

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“Impacto de los niveles de ansiedad y trastornos de ansiedad comórbidos en la severidad, evolución, suicidalidad y respuesta al tratamiento antidepresivo en pacientes con trastorno depresivo mayor”**

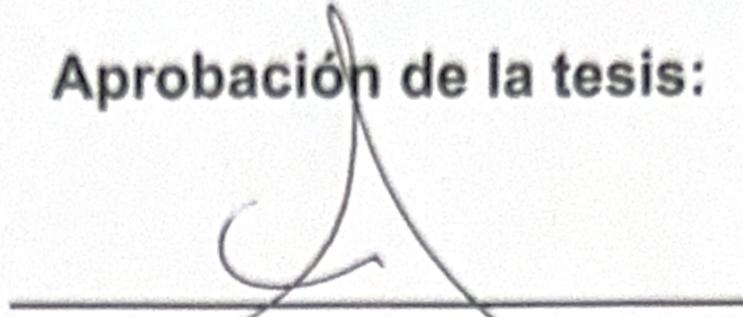
**Por**

**Dra. Daniela Cantú Escamilla**

**Como requisito para obtener el grado de  
especialista en Psiquiatría**

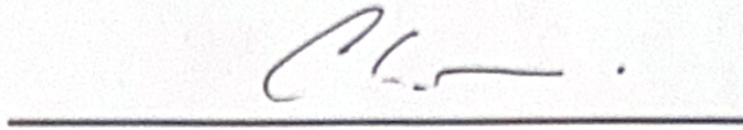
**Diciembre 2024**

**Aprobación de la tesis:**



Dr. Med. José Alfonso Ontiveros y Sánchez de la  
Barquera

Director de tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza

Coordinador de enseñanza



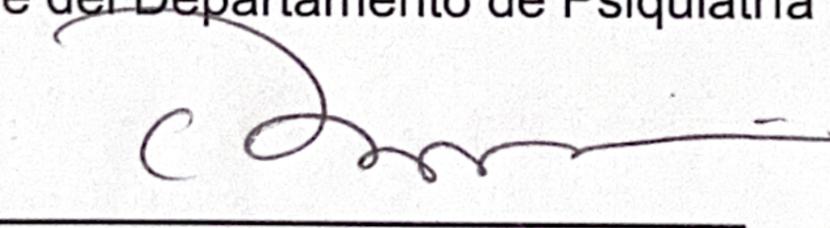
Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe

Coordinador de investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano

Jefe del Departamento de Psiquiatría



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de estudios de posgrado

# DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

*A Mario y Lizzy, mis padres, sin quienes no hubiera llegado hasta aquí.*

*A Mauricio, por ser mi apoyo incondicional.*

*A todos mis compañeros de generación, que hicieron de estos cuatro años una experiencia inolvidable.*

*Al Dr. Abraham López, mi terapeuta y un gran ejemplo a seguir.*

# INDICE

## Contenido

<b><i>CAPÍTULO I</i></b> .....	<b>8</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>8</b>
<b><i>CAPÍTULO II</i></b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>9</b>
Epidemiología mundial del trastorno depresivo mayor.....	9
Epidemiología de la depresión en México.....	10
Trastornos de ansiedad comórbidos en depresión mayor.....	11
Conducta suicida y ansiedad .....	14
Justificación .....	16
<b><i>CAPITULO III</i></b> .....	<b>17</b>
<b>HIPÓTESIS</b> .....	<b>17</b>
Pregunta de investigación .....	17
<b><i>CAPITULO IV</i></b> .....	<b>17</b>
<b>OBJETIVO</b> .....	<b>17</b>
Objetivo secundario.....	17
<b><i>CAPITULO V</i></b> .....	<b>18</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
Metodología.....	19
Población de estudio.....	19
Muestra y muestreo .....	20
Criterios de inclusión y exclusión.....	20
Análisis estadístico.....	21
Aspectos éticos.....	21
Escala y Criterios de Evaluación .....	22
<b><i>CAPITULO VI</i></b> .....	<b>27</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
Descripción de la Muestra .....	27
Niveles de Ansiedad.....	30
Riesgo de Suicidio .....	34
Gráficos y tablas .....	39
<b><i>CAPITULO VII</i></b> .....	<b>44</b>
<b>DISCUSION</b> .....	<b>44</b>
<b><i>CAPITULO VIII</i></b> .....	<b>45</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>45</b>

<b><i>CAPITULO IX</i></b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>48</b>
<b><i>CAPITULO X</i></b> .....	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>50</b>
<b><i>CAPITULO XI</i></b> .....	<b>54</b>
<b>RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO</b> .....	<b>54</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos demográficos y clínicos de la muestra total.....	39
Tabla 2: Datos demográfico según la severidad de la ansiedad.....	41
Tabla 3: Diagnóstico primario, secundario y terciario según la severidad de la ansiedad.....	42
Tabla 4: Características demográficas y clínicas según el riesgo de suicidio por la entrevista MINI.....	43

## INDICE DE FIGURAS

Gráfico 1.....	40
Gráfico 2.....	42

# CAPÍTULO I

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el impacto de la ansiedad comórbida en la severidad y la ideación suicida en pacientes con Trastorno depresivo mayor en población mexicana.

**Métodos:** Este estudio retrospectivo incluyó a 263 pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor según los criterios del DSM-IV y DSM-5, evaluados en dos instituciones psiquiátricas. Se recopilaron y analizaron datos sobre características sociodemográficas, historia clínica, trastornos de ansiedad comórbidos y presencia de ideación suicida. La severidad de la ansiedad se evaluó mediante la escala impresión clínica global, y el riesgo de suicidio se midió a través de la sección de riesgo suicida de la entrevista MINI. Se realizaron análisis estadísticos para comparar los niveles de ideación suicida entre pacientes con distintos grados de ansiedad.

**Resultados:** Los pacientes con niveles más altos de ansiedad mostraron una mayor severidad de los síntomas depresivos y un mayor riesgo de ideación suicida. Las mujeres presentaron niveles más altos de ansiedad en comparación con los hombres. Además, se observó una correlación positiva entre la severidad de la ansiedad y la frecuencia de indicadores de riesgo suicida.

**Conclusiones:** La comorbilidad de ansiedad en pacientes con TDM intensifica la severidad clínica y es un predictor

significativo de ideación suicida, especialmente en mujeres. Este estudio destaca la importancia de evaluar los síntomas de ansiedad en el manejo del TDM y abordar su manejo.

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCION**

#### **Epidemiología mundial del trastorno depresivo mayor.**

El trastorno depresivo mayor (TDM) es un padecimiento caracterizado por al menos un episodio depresivo con una duración de al menos dos semanas y el cual involucra un estado de ánimo triste, disminución en la capacidad de experimentar placer, alteraciones en el sueño, apetito y cognición, ideas de muerte, entre otros síntomas, según la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5° edición (DSM-5) (American Psychiatric Association , 2014).

El TDM es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (Seedat, 2009) y afecta al 6% de la población adulta en todo el mundo cada año (Bromet, 2011). Entre todas las condiciones médicas, el TDM es el segundo principal contribuyente a las enfermedades de curso crónico que puede medirse en “años vividos con discapacidad” (Vos, 2015). Además, se asocia con un mayor riesgo de padecer distintas condiciones médicas como lo son la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (Whooley, 2013).

Este trastorno conlleva un mayor riesgo de muerte por suicidio. Se estima que, de los 800,000 casos de suicidio por año en el mundo, más del 50% se asocian a un episodio depresivo (World Health Organization, 2016) y quienes padecen TDM tienen casi veinte veces más probabilidades de morir por suicidio en comparación con la población general (Chesney, 2014).

### **Epidemiología de la depresión en México.**

Según datos obtenidos por medio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en 2001 y 2002, 9.2% de la población entre 18 y 65 años ha presentado un trastorno depresivo en la vida. La prevalencia anual de depresión en México es de 4.8% en la población entre 18 y 65 años, siendo superada únicamente por los trastornos de ansiedad con una prevalencia anual de 6.8% (Medina-Mora M. E., 2007)

La mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes los 21 años (Medina-Mora M. E., 2007). Acorde con datos arrojados por la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes, el 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año, con un 57.4% de estos casos calificados como graves (Benjet, 2009).

## **Trastornos de ansiedad comórbidos en depresión mayor.**

De acuerdo con el DSM-5, los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y ansiedad excesiva y alteraciones conductuales asociadas a esto, como evitación, pensamiento catastrófico o conductas de huida. Se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del ser humano por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados.

Un episodio de depresión mayor con ansiedad comórbida, comúnmente referido como "depresión ansiosa", presenta características clínicas y demográficas que lo distinguen de la depresión sin síntomas de ansiedad. Dentro del proyecto STAR\*D se encontró que la prevalencia de depresión ansiosa en los participantes con diagnóstico de TDM fue del 46% (Fava M. R.-W., 2006).

Dentro de la clasificación de un episodio depresivo mayor se encuentra el especificador "con ansiedad". Lo cual, citando al DSM-5, se define como la presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o distimia:

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. Siente que podría perder el control de sí mismo.

La gravedad siendo: (1) leve, si dos síntomas se encuentran presentes, (2) moderado, con tres síntomas, (3) moderado-severo, con cuatro o cinco síntomas, (4) grave, si hay cuatro o cinco síntomas más agitación motora. (American Psychiatric Association, 2014)

Los pacientes con depresión ansiosa suelen tener un curso clínico más severo y una respuesta al tratamiento significativamente más pobre en comparación con aquellos con depresión no ansiosa. Según el proyecto STAR\*D, los pacientes con depresión ansiosa tienen mayor probabilidad de ser mujeres, de mayor edad, desempleadas y con niveles educativos más bajos. Además, es más común encontrar un historial psiquiátrico familiar y antecedentes de traumas infantiles en estos pacientes. También se ha encontrado que los pacientes con depresión ansiosa tienen un riesgo más elevado de ideación suicida y de haber intentado suicidarse previamente, en comparación con aquellos que padecen depresión sin ansiedad (Choi, 2020).

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que los pacientes con esta comorbilidad presentan más episodios depresivos recurrentes, mayor discapacidad funcional y un mayor riesgo de suicidio. Por ejemplo, se ha reportado que un 55% de los pacientes con depresión ansiosa experimentan ideación suicida, comparado con un 41.6% en pacientes con depresión sin ansiedad (Fava M. R.-W., 2006).

A nivel de tratamiento, la depresión ansiosa ha mostrado tasas de remisión más bajas y una menor respuesta a los tratamientos tradicionales, lo que destaca la importancia de desarrollar enfoques terapéuticos más específicos para esta población.

Fava et al., en ocho estudios abiertos con fluoxetina a 8 semanas, reportaron resultados menos favorables en pacientes con depresión mayor asociado a cualquier trastorno de ansiedad (Fava M. U., 1997). Davidson et al., en cinco estudios diferentes, en los cuales se comparó venlafaxina y fluoxetina con una muestra de 1,454 pacientes, no encontraron diferencias en la respuesta a tratamiento en pacientes con altos niveles de ansiedad en comparación con aquellos pacientes con niveles más bajos (Davidson, 2002).

El estudio STAR\*D (Trivedi, 2006) con 2,876 pacientes con diagnóstico de depresión mayor, mostró que aquellos pacientes con mayores niveles de ansiedad tuvieron una menor respuesta y/o remisión durante el tratamiento con escitalopram. La diferencia en la respuesta al tratamiento entre los pacientes ansiosos y los no ansiosos fue de 41.7% y 52.8% respectivamente. En este mismo estudio, en 1,292 pacientes que no alcanzaron la remisión o fueron intolerantes al citalopram, cuando se aumentaba la dosis del fármaco o este era sustituido por otro antidepresivo, los pacientes con síntomas ansiosos respondieron menos que aquellos sin ansiedad. De igual modo, los pacientes ansiosos presentaron una mayor cantidad e intensidad de

efectos colaterales que los pacientes no ansiosos, y descontinuaron el tratamiento con mayor frecuencia debido a intolerancia de este (19.2% vs 14.6%) (Trivedi, 2006).

En contraste, tres metaanálisis que evaluaron el criterio de ansiedad somática de la escala HAM-D (Escala de depresión de Hamilton, por sus siglas en inglés) no lograron encontrar diferencias en cuanto a la respuesta a tratamiento con antidepresivos en pacientes ansiosos y no ansiosos. Tollefson et al., en estudios controlados, tampoco encontraron diferencias en la respuesta, remisión o discontinuación de la farmacoterapia en 3,183 pacientes que recibieron fluoxetina al ser comparados con aquellos que recibieron antidepresivos tricíclicos. Otros estudios meta-analíticos han mostrado resultados similares con otros antidepresivos (Papakostas, 2007). Un metaanálisis con diez estudios controlados contra placebo con antidepresivos de segunda generación en la depresión de inicio tardío no demostró diferencias entre los pacientes con y sin síntomas ansiosos (Nelson, 2008).

### **Conducta suicida y ansiedad**

La conducta suicida es altamente prevalente en pacientes con trastornos afectivos. La tasa de suicidio puede ser tan alta como del 15-20% (Petersen, 2005).

Como ha sido mencionado previamente en esta introducción, la evidencia científica parece señalar que los pacientes con TDM y ansiedad comórbida tienen un mayor riesgo de suicidio. En un metaanálisis (Bostwick, 2000) los

pacientes con trastornos de ansiedad reportaron mayor ideación suicida, intentos suicidas y suicidio al ser comparados con pacientes sin estos trastornos.

Algunos estudios de seguimiento a 3 años han mostrado un riesgo cuatro veces más alto para suicidio en pacientes depresivos con trastornos de ansiedad comórbidos al ser comparados con aquellos sin estos trastornos (Cogle, 2009) (Bolton, 2010). Sin embargo, otros estudios de seguimiento han fallado en mostrar estas diferencias.

Un estudio prospectivo con 667 pacientes con trastornos afectivos (504 con depresión mayor) evaluó la evolución en dos grupos: aquellos con trastornos de ansiedad comórbidos (n=229) y aquellos sin estos (n=438). Los pacientes fueron evaluados hasta por 24 meses. El sexo femenino, los intentos suicidas previos y puntajes altos de hostilidad se asociaron a futuros intentos suicidas. Los autores concluyeron que los trastornos de ansiedad comórbidos no fueron un factor de riesgo para los intentos suicidas (Sala, 2012).

En línea con estos hallazgos, un estudio reciente en jóvenes de la comunidad encontró que ciertos subtipos de ansiedad, en particular los síntomas de pánico son predictores robustos de depresión e ideación suicida en la adolescencia tardía (Barzilay, 2020). Asimismo, otro estudio identificó que síntomas individuales de ansiedad, como la preocupación excesiva, la falta de sueño y la interferencia de la ansiedad en las actividades diarias, son predictores significativos del

desarrollo de ideación suicida y tentativas de suicidio a lo largo de 18 meses en adolescentes (Busby Grant, 2023). Estos estudios refuerzan la importancia de monitorear los síntomas específicos de ansiedad como indicadores de riesgo para futuras conductas suicidas en población de adolescentes.

### **Justificación**

La prevalencia anual del TDM en México es de 5.3% (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, & Gobierno de México, 2022). Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) el TDM sigue siendo uno de los principales problemas de salud mental en el país, afectando de manera desproporcionada a mujeres y personas jóvenes (Medina-Mora M. E., 2003)

Dado que la ansiedad y los trastornos de ansiedad comórbidos, pese a controversias existentes en la literatura, parecen ser factores de riesgo para una mayor severidad de la enfermedad, una menor respuesta al tratamiento, tendencia a la cronicidad y tasas más altas de ideación y riesgo suicida, realizamos este estudio retrospectivo naturalístico en pacientes con TDM.

## **CAPITULO III**

### **HIPÓTESIS**

La ansiedad es un factor agravante de la depresión mayor y la ideación suicida en nuestra población.

#### **Hipótesis nula**

La ansiedad no es un factor agravante de la depresión mayor y la ideación suicida en nuestra población.

#### **Pregunta de investigación**

¿La ansiedad y los trastornos de ansiedad comórbidos son factores de riesgo asociados la evolución y riesgo suicida de la depresión mayor en nuestra población?

## **CAPITULO IV**

### **OBJETIVO**

Estudiar el riesgo suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor con niveles altos de ansiedad y trastornos de ansiedad comórbidos.

#### **Objetivo secundario**

Estudiar la prevalencia de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y depresión en población mexicana.

Estudiar a la ansiedad y los trastornos de ansiedad comórbidos como factores de riesgo asociados a la

respuesta y evolución al tratamiento farmacológico en pacientes con TDM en población mexicana.

Comparar los resultados de nuestro estudio con los reportes de la literatura sobre factores de riesgo para una mala respuesta a tratamiento en pacientes con depresión.

## **CAPITULO V**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Es un estudio retrospectivo, comparativo y naturalístico, donde las variables de interés para el estudio han sido clasificadas en una de las siguientes categorías:

- Sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, lugar de nacimiento, tipo de vivienda, residencia actual, número de hijos, seguridad social.
- Antecedentes médicos: Antecedentes familiares o personales de alguna enfermedad psiquiátrica, antecedentes familiares de internamientos en un hospital psiquiátrico, antecedentes familiares de intentos de suicidio, comorbilidades no psiquiátricas, antecedente y número de internamientos previos, antecedente y número de intentos de suicidio previos.
- Diagnóstico: Diagnóstico(s) psiquiátrico(s) al momento de la consulta, edad al diagnóstico, duración de la enfermedad, severidad de la enfermedad, edad

de la presentación del primer episodio depresivo, duración del primer episodio, número de episodios depresivos.

- Tratamiento: Terapéutica farmacológica y no farmacológica previa y actual empleada.

## **Metodología**

1. Selección de casos de nuestras bases de datos de pacientes con TDM.
2. Alimentación de la base de datos en Excel.
3. Análisis estadístico

## **Población de estudio**

Pacientes con diagnóstico primario de TDM (DSM-IV, DSM-5), con datos obtenidos del 2002 a 2022, evaluados en los siguientes sitios:

- Clínica de Ansiedad y Depresión del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Dr. Eleuterio González de la UANL
- Instituto de Información e Investigación en Salud Mental AC
- Consulta privada del Dr. Med. José Alfonso Ontiveros y Sánchez de la Barquera.

## **Muestra y muestreo**

La base de datos de la Clínica de Investigación en Ansiedad y Depresión del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario cuenta con al menos 2500 pacientes.

La base de datos del Instituto de Información e Investigación en Salud Mental AC cuenta con al menos 500 pacientes

Las bases de datos del Dr. Ontiveros cuenta con 400 pacientes aproximadamente.

De estos 3500 pacientes se seleccionarán los expedientes que cumplan con los criterios de inclusión de este estudio.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico primario de TDM acorde a los criterios del DSM-IV y DSM-5.
- Pacientes mayores de 18 años.

Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o II.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos o delirantes.
- Pacientes con algún trastorno neurológico, médico relevante o demencial que pueda obscurecer el diagnóstico.

## **Análisis estadístico**

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtuvo de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Las variables fueron segmentadas según los factores de interés establecidos en los objetivos, y contrastados mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student o U de Mann Whitney según distribución) y para proporciones (prueba Z) a una confiabilidad del 95%; la búsqueda de correlación y asociación se realizó mediante los test de Pearson o Spearman (según distribución) y Chi<sup>2</sup> respectivamente, a la misma confiabilidad del 95%.

## **Aspectos éticos**

Esta investigación no pone en riesgo a los sujetos involucrados ya que es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Los datos y documentos fuente se encuentran en la base de datos del Dr. Med José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera y fueron manejados con discreción y confidencialidad. Sólo puede ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente (México). Se prevalece el criterio de respeto, dignidad y confidencialidad en los derechos de los

pacientes, de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, y con la Ley General de Salud, Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo 1, disposiciones comunes Artículo 13 y 14.

### **Escalas y Criterios de Evaluación**

Cabe señalar que la muestra a evaluar es de carácter heterogéneo por su antigüedad y se respetaron los criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor empleados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales 4ta y 5ta edición (DSM-IV o DSM-5).

Los pacientes contaban con escalas de evaluación para el TDM como la Escala de Hamilton para Depresión (HAM-D), Escala de Montgomery-Asberg para depresión (MADRS), Impresión clínica global de severidad (ICG-S) y de mejoría (ICG-M), Inventario de Beck para Depresión, Symptom Check List 90 (SCL-90), MINI entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Todas ellas se registraron en las bases de datos y salvo la ICG, todas ellas cuentan con preguntas específicas sobre ideación suicida. Los pacientes que han participado en proyectos de investigación de la industria farmacéutica suelen contar con la escala CSSR-S.

### **Evaluación de niveles de ansiedad y comorbilidad con trastornos de ansiedad**

La presencia de ansiedad y su severidad fue evaluada mediante la escala de Impresión clínica global de severidad

(ICG-S). Se tomaron en cuenta la puntuación en los ítems que abordan la presencia y nivel de ansiedad en las siguientes escalas de depresión:

HAM-D: Ítems 9, 10 y 11 de la escala - agitación psicomotora, ansiedad psíquica y ansiedad somática.

MADRS: Ítem 3 - tensión interior.

Asimismo, según los datos clínicos e historia de enfermedad de cada paciente se realizó el diagnóstico clínico de algún trastorno de ansiedad siguiendo los criterios del DSM-IV y 5.

M.I.N.I.: Se empleó en pacientes que cuenten con dicha escala para confirmar un diagnóstico de trastorno de ansiedad.

### **Riesgo de suicidio**

Emplearemos el resultado del segmento Riesgo de Suicidio de la entrevista MINI para diagnosticar y evaluar en forma retrospectiva el riesgo suicida en nuestra población de pacientes con TDM.

### **Escala de Hamilton para Depresión (HAM-D)**

La escala de HAM es una escala publicada por primera vez en 1960 por Max Hamilton en el Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. Fue ideada para su uso exclusivo en pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo, ayudando a cuantificar los resultados obtenidos en la entrevista con el paciente.

Consiste en 17 variables, las cuales son calificadas en una escala de 5 o 3 puntos, está última siendo usada cuando la cuantificación de la variable es difícil o imposible. La intensidad o frecuencia del síntoma la determina el entrevistador según su criterio clínico. Su valor clínico depende de la habilidad clínica del entrevistador para elicitar la información necesaria. (Hamilton, 1960) *Anexo 1*

### **Escala de Montgomery-Asberg para depresión (MADRS)**

Creada por Stuart A. Montgomery y Marie Asberg, publicada por primera vez en *The British Journal of Psychiatry* en 1979. Su propósito es brindar una escala con sensibilidad y especificidad al cambio sintomatológico durante el tratamiento de pacientes deprimidos.

La selección de las variables para esta nueva escala se basó en el estudio de los resultados obtenidos al aplicar la *Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)*. Identificando los 17 síntomas más comunes en pacientes deprimidos (70% de ocurrencia), la suma de los cuales fue utilizada como un estimado preliminar en la severidad de la enfermedad. Esto se correlacionó con los resultados obtenidos mediante la *HAM-D* de estos pacientes. Los ítems finales fueron seleccionados con base en dos estimaciones de sensibilidad: el cambio promedio en las puntuaciones (valores absolutos) después de cuatro semanas de tratamiento y la correlación entre el cambio en cada ítem y

el cambio general en la escala preliminar de 17 ítems. La escala final consistiendo en 10 ítems.

La evaluación de esta escala se basa en la entrevista clínica donde se abordan cada uno de los ítems de manera detallada con el paciente, otorgando puntuaciones del 0 al 6 para cada uno de los ítems. (Montgomery, 1979) *Anexo 2*

### **Escala de impresión clínica global (ICG)**

La escala de Impresión Clínica Global (ICG) fue creada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) para su uso en ensayos clínicos con el fin de ofrecer una evaluación breve desde la visión del clínico sobre el funcionamiento global del paciente antes y después del inicio de un tratamiento. El ICG proporciona una medida resumida que tiene en consideración toda la información disponible, incluyendo el historial del paciente, las circunstancias psicosociales, los síntomas, el comportamiento y el impacto de estos síntomas en la capacidad del paciente para funcionar.

El ICG consta de dos medidas complementarias de un solo ítem que evalúan lo siguiente: (a) la gravedad de la psicopatología de 1 a 7 y (b) el cambio desde el inicio del tratamiento en una escala similar de siete puntos.

En la práctica, el ICG captura impresiones clínicas que van más allá de simples listas de verificación de síntomas. Es fácil de entender y puede ser utilizado con relativa facilidad por clínicos que no son investigadores. La evaluación del

ICG se realiza sin tener en cuenta la creencia del clínico de que los cambios clínicos se deben o no a la medicación, ni considera la etiología de los síntomas.

El ICG tiene dos componentes: el ICG-Severidad, que evalúa la gravedad de la enfermedad, y el ICG-Mejoría, que evalúa el cambio desde el inicio del tratamiento.

El ICG-Severidad (ICG-S) formula al clínico una sola pregunta: "Considerando tu experiencia clínica total con esta población en particular, ¿cuán enfermo mentalmente está el paciente en este momento?", que se califica en escala de siete puntos: 1=normal, no en absoluto enfermo; 2=límite de enfermedad mental; 3=ligeramente enfermo; 4=moderadamente enfermo; 5=marcadamente enfermo; 6=severamente enfermo; 7=entre los pacientes más extremadamente enfermos.

Esta calificación se basa en los síntomas observados e informados, el comportamiento y la función en los últimos siete días. Es claro que los síntomas y el comportamiento pueden fluctuar durante una semana; la puntuación debe reflejar el nivel promedio de gravedad durante esos siete días.

El ICG-Mejoría (ICG-I) es igualmente simple en su formato. Cada vez que se ve al paciente después de iniciar la medicación, el clínico compara el estado clínico general del paciente con el período de una semana antes de comenzar el uso de medicación. La puntuación del ICG-S obtenida en la visita de línea de base sirve como una buena base para

realizar esta evaluación. Nuevamente, solo se califica la siguiente consulta en una escala de siete puntos: "Comparado con el estado del paciente al ingreso al proyecto [antes de iniciar la medicación], el estado de este paciente es: 1=mucho mejorado desde el inicio del tratamiento; 2=mucho mejorado; 3=mejorado mínimamente; 4=sin cambio desde la línea de base (el inicio del tratamiento); 5=peor mínimamente; 6=mucho peor; 7=muy peor desde el inicio del tratamiento."

La puntuación del ICG-I generalmente sigue la del ICG-S, de modo que la mejoría en uno sigue al otro. (Busner, 2007)

*Anexo 3*

## **CAPITULO VI**

### **RESULTADOS**

#### **Descripción de la Muestra**

A continuación se describen los datos demográficos y clínicos de la totalidad de la muestra (n = 263), los cuales se pueden encontrar resumidos en la **Tabla 1** del apartado *Gráficas y Tablas*.

#### **Edad**

La muestra consistió en 263 pacientes con un rango de edad entre 18 y 91 años, teniendo una media de 52.16 años (DE = 17.23).

#### **Distribución por sexo**

La mayoría de los participantes fueron mujeres, representando el 61.22% de la muestra (n = 161), mientras que los hombres constituyeron el 38.78% (n = 102).

### **Total de años de estudio**

Los pacientes reportaron entre 0 y 21 años de estudio, con una media de 10.33 años (DE = 5.04).

### **Lugar de Residencia**

Los pacientes provenían de varios municipios, principalmente de Monterrey, Nuevo León, de donde eran el 66.92% (n = 176). Otros municipios representados incluyen San Nicolás de los Garza (11.41%, n = 30) y Guadalupe (7.22%, n = 19), mientras que localidades como San Pedro Garza García y Santa Catarina tuvieron una representación menor, con el 3.80% cada uno.

### **Estado Civil**

La mayoría de los participantes estaban casados (51.71%, n = 136), seguidos por solteros (17.49%, n = 46) y viudos (15.59%, n = 41). Otros estados civiles incluyeron separados (5.70%, n = 15), divorciados (4.18%, n = 11), y aquellos en unión libre (2.66%, n = 7).

### **Religión y Ocupación**

En términos de afiliación religiosa, el 81.4% se identificaron como católicos (n = 214), y un 11% no especificó su religión (n = 29). Minorías incluyeron Testigos de Jehová (1.9%, n =

5), cristianos (1.9%, n = 5), ateos (1.5%, n = 4), y evangélicos (1.1%, n = 3).

En cuanto a ocupación, el 36.1% de los pacientes eran dependientes o desempleados (n = 95), y el 49% no especificaron su ocupación (n = 129), mientras que un 5.3% trabajaban como oficinistas o técnicos (n = 14).

### **Número de Episodios Depresivos Previos**

Los pacientes reportaron de 1 a 9 episodios depresivos previos, con una media de 1.23 episodios (DE = 1.53).

### **Edad de Inicio del Primer Episodio Depresivo**

La edad de inicio del primer episodio depresivo osciló entre los 8 y los 96 años, con una media de 43.78 años (DE = 19.05).

### **CGI-S (Severidad de la Depresión)**

En la severidad de la depresión medida mediante la escala CGI-S se obtuvo un rango de puntuaciones de 2 a 8, con una media de 4.71 (DE = 0.78).

### **Diagnóstico Primario**

El diagnóstico más común fue el TDM recurrente (58.2%, n = 153), seguido por el TDM episodio único (41.8%, n = 110).

### **Diagnóstico Secundario**

El 90.1% de los pacientes (n = 237) no presentaron un diagnóstico secundario. Entre los diagnósticos secundarios

más comunes estuvieron la fobia social (1.9%, n = 5) y el trastorno de ansiedad generalizada (1.1%, n = 3). El trastorno de pánico con agorafobia, distimia primaria y trastorno narcisista de la personalidad afectó al 0.8% en cada caso (n = 2 en cada grupo). Otros diagnósticos como Duelo y Abuso de alcohol fueron menos frecuentes, afectando al 0.4% de los pacientes (n = 1 por cada diagnóstico).

### **Diagnóstico Terciario**

En cuanto a diagnósticos terciarios, el 98.9% (n = 260) no presentaron ninguno, y solo algunos presentaron trastorno de ansiedad generalizada (0.8%, n = 2) y distimia (0.4%, n = 1).

### **Niveles de Ansiedad**

A continuación se describen los datos demográficos y clínicos de acuerdo con los niveles de ansiedad.

### **Incidencia por género**

Los niveles de ansiedad, clasificados en leve, moderada, moderada/marcada y severa, se distribuyeron según el sexo de la siguiente manera: en el grupo de ansiedad leve, el 50% eran mujeres y el 50% hombres; en el grupo moderado, el 57.81% eran mujeres. En el grupo moderado/marcado, el 62.05% eran mujeres y el 37.95% hombres. En el grupo severo, el 80% eran mujeres y el 20% hombres (Gráfica 1).

## **Estado civil**

En el grupo leve, el 66.67% de los pacientes eran casados, mientras que aquellos que eran solteros, viudos, y estado civil no determinado fueron el 11.11% cada uno. En el grupo moderado, el 46.88% eran casados, el 15.63% solteros, el 25% viudos, y el 3.13% separados o divorciados. En el grupo moderado/marcado, el 53.61% eran casados, el 17.47% solteros, y el 11.45% viudos. En el grupo severo, el 33.33% eran casados, el 33.33% solteros, y el 26.67% viudos.

## **Religión**

En el grupo leve, el 72.22% de los pacientes eran católicos, el 5.56% cristianos, el 5.56% evangélicos, y el 16.67% sin religión. En el grupo moderado, el 81.25% eran católicos, el 3.13% cristianos, y el 9.38% sin religión. En el grupo moderado/marcado, el 81.33% eran católicos, el 11.45% sin religión. En el grupo severo, el 93.33% eran católicos, y el 6.67% sin religión.

## **Ocupación**

En el grupo leve, el 38.89% de los pacientes eran desempleados o dependientes, mientras que el 61.1% tenían ocupación no especificada. En el grupo moderado, el 35.94% eran desempleados o dependientes, mientras que el 50% tenían ocupación no especificada. En el grupo moderado/marcado, el 34.34% eran desempleados o

dependientes, y el 48.8% ocupación no especificada. En el grupo severo, el 53.33% eran desempleados o dependientes, mientras que el 33.3% tenían ocupación no especificadas.

## **Escolaridad**

Dentro del grupo con ansiedad leve el 22.2% contaban con menos de 6 años de estudio, 16.7% estudios primarios y secundarios, 5.6% completó estudios de posgrado, mientras que el 11.1% no los terminó. El grupo con ansiedad moderada el porcentaje que contaba con estudios de licenciatura y estudios de licenciatura no terminados fue del 17.2% para cada caso. Aquellos que contaban con menos de 6 años de estudio, primaria y secundaria representaron el 15.6%, respectivamente. El 10.9% contaba con estudios de preparatoria, 6.3% no determinado y 1.6% con estudios de posgrado. El grupo con ansiedad moderada/marcada presenta el mayor porcentaje de pacientes con licenciatura con el 21.69%, así como el mayor porcentaje de pacientes con estudios secundarios o de preparatoria con 21.1% en cada caso. El grupo con ansiedad severa el 20% contaba con grado de licenciatura, estudios universitarios no terminados, menos de 6 años de estudio y estudios de preparatoria en cada caso, el 13.3% completó estudios de primaria y el 6.7% contaba con secundaria. Tabla 2.

## **Consumo de sustancias (Gráfico 2)**

### *Tabaquismo*

El porcentaje de pacientes que negaron el consumo de tabaco en el grupo con ansiedad leve fue 88.9%, en el grupo con ansiedad moderada el 85.9%, en el grupo de ansiedad moderada/marcada el 79.5% y 73.3% en el grupo de ansiedad severa.

### *Alcohol*

En el grupo de ansiedad leve el 72.2% negó el consumo de alcohol, el 76.6% en el grupo de ansiedad moderada, el 75.9% en el grupo de ansiedad moderada/marcada y 80% en el grupo de ansiedad severa.

### *Cafeína*

El 61.1% negó su consumo en el grupo de ansiedad leve, 57.8% en el grupo de ansiedad moderada, 70.5% en el grupo de ansiedad moderada/marcada y 66.7% en el grupo de ansiedad severa.

### *Abuso y/o dependencia a otras sustancias*

Solo en el grupo de ansiedad moderada/marcada se reportó el abuso actual de alcohol en un 0.6% de la muestra, 0.6% para dependencia actual de sedantes/hipnóticos/ansiolíticos y 0.6% para dependencia anterior a alcohol.

### **Historia psiquiátrica familiar**

El historial familiar de depresión mayor es frecuente en todos los grupos, con un mayor porcentaje en el grupo de ansiedad leve (38.9%) seguido del grupo de ansiedad moderada/marcada (24.7%), ansiedad moderada (23.4%) y ansiedad severa (20%); el antecedente familiar de depresión mayor y alcoholismo se reportó en un 4.7% en el grupo de ansiedad moderada y 0.6% en el grupo de ansiedad moderada/severa. En los demás grupos fue del 0%.

### **Diagnósticos**

El diagnóstico primario de TDM episodio único fue más frecuente en los grupos de ansiedad leve y moderada (72.2% y 54.7% respectivamente), mientras que el diagnóstico primario de TDM recurrente fue más frecuente en los grupos de ansiedad moderada/marcada y severa (64.5% y 80% respectivamente). En cuanto a diagnóstico secundario, el grupo de ansiedad moderada/marcada mostró mayor prevalencia con el trastorno de angustia con agorafobia (0.6%), trastorno de ansiedad generalizada en el grupo de ansiedad moderada/marcada (1.8%) y fobia social (3%), mientras que en el grupo de ansiedad severa tuvo mayor prevalencia el trastorno de angustia con agorafobia (6.7%) Tabla 3.

### **Riesgo de Suicidio**

Evaluable mediante la escala MINI, el riesgo de suicidio fue alto en el 18.3% de los pacientes (68.8% mujeres),

moderado en el 27.8% (58.9% mujeres) y leve en el 54% (59.9% mujeres). Tabla 4.

Entre los pacientes con **riesgo alto de suicidio** (n = 48), la media (M) de edad fue de 53.13 años (DE = 16.84). El número de episodios previos varió entre 0 y 7 (M = 2.44 episodios, DE = 1.70). La edad de inicio del primer episodio depresivo fue entre los 8 y 72 años (M = 38.63 años, DE = 18.53). Tenían entre 2 y 21 años de escolaridad (M = 10.40 años, DE = 4.52). La severidad de la depresión medida mediante la CGI-S estuvo en un rango de 2 a 6 puntos (M = 4.69, DE = 0.85). En la escala MADRS para depresión hubo un puntaje total de entre 7 y 40 puntos (M = 24.85, DE = 10.22). La severidad de la ansiedad medida por la CGI fue de entre 1 y 6 puntos (M = 3.21, DE = 1.12). La puntuación total en la escala MINI para suicidio fue de 26 puntos sin variabilidad (DE = 0). En cuanto al estado civil, el 43.8% de los pacientes eran casados, el 6.3% divorciados, el 8.3% separados, el 25% solteros y el 16.7% viudos. Respecto a la religión, el 77.1% se identificaron como católicos, el 8.3% no especificaron su religión, el 6.3% se declararon ateos, el 4.2% fueron Testigos de Jehová y el 2.1% cristianos o evangélicos respectivamente. En términos de ocupación, el 45.8% reportaron ser dependientes o desempleados, el 45.8% no especificaron ocupación, el 4.2% fueron empleados no calificados o pensionados, el 2.1% empleados con calificación manual y el 2.1% oficinistas, vendedores o técnicos.

Entre los pacientes con **riesgo moderado de suicidio** (n = 73), la media (M) de edad fue de 54.07 años (DE = 17.47). El número de episodios previos varió entre 0 y 4 (M = 1.14 episodios, DE = 1.13). La edad de inicio del primer episodio depresivo fue entre los 11 y 82 años (M = 45.62 años, DE = 19.53). Tenían entre 0 y 20 años de escolaridad (M = 9.40 años, DE = 5.65). La severidad de la depresión medida mediante la CGI-S estuvo en un rango de 4 a 7 puntos (M = 4.75, DE = 0.74). En la escala MADRS para depresión hubo un puntaje total de entre 3 y 53 puntos (M = 25, DE = 12.09). La severidad de la ansiedad medida por la CGI fue de entre 1 y 6 puntos (M = 3.99, DE = 1.10). La puntuación total en la escala MINI para suicidio fue de 7 puntos sin variabilidad (DE = 0). En cuanto al estado civil, el 54.8% de los pacientes eran casados, el 2.7% divorciados, el 5.5% separados, el 17.8% solteros, el 12.3% viudos y 6.8% no determinado. Respecto a la religión, el 69.9% se identificaron como católicos, el 26% no especificaron su religión, el 1.4% fueron Testigos de Jehová y el 2.7% cristianos. En términos de ocupación, el 32.9% reportaron ser dependientes o desempleados, el 49.3% no especificaron ocupación, el 5.5% fueron empleados no calificados o pensionados, el 8.2% oficinistas, vendedores o técnicos y el 4.1% personal administrativo o propietario de empresa pequeña.

Entre los pacientes con **riesgo leve de suicidio** (n = 142), la media (M) de edad fue de 50.86 años (DE = 17.25). El número de episodios previos varió entre 0 y 9 (M = 0.87

episodios, DE = 1.45). La edad de inicio del primer episodio depresivo fue entre los 8 y 96 años (M = 44.58 años, DE = 18.81). Tenían entre 0 y 20 años de escolaridad (M = 10.80 años, DE = 4.84). La severidad de la depresión medida mediante la CGI-S estuvo en un rango de 2 a 8 puntos (M = 4.70, DE = 0.77). En la escala MADRS para depresión hubo un puntaje total de entre 2 y 49 puntos (M = 26.64, DE = 11.30). La severidad de la ansiedad medida por la CGI fue de entre 1 y 6 puntos (M = 3.82, DE = 1.19). La puntuación total en la escala MINI varió entre 3 y 9 puntos (M = 3.04, DE = 0.50). En cuanto al estado civil, el 52.8% de los pacientes eran casados, el 4.2% divorciados, el 4.9% separados, el 14.8% solteros, el 16.9% viudos y 4.9% unión libre. Respecto a la religión, el 88.7% se identificaron como católicos, el 4.2% no especificaron su religión, el 0.7% se declararon ateos, el 1.4% fueron Testigos de Jehová, cristianos o evangélicos respectivamente. En términos de ocupación, el 34.5% reportaron ser dependientes o desempleados, el 50% no especificaron ocupación, el 3.5% fueron empleados no calificados o pensionados, el 0.7% empleados con calificación manual y el 4.9% oficinistas, vendedores o técnicos o personal administrativo/propietario de pequeña empresa, respectivamente.

El valor del **coeficiente de correlación de Pearson (r)** entre el puntaje total en la escala MINI para suicidio y el nivel de ansiedad evaluado mediante el CGI (Clinical Global Impression) fue de 0.127.

El **valor de p = 0.040** sugiere que la correlación observada es estadísticamente significativa al nivel del 5% ( $p < 0.05$ ). Esto indica que es poco probable que la correlación observada entre el puntaje de suicidio y la ansiedad se deba al azar.

En la siguiente table se muestran los resultados del análisis de correlación entre el Puntaje total de la entrevista MINI sobre suicidio y el CGI Ansiedad.

		<b>CGI ansiedad</b>
	<b>Coefficiente de correlación de Pearson (r)</b>	0.127
<b>Puntaje total MINI suicidio</b>	<b>p</b>	0.4
	<b>N</b>	263

## Gráficos y tablas

Tabla 1: Datos demográficos y clínicos de la muestra total

Característica	Grupo (n=263)	N	
Edad (media ± DE)	52.16 ± 17.23		
Sexo (% mujeres)	61.22%	161	
Años de estudio (media ± DE)	10.33 ± 5.04		
Residencia %	Monterrey 66.92%	176	
	San Nicolás de los Garza 11.41%	30	
	Guadalupe 7.22%	19	
	San Pedro Garza García 3.8%	10	
	Santa Catarina 3.8%	10	
Estado civil	Casados 51.71%	136	
	Solteros 17.49%	46	
	viudos 15.59 %	41	
	Separados 5.70%	15	
	Divorciados 4.18%	11	
	Unión libre 2.66%	7	
Religión	Católicos 81.4%	214	
	No especificada 11%	29	
	Testigos de Jehová 1.9%	5	
	Cristianos 1.9%	5	
	Ateos 1.5%	4	
	Evangelicos 1.1%	3	
Ocupación	No especificada 49%	129	
	Dependientes o desempleados 36.1%	95	
	Oficinistas o técnicos 5.3%	14	
	Empleado no calificado/Pensionado 4.2%	11	
	Personal administrativo/Propietario empresa pequeña 3.8%	10	
	Empleado con calificación manual 0.8%	2	
	Gerente/Propietario empresa mediana 0.4%	1	
	Operador de maquinaria 0.4%	1	
Núm. Episodios depresivos previos (media ± DE)	1.23 ± 1.53		
Edad del primer episodio depresivo (media ± DE)	43.78 ± 19.05		
CGI-S Depresión (media ± DE)	4.71 ± 0.78		
Diagnóstico primario	T. depresivo mayor 58.2%	153	
	T. Depresivo mayor episodio único 41.8%	110	
Diagnóstico secundario	Ninguno 90.1%	237	
	Fobia social 1.9%	5	
	T. ansiedad generalizada 1.1%	3	
	T. pánico con Agorafobia 0.8%	2	
	Distimia 0.8%	2	
	T. de personalidad narcisista 0.8%	2	
	Duelo 0.4%	1	
	Abuso de alcohol 0.4%	1	
	T. de personalidad dependiente 0.4%	1	
	Agorafobia sin t. de pánico 0.4%	1	
	Diagnóstico terciario	Ninguno 98.9%	260
		T. ansiedad generalizada 0.8%	2
		Distimia 0.4%	1

Gráfica 1: Severidad de la ansiedad distribución por sexo

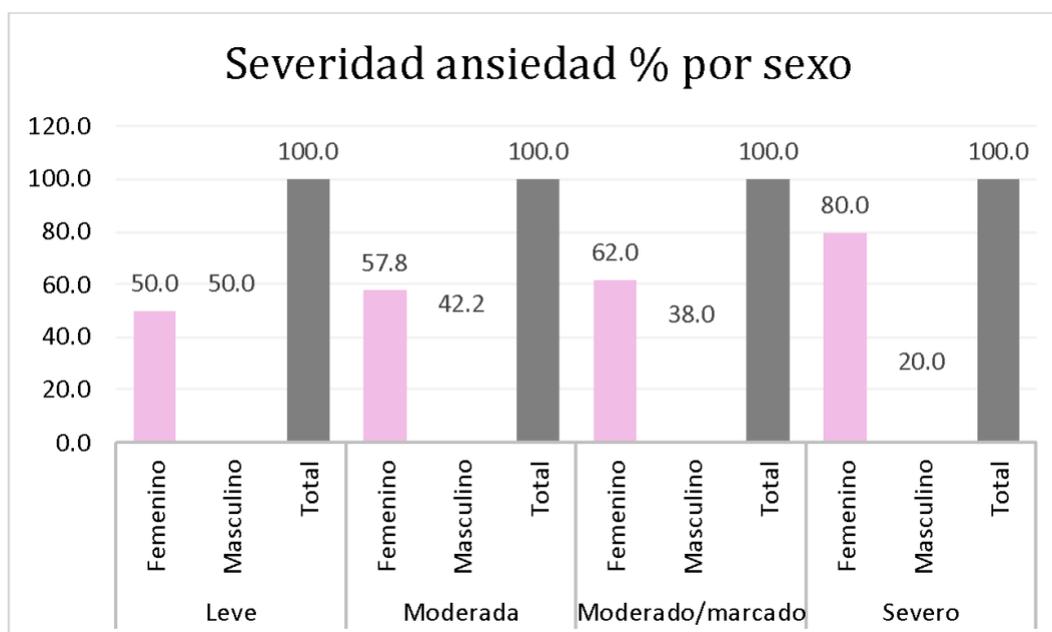


Tabla 2: Datos demográfico según la severidad de la ansiedad

Característica	Severidad de la ansiedad (CGI-S)			
	Leve (n=18)	Moderada (n=64)	Moderada/Marcada (n=166)	Severa (n=15)
<b>Estado civil</b>				
Casados	66.7%	46.9%	53.6%	33.3%
Divorciado(a)	0.0%	3.1%	4.8%	6.7%
No determinado	11.1%	1.6%	2.4%	0.0%
Separado(a)	0.0%	4.7%	7.2%	0.0%
Soltero(a)	11.1%	15.6%	17.5%	33.3%
Unión Libre	0.0%	3.1%	3.0%	0.0%
Viudo(a)	11.1%	25.0%	11.4%	26.7%
<b>Religión</b>				
Católica	72.2%	81.3%	81.3%	93.9%
Cristiana	5.6%	3.1%	1.2%	0.0%
Evangélica	5.6%	0.0%	1.2%	0.0%
Ateo	0.0%	3.1	1.2%	0.0%
No determinado	16.7%	9.4%	11.4%	6.7%
Testigo de Jehová	0.0%	3.1%	1.8%	0.0%
Bautista	0.0%	0.0%	0.6	0.0%
<b>Ocupación</b>				
Dependiente/Desempleado	38.9%	35.9%	34.3%	53.3%
Empleado con calificación manual	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%
Empleado no calificado/Pensionado	0.0%	3.1%	5.4%	0.0%
No determinado	61.1	50.0%	48.8%	33.3
Oficinista/Vendedor/Técnico	0.0%	7.8%	5.4%	0.0%
Operador de maquinaria	0.0%	0.0%	60.0%	0.0%
Personal administrativo/Propietario empresa pequeña	0.0%	3.1%	4.2%	6.7%
Gerente/Propietario empresa mediana	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%
<b>Escolaridad Máxima</b>				
Posgrado	5.6%	1.6%	3.6%	0.0%
Licenciatura	5.6%	17.2%	21.1%	20.0%
Universidad trunca	11.1%	17.2%	11.4%	20.0%
Preparatoria	11.1%	10.9%	21.7%	20.0%
Secundaria	16.7%	15.6%	21.1%	6.7%
Primaria	16.7%	15.6%	11.4%	13.3%
Menos de 6 años	22.2%	15.6%	6.0%	20.0%
No determinado	11.1%	6.3%	3.6%	0.0%

Gráfica 2: Consumo de sustancias según la severidad de la ansiedad

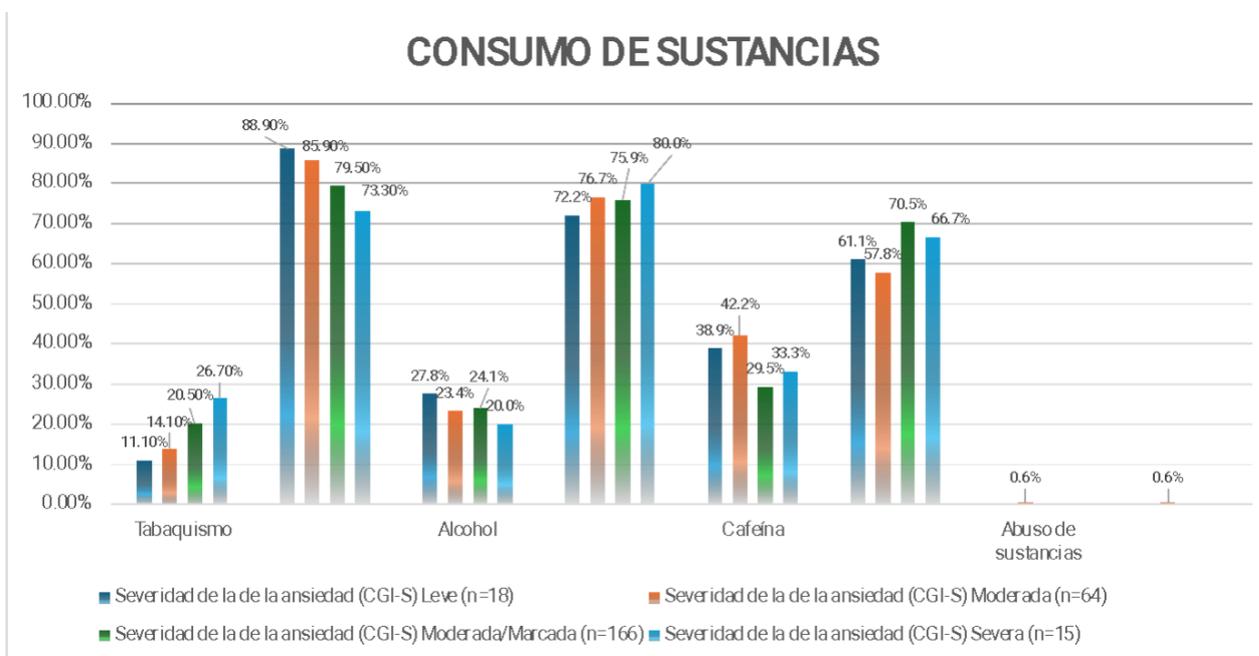


Tabla 3: Diagnóstico primario, secundario y terciario según la severidad de la ansiedad

Característica	Severidad de la ansiedad (CGI-S)			
	Leve (n=18)	Moderada (n=64)	Moderada/Marcada (n=166)	Severa (n=15)
<b>Diagnóstico primario</b>				
TDM episodio único	72.20%	54.70%	35.50%	20%
TDM recurrente	27.80%	45.30%	64.50%	80%
<b>Diagnóstico secundario</b>				
T. ansiedad generalizada	0.0%	1.6%	1.8%	0.0%
Agorafobia sin t. pánico	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%
Distimia	0.0%	1.6%	1.2%	0.0%
Fobia social	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%
T. pánico con agorafobia	0.0%	0.0%	0.6%	6.7%
T. personalidad dependiente	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%
T. Personalidad narcisista	0.0%	1.6%	0.6%	0.0%
<b>Diagnóstico terciario</b>				
T. ansiedad generalizada	0%	0%	1%	0%
Distimia	0%	0%	1%	0%

Tabla 4: Características demográficas y clínicas según el riesgo de suicidio por la entrevista MINI

Característica	Riesgo de suicidio		
	Alto (n=48)	Moderado (n=73)	Leve (n=142)
Sexo Femenino %	68.8%	58.9%	59.9%
Sexo Masculino %	31.1%	41.1%	40.1%
Edad (media ± DE)	53.13 ± 16.84	54.07 ± 17.47	50.86 ± 17.25
Núm. Episodios depresivos previos (media ± DE)	2.44 ± 1.70	1.14 ± 19.53	0.87 ± 1.45
Edad del primer episodio depresivo	38.63 ± 18.53	45.62 ± 19.53	44.58 ± 18.81
Años de estudio	10.40 ± 4.52	9.49 ± 5.65	10.80 ± 4.84
CGI-S depresión	4.69 ± 0.85	4.75 ± 0.74	4.70 ± 0.77
MADRS	24.85 ± 10.22	25 ± 12.09	26.64 ± 11.30
CGI-S ansiedad	3.21 ± 1.12	3.99 ± 1.10	3.82 ± 1.19
MINI suicidio	26 ± 0	7 ± 0	3.02 ± 0.50
Estado civil			
Casado(a)	43.80%	54.80%	52.80%
Divorciado (a)	6.30%	2.70%	4.20%
Separado(a)	8.30%	5.50%	4.90%
Solteros	25%	17.80%	14.80%
Unión libre	0%%	0%%	4.9%%
Viudos	16.70%	12.30%	16.90%
Religión			
Católica	77.10%	69.90%	88.70%
No especificada	8.30%	26%	4.20%
Ateo	6.30%	0%	0.70%
Testigo de Jehová	4.20%	1.40%	1.40%
Cristiana	2.10%	2.70%	1.40%
Evangélica	2.10%	0%	1.40%
Ocupación			
Dependientes o desempleado	45.80%	32.90%	34.50%
No especificada	45.80%	49.30%	50%
Empleado no calificado o pensionado	4.20%	5.50%	3.50%
Empleado con calificación	2.10%	0%	0.70%
Oficinista/Vendedor/Técnico	2.10%	8.20%	4.90%
Personal administrativo/Propietario de empresa pequeña		4.10%	4.90%

## **CAPITULO VII**

### **DISCUSION**

Los resultados del estudio sugieren una asociación significativa entre la ansiedad y el riesgo suicida en pacientes con TDM, apoyando la hipótesis de que la ansiedad actúa como un factor agravante en la evolución y pronóstico de la depresión. La correlación estadísticamente significativa entre el puntaje en la entrevista MINI para suicidio y el nivel de ansiedad en la CGI ( $r = 0.127$ ,  $p = 0.040$ ) destaca que los niveles altos de ansiedad se vinculan con un aumento en el riesgo de suicidio. Este hallazgo es consistente con la literatura, que ha documentado cómo la comorbilidad de ansiedad en pacientes con depresión intensifica los síntomas depresivos y aumenta el riesgo de intentos suicidas (Choi, 2020).

Además, el análisis de los datos demográficos y clínicos resalta características particulares en esta población mexicana. Por ejemplo, el predominio de mujeres en niveles severos de ansiedad y el mayor número de episodios depresivos previos en individuos con riesgo alto de suicidio sugieren un perfil específico de vulnerabilidad. Estos patrones también evidencian la importancia de un enfoque de género y de la historia clínica en el abordaje de la depresión comórbida con ansiedad.

La prevalencia de antecedentes familiares de depresión mayor en todos los niveles de ansiedad refuerza la hipótesis de que los factores hereditarios pueden influir en la

gravedad de los síntomas y en el riesgo suicida. Asimismo, los patrones en el estado civil, donde una proporción notable de los individuos con ansiedad severa se encuentra soltera/o o viuda/o, subraya la influencia potencial de factores psicosociales en la manifestación de la ansiedad en este contexto.

Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que subrayan la ansiedad como un factor agravante en la evolución de la depresión. En concordancia con el proyecto STAR\*D, nuestros resultados reafirman que los pacientes con depresión ansiosa presentan un curso clínico más severo y una respuesta al tratamiento menos favorable. Estudios como los de Cogle et al. (2009) y Bolton et al. (2010) también han reportado que la ansiedad comórbida es un predictor de conductas suicidas, respaldando la importancia de la ansiedad como factor de riesgo en la depresión.

Clínicamente, estos resultados sugieren la importancia de evaluar y tratar tanto la ansiedad como la depresión en forma conjunta para mejorar los resultados y disminuir el riesgo de suicidio en esta población.

## **CAPITULO VIII**

### **CONCLUSIONES**

Este estudio confirma que la ansiedad es un factor de riesgo significativo en la exacerbación de la depresión mayor y el riesgo de suicidio en pacientes mexicanos. La relación entre

niveles elevados de ansiedad y una mayor puntuación en la escala de riesgo suicida sugiere que los trastornos de ansiedad comórbidos deben ser evaluados y tratados de manera integral en el manejo de la depresión mayor. La prevalencia observada de comorbilidad ansiedad-depresión indica que los sistemas de salud mental deben estar preparados para un enfoque multidisciplinario y culturalmente adaptado en el tratamiento.

Además, el perfil demográfico de la muestra, caracterizado por un alto porcentaje de mujeres, casados/as y personas con baja escolaridad, refleja patrones que pueden ayudar a desarrollar intervenciones específicas y ajustadas al contexto mexicano. La intervención temprana en pacientes con ansiedad comórbida podría reducir el riesgo de suicidio y mejorar la respuesta al tratamiento antidepresivo, contribuyendo a un mejor pronóstico a largo plazo en esta población.

Este estudio contribuye a la literatura existente al proporcionar datos específicos sobre la población mexicana, mostrando que la comorbilidad de ansiedad en pacientes con depresión mayor agrava el pronóstico y aumenta el riesgo suicida, lo que es esencial para un enfoque clínico integral en el tratamiento de estos pacientes.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran su diseño retrospectivo y la heterogeneidad de la muestra en términos de edad y comorbilidades. Asimismo, el estudio se basa en

datos de escalas de auto-reporte y entrevistas estructuradas que, aunque validadas, pueden tener limitaciones en cuanto a la precisión y consistencia en la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión a lo largo del tiempo.

Este estudio abre la puerta a futuras investigaciones que podrían centrarse en intervenciones específicas para la ansiedad en el contexto de la depresión mayor, particularmente aquellas dirigidas a reducir el riesgo suicida en poblaciones de alto riesgo. Sería beneficioso realizar estudios prospectivos y controlados que permitan observar la evolución de estos pacientes en el tiempo y evaluar la efectividad de diferentes tratamientos en la reducción de la ansiedad comórbida y la ideación suicida.

# CAPITULO IX

## ANEXOS

### APPENDIX I

#### ASSESSMENT OF DEPRESSION

Item No.	Score Range	Symptom	Score
1	0-4	Depressed mood	
2	0-4	Guilt	
3	0-4	Suicide	
4	0-2	Insomnia, initial	
5	0-2	"    middle	
6	0-2	"    delayed	
7	0-4	Work and interests	
8	0-4	Retardation	
9	0-2	Agitation	
11	0-4	Anxiety, psychic	
12	0-2	"    somatic	
13	0-2	Somatic symptoms, gastrointestinal	
14	0-2	"    "    general	
15	0-4	Genital symptoms	
16	0-2	Hypochondriasis	
17	0-2	Loss of insight	
18	0-2	"    "    weight	
19	0-4	Diurnal variation	M
20	0-4	Depersonalization, etc.	E
21	0-2	Paranoid symptoms	
		Obsessional symptoms	

*Grading*

0	Absent
1	Mild or trivial
2	Moderate
3	
4	Severe

0	Absent
1	Slight or doubtful
2	Clearly present

### APPENDIX II

#### CHECK LIST OF SYMPTOMS OF DEPRESSIVE STATES

Item No.	Range of Scores	Symptom	Item No.	Range of Scores	Symptom
1	0-4	<i>Depressed Mood</i> Gloomy attitude, pessimism about the future Feeling of sadness Tendency to weep Sadness, etc . . . . . 1 Occasional weeping . . . . . 2 Frequent weeping . . . . . 3 Extreme symptoms . . . . . 4	10	0-4	<i>Anxiety, psychic</i> Tension and irritability Worrying about minor matters Apprehensive attitude Fears
2	0-4	<i>Guilt</i> Self-reproach, feels he has let people down Ideas of guilt Present illness is a punishment Delusions of guilt Hallucinations of guilt	11	0	<i>Anxiety, somatic</i> Gastrointestinal, wind, indigestion Cardiovascular, palpitations, headaches Respiratory, genito-urinary, etc.
3	0-4	<i>Suicide</i> Feels life is not worth living Wishes he were dead Suicidal ideas Attempts at suicide	12	0-2	<i>Somatic Symptoms, Gastrointestinal</i> Loss of appetite Heavy feelings in abdomen Constipation
4	0-2	<i>Insomnia, initial</i> Difficulty in falling asleep	13	0-2	<i>Somatic Symptoms, General</i> Heaviness in limbs, back, or head Diffuse backache Loss of energy and fatiguability
5	0-2	<i>Insomnia, middle</i> Patient restless and disturbed during the night Waking during the night	14	0-2	<i>Genital Symptoms</i> Loss of libido Menstrual disturbances
6	0-2	<i>Insomnia, delayed</i> Waking in early hours of the morning and unable to fall asleep again	15	0-4	<i>Hypochondriasis</i> Self-absorption (bodily) Preoccupation with health Querulous attitude Hypochondriacal delusions
7	0-4	<i>Work and Interests</i> Feelings of incapacity Listlessness, indecision and vacillation Loss of interest in hobbies Decreased social activities Productivity decreased Unable to work Stopped working because of present illness only . . . . . 4 (Absence from work after treatment or recovery may rate a lower score.)	16	0-2	<i>Loss of Weight</i> Insight Loss of insight . . . . . 2 Partial or doubtful loss . . . . . 1 No loss . . . . . 0 (Insight must be interpreted in terms of patient's understanding and background.)
8	0-4	<i>Retardation</i> Slowness of thought, speech, and activity Apathy Stupor Slight retardation at interview . . . . . 1 Obvious retardation at interview . . . . . 2 Interview difficult . . . . . 3 Complete stupor . . . . . 4	17	2-0	<i>Diurnal Variation</i> Symptoms worse in morning or evening. Note which it is.
9	0-2	<i>Agitation</i> Restlessness associated with anxiety	18	0-2	<i>Depersonalization and Derealization</i> Feelings of unreality } Specify Nihilistic ideas
			19	0-4	<i>Paranoid Symptoms</i> Suspicious Ideas of reference Delusions of reference and persecution } Not with a depressive quality Hallucinations, persecutory
			20	0-4	<i>Obsessional Symptoms</i> Obsessive thoughts and compulsions against which the patient struggles
			21	0-2	

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 134(4), 382-389.

*Item List*

1. Apparent sadness
2. Reported sadness
3. Inner tension
4. Reduced sleep
5. Reduced appetite
6. Concentration difficulties
7. Lassitude
8. Inability to feel
9. Pessimistic thoughts
10. Suicidal thoughts

1. *Apparent Sadness*

Representing despondency, gloom and despair, (more than just ordinary transient low spirits)

reflected in speech, facial expression, and posture. Rate by depth and inability to brighten up.

- 0 No sadness.
- 1
- 2 Looks dispirited but does brighten up without difficulty.
- 3
- 4 Appears sad and unhappy most of the time.
- 5
- 6 Looks miserable all the time. Extremely despondent.

2. *Reported sadness*

Representing reports of depressed mood, regardless of whether it is reflected in appearance or not. Includes low spirits, despondency or the feeling of being beyond help and without hope.

Rate according to intensity, duration and the extent to which the mood is reported to be influenced by events.

- 0 Occasional sadness in keeping with the circumstances.
- 1
- 2 Sad or low but brightens up without difficulty.
- 3
- 4 Pervasive feelings of sadness or gloominess. The mood is still influenced by external circumstances.
- 5
- 6 Continuous or unvarying sadness, misery or despondency.

3. *Inner tension*

Representing feelings of ill-defined discomfort, edginess, inner turmoil, mental tension mounting to either panic, dread or anguish.

Rate according to intensity, frequency, duration and the extent of reassurance called for.

- 0 Placid. Only fleeting inner tension.
- 1
- 2 Occasional feelings of edginess and ill-defined discomfort.
- 3
- 4 Continuous feelings of inner tension or intermittent panic which the patient can only master with some difficulty.
- 5
- 6 Unrelenting dread or anguish. Overwhelming panic.

4. *Reduced sleep*

Representing the experience of reduced duration or depth of sleep compared to the subject's own normal pattern when well.

- 0 Sleeps as usual.
- 1
- 2 Slight difficulty dropping off to sleep or slightly reduced, light or fitful sleep.
- 3
- 4 Sleep reduced or broken by at least two hours.
- 5
- 6 Less than two or three hours sleep.

5. *Reduced appetite*

Representing the feeling of a loss of appetite compared with when well. Rate by loss of desire for food or the need to force oneself to eat.

- 0 Normal or increased appetite.
- 1
- 2 Slightly reduced appetite.
- 3
- 4 No appetite. Food is tasteless.
- 5
- 6 Needs persuasion to eat at all.

6. *Concentration difficulties*

Representing difficulties in collecting one's thoughts mounting to incapacitating lack of concentration.

Rate according to intensity, frequency, and degree of incapacity produced.

- 0 No difficulties in concentrating.
- 1
- 2 Occasional difficulties in collecting one's thoughts.
- 3
- 4 Difficulties in concentrating and sustaining thought which reduces ability to read or hold a conversation.
- 5
- 6 Unable to read or converse without great difficulty.

7. *Lassitude*

Representing a difficulty getting started or slowness initiating and performing everyday activities.

- 0 Hardly any difficulty in getting started. No sluggishness.
- 1
- 2 Difficulties in starting activities.

Montgomery, S. A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389.

# CAPITULO X

## BIBLIOGRAFÍA

- Chesney, E. G. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160.
- Choi, K. W. (2020). Comorbid anxiety and depression: Clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1191, 219–235.
- Cogle, J. R.-E. (2009). Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Psychiatric Research*, 43(9), 825–829.
- American Psychiatric Association . (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Spanish Edition) DSM-5*. Médica Panamericana S.A.
- Barzilay, R. W. (2020). Association of anxiety phenotypes with risk of depression and suicidal ideation in community youth. *Depression and Anxiety*, 37(9), 851–861.
- Benjet, C. B.-M. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386–395.
- Bolton, J. M. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive

- disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44(13), 817–826.
- Bostwick, J. M. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925–1932.
- Bromet, E. H. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9,90.
- Busby Grant, J. B.-S. (2023). Specific anxiety and depression symptoms are risk factors for the onset of suicidal ideation and suicide attempts in youth. *Journal of Affective Disorders*, 327, 299–305.
- Busner, J. &. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry* , 28-37.
- Davidson, J. R. (2002). Achieving remission with venlafaxine and fluoxetine in major depression: Its relationship to anxiety symptoms. *Depression and Anxiety*, 16(1), 4–13.
- Fava, M. R.-W. (2006). What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: A replication and extension. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(13), 823–835.
- Fava, M. U. (1997). Major depressive subtypes and treatment response. *Biological Psychiatry*, 42(7), 568–576.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 134(4), 382–389.

- Medina-Mora, M. E. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* .
- Medina-Mora, M. E. (2007). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Salud Mental*, 30(1), 1-11.
- Medina-Mora, M. E. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521–528.
- Montgomery, S. A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389.
- Nelson, J. C. (2008). Efficacy of second-generation antidepressants in late-life depression: A meta-analysis of the evidence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 558–56.
- Papakostas, G. I. (2007). Efficacy of bupropion and selective reuptake inhibitors in the treatment of major depressive disorder with high levels of anxiety (anxious depression). Boca Raton, FL.
- Petersen, T. P. (2005). Empirical testing of two models for staging antidepressant treatment resistance. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(4), 336–341.
- Sala, R. G. (2012). Course of comorbid anxiety disorders among adults with bipolar disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 865–872.

- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, & Gobierno de México. (2022). *2o diagnóstico operativo de salud mental y adicciones*.
- Seedat, S. S. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785–795.
- Trivedi, M. H.-W. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\*D: Implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 28–40.
- Vos, T. B.-V. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 743-800.
- Whooley, M. A. (2013). Depression and cardiovascular disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 327-354.
- World Health Organization. (2016). *World Health Organization*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/suicide/en/>

# **CAPITULO XI**

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

Nací el 30 de septiembre de 1995 en Monterrey, Nuevo León, México. Soy la hija menor de mis padres. Mi vida transcurrió en Monterrey, donde cursé mis estudios básicos y posteriormente obtuve el título de Médico Cirujano y Partero en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el año 2019.

Desde los 15 años tuve el anhelo de estudiar medicina, impulsada por un profundo deseo de ayudar a los demás, lo cual sigue siendo una fuente de significado en mi vida. Mi pasión por las ciencias y los temas relacionados con la salud también jugaron un papel crucial en esta decisión.

Durante el último año de mi carrera en medicina, tuve la oportunidad de rotar por el servicio de Urgencias, donde el trato con pacientes con diversos diagnósticos me permitió descubrir mi vocación por la Psiquiatría. Este descubrimiento me llevó a buscar mi especialización en esta rama, en la cual he tenido el privilegio de formarme durante los últimos cuatro años.

Realicé mi servicio social durante el periodo 2019-2020 en la Unidad de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, y posteriormente fui transferida al servicio de Ginecología y Obstetricia a raíz de la pandemia de COVID-19. Este período fue desafiante y

enriquecedor, permitiéndome adaptarme a un entorno en constante cambio.

En el último año de mi especialización en Psiquiatría, tuve el privilegio de realizar una rotación en el Centro de Psiquiatría Intervencional de la Universidad de Texas en Houston. Durante esta experiencia, estuve expuesta a tratamientos innovadores y de vanguardia, diseñados específicamente para abordar trastornos psiquiátricos de manejo complejo, lo que amplió significativamente mi perspectiva clínica y fortaleció mi formación profesional.

Estoy profundamente agradecida por las oportunidades de aprendizaje y crecimiento que he tenido a lo largo de mi formación, tanto en medicina como en psiquiatría. A lo largo de este proceso, he atendido a numerosos pacientes y aprendido de maestros y colegas de gran calidad humana y profesional. Este camino no solo me ha permitido crecer como profesional, sino también como persona, ya que el contacto cercano con la experiencia emocional de otros irremediablemente nos transforma. Mi objetivo es continuar perfeccionando mis habilidades y conocimientos, siempre con el propósito de brindar un cuidado integral y humano a mis pacientes.