



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



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

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
UROLOGÍA GINECOLÓGICA

***PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y SU
RELACIÓN CON VEJIGA HIPERACTIVA***

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE SUBESPECIALISTA EN:
UROLOGÍA GINECOLÓGICA

PRESENTA:
DR. JOSÉ IGNACIO LEYVA VÁZQUEZ

INVESTIGADOR RESPONSABLE:
DRA. GUADALUPE GUERRERO REYES

ASESORES
DR. RICARDO HERNÁNDEZ VELAZQUEZ
DRA. MARTHA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

RPI: 463.2024

Ciudad de México, Enero de 2025



Tabla de contenido

Hoja de Firmas UANL.....	2
Hoja de Firmas CMN 20 de Noviembre	3
Hoja de no plagio	4
Agradecimientos	5
Glosario de abreviaturas	6
Resumen	7
Introducción.....	8
Antecedentes	9
Planteamiento del problema	15
Justificación	15
Hipótesis de trabajo	15
Objetivos Generales	16
Objetivos Específicos	16
Materiales y Métodos:	16
Diseño del estudio	16
Población	16
Universo	16
Criterios de Selección	17
Criterios de Inclusión.....	17
Criterios de exclusión	17
Criterios de eliminación	17
Metodología de muestreo.....	17
Tabla de variables	18
Aspectos éticos y legales	20
Aspectos de bioseguridad	20
Técnicas y procedimientos	21
Análisis estadístico.....	21
Resultados	22
Discusión.....	28
Conclusiones	29
Perspectivas.....	30
Limitaciones	30
Referencias Bibliográficas	31
Anexos	33

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN
CON VEJIGA HIPERACTIVA**

Aprobación de Tesis:



Dr.med. Adrián Gutiérrez González
Profesor Urología Ginecológica

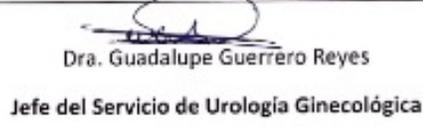
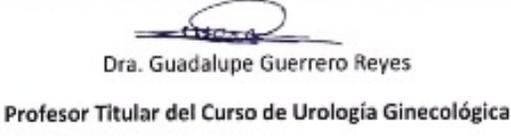
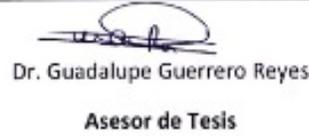


Dr.med. Adrián Gutiérrez González
Jefe del Servicio de Urología



Dr.med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Hoja de Firmas CMN 20 de Noviembre

Título de tesis: Prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva	
RPI: 463.2024	
 Dr. Arnaldo Raúl Esperza Ávila Subdirector de Enseñanza e Investigación	
 Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano Encargado de la Coordinación de Investigación	
 Dr. Eduardo Cárdenas Cárdenas Encargado de la Coordinación de Enseñanza	
 Dra. Guadalupe Guerrero Reyes Jefe del Servicio de Urología Ginecológica	
 Dra. Guadalupe Guerrero Reyes Profesor Titular del Curso de Urología Ginecológica	
 Dra. Guadalupe Guerrero Reyes Asesor de Tesis	
 Dr. Ricardo Hernández Velázquez	 Dra. Marta Georgina D'hoja Madrigal
Asesores de Tesis	
 Dr. José Ignacio Leyva Vázquez Tesista	





DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO
TESIS PARA TITULACIÓN

La vulneración de los derechos de autor es un delito contra la propiedad de intelectual catalogado como plagio, el cual puede tener graves consecuencias, como la anulación de la matrícula y la anulación del título. y, por consiguiente, puede ser sancionada.

La adopción de ideas ajenas vertidas en un texto y presentarlas en uno propio se califica como plagio o robo de propiedad intelectual, el cual puede ser por copiar directamente, por hacer una traducción y no indicarla como tal o tomar una idea ajena sin indicar su bibliografía, lo cual va en contra del código de honor de la ciencia.

Bajo protesta de decir verdad los firmantes al calce de este documento declaramos lo siguiente:

- 1. Se realizó revisión de la bibliografía publicada en la literatura nacional e internacional, seleccionando la considerada apropiada para respaldar el conocimiento científico en el que se basa la tesis titulada.

Prevalencia de ansiedad y depresión
y su relación con vejez hiperactiva

y esta bibliografía fue citada apropiadamente en el texto.

- 2. Los hallazgos de la investigación fueron contrastados con la información científica publicada, la cual fue debidamente citada en el texto.
- 3. Para la divulgación de la información científica, nos conduciremos en todo momento protegiendo los derechos de autor, en términos de los artículos 1, 18 y 19 y demás disposiciones aplicables a la ley federal de derechos de autor, así como de su reglamento.

Nombre y firma autógrafa del tutor Guadalupe Guerrero Reyes
Nombre y firma autógrafa del Médico Residente tesista José Ignacio Leyva Vazquez
Nombre y firma autógrafa del Jefe de Servicio Guadalupe Guerrero Reyes
Fecha de entrega de tesis febrero 2025

El llenado de este documento deberá ser realizado a mano por las personas que lo firman

Agradecimientos

A mi familia...

Nacho, Ruth, Poline y Vic por ser los pilares de mi crecimiento personal y profesional.

Por su amor incondicional en todo momento.

A Omar por la gran amistad que se generó en estos dos años

A mis maestros por su dedicación y paciencia

Gracias =.)

“No puedo cambiar la dirección del viento, pero si ajustar las vela para llegar a mi destino”

Jimmy Dean

Glosario de abreviaturas

LUTS: Síntomas del tracto urinario inferior

VHA: Vejiga Hiperactiva

IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia

IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia

ICS: Sociedad Internacional de Continencia

EPIC: estudio Epidemiológico de Incontinencia Urinaria y Comorbilidades

DSM5: Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales 5ta edición

ICIQ-OAB: Consulta Internacional sobre el Cuestionario de Incontinencia y Vejiga Hiperactiva

DASS-21: La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21

Resumen

Antecedentes: El Síndrome de Vejiga Hiperactiva (VHA) se define según la Sociedad Internacional de Continencia como la urgencia urinaria, acompañada de frecuencia y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU), en ausencia de infección del tracto urinario. En México se reporta una prevalencia de VHA en un 19%. Estos síntomas urinarios puede generar trastornos afectivos como ansiedad y depresión. En Estados Unidos se ha informado una prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con vejiga hiperactiva en un 16.9%, y principalmente asociada a la urgencia urinaria. En el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre se atienden pacientes de toda la República con esta sintomatología urinaria, sin embargo, no se conoce la prevalencia de estos trastornos afectivos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva.

Material y métodos: Estudio prolectivo, transversal, analítico, en un centro de tercer nivel. Del periodo uno de Agosto al 30 de Septiembre de 2024. Tipo de muestreo consecutivo. La muestra se conformó por 95 pacientes del sexo femenino, mayores de edad con diagnóstico de vejiga hiperactiva. Se utilizaron cuestionarios validados en español International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para vejiga hiperactiva y Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) para síntomas afectivos. Base de datos Excel 2016, prueba estadística X^2 de Pearson en el programa SPSS v25®.

Resultados: El grupo de 70-79 años se presentó en un 31.6%, con predominio de escolaridad licenciatura en 51.6%, estado civil casada en 57.9%. Los síntomas más frecuentes de VHA fueron la urgencia y la IUU en “algunas veces” con 50.5% y 47.4%. Con relación a las comorbilidades, presentaron diabetes e hiértensión en un 25.3% y 42.1% respectivamente. Del total de pacientes, 10 (10.5%) presentaron depresión y 17 ansiedad (17.9%). No se encontró significancia estadística en las asociaciones de urgencia y/o IUU y ansiedad y depresión.

Conclusiones: La depresión y la ansiedad son trastornos afectivos prevalentes en mujeres con VHA. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y con grupo control para corroborar las asociaciones entre los trastornos afectivos y VHA.

Palabras Claves: *Depresión, Ansiedad, Vejiga Hiperactiva, Urgencia urinaria*

Introducción

La asociación entre trastornos afectivos como depresión y ansiedad, y síntomas del tracto urinario se han descrito desde 1964 (1). Acorde a la Organización Mundial de la Salud estos trastornos afectivos son una causa importante de problemas de salud, con una prevalencia en Estados Unidos cerca del 18% en la población femenina. La depresión y ansiedad se caracterizan por un conjunto de síntomas que pueden derivar de una serie de condiciones crónicas incluido el síndrome de VHA. Alguna evidencia indica que los síntomas urinarios y afectivos comparten vías biológicas que pueden explicar su correlación, sin embargo, permanece desconocida (2). El impacto psicológico de la VHA se ha demostrado con su asociación con niveles elevados de depresión y ansiedad, ya que se presentan emociones específicas como vergüenza, baja autoestima y autoculpa (3).

La Vejiga Hiperactiva se definió en el año 2002 por la Sociedad Internacional de Continencia y en 2010 por la Asociación Internacional de Uroginecología, como un síndrome de síntomas de almacenamiento caracterizado por urgencia urinaria, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, acompañado de frecuencia urinaria diurna aumentada y nocturia en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología. En Estados Unidos esta patología tiene una prevalencia del 16.9% en la población femenina en todos los grupos de edad (2), en México se encontró una prevalencia del 19% (4). En el mundo se ha informado una prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con vejiga hiperactiva del 27.5% (5).

En el Centro Médico Nacional se atienden pacientes de toda la República, sin embargo, no se ha determinado el grado de relación de estos trastornos afectivos con la vejiga hiperactiva. Lo anterior con el fin de poder identificar pacientes con vejiga hiperactiva y disminuir el subregistro, así como identificar aquellas que presenten trastornos afectivos con el fin de otorgar un manejo multidisciplinario oportuno.

Antecedentes

Antecedentes Generales

Los síntomas del tracto urinario inferior (LUTS por sus siglas en inglés), tienen una alta prevalencia a nivel mundial, y es bien conocido su efecto negativo en la calidad de vida, sueño y aspecto psicosocial. En el estudio Epidemiológico de Incontinencia Urinaria y Comorbilidades (EPIC), que incluyó países de Europa, reportó una prevalencia de LUTS en mujeres >40 años del 66.6%. Por otro lado, la depresión y ansiedad presentan una prevalencia global del 16.5%, estos trastornos afectivos presentan un efecto negativo en la percepción, desarrollo y prolongación de los LUTS (1).

Los LUTS son una serie de síntomas relacionados con el tracto urinario bajo, que se originan desde la uretra, vejiga o musculatura del piso pélvico. Se clasifican en síntomas de almacenamiento y vaciamiento. Los síntomas de almacenamiento incluyen frecuencia urinaria, urgencia, nocturia, incontinencia urinaria (6).

La Vejiga Hiperactiva se definió en el año 2002 por la Sociedad Internacional de Continencia y en 2010 por la Asociación Internacional de Uroginecología, como un síndrome de síntomas de almacenamiento caracterizado por urgencia urinaria (2), con incontinencia urinaria de urgencia (VHA húmeda) o sin incontinencia (VHA seca) (7), acompañado de frecuencia urinaria diurna aumentada y nocturia (3) en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología. En Estados Unidos esta patología tiene una prevalencia del 16.9% en la población femenina en todos los grupos de edad (2), en México se encontró con una prevalencia del 19% (4).

Esta condición se incrementa con la edad, con una prevalencia a los 75 años de 31% en mujeres, la cual puede afectar de forma importante la calidad de vida tanto en el aspecto psicológico, emocional, social, físico y sexual (3); con presencia de síntomas más severos en la población femenina de hasta un 68% (4).

La nocturia se define según la ICS como la queja de despertar una o más veces por las noches para orinar, y que es precedida y seguida de sueño. En el estudio EPIC presentó una prevalencia general del 54.5% en mujeres con LUTS que incrementó hasta un 70.8% en >60 años (1). En México se encontró como síntoma más común hasta en un 81% de las pacientes con VHA (4). Como resultado, se ha identificado como un factor que incrementa el riesgo de trastornos afectivos (1).

En el mundo se ha informado una prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con vejiga hiperactiva del 27.5% (5).

Trastornos afectivos

La depresión y ansiedad son las quejas más frecuentes en psiquiatría y la primera causa de discapacidad en el mundo, además de ser reconocidos como problemas de salud pública especialmente en países en desarrollo, su detección oportuna es esencial para proveer intervenciones psicológicas (8). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 615 millones de personas sufren de estos trastornos con un costo global de \$1 trillón de dólares anuales. Dado que la prevalencia de estos trastornos parece ir incrementando, es importante que exista un instrumento psicométrico que sea fácil de usar para diagnosticar rápidamente estos trastornos (9).

Según los criterios diagnósticos del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales 5ta edición (DSM5), la depresión y ansiedad han sido clasificadas como trastornos afectivos. Estos trastornos afectivos se caracterizan por un conjunto de síntomas que pueden surgir como respuesta de una variedad de situaciones sociales o condiciones médicas crónicas como la VHA.

Los síntomas de almacenamiento son responsables de la aparición o exacerbación de problemas emocionales, psicológicos, sexuales y sociales. Este deterioro en el estado de

ánimo se observa en pacientes con VHA, sin embargo, cerca del 50% de las mujeres con esta patología no reciben tratamiento para los trastornos afectivos (2).

Existe evidencia que vincula los LUTS con depresión y ansiedad. Es importante conocer que un porcentaje de pacientes con LUTS tienen mayor probabilidad de presentar depresión e ideas suicidas. Por tanto, existe un cierto grado de morbilidad psiquiátrica, el cual tiene una implicación importante en el manejo de los pacientes con LUTS (1)

Instrumentos de medición

ICIQ

La Consulta Internacional sobre el Cuestionario de Incontinencia y Vejiga Hiperactiva (ICIQ-OAB), es un cuestionario simple, rápido y autoadministrable validado al español. Consiste en 6 preguntas. La pregunta 1 y 2 indican la fecha de nacimiento y género, la 3, 4, 5 y 6 se dividen en a y b ambas con una escala Likert. La pregunta 3a determina la frecuencia, la 4a la nocturia, la 5a la urgencia y la 6a la incontinencia urinaria de urgencia, algunas veces:leve, bastantes veces:moderado, la mayoría de las veces y siempre:severo. Los puntos b son una escala sobre el grado de molestia del síntoma, 0-3:nula o mínima, 4-6: moderada, 7-10: severa (4,10).

DASS-21

La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) fue creada por Lovibond en 1995, con el objetivo de maximizar la discriminación entre la percepción subjetiva de ansiedad y depresión (8), ayudando a cuantificar estos trastornos en la última semana previa a su evaluación (6)

Esta escala está validada en español, con una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0.92-0.95, y para cada subescala de 0.86-0.92 en caso de depresión y 0.80-0.87 en caso de ansiedad (8). Por otra parte, la fiabilidad de esta escala en la población de México reporto

0.81 para la subescala de depresión, 0.76 para la subescala de ansiedad y de 0.86 para la escala en general (11).

Es un conjunto de 3 escalas designadas para medir el estado emocional de depresión, ansiedad y estrés. Para cada una, siete preguntas fueron asignadas con una escala tipo Likert de 0 a 3 (0: nunca, 1: a veces, 2: a menudo, 3: casi siempre). El puntaje total individual de cada sección se multiplica por 2. Acorde los estándares internacionales, se valoraron los grados de severidad de depresión, ansiedad y estrés (normal, leve, moderado, grave y extremadamente grave). A mayor puntaje, peor estado de salud.

La disforia, desesperanza, la tristeza, autopercepción, falta de interés, anhedonia e inercia se valoran en la escala de depresión. La excitación autónoma, los efectos del músculo esquelético, la ansiedad y la sensación subjetiva de afecto ansioso se miden en la escala de ansiedad. Los niveles de excitación crónica inespecífica se valoran en la escala de estrés (6).

Antecedentes Específicos

Menoti et al, en el 2017 en Brasil, en un meta-análisis que incluyó tres artículos con 7,468 pacientes con depresión y 8,030 pacientes con ansiedad, se usó la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria como instrumento validado. Reportaron una prevalencia de OAB del 18.9%. Los estudios mostraron una asociación entre OAB y puntajes altos de depresión y ansiedad. La incontinencia urinaria de urgencia como síntoma aislado mostró una asociación con peores puntajes de depresión y ansiedad, además de una mayor tasa de estrés 36.4% vs 19.6% sin incontinencia urinaria de urgencia. La prevalencia de depresión en mujeres incontinentes fue de 39.8% vs continentes 23.2% con VHA (2).

Cruz et al, en 2018, en México, un estudio descriptivo, transversal, observacional, incluyó 176 mujeres, se aplicó cuestionario ICIQ-OAB, el 78% (n=137) con urgencia urinaria como síntoma cardinal de OAB ($p < 0.05$). Se presentó una prevalencia de OAB en ciudad de México del 19%. La nocturia como síntoma concomitante de OAB en el 81% (4).

Pethiyagoda et al, en el 2021 en Sri Lanka, en un estudio transversal y descriptivo que incluyó 161 mujeres, se aplicó la Puntuación Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS) para LUTS y el DASS-21 para valorar estado emocional. El síntoma más prevalente fue la nocturia 81%. La prevalencia de LUTS moderados-severos (IPSS>7) fue 50.35% con ansiedad, 36.17% con depresión moderada-extrema y 30.5% con estrés. Concluye que la correlación más significativa se encontró entre LUTS y depresión ($p=0.001$) (6).

Kawahara et al en el 2021 en Japón, en un estudio prospectivo, que incluyó 300 mujeres, se aplicó el inventario rápido validado al japonés para la sintomatología depresiva (QIDS-J) y el puntaje de OAB (OABSS). Se encontró depresión moderada-severa en 46.6% ($n=116$) y leve en 21% ($n=107$). La prevalencia de VHA fue de 30% en depresión severa, 26.7% en severa, 24.2% en moderada y 17.8% en leve ($p=0.003$). Concluyen que la depresión afecta los síntomas urinarios (12).

Lai et al en el 2016 en Estados Unidos, un estudio de casos y controles, incluyó 51 mujeres con OAB y 30 controles, se aplicó la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS) el cual consta de 14 puntos, 7 para depresión y 7 para ansiedad. Acorde el puntaje se clasificó la depresión en leve 8-10, moderada 11-14 y severa 15-21. Para la sintomatología urinaria se utilizó el cuestionario ICIQ-OAB. En los hallazgos el 27.5% de las pacientes con VHA presentaron depresión leve y 12% moderada-severa. Las pacientes con VHA reportaron puntajes más altos de HADS que los controles (5.3 ± 3.9 versus 2.8 ± 3.9 , $p = 0.004$). Las pacientes con VHA con depresión reportaron síntomas de incontinencia más severos que las pacientes con VHA sin depresión ($p=0.001$). Concluye que aproximadamente el 30% de las pacientes con VHA tienen depresión, además que las pacientes con VHA y depresión reportan síntomas urinarios más severos en comparación con aquellos sin depresión (5).

Palma et al en Brazol 2013, un estudio prospectivo, que incluyó 1050 mujeres de 20-45 años con VHA, en quienes de aplico el cuestionario ICIQ-OAB. Este estudio determinó una mayor severidad de todos los síntomas urinarios, principalmente de la urgencia urinaria, en el grupo

de mayor edad (35-45) en comparación con los grupos de menor edad ($p < 0.0001$). Concluye que existe un incremento directamente proporcional de los síntomas urinarios, en especial de la urgencia urinaria, conforme aumenta la edad. Esto pudiera estar debido a la disminución de estrógenos conforme avanza la edad (10).

Reis et al en 2021 en Brasil, en su estudio transversal, donde incluyeron 234 mujeres. Se aplicaron cuestionarios ICIQ-OAB y DASS-21. En relación a las pacientes con VHA el 48.3% con ansiedad leve y moderada ($p = 0.005$) y estrés leve ($p = 0.027$). Concluye que el riesgo de depresión, ansiedad y estrés es más alto en pacientes con incontinencia urinaria (13).

Bradley et al, en 2017 en Estados Unidos, en su estudio de cohorte prospectivo, se incluyeron 1107 pacientes, se aplicó el Inventario de Angustia Urogenital (UDI). Se identificó OAB en el 22% ($n = 242$) de las pacientes con depresión y 9.2% ($n = 102$) con ansiedad. Posterior a un año de tratamiento con terapia conductual, la remisión de VHA fue menor en pacientes con depresión en comparación con aquellas sin depresión (19.2% vs 41.3%, $p = 0.01$), al igual en pacientes con ansiedad y sin ansiedad (28.7% vs 42.2%, $p = 0.03$). Concluyen que estos trastornos influyen en el desarrollo de VHA, por tanto, los médicos deben realizar estudios de tamizaje diagnóstico de trastornos mentales en mujeres con VHA de novo o persistente (14).

Melotti et al en 2018 en Brasil, en un estudio transversal, incluyó 274 mujeres con OAB, se aplicó cuestionario de Depresión y Ansiedad de Beck. Depresión moderada y severa en 59.8% ($p = 0.0031$); ansiedad moderada y severa en 62.4% ($p = 0.0049$) de las pacientes con VHA. La depresión severa presenta mayor nocturia ($p = 0.0046$) e IUU ($p = 0.0261$). La ansiedad severa y moderada presentan mayor nocturia ($p = 0.0118$) e IUU ($p = 0.03$) (15).

Planteamiento del problema

La VHA afecta de forma importante el nivel de vida de las pacientes, lo que puede sobreagregar el desarrollo de depresión y ansiedad, lo que agrava más la situación. Esta asociación entre trastornos afectivos y síntomas urinarios se han descrito desde 1964. Acorde la OMS la depresión y ansiedad son un problemas de salud a nivel mundial con una prevalencia en que incrementa día a día, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva?

Justificación

La Vejiga Hiperactiva se define según la Sociedad Internacional de Continencia como la urgencia urinaria, acompañada de frecuencia y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología. Estos síntomas con el tiempo puede originar trastornos afectivos. En el mundo se ha informado una prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con vejiga hiperactiva en un 16.9%. En el Centro Médico Nacional se atienden pacientes de toda la República, sin embargo, no se ha determinado el grado de relación de estos trastornos afectivos con la vejiga hiperactiva.

Lo anterior para identificar pacientes con vejiga hiperactiva y disminuir el subregistro, así como identificar áreas de oportunidad y manejo multidisciplinario oportuno.

Hipótesis de trabajo

La prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VHA es similar a lo reportado en la literatura

Objetivos Generales

- Determinar la prevalencia de ansiedad y su relación con vejiga hiperactiva
- Determinar la prevalencia de depresión y su relación con vejiga hiperactiva

Objetivos Específicos

- Analizar las características sociodemográficas de las pacientes (edad, estado civil, escolaridad).
- Identificar comorbilidades (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica).

Materiales y Métodos:

Diseño del estudio

De acuerdo a su dirección: Prolectivo

De acuerdo a su temporalidad: Transversal

De acuerdo a su análisis: Analítico

De acuerdo a la configuración de grupos: Homodémico

De acuerdo al número de unidades a participar: Unicéntrico

Población

Pacientes con VHA que acudieron a la consulta externa de Urología Ginecológica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” en el periodo de agosto al 30 de septiembre de 2024.

Universo

Pacientes con VHA atendidos en la consulta externa de Urología Ginecológica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

Pacientes >18 años, con VHA, pacientes que firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes <18 años, diagnóstico previo de depresión y ansiedad, trastorno neurológico, embarazadas y puérperas

Criterios de eliminación

Cuestionarios con información incompleta de acuerdo a las variables del estudio, pacientes con deseo de retirar consentimiento informado.

Metodología de muestreo

Muestreo consecutivo de acuerdo a los criterios de selección.

Tamaño de muestra

Se calculó el tamaño muestral con una fórmula para estimar una proporción (de pacientes con VHA y trastornos afectivos), al desconocer en esta población la frecuencia de estos trastornos, se maximizó el tamaño muestral al definir la proporción a estimar (p) como 50%. En la fórmula “Z” es el valor crítico de alfa (5%) a dos colas, q es el recíproco de la proporción (1-p) y “e” es el margen de error (10%).

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.1)^2}$$

$$n = 97$$

Tabla de variables

Nombre variable	Definición	Tipo de variable	Unidad de medida
Edad	<p>Definición Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.</p> <p>Definición operacional: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio.</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p> <p>Cualitativa Ordinal (agrupada)</p>	<p>Años</p> <p>Se agrupó la edad por décadas.</p>
Escolaridad	<p>Definición conceptual: Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, tiempo que dura la enseñanza obligatoria.</p> <p>Definición operacional: Referido por la paciente y se clasifica como: Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura.</p>	Cualitativa ordinal	<p>1= Analfabeta</p> <p>2= Primaria</p> <p>3= Secundaria</p> <p>4= Preparatoria</p> <p>5= Licenciatura</p>
Estado civil	<p>Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de pareja en la familia.</p> <p>Definición operacional: Referida por la paciente y se clasifica en: Soltera, casada, viuda, divorciada.</p>	Cualitativa nominal	<p>1= Soltera</p> <p>2= Casada</p> <p>3= Viuda</p> <p>4= Divorciada</p>
Diabetes Mellitus	<p>Definición conceptual: Es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina.</p> <p>Definición operacional: Referido por la paciente y de acuerdo a la GPC de 2018, se efectúa el diagnóstico con HbA1c \geq 6.5% y CTG \geq 200 mg/dL.</p>	Cualitativa nominal	<p>1= Sí</p> <p>2= No</p>
Hipertensión Arterial Sistémica	<p>Definición conceptual: Es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo.</p> <p>Definición operacional: Referido por la paciente y de acuerdo con la GPC de la hipertensión arterial 2014, se diagnostica con cifras tensionales iguales o mayores de 140/90.</p>	Cualitativa nominal	<p>1= Sí</p> <p>2= No</p>

<p>Vejiga Hiperactiva</p>	<p>Definición conceptual: Es una necesidad repentina y frecuente de orinar difícil de controlar, durante el día y la noche con pérdida no intencional de orina</p> <p>Definición operacional: Se clasifica de acuerdo a la Escala ICIQ-OAB, con puntaje de 0-16. Se clasifica en: Con VHA y sin VHA.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1= Sí 2= No</p>
<p>Depresión</p>	<p>Definición conceptual: Enfermedad o trastorno mental se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de funciones psíquicas.</p> <p>Definición operacional: Se clasifica de acuerdo a un puntaje de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21. Y se clasifica en: 5-6 depresión leve; 7-10 depresión moderada; 11-13 depresión severa; 14 o más, depresión extremadamente severa.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>0= Ausente 1= Depresión leve 2= Depresión moderada 3= Depresión severa 4= Depresión extremadamente severa</p>
<p>Ansiedad</p>	<p>Definición conceptual: Estado mental caracterizado por una gran inquietud, una extensa excitación y una extrema inseguridad.</p> <p>Definición operacional: Se clasifica de acuerdo a un puntaje de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21. Y se clasifica en: 4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>0= Ausente 1= Ansiedad leve 2= Ansiedad moderada 3= Ansiedad severa 4= Ansiedad extremadamente severa</p>

Aspectos éticos y legales

Consideraciones éticas.

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adaptada por 52ª. Asamblea General en Edimburgo Escocia en el año 2000 en su artículo 11, considerando también el artículo 13, el 15 y las últimas enmiendas de la declaración, que señalan que la investigación debe basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico, se revisó detalladamente la bibliografía para redactar los antecedentes y la metodología del proyecto.

Esta investigación está de acuerdo con el reglamento de la “Ley General de Salud” en materia de investigación para la Salud. En su Título 2º. Capítulo 1º., Artículo 17, fracción I, se considera como una investigación sin riesgo, porque solo se evaluará información documental.

Aspectos de bioseguridad

Esta investigación está de acuerdo con el reglamento de la “Ley General de Salud” en materia de investigación para la Salud. En su Título 2º. Capítulo 1º., Artículo 17, fracción I, se considera como una investigación sin riesgo, porque solo se evaluará información documental.

Adicionalmente se ajustará NOM-012-SSA3-2012, en donde se indica que el estudio es sin riesgo, ya que solo se agrega información documental.

Técnicas y procedimientos

1. Elaboración del protocolo de investigación.
2. Aprobación por comités de Ética en Investigación, Investigación y Bioseguridad.
3. Aplicación de cuestionario validados
4. Descarga de variables a hojas de recolección de datos.
5. Compilación de base de datos.
6. Análisis estadístico.
7. Elaboración y análisis de resultados.
8. Elaboración y presentación del trabajo final de investigación.
9. Cierre del protocolo investigación.

Análisis estadístico

Se calcularán conteos y porcentajes para las variables cualitativas.

Para calcular la prevalencia, el número de casos existente se divide entre el tamaño total de la población, este resultado se multiplica por 100 para expresarla como porcentaje.

Se calcularán medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas de acuerdo a prueba de normalidad correspondiendo a Kolmogórov-Smirnov, dado que la muestra es mayor a 50.

La correlación se determinará con Prueba de R de Pearson / Rho de Spearman.

Y un valor de $p < 0.05$. Las pruebas estadísticas se realizan con un nivel de confianza al 95%.

El análisis se realizará con el software IBM SPSS Statistics v25 ®.

Resultados

Esta línea de investigación se efectuó encuestando a 95 paciente con diagnóstico de VHA que acudieron a la Consulta Externa de Uroginecología. De estas, 10 presentaron depresión y 17 ansiedad.

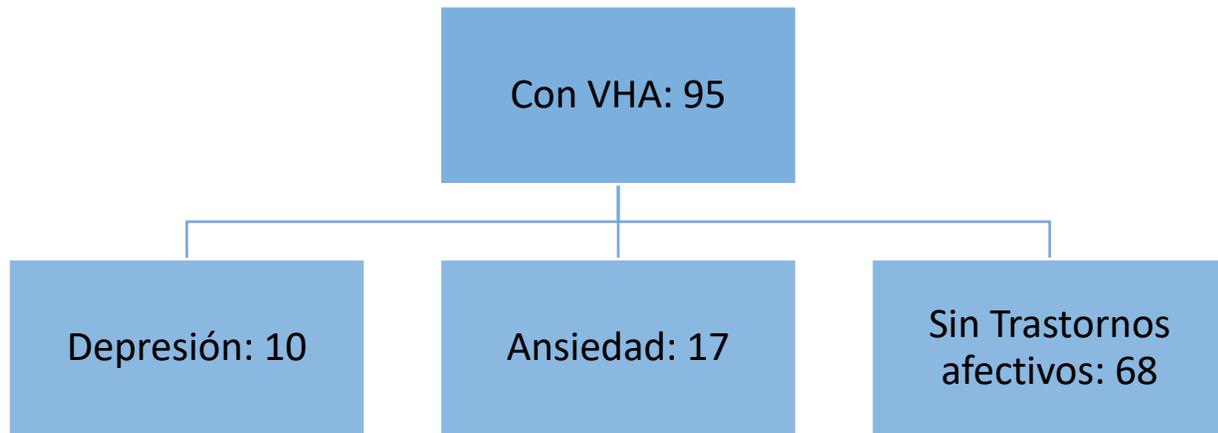


Figura 1. Descripción de grupos de estudio.

Se estudiaron los aspectos sociodemográficos, comorbilidades y datos clínicos.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, se encontró una media de edad de 64.8 años, mediana de 67 años, DE 10.8 años, edad mínima de 40 años y máxima de 90 años. Donde el grupo de edad más afectado es el de 70-79 años con el 31.6% (n=30) de participantes. En la escolaridad predominó el nivel Licenciatura con el 51.6% (n=49) de las participantes y en cuanto al estado civil se observó mayormente el grupo de casadas con el 57.9 % (n=55) de las participantes. Tabla 1.

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos.

Variable	Frecuencia	%
Edad agrupada		
40-49	9	9.5
50-59	22	23.2
60-69	29	30.5
70-79	30	31.6
80-89	4	4.2
>90	1	1.1
Escolaridad		
Analfabeta	4	4.2
Primaria	15	15.8
Secundaria	8	8.4
Preparatoria	19	20.0
Licenciatura	49	51.6
Estado civil		
Soltera	23	24.2
Casada	55	57.9
Viuda	14	14.7
Divorciada	3	3.2

Fuente: Encuesta
 Simbología: %= porcentaje

Respecto de las comorbilidades, es importante mencionar que la mayoría de pacientes no presentó comorbilidades; en el caso de Diabetes Mellitus se observó en el 25.3% (n=24) participantes y, portadoras de Hipertensión Arterial Sistémica el 42.1% (n=40) de las participantes. Tabla 2.

Tabla 2. Comorbilidades.

Variable	Frecuencia	%
Diabetes Mellitus		
Sí	24	25.3
No	71	74.7
Hipertensión Arterial Sistémica		
Sí	40	42.1
No	55	57.9

Fuente: Encuesta
 Simbología: %= porcentaje

Respecto a los datos clínicos encontrados, se observó que el 45.3% (n=43) de las participantes reportó una frecuencia urinaria diurna de 9-10 veces por día, mientras que solo el 4.2% (n=4) presentó más de 13 veces por día.

En relación a la frecuencia urinaria nocturna se observó que el 30.5% (n=29) de las participantes reportó una sola micción, en tanto que el 18.9% (n=18) de las reportó 4 o más.

La urgencia urinaria se reportó en el 50.5% (n=48) de las participantes en el rubro de algunas veces, y el 11.6% (n=11) reportaron la urgencia como siempre.

En la incontinencia urinaria de urgencia se observó en el 47.4% (n=45) de las participantes con algunas veces y en el rubro de siempre se observó el un 9.5% (n=9). Tabla 3.

Tabla 3. Datos clínicos.

Variable	Frecuencia	%
Frecuencia urinaria diurna		
1-6 veces	12	12.6
7-8 veces	26	27.4
9-10 veces	43	45.3
11-12 veces	10	10.5
> 13 veces	4	4.2
Frecuencia urinaria nocturna		
Ninguna	10	10.5
1 vez	29	30.5
2 veces	19	20.0
3 veces	19	20.0
4 veces y más	18	18.9
Urgencia Urinaria		
Nunca	5	5.3
Algunas	48	50.5
Bastantes	18	18.9
La mayoría	13	13.7
Siempre	11	11.6
Incontinencia Urinaria de Urgencia		
Nunca	24	25.3
Algunas	45	47.4
Bastantes	11	11.6
La mayoría	6	6.3
Siempre	9	9.5

Fuente: Encuesta
 Simbología: %= porcentaje

En cuanto a las variables de estudio se observó una prevalencia general de trastornos afectivos del 28.4% (n=27). En cuanto a la depresión se encontró una prevalencia del 10.5% (n=10), predominando la depresión leve con el 8.4% (n=8); en cuanto a la ansiedad esta fue del 17.9 % (n=17) con predominio de ansiedad leve en 13.7% (n=13). Tabla 4.

Tabla 4. Depresión y Ansiedad en las participantes.

Variable	Frecuencia	%
Trastornos afectivos	27	28.4
Depresión		
Normal o sin Depresión	85	89.5
Leve	8	8.4
Moderada	2	2.1
Ansiedad		
Normal o sin Ansiedad	78	82.1
Leve	13	13.7
Moderada	3	3.2
Grave	1	1

Fuente: Encuesta. Simbología: %= porcentaje

La relación de VHA con depresión y ansiedad, se efectuó de acuerdo a cada uno de los síntomas de forma aislada, sin embargo no se encontro relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Tabla 5-12.

TABLA 5.

Variable		Depresión			<i>p valor</i>
FUD	No	Si	Total		
No	11	1	12	<i>*1.000</i>	
Si	74	9	83		
Total	85	10	95		

* Exacta de Fisher.

TABLA 6.

Variable		Depresión			<i>p valor</i>
FUN	No	Si	Total		
No	9	1	10	<i>*1.000</i>	
Si	76	9	85		
Total	85	10	95		

* Exacta de Fisher

TABLA 7.

Variable		Depresión			<i>p valor</i>
Urgencia	No	Si	Total		
No	5	0	5	<i>*1.000</i>	
Si	80	10	90		
Total	85	10	95		

* Exacta de Fisher

TABLA 8.

Variable		Depresión			<i>p valor</i>
IUU	No	Si	Total		
No	23	1	24	<i>*0.443</i>	
Si	62	9	71		
Total	85	10	95		

* Exacta de Fisher

TABLA 9.

Variable		Ansiedad			<i>p valor</i>
FUD	No	Si	Total		
No	10	2	12	<i>*0.905</i>	
Si	68	15	83		
Total	78	17	95		

*X² de Independencia

TABLA 10.

Variable		Ansiedad			<i>p valor</i>
FUN	No	Si	Total		
No	8	2	10	<i>*0.854</i>	
Si	70	15	85		
Total	78	17	95		

*X² de Independencia

TABLA 11.

Variable		Ansiedad			<i>p valor</i>
Urgencia	No	Si	Total		
No	5	0	5	<i>*0.283</i>	
Si	73	17	90		
Total	78	17	95		

*X² de Independencia

TABLA 12.

Variable		Ansiedad			<i>p valor</i>
IUU	No	Si	Total		
No	22	2	24	<i>*0.157</i>	
Si	56	15	71		
Total	78	17	95		

*X² de Independencia

Discusión

La VHA según la ICS se define por la presencia de urgencia, frecuencia, nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario. En México se reportó una prevalencia del 19%. Estos síntomas urinarios puede generar trastornos afectivos como ansiedad y depresión. En Estados Unidos se reportó una prevalencia de trastornos en pacientes con VHA en un 16.9% (2,4).

El cálculo del tamaño de muestra era 97 pacientes, sin embargo solo se logró incluir a 95 pacientes, lo que no afecta los resultados de forma significativa ya que el margen de error incrementó de 0.1 a 0.1005.

En relación con los datos sociodemográficos reportados en la literatura por Lai (2016), Melotti (2018), Cruz (2018) y Reis (2021); refieren una edad promedio de 52 años, aunque, Palma (2013) y Bradley (2017), reportaron la media en 30 años. Nuestro estudio reportó con mayor frecuencia pacientes de la 3ra edad (promedio de 64 años), lo que podría afectar en la percepción de la enfermedad debido al síndrome genitourinario por hipoestrogenismo como lo comenta Palma en su estudio (1, 3,8,10, 11, 14).

En referencia a la escolaridad, Bradley 2018 y Melotti 2018 reportaron carrera técnica en un 52.3% y secundaria en 51.1% respectivamente, seguido de nivel licenciatura (36.8% y 13.1%). El estado civil casada se reportó en con un mínimo de 52.9% y un máximo de 70% por Bradley 2017 y Melotti 2017. Nuestra investigación reportó principalmente escolaridad licenciatura en un 51.6% y datos similares al estado civil casada con un 57.9% (1,10).

En relación a las comorbilidades en nuestro estudio las dos con mayor relevancia fueron la diabetes mellitus con una prevalencia de 25.3% y la hipertensión arterial con 42.1%, lo cual difiere con artículos publicados, en la cual la prevalencia de estas comorbilidades es menor con un 8.8% en caso de diabetes y un 28.3% en caso de la hipertensión arterial. Esta diferencia podría estar relacionado con la edad promedio de las pacientes, ya que en nuestro estudio predominaron las pacientes de la tercera edad (14).

Con respecto a la presencia de síntomas afectivos en pacientes con VHA, la mayoría de artículos mencionan prevalencias altas de depresión y ansiedad. Melotti y cols. reportaron una prevalencia de depresión del 59.8% y de ansiedad del 62.4%, así como Reis del 37.16% y

36.28% respectivamente. Nosotros en nuestra investigación encontramos una prevalencia de trastornos afectivos más bajas, para depresión 10.5 y ansiedad 17.9% (10,14).

En relación a la severidad de depresión y ansiedad, Melotti, Reiss y Lai encontraron en mayor proporción depresión principalmente moderada de 11.5% a 36.5%, seguida de severa de 10.6% a 23.3%. No así en nuestra investigación donde la severidad de la depresión se reportó como leve en un 8.4%. En relación a la ansiedad, los estudios reportaron en su mayoría severidad moderada de 11.5% a 31.4%, seguida de severa de 19.4% a 31%. En nuestra investigación se encontró con mayor frecuencia de tipo moderada en un 13.7%. Estas diferencias en los porcentajes de severidad son debidas al uso de diferentes instrumentos para la evaluación de los trastornos afectivos (8, 10, 14).

En lo que concierne a la presencia y severidad de los síntomas de VHA en pacientes con trastornos afectivos Bradley reportó la presencia de síntomas moderados de VHA en un 32.5%. Cruz divide estos síntomas en urgencia urinaria en un 78%, con predominando de la severidad moderada – severa del 16%, seguida de la IUU en un 52%. Al compararlo con nuestros hallazgos tenemos que la urgencia se presentó de forma leve en un 50.5% y la IUU en un 47.4%, estas variaciones pueden deberse al uso de diversos instrumentos para la sintomatología urinaria, así como la edad de las pacientes, la escolaridad que pueden influir en el grado de entendimiento y especificación de los síntomas urinarios (1, 3).

Por último, Menotti fue el único estudio que reportó que los trastornos afectivos tienen una relación significativa con los síntomas de VHA. En nuestro estudio esta relación no fue significativa probablemente a que en algunas pacientes ya existían intervenciones médicas por urología ginecológica que mejoraron los síntomas de VHA ($p > 0.05$) (9).

Conclusiones

La prevalencia general de depresión y ansiedad en pacientes con vejiga hiperactiva en este estudio fue del 28.4%, y del 10.5% y 17.9% respectivamente. Los síntomas más frecuente de VHA fueron la urgencia 50.5% y la incontinencia urinaria de urgencia 47.4%.

Los comportamientos asociados con los trastornos afectivos impiden una respuesta favorable a las diversas intervenciones clínicas; ya que la ansiedad incrementa (OR 2.2) el riesgo de desarrollar síntomas de VHA y la depresión disminuye la remisión de esta sintomatología en un 63%. Las diferentes terapias conductuales para el manejo de la VHA requieren una colaboración activa de la paciente, sin embargo la falta de motivación hace que estas terapias no tengan el éxito deseado. Los uroginecólogos no estamos capacitados para el diagnóstico de depresión y ansiedad, de ahí la importancia de una búsqueda intencionada de estos trastornos afectivos con un instrumento homogeneizado de aplicación rápida de consultorio en pacientes con VHA, con esto se podrá valorar envió a psiquiatría para un manejo multidisciplinario conjunto en nuestra unidad, con el fin de obtener mejores resultados con las pacientes.

Perspectivas

Los resultados de este estudio servirán de base para seguir realizando investigación en el área de Urología Ginecológica.

Limitaciones

Estudio unicéntrico en una unidad de tercer nivel de atención sin grupo control y diseño transversal. Estudios futuros deberán tener un enfoque longitudinal, buscar ser multicéntricos e incorporar controles pareados para las comparativas, con la finalidad de confirmar estos resultados.

Referencias Bibliográficas

1. Bradley, C. S., Nygaard, I. E., Hillis, S. L., Torner, J. C., & Sadler, A. G. (2017). Longitudinal associations between mental health conditions and overactive bladder in women veterans. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(4), 430.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.057>
2. Coker, A. O., Coker, O. O., & Sanni, D. (2018). Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *African Research Review*, 12(2), 135-142. <https://doi.org/10.4314/afrr.v12i2.13>
3. Cruz-Ruíz, J., Farrera-González, V., Ransom-Rodríguez, A., Avalos-Jiménez, J. C., Landa-Soler, M., González-Serrano, A., ... & Rodríguez-Covarrubias, F. (2018). Prevalencia de vejiga hiperactiva en la Ciudad de México. Resultados de un análisis preliminar. *Revista Mexicana de Urología*, 78(3), 189-196.
4. D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., ... & Standardisation Steering Committee ICS and the ICS Working Group on Terminology for Male Lower Urinary Tract & Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 38(2), 433-477. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>
5. Gołębek, T., Skalski, M., Przydacz, M., Świerkosz, A., Siwek, M., Gołębek, K., ... & Chłosta, P. L. (2016). Lower urinary tract symptoms, nocturia and overactive bladder in patients with depression and anxiety. *Psychiatria Polska*, 50(2), 417-430. <https://doi.org/10.12740/PP/60141>
6. Kawahara, T., Ninomiya, S., Tsutsumi, S., Ito, H., Yao, M., & Uemura, H. (2021). Impact of depression on overactive bladder. *International Journal of Urology*, 28(2), 245-250. <https://doi.org/10.1111/iju.14473>
7. Kinsey, D., Pretorius, S., Glover, L., & Alexander, T. (2016). The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 69-81. <https://doi.org/10.1177/1359105314522084>
8. Lai, H. H., Shen, B., Rawal, A., & Vetter, J. (2016). The relationship between depression and overactive bladder/urinary incontinence symptoms in the clinical OAB population. *BMC Urology*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12894-016-0163-1>

9. Melotti, I. G. R., Juliato, C. R. T., de Albuquerque Coelho, S. C., Lima, M., & Riccetto, C. L. Z. (2017). Is there any difference between depression and anxiety in overactive bladder according to sex? A systematic review and meta-analysis. *International Neurourology Journal*, 21(3), 204-211. <https://doi.org/10.5213/inj.1734866.333>
10. Melotti, I. G. R., Juliato, C. R. T., Tanaka, M., & Riccetto, C. L. Z. (2018). Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 37(1), 223-228. <https://doi.org/10.1002/nau.23398>
11. Palma, T., Raimondi, M., Souto, S., Fozzatti, C., Palma, P., & Riccetto, C. (2013). Correlation between age and overactive bladder symptoms in young women in Brazil. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 37(3), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.acuroe.2012.07.006>
12. Peña, G. M. G., Nava, P. B., Muños, M. P. B., & Heras, J. A. V. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social/ Psychology and Social Science*, 8(2).
13. Pethiyagoda, A. U. B., Pethiyagoda, K., Ariyasinghe, D. I., Wijesinghe, S., Dimiyawa, K. M., & Wijethunga, T. M. (2021). Relationship between lower urinary tract symptoms and emotional state among a sample of clinic attendees of a tertiary care hospital. *Neurourology and Urodynamics*, 40(1), 334-339.
14. Reis, A. M., Brito, L. G., Lunardi, A. L., Pinto e Silva, M. P., & Juliato, C. R. (2021). Depression, anxiety, and stress in women with urinary incontinence with or without myofascial dysfunction in the pelvic floor muscles: A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics*, 40(1), 334-339. <https://doi.org/10.1002/nau.24584>
15. Ruiz, F. J., Martín, M. B. G., Falcón, J. C. S., & González, P. O. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105.

Anexos

Nº del participante

ICIQ-OAB (Spanish) 10/05
CONFIDENCIAL

D D M M A A
Fecha de hoy

Cuestionario sobre vejiga hiperactiva

En las siguientes preguntas, piense sobre los síntomas generales de su vejiga durante las últimas 4 semanas y el efecto que han tenido en su vida. Responda a cada pregunta lo mejor posible indicando la frecuencia en que se ha sentido así. Marque una ✓ o ✗ en la casilla que mejor responda a cada pregunta.

1. **Por favor escriba la fecha de su nacimiento:**
DIA MES AÑO

2. **Usted es (señale cual):** Mujer Varon

3a. **¿Durante el día, cuántas veces orina, por término medio?**

1-6 veces 0
7-8 veces 1
9-10 veces 2
11-12 veces 3
13 o más 4

3b. **¿Qué tipo de problema supone esto para usted?**
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no me afectan nada me afectan mucho

4a. **¿Durante la noche, cuántas veces tiene que levantarse a orinar, por término medio?**

ninguna vez 0
una vez 1
dos veces 2
tres veces 3
cuatro o más veces 4

4b. **¿Qué tipo de problema supone esto para usted?**
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no me afectan nada me afectan mucho

5a. ¿Tiene usted que apurarse para ir al servicio a orinar?

nunca 0
algunas veces 1
bastantes veces 2
a mayoría de las veces 3
siempre 4

5b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no me afectan nada me afectan mucho

6a. ¿Pierde algo de orina antes de llegar al servicio?

nunca 0
algunas veces 1
bastantes veces 2
a mayoría de las veces 3
siempre 4

6b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no me afectan nada me afectan mucho

© ICSmale/BFLUTS

Muchas gracias por contestar esta preguntas.

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

NOMBRE DEL ESTUDIO: Prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva Lugar y fecha.

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga, para decidir si participa o no deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente estudio de investigación.

Estimado Señora: _____, se le invita a participar en el estudio arriba mencionado, que se desarrollará en el CMN “20 de noviembre”, cuyo objetivo será el de Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva. Lo anterior con la finalidad de: El Síndrome de Vejiga Hiperactiva se define según la Sociedad Internacional de Continencia como la urgencia urinaria, acompañada de frecuencia y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología. La vejiga hiperactiva puede originar trastornos del estado de ánimo. En el mundo se ha informado una prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con vejiga hiperactiva del 16.9%. En el Centro Médico Nacional se atienden pacientes de toda la República, sin embargo, no se ha determinado el grado de relación de estos trastornos afectivos con la vejiga hiperactiva.

Su participación en el estudio consiste: *se le aplicarán dos cuestionarios por parte del investigador, los cuales le explicaran a detalle y contestarán cualquier duda que usted presente. Los cuestionarios constan de preguntas en relación a sus molestias urinarias y que tanto le afecta en su estado de ánimo. Se le darán opciones de respuesta y usted elegirá la que más considere adecuada.*

BENEFICIOS: El presente estudio tendrá un beneficio directo a usted, ya que se podrán identificar pacientes con vejiga hiperactiva y disminuir el subregistro, además de identificar algún trastorno afectivo que requiera manejo multidisciplinario oportuno. Gracias a su participación se pueden beneficiar más pacientes, al encontrar nuevas formas de atender esta enfermedad.

RIESGOS: Su participación no conlleva riesgo alguno para su salud.

DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO Y/O INDEMNIZACIÓN EN SU CASO: este estudio no implica riesgos para usted.

PARTICIPACIÓN

Su participación es VOLUNTARIA, usted puede decidir libremente participar o no, esto no afectará su derecho para recibir atención médica en el CMN “20 de Noviembre”, si participa, puede retirarse del estudio en el momento en que lo desee sin que esto influya sobre el tratamiento habitual que le ofrece el hospital para su enfermedad de base.

INFORMACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O TRATAMIENTOS EXISTENTES: *si es necesario se le solicitará una interconsulta al servicio correspondiente*

MANEJO DE LA INFORMACION.

En la recolección de datos personales se siguen todos los principios que marca la ley: Licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad. Se han implementado las medidas de seguridad, técnicas, administrativas y físicas necesarias para proteger sus datos personales y evitar daño, pérdida, alteración, acceso o tratamiento no autorizado. “Su nombre no será usado en ninguno de los estudios, las muestras biológicas obtenidas, cuestionarios, etc., no contendrán ninguna información personal y se codificarán con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación. Los códigos que identifican su muestra o información estarán solo disponibles a los investigadores titulares quienes están obligados por ley a no divulgar su identidad”. Usted podrá tener acceso a la información sobre este estudio en caso de solicitarlo.

PARTICIPANTE.

Confirmando haber recibido información suficiente y clara sobre el estudio propuesto, doy mi autorización para ser incluido en este proyecto de investigación, reservándome el derecho de abandonarlo en cualquier momento si así lo decido.

Si procede: Así mismo manifiesto que se ha obtenido el ASENTIMIENTO del menor a mi custodia, para participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombre y firma del Participante o Representante legal.

Parentesco: _____

Domicilio.

TESTIGOS:

(1) Nombre y firma

(2) Nombre y firma

Parentesco: _____

Parentesco: _____

Domicilio. _____

Domicilio. _____

INVESTIGADOR O MÉDICO QUE INFORMA: **JOSÉ IGNACIO LEYVA VÁZQUEZ.**

Le he explicado al Sr (a) _____, la naturaleza y los propósitos de la investigación, así como los riesgos y beneficios que implica su participación. He dado respuesta a todas sus dudas, y le he preguntado si ha comprendido la información proporcionada, con la finalidad de que pueda decidir libremente participar o no en este estudio. Acepto que he leído, conozco y me apego a la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos, que pondré el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación, por encima de cualquier otro objetivo.

INVESTIGADOR RESPONSABLE.

DRA. GUADALUPE GUERRERO REYES

Nombre y firma

Teléfono de contacto: 5552005003

Debe especificarse que: El documento se expide por duplicado, entregando una copia al participante

Páginas 2/2

AVISO DE PRIVACIDAD

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con vejiga hiperactiva

Número de registro: 463.2024

El presente Aviso de Privacidad tiene como objeto informarles sobre el tratamiento que se le dará a sus datos personales cuando los mismos son recabados, utilizados y almacenados.

Investigador responsable de recabar sus datos personales, de su uso y protección:

Nombre: Dra. Guadalupe Guerrero Reyes

Domicilio: Félix Cuevas 540, Col del Valle Sur, Benito Juárez, 03104, Ciudad de México

Teléfono: 5552005003 Correo electrónico: nacho9087@hotmail.com

Su información personal será utilizada con la finalidad de poder estar en contacto con usted para informarle *cambios de fecha, horarios, consultas médicas, proporcionar información sobre exámenes practicados, información sobre su padecimiento, evaluar la calidad del servicio brindado etc.* para lo cual requerimos obtener los siguientes datos personales: *nombre de usted, estado civil, domicilio, teléfono particular o celular*, estos datos son considerados como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted serán tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomaran para ello serán: *códigos, Iniciales, número de expediente, etc.* y se almacenaran en *archivo electrónico a cargo del investigador principal*).

Le aclaramos que la información de sus datos personales puede ser compartida y manejada por personas distintas a esta institución, ya que se podrán **usar para publicaciones, ponencias etc.** con la finalidad de mejorar la formación científica en la unidad

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida al investigador responsable **Guadalupe Guerrero Reyes**, o con la Presidente del Comité de Ética en Investigación del CMN "20 de Noviembre", Dr. Ricardo Ortega Pineda. Tel. 52003544.

DECLARACION DE CONFORMIDAD: Manifiesto estar de acuerdo con el tratamiento que se dará a mis datos personales

Nombre y firma del sujeto de investigación o paciente: _____

Fecha: _____