

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE 30-70 AÑOS, UNIDAD DE  
SALUD FAMILIAR “CIUDAD MUJER” USULUTÁN, PERIODO, MAYO -  
JUNIO 2022.**

**Presentado por:**

**GLORIA XENIA CASTRO IZQUIERDO.  
FÁTIMA LISETH GARCÍA DE TOBAR.**

**Para optar al grado de:**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**Asesora:**

**DRA. ANA CONCEPCIÓN GUADALUPE POLANCO ANAYA.**

**Ciudad universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, noviembre, 2022.**

## **0AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD**

Rector:

**Msc. Roger Armando Arias.**

Vicerrector Académico:

**PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López**

Vicerrector Administrativo:

**Ing. Juan Rosa Quintanilla**

Secretario General:

**Ing. Francisco Alarcón**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA.**

Decana:

**Msc. Josefina Sibrián de Rodríguez.**

Vicedecano:

**Dr. Saúl Díaz Peña.**

Secretaria:

**Licda. Aura Marina Miranda de Arce.**

Director de Escuela.

**Dr. Rafael Antonio Monterrosa Rogel**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios todopoderoso y la Sma. Virgen María que siempre estuvieron a mi lado en los momentos más difíciles de mi carrera, gracias por todas las bendiciones, las pruebas y dificultades que viví en mi carrera, pero sobre todo por su gran amor incondicional.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra Ana Guadalupe Concepción Polanco Anaya, por haberme acompañado en mi última etapa de la carrera, quien formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que la caracterizan, gracias por permitirme adquirir conocimientos básicos de investigación que serán de utilidad para mi vida profesional.

A mis padres y hermanos que han sido el motor que impulsa mis sueños, sobre todo mi padre que está en el cielo. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy que concluyó mis estudios les dedicó a ustedes este logro como una meta más conquistada.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas. Gracias a todas aquellas personas que durante mi carrera estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Gloria Xenia Castro Izquierdo.

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición me guio durante todos estos años y me concedió la capacidad y sabiduría para poder culminar mis estudios.

A mis padres y hermanos, quienes con su amor, oraciones, consejos, paciencia y esfuerzo, me han permitido llegar a cumplir un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades.

A mi esposo e hija, por su amor y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A la Dra Ana Guadalupe Concepción Polanco Anaya, por haberme acompañado durante la realización de tesis, además de brindarme su amistad.

Finalmente estoy agradecida con todas mis amigas, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día.

Fátima Liseth García de Tobar.

## **RESUMEN**

La ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, pueden modificar la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida.

El objetivo de este estudio fue identificar la presencia de ansiedad y depresión en mujeres entre 30 a 70 años, que consultaron la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer” en Usulután, en el periodo de mayo a junio de 2022. Tomando en cuenta, aquellas pacientes que residieran en el área urbana o rural del municipio de Usulután, que no hubiesen consultado por ansiedad o depresión, y ningún otro trastorno mental o que estén en tratamiento por dicha causa. De esta, forma se excluyeron: los casos de pacientes embarazadas y pacientes con diagnóstico psiquiátrico incluyendo ansiedad y depresión.

Se lograron evaluar 100 pacientes femeninas entre las edades de 30 a 70 años, y utilizando como instrumento el cuestionario DASS 21; el cual es una herramienta diagnóstica, para ser usada por profesionales de salud en el primer nivel de atención. Se realizaron 100 encuestas, en las que se incluyeron datos sociodemográficos como: estado civil, escolaridad, ocupación, e historia de antecedentes de familiares con ansiedad o depresión. Posteriormente el análisis y procesamiento de los datos fueron elaborados a través del Software Jamovi versión 2.2.5 sólido.

En los resultados obtenidos 25% de las pacientes presentó ansiedad, en 9% se encontró depresión; mientras que el 39% de las participantes, mostró ambos trastornos. La edad promedio, en que predominaron estos trastornos, fue de 38 a 39 años. En algunas encuestas epidemiológicas se ha reportado que los trastornos de ansiedad son más comunes que la depresión en adultos. Según el MINSAL los grupos de edad más afectados en depresión son de 25 a 59 años, quedando en evidencia que los resultados se asemejan a lo investigado en la literatura consultada.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, prevalencia, mujeres.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos emocionales y desórdenes psiquiátricos tienen una alta prevalencia en la práctica médica general. La intensidad con la cual se presentan, varía ampliamente desde reacciones normales de tristeza y pesar, hasta estados graves e incapacitantes que pueden culminar en la muerte. Entre los desórdenes psiquiátricos, la ansiedad representa la de mayor incidencia en la comunidad en general y está presente en cerca del 15-20% de los pacientes. (1) La literatura indica que su frecuencia es tres veces mayor en mujeres que en hombres (2).

Los trastornos de ansiedad y depresión son causa de disfunción socio-laboral-familiar de las personas que lo padecen. En reportes recientes: el Instituto de Medicina Legal (2008) notificó 635 suicidios en el año. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010) (3), (4) informó de 1.287 suicidios y 31.200 intentos de suicidio registrados en el año de 2009.

La salud pública nacional, no contempla realizar medidas preventivas frente a los problemas de salud mental de los salvadoreños. Desde hace muchos años, no ha existido ninguna política orientada en ese sentido, a pesar de que si se privilegia únicamente al tratamiento curativo a través de la función del Hospital Psiquiátrico Nacional.

Frente a lo expuesto, es que las investigadoras consideran que este es un tema de importancia actual, por lo que través de un estudio descriptivo, transversal, se verificará el comportamiento de estas principales alteraciones mentales, prevalentes en este país, en aquellas pacientes de entre 30-70 años, que consulten a la Unidad de Salud de “Ciudad Mujer” en Usulután, entre mayo –junio 2022, utilizando una herramienta de tamizaje de uso en el primer nivel como es el cuestionario DASS 21.

Dicho cuestionario está integrado por 21 ítems, cada uno de ellos puede obtener un puntaje desde 0 hasta 3 puntos, la suma total proporciona un valor que se podrá clasificar en depresión o ansiedad, casos encontrados en moderado, severo o extremadamente severo será referido a especialidad para recibir tratamiento.

Los resultados que se esperan obtener deben ser muy consistentes con los reportados por la literatura revisada, se procesaran con el apoyo del Software Jamovi 2.2.5 sólido.

A Continuación, el lector encontrará, en la primera parte un abordaje sobre la investigación teórica que se divide en tres apartados: El primer apartado define el concepto de ansiedad, etiología, prevalencia, clasificación y diagnóstico según el DSM-IV-TR y la CIE-10.

En el segundo apartado se define el concepto de depresión, las principales hipótesis y alteraciones neuroendocrinas que contribuyen a la génesis de este trastorno. En este apartado también se destaca la epidemiología y los criterios diagnósticos según el DSM-V.

En el tercer apartado se realiza una revisión sobre estudios clínicos en estudiantes chilenos en los que se utiliza la Escala DASS 21 como instrumento de tamizaje. Así mismo se hace una comparación en los estudios con diferentes Test como la Escala de Beck, BDI y BAI.

Seguidamente se plantea la metodología con los objetivos del estudio, variables, procedimientos y diseño de la investigación. Al mismo tiempo se estudian los criterios de inclusión y exclusión, procedimiento para recolección de datos e instrumento utilizado. Cabe destacar que, para el cálculo del tamaño de muestra, basándonos en que nuestro universo es finito, es decir contable y la variable de tipo categórica, se utilizará la fórmula de población finita. Esto para efectos pedagógicos, a través de estadística básica. Por último, se presentan los resultados del estudio.

## CONTENIDO.

AGRADECIMIENTOS .....	i
RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	iv
CAPITULO I	
OBJETIVOS.....	1
OBJETIVO GENERAL.....	1
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	1
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO.....	2
ANSIEDAD.....	2
DEPRESIÓN.....	7
ESTUDIOS CLÍNICOS CON DIFERENTES ESCALAS.....	13
CAPITULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO .....	21
CAPITULO IV	
RESULTADOS.....	27
CAPITULO V	
DISCUSIÓN.....	36
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES.....	38
CAPITULO VII	

RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	47

## **CAPITULO I**

### **OBJETIVOS**

#### **1.1 OBJETIVO GENERAL:**

Identificar casos de ansiedad y depresión en mujeres entre 30-70 años de edad, que consultan en la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, de mayo a junio de 2022, utilizando el Test de DASS 21.

#### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Enlistar las características socio-demográficas de los pacientes entre 30-70 años que consultan la Unidad de Salud Familiar Ciudad Mujer Usulután.
- Diagnosticar ansiedad y depresión en mujeres entre 30-70 años de edad, que consultan en la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, utilizando el Test de DASS 21.
- Clasificar los casos positivos de depresión y ansiedad para posteriormente referir a especialidad si es necesario.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANSIEDAD**

##### **DEFINICIÓN ANSIEDAD.**

La ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa ‘angustia, aflicción’, se refiere a un estado mental involuntario en el cual el individuo que lo presenta posee gran inquietud, exaltación y mucha inseguridad.

Surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de agitación, preocupación, inquietud, hipervigilancia. (15)

##### **ETIOLOGÍA.**

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. (16) Dentro de esta etiología multifactorial se mencionan la prevalencia en cada país y a nivel mundial. En el 2013 se publicó la actualización de la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. (17)

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También la vía de serotonina es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad. (18)

**Factores biológicos:** Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los trastornos de ansiedad. (19) La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad. (20)

**Factores psicosociales:** Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en el trastorno de ansiedad. (19,20)

**Factores traumáticos:** Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) (19), (20)

**Factores psicodinámicos:** La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos. (19)

**Factores cognitivos y conductuales:** Se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. (20)

### **PREVALENCIA.**

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. (21), (22) En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de trastornos de ansiedad, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. (21) Los trastornos de ansiedad son 2 veces más prevalentes en mujeres. (23) Los trastornos de ansiedad son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. (19) Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un trastorno de ansiedad, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. (20) En el anciano, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 5-10%, destaca la alta

comorbilidad de los trastornos de ansiedad con la depresión, principalmente en el adulto mayor. (21)

La prevalencia de los trastornos de ansiedad está en constante aumento. En las últimas tres décadas se ha convertido en la séptima condición agravada de todas las enfermedades en el mundo. (24) En algunas encuestas epidemiológicas se ha reportado que los trastornos de ansiedad son más comunes que la depresión en adultos. (25)

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud, estimó una prevalencia de los trastornos de ansiedad a nivel mundial del 3.6%. (26) Cada país ha reportado una prevalencia diferente, en un rango entre 2.4 y 25%, como es el caso de Italia y Nueva Zelanda respectivamente. Estos datos corresponden a la prevalencia anual, que es el porcentaje de personas diagnosticadas con el trastorno en los 12 meses previos a la realización de la encuesta (Tabla 1). (27)

**Tabla1. Prevalencia en 12 meses de trastorno de ansiedad en diferentes países. (15)**

<b>País</b>	<b>Prevalencia general de los trastornos de ansiedad</b>	<b>Criterio diagnóstico</b>	<b>Año de publicación</b>
Nueva Zelanda	25%	DSM-IV	2018
Estados Unidos	16.6%-19%	DSM-IV	2016-2018
Colombia	14.4%	DSM-IV	2018
Francia	13.7%	DSM-IV	2018
México	8.4-29.8%	DSM-IV	2016,2018
España	6.6%	DSM-IV	2018
Japón	4.5%	DSM-IV	2016,2018
Nigeria	4.2%	DSM-IV	2018
Italia	2.4%	DSM-IV	2016
Perú	9.6%	DSM-IV	2011
Venezuela	8.1%	DSM-IV	2011

**DSM – IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 edition.**

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres, (28), (29) teniendo dos veces más probabilidad de ser diagnosticadas con un trastorno de ansiedad, (30), (31) considerándose su inicio desde una edad temprana (infancia). Sin embargo, en general es difícil determinar la edad de inicio de los trastornos de ansiedad. Cabe señalar que, si la ansiedad no es tratada, ésta permanece en el tiempo y al ser detectada en otra fase del desarrollo es adjudicada a la edad al momento del diagnóstico, provocando mayor dificultad para determinar el tiempo de aparición de las diferentes categorías de trastornos de ansiedad. (32) Algunos autores han documentado la edad de aparición. Por ejemplo, la aparición de fobias específicas y trastornos de ansiedad por separación se ha documentado tan temprano como a la edad de 2 años, (32) en cambio la ansiedad generalizada y social es más probable que sea diagnosticada en edades después de los 10 años.

### **CLASIFICACIÓN.**

La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. (19), (21), (22). Las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica se describen en la tabla 2. (19)

El DSM IV-TR enumera 12 trastornos de ansiedad, se agrupan en los trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. (1), (27). El manual del DSM-IV se elaboró con el fin de diagnosticar trastornos mentales en el primer nivel de atención, los cuales se describen en la tabla 3.

**Tabla 2. Diferencia entre ansiedad normal y patológica.**

<b>Ansiedad normal</b>	<b>Ansiedad patológica</b>
Mecanismo de defensa frente amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

Revista médica de Costa Rica y Centroamericana LXIX, trastornos de ansiedad para atención primaria 2012.

**Tabla 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP**

Trastorno por ansiedad debido a...(indicar enfermedad)
Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias
Trastorno de angustia con agorafobia
Trastorno de angustia sin agorafobia
Fobia social
Fobia específica
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
Trastorno obsesivo- compulsivo
Trastorno por estrés post-traumático
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno adaptativo con ansiedad
Trastorno de ansiedad no especificado

DSM -IV (4a versión año 1994) diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders

Las características clínicas de los trastornos de ansiedad son las mismas de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a duración y gravedad. (19)

**Tabla 4. Síntomas somáticos y cognoscitivos de una crisis de angustia**

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

**Revista médica de Costa Rica y Centroamericana LXIX, trastornos de ansiedad para atención primaria 2012.**

## **DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica, según el DSM-IV-TR y la CIE-10, muy importante para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación. (33) (34) (36)

## **2.2 DEPRESIÓN**

### **DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.**

Del latín *depressus*, abatimiento. Es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del

comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. Así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. (37)

## **ETIOLOGÍA.**

Se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del Sistema Nervioso Central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino. (38)

## **LA HIPÓTESIS DE LAS AMINAS BIÓGENAS.**

Se fundamenta en la observación de que la reserpina, alcaloide usado en el tratamiento de la hipertensión en los años 50, producía síntomas depresivos en un 15% de los pacientes tratados. Este efecto se asoció con una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro por inhibición de la captación del transmisor a través de las vesículas sinápticas en la célula presináptica. (38)

La serotonina se produce en el Sistema Nervioso Central y en la periferia: médula suprarrenal, intestino, plaquetas y también en linfocitos, como se ha demostrado recientemente. Presenta diversidad de funciones en los sistemas nerviosos central y periférico. Este neurotransmisor se sintetiza a partir del L-Triptófano, aminoácido esencial que se adquiere fundamentalmente en la dieta y se encuentra en alimentos como el jamón, la carne, las anchoas, los quesos maduros, los huevos y las almendras. La disponibilidad de este aminoácido a nivel sérico se asocia con la síntesis de serotonina en neuronas del tallo encefálico. Durante su biosíntesis, el triptófano, por acción de la enzima triptófano (Try) hidroxilasa, se transforma en 5-Hidroxitriptófano y luego éste, por acción de la 5-hidroxitriptófano (5-HTP) descarboxilasa, se transforma en serotonina, la cual es almacenada en vesículas presinápticas o metabolizada en ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA) por acción de la monoaminoxidasa mitocondrial de neuronas ubicadas en los núcleos del rafe del tallo encefálico. (38)

**Las alteraciones neuroendocrinas contribuyen a la génesis biológica de la enfermedad depresiva.**

La depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de ACTH es tan importante que en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal por medio de tomografía axial computarizada (TAC). (38)

La secreción normal de cortisol sigue un ritmo circadiano, alcanzando un pico máximo a las 8:00 AM, siendo menor en la tarde y en la madrugada. Este ritmo se encuentra alterado en el 50% de pacientes deprimidos, los cuales excretan grandes cantidades de cortisol a lo largo de todo el día, incluso mientras duermen. La administración oral de dexametasona no ocasiona en los pacientes deprimidos la supresión normal de la producción de cortisol. Cerca de 40 -50% de los pacientes continúan con niveles altos de cortisol después de recibir 1, 2 u 8mg de este esteroide sintético. (38)

El aumento de la secreción de cortisol es el resultado final de la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo. Recordemos que la CRH aumenta los niveles de ACTH, con las consecuencias ya mencionadas. Los niveles de CRH se correlacionan con la depresión, pues la liberación de esta hormona es estimulada por la noradrenalina y la acetilcolina. Por esta razón, se infiere que la CRH y el sistema noradrenérgico se refuerzan entre sí. (38)

**Las alteraciones del sistema inmune se suman a las modificaciones neuroendocrinas de la depresión.**

Se ha demostrado una alteración del eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenal (HHS) mediada por citoquinas, que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos. (38)

Estas pueden activar el eje HHS, directa o indirectamente. Directamente, a través de sus efectos sobre el CRH; indirectamente, por medio de la resistencia de los receptores a los glucocorticoides, inducida por citoquinas, originando hiperactividad del eje HHS y afectando así su inhibición por retroalimentación. (38)

Las citoquinas proinflamatorias, como la IL-6, pueden alterar los neurotransmisores en múltiples regiones del cerebro, (29) debido a que esta última contribuye a reducir la disponibilidad de L-triptófano, disminuyendo así la disponibilidad de serotonina en el SNC. Por otro lado, los 6 receptores de citoquinas se expresan en neuronas del SNC, lo que genera la posibilidad de que las citoquinas funcionen como neurotransmisores y ejerzan efectos directos sobre el SNC. (38)

También se ha pretendido darle una localización neuroanatómica a la depresión. Así, los estudios de tomografía por emisión de positrones (PET) y de resonancia magnética funcional (RM) han determinado una posible alteración anatómica en la corteza prefrontal ventral a la rodilla del cuerpo calloso, alterada en los casos de depresión unipolar. Durante la fase depresiva de la enfermedad, la actividad en esta región disminuye. Esta disminución parece explicarse en gran parte por la reducción del volumen (45% aprox.) de la sustancia gris de esta zona de la corteza prefrontal. (38)

## **EPIDEMIOLOGÍA.**

Según la OMS la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. (39) Según la OPS en América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta. (39) Entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben. (39) Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000. (39)

En el 2017 según datos del MINSAL, la tasa nacional registra 102 casos de depresión por 100.000 habitantes; y las tasas más altas corresponden a los departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel. Las tasas más bajas se observan en: La Unión, La Libertad, La Paz y Ahuachapán. Los grupos de edad más afectados son los de 15 a 19 años con 3.965 casos; de 25 a 59 años, con 16.541 casos; y de 60 años o más, con 5.320 casos. (37)

### **DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas. Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes. (41)

Además, exámenes como hemograma, electrolíticos y hormona tiroideo estimulante (TSH), vitamina B12 y folato para descartar trastornos físicos que puedan producir depresión. (41)

**Tabla 5. Criterios clínicos (DSM-5)**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Fuente: DSM V. (41)**

La gravedad se determina por el grado de dolor y discapacidad (físico, social, ocupacional) y también por la duración de los síntomas. La psicosis y la catatonía indican depresión grave. Las características melancólicas indican depresión grave o moderada. Los

problemas físicos coexistentes, los trastornos por abuso de sustancias y de ansiedad agravan el cuadro. (41)

### **2.3 ESTUDIOS CLÍNICOS CON DIFERENTES ESCALAS.**

#### **Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21), como instrumento de tamizaje en estudiantes.**

En Chile, una investigación realizada en estudiantes secundarios de la ciudad de Concepción, reportó que un 32,6% de éstos presentaba sintomatología depresiva (moderada a severa) y un 42,3% sintomatología ansiosa (moderada o severa) (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo, & Valenzuela, 2007). Recientemente, otro estudio reportó que 39,8% de estudiantes secundarios de una muestra de establecimientos municipales de la ciudad de Santiago presentaban síntomas depresivos clínicamente significativos, indicando además que las mujeres tenían una mayor prevalencia e intensidad de la sintomatología que los hombres, y que todas estas cifras eran mayores a las reportadas en estudios internacionales (Rojas et al., 2012). Con respecto a universitarios, en una muestra representativa de estudiantes de una universidad del sur de Chile, se encontró que 30,1% de la muestra total presentaba síntomas depresivos, 20,9% síntomas ansiosos, y el 15,5% de la muestra presentaba en forma conjunta síntomas ansiosos y depresivos (Antúnez & Vinet, 2013).

Cabe señalar que tanto el diagnóstico de depresión mayor en la adolescencia como la presencia de síntomas clínicamente significativos que no reúnen los criterios para este trastorno, aumentan el riesgo de episodios depresivos futuros y episodios depresivos mayores recurrentes (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Lynch & Clarke, 2006). Así también, de acuerdo a resultados de estudios longitudinales, los trastornos de ansiedad en adolescentes aumentan aproximadamente dos veces el riesgo de trastorno de ansiedad en la adultez (Castellanos & Hunter, 1999).

Debido a lo anterior, se hace relevante la detección temprana de estos síntomas y la oportuna derivación a tratamiento, siendo el sistema educacional, un contexto útil para esta detección temprana (Cuijpers, Van Straten, Smits, & Smit, 2006).

### **Escala de Depresión de Beck y DASS-21 en estudiantes Chilenos.**

En Chile, el Inventario de Depresión de Beck – versión II y el Inventario de Ansiedad de Beck se han utilizado para la detección de síntomas depresivos y ansiosos clínicamente significativos en adolescentes chilenos, ya que estos instrumentos cuentan con puntos de corte para población juvenil chilena (Cova & Melipillán, 2007; Melipillán, Cova, Rincón, & Valdivia, 2008).

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) fueron creadas con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores (Lovibond & Lovibond, 1995). Para esto se incluyeron síntomas esenciales de cada condición y se excluyeron los que pueden estar presentes en ambos trastornos, por ejemplo, cambios en el apetito. Durante los sucesivos análisis factoriales surgió el tercer factor de estrés, que reúne síntomas referidos a la dificultad para relajarse, tensión nerviosa, irritabilidad y agitación (Lovibond & Lovibond, 1995).

El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autoreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. (Lovibond & Lovibond, 1995).

En Chile, este instrumento fue adaptado idiomática y culturalmente, y sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios (Antúnez & Vinet, 2012; Román, Vinet, & Alarcón, 2014), demostrando una confiabilidad satisfactoria (valores alfa de 0,87 a 0,88 para la escala de Depresión, entre 0,72 a 0,79 para la escala de Ansiedad y de 0,82 a 0,83 para la escala de Estrés), similar a la observada en

los estudios en población adulta y adolescente realizados en el extranjero (Antúnez & Vinet, 2012; Román et al., 2014; Szabo, 2010; Tully et al., 2009). En la evaluación de evidencias de validez, se observaron correlaciones altas y significativas entre las escalas del DASS-21 y escalas que miden constructos similares (Inventario de Depresión de Beck-II e Inventario de Ansiedad de Beck) y un ajuste aceptable del modelo de tres factores para el DASS-21 (Antúnez & Vinet, 2012; Román et al., 2014).

En estudios previos se ha establecido la validez discriminante de las escalas del DASS-21. Bados et al. (2005), reportaron que los puntajes de las tres escalas difirieron significativamente al comparar una muestra clínica con una no clínica y, adicionalmente se observaron diferencias significativas entre los puntajes de la escala de Depresión y la de Estrés, en pacientes con trastornos depresivos y con trastornos ansiosos. Los primeros obtuvieron un puntaje mayor en la escala de Depresión y los segundos un puntaje mayor en la escala de Estrés. No se observaron diferencias significativas en la escala de Ansiedad.

### **Utilidad clínica de Escala DASS-21**

Con respecto a la utilidad clínica del instrumento, los autores de estas escalas sugirieron puntajes basados en normas percentiles que diferenciaban entre una manifestación leve, moderada, severa y extremadamente severa de los estados afectivos depresivos ansiosos y de estrés (Lovibond & Lovibond, 1995). Sin embargo, estos puntajes fueron determinados para la versión completa del instrumento de 42 ítems a partir de la aplicación en estudiantes universitarios australianos. En un estudio posterior con una muestra de adultos de población general en el Reino Unido, se determinaron normas percentiles para el DASS-21 facilitando la interpretación y aplicabilidad del instrumento (Henry & Crawford, 2005). Algunos estudios han determinado puntajes de corte de las escalas del DASS-21 para grupos específicos. Gloster et al. (2008) determinaron, en una muestra de adultos mayores, un puntaje de corte en la escala de Depresión de mayor o igual a 6, que discriminaba entre un grupo con trastornos depresivos y un grupo asintomático. Para la

escala de Estrés, determinaron un puntaje de corte de mayor o igual a 14 que permitía discriminar entre un grupo con y sin trastorno de ansiedad generalizada. Otros estudios han determinado puntajes de corte en grupos poblacionales que difieren culturalmente y en rango de edad con la población en estudio, como el realizado por Tran, Tran, and Fisher (2013) quienes determinaron la validez del DASS-21 como instrumento de screening en mujeres vietnamitas que residían en sectores rurales.

Considerando tanto la prevalencia de los trastornos depresivos y ansiosos en los jóvenes, las consecuencias para el desarrollo y bienestar en quienes los padecen, y la alta tasa de recurrencia de estos trastornos en la adultez, se justifica contar con instrumentos adaptados a jóvenes chilenos y con evidencias de validez que permitan detectar oportunamente la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Además, la comorbilidad de los trastornos depresivos y ansiosos aumenta la relevancia de contar con instrumentos que permitan diferenciar entre síntomas de ansiedad y de depresión en jóvenes. Así, el propósito de este estudio fue determinar puntajes de corte para las Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en población juvenil chilena para la detección de jóvenes en riesgo y con necesidad de atención profesional.

### **Estudios de muestras realizadas en jóvenes estudiantes, con la Escala DASS-21, Inventario de depresión Beck segunda versión, Inventario de ansiedad de Beck.**

Para el estudio se utilizaron dos muestras: Muestra de población general. Estuvo constituida por 393 jóvenes (198 hombres y 195 mujeres) entre 15 y 24 años, con una escolaridad entre primer año de enseñanza media y cuarto año de educación superior, procedentes de dos muestras mayores: estudiantes secundarios (n = 448) y universitarios (n = 484). De estas dos muestras, se seleccionaron los jóvenes que estaban dentro del rango de edad elegido para este estudio, cuyo puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) estuviera bajo el punto de corte de estas pruebas y que no hubieran reportado haber recibido atención psicológica o psiquiátrica en los últimos seis meses.

Muestra clínica. 77 jóvenes (22 hombres y 55 mujeres) entre 15 y 24 años, con una escolaridad entre primer año de enseñanza media y cuarto año de educación superior. Estos jóvenes se encontraban en fase inicial de atención psicológica ambulatoria por problemas generales de salud mental.

Los participantes contestaron los siguientes instrumentos:

Versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995). Las tres escalas de autorreporte dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés.

La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia. En ambas muestras la confiabilidad fue evaluada a través de consistencia interna con alfa de Cronbach, obteniendo indicadores satisfactorios en la muestra clínica ( $\alpha_{\text{depresión}} = 0,88$ ;  $\alpha_{\text{ansiedad}} = 0,71$ ;  $\alpha_{\text{estrés}} = 0,80$ ) y en la muestra de población general ( $\alpha_{\text{depresión}} = 0,78$ ;  $\alpha_{\text{ansiedad}} = 0,71$ ;  $\alpha_{\text{estrés}} = 0,71$ ), los que fueron semejantes a los obtenidos en estudios previos con jóvenes chilenos.

Inventario de Depresión de Beck - Segunda Versión (BDI-II) (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996). Este instrumento permite evaluar severidad de síntomas depresivos en mayores de 13 años. Consta de 21 ítems, con una escala de respuesta ordenadas de menor a mayor severidad (0 a 3 puntos). En Chile, demostró una consistencia interna de 0.91 en una muestra de adolescentes y se determinó un puntaje de corte de 19 puntos para discriminar entre población consultante con sintomatología depresiva y población no consultante (Melipillán et al., 2008).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Este instrumento es una escala de autorreporte de 21 ítems diseñada para evaluar síntomas de ansiedad, con una escala de severidad de 4 puntos. Fue validado para Chile, con una

muestra de adolescentes, demostrando una consistencia interna de 0.91. Además, se determinó un puntaje de corte de 16 puntos para evaluar la presencia de síntomas ansiosos clínicamente significativos (Cova & Melipillán, 2007).

Posteriormente, se determinaron los puntajes de corte para las escalas del DASS-21, utilizando el procedimiento que se describe a continuación. Como grupo de contraste no sintomático se utilizó el segmento de la población general sin sintomatología en BDI-II y BAI y que no hubieran reportado haber recibido atención psicológica o psiquiátrica con el objeto de asegurar la ausencia de sintomatología. Esta submuestra quedó constituida por 393 sujetos sin sintomatología en las pruebas de Beck (BDI-II y BAI) y sin atención clínica.

En la muestra de consultantes se seleccionaron 26 sujetos que de acuerdo a los terapeutas presentaban síntomas de depresión, 24 que presentaban síntomas de ansiedad y 27 que presentaban síntomas de estrés. Los grupos no fueron excluyentes entre sí.

La presencia de esta sintomatología fue utilizada como *gold standard* para determinar los puntajes de corte entre no consultantes asintomáticos y consultantes con sintomatología clínica en cada una de las tres áreas de modo independiente. Los puntajes de corte para las escalas del DASS-21 se determinaron utilizando análisis de curvas ROC para examinar la capacidad de discriminación de cada escala, y análisis de sensibilidad y especificidad para determinar puntajes de corte específicos.

### **Resultados de los estudios realizados utilizando las escalas DASS-21, BDI-II Y BAI.**

Se describen los promedios, desviación típica y rangos de las tres escalas del DASS-21 para la sub-muestra de población general, no sintomática, que se utilizó como grupo de contraste (puntaje bajo el punto de corte en BDI-II y BAI y sin atención psicológica) y para los tres sub-grupos de consultantes sintomáticos que presentaban síntomas de depresión, ansiedad o estrés de acuerdo a lo reportado por los terapeutas.

Para determinar la capacidad de discriminación global de cada escala del DASS-21, se calcularon curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*), para las escalas de depresión, ansiedad y estrés del DASS-21 comparando la sub-muestra de población general sin síntomas con el grupo sintomático de la muestra clínica. En los resultados se puede observar en los tres casos el Área Bajo la Curva (ABC) es superior a .90 indicando que cada una de las escalas del DASS-21 es eficiente en la detección de los síntomas que evalúa.

Es importante reconocer las ventajas del DASS-21 como instrumento, el cual es breve, fácil de administrar y de interpretar, de bajo costo, y que puede ser utilizado tanto en el contexto educacional como en el sistema público de salud. Estas características coinciden con los criterios señalados por Warner (2004) quien plantea que los instrumentos que se utilizan para screening debieran ser fáciles de administrar, aceptables desde la perspectiva de los usuarios, con alta sensibilidad (que identifiquen a la mayoría de los individuos que presentan la condición), y que identifiquen un trastorno que sea tratable. (42)

Otro estudio que evaluó las propiedades psicométricas de las Escalas de Estrés por Ansiedad por Depresión (DASS) se evaluaron en una muestra normal de  $N = 717$  a quienes también se les administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Se demostró que el DASS poseía propiedades psicométricas satisfactorias, y la estructura factorial se fundamentó tanto mediante análisis factorial exploratorio como confirmatorio. En comparación con el BDI y el BAI, las escalas DASS mostraron una mayor separación en las cargas factoriales.

La escala DASS de ansiedad correlacionó 0,81 con el BAI, y la escala DASS depresión correlacionó 0,74 con el BDI. Los análisis factoriales sugirieron que el BDI difiere de la escala de depresión DASS principalmente en que el BDI incluye elementos como la pérdida de peso, el insomnio, la preocupación somática y la irritabilidad, que no logran discriminar entre la depresión y otros estados afectivos.

La estructura factorial de los ítems combinados BDI y BAI fue prácticamente idéntica a la reportada por Beck para una muestra de pacientes diagnosticados deprimidos y ansiosos. (43)

### CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Será de tipo descriptivo-transversal para caracterizar a la población adulta femenina que presenta ansiedad o depresión, utilizando el Test DASS 21, tomando en cuenta solo dos variables de las 3 que mide ansiedad y depresión.

Período de investigación: mayo a junio de 2022.

Universo: Mujeres entre 30-70 años que consultan Unidad de Salud Familiar Ciudad Mujer Usulután de mayo a junio de 2022.

Muestra: se tomara una muestra a conveniencia por casos de consulta, se incluirán todas aquellas mujeres que acuden a consulta y acepten realizar la encuesta en el tiempo estipulado, y con edad establecida entre 30-70 años.

Para efectos pedagógicos se utiliza una fórmula para calcular población finita.

$$n = \frac{Z^2 \alpha N p * q}{e^2 * (N-1) + Z^2 \alpha * p * q}$$

Donde N= total de la población,  $Z\alpha = 2.58$  al cuadrado (si la seguridad es del 99%), p=proporción esperada (en este caso  $5\%=0.05$ ),  $q=1-p$  (en este caso  $1-0.05=0.95$ ), e= margen de error deseado (5%).

$$n = \frac{(2.58)^2 (60) (0.5) (0.5)}{e^2 * (N-1) + (2.58)^2 * p * q} \quad n = \frac{99.75}{(0.094) + (1.66)} \quad n = \frac{99.75}{1.75} \quad n = 57$$

$$[(0.04)^2 (60-1)] + [(2.58)^2 (0.5) (0.5)] \quad (0.094) + (1.66) \quad 1.75$$

**Criterios de inclusión:**

- ✧ Pacientes mujeres entre 30 a 70 años cumplidos por fecha de nacimiento.
- ✧ Residentes en el área urbana y rural del municipio al cual pertenece la Unidad de Salud Ciudad Mujer Usulután
- ✧ Que no hayan consultado por ansiedad o depresión. Que no hayan consultado a ningún centro de salud por trastornos mentales, o esté en tratamiento por dicha causa.

**Criterios de exclusión:**

- ✧ Pacientes embarazadas.
- ✧ Pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico incluyendo ansiedad y depresión.

**Variables.**

- Ansiedad
- Depresión

Se tomará el número de pacientes que fueron positivos a ansiedad o depresión clasificados como moderadamente, severo y extremadamente severo y serán referidos a la especialidad de psiquiatría en hospital periférico correspondiente.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Enlistar las características sociodemográficas de los pacientes entre 30-70 años que consultan la Unidad de Salud Familiar Ciudad Mujer Usulután.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Características sociodemográficas.	Conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes, en la población sujeta a estudio, como edad, escolaridad, estado civil, trabajo.	Edad: Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio. Escolaridad: grado académico que posee cada sujeto de estudio. Estado civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Trabajo: Ocupación retribuida.	No de pacientes según rango de característica sociodemográficas / No total de pacientes. Por 100.	Ficha de recolección de Datos.

2. Diagnosticar ansiedad y depresión en mujeres entre 30-70 años de edad, que consultan en la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, utilizando el Test de DASS 21.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Instrumento
Ansiedad Depresión	Presencia de depresión. Presencia de ansiedad.	Test positivo a ansiedad o depresión. Test negativo a ansiedad o depresión.	Número de pacientes con test positivo a ansiedad o depresión entre número total de pacientes sometidos al test. Por 100. Número total de pacientes con test negativo a ansiedad o depresión entre el número total de pacientes sometidos al test. Por 100.	Test de DASS 21 y ficha de recolección de datos.

3. Identificar los casos positivos de depresión y ansiedad para posteriormente referir a especialidad si es necesario.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Instrumento
Identificar casos positivos.	DASS-21 como instrumento, es breve, fácil de administrar y de interpretar, de bajo costo, y que puede ser utilizado tanto en el contexto educacional como en el sistema público de salud.	Normal Leve Moderada Severo Extremadamente severo	No de casos positivos referidos a especialidad/ No total de casos. Por 100.	Hoja de referencia

**Fuentes de información:** Ficha recolectora de datos, aplicada a mujeres en edades de 30 a 70 años, que consultan en Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer” Usulután. La cual corresponde a un cuestionario, como instrumento de recolección de datos, cuyas preguntas al inicio, son socio demográficas, simples de contestar, seguido del instrumento DASS-21 que consta de 21 ítems sencillos de responder (Anexo 1).

**Técnicas de obtención de información:** La técnica utilizada fue la aplicación directa de la ficha de recolección de datos-Test Dass-21, el cual corresponde a preguntas abiertas y cerradas; se realizó durante el horario de consulta de 7:30 am a 3:30 pm, a pacientes que consultan y desean participar, que cumplan criterios de inclusión. Se les explica la finalidad del estudio y como llenar la ficha recolectora de información, se le entrega un consentimiento informado el cual debe firmar si acepta participar.

**Herramienta para obtención de información:** Cuestionario, dividido en dos partes. La primera parte corresponde a información sociodemográfica, la segunda parte que contiene el Test DASS-21.

**Procesamiento y análisis de información:** Con la información obtenida se elaboró una base de datos, posteriormente fue procesada en el Software Jamovi 2.2.5 sólido, obteniéndose las variables procesadas y el resultado en tablas de información.

**Consideraciones éticas:** El estudio fue realizado a personas naturales, del sexo femenino en las edades 30 a 70 años de edad, las cuales aceptaron participar voluntariamente en el presente estudio. Ningún participante fue obligado a participar, ni se violentaron sus derechos al anonimato y confidencialidad de datos; además ningún participante fue perjudicado durante la realización de la investigación.

## **CAPITULO IV RESULTADOS**

Se incluyó en el estudio a 100 participantes de las cuales. Los resultados obtenidos, respecto a los datos generales, con relación al grupo etario se encontró: que, de 100 pacientes, la edad promedio fue de 47 años (Tabla.1); cuyo rango oscila en mujeres mayores entre 54-59 años (19%), siendo menor entre los 34-37 años (6%) (Tabla 2).

**Tabla1.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según grupo etario.

	<b>EDAD</b>
<b>N</b>	100
<b>Perdida</b>	0
<b>Media</b>	46.9
<b>Mediana</b>	47.5
<b>Moda</b>	49
<b>Desviación estándar</b>	9.77
<b>Mínimo</b>	30
<b>Máximo</b>	65
<b>25Th Percentil</b>	39.8
<b>50Th Percentil</b>	47.5
<b>75Th Percentil</b>	55

**Fuente:** The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

**Tabla 2.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según rango de grupo etario.

<b>Edad</b>	<b>Número</b>	<b>% de total</b>	<b>Acumulado %</b>
DE 30 A 33	14	14.0%	14.0%
DE 34 A 37	6	6.0%	20.0%
DE 38 A 41	11	11.0%	31.0%
DE 42 A 45	15	15.0%	46.0%
DE 46 A 49	14	14.0%	60.0%
DE 50 A 53	8	8.0%	68.0%
DE 54 A 57	19	19.0%	87.0%
DE 58 A 61	6	6.0%	93.0%
DE 62 A 65	7	7.0%	100.0%

**Fuente:** The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

**Tabla 3.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según frecuencia de casos detectados.

	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Depresión</b>	9	9%
<b>Ansiedad</b>	25	25%
<b>Depresión y ansiedad</b>	39	39%
<b>Ninguno</b>	27	27%

**Fuente:** The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

En la tabla 3, se presenta la frecuencia según los casos encontrados, observando que 39% representa a casos con ansiedad y depresión, 25% corresponde solo a ansiedad y 9% a depresión.

**Tabla 4.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según relación entre el estado civil y depresión.

<b>Estado civil</b>	<b>Depresión leve</b>	<b>Depresión moderada</b>	<b>Depresión extremadamente severa</b>	<b>Depresión severa</b>	<b>Total</b>
<b>Soltera</b>	4	4	3	2	13
<b>Casada</b>	4	12	2	0	18
<b>Viuda</b>	2	2	0	0	4
<b>Unión libre</b>	4	4	3	2	13
<b>Total</b>	14	22	8	4	48

**Fuente:** The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

En la tabla 4, se muestra, un total de 18 casos de mujeres casadas que presentó depresión, frente a 13 casos de mujeres solteras, 13 en unión libre y 4 viudas con depresión.

**Tabla 5.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según relación según el estado civil y ansiedad.

<b>Estado civil</b>	<b>Ansiedad extremadamente severa</b>	<b>Ansiedad moderada</b>	<b>Ansiedad leve</b>	<b>Ansiedad severa</b>	<b>Total</b>
<b>Soltera</b>	5	3	7	1	16
<b>Casada</b>	7	8	5	2	22
<b>Viuda</b>	1	2	2	0	5
<b>Unión libre</b>	7	4	6	4	21
<b>Total</b>	20	17	20	7	64

**Fuente:** The Jamovi project (2021). *Jamovi. (Version 2.2)* [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

La tabla 5, representa la relación entre el estado civil y la ansiedad, mostrando un total de 22 casos de mujeres casadas, 21 mujeres en unión libre, 16 solteras y 5 viudas con ansiedad.

**Tabla 6.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según relación el nivel educativo, y casos de depresión.

<b>Nivel de educación</b>	<b>Depresión leve</b>	<b>Depresión moderada</b>	<b>Depresión extremadamente severa</b>	<b>Depresión severa</b>	<b>Total</b>
<b>Intermedia</b>	4	7	3	1	15
<b>Básica</b>	7	9	4	1	21
<b>Ninguna</b>	3	5	0	2	10
<b>Superior</b>	0	1	1	0	2
<b>Total</b>	14	22	8	4	48

Fuente: The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Con respecto a la tabla 6, se observa un total de 21 casos con nivel de educación básica, 15 casos con educación intermedia, en relación a 2 casos con educación superior y 10 casos que no lograron ninguna educación.

**Tabla 7.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según relación entre nivel educativo, y casos de ansiedad.

<b>Nivel de educación</b>	<b>Ansiedad extremadamente severa</b>	<b>Ansiedad moderada</b>	<b>Ansiedad leve</b>	<b>Ansiedad severa</b>	<b>Total</b>
<b>Intermedia</b>	7	6	4	5	22
<b>Básica</b>	8	6	11	1	26
<b>Ninguna</b>	4	5	5	0	14
<b>Superior</b>	1	0	0	1	2
<b>Total</b>	20	17	20	7	64

Fuente: The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

En relación a la tabla 7, se observó un total de 26 casos con educación básica, 22 casos con educación intermedia, en comparación a 2 casos, en nivel superior y 14 casos sin lograr ninguna educación.

**Tabla 8.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según relación entre la ocupación y casos de depresión.

Ocupación	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión extremadamente severa	Depresión severa	Total
<b>Empleada</b>	5	5	0	2	12
<b>Ama de casa</b>	8	16	6	2	32
<b>Agricultora</b>	1	0	1	0	2
<b>Sin empleo</b>	0	1	1	0	2
<b>Total</b>	14	22	8	4	48

Fuente: The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

En la tabla 8, se presenta el total de casos encontrados según la ocupación. Observando un total de 32 amas de casa, 12 con empleo, frente a 2 casos sin empleo y 2 agricultoras, que presentaron depresión.

**Tabla 9.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según relación entre ocupación y casos de ansiedad.

<b>Ocupación</b>	<b>Ansiedad extremadamente severa</b>	<b>Ansiedad moderada</b>	<b>Ansiedad leve</b>	<b>Ansiedad severa</b>	<b>Total</b>
<b>Empleada</b>	2	2	4	3	11
<b>Ama de casa</b>	17	14	14	4	49
<b>Agricultora</b>	0	1	2	0	3
<b>Sin empleo</b>	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	20	17	20	7	64

Fuente: The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

En la tabla 9, se presenta la relación entre la ocupación y casos de ansiedad. Un total de 49 pacientes son amas de casa, 11 cuentan con un empleo, frente a 3 que son agricultoras y 1 sin empleo.

**Tabla 10.** Distribución de pacientes entre 30-70 años, que consultaron a la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, mayo-junio 2022, según casos de depresión y ansiedad.

<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad extremadamente severa</b>	<b>Ansiedad moderada</b>	<b>Ansiedad leve</b>	<b>Ansiedad severa</b>	<b>Total</b>
<b>Depresión leve</b>	1	3	3	1	8
<b>Depresión moderada</b>	8	6	4	1	19
<b>Depresión extremadamente severa</b>	7	1	0	0	8
<b>Depresión severa</b>	2	0	1	1	4
<b>Total</b>	18	10	8	3	39

Fuente: The Jamovi project (2021). *Jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

En la tabla 10, se observa la relación entre el total de casos de ansiedad y depresión encontrados. De los cuales, 19 casos presentaron depresión moderada, 8 depresión leve, 8 depresión extremadamente severa y 4 casos con depresión severa. En contraposición a 18 casos en los que se detectó, ansiedad extremadamente severa, 10 casos con ansiedad moderada, 8 con ansiedad leve y 3 casos correspondientes a ansiedad severa.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Entre las 100 pacientes que decidieron participar en la encuesta, de los trastornos mentales enunciados, los resultados fueron los siguientes:

- ✓ 25% presentó ansiedad.
- ✓ 9% presentó depresión.
- ✓ Un 27 % no presentó ninguno de los trastornos.
- ✓ 39% de las pacientes presentaban rasgos de ambos trastornos.

Estos resultados reportados, concuerdan con los que menciona la literatura consultada, ya que se describe que la ansiedad es el trastorno mental de mayor incidencia en la comunidad en general, y está presente en un aproximado de 15-20% (1)

Dentro de las características sociodemográficas, podemos describir que: el grupo de pacientes que se encuentra entre las edades de 38-49 años de edad; es el grupo etario que presentan una mayor presencia de ansiedad y depresión.

En lo que se refiere al estado civil, podemos describir que, las mujeres con estado civil casada y las que se mantienen en unión libre; juntas son las que representan una mayor incidencia de ambos trastornos, en relación con las mujeres solteras y viudas; aunque nuestra población es menor encontramos diferencias ya que Duarte y Raya (2016) afirman, que estar soltero y divorciado aumenta la probabilidad de sintomatología depresiva y ansiedad (7) .Cabe destacar que Castillo (2019) encontró que quienes viven en contextos de pobreza son personas propensas a desarrollar síntomas negativos relacionados con la ansiedad y depresión. (44) y no sabemos si estos factores asociados son las determinantes de nuestros resultados.

En lo que respecta al nivel de educación, podemos describir que, las mujeres con escolaridad básica representan una mayor presencia de ansiedad y depresión; estos

resultados significativos señalan que la ausencia de educación formal incrementa las probabilidades de que se presente depresión en mujeres. (11)

Otro de los hallazgos por mencionar, es la ocupación que realiza la mujer, podemos describir que, las que desempeñan trabajo de ama de casa presentan la mayor presencia de estos trastornos, recordemos que las variables sociales como: estado familiar, escolaridad, si trabaja o no, actividad laboral, están asociadas a la incidencia de psicopatología general. (14)

Otro punto importante que destacar es la relación que existe entre los antecedentes familiares y la presencia de estos trastornos. De las 100 participantes, 84 pacientes no presentaron antecedentes y de las 16 participantes que presentaron, es la madre quien predomina.

En la clasificación de los trastornos, encontramos que: de los tipos de la depresión la que más prevalece entre las mujeres, es la depresión moderada con 22 casos, y dentro de los tipos de la ansiedad, quienes más prevalecen son ansiedad leve y ansiedad extremadamente severa ambas con 20 casos respectivamente.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES**

En el estudio que se realizó para esta muestra los datos se comportaron de la siguiente manera:

- En relación al grupo etario se observó que diecinueve pacientes, se encontraban entre la sexta y séptima década de la vida, ocho entre la quinta y sexta década, y quince en la quinta década de la vida. Aunque la muestra estudiada en esta investigación, es poco representativa, los datos se correlacionan con lo mencionado en el reporte de 2017 del MINSAL, donde los grupos etarios más afectados, están en el rango de veinticinco a cincuenta y nueve años.

- Respecto al estado civil, en las casadas se observó depresión en un total de dieciocho casos, mientras que las mujeres en unión libre representaron un total trece casos; en contraste a dieciséis casos de ansiedad en solteras y un total de veintidós casos en mujeres casadas. Según estos datos se observa, como el estar soltera aumenta la probabilidad de sintomatología depresiva y ansiedad. A pesar de lo poco representativo de la muestra, se debe mencionar que se encontró un número representativo de casos de ansiedad y depresión en mujeres casadas, contrario a lo que menciona la literatura que es más frecuente en solteras y divorciadas.

- Las mujeres con educación básica son más propensas a presentar ansiedad y depresión, representando un total de veintiséis casos para ansiedad y veintiuno casos para depresión; confirmándose que la ausencia de educación formal incrementa la probabilidad, que se presente depresión en las mujeres.

- Respecto a la ocupación en las amas de casa se obtuvo un total de treinta y dos personas con depresión y cuarenta y nueve casos con ansiedad. Mostrando que los factores sociodemográficos: edad, estado civil, nivel de educación y ocupación son determinantes en la aparición de ansiedad y depresión.

- La Escala DASS 21, para efectos de este trabajo, resultó ser una herramienta útil y sencilla de tamizaje, en depresión y ansiedad a nivel de atención primaria.

## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

1. Al grupo investigador, se recomienda que, después de la revisión, discusión y una vez efectuada la presentación de la investigación, siguiendo los parámetros para evaluación, al grupo del proceso de tesis, se realizarán las respectivas correcciones, y luego se solicitará formalmente, presentar los resultados al personal de la Unidad de Salud de Ciudad Mujer Usulután, para que tengan una idea del problema en la población que asiste a dicho centro.
  
2. A Ciudad Mujer Usulután se recomienda, después de la presentación de los resultados, comunicar del mismo a los líderes comunales, a la alcaldía, para motivarlos a que generen actividades en la comunidad para gestionar el ampliar la detección de estos trastornos, a través de un programa que considere continuar con este trabajo de investigación, ampliarlo, mejorarlo, y buscar en así formar grupos de apoyo en la comunidad.
  
3. Publicar la investigación como artículo científico, con el objetivo de que el personal de salud del MINSAL, conozca del problema y se interese en continuar con la investigación y promoción de actividades en pro de la salud mental de las mujeres.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Reus V., Psychiatric Disorders. Harrison's Principles of Internal Medicine. International, 1998; 21(2) 2485-2502.
2. Zerbe K., Anxiety Disorders in Women. Bull Menninger Clin. 1995; 59(2A): 38-52.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Estadísticas nacionales de atención primaria en salud. El Salvador, 2003.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Estadísticas nacionales de atención primaria en salud, Suicidios e intentos de suicidio. El Salvador, 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/depression>
6. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>.
7. González Y., Herrera, I.E., Moncada G., Prevalencia de trastornos mentales en relación con la prevalencia de enfermedades médicas crónicas en mayores de 18 años, Francisco Morazán, Olancho, 2016; 2.
8. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Organización Panamericana de la Salud 2017.
9. Aguilar R., Trastornos de ansiedad y depresión. Epidemiología. 2005.

10. Puchol Esparza D. Los trastornos de ansiedad: La epidemia silenciosa del siglo XXI *Psicología Clínica y psicoterapia* 2003. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/trastornosde-ansiedad-epidemia>.
11. Perla V., Carmona Valdés, S., Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo *Población y Salud en Mesoamérica*. México, 2018;15(2). Disponible en: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>.
12. González, Y. A., Herrera I. E., German Moncada A., Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. 2015.
13. Alférez, I.E. “Trastornos de ansiedad en la población adulta que consulta la unidad de salud las flores, en el departamento de Chalatenango, enero a diciembre 2010”. El Salvador, 2011.
14. Quintanilla Aguilar de Mendoza A. S., Prevalencia de alteraciones afectivas: “Depresión y Ansiedad en la población salvadoreña”, El Salvador 2010.
15. Monserrat M.C, Pérez-Estudillo A., López-Meraz L., Beltrán-Parrazal L, Morgado-Valle C., *Neurobiología revista electrónica*, México. 2019. Disponible en <http://www.uvx.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Macías/HTML>
16. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras, 2010. Disponible en: biblioteca virtual de Honduras <http://www.bvs.hn>.
17. Somers J.M, Goldner E.M, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(16): 100-113.

18. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. ASMR Revista Internacional 2016.
19. Hernández Sánchez M., Horga de la Parte J., Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria, Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. 2007. Disponible en: [www.san.gva.es](http://www.san.gva.es).
20. Iruela LM, Picazo J, Peláez C. Tratamiento farmacológico de la ansiedad. *Medicine*. 2007; 9(84): 5421- 5428.
21. Pérez Díaz R. Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. *Geroinfo*. 2007; 2(1).
22. Téllez Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Rev Clin Med Fam*. 2007; 2(2): 76-83
23. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 100-113.
24. Rose M, Devine J. Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(2):197-211.
25. Ramos K, Stanley M. Anxiety Disorders in Late Life. *Psychiatr Clin North Am*. 2017.
26. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva:World Health Organization: 2017.
27. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327-335.

28. Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, Ho MR, Rohde P. Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *J Affect Disord.* 2018; 228:248-253.
29. Donner NC, Lowry CA. Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflugers Arch.* 2013;465(5):601-626.
30. Catuzzi JE, Beck KD. Anxiety vulnerability in women: a two-hit hypothesis. *Exp Neurol.* 2014; 259:75-80.
31. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):87-88.
32. Fraire MG, Ollendick TH. Anxiety and oppositional defiant disorder: a transdiagnostic conceptualization. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(2):229-240.
33. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
34. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Atención primaria. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
35. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, et al. Current Diagnosis and treatment: Psychiatry. 2ª Edición. Estados Unidos: McGrawHill Companies; 2008.
36. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades, décima versión. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España: Meditor, 1992.

37. El Salvador - Foro sobre «Depresión y Salud Mental» [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org). 2017 [citado 2 de abril de 2022]. Disponible en: El Salvador - Foro sobre "Depresión y Salud Mental" - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).

38. García HB, editor. La depresión: etiología y tratamiento [Internet]. Vols. XXXVII, N.º 2, 2012, 183-197. Ciencia y sociedad; 2012. Disponible en: <https://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/handle/123456789/1390>

39. OPS/OMS. Depresión [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org). 2020 [citado 2 de abril de 2022]. Disponible en: Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

40. López Chamón S. Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. Revista Medicina familiar SEMERGEN [Internet]. octubre de 2006;32 NUMS2 (octubre 2006):11-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-manifestaciones-clinicas-depresion-sintomatologia-sintomas-X1138359306908115>

41. Coryell W. Trastornos depresivos [Internet]. Manual MSD Versión para profesionales. 2020 [citado 2 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

42. Román F., Santibáñez P., Vinet E.V., Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos, Vol. 6. No. 1, Universidad de La Frontera Chile, Abril 2016, páginas 2325-2336.

43. Lovibond PF, Lovibond SH. La estructura de los estados emocionales negativos: comparación de las Escalas de Estrés por Ansiedad y Depresión (DASS) con los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck. *Behav Res Ther.* 1995 marzo;33(3):335-43. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u. PMID: 7726811.

44. León MTC, Trujillo CDC, Marín TCC, Flores MJB. Sintomatología de ansiedad y depresión en población en contextos de pobreza en el sureste mexicano. *Interam J Psychol* [Internet]. 2019 [citado el 20 de agosto de 2022];53(2):263–80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=721>

## ANEXOS.

Anexo 1: Test DASS 21.

Universidad de El Salvador.

ESCALA DASS-21

Facultad de Medicina.



A continuación, complete y marque con una “x” los siguientes datos según corresponda.

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera \_\_\_ Casada \_\_\_ Unión libre \_\_\_ Viuda \_\_\_

Escolaridad: Básica \_\_\_ Intermedia: \_\_\_ Superior \_\_\_ Ninguna \_\_\_

Trabajo: Agricultora \_\_\_ Ama de casa \_\_\_ Empleada \_\_\_ Sin empleo \_\_\_

Su madre o padre u otro familiar padece de depresión o ansiedad: Si \_\_\_ No \_\_\_.

Si su respuesta es sí cuál es su Parentesco: \_\_\_\_\_.

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a Usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente: 0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3

8.	He sentido que he estado gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3
TOTAL					

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-4	0-3	0-7
Leve	5-6	4-5	8-9
Moderada	7-10	6-7	10-12
Severo	11-13	8-9	13-16
Extremadamente severo	14+	10+	17+

### DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

**0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.**

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión .....	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca .....	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo .....	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar .....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas .....	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones .....	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban .....	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía .....	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo .....	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara .....	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto .....	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme .....	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido .....	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo...	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico .....	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona .....	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad .....	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón .....	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

## **Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)**

Referencia original: Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17*, 97-105.

Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

### Puntos de corte comúnmente utilizados:

#### Depresión:

- 5-6 depresión leve
- 7-10 depresión moderada
- 11-13 depresión severa
- 14 o más, depresión extremadamente severa.

#### Ansiedad:

- 4 ansiedad leve
- 5-7 ansiedad moderada
- 8-9 ansiedad severa
- 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

#### Estrés:

- 8-9 estrés leve
- 10-12 estrés moderado
- 13-16 estrés severo
- 17 o más, estrés extremadamente severo.

Anexo 2: Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE 30-70 AÑOS DE EDAD, QUE  
CONSULTAN EN UNIDAD DE SALUD FAMILIAR “CIUDAD MUJER”  
USULUTÁN, MAYO - JUNIO 2022.

INVESTIGADORES:

GLORIA XENIA CASTRO IZQUIERDO  
FÁTIMA LISETH GARCÍA DE TOBAR

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. ANA CONCEPCIÓN GUADALUPE POLANCO ANAYA.

Universidad de El Salvador.

Estudio: Ansiedad y depresión en mujeres de 30-70 Años de edad, que consultan Unidad De Salud Familiar “Ciudad Mujer” Usulután, mayo - junio 2022.

Investigadores principales: Gloria Xenia Castro Izquierdo.

Fátima Liseth García de Tobar.

El presente Test corresponde a un estudio de investigación que se está realizando como parte de proceso de graduación de Doctorado en Medicina. El trabajo consiste en identificar los trastornos de ansiedad o depresión que presentan las mujeres que acuden a consulta. Se le realizarán una serie de preguntas que corresponden a estos trastornos para evaluar si usted presenta los síntomas relacionados.

Antes de decidirse puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, no dude en detenerme para darme tiempo en explicarle o si tiene preguntas más tarde, puede preguntar al docente director o a otros miembros del equipo.

Esta investigación se realiza con el propósito de Evaluar a las mujeres entre 30-70 años de edad, que consultan en la Unidad de Salud Familiar “Ciudad Mujer”, Usulután, de mayo a junio de 2022, utilizando el Test de DASS 21.

Nos comprometemos a mantener el anonimato, asignaremos un código a cada uno para asegurarlo, se manipularán los datos en una computadora y una vez sean utilizados, presentados y corregidos por el jurado, se destruirán las encuestas y los datos almacenados y no se usarán para otros efectos.

El estudio es voluntario, confidencial y queda a su criterio participar o no, tiene el derecho, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación de dejar de participar en la presente investigación.

- ✧ No se otorgará ningún tipo de incentivo por formar parte de dicha investigación.
- ✧ La información que se recoja durante la investigación se mantendrá confidencial.
- ✧ La información que brinde acerca de usted, no será expuesta a los demás, salvo a los investigadores.
- ✧ Dicha información no será compartida con nadie.
- ✧ Si tiene cualquier duda o pregunta puede hacerlo con el grupo investigador ya sea en el momento, durante o después de iniciado el estudio.
- ✧ Existe la posibilidad de referir en caso de que se encuentre con depresión o ansiedad, moderada, severa o extremadamente severa.

Se me ha informado que esta investigación se centra en identificar los trastornos de ansiedad o depresión que presentan las mujeres que acuden a consulta.

He sido invitado/a a participar en la investigación de: Ansiedad y depresión en mujeres de 30-70 Años de edad, que consultan Unidad De Salud Familiar “Ciudad Mujer” Usulután, mayo - junio 2022.

Entiendo que solo me realizaran una serie de preguntas que corresponden a estos trastornos para evaluar si presento los síntomas relacionados, la demás información que se requiera se hará por medio de ficha de recolección de datos.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante	
Firma del participante	

Nombre del representante legal	
Firma del representante legal	

Nombre de los investigadores	
Firma de los investigadores	
Fecha	