



Dolor, ansiedad y depresión y su relación con los indicadores de calidad de vida en enfermedades no transmisibles en el noreste de México

Mtro. Roberto Pablo Banda Alvarado⁴⁴

Dra. Karla Patricia Valdés García⁴⁵

Dra. Bárbara de los Angeles Pérez Pedraza⁴⁶

Resumen

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen un desafío actual para los sistemas sanitarios a nivel global. Su alta incidencia y prevalencia debido a las características y tendencias demográficas actuales indican la necesidad de conocer el comportamiento de las variables que afectan la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes. Se realizó un estudio cuantitativo de alcance descriptivo-correlacional y transversal en pacientes con ENT, en el noreste de México, con el objetivo de medir las variables dolor, ansiedad y depresión, así como estimar su nivel de correlación con indicadores de la calidad de vida en una muestra de 208 participantes. Se aplicó un cuestionario *ad hoc* a través de formulario digital y en persona, compuesto por cinco secciones: Información del proyecto; Datos demográficos; Cuestionario general de Salud SF-12; Cuestionario breve del dolor; y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se hizo un análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes, etc., comparativo con la prueba t-student y correlación de Pearson con ayuda del programa JASP versión 18.0.3. Entre los principales resultados se determinó la frecuencia en las morbilidades, grado de afectación en las variables estudiadas, así como el grado de correlación entre ellas. Se concluye sobre la relevancia de contar con información empírica sobre las variables y su influencia en la calidad de vida en las ENT, entendida desde una visión holística que oriente la toma de decisiones en salud, con base en las condiciones y perspectivas culturales de cada entorno.

⁴⁴ Universidad Autónoma de Coahuila. pablobanda@uadec.edu.mx

⁴⁵ Universidad Autónoma de Coahuila. karlavaldes@uadec.edu.mx

⁴⁶ Universidad Autónoma de Coahuila. barbara_perez@uadec.edu.mx



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Buen vivir: Nueva Perspectiva de la Intervención Social



Palabras clave: *ansiedad y depresión, dolor, calidad de vida, enfermedades.*



Introducción

Las enfermedades no transmisibles o comúnmente denominadas crónico degenerativas constituyen un problema actual de gran relevancia en salud pública para el sistema sanitario. Los altos costos económicos que implica para el sector salud el tratamiento y control de dichas patologías (debido a su alta incidencia y prevalencia) representan uno de los retos principales del Estado, en cuanto a la protección del derecho a la salud (Buritica et al., 2023; Tapia-Conyer y Saucedo-Martínez, 2023; Vargas, 2022).

El incremento en la esperanza de vida en los últimos años debido al acceso a la atención y control de las enfermedades crónicas ha revelado cómo a pesar de alcanzar una vida más longeva, ésta no siempre se acompaña de una buena calidad de vida, ya que la población es diagnosticada con alguna enfermedad y su posterior padecimiento, en promedio, diez años antes de su muerte (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2018).

Las ENT matan a 41 millones de personas cada año, de ellas, 17.9 millones por eventos cerebrovasculares; 9.3 debido a cáncer; 4.1 por enfermedades respiratorias crónicas y 2 millones más por diabetes mellitus, entre las principales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

En México, de acuerdo con el Panorama Epidemiológico de las ENT, al cierre de 2021, las tasas de mayor incidencia reportaron 349.2 casos por cada 100 mil habitantes. para úlceras, gastritis y duodenitis; 256.5/100 mil para hipertensión arterial; diabetes mellitus tipo 2 con 186.7/100 mil habitantes. y referente a la obesidad, una tasa de 182.7/100 mil. (Secretaría de Salud, 2022).

En cuanto a la región, se reportó para Coahuila y Nuevo León al cierre del siguiente año (2022), tasas de incidencia de 667.2 y 471.7 para úlceras, gastritis y duodenitis; 969.1 y 585.4 para hipertensión arterial; 679.2 y 400.1 para diabetes mellitus tipo 2, y 758.3 y 789.4 por cada 100 mil habitantes en cuanto a obesidad para cada estado, mostrando un considerable aumento en comparación con los datos nacionales y de las propias entidades federativas con respecto al año anterior, según datos extraídos de los anuarios de morbilidad de la Dirección General de Epidemiología (2022).



En dichos registros, para el caso de depresión, en 2021 la tasa nacional se registró en 39.5 casos por cada 100 mil habitantes; siendo Nayarit el estado con la cifra más alta con 92.2 casos, seguida de Chihuahua con 86.3 casos. En 2022, Coahuila reportó una tasa de 89.46 y Nuevo León 84.46 y con una tendencia al incremento.

La creciente urbanización por otro lado ha contribuido a la disminución de las actividades físicas diarias de la población propiciando un sedentarismo debido a la reducción de los espacios públicos para ejercitarse, favoreciendo la predisposición para el desarrollo de las ENT a partir del incremento de la obesidad y asociación de factores como una alimentación inadecuada, además de las variables psicosociales y ambientales (Aguirre et al., 2023).

Al respecto, la OMS menciona como factores de riesgo comportamentales al consumo de tabaco, ingesta excesiva de sal, alcohol y la propia inactividad física, aunado a los altos contenidos calóricos en los alimentos ultra procesados y las grasas saturadas que contribuyen al sobrepeso y obesidad, además de la hipertensión arterial de la población como factores de riesgo metabólico (Dorlach, 2020; OMS, 2023; Serna-Martínez, 2023).

En este sentido, desde 2011 se estableció en Chile una normativa referente a la producción y etiquetado frontal de alimentos industrializados mediante un sistema de sellos de advertencia sobre los altos contenidos energéticos a partir de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio, entre otros, a fin de concientizar a la población sobre los riesgos del consumo excesivo de tales productos, haciéndose extensivo en la siguiente década a diversos países de América Latina, incluyendo a México en 2018 (Dorlach, 2020). Sin embargo, aún continúa generando controversias sobre su impacto real (Lagunes, 2020).

Por su parte, la calidad de vida es un concepto que ha tenido una larga evolución en la historia, sin embargo, hasta fines del siglo XX es que se empieza a considerar como un componente importante del desarrollo humano y bienestar general, que incluye diversas dimensiones que afectan la percepción subjetiva del individuo sobre su condición general y satisfacción, entre ellas, las relacionadas con la salud (Estrada et al., 2005).

Dado que la medicina actual centra su práctica basada en la evidencia, resulta de gran utilidad contar con información empírica que nos proporcione un conocimiento del estado



del arte de esta percepción subjetiva, a través de sondeos entre la población a fin de examinar -como en este caso-, la influencia y relaciones entre el dolor, la ansiedad y depresión sobre el bienestar percibido.

Entre las investigaciones sobre dichas variables, Ruiz et al. (2017) mediante modelos de regresión lineal ajustados por edad y nivel socioeconómico, en un grupo de 458 usuarios del primer nivel de atención en la Ciudad de México, encontraron que los síntomas depresivos tuvieron un papel mediador y los de ansiedad uno de tipo moderador, prediciendo una baja calidad de vida relacionada con la salud en ambos modelos.

Por su parte, Talavera-Peña et al. (2020) en un estudio cuasi experimental tipo pretest-postest, con grupo control de cuatro etapas, evaluaron el efecto de una intervención psicológica a 66 candidatos del servicio de cirugía cardiotorácica y cardiología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida, demostrando la viabilidad de la implementación de este tipo de intervenciones y su potencial efecto en las dimensiones estudiadas.

Por su parte, Bustamante et al. (2021) en un estudio observacional transversal en dos centros médicos con pacientes con síndrome metabólico (obesidad, dislipidemia, hipertensión e hiperglucemia) evaluaron su relación entre el nivel socioeconómico y la calidad de vida, demostrando que la disminución del nivel socioeconómico se asocia con un mayor riesgo de síndrome metabólico, no obstante, la calidad de vida alta mitigó el riesgo del síndrome en los casos de un nivel socioeconómico bajo.

Barrutia et al. (2022) mediante una investigación documental sistemática en Cuba sobre los estados depresivos y el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, documentaron la relación existente entre la producción fisiológica de metabolitos implicados en la condición depresiva, así como su modulación e influencia principalmente en pacientes con diabetes e hipertensión, además del efecto del dolor crónico como discapacidad y percepción de gravedad de la enfermedad conduciendo a estados de ansiedad y depresión.

En otro estudio, Oliva-Sánchez et al. (2022) mediante un análisis de bases de datos oficiales del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias en las tres mayores olas de COVID-19, encontraron una fuerte asociación entre factores de riesgo como obesidad y



edad avanzada, en desenlaces de neumonía, complicaciones y mal pronóstico general, en 10.347.746 individuos de la población con dichas comorbilidades.

Aguirre et al. (2023) mediante una revisión sistemática de 60 artículos, analizaron los efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades cardiovasculares, encontrando beneficios tanto desde la prevención como en el tratamiento, posicionándose como un recurso promisorio en la mejoría de la calidad de vida.

En cuanto a la diferencia por sexo, García et al. (2024) Examinaron la calidad de vida en docentes de nivel medio superior en el Estado de México a través de un estudio observacional de alcance descriptivo y comparativo entre 364 participantes demostrando puntajes más altos en las dimensiones de salud general, vitalidad y salud mental entre los varones, así mismo, consideran la necesidad de promover acciones que beneficien la salud mental y actividad física en este grupo de la población.

A partir de las investigaciones revisadas y detección de necesidad de información en contextos específicos y actuales, el propósito de esta investigación se centra en describir el comportamiento de las variables dolor, ansiedad y depresión, así como su interrelación e impacto en la calidad de vida de un grupo de pacientes con ENT, mediante el uso de instrumentos validados, a fin de contribuir con información que oriente sobre el estado del arte en la región.

Método

Diseño

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo con un diseño de tipo transversal no experimental, de alcance descriptivo correlacional, con muestreo no probabilístico en pacientes con ENT.

Participantes

Se solicitó la participación a personas mayores de 18 años que presentaran alguna ENT crónico degenerativa, residentes del noreste de México que aceptaran contestar un



cuestionario *Ad hoc* sobre las variables exploradas. Se obtuvo -tras el descarte de 10 encuestas físicas por llenado inadecuado y 5 electrónicas por no cumplir el criterio geográfico- una muestra de 208 participantes que otorgaron su Consentimiento Informado (111 personalmente y 97 vía digital).

Instrumentos

Para la medición de las variables, se diseñó un cuestionario en formato físico y digital a través de la plataforma de Google™ Forms que incluía 5 secciones, la primera sobre requisitos de participación, propósito del estudio, uso y protección de datos, y consentimiento informado; la segunda sobre datos demográficos y padecimiento; la tercera sobre calidad de vida relacionada con la salud; cuarta con escalas visuales numéricas de dolor y la quinta, ansiedad y depresión, con base en los siguientes instrumentos:

SF-12

La escala SF-12 mide el constructo Calidad de vida. Evalúa las dimensiones: Función física (FF), Rol Físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol social (RS) y Salud mental (SM). Consta de 12 reactivos. Se responde en formato tipo Likert (3 a 6 opciones, en algunos casos utilizando de mala a excelente, de Sí limita mucho a No me limita nada, de Malo a Excelente, de Extremadamente a No todo, de Todo el tiempo a Nada de tiempo); otras preguntas admiten respuestas dicotómicas de sí/no. Los ítems se recodifican y se ponderan los resultados por cada dimensión, proporcionando una valoración que a su vez se agrupa en los dos componentes físico y mental (PCS y MCS) se agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde cero señalando el peor estado de salud para esa dimensión, hasta cien el mejor estado de salud. (Sánchez et al., 2017). En cuanto a su validación, se tiene reportado para México por parte de Cisneros (2007) en una muestra de pacientes de una unidad de primer nivel de atención en Orizaba, Veracruz.

Cuestionario Breve del Dolor (CBD)

El CBD es un instrumento que mide el dolor. Evalúa las dimensiones intensidad e interferencia con la vida diaria. Consta de 4 ítems para valorar la severidad y 7 ítems para valorar la repercusión funcional del dolor. Se responde de forma individual por el paciente.



Se califica mediante una escala numérica de 0 a 10. En cuanto a su validación, se tiene reportado para España por parte de Badia et al. (2003) resultados positivos. Surbano et al. (2014) en Uruguay, realizaron un estudio sobre el uso del cuestionario demostrando su efectiva aplicabilidad en la valoración de pacientes con lumbalgia.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La escala HADS mide las variables ansiedad y depresión. Evalúa las dimensiones cognitivas y afectivas (omitiendo aspectos somáticos). Consta de 14 reactivos. 7 para ansiedad y 7 para depresión, el formato incluye cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Se califica a partir de los puntos de corte: de 0 a 16, sin síntomas o síntomas mínimos; de 17 a 19, síntomas leves; de 20 a 23, síntomas moderados, y de 24 en adelante, síntomas graves (Madrigal et al., 2021). Ha sido validada en México en pacientes obesos, cáncer de mama, VIH, cuidadores primarios informales de personas con cáncer, trastornos nutricionales y cardiovasculares (Barriguete et al., 2017).

Procedimiento

Se aplicó el instrumento mencionado vía electrónica mediante la plataforma Google™ Forms, su difusión inicial se dio a partir de un flyer que incluía un código QR, donde se invitaba a participar en la encuesta, mencionando los requisitos para ser candidato a resolverla. El mismo fue compartido a través de redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp mediante la imagen o enlace corto URL del formulario.

Por otra parte, se realizaron aplicaciones en físico mediante un formato impreso, el cual fue proporcionado con lápiz y bolígrafos para su llenado. Previa aplicación, se solicitó ante la Secretaría Académica de la institución educativa, una carta del registro del proyecto de investigación, como medio de presentación ante los encuestados e instituciones que así lo requirieran durante el trabajo de campo.

Se acudió a las cercanías de tres centros de atención médica de primer y segundo nivel. Se hizo un acercamiento a los posibles candidatos explicando el propósito de la



investigación, al tiempo que se enunciaban los requisitos, consideraciones éticas y se determinaba la posible participación.

Ante las dudas respecto a los ítems o llenado del instrumento, éstas fueron asistidas en el momento tanto vía electrónica como presencial.

Los datos obtenidos fueron descargados de la plataforma de Google™ como hoja de cálculo de Excel y CSV, las cuales fueron posteriormente conjuntadas con las puntuaciones obtenidas físicamente creando una base de datos única, misma que fue recodificada con valores numéricos para su posterior análisis estadístico mediante el software JASP ver. 0.18.3.

Análisis de datos

Se hizo un análisis descriptivo sobre las variables sociodemográficas de la muestra, determinando sus frecuencias y porcentajes. Se realizaron medidas de tendencia central (media, desviación estándar, rangos) de las variables dolor, ansiedad y depresión, así como de calidad de vida. Los valores obtenidos fueron comparados en sus diferencias, con los valores poblacionales estimados en la validación del SF-12. Posteriormente mediante el análisis de correlación de Pearson se determinó el grado de relación entre las variables y la calidad de vida, así como entre los factores de los instrumentos.

Resultados

La muestra del estudio estuvo conformada por 147 personas de sexo femenino y 61 de masculino (70.67% y 29.32% respectivamente) la edad media osciló de entre 45 y 54 años (30.76%) seguida de los grupos etarios de entre 55 y 64 (26.44%), mayores de 65 años (15.86%) y de entre 35 y 44 (14.42%), entre los principales. El 27.4% radicaban en Coahuila de Zaragoza y 72.59% en Nuevo León. Entre las principales actividades, el 49.04% contaba con trabajo remunerado, 20.67% realizaba labores domésticas, 12.02% recibía una pensión y 8.65% se dedicaba al comercio y otras actividades. El estado civil que predominó fue casado o casada con un 58.17%, soltería 23.55%, unión libre 6.73%, viudez 4.8% y un 3.65%



prefirió no decirlo. En cuanto al nivel educativo, 37.98% contaba con estudios de licenciatura, 18.78% posgrado, 17.78% bachillerato, 14.42% secundaria y 11.06 primaria.

El 89.9% había sido diagnosticado 15 años antes, hasta el 73.55% contaba con menos de 10 años con la patología y un 42.3% tenía entre uno y 5 años con el padecimiento. El 80.76% indicó que contaba con tratamiento y un 19.23% respondió que no. Un 72.59% mencionó que no utilizaba tratamientos complementarios, 11.06% recurría a la herbolaria, 7.21% contaba con tratamiento psicológico y 5.28% comentó otras. Respecto a los principales índices de morbilidad, el 67.79% presentaba una enfermedad metabólica; 14.42% otras (reumáticas, autoinmunes, hepáticas y del aparato digestivo), 8.17% psicológicas y de la salud mental; y un 3.84% de tipo nutricional.

En cuanto al uso de servicios de salud, la mayoría acudía al ISSSTE (41.82%), seguida de Hospitales Generales (18.27%); un 12.98% indicó que recurre a la atención privada, 12.02% se atendían en los Servicios Estatales de Salud, y un 11.06% dijeron ser derechohabientes del IMSS.

Respecto a las pruebas aplicadas, la Tabla 1 muestra los resultados de medidas de tendencia central de nuestras variables por componente o factor, así como los totales de prueba.

Tabla 1

Medidas de tendencia central y normalidad sobre las variables de interés.

	Válid o	Medi a	Desviaci ón Típica	Asimetr ía	Error Típico de Asimetr ía	Curto s	Error Típico de Curto s	Error Shapi ro- Wilk	Valor de p	de Rang o Shapir o- Wilk
HADS									< .00	16.00
A	208	5.817	3.634	0.469	0.169	-0.037	0.336	.967	1	0
HADS									< .00	18.00
D	208	6.255	4.054	0.443	0.169	-0.225	0.336	0.967	1	0



UANL FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Buen vivir: Nueva Perspectiva de la Intervención Social



Medidas de tendencia central y normalidad sobre las variables de interés.

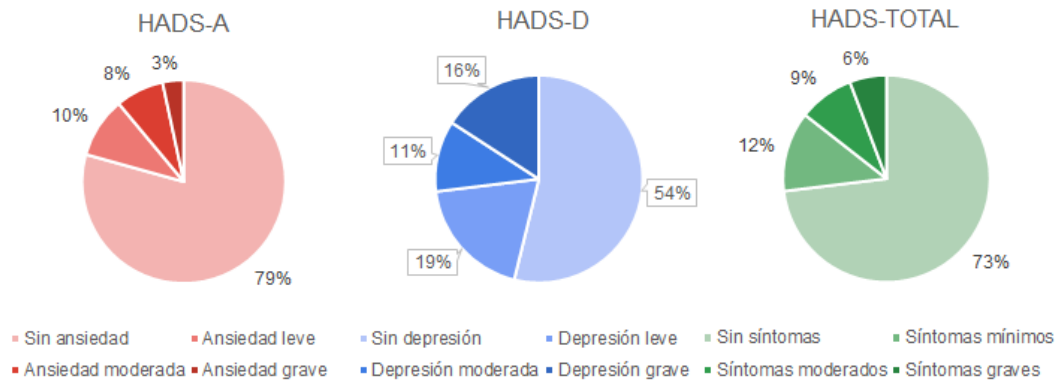
	Válid o	Medi a	Desviaci ón Típica	Asimetr ía	Error Típico de la Asimetr ía	Curto s	Error Típico de la ro- Curto s	Shapi de la ro- Curto s Wilk	Valor de p de Rang Shapir o o-Wilk
BPI-S	208	2.512	2.296	0.716	0.169	-0.423	0.336	0.905	< .001 9.750
BPI-I	208	2.279	2.260	0.939	0.169	0.082	0.336	0.882	< .001 9.860
PCS	208	12.970	3.183	-0.677	0.169	-0.284	0.336	0.942	< .001 13.000
MCS	208	17.601	4.240	-0.231	0.169	-0.497	0.336	0.978	0.003 18.000
BPI	208	2.395	2.169	0.787	0.169	-0.199	0.336	0.908	< .001 9.804
HADS	208	12.072	7.182	0.433	0.169	-0.120	0.336	0.976	0.001 33.000
SF12	208	43.189	15.552	-0.333	0.169	-0.410	0.336	0.983	0.012 72.093

Nota. Puntuaciones brutas excepto SF12 (%).

De acuerdo con los puntos de corte para la HADS, ambas subescalas de ansiedad y depresión presentan una media muestral dentro del límite asintomático, sin embargo, tanto los rangos de cada componente como del total denotan la presencia de individuos con síntomas de moderados a graves (Figura 1).

Figura 1

Distribución de las variables para ansiedad y depresión según puntos de corte HADS.



Nota: Tanto la HADS total como la subescala de ansiedad muestran valores asintomáticos superiores al 73%, sin embargo la subescala depresión refleja una notable afectación entre los participantes.

El BPI mostró niveles promedio de dolor bajo, el rango por otro lado nos refleja valores extremos, lo cual se manifiesta en la desviación típica, sugiriendo una alta variabilidad en cuanto a las mediciones, 35.58% manifestó ausencia de dolor, 30.77% dolor leve, otro 30.77% dolor moderado y solo el 2.88% dolor grave. El cuestionario de salud por su parte arrojó una media muestral de 43.19%, algo en concordancia con los parámetros estandarizados de la prueba (Media=50% Desviación estándar ± 10) para diferentes poblaciones (Ware et al., 1995).

Las pruebas de asimetría reportaron una inclinación positiva en cuanto a nuestras variables independientes y negativa para los componentes del cuestionario de calidad de vida. Respecto a la curtosis se presentó una distribución platicúrtica; debido a estos hallazgos se realizó además la prueba de Shapiro-Wilk, a fin de determinar la normalidad de los datos para el uso de pruebas paramétricas, la cual mostró significancia en todos los factores, con excepción de: SF total, su componente mental y la HADS total en la población femenina (Tabla 2) debido al mayor número de participantes $n=147$, por lo que se procedió a realizar los contrastes con la prueba de Wilcoxon.

Tabla 2



UANL FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Buen vivir: Nueva Perspectiva de la Intervención Social



Estadísticos descriptivos de las variables dolor, ansiedad y depresión y calidad de vida por sexo.

	Sexo	Válidos	Mediana	Desviación Típica	Asimetría	Error Típico de Asimetría	Curtosis	Error Típico de Curtosis	Shapiro-Wilk	Valor de p de Shapiro-Wilk
SF 12	F	147	41.196	14.635	-0.030	0.200	-0.562	0.397	0.988	0.240
SF 12	M	61	47.991	16.736	-1.117	0.306	0.961	0.604	0.904	< .001
HADS -A	F	147	6.354	3.526	0.298	0.200	-0.268	0.397	0.979	0.025
HADS -A	M	61	4.525	3.590	1.086	0.306	1.817	0.604	0.908	< .001
HADS -D	F	147	6.687	4.066	0.254	0.200	-0.399	0.397	0.973	0.005
HADS -D	M	61	5.213	3.861	0.993	0.306	1.158	0.604	0.919	< .001
HADS	F	147	13.041	7.073	0.240	0.200	-0.346	0.397	0.983	0.059
HADS	M	61	9.738	6.954	1.043	0.306	1.694	0.604	0.931	0.002
BPI-S	F	147	2.755	2.321	0.641	0.200	-0.445	0.397	0.926	< .001
BPI-S	M	61	1.926	2.140	0.953	0.306	-0.264	0.604	0.833	< .001
BPI-I	F	147	2.477	2.264	0.811	0.200	-0.053	0.397	0.907	< .001
BPI-I	M	61	1.801	2.197	1.370	0.306	1.025	0.604	0.801	< .001



Estadísticos descriptivos de las variables dolor, ansiedad y depresión y calidad de vida por sexo.

	Sexo	Válidos	Mediana	Desviación Típica	Asimetría	Error Típico de Asimetría	Curtosis	Error Típico de la Curtosis	Shapiro-Wilk	Valor de p de Shapiro-Wilk
PCS	F	147	12.646	3.139	-0.547	0.200	-0.381	0.397	0.956	< .001
PCS	M	61	13.751	3.177	-1.118	0.306	0.580	0.604	0.885	< .001
MCS	F	147	17.068	4.013	0.003	0.200	-0.433	0.397	0.983	0.061
MCS	M	61	18.885	4.524	-0.878	0.306	0.273	0.604	0.922	< .001

Nota. Puntuaciones brutas excepto SF-12 (%).

La tabla presenta una diferencia común entre los datos de acuerdo con el sexo, mostrando mayores valores de ansiedad, dolor y depresión para el sexo femenino, al igual que su impacto en la percepción de calidad de vida, la cual mostró un puntaje mayor en el sexo masculino, tanto en los componentes físico y mental, como en el puntaje global, lo que nos sugiere una relación directa entre nuestras variables.

Cisneros (2007) presenta a partir de su validación del SF12 valores para la población mexicana (Tabla 3) los cuales en primera instancia concuerdan con los resultados obtenidos en esta parte descriptiva, por lo que se procedió a contrastar su valor mediante la prueba T para el componente mental femenino, al ser único que cumplió los criterios de normalidad (Tabla 4).

Tabla 3

Mediciones de las dimensiones física y mental SF12 en México por Cisneros (2007).



	Válido	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Típica
PCS	240	58.82	19.83	44.7774	7.24452
MCS	240	55.47	8.88	39.2654	9.20825

Nota. Puntuaciones brutas excepto SF-12 (%).

Los resultados indican una diferencia de medias, sin embargo, el contraste de normalidad mostró significancia en la prueba de Shapiro-Wilk, por lo que se hizo un segundo análisis con el estimador de Hodges-Lehmann, el cual indicó la existencia de diferencia entre las medianas, aunque con un tamaño de efecto de pequeño a medio (Tabla 4). La hipótesis inicial planteaba que los niveles de calidad de vida eran más bajos que los valores poblacionales, no obstante, el nivel de percepción fue mayor en nuestra muestra, esto pudiese ser debido a la antigüedad de la validación reportada o como consecuencia de algún tipo de sesgo durante el muestreo.

Tabla 4

Contraste T para Una Muestra con la media del MCS del SF12 validada por Cisneros (2007).

	V	p	Estimación de Hodges-Lehmann	de Correlación de Rango Biserial	de ET Correlación de Rango Biserial
MCS%	13438.000	0.003	2.740	0.236	0.080

Nota. Para el contraste de Wilcoxon, la estimación de la diferencia de posición viene dada por la estimación de Hodges-Lehmann.

Nota. Para el contraste de Wilcoxon, la hipótesis alternativa indica que la mediana es diferente a 39.26.

Nota. Para el contraste de Wilcoxon, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos coincidentes.

Nota. Contraste de rangos con signo de Wilcoxon.



Se realizó una prueba de correlación de Pearson para determinar si existía una correlación negativa entre las variables dolor, ansiedad y depresión comparando las subescalas de calidad de vida para determinar el grado de relación existente entre las mediciones (Tabla 5).

Tabla 5

Niveles de correlación entre las subescalas y los componentes de calidad de vida.

		R de Pearson
HADS-A	- HADS-D	0.745 ***
HADS-A	- BPI-S	0.467 ***
HADS-A	- MCS (VT, FS, RE, SM)	-0.711 ***
HADS-A	- PCS (FF, RF, DC, SG)	-0.417 ***
HADS-A	- BPI-I	0.582 ***
HADS-D	- BPI-S	0.502 ***
HADS-D	- MCS (VT, FS, RE, SM)	-0.723 ***
HADS-D	- PCS (FF, RF, DC, SG)	-0.474 ***
HADS-D	- BPI-I	0.565 ***
BPI-S	- MCS (VT, FS, RE, SM)	-0.532 ***
BPI-S	- PCS (FF, RF, DC, SG)	-0.628 ***
BPI-S	- BPI-I	0.814 ***
MCS (VT, FS, RE, SM)	- PCS (FF, RF, DC, SG)	0.615 ***
MCS (VT, FS, RE, SM)	- BPI-I	-0.694 ***
PCS (FF, RF, DC, SG)	- BPI-I	-0.660 ***

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Los resultados demuestran que existe una marcada correlación entre ambos componentes físico y mental con respecto a las variables estudiadas tanto positivas como negativas, sin embargo, para efectos prácticos de nuestro estudio, las correlaciones negativas de nuestro interés se vieron mayormente reflejadas en las asociaciones con el componente



mental en los casos de ansiedad y depresión, no así con el dolor, donde el componente físico fue el que mostró un mayor grado. Todas las correlaciones mostraron un coeficiente de correlación de moderado a fuerte.

Discusión y conclusión

A través de este estudio pudimos constatar algunos de los supuestos establecidos al diseñar este proyecto. La ansiedad y depresión, así como el dolor son entidades que afectan directamente la calidad de vida y esto no es la excepción en los pacientes con ENT. Durante el análisis descriptivo pudimos observar la frecuencia con que se manifiestan estos síntomas en nuestra población de interés constatando mediante instrumentos estandarizados la presencia y manifestación de nuestras variables en sus diferentes grados.

La medición en este sentido, nos aporta elementos que sirven como base en la comprensión de los estados generales de salud de la población, sin embargo, no es una tarea fácil, ya que hablar de calidad de vida y los diversos factores que afectan o inciden en esta percepción subjetiva y personal, requiere de una visión y análisis sistémico que incluya en lo posible a las dimensiones implicadas, un enfoque holístico coincidirá con el estado real de la cuestión, donde se tomen en cuenta subjetividades que nos alejen de simples datos como vida media o morbilidad, sino que reflejen en lo posible, las necesidades que deben ser priorizadas (Escobar, 2000).

Los resultados obtenidos en nuestra muestra reflejaron una mayor percepción de calidad de vida promedio con respecto a lo documentado, por lo que nuestra hipótesis alternativa fue rechazada, al menos, para nuestra muestra en particular y en función de dichos parámetros, ya que el instrumento en sí plantea una media de 50 ± 10 de desviación estándar, donde un valor menor a 50 indica una baja calidad de vida y los valores por encima del estadístico es considerada como buena (Ware et al., 1993), bajo este argumento, los promedios obtenidos ajustan al fundamento teórico del test.

Esto pudiera deberse en primera instancia a que los indicadores de la validación del instrumento fueron determinados con anterioridad, al igual que la diversidad de los



encuestados y sus patologías generaron datos con rangos muy amplios afectando la uniformidad en la distribución de los datos, y, por consiguiente, la exclusión de diversas pruebas paramétricas para la generalización de los hallazgos.

Otra posible razón pudiera ser en dónde se hizo tal validación. México es un país multicultural y los contextos varían sustancialmente. Los reportes epidemiológicos muestran cómo en los estados del norte del país se reflejan las mayores tasas de incidencia de estas morbilidades, esto manifiesta una diferencia clara entre las poblaciones, por lo que las condiciones tanto socioeconómicas como culturales varían considerablemente de nuestros encuestados con respecto a los evaluados en una localidad del sur de Veracruz.

La calidad de vida es un concepto que implica subjetividades, esto se da, a partir de las condiciones que inciden en el ser como individuo y las percepciones que este asimila en función de sus estándares, objetivos y perspectivas que son determinados de acuerdo con valoraciones establecidas en su cultura, sus relaciones sociales e interacción con el entorno, mismas que aportan parámetros de satisfacción e identificación de las necesidades (Boladeras, 2000).

En este mismo sentido, Delgado (2000) hace un análisis sobre la calidad de vida para los contextos latinoamericanos, donde hace énfasis en la complejidad que requiere para el estado el establecimiento y diseño de políticas públicas, debido por una parte, a las limitaciones en los recursos, educación e investigación, aunado a los contrastes de desarrollo tanto en las naciones, como en el propio México por otra, mucho de ello como consecuencia de políticas neoliberales industrialistas, extractivistas y de consumo, además de temas como corrupción y planificación enfocada en intereses económicos por parte de particulares olvidando el objetivo primordial.

Respecto a las correlaciones, los resultados mostraron una gran relación entre todos los componentes; nuestra hipótesis fue confirmada al determinar en un alto nivel de significancia, los fuertes grados de asociación negativa entre depresión y ansiedad con respecto a la calidad de vida en su componente mental, no así en cuanto al dolor, el cual mostró una fuerte correlación negativa con el componente físico.



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Buen vivir: Nueva Perspectiva de la Intervención Social



Esto nos confirma la confiabilidad y validez de nuestros instrumentos dando respaldo a nuestras mediciones, así como de ensayos anteriores, permitiendo un acercamiento objetivo de las necesidades reales de nuestra población a partir de comparaciones interpersonales e interculturales, a fin de establecer proyectos de intervención y programas enfocados a las características propias del entorno en cuestión (Maldonado, 2000).

Entre las limitaciones de este estudio se puede mencionar el tipo de muestreo no aleatorio, así como los sesgos inherentes a la distribución de los cuestionarios y la propia diversidad de las ENT volviendo la muestra un tanto heterogénea; no obstante, la conformación de ésta coincidió con lo reportado en los sistemas de información oficiales, que ubican a las enfermedades metabólicas como hipertensión y diabetes entre las de mayor incidencia y prevalencia entre la población.

Se propone a partir de las observaciones y hallazgos detectados realizar mayor investigación en cuanto a la calidad de vida y sus determinantes para los grupos principalmente afectados por estas patologías, que incluyan la valoración del mayor número de elementos de dichas dimensiones, a fin de contar con la sustentación necesaria para el diseño de políticas públicas que incidan en la protección y mejoramiento del entorno propiciando un mayor nivel de bienestar general en la comunidad.



Referencias

- Aguirre, J. F., Franco, L. I., Robles, G. S. I., y Montes, K. J. (2023). Relación entre la actividad física y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades cardiovasculares. *Retos*, 50, 1035–1043. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/98238/73869>
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Núñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., Carulla, J., y Cleeland, C. S. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, 120(2).
- Barriguete, J. A., Pérez, A. R., de la Vega, R. I., Barriguete, P., & Rojo, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.001>
- Barrutia, I., Danielli, J. J., & Solano, Y. E. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Boladeras, M. (2000). Calidad de vida y principios bioéticos. In *Bioética y Calidad de vida*. (pp. 21–54). Ediciones El Bosque.
- Burítica, M. P., Castillo, V., Carmona, M., Collado, J. G., Ordaz, J. A., & Gay, J. G. (2023). Burden of Heart Failure Disease: The Mexican Health System Perspective. The Costs and Impact on Quality of Life of an Average Patient. *Latin American Journal of Clinical Sciences and Medical Technology*, 4(1). <https://doi.org/10.34141/ljcs8021927>
- Bustamante, S., Vásquez, S., González, M., Porchia, L., Herrera, O., Torres, E., Ruiz, G., & Pérez, R. (2021). Asociación entre síndrome metabólico, mexicanos. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 59(6), 490–499. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457769655009>
- Cisneros, A. (2007). *Validez y confiabilidad del cuestionario general de salud (SF 12) en derechohabientes de una Unidad de Primer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social*



[Universidad Veracruzana-Instituto Mexicano del Seguro Social].
<http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/32287>

Delgado, C. J. (2000). Calidad de vida: una perspectiva latinoamericana. In *Bioética y Calidad de vida*. (pp. 95–120). Ediciones El Bosque.

Dorlach, T. (2020). The emergence of nutrition warning labels in Latin America. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.002>

Escobar, J. (2000). Comprensión sistémica de la salud. In *Bioética y Calidad de vida*. (pp. 55–76). Ediciones El Bosque.

Estrada, L. G., Amescua, B. S., & Herrera, M. R. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. Plaza y Valdés.

García, J. A., Charles, Á. G., & Carrizales, D. (2024). La calidad de vida laboral en docentes de educación media superior: diferencias por sexo. *IE Revista de Investigación Educativa de La REDIECH*, 15, e1890. https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v15i0.1890

Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]. (2018). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. www.healthdata.org

Lagunes, P. E. (2020). Mexico and food safety: Ict for digital food labeling. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 53(158), 763–787. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2020.158.15635>

Madrigal, A. V., Pablo, M. G., Flores, J., Urdapilleta, E., Lara, G., & Galindo, Ó. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias. *Psicología y Salud*, 31(2), 323–332. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2700>

Maldonado, C. E. (2000). Comparaciones interpersonales e interculturales de bienestar. In *Bioética y Calidad de vida*. (pp. 77–94). Ediciones El Bosque.

Oliva-Sánchez, P. F., Vadillo-Ortega, F., Bojalil-Parra, R., Martínez-Kobeh, J. P., Pérez-Pérez, J. R., & Pérez-Avalos, J. L. (2022). Risk factors for COVID-19 severe complications comparing three major epidemiological waves: An approach from primary health care in Mexico. *Atención Primaria*, 54(11). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102469>



- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, September 13). *ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES*. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ruiz, E. A., Rojas, M. E., Serrano, K., & López, M. (2017). Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión 1 Overweight/obesity and health-related quality of life: The mediating-moderating role of anxiety and depression. *Psicología y Salud*, 27, 189–198.
- Sánchez, R., García, M., & Martínez, B. D. (2017). Encuesta de salud SF-36: Validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(45), 5–16. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.01>
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, & Dirección General de Epidemiología. (2022). *PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN MÉXICO, CIERRE 2021*.
- Serna-Martínez, M. A. (2023). La inseguridad alimentaria y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles en México y el mundo. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de La Salud Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*, 12(23). <https://doi.org/10.29057/icsa.v12i23.11170>
- Surbano, M., Antúnez, M., Coutinho, I., Machado, V., & Castromán, P. (2014). Uso del Brief Pain Inventory (BPI) para la Evaluación de las Técnicas Intervencionistas en el Tratamiento de la Lumbalgia. *Revista El Dolor*, 62, 10–14.
- Talavera-Peña, A. K., Vargas-Nuñez, B., Figueroa-López, C. G., García-Méndez, M., & Martha-Lara, R. M. (2020). Psychoeducational intervention to modify anxiety, depression, and quality of life in candidates for coronary artery bypass. *Psicología y Salud*, 30(1), 59–71.
- Tapia-Conyer, R., & Saucedo-Martínez, R. (2023). La Salud Digital: catalizador de la transformación de la atención primaria en México. *Horizonte Sanitario*, 22(2). <https://doi.org/10.19136/hs.a22n2.5608>
- Vargas, M. M. (2022). Sistema de salud: Garantía institucional del derecho a la protección en Salud en México. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 35, 391–421.



UANL



FTSYDH

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

Buen vivir: Nueva Perspectiva de la Intervención Social



Ware, J. E., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual & Interpretation Guide*. The Health Institute, New England Medical Center.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). *How to Score SF-12 Physical Mental Health Summary Scales* (Second). The Health Institute, New England Medical Center.