



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
“DR. RAFAEL SERRANO”**

**EFFECTIVIDAD DEL TEST CMASR-2 EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
CON DEPRESIÓN EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR RAFAEL SERRANO:
ESTUDIO TRANSVERSAL**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:
PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:
DR. RICARDO ARTURO GONZÁLEZ ORTEGA**

**ASESOR METODOLÓGICO:
DR. GONZALO FLORES ÁLVAREZ**

**ASESOR EXPERTO:
DRA. LAURA ERÉNDIRA GOMEZ MENDOZA**



HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, FEBRERO DE 2023.



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO

Efectividad del test CMASR-2 en pacientes mayores de 18 años con depresión en hospital psiquiátrico dr rafael serrano: estudio transversal.

**Tesis para obtener el diploma de la especialidad en
Psiquiatría.**

Presenta:

Dr. Ricardo Arturo Gonzalez Ortega
Residente de la especialidad de Psiquiatría
Correo: luiqui918@hotmail.com

Director de Tesis

Dra. Laura Eréndira Gomez Mendoza
Jefa de enseñanza del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano
Correo electrónico: ensenanzahprs@gmail.com

Asesor de Tesis

Dr. Gonzalo Flores Álvarez
Médico Psiquiatra Investigador del Instituto de Fisiología de la BUAP
Asesor Metodológico
Correo electrónico: gonzalo.flores56@gmail.com

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermanos por apoyarme en cada momento, a mis compañeros y maestros por acompañarme en estos cuatro años.

Gracias papas por no dudar nunca de mi y estar en los momentos más difíciles.

A mis hermanos Francisco y Victoria, que dieron lo mejor de ustedes para que continuara estudiando.

Para Ime, quien sin su apoyo y compañía esta tesis nunca se habría escrito, gracias por acompañarme de inicio a fin en esta aventura, por nunca dudar de mi y seguir a mi lado, a pesar de las miles de dificultades, te agradezco desde el fondo de mi corazón, te estare agradecido por siempre.

Este logro es de ustedes, gracias por siempre estar a mi lado.

ÍNDICE	
RESUMEN	5
ANTECEDENTES	6
ANTECEDENTES GENERALES	6
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	11
JUSTIFICACIÓN	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
HIPÓTESIS	18
OBJETIVOS	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
MATERIALES Y MÉTODOS	20
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	20
UBICACIÓN DE ESPACIO Y TEMPORALIDAD	20
MUESTREO	20
DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	20
TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
VARIABLES	22
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	25
RECURSOS HUMANOS	25
RECURSOS MATERIALES	25
RECURSOS FINANCIEROS	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
ASPECTOS ÉTICOS	27
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	37
FORTALEZAS Y DEBILIDADES	38
PROPUESTAS	38
BIBLIOGRAFÍA	39
GLOSARIO	41
ANEXOS	42

RESUMEN

INTRODUCCION: Se puede describir el estado de ánimo como un estado emocional que altera el comportamiento de las persona y da color a su forma de ver el ser parte del mundo. Los trastornos del animo forman parte importante de las enfermedades psiquiátricas. El estudio CMASR-2 es una herramienta que se usa para estimar los niveles de ansiedad en adolescentes y niños, tambien utilizado en adultos y esta validado en español por un grupo chileno, este instrumento tine la posibilidad de ser administrado de manera individual como grupal.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de la encuesta CMASR-2 en usuarios a partir de los 18 años con depresión.

METODOLOGIA: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo unicentrico, que se llevo acabo mediante la aplicación de la encuesta CMASR-2 y Hamilton para depresion. en pacientes mayores de 18 años de la consulta externa de psiquiatria con y sin diagnostico de depresion para valorar la efectividad de la encuesta CMASR-2 de forma individual en adultos clasificandolos por sexo, edad y grado de ansiedad y depresion según los test aplicados.

RESULTADOS: Se incluyeron 90 pacientes que cumplieron los criterios de selección, hombres (58.9%) y mujeres (41.1 %) De los pacientes con diagnostico de depresión según la escala de depresión Hamilton, y que realizaron la encuesta CMASR-2; 11 pacientes presentaron ansiedad extremadamente alta, 22 ansiedad alta, 16 ansiedad moderada, y solo 1 ansiedad baja. Se realizo una comparacion entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad, encontrando que en un estadio de depresión moderada la ansiedad suele ser mas alta, que en pacientes con depresión severa ($p=0.45$).

DISCUSION: Fue posible con esta investigación observar una alta confiabilidad con el uso de la encuesta CMASR-2 al valorar a pacientes adultos con depresión controlada y pacientes sin depresión, identificando sintomatología de ansiedad en forma eficaz. Estudios previos han demostrado evidencia sólida y consistente de comorbilidad entre ambos trastornos, lo cual resulta de gran importancia en el ámbito clínico. Independientemente de cuál de los dos trastornos apareciera primero, había un mayor riesgo de desarrollar posteriormente el otro. También se espera que varíe esta asociacion debido a la escolaridad, condiciones de trabajo y calidad de vida de la población, condiciones socioeconomicos y culturales.

CONCLUSIONES Encontramos una comorbilidad muy fuerte entre las patologias afectivas y la ansiedad, a menudo más alta que las informadas previamente. Los resultados de estos estudios proporcionan una visión matizada de como la comprensión de la etiologia y la bidireccionalidad de estos trastornos son cruciales para un adecuado diagnóstico de ambas enfermedades, seguimiento y tratamiento mas preciso.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

Hipócrates hizo referencia a la primer mención clínica de melancolía. Aristóteles hizo un estudio monográfico a este tema. En la edad Media, Tralles habla de esta patología dentro de su obra *Doce libros sobre el arte médico*, dándole 3 etiologías diferentes: bilis negra, exceso de sangre y color ocre.

En cuanto a la ansiedad, fue Sigmund Freud quien hace referencia al término de “neurosis de ansiedad” y la clasifico en subtipos tipos de ansiedad, uno era la inhibición de la libido y otra por un sentimiento de preocupación, con origen en algún pensamiento o deseo reprimido.

En el año de 1926 Sigmund Freud da a conocer su libro “Inhibiciones, síntomas y ansiedad” dando a conocer una teoría nueva de la ansiedad, que menciona 2 vertientes de ansiedad la que se encuentra interna o neurótica y la externa o real, siendo una respuesta ante las situaciones de peligro. También describe la ansiedad Charles Darwin refiriéndose a ella como algo súbito y peligroso y describe psicofisiológicamente el sentimiento del miedo agudo¹

Se puede describir el estado de ánimo como un estado emocional que altera el comportamiento de las persona y da color a su forma de ver el ser parte del mundo.

Los trastornos afectivos en ocasiones llamados trastornos del estado del animo, forman una parte importante de las enfermedades psiquiátricas.

El síntoma nuclear de la depresión es sobre los demás la tristeza vital y profunda que se presenta en el sujeto llegando a afectar a todas las esferas de su correlación intra e interpersonal. La parte clínica sobre la depresión abarca en 5 áreas: conducta, cognición-pensamiento, afectividad, trastornos somáticos y ritmos biológicos. Teniendo una prevalencia a lo largo de la vida de es de 5-17%.²

Basándose en criterios diagnósticos como: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5), La patología depresiva mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Bien caracterizada por periodos de por lo menos dos semanas de duración, que conllevan cambios en la cognición, el afecto, y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Pudiendo realizar un diagnóstico fundamentándose en un único episodio. Tomando en cuenta con detalle, el poder diferenciar la tristeza normal de la tristeza de un episodio de depresión mayor.³

En cuanto a la ansiedad, ha desempeñado un papel central en múltiples colegios de pensamiento, estando muy influenciadas por la corriente cognitivo-conductuales. Estas patologías de ansiedad van de la mano con una alta morbilidad y suelen ser refractarios al tratamiento y ser crónicas. Las patologías de ansiedad se han considerado un conjunto de trastornos mentales similares, pero relacionados.

De las patologías de ansiedad, un aspecto fascinante es la relación entre los agentes genéticos y experienciales. Y son escasas las dudas de la relación entre las anomalías genéticas influyen a situaciones patológicas de ansiedad.⁴

La gran mayoría experimenta ansiedad, siendo característicos en la gran mayoría de las veces una sensación de aprensión extensa, incomoda, difusa, y a veces esta acompañada de síntomas vegetativos como diaforesis, cefalea, malestar en epigástrico, taquicardia, inquietud, opresión torácica, manifestándose con la dificultad para mantenerse sentado o de pie. Donde la gran variedad de síntomas presentes en la ansiedad tiende ser variada entre individuos.

Tanto la ansiedad como el miedo, son señales de alarma y actúan como marcadores de alerta ante una amenaza interna y externa. Es posible conceptualizar la patología ansiosa como una contestación normal y adaptativa, que puede salvaguardar la vida y que alerta ante indefensión, daño corporal, amenazas de dolor y posible maltrato e incluso la frustración ante necesidades corporales y sociales; incluyendo la separación de seres queridos; o una amenaza contra el bienestar o éxito y, por último, donde se amenaza a la integridad. Dando a cada individuo la posibilidad de adoptar la postura necesaria para reducir o evitar las amenazas o las mismas consecuencias. Donde la activación va acompañada de un aumento de la actividad somática y autónoma moderada por la complementación de los sistemas simpático y parasimpático. Logrando ser la ansiedad quien evita situaciones adversas al prevenir a los individuos para que actúen acciones precisas con el fin de evitar el riesgo.⁵

De igual manera basándose en criterios diagnósticos como: la Clasificación Internacional de Enfermedades décima primera edición (CIE -11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), donde la patología ansiosa se diferencian del temor o miedo, o la ansiedad normal que son propios del desarrollo, por ser desproporcionada o durar más de la etapa de desarrollo normal. Se logra diferenciar del temor transitorio o ansiedad, que suele estar provocado por el estrés, en ser persistentes, donde la duración suele ser de 6 meses o más. ³

Ya que los individuos con patologías de ansiedad suelen sobrevalorar el riesgo en situaciones que evitan o temen, la valoración de si sobrestiman de forma desproporcionada la realiza el clínico. La gran mayoría de las patologías ansiosas se desarrollan en etapas tempranas de la vida como la infancia y suelen persistir si no se da manejo. Se ha observado más en mujeres que en varones (de 2:1). Y se diagnostica cuando no son atribuidos estos síntomas a los efectos de una sustancia o medicamento o alguna patología médica, o no se atribuye a algún otro trastorno mental. 5

Existen múltiples teorías para el desarrollo de ansiedad

a) Teorías biológicas.

Las teorías biológicas con referente a la ansiedad se encuentran basadas en estudios preclínicos en animales en los cuales se han descubierto factores biológicos, algunos especialistas sostienen que estos cambios son los que hacen que haya cambios psicológicamente pero por otro lado también afirman que los cambios psicológicos preceden a los cambios biológicos, pero esto puede ser en unas ocasiones cierto de una manera y en otras de la contraria, por ejemplo, cuando una persona se entera que tiene una enfermedad mortal desde hace mucho tiempo, en el momento que se entera comienza a tener los cambios psicológicos que no había tenido antes por la ignorancia de la existencia de su enfermedad y por el contrario un paciente que tiene serios problemas psicológicos de entrada su aspecto no es muy bueno y puede empezar a deteriorarse su organismo, pero no podría ser más que por el descuido personal de la misma a causa de su problema.

La teoría biológica también nos refiere de sustancias que al ser acumuladas en el cuerpo y no desechadas elevan los niveles de estas en la sangre produciendo los efectos o las reacciones de ansiedad que podemos encontrar como es el caso de las catecolaminas en la orina, particularmente la adrenalina.

Esta hipótesis B-adrenérgica nos demuestra que los fármacos bloqueantes B-adrenérgicos producen mucha mejoría en pacientes con crisis de angustia y ansiedad pero es mucho menor su eficacia en pacientes bien diagnosticados con tratamiento con estos ansiolíticos. 2

b) Teoría del locus coeruleus.

Es un núcleo ubicado en la protuberancia del cerebelo que cuenta con más del 50% de neuronas nor-adrenérgicas del sistema nervioso (SNC) el cual envía sus proyecciones aferentes a una gran área del cerebro, entre las cuales incluye la amígdala, hipocampo, corteza cerebral y lóbulo límbico. En estudios con animales

el locus coeruleus si se le hace una descarga eléctrica produce respuesta de miedo y ansiedad. ^{2,6}

c) Teoría metabólica panicogénica del lactato.

Cuando las crisis de angustia son provocadas por lactato son específicamente en pacientes con crisis previas de angustia espontáneas, reproducen las verdaderas crisis y que son bloqueadas por las mismas sustancias que bloquean las crisis de angustia naturales.

También se han postulado algunas teorías en las que nos dicen de la activación inespecífica de una crisis, como la inducción de una alcalosis metabólica, la hipocalcemia o una hipercapnia intracerebral transitoria. ⁶

d) La teoría de la hipersensibilidad al dióxido de carbono.

Gorman y Cols, en 1984 demuestra que si se hace que un paciente respire aire mezclado con dióxido de carbono al 5% de (CO₂) presentará una crisis de angustia similar a la infusión con lactato y si se hace una infusión de bicarbonato sódico en los pacientes que padecen un trastorno de angustia se les puede provocar un número de crisis parecido al que se produce por inhalación de dióxido de carbono, el metabolito común del lactato y del bicarbonato es el CO₂, este cruza la barrera hematoencefálica y genera de forma transitoria hipercapnia cerebral. Al ser estimulados por la hipercapnia los quimiorreceptores del tronco cerebral da lugar a la hiperventilación y la crisis de angustia. ⁶

Neurotransmisores relacionados con ansiedad

a.) Noradrenalina. La cual se ha detectado en pacientes afectados, se encuentran en la parte rostral del bulbo proyectando sus axones hacia el tronco, la médula espinal y sistema límbico .

b.) Serotonina. Se ha identificado esta sustancia con la patogenia en la ansiedad, en el núcleo del mesencéfalo y proyectados hacia el córtex cerebral y sistema límbico e hipocampo.

c.) GABA (ácido alfa aminobutírico)

Se ha observado por fármacos conocidos , que en muchos casos son utilizados en su tratamiento

De las principales aminas biógenas, una de las mas importantes es la serotonina y noradrenalina donde estos neurotransmisores involucrados en estas patologías y la fisiopatología de la mayoría de trastornos afectivos. ⁷

Noradrenalina. La relación propuesta involucrada en la regulación negativa o la sensibilidad disminuida de receptores como el β - adrenérgicos y la respuesta clínica antidepresiva, y esta respuesta es el papel directamente involucrado en el sistema noradrenérgico de patologías afectivas como la depresión. Donde encontramos también algunos indicios, en la depresión, en la implicación otro tipo de receptores como los receptores presinápticos β_2 .

Serotonina. Neurotransmisor con mayor frecuencia asociado a la depresión, se precipita la depresión con su disminución, pacientes con impulsos suicidas tienen disminución de sus concentraciones en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

La acetilcolina (ACh) Fármacos antagonistas y agonistas colinérgicos tienen características clínicas diferentes en patologías afectivas como serían la depresión o manía. Donde se ve que los agonistas producen claramente anergia, letargo y cierto retraso psicomotor en sujetos sanos y siendo la situación contraria al reducir los síntomas de manía y incrementar los síntomas en depresión.

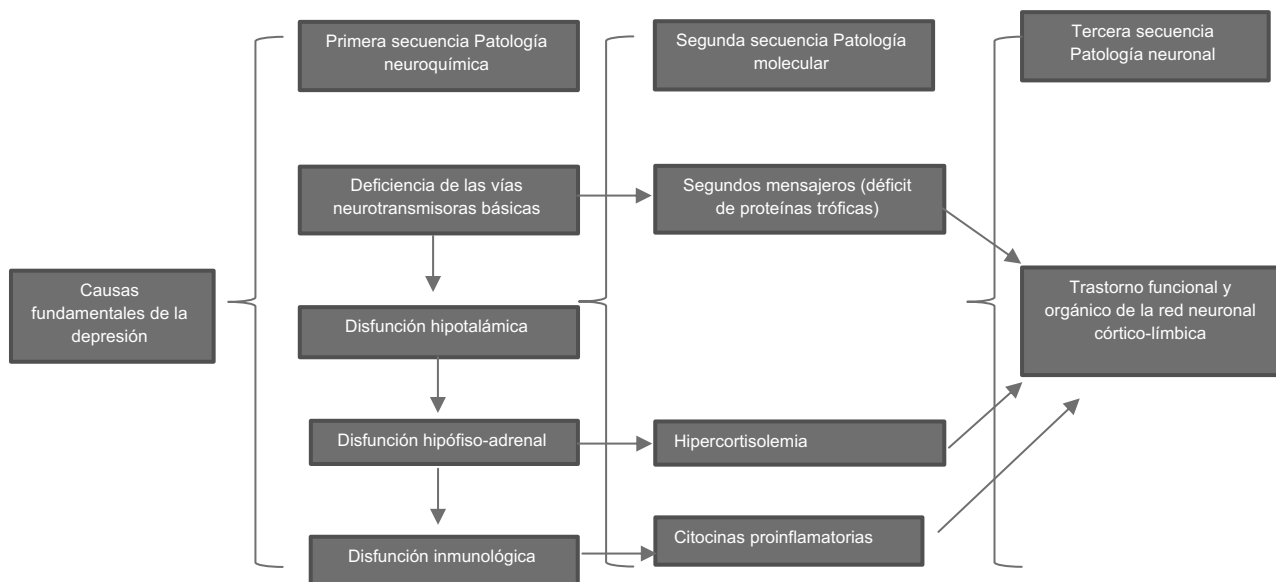
También se ha visto que se encuentra involucrado el ácido γ -aminobutírico (GABA) cuenta con acción en vías monoaminérgicas inhibitorias, en sistemas como el mesolímbico y mesocorticales. Donde se ha visto la disminución de la cantidad de GABA en el LCR, cerebro y plasma en patologías afectivas de tipo depresivas.

También juega un papel el eje tiroideo. Donde cerca del 5 al 10% de sujetos evaluados con depresión presentan alteración a nivel de tiroides sin ser diagnosticados con anterioridad.

Hormona del crecimiento (GH). Esta se segrega por estimulación por noradrenalina y dopamina en la hipófisis anterior. La somatostatina y la CRH suprimen esta secreción, y un descenso de somatostatina en el LCR en situaciones de depresión, y su incremento en manía.

Prolactina. Donde se conoce que la serotonina estimula su secreción en la hipófisis y es disminuida esta secreción por la dopamina.

Mecanismos patogénicos de la depresión en tres secuencias enlazadas entre sí por una serie de manifestaciones en cascada



ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En un estudio realizado en Estados Unidos durante 2013–2016, hasta el 8.1% de adultos estadounidenses de más de 20 años, sufrieron depresión en un período de 14 días. Donde mujeres fueron el 10.4%, y tenían aproximadamente el doble de probabilidades, a diferencia de los hombres con apenas el 5.5% de haber tenido depresión. ⁹

El funcionamiento desregulado del eje HPA ha sido implicado en la patología de la depresión y la ansiedad. El entorno social el ambiente da forma al desarrollo y funcionamiento del eje HPA, de formas que pueden contribuir a los síntomas ansiosos y depresivos.

Un estudio en la Universidad de California, de estrés en la vida temprana y patología de depresión nos dice, que la exposición durante la infancia parece afectar la disminución de la organización del eje posterior en donde se encuentran situaciones con estrés agudo. El abuso físico puede amplificar la reactividad al estrés, mientras que el abuso emocional puede afectar la recuperación después de la activación aguda. ¹⁰

Las funciones complejas emocionales, cognitivas y autorreflexivas se basan en la activación y la conectividad de circuitos neuronales a gran escala. Estos circuitos ofrecen una escala de enfoque relevante para conceptualizar una taxonomía para la depresión y la ansiedad basada en perfiles específicos (o biotipos) con disfunción del circuito neural. Se consideran las implicaciones clínicas de un enfoque de biotipo para guiar el tratamiento y la clasificación de la depresión y la ansiedad. Las direcciones de investigación futuras desarrollarán la utilidad clínica y la validez de un modelo de biotipo de circuito neuronal que abarca categorías de diagnóstico y ayuda a traducir la neurociencia en la práctica clínica en el mundo real.

Donde existe evidencia consistente de que las patologías del estado de ánimo a menudo coexisten con patologías de ansiedad, sin embargo, la frecuencia de asociación de estos dos amplios grupos de trastornos ha sido difícil de resumir a través de diferentes estudios, por lo que se han realizado diversos estudios, en donde en uno de ellos, se valoraron hasta 90 metaanálisis separados, que incluyeron 76 estimaciones de riesgo unidireccionales y 14 bidireccionales ordenadas temporalmente donde se encontró evidencia sólida y consistente de relación entre patologías de ansiedad y afectivos. Siendo de relevancia clínica para médicos y deben estar atentos a la pronta identificación y tratamiento de este tipo común de comorbilidad. ¹¹

Al integrar estas fuentes de información, estaremos en condiciones de analizar las disfunciones del circuito neuronal que definen subtipos de depresión y ansiedad por dentro y por fuera de los límites del diagnóstico, lo cual se podrá correlacionar más adelante con estudios de imagen como la tomografía, identificando las disfunciones en perfiles de síntomas observables y demostrar el beneficio de usar la información del circuito neural para ayudar a guiar las selecciones de tratamiento y mejorar los resultados funcionales.

En la actualidad esta en investigación la teoría inflamatoria, presentando resultados que nos sugieren que existe una relación bidireccional entre estas dos entidades, de la depresión y la inflamación. ¹²

Existen encuestas avaladas por diversos organismos de salud mental las cuales se basan en preguntas concisas y fáciles para el paciente para diagnóstico de depresión y ansiedad.

Una versión autoadministrada del instrumento de diagnóstico PRIME-MD, el cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), para patologías comunes mentales. El PHQ-9 en la sección de depresión, que se encarga de evaluar los 9 criterios en el

DSM-IV. El PHQ-9 cuenta con un doble propósito, ya que con los mismos 9 ítems, puede hacer diagnósticos de patología depresiva y graduar la gravedad de estos síntomas depresivos. ¹³

Esta evaluación de depresión es importante realizarse teniendo en cuenta una visión amplia y sin ser solamente en base al recuento de síntomas. Ya que hay diferentes variables que influyen en su gravedad y curso de la depresión. Dentro de las patologías depresivas se pueden utilizar test y entrevistas con grados diferentes en su estructura, así como herramientas que miden la severidad de la depresión y la respuesta su tratamiento y evolución. Teniendo como objetivos dentro de una temporalidad determinada, tienen una evaluación del paciente sintomática, permitiendo una graduación de los ítems y una puntuación final. ¹⁴

Existen múltiples estudios que en la práctica clínica destacan que no usan escalas de manera sistemática, se encuentra un consenso en crecimiento sobre la pertinencia de su uso en la clínica práctica, principalmente para dar seguimiento y monitorización a la evolución clínica y respuesta al tratamiento.

El Inventario de Beck para Depresión de (BDI) es uno de los test mayormente implementados y presenta validación en castellano a todas sus versiones, las cuales han sido adaptada por Sanz et al. ¹⁵

Como objetivo este instrumento pretende, identificar la presencia clínicamente de sintomatología depresiva y medir de forma cuantitativa su severidad. El BDI-II siendo una herramienta autoaplicada, que cuenta con 21 ítems. Donde los ítems son valorados de 0 a 3 puntos, y de acuerdo a la alternativa seleccionada, y posterior a la sumatoria de la puntuación de los ítems, puede dar como resultado un total varía de 0 a 63 ¹⁶

De acuerdo a la Escala de valoración de la depresión Montgomery Asberg (MADRS), escala heteroaplicada, con 10 ítems, la cual valora la severidad de los síntomas depresivos. Esta escala administrada por un profesional clínico, sin embargo existen escalas autoaplicadas. Dentro de la escala podemos encontrar ítems que incluyen tensión interna, tristeza aparente, tristeza referida, disminución de apetito, dificultades de concentración, disminución de sueño, laxitud, ideas suicidas, pensamientos pesimistas e incapacidad para sentir. La puntuación va de entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, teniendo la posibilidad de utilizar información de distintas fuentes a únicamente la del paciente. ¹⁷

La escala para depresión Hamilton (HRSD o HAM-D) creada para evaluar la severidad de la depresión, siendo de las más usadas para el seguimiento de la evolución sintomática, tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Existiendo también una alternativa la versión simplificada, que cuenta con 17 ítems, y la versión de 24 y una más simplificada de 6 ítems, constituida por los ítems de sentimientos de culpa, humor deprimido, actividades y trabajo, inhibición, síntomas somáticos y ansiedad de la versión. Siendo validada la versión española en 1986.

Al sumar la puntuación de los ítems, la escala de Hamilton da un puntaje global de la severidad del cuadro depresivo. También se obtiene la puntuación de tres factores importantes, que constituyen: sueño, melancolía y ansiedad. ¹⁹

En cuanto a la ansiedad existen también diversas escalas para evaluación de esta, diagnóstico y respuesta a tratamiento en ocasiones este instrumento va a depender de la edad del paciente que estamos evaluando.

El inventario de Ansiedad de Beck (BAI) está diseñado para ser usado por pacientes con una edad que va a partir de los 13 años, este test consta de 21 ítems, con puntuación de entre 0 a 3 puntos por ítem, y con puntuación máxima alcanzada de 63 puntos de ansiedad. ²⁰

También tenemos el test para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada (GADQ-M). Este cuestionario cuenta con la versión española, contando con 11 ítems, para llegar al diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Destaca que estos ítems van dirigidos a precisar la información sobre características de las preocupaciones del paciente; usando como referencia los criterios del DSM-IV. ²¹

Test de ansiedad de Hamilton, es un test administrado por personal clínico. Puntuando desde 0 hasta 4 puntos por pregunta, valorando desde la frecuencia hasta la intensidad. Obteniendo, 2 puntuaciones distintas destinadas a ansiedad psíquica y ansiedad somática. Encontrando a una puntuación mayor indicando mayor severidad a la ansiedad. Pudiendo evaluar las variaciones en transcurso del tiempo o al recibir tratamiento. ²³

El CMASR-2 es una herramienta de autoinforme que consta de 49 ítems para valorar la naturaleza y severidad de la ansiedad tanto en niños como adolescentes. Donde el niño responde de forma simple con Sí o No.

Se clasifica de forma sencilla. Donde la suma de todas las puntuaciones dan el resultado el índice de Ansiedad Total, así como dan otras cinco puntuaciones adicionales: Defensividad, ansiedad social, Índice de respuestas inconsistentes, Inquietud, Ansiedad fisiológica,.

CMASR-2 identifica cambios sutiles en las percepciones de los menores en lo que se identifica a su vivencia de la ansiedad. Donde uno de estos se ve reflejado en la realización de la escala de Ansiedad Social. Y otro cambio identificado a las vivencias de la ansiedad ante su desempeño académico, ante el desempeño adecuado en la escuela o tener logros entre sus compañeros. Permitiendo a maestros, orientadores, psicólogos y padre incluso a otros adultos significativos para el menor, ayudar a tener armas para enfrentar desafíos mayores para alcanzar el éxito.

El CMASR-2 es una herramienta autoinforme que unicamente requiere de aproximadamente 10 minutos para ser contestada, pudiendo ser tanto individual como en grupo. Requiere al ser contestado, que los aplicadores marquen las respuestas en cada pregunta de la encuesta, y para conseguir la puntuación, se utiliza una hoja con el perfil seleccionado para la edad, para cotejar y determinar las puntuaciones estándar. ²⁵

Esta herramienta representa un instrumento para lograr la cuantificación del nivel de ansiedad en adolescentes y niños que van de los 6 a los 19 años, sin embargo existe poca evidencia de aplicación en adultos y seria interesante su aplicación a adultos jóvenes y valorar su validación en este grupo de edad.

JUSTIFICACIÓN

El CMASR-2 es una herramienta que se usa para cuantificar el nivel de ansiedad en adolescentes y niños de entre 6 y 19 años, el cual es también utilizado en adultos y está validado en español por un grupo chileno, ya que este instrumento tiene la posibilidad de ser realizado tanto en grupo o de forma individual.

El CMASR-2 evalúa diferentes esferas, y de esta manera da una evaluación en la Ansiedad Total, valorando los niveles y la naturaleza de la ansiedad. La cual contiene un total de 49 reactivos, que se contestan negativamente o afirmativamente.

Por lo que surge la necesidad de saber que tan efectiva resulta este cuestionario en pacientes con una edad mayor a esta y que tienen una patología de base como la depresión. Así podremos saber si esta encuesta puede usarse en adultos como instrumento proyectivo o clínico además de su empleo usual como medida objetiva de autoinforme de ansiedad. Lo cual en pacientes y con una patología como la depresión es crucial para determinar el curso que tendrá su tratamiento farmacológico y terapéutico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Algunos autores mencionan que la depresión y los problemas de ansiedad en niños pueden ser manifestados a través de enuresis, dolores, onicofagia, terrores nocturnos. También se puede producir estrés cuando el sujeto se encuentra en situaciones poco estimulantes. Sin embargo los niños y adultos comparten algunos síntomas en caso de ansiedad.

La mayoría de pacientes tratados en la consulta externa del hospital Psiquiátrico Rafael Serrano son mayores de 18 años de edad, aproximadamente una tercera parte de la consulta es por depresión, esta patología se encuentra estrechamente relacionada con ansiedad en la mayoría de los pacientes por lo cual es importante tener una herramienta diagnóstica en nuestro hospital para evaluar durante la consulta la ansiedad en estos pacientes.

Es por ello que teniendo un cuestionario ya validado para aplicación en niños surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Qué tan efectiva resulta la encuesta CMASR-2 al ser aplicada en usuarios de más de 18 años con un diagnóstico previo de depresión comparada con pacientes adultos sanos.?

HIPÓTESIS

La encuesta CMASR-2 se aplica con facilidad en ambientes grupales, aunque se recomienda mejor la aplicación individual, dentro de la escala, podemos encontrar una subescala de inconsistencia, creada para identificar conformidad, conveniencia social y con la posibilidad de identificar las falsificaciones deliberadas de respuestas, esta subescala se compone de 9 reactivos y será el clínico quien determine si el paciente responde si a cualquier reactivo o si solo trata de complacer al examinador.

La alta puntuación de inconsistencia parece relacionarse con sentimiento de aislamiento o rechazo social en el paciente, este sentimiento es muy común en los pacientes con depresión por lo que puede esta encuesta no ser confiable en pacientes que tienen descontrol sobre este padecimiento, sin embargo en pacientes con adecuado apego farmacológico el test debe mostrar pocas diferencias en comparación con el aplicado a un paciente adulto sano. Es por ello que se llega al siguiente hipótesis.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La encuesta CMASR-2 es menos efectiva y menos confiable en pacientes adultos con depresión en descontrol, pero es confiable en pacientes adultos con depresión controlada y controles sanos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la efectividad de la encuesta CMASR-2 en usuarios de mas de 18 años con depresión.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la efectividad de la encuesta CMASR-2 en usuarios adultos sin depresion
- Comparar la efectividad de la encuesta CMASR-2 en usuarios mayores de 18 años con y sin depresión.
- Determinar la subescala de ansiedad de la encuesta CMASR-2 predominante en la edad adulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Por objetivo: observacional

Por temporalidad: transversal, analítico

Por recolección de datos: retrospectivo

Por unidades participantes: unicéntrico.

UBICACIÓN DE ESPACIO Y TEMPORALIDAD

Población accesible: En el Hospital de Psiquiatría Dr. Rafael Serrano, durante el periodo de 01 de junio a 31 de diciembre de 2021, se aplicó en la consulta externa la escala de Hamilton - *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* para determinar el diagnóstico de depresión a pacientes mayores de 18 años que acudieron a seguimiento por esta enfermedad o que fueron referidos con sospecha de depresión, posterior a esto se aplicó la escala CEMAS-R para determinar su nivel de ansiedad.

MUESTREO

Población Diana: Pacientes de más de 18 años que acudieron al área de consulta externa dentro del hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano.

Población muestra: Pacientes de más de 18 años con o sin diagnóstico de depresión según escala de Hamilton que acudieron a consulta externa del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

Sujetos de estudio: Pacientes de más de 18 años con o sin diagnóstico de depresión según escala de Hamilton que acudieron a consulta externa del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano durante el periodo de 01 de junio a 31 de diciembre de 2021.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Se empleó un muestreo de tipo No probabilístico de casos consecutivos según la conveniencia de los criterios de selección.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No necesitamos el cálculo del tamaño de la muestra debido a que el estudio incluirá el total de los usuarios atendidos en el área de la consulta externa con o sin diagnóstico de depresión por escala de Hamilton durante el periodo de 01 de junio a 31 de diciembre de 2021.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios con diagnóstico de depresión de acuerdo a test de Hamilton mayores de 18 años de la consulta externa del hospital psiquiátrico Doctor Rafael Serrano.
- Usuarios sin depresión según escala de Hamilton mayores de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que tengan otra patología psiquiátrica (trastorno bipolar, esquizofrenia, estrés posttraumático, trastorno obsesivo compulsivo) patologías que afecten el estado neurológico (parálisis cerebral, síndrome de Down o discapacidad intelectual, adicciones) que condicione un test de Hamilton o una encuesta CEMAS-R mal contestado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Usuarios que no concluyan el test Hamilton o la encuesta CEMAS-R.
- Pacientes que la encuesta CEMAS-R obtenga una puntuación mayor de 13 en la subescala de mentira.

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala a usar	Unidad de medición
Edad.	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha en que se registra el cálculo.	La registrada al momento de la consulta	Cuantitativa continua	*Años
Sexo	Condición biológica que clasifica a la población en hombre o mujer.	Condición registrada al momento de la consulta.	Cualitativa dicotómica nominal	1.Hombre 2.Mujer
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Diagnostico establecido de acuerdo a respuestas en la encuesta. <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Sano	Individuos con riesgo de llegar a desarrollar el evento en estudio.	Sujetos que no presenten diagnóstico de depresión o alguna enfermedad psiquiátrica	Cualitativa	1. sano

al momento del estudio.				
VARIABLE DEPENDIENTE.				
Ansiedad	Respuesta anticipatoria a una amenaza futura.	Diagnostico establecido de acuerdo a la puntuación en la encuestas CEMAS-R.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. no
Tipo de ansiedad.	Clasificación de la ansiedad de acuerdo a sus síntomas principales.	Diagnostico establecido acorde a la puntuación obtenida en la encuesta CMAS-R	Cualitativa ordinal	1. Ansiedad fisiológica. 2. Inquietud-hipersensibilidad. 3. Preocupaciones sociales - concentracion
Grado de depresión.	Clasificación de la depresión de acuerdo a la manifestación de los síntomas clínicos que caracterizan a esta patología.	Nivel en el que se encuentra el paciente de acuerdo al puntaje obtenido al contestar la encuesta. <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>	Cualitativa ordinal	1. Depresión ligera/menor: 8-13 2. Depresión moderada: 14-18. 3. Depresión severa: 19-22 4. Depresión muy severa: >23

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez revisado y aprobado el protocolo de investigación por parte de los investigadores a cargo internamente, se presento al Comité Local de Ética e Investigación para su registro institucional.

Se identifico a los pacientes con diagnóstico de depresión o sospecha de este diagnóstico en caso de las consultas de primera vez, la edad y sexo.

Durante su evaluación en la consulta externa se aplicaron la encuesta *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* y de acuerdo a esta se clasifico el grado de depresión que presenta.

Posterior a esta encuesta se aplico la encuesta CMASR-2 al mismo paciente para evaluar su ansiedad.

Se procedio a ordenar esta información recolectada en una base de datos del programa Microsoft Office Excel.

Seguidamente se realizó el análisis estadístico de variables en el Software SPSS Statistic con el fin de cumplir los objetivos generales y específicos de este proyecto.

Finalmente se realizó la interpretación de los resultados obtenidos y aplicación de pruebas estadísticas, así como su comparación con lo descrito en las bibliografías para elaborar las conclusiones finales y llevar a cabo la impresión, presentación y publicación del estudio.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS

- Médico Residente de Psiquiatría responsable de aplicar las encuestas y analizar datos

RECURSOS MATERIALES

- Instalaciones de la consulta externa del hospital psiquiátrico Doctor. Rafael Serrano.
- Computadora personal tipo Laptop con paquete Microsoft Excel
- Software paquete de análisis estadístico SPSS Statistic.

RECURSOS FINANCIEROS

- Se utilizarán los recursos propios del investigador

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva: las variables cualitativas se expresaron en números absolutos y porcentajes. Las variables cuantitativas fueron analizadas con medidas de tendencia central (promedio y medianas) y medidas de dispersión (desviación estándar y rangos intercuartílicos)

Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

P= *prevalencia*

PCE= *pacientes de consulta externa*

PD= *pacientes con depresión*

PO= *pacientes con ansiedad*

$$P = \frac{PD}{PCE} \quad P = \frac{PA}{PCE}$$

Estadística inferencial: Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con una distribución paramétrica o normal de los datos, la prueba de χ^2 y P de Pearson, se utilizaron para correlacionar las variables cualitativas, se utilizó curva de Roc, para valorar sensibilidad y especificidad de la escala CMASR-2. El programa estadístico empleado fue SPSS versión 25.0

ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue sometido en versión protocolo al Comité Local de Ética del centro hospitalario para su evaluación.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación con su actualización de 2018, debido a que se trata de un estudio observacional donde las fuentes de información serán informes o reportes derivados del expediente clínico se clasifica como investigación SIN RIESGO.

Autonomía: De acuerdo a la Declaración de Helsinki en su reunión de 2013, se respeta la confidencialidad de la identidad de los pacientes asignando una contraseña alfa-numérica (que sólo los investigadores principales podrán conocer); no se divulgará la identidad bajo ninguna circunstancia durante el proceso de divulgación científica.

No se requirió de consentimiento informado .

Justicia: Este principio no fue afectado ya que fueron incluidos todos los pacientes del hospital

Beneficencia. Los sujetos de investigación no obtuvieron beneficios directos de su participación, sin embargo dentro del Hospital los resultados deberán ser dados a conocer para modificar las conductas terapéuticas o de los procesos de atención para mejorar en la calidad de esta.

No Maleficencia: el estudio no influirá de forma negativa en el tratamiento o plan establecido para el paciente al momento que este se lleve a cabo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICO DE GANTT

ACTIVIDADES	MESES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Búsqueda y actualización de la bibliografía	■								
Elaboración del protocolo de investigación	■	■							
Evaluación por el comité de ética			■						
Recolección de Datos				■	■	■	■		
Análisis de resultados							■	■	
Elaboración del escrito final								■	
Presentación del Trabajo									■

RESULTADOS

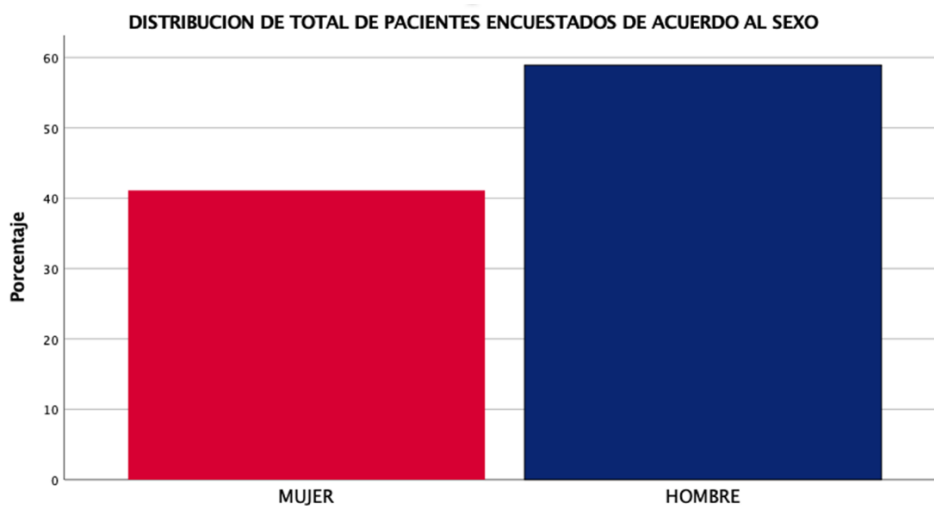
Se incluyeron un total de 90 pacientes que cumplieron los criterios de selección, la media de edad fue 32.8 años (± 8.37). Los pacientes se dividieron en dos grupos; el primer grupo se conformo por 50 pacientes (55%), que tuvieron diagnostico de depresión según la escala de Hamilton; el segundo grupo fueron 40 pacientes (45%), sin ningún antecedente patológico psiquiátrico. Las características de los pacientes se describen en la *tabla 1*

TABLA 1: CARACTERISTICAS DE PACIENTES ENCUESTADOS

SEXO	EDAD	GRADO DE ESTUDIO			
		PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA
MUJER	18-29	0	2	11	2
	30-39	2	3	5	1
	40-49	0	0	7	2
	50-59	0	0	2	0
	60-69	0	0	0	0
HOMBRE	18-29	3	5	13	1
	30-39	1	9	4	5
	40-49	3	2	3	1
	50-59	0	2	1	0
	60-69	0	0	0	0

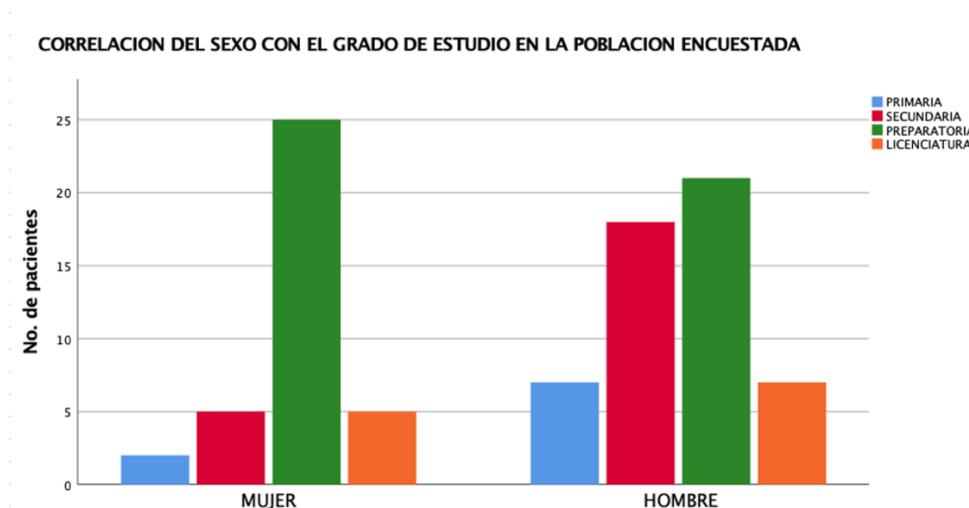
De los pacientes encuestados se encontró un predominio de hombres con un total de 53 pacientes (58.9%) y 37 mujeres (41.1%). Lo cual se describe en la grafica 1.

Gráfica 1



Se realizó una correlación del sexo con el grado de estudio, obteniendo que la mayoría de los pacientes encuestados se encontraban a nivel de preparatoria mujeres (n=25), hombres (n=21); sin embargo, la licenciatura había una discreta predominación en hombres (n=7) respecto a las mujeres (n=5). Se aplicó la prueba estadística χ^2 entre las variables cualitativas (sexo y grado de estudio), obteniendo un valor de 8.2 considerándose una prueba significativa ($p=0.042$). (Ver gráfica 2)

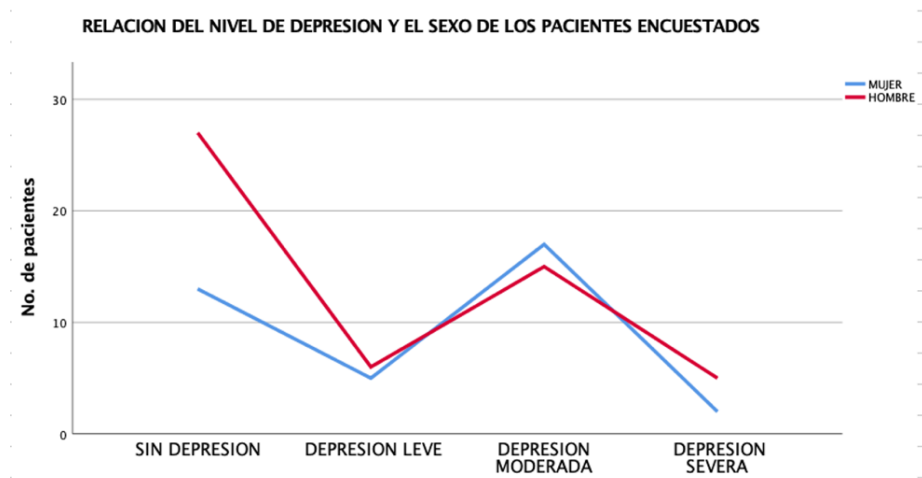
Gráfica 2



De los 90 pacientes encuestados, 40 pacientes no presentaron depresión mujeres (n=13), hombres (n=27), a los encuestados que se les aplicó la escala Hamilton. La puntuación obtenida en la escala Hamilton, en promedio fue de 12.6 puntos (± 8.54). De los cuales, 11 pacientes tuvieron depresión leve, hombres (n=6), mujeres (n=5), 32 pacientes tuvieron depresión moderada, hombres (n=15), mujeres (n=17), y solo 7 pacientes presentaron depresión severa, hombres (n=5), mujeres (n=2). (Ver gráfica 3)

Se aplicó la prueba de χ^2 para correlacionar, el grado de depresión con el sexo de los pacientes, obteniendo un valor de 3.67, lo cual no es estadísticamente significativo, ($p=0.29$)

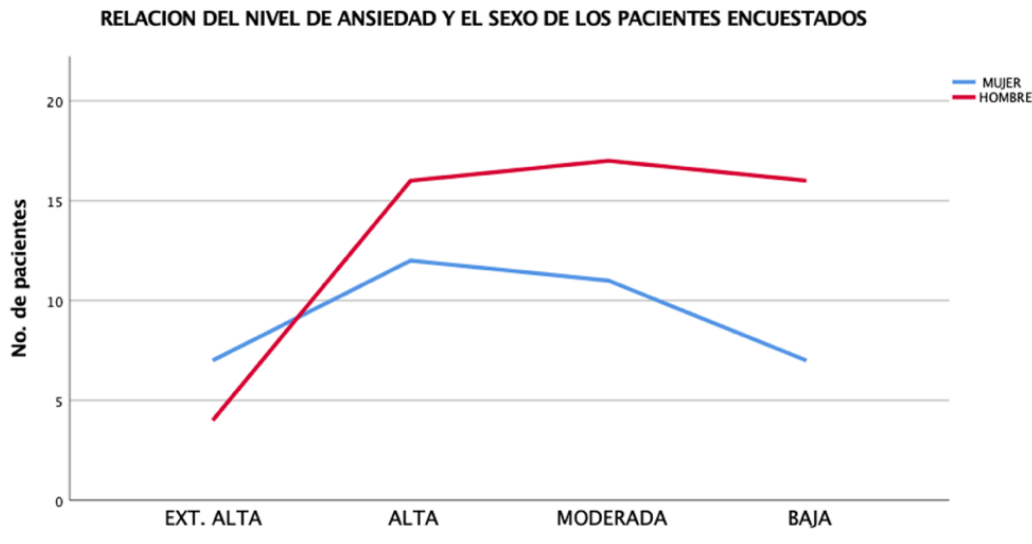
Gráfica 3



En cuanto a los resultados de la encuesta CMASR-2 y la relación con el sexo, 23 pacientes presentaron nivel bajo de ansiedad (25.5%), 28 pacientes nivel moderado (31%), 28 nivel alto (31%), y 11 pacientes nivel extremadamente alto (12.5%), la distribución de los niveles de ansiedad en relación con el sexo de los pacientes se muestra en la gráfica. (ver grafica 4)

Se aplicó la prueba de P de Pearson, para correlacionar el grado de ansiedad con el sexo de los pacientes, obteniendo un valor de 0.11, lo cual no es estadísticamente significativo, ($p=0.26$)

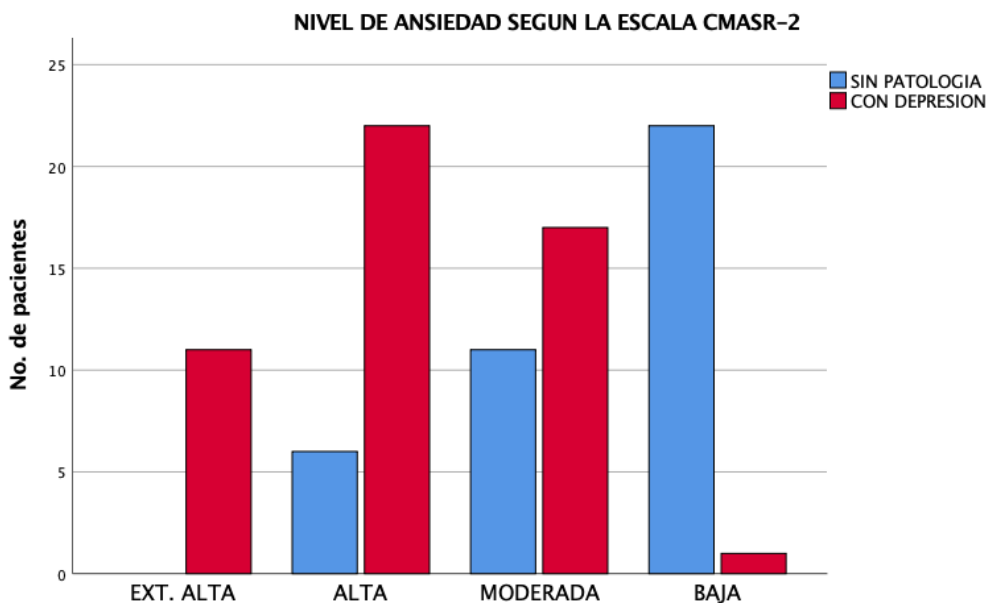
Grafica 4



De los pacientes con diagnóstico de depresión según la escala Hamilton, que fueron valorados por la encuesta CMASR-2 para medir la ansiedad, 11 pacientes presentaron ansiedad extremadamente alta, 22 ansiedad alta, 16 ansiedad moderada, y solo 1 ansiedad baja.

En cuanto a los pacientes que no tenían antecedentes de patología psiquiátrica, ningún paciente se encontró en nivel extremadamente alto, 7 pacientes calificaron con ansiedad alta, 11 con ansiedad moderada y 22 como ansiedad baja. (Ver gráfica 5)

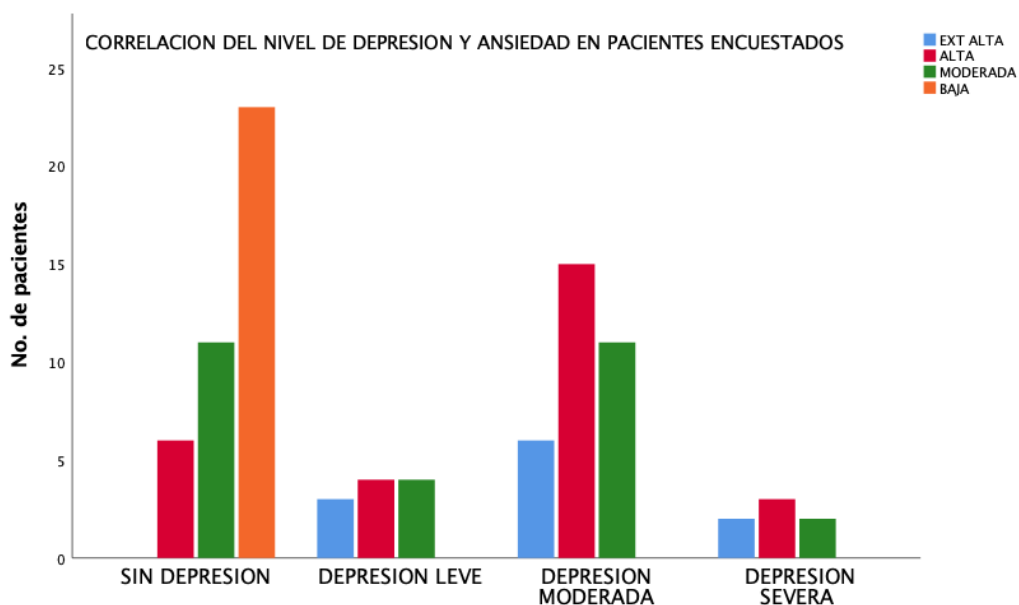
Gráfica 5



Se realizó una comparación entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad, encontrando que en un estadio de depresión moderada la ansiedad suele ser más alta, que en pacientes con depresión severa (Ver gráfica 6)

Se aplicó la prueba de P de Pearson para correlacionar estos datos con un valor de 0.60 **siendo significativo** ($p=0.01$)

Gráfica 6

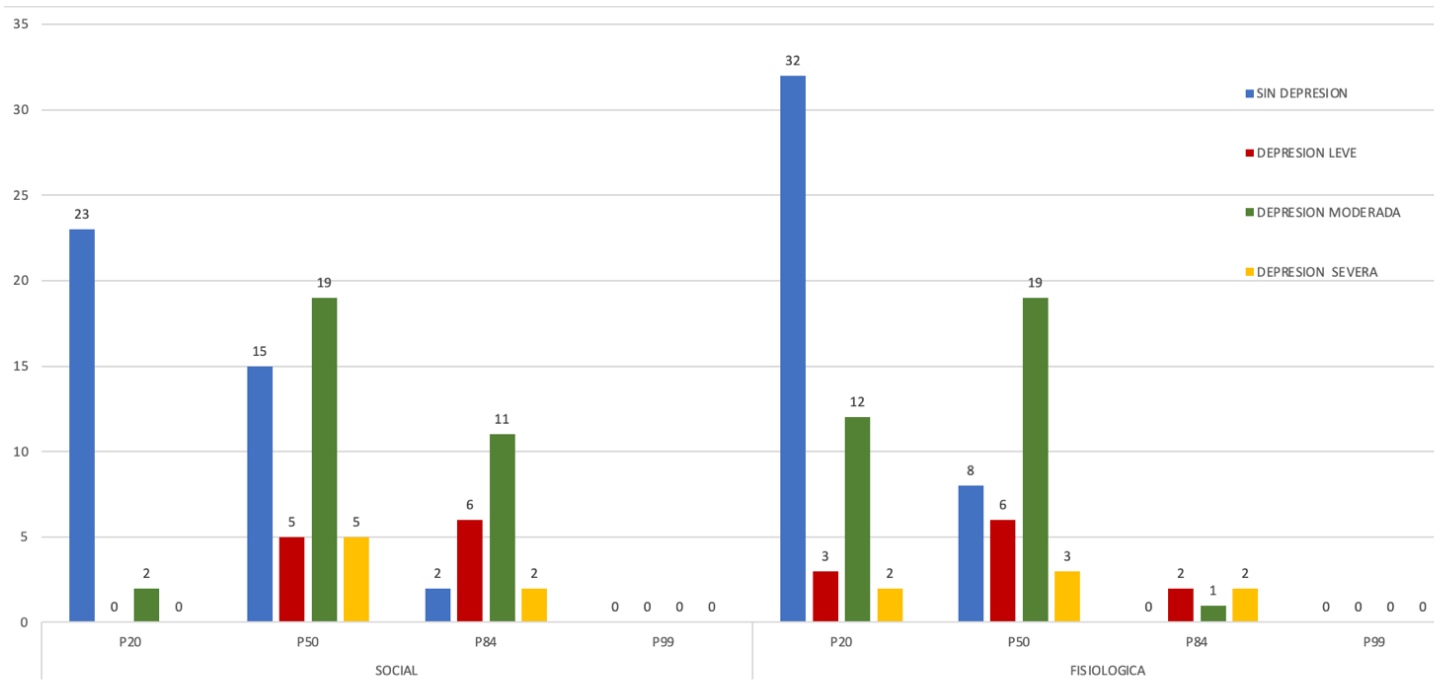


Para un mejor análisis correlacionamos los niveles de depresión con la ansiedad social y la ansiedad fisiológica, agrupando los puntajes en la encuesta por percentiles, según la clasificación indicada en la encuesta CMASR-2 (ver gráfica 7), encontrando un nivel más bajo de ansiedad social y fisiológica en pacientes sin depresión, demostrando en pacientes con depresión moderada un nivel mayor la ansiedad social.

Para determinar sensibilidad y especificidad de la escala, CMASR-2, se aplicó la prueba de curva de Roc, resultando sensible en un 65 %, y con una especificidad de 20%, para la detección de ansiedad en pacientes que presenten depresión en algunos de sus estadios.

Gráfica 7

COMPARACION ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESION Y LA ANSIEDAD SOCIAL Y FISIOLÓGICA EN LOS SUJETOS ESTUDIADOS



DISCUSIÓN

Los resultados del estudio demuestran que la hipótesis fue rechazada ya que la encuesta CMASR-2 es igual de efectiva y confiable en pacientes adultos con depresión y sin depresión. Sin embargo puede existir algún sesgo o alteración al responder esta encuesta cuando la patología no está controlada o se encuentra sin tratamiento.

En nuestra investigación encontramos que un mayor número de hombres encuestados a diferencia de lo que nos comenta la literatura sobre el género femenino como el más alto en índices de depresión, Los estudios experimentales sugirieron que las fluctuaciones en los niveles de estrógeno y progesterona pueden ser la fuente de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad y la causa de la diferencia en las pacientes sin embargo esto se puede explicar relacionándolo también con la escolaridad y el nivel socioeconómico de nuestra población en la consulta externa y como se vio en los resultados a nivel profesional había una predominancia de hombres respecto a las mujeres, estudios previos muestran que el interés por entender su padecimiento aumentan estadísticamente a medida que aumenta el nivel de educación. (9)

Aunque también existe en la literatura, resultados contradictorios sobre este tema. Mientras que algunos de ellos informaron un aumento de los niveles de ansiedad, con la educación, algunos estudios informaron una disminución. En el estudio que incluyó a 592 pacientes, Cauomo et al. encontró que las puntuaciones de ansiedad aumentaron con el aumento de los niveles de educación. Sugirieron que la razón detrás de esto era que los pacientes educados pueden expresarse mejor y tenían una mayor conciencia de su padecimiento.(11)

En general, encontramos una comorbilidad muy fuerte entre los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad, a menudo más alta que las estimaciones agrupadas informadas previamente. En otro estudio por Pavlova et al. (2015) en una revisión reciente encontraron una comorbilidad de por vida tres veces mayor entre trastornos del estado de ánimo y un trastorno de ansiedad, mientras que se encontró una probabilidad elevada de alrededor de ocho veces entre padecer ambos.(12)

Las pautas de tratamiento para la depresión sugieren que es importante considerar la gravedad al seleccionar la modalidad de tratamiento inicial de un paciente para los pacientes severamente deprimidos las pautas indican que la farmacoterapia es el tratamiento de elección, mientras que para los pacientes con depresión leve y moderada, tanto la farmacoterapia como la psicoterapia son

opciones recomendadas. Sin embargo cuando existe una comorbilidad en conjunto con algun nivel de ansiedad es importante tomar una decisión terapeutica que incluya en ambos padecimiento ya se farmacologica o psicoterapia ya que debemos tratar dos dimensiones diferentes pero a la vez asociadas muy estrechamente, sin embargo la escala CMASR-2 evalua el nivel y la naturaleza de la ansiedad lo cual tambien puede ser un grana porte para tomar decision terapuetica. (21)

Otro punto importante es que la escala CMASR-2 en el rubro la ansiedad fisiologica que esta dirigida a aspectos somáticos con dolor de cabeza nauseas, fatiga y dificultades del sueño, reflejando así que estas respuestas a menudo van acompañadas de ansiedad por lo que antes de la aplicación es recomendable interrogar padecimientos organicos que puedan manifestarse con estos sintomas para evitar sesgos a la aplicación de la escala.(24)

El test por su adecuada consistencia y fiabilidad nos podra permitir aplicarlo en algunas futuras investigaciones y en situaciones como la que vivimos con diversos enfoques que podrian ir desde los cualitativos hasta los cuantitativos o desde enfoques médicos hasta sociales.

CONCLUSIONES

La investigación, el tratamiento y la prevención de la depresión y los trastornos de ansiedad siguen siendo un desafío importante para los médicos en el área clínica. Ya que casi la mitad de las personas diagnosticadas con depresión, también experimentarán ansiedad comórbida. Sospechar o identificar esta asociación representa un paso crucial hacia el desarrollo de mejores estrategias de tratamiento, además de resaltar nuevas oportunidades, para la implementación de intervenciones dirigidas y personalizadas.

En conclusión se puede afirmar, que la encuesta CMASR-2, es efectiva y confiable para su aplicación en pacientes mayores de 18 años con depresión y pacientes sanos.

Específicamente la ansiedad va a ser alta o extremadamente alta, según la clasificación de la encuesta CMASR-2 en pacientes con depresión moderada.

La encuesta CMASR-2, es una herramienta adecuada para medir la puntuación de ansiedad, ya que sus subpuntuaciones revelan información importante sobre el tipo de ansiedad que puede estar presentando el paciente. Al mismo tiempo, al estar planificada como un instrumento, de rápida ejecución y fácil comprensión, es una escala que le puede parecer familiar al paciente y evitar dejar rubros sin respuesta.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES

FORTALEZAS

Las escalas usadas en el estudio son escalas validadas para los trastornos del estado de animo asi como su diagnostico y seguimiento.

Son instrumentos faciles de comprender y reponder para la mayoria de los pacientes.

DEBILIDADES

El numero de pacientes encuestados y el tiempo es relativamente una muestra pequeña en relacion a la poblacion atendida en el Hospital Dr.Rafael Serrano, por lo que se podria continuar el estudio tratanto de valorar mas pacientes en un mayor periodo de tiempo.

PROPUESTAS

Muchos de los pacientes que presenten ambos trastornos tendrán síntomas que son angustiantes, pero que no cumplen con los criterios de duración o intensidad para permitir un diagnóstico clínico. Los pacientes que experimentan estas condiciones a menudo buscan terapias complementarias e integradoras como lo mencionan algunas revisiones sobre estos temas por lo que se podria apoyar este tipo de terapia implementando actividades con los pacientes que se encuentren en condiciones clinicas de realizarlas.

En este estudio se evaluaron a los pacientes con el test CMASR-2 y la escala Hamilton de depresión que valoran de forma clinica los estados de animo y ansiedad, resultando de gran utilidad clinica y diagnóstica, sin embargo se podria complementar el estudio con una población mayor, usando parametros bioquimicos que determinen los marcadores inflamatorios alterados (como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral) en estas patologias, en nuestra població

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiloba, V. J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Student consult en español. Elsevier 2015.
2. Kaplan, S. H. I. Tratado de psiquiatría (2.ª ed.). Elsevier Masson 1995.
3. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5.ª ed. Editorial Medica Panamericana S.A. de C.V. 2018.
4. Serretti A, Chiesa A, Calati R, et al. Influence of family history of major depression, bipolar disorder, and suicide on clinical features in patients with major depression and bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(2):93-103. Dwyer L,
5. McKay D, Storch EA, eds. Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders. New York: Springer Science+Business Media; 2013.
6. Akiskal HS. Mood disorders: Clinical features. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9.a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:1693.
7. An X, Zhang L, Wang D, Guan S, Lu P, Xu X, Xu H. Influence of early life stress on depression: from the perspective of neuroendocrine to the participation of gut microbiota. *Aging (Albany NY)*. 2021 Dec 10;13(23):25588-25601.
8. Brody DJ, Pratt LA, Hughes JP. Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief*. 2018 Feb;(303):1-8.
9. Bulbena A, Gago J, Pailhez G, Sperry L, Fullana MA, Vilarroya O. Joint hypermobility syndrome is a risk factor trait for anxiety disorders: A 15-year follow-up cohort study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:363.
10. Olsen S, Oei TPS. Cognitive-behavioral group therapy for heterogenous anxiety and mood disorders in a psychiatric hospital outpatient clinic. *J Cogn Psychother*. 2013;27(2):138-154.
11. Williams LM. Defining biotypes for depression and anxiety based on large-scale circuit dysfunction: a theoretical review of the evidence and future directions for clinical translation. *Depress Anxiety*. 2017 Jan;34(1):9-24.
12. Saha S, Lim CCW, Cannon DL, Burton L, Bremner M, Cosgrove P, Huo Y, J McGrath J. Comorbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2021 Mar;38(3):286-306.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13
14. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A metasynthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract*. 2011;12(47).

15. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
16. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anal Psicol.* 2013;29(1):66-75.
17. Cunningham JL, Wernroth L, von Knorring L, Berglund L, Ekselius L. Agreement between physicians' and patients' ratings on the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):148-53.
18. Bech P, Allerup P, Gram LF, Reisby N, Rosenberg R, Jacobsen O, et al. The Hamilton depression scale. Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatr Scand.* 1981;63(3):290-9.
19. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin (Barc).* 2003;120(18):693-700
20. Sandin, B., Valiente, R. M. y Chorot P. (2020). Trastornos de Ansiedad. En A. Belloch, *Manual de Psicopatología* (pp. 35-76). Madrid: McGraw-Hill.
21. Carrasco, M. A. (2013). Evaluación de los Trastornos de Ansiedad. En M. A. *Evaluación Clínica: Diagnóstico, Formulación y Contrastación de los Trastornos Psicológicos* (pp. 133- 160). Madrid: Editorial Saiz y Torres.
22. Spielberger, R. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (2015). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
23. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry.* 1969; 3: 76 - 79.
24. Domínguez., L. S., Villegas, G., & Padilla., O. T. (2013). *propiedades psicométricas de la escala de ansiedad manifiesta en niños-cmasr en niños y adolescentes de lima metropolitana*. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social.*
25. Cecil R. Reynolds, Ph.D. Bert O. Richmond, Ed.D, *Manual de aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (CMASR-2), segunda edición, Manual Moderno.*

GLOSARIO

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades décima primera edición

DSM 5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

SNC: Sistema nervioso central

CO2: Dioxido de carbono

HHS: hipotalamo hipofisis suprarrenales

GABA:acido gaba aminobutirico

Ach: Acetilcolina

LCR: Liquido cefalorraquideo

GH: Hormona del crecimiento

CRH: Hormona hipotalámica liberadora de corticotropina.

HPA: Hipotálamo Pituitario Adrenal

PHQ: Cuestionario de Salud del Paciente

BDI: Inventario de Depresión de Beck

MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale

HRSD: Escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión

HAM-D: Escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck

GADQ-M: Cuestionario para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

PSWQ: Penn State Worry Questionnaire

CMASR-2: Escala de ansiedad manifiesta en niños

CMASR-2

Cuestionario-Perfil

Cecil R. Reynolds, PhD, y Bert O. Richmond, Ed.D

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Grado escolar: _____

Femenino Masculino

Instrucciones

Las oraciones que aparecen en este formulario dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponda a tu respuesta. Encierra en un círculo la palabra Sí si piensas que así eres. Encierra en un círculo la palabra No si crees que no eres así. Responde a cada oración, incluso si te resulta difícil elegir una respuesta que se aplique a ti. No marques Sí y No para la misma oración. Si quieres cambiar tu respuesta, marca una X encima de tu primera respuesta y luego encierra en un círculo tu nueva elección.

No hay respuestas correctas ni incorrectas; sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes con respecto a ti mismo. Recuerda, después de leer cada oración, pregúntate: "¿Es cierto en mi caso?". Si es así, encierra Sí en un círculo; si no lo es, encierra el No.

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.



Manual Moderno®

D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

continúa al reverso de esta página

1. Muchas veces siento asco o náuseas.	SÍ	No
2. Soy muy nervioso(a).	SÍ	No
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.	SÍ	No
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	SÍ	No
5. Tengo demasiados dolores de cabeza.	SÍ	No
6. Me preocupa no agradarle a los otros.	SÍ	No
7. Algunas veces me despierto asustado(a).	SÍ	No
8. La gente me pone nervioso(a).	SÍ	No
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.	SÍ	No
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.	SÍ	No
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	SÍ	No
12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.	SÍ	No
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	SÍ	No
14. Todas las personas que conozco me caen bien.	SÍ	No
15. Muchas veces siento que me falta el aire.	SÍ	No
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).	SÍ	No
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí.	SÍ	No
18. Muchas cosas me dan miedo.	SÍ	No
19. Siempre soy amable.	SÍ	No
20. Me enoja con facilidad.	SÍ	No
21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	SÍ	No
22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.	SÍ	No
23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.	SÍ	No
24. Siempre me porto bien.	SÍ	No

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural (reactivos 1-24) ▶	—	—	—	—



4 489000 090024

MP
90-2

0616

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

Índice de Respuestas Inconsistentes (INC)

Para calcular la puntuación del índice de Respuestas Inconsistentes (INC) seguir las instrucciones conforme se indique en el manual.


Pares de reactivos INC	Añadir a la puntuación INC
2 ___ 8 ___	___ (marcar si son diferentes)
3 ___ 35 ___	___ (marcar si son diferentes)
4 ___ 10 ___	___ (marcar si son diferentes)
6 ___ 49 ___	___ (marcar si son diferentes)
7 ___ 39 ___	___ (marcar si son diferentes)
19 ___ 33 ___	___ (marcar si son diferentes)
23 ___ 37 ___	___ (marcar si son diferentes)
24 ___ 29 ___	___ (marcar si son diferentes)
38 ___ 48 ___	___ (marcar si son iguales)

Puntuación del índice INC: ___

25. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a).	SÍ	No
26. Me preocupa lo que la gente piense de mí.	SÍ	No
27. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).	SÍ	No
28. En la escuela se burlan de mí.	SÍ	No
29. Siempre soy bueno(a).	SÍ	No
30. Es muy fácil herir mis sentimientos.	SÍ	No
31. Me sudan las manos.	SÍ	No
32. Me preocupa cometer errores delante de la gente.	SÍ	No
33. Siempre soy agradable con todos.	SÍ	No
34. Me canso mucho.	SÍ	No
35. Me preocupa lo que va a pasar.	SÍ	No
36. Los demás son más felices que yo.	SÍ	No
37. Temo hablar en voz alta delante de un grupo.	SÍ	No
38. Siempre digo la verdad.	SÍ	No
39. Tengo pesadillas.	SÍ	No
40. A veces me enojo.	SÍ	No
41. Me preocupa que durante la clase me hagan participar.	SÍ	No
42. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.	SÍ	No
43. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.	SÍ	No
44. A veces digo cosas que no debería decir.	SÍ	No
45. Me preocupa que alguien me dé una golpiza.	SÍ	No
46. Me muevo mucho en mi asiento.	SÍ	No
47. Muchas personas están en mi contra.	SÍ	No
48. He dicho alguna mentira.	SÍ	No
49. Me preocupa decir alguna tontería.	SÍ	No

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.

 **Manual Moderno®**
D.R. © 2012 por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria
Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural (reactivos 1-24) ▶	___	___	___	___
Puntuación natural (reactivos 25-49) ▶	___	___	___	___
Puntuación natural total ▶	___	___	___	___
TOT		+	+	=

27.

CMASR-2

Perfi Masculino

Cecil R. Reynolds, Ph.D., and Bert O. Richmond, Ed.D.

Nombre o clave de identificación: _____

Fecha: _____

Edad: _____

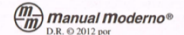
Grado escolar: _____

Edad 15 a 19 MASCULINO								
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
>99	>80						>80	
99	80						80	
	79						79	
	78						78	
	77						77	
	76						76	
	75						75	
	74						74	
	73						73	
	72						72	
98	71		42				71	98
	70						70	
97	69	9	41		10		69	97
	68						68	
	67		40				67	
96	66						66	96
	65			19	9	14	65	
93	64		39				64	93
	63		38				63	
90	62	8					62	90
	61				8		61	
	60		37				60	
84	59			18		13	59	84
	58						58	
82	57	7	36				57	82
	56		35		7		56	
79	55		34				55	79
	54		33				54	
77	53	6	32			12	53	77
	52		31		6		52	
69	51		30			11	51	69
	50		29				50	
65	49	5					49	65
	48						48	
62	47		14		5	10	47	62
	46		13				46	
58	45	4	26			9	45	58
	44		25		4	8	44	
54	43		24				43	54
	42		23				42	
51	41	3	22				41	51
	40		21				40	
46	39		20		3	6	39	46
	38		19				38	
42	37		18			5	37	42
	36		17				36	
38	35		16		2	4	35	38
	34		15				34	
35	33	1	14				33	35
	32		13			3	32	
31	31		12			2	31	31
	30	0	11		1		30	
2	<30		8		4	1	<30	2
<2	<30						<30	<2

Forma breve FB, por rango de edad MASCULINO						
Percentil	Puntuación T	6 a 8	9 a 14	15 a 19	Puntuación T	Percentil
>99	>80				>80	
99	80				80	
	79				79	
	78				78	
	77				77	
	76				76	
	75				75	
	74				74	
	73		10		73	
	72				72	
98	71				71	98
	70				70	
97	69				69	97
	68				68	
	67				67	
96	66				66	96
	65				65	
93	64				64	93
	63				63	
90	62	10	9		62	90
	61			10	61	
	60				60	
84	59				59	84
	58				58	
82	57				57	82
	56				56	
79	55	9	8		55	79
	54				54	
77	53				53	77
	52				52	
69	51				51	69
	50				50	
65	49				49	65
	48				48	
62	47				47	62
	46				46	
58	45				45	58
	44				44	
54	43				43	54
	42				42	
51	41				41	51
	40				40	
46	39				39	46
	38				38	
42	37				37	42
	36				36	
38	35				35	38
	34				34	
35	33				33	35
	32				32	
31	31				31	31
	30				30	
2	<30				<30	2
<2	<30				<30	<2

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.

Desprender esta hoja antes de llenar el cuestionario



© 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. - Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F. Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Captura de Pantalla

CMASR-2

Perfil Femenino

Cecil R. Reynolds, Ph.D., and Bert O. Richmond, Ed.D.

Nombre o clave de identificación: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Grado escolar: _____

Edad 15 a 19 FEMENINO									
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	
>80	>80						>80		
80	80						80		
79	79						79		
78	78						78		
77	77						77		
76	76						76		
75	75						75		
>99	74		41		9		74	>99	
99	73						73	99	
	72						72		
98	71		40				71	98	
	70						70		
97	69		39		8		69	97	
	68						68		
96	67	8					67	96	
	66		38	19			66	95	
95	65					14	65	93	
93	64				7		64	92	
92	63						63	90	
90	62		36				62	88	
88	61	7	35				61	86	
86	60			18			60	84	
84	59		34		6		59	82	
82	58					13	58	79	
79	57		33	17			57	76	
76	56	6			5		56	72	
72	55		32				55	69	
69	54		31			12	54	65	
65	53	5		16			53	62	
62	52		30			11	52	58	
58	51		29		4		51	54	
54	50		28				50	50	
50	49	4		15		10	49	46	
46	48		27	14			48	42	
42	47		26		3	9	47	38	
38	46	3		13			46	35	
35	45		25				45	31	
31	44		24			8	44	28	
28	43		23				43	24	
24	42		22			7	42	21	
21	41	2		11	2		41	19	
19	40		19			6	40	16	
16	39			10			39	14	
14	38	1				5	38	12	
12	37		18	9			37	10	
10	36		17			4	36	8	
8	35		16				35	7	
7	34		15	8			34	6	
6	33				1		33	5	
5	32		14	7		3	32	4	
4	31		12			2	31	3	
3	30		11	6			30	2	
2	30	0	10		0		30	2	
<2	<30		7	4		1	<30	<2	
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	
Puntuación natural		Puntuación natural		Puntuación natural		Puntuación natural			
Puntuación T		Puntuación T		Puntuación T		Puntuación T			
Puntuación del índice INC _____ (valores de 6 o más indican la necesidad de una nueva investigación)									

Forma breve FB, por rango de edad FEMENINO									
Percentil	Puntuación T	6 a 8	9 a 14	15 a 19	Puntuación T	Percentil			
>80	>80				>80				
80	80				80				
79	79				79				
78	78				78				
77	77				77				
76	76				76				
75	75				75				
>99	74				74	>99			
99	73	10	10		73	99			
	72				72				
98	71				71	98			
	70				70				
97	69				69	97			
	68				68				
96	67				67	96			
	66	9	9		66	95			
95	65				65	93			
93	64				64	92			
92	63				63	90			
90	62			10	62	88			
88	61				61	86			
86	60				60	84			
84	59				59	82			
82	58	8	8		58	79			
79	57			9	57	76			
76	56				56	72			
72	55	7	7		55	69			
69	54				54	65			
65	53				53	62			
62	52			8	52	58			
58	51				51	54			
54	50	6	6		50	50			
50	49				49	46			
46	48				48	42			
42	47			7	47	38			
38	46	5	5		46	35			
35	45				45	31			
31	44			6	44	28			
28	43				43	24			
24	42	4	4		42	21			
21	41			5	41	19			
19	40				40	16			
16	39				39	14			
14	38	3	3	4	38	12			
12	37				37	10			
10	36				36	8			
8	35				35	7			
7	34				34	6			
6	33			3	33	5			
5	32	2	2		32	4			
4	31				31	3			
3	30			2	30	2			
2	30	1	1	1	30	2			
<2	<30				<30	<2			
Percentil	Puntuación T	6 a 8	9 a 14	15 a 19	Puntuación T	Percentil			
Puntuación natural FB-TOT		Puntuación natural FB-TOT		Puntuación natural FB-TOT					
Puntuación T		Puntuación T		Puntuación T					

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.

Desprender esta hoja antes de llenar el cuestionario

Manual Moderno®
 D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

