPY>
31. Luis Beato Fernández. El tratamiento de la depresión [Internet]. CLIFIS. 2021 [citado 24 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.medicinapersonalizadagenomica.com/beneficios-del-tratamiento-de-la-depresion/#.YU5M9LhKhPY>
32. Segura León JM. Tratamiento de la depresión mayor [Internet]. GuiaSalud.es. 2021 [citado 24 agosto 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-tratamiento/>
33. American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

34. De armas A., S. U. H. I. (2014). Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Revista cubana de reumatología*, XVI(2), 76–89.
35. Aumenta ansiedad en México durante pandemia [Internet]. *La Jornada*. 2021 [citado 24 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/06/08/politica/aumenta-ansiedad-en-mexico-durante-pandemia/>
36. Andrea, F. T. (2019). Prevalencia de Ansiedad y depresión e impacto en la calidad de vida en pacientes mexicanos con Cirrosis Hepática. Universidad Autónoma De México.
37. Alan, F. R. (2019). Asociación entre calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados en el servicio de geriatría. Universidad Autónoma De México.
38. Alonso, A. B. J. (2019). Calidad de vida en pacientes trabajadores con trastorno mixto de ansiedad y depresión de la UMF 05, ciudad Madero Chihuahua. Universidad Autónoma De México.
39. Carlos García Brahm, A. H. P. (2019). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Clínica Las Condes. <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatría/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck#:~:text=El%20Inventario%20de%20Ansiedad%20de,puntuaci%C3%B3n%20entre%200%20y%2063.>
40. Francisco Javier Rosas-Santiago, Víctor Rodríguez-Perez, Rosa Dianeth Hernández-Aguilera. (2020b). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*, 29.
41. M. L. Amoedo, J. J. Egea, I. Millán, M. T. Gil, A. Reig, A. E. Sirvent, E. Moreno, M. D. Arenas. (2012). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la

salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. Revista nefrología, 472.

42. Lizán L, Reig A: Adaptación transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas Coop-Wonca. Aten Primaria24: 75-82,1999.
43. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Uris Sellés J, Crespo Tudela MJ: La versión española del cuestionario de salud Coop-Wonca: estudio de validez aparente. Aten Primaria8 (Supl.1): 374, 1996.
44. Beard, Courtney et al. "Health-related Quality of Life across the anxiety disorders: findings from a sample of primary care patients." Journal of anxiety disorders vol. 24,6 (2010): 559-64. doi:10.1016/j.janxdis.2010.03.015
45. Brenes, G. A. (2007). Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 9(6), 437.
46. Lizan-Tudela L, Reia-Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Aten. Primaria. 2002; 29(6): 378-384.
47. Díez, C. (1990). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En Vallejo, J. y Gastó, C. (Eds.), Trastornos afectivos: ansiedad y depresión (pp. 25-37). Barcelona: Salvat.
48. Ferrer, V. (2008). Las diversas manifestaciones de la violencia de género. En Bosch, E. (Comp.), Violencia de género. Algunas cuestiones básicas (pp. 61-106). Barcelona: Fundación Alcalá.
49. Romero, E. y Orozco, G. (2017). La conducta antisocial delictiva en la adolescencia y las funciones ejecutivas. Ciencia & Futuro, (7)1, pp. 109-131
50. Lindert, J. & Levav, I. (2015). Violence and mental health. Países Bajos: Springer Netherlands.

51. Zona, K. & Milan, S. (2011). Gender differences in the longitudinal impact of exposure to violence on mental health in urban youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 1674-1690.
52. Ricardo Virgen Montelongo Ana Cecilia Lara Zaragoza Gabriela Morales Bonilla Sergio J. Villaseñor Bayardo. (2005). LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 3-6.
53. María Alomoto Mera, Santiago Calero Morales, Mario Rene Vaca García. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 56.
54. del Carmen Quezada-Berúmen Mónica T. González-Ramírez, M. T. J. V.-F. L. (2016). Actividades artístico-recreativas y estrés percibido. *Elsevier*, 2(2), 68-73.
55. Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología: Revista electrónica*, 24, 1-11.
56. Castillo Y, Méndez J. Calidad de Vida. En: Garduño EA. (editor). *Guía de Cuidados Paliativos*. México: Corinter. 2011;87-89.
57. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncol* 1990;4:29-38
58. Siegrist J, Junge A. Conceptual and methological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc Sci Med* 1989;29:463-468.
59. Teva I, Bermúdez M, Hernández J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. *Psicología y Salud* 2004;14:229-235.
60. Baldi G. Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos residentes en la región de Cuyo, Argentina. *Fundamentos en Humanidades* 2010;2:177-192.

61. Aparicio MC. Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y su repercusión psicológica en sus padres. Tesis Doctorado. España. Edit. Universidad Complutense de Madrid. 2003;18
62. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, (2003) 9(2), 09-21.
63. TESTA M. Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med*, Volume 334(13). March 1996, 28, 835-840.
64. Ramírez, K., Valdez, J., Paredes, S., & Valdez-Lafarga, C. (2020, junio). Calidad de vida de pacientes con depresión leve o moderada en México. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 1–15.
65. OMS. (2022). La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20(1).)
66. INEGI, “RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO (ENBIARE) 2021”; INEGI. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
67. Gao K, Su M, Sweet J, Calabrese JR. “Correlation between depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder.” *J Affect Disord*. 2019 Feb 1;244:9-15. (2018)
68. Vázquez-Ramírez, Luis Alberto, and Alberto González-Pedraza Avilés. "Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México." *Atención Familiar* 21.4 (2014): 109-112.

69. Teruel Belismelis, G. M., Gaitán Rossi, P., Leyva Parra, G., & Pérez Hernández, V. H. (2021). Depresión en México en tiempos de pandemia.
70. Gaitán Rossi, Pablo, et al. "Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México." (2021).
71. García-Llana, Helena, et al. "El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura." *Nefrología (Madrid)* 34.5 (2014): 637-657.
72. Kállay E, Pop R, Balazsi. Emotional profile and quality of life in chronic renal failure and renal transplant patients. *Cognition, Brain and Behavior* 2009;8(3):313-28.
73. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología* 2004;24(2):167-77.
74. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto California: Consulting Psychology Press; 1983.
75. Arenas MD, Alvarez-Ude F, Reig-Ferrer A, Zito JP, Gil MT, Carretón MA, et al. Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: the clinical value of COOP-WONCA charts. *J Nephrol* 2007;20(3):304-10.

76. Varela L, Vázquez MI, Bolaños L, Alonso R. Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(1):97-106.
77. Dogan E, Erkok R, Eryonucu B, Sayarlioglu H, Agargun MY. Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. *Ren Fail* 2005;27(6):695-9.
78. Preljevic VT, Hortemo-Østhus TB, Sandvik L, Bringager CB, Opjordsmoen S, Nordhus IH, et al. Psychiatric disorders, body mass index and C-reactive protein in dialysis patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33(5):454-61
79. Cortés RG, Alejo SJ, Moreno NE, Valle MO. El perfil de salud de Nottingham (nph), excelente indicador en la valoración integral del adulto mayor. *Waxapa*. [Internet]. 2015; 7(12): (36-40). [Consultado: 31 enero 2023].
80. Gómez Vásquez, Cristian Ramiro. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en el primer nivel de atención de la Coordinación Zonal 9-Salud. BS thesis. Quito: UCE, 2018.
81. Ramirez SP, Macedo DS, Sales PM, Figueredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2012;72:129-35
82. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, et al. Anxiety disorders in adults treated with hemodialysis: A single center study. *Am J Kidney Dis* 2008;52(1):128-36.
83. Perales-Montilla CM, García-León A, Reyes-del paso A. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología* 2012;32(5):622-30.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 30-59 AÑOS DE LA C.M.F. IGNACIO CHÁVEZ.

Sede donde se realizará el estudio: C.M.F. Dr. Ignacio Chávez

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo evaluar los grados de ansiedad, depresión y calidad de vida en los pacientes de 30-59 años de la C.M.F. Ignacio Chávez.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, calidad de vida, ansiedad y depresión que serán evaluados por medio de una ficha de identificación y dos cuestionarios.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo investigaciones.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado al Dr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto

que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas. Se procedió a firma el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

DATOS PERSONALES

SEXO: 1. Masculino: 2. Femenino:

EDAD:

ESTADO CIVIL

- 1. Casado(a):
- 2. Soltero(a):
- 3. Unión Libre:
- 4. Viudo(a):
- 5. Divorciado(a):

NO. DE HIJOS

- 1. Ninguno:
- 2. 1 a 2:
- 3. 3 o más:

RELIGIÓN

- 1. Católica:
- 2. Cristiana:
- 3. Testigo de Jehová:
- 4. Otra: Especifique cual _____
- 5. Ninguna

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (RELACIONADOS A SALUD MENTAL):

- 1. Ansiedad:
- 2. Depresión:
- 3. Otra: Especifique cual _____
- 4. Ninguna:

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA:

- 1. Ansiedad:
- 2. Depresión:
- 3. Otra: Especifique cual _____
- 4. Ninguna:

REALIZA ACTIVIDADES DEPORTIVAS (cardiovascular, algún deporte, pesas, etc.):

- 0. Nunca 1. Una vez al mes o menos 2. Más de una vez al mes
- 3. Una vez a la semana 4. Varias veces a la semana 5. Diario

ACUDE A ACTIVIDADES RECREATIVAS (Juegos de mesa, bolos, tenis, videojuegos, cine, viaje, etc.):

0. Nunca 1. Una vez al mes o menos 2. Más de una vez al mes
3. Una vez a la semana 4. Varias veces a la semana 5. Diario

¿HA TENIDO INCAPACIDADES DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? (Incapacidad temporal para el trabajo o licencia médica):

0. Nunca 1. alguna vez al año 2. Una vez al mes o menos
3. Más de una vez al mes 4. Una vez a la semana 5. Varias veces a la semana 6.
Diario 7. No aplica

ESCALA BECK PARA ANSIEDAD

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor le corresponda:

0. En absoluto
1. Levemente, no me molesta mucho
2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
3. Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Temblor de piernas				
4. Incapacidad de relajarse				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareo o aturdimiento				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9. Terrores				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de las manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Sobresaltos				
18. Molestias digestivas o abdominales				
19. Palidez				
20. Rubor facial				
21. Sudoración (no debida al calor)				

Total: _____

ESCALA BECK PARA DEPRESIÓN

En este cuestionario aparece en varios grupos de afirmaciones. por favor, lea con atención cada una. a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluso el día de hoy. sí dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento triste<input type="radio"/> Me siento Triste<input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo
2.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro<input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro<input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento fracasado<input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas<input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada
4.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes<input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes<input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción autentica de las cosas<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento especialmente culpable<input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones<input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones<input type="radio"/> Me siento culpable constantemente
6.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado<input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado<input type="radio"/> Espero ser castigado<input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado
7.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo<input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo<input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo<input type="radio"/> Me detesto
8.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me considero peor que cualquier otro<input type="radio"/> Me autocritico por mis debilidades o por mis errores<input type="radio"/> Continuamente me culpo por mis faltas<input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio<input type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería<input type="radio"/> Lloro continuamente<input type="radio"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No lloro más de lo que solía llorar<input type="radio"/> Ahora lloro más que antes<input type="radio"/> Lloro continuamente<input type="radio"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11.	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No estoy más irritado de los normal en mí

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Me molesto o irrito más fácil que antes ○ Me siento irritado continuamente ○ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
12.	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido el interés por los demás ○ Estoy menos interesado en las demás que antes ○ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás ○ He perdido todo el interés por los demás
13.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho ○ Evito tomar decisiones más que antes ○ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes ○ Ya me es imposible tomar decisiones
14.	<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo tener peor aspecto que antes ○ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo ○ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo ○ Creo que tengo un aspecto horrible
15.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajo igual que antes ○ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo ○ Tengo que obligarme mucho para hacer algo ○ No puedo hacer nada en absoluto
16.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como siempre ○ No duermo tan bien como siempre ○ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir ○ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17.	<ul style="list-style-type: none"> ○ No me siento más cansado de lo normal ○ Me canso más fácilmente que antes ○ Me canso en cuanto hago cualquier cosa ○ Estoy demasiado cansado para hacer nada
18.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no ha disminuido ○ No tengo tan buen apetito como antes ○ Ahora tengo mucho menos apetito ○ He perdido completamente el apetito
19.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada ○ He perdido más de 2 kilos y medio ○ He perdido más de 4 kilos ○ He perdido más de 7 kilos ○ Estoy a dieta para adelgazar si / no
20.	<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal ○ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento ○ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más ○ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21.	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he observado ningún cambio reciente en mi interés ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes ○ Estoy mucho menos interesado por el sexo ○ He perdido totalmente mi interés por el sexo

Total: _____

Lea con atención las siguientes viñetas y elija de entre las siguientes opciones la que mejor le corresponda:

Forma física

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑ ++	1
Un poco mejor	↑ +	2
Igual, por el estilo	↔ =	3
Un poco peor	↓ -	4
Mucho peor	↓↓ --	5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud

Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995