

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ASOCIADO A DEPRESION,
ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DE 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022**

Tesis presentada por la Bachiller:
Sotero Camino, Milagros Marjory
Para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujana

Asesor:
Dr. Alvarado Dueñas, Elvis Felipe

Arequipa – Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 30 de Junio del 2022

Dictamen: 006951-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006951, presentado por:

2014203782 - SOTERO CAMINO MILAGROS MARJORY

Titulado:

**SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ASOCIADO A DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CALIDAD DE
VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE 6º Y 7º AÑO DE LA UCSM 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1584 - MONTES CACERES MIGUEL
DICTAMINADOR**



**1585 - TACO CORNEJO JUSTO ENRIQUE
DICTAMINADOR**



**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Dedicado a Dios y a la virgen María, por su bendición día a día que me fortaleció todos estos años para seguir adelante.

A mis amados padres Benigno Camino, Marcela Camino y Lourdes Camino por enseñarme la vocación de la salud, quienes han sido el ejemplo de trabajo duro, perseverancia y fortaleza, así como un pilar fundamental de apoyo incondicional durante todos estos años, sin ellos no hubiera sido posible la culminación de esta maravillosa carrera. Siempre estaré eternamente agradecida por sus consejos y motivación de siempre seguir adelante a pesar de las adversidades que se puedan presentar.

A mis queridos hermanos Mayccol, Cristol, Marcelo, mi pequeña sobrina valentina, Guido y Raíza por acompañarme y apoyarme día a día y siempre estar presente cuando lo necesitaba.

A mis tíos, Yuber y Robín, quienes me brindaron su cariño, apoyo y consejos durante la carrera.

A German que significa mucho para mí y que siempre estuvo a mi lado dándome fortaleza y su compañía para seguir este largo camino.

A todos los médicos y compañeras(os) que me infundieron con sus enseñanzas, su conocimiento y su experiencia. A todas las demás personas que me han apoyado, abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Milagros Sotero

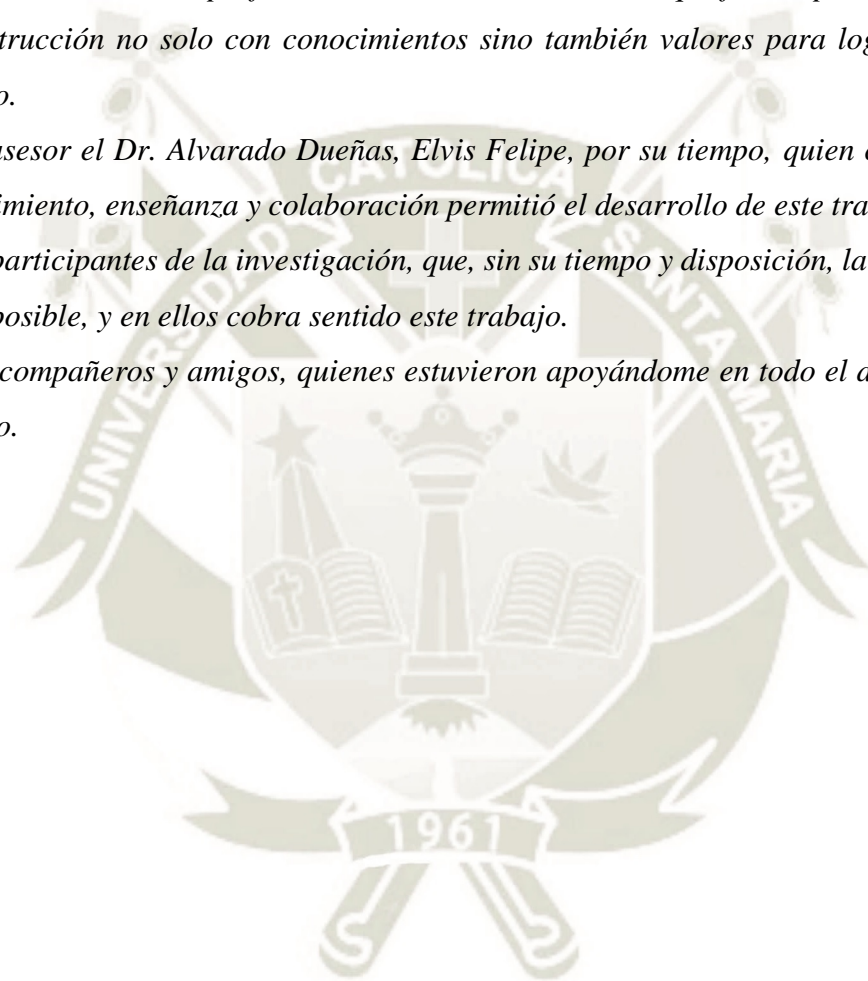
AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica de Santa María, a la facultad de Medicina Humana, por ser parte de mi formación como profesional de salud, a los docentes que fueron parte fundamental de mi instrucción no solo con conocimientos sino también valores para lograr ser un buen médico.

A mi asesor el Dr. Alvarado Dueñas, Elvis Felipe, por su tiempo, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

A los participantes de la investigación, que, sin su tiempo y disposición, la presente tesis no sería posible, y en ellos cobra sentido este trabajo.

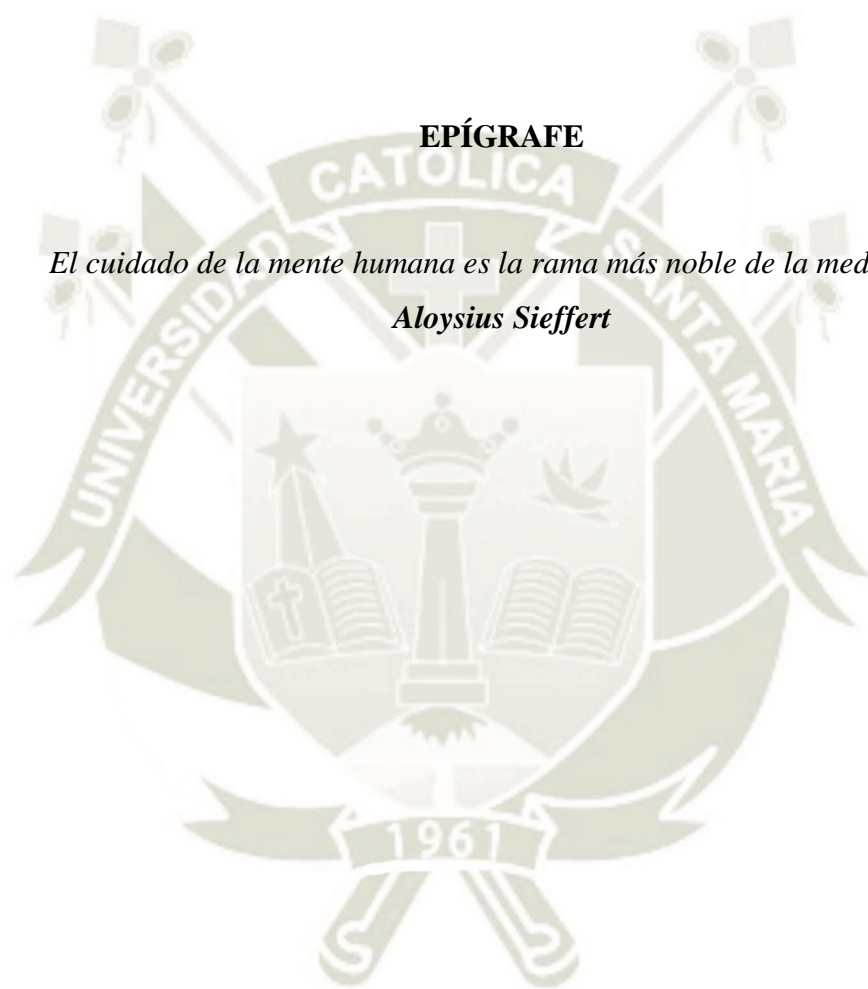
A mis compañeros y amigos, quienes estuvieron apoyándome en todo el desarrollo de este trabajo.



EPÍGRAFE

El cuidado de la mente humana es la rama más noble de la medicina".

Aloysius Sieffert



RESUMEN

Objetivo: Determinar si el síndrome de ovario poliquístico está asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022. Métodos: Se realizó un trabajo de investigación de casos y controles donde la población de estudio fue de 110 estudiantes donde 55 estudiantes fueron diagnosticadas con síndrome de ovario poliquístico y 55 estudiantes sin síndrome de ovario poliquístico, se aplicaron instrumentos que evaluaban depresión, ansiedad y calidad de vida a las estudiantes con SOP y sin SOP. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Resultados: Se evaluó el índice de masa corporal a las 110 estudiantes donde se observa que el 60% de estudiantes tiene un índice de masa corporal saludable, el 34.5% tiene sobrepeso, además el 3.6% sufre de obesidad y finalmente el 1.8% tiene peso insuficiente. Se identificó la frecuencia de presentación de depresión en las estudiantes de medicina humana con SOP donde se observó que el 19.1% sufre depresión menor, el 10% sufre depresión moderada, el 9.1% sufre depresión severa, y el 6.4% sufre depresión muy severa en contraste con las estudiantes sin SOP donde el 29.1% no tienen depresión, el 10.9% tiene depresión ligera, el 3.6% tiene depresión moderada, el 3.6% tiene depresión severa, y el 2.7% tiene depresión muy severa, la relación entre la frecuencia de depresión y la presencia de SOP es estadísticamente significativa $p = 0,000$. En cuanto a la frecuencia de presentación de ansiedad en las estudiantes con SOP se observó que el 29.1% sufre de ansiedad leve, 11.8% sufre de ansiedad moderada, 4.5% sufre de ansiedad severa y el 4.5% sufre de ansiedad muy severa en contraste con las estudiantes que no tienen SOP donde 47.3% tiene ansiedad leve, 0.9% tiene ansiedad moderada, 1.8% tiene ansiedad severa y el 0.0% tiene ansiedad muy severa, la relación entre la frecuencia de ansiedad y la presencia del SOP es estadísticamente significativa $p = 0,000$. En cuanto a la calidad de vida de las estudiantes con SOP se determinó que el 6.4% tiene alta calidad de vida, 25.5% tiene media calidad de vida y el 18.2% tiene baja calidad de vida, en contraste con las estudiantes que no tienen SOP donde 30.9% tiene alta calidad de vida, mientras que el 14.5% tiene media calidad de vida y el 4.5% tiene baja calidad de vida, la relación entre calidad de vida y la presencia de SOP muestra que, si existe una relación estadísticamente significativa $p = 0,000$. Conclusiones: Después de realizar este estudio se ha determinado que existe

asociación del síndrome de ovario poliquístico con la depresión, ansiedad y calidad de vida en contraste de las estudiantes que no hay sido diagnosticadas.

Palabras clave: síndrome de ovario poliquístico, depresión, ansiedad y calidad de vida.



ABSTRACT

Objective: To determine whether polycystic ovary syndrome is associated with depression, anxiety and quality of life in 6th and 7th year Human Medicine students at UCSM 2022".

Methods: A case-control research study was carried out.. The study population was 110 students where 55 students were diagnosed with polycystic ovary syndrome and 55 students were not diagnosed with polycystic ovary syndrome, instruments were applied to assess depression, anxiety and quality of life. For inferential statistics, the chi-square test was applied with a significance level of 5%. **Results:** The body mass index of the 110 students was evaluated, showing that 60% of the students have a healthy body mass index, 34.5% are overweight, 3.6% are obese and 1.8% are underweight. The frequency of depression was identified in human medicine students with PCOS where it was observed that 19.1% suffer minor depression, 10% suffer moderate depression, 9.1% suffer severe depression, and 6.4% suffer very severe depression in contrast with students without PCOS where 29.1% do not suffer depression, 10.1% do not suffer depression, 10.1% suffer moderate depression, 9.1% suffer severe depression, and 6.4% suffer very severe depression. 1% have no depression, 10.9% have mild depression, 3.6% have moderate depression, 3.6% have severe depression, and 2.7% have very severe depression, the relationship between the frequency of depression and the presence of PCOS is statistically significant $p = 0.000$. Regarding the frequency of presentation of anxiety in students with PCOS it was observed that 29.1% suffer from mild anxiety, 11.8% suffer from moderate anxiety, 4.5% suffer from severe anxiety and 4.5% suffer from very severe anxiety in contrast to students who do not have PCOS where 47.3% have mild anxiety, 0.9% have moderate anxiety, 1.8% have severe anxiety and 0.0% have very severe anxiety, the relationship between the frequency of anxiety and the presence of PCOS is statistically significant $p = 0.000$. Regarding the quality of life of students with PCOS it was determined that 6.4% have high quality of life, 25.5% have medium quality of life and 18.2% have low quality of life, in contrast to students who do not have PCOS where 30.9% have high quality of life, while 14.5% have medium quality of life and 4.5% have low quality of life, the relationship between quality of life and the presence of PCOS shows that, if there is a statistically significant relationship $p = 0.000$. **Conclusions:** After conducting this study it has been determined that there is association of polycystic ovary syndrome with depression, anxiety and quality of life in contrast to students who have not been diagnosed.

Key words: polycystic ovary syndrome, depression, anxiety and quality of life.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
EPÍGRAFE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1. Problema de Investigación	17
1.1. Enunciado del problema	17
1.2. Descripción del problema	17
1.2.1. Área del conocimiento.....	17
1.2.2. Análisis y operación de variables e indicadores	17
1.2.3. Interrogantes básicas.....	18
1.2.4. Tipo de investigación.....	18
1.2.5. Diseño de investigación:.....	18
1.2.6. Nivel de investigación:	18
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3.1. Justificación científica	19
1.3.2. Justificación humana	19
1.3.3. Justificación social.....	19
1.3.4. Factibilidad	19
1.3.5. Justificación personal.....	19
2. MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.1. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO	20
2.1.1. Etiopatogenia	20
2.1.2. Aspectos clínicos	21

2.1.3.	Tratamiento farmacológico.....	22
2.1.4.	Tratamiento no farmacológico.....	22
2.2.	DEPRESIÓN.....	22
2.2.1.	Epidemiología de depresión	23
2.2.2.	Etiología de la depresión	24
2.2.3.	Tipos y síntomas	24
2.2.4.	Diagnóstico de la depresión.....	26
2.2.5.	Tratamiento de depresión	27
2.3.	ANSIEDAD	28
2.3.1.	Epidemiología.....	28
2.3.2.	Etiología de la ansiedad.....	29
2.3.3.	Niveles de ansiedad en función de sus efectos	30
2.3.4.	Clasificación de los trastornos de ansiedad	30
2.3.5.	Diagnostico Ansiedad.....	32
2.3.6.	Tratamiento de ansiedad.....	33
2.4.	CALIDA DE VIDA	34
2.4.1.	Instrumentos para medir calidad de vida	35
2.4.2.	Utilidad y aplicación en los servicios de salud	36
3.	ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:	36
3.1.	A nivel local.....	36
3.2.	A nivel nacional:	36
3.3.	A nivel International:	38
4.	OBJETIVOS.....	43
4.1.	Objetivo general:.....	43
4.2.	Objetivos específicos:	43
5.	HIPÓTESIS:.....	43
	CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	44

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	45
1.1. Técnica de investigación:	45
1.2. Materiales investigación:	46
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	46
2.1. Ubicación espacial	46
2.2. Ubicación temporal	46
2.3. Unidades de estudio	46
2.3.1. Universo.....	46
2.3.2. Población de estudio.....	46
2.3.3. Procedimiento de muestreo	47
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.1. Organización.....	47
3.2. Recursos.....	47
3.2.1. Recursos Humanos	47
3.2.2. Recursos físicos	48
3.2.3. Recursos Financieros	48
3.3. Validación de los instrumentos.....	48
3.3.1. Criterios Éticos	48
3.3.2. Criterios o estrategia para el manejo de resultados.....	48
CAPITULO III RESULTADOS	49
DISCUSIÓN.....	66
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	80
ANEXO 1	4
ANEXO 2	1

ANEXO 3	3
ANEXO 4	12
ANEXO 5	15

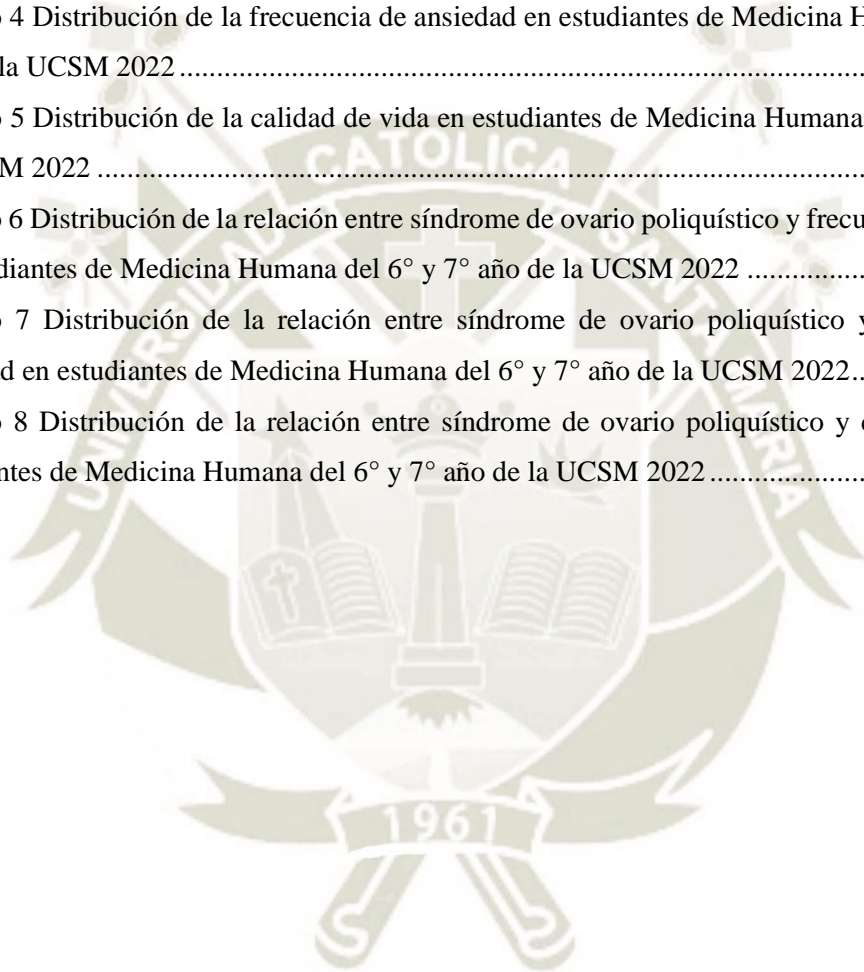


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución entre síndrome de ovario poliquístico y año de estudio en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	50
Tabla 2 Distribución del IMC en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	52
Tabla 3 Distribución de la frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	54
Tabla 4 Distribución de la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	56
Tabla 5 Distribución de la calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	58
Tabla 6 Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	60
Tabla 7 Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	62
Tabla 8 Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución entre síndrome de ovario poliquístico y año de estudio en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	51
Gráfico 2 Distribución del IMC en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	53
Gráfico 3 Distribución de la frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022.....	55
Gráfico 4 Distribución de la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	57
Gráfico 5 Distribución de la calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	59
Gráfico 6 Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	61
Gráfico 7 Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022.....	63
Gráfico 8 Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022	65



INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino que generalmente afecta a mujeres en edad fértil. Este es el trastorno endocrino más común. Su tasa de prevalencia es del 2,2% al 26,7% en todo el mundo (1).

El SOP fue descrito por primera vez en la literatura médica moderna por Stein y Leventhal, quien describió siete mujeres con amenorrea, hirsutismo e hipertrofia ovárica con múltiples quistes en 1935. Actualmente reconocida como una enfermedad hereditaria heterogénea común que afecta a las mujeres a lo largo de su vida (2).

Es diagnosticado según los criterios de Rotterdam, que requerían dos de las siguientes tres características: oligo o anovulación, signos clínicos y/o bioquímicos de hiperandrogenismo, evidencia ecográfica de SOP, después de excluir otras condiciones médicas que causan ciclos menstruales irregulares y un exceso de andrógenos(3).

Dichos síntomas somáticos suelen precipitar problemas psiquiátricos entre los que se encuentran, ansiedad, depresión, disminución de la calidad de vida, cambios en la imagen corporal e identidad, baja autoestima, y disfunciones psicosexuales(4).

Una gran cantidad de literatura ha demostrado que las mujeres con SOP experimentan una menor calidad de vida relacionada con la salud. Además, varios estudios han sugerido que las tasas de ansiedad y depresión son altas en estas mujeres. Muchos sugieren que la angustia está relacionada con la sintomatología del SOP que subyacen a los problemas de estado de ánimo observados, y se ha demostrado que la obesidad y la resistencia a la insulina contribuyen tanto a los síntomas reproductivos como a los psicológicos. Además, algunos estudios han descubierto que los síntomas depresivos de las mujeres con SOP se correlacionan con niveles más altos de andrógenos (5).

Unos estudios que se llevaron a cabo en China detalla que la prevalencia de la depresión y la ansiedad en las pacientes con SOP era del 27,5 % y el 13,3 %, respectivamente. Además, un análisis llevado a cabo en jóvenes con SOP en Turquía localizó que la prevalencia de la depresión era de manera significativa y más grande (6).

El objetivo de este estudio es determinar si el síndrome de ovario poliquístico está asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022” y así poder tener una intervención temprana para estos trastornos psiquiátricos.



1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del problema

“Síndrome de ovario poliquístico asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida en estudiantes de medicina humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022”

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría-Ginecología
- Línea: Depresión, ansiedad, calidad de vida

1.2.2. Análisis y operación de variables e indicadores

VARIABLE INDEPENDENTE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Síndrome de ovario poliquístico	Se tomó en cuenta a las estudiantes que han sido diagnosticadas clínicamente (irregularidad en el periodo menstrual o su ausencia, hiperandrogenismo) y ecografía compatible con SOP .	Con síndrome de ovario poliquístico Sin síndrome de ovario poliquístico	Cualitativo	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE	SUBVARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORIA	ESCALA
Depresión	Escala de depresión de Hamilton (Anexo 1)	Ligera o menor Moderada Severa Muy severa	Cuantitativo	Ordinal
Ansiedad	Escala de ansiedad de Hamilton	Leve Moderada	Cuantitativa	Ordinal

	(Anexo 2)	Severa Muy severa		
Calidad de vida	Escala de Síndrome Ovario Poliquístico (PCOSQ) (Anexo 3)	Alta media baja	Cuantitativa	Ordinal

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de presentación de depresión en estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022”?
- ¿Cuál es la frecuencia de presentación de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022”?
- ¿Cuál es la calidad de vida de mujeres en estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022”?
- ¿Cuál sería la relación estadística entre SOP, depresión, ansiedad y calidad de vida en las estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022”?

1.2.4. Tipo de investigación

La siguiente investigación es un trabajo de campo ya que la información que se obtendrá tendrá como fuente primaria las alumnas de 6° y 7° año de la UCSM 2022

1.2.5. Diseño de investigación:

No experimental de tipo transversal

1.2.6. Nivel de investigación:

Casos y controles

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Justificación científica

El trabajo de investigación pretende contribuir al conocimiento del síndrome de ovario poliquístico asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida y de esta manera encontrar un mejor diagnóstico y tratamiento oportuno para las pacientes que sufren estos trastornos psiquiátricos.

1.3.2. Justificación humana

Como médicos asistimos personas y es nuestro deber es velar del bienestar físico, mental y social de nuestros futuros pacientes. En vista de que las estudiantes de medicina son una población lábil a padecer depresión, ansiedad, y menor calidad de vida por el SOP es necesario buscar un mejor diagnóstico y tratamiento que mejore el pronóstico de pacientes que se vean afectadas por esta patología (1).

1.3.3. Justificación social

La salud mental esta subestimada por las diferentes líneas de investigación, las cuales desencadenan en factores sociales y personales, en una población vulnerable como los estudiantes de medicina, las cuales pueden llegar a ocasionar altos niveles de ansiedad, depresión y menor calidad de vida (2).

1.3.4. Factibilidad

El tratamiento que se propone en este estudio es factible porque el manejo de estas pacientes debe incluir de soporte, educación y tratamiento psicoterapéutico, enfatizando la necesidad de un estilo de vida más saludable (1).

1.3.5. Justificación personal

Habiendo antecedentes de esta enfermedad en mi familia, amigas y compañeras de estudio y pensando en tener una alternativa de tratamiento que mejore el pronóstico de pacientes que se vean afectados por esta patología es que me inclino a realizar esta investigación.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino metabólico altamente prevalente y se considera en la actualidad una patología familiar. Su presencia debe sospecharse en cualquier adolescente o mujer en edad reproductiva con hirsutismo u otras manifestaciones cutáneas de hiperandrogenismo, irregularidades menstruales y obesidad. El síndrome de ovario poliquístico es un diagnóstico de exclusión y por lo tanto, debe diferenciarse de los cambios fisiológicos propios de la edad y de otros trastornos hiperandrogénicos que requieren de una terapia específica (7).

Afecta a aproximadamente 15% de la población femenina en edad reproductiva a nivel mundial, y es la primera causa de infertilidad por anovulación, representando el 80% de estos casos. Entre las características del síndrome se encuentran: aumento de hormona luteinizante (LH) con respecto a hormona folículo estimulante (FSH), aumento de la producción de testosterona dependiente de LH en ovarios, exceso de andrógenos adrenales, profunda resistencia a la insulina, obesidad y aumento de hormona antimülleriana (HAM) (8).

2.1.1. Etiopatogenia

El síndrome de ovario poliquístico tiene una base genética y puede comprometer a otros miembros de la familia. Tanto las hijas como las hermanas, así como los hijos y los hermanos pueden manifestar algún rasgo fenotípico de este síndrome, que es considerado en la actualidad una enfermedad familiar multigénica compleja, que afecta además al varón. Entre los factores ambientales destacan la obesidad y los eventos que ocurren en la vida intrauterina (hiperandrogenismo, diabetes gestacional y sobrepeso de la madre durante el embarazo) por lo tanto, es de suma importancia el manejo adecuado de la embarazada, ya que estudios epidemiológicos y clínicos sugieren una relación entre el ambiente prenatal y el riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas durante la edad adulta (7).

2.1.2. Aspectos clínicos

El cuadro clínico es muy polimorfo y varía de acuerdo a la edad de la paciente. Por lo general las manifestaciones clínicas se inician en el período perimenárquico con la aparición de alteraciones menstruales en los dos tercios de las adolescentes principalmente oligomenorrea (sangrados con intervalos mayores de 45 días o menos de 9 sangrados al año) alternados con períodos de amenorrea secundaria (ausencia de sangrado por lo menos en tres meses consecutivos), las que cursan con buen nivel estrogénico y responden con sangrado a la administración de progesterona. Ocasionalmente se presentan además episodios de metrorragia disfuncional (sangramiento excesivo fuera de ciclo) por hiperplasia endometrial. En raras oportunidades, una amenorrea primaria (ausencia de menarquia a los 16 años), una adrenarquia prematura o una pubertad precoz pueden ser el debut del cuadro clínico. En forma excepcional, las pacientes pueden presentar una eumenorrea. Los trastornos menstruales se asocian frecuentemente a la obesidad por lo general de tipo androide y a manifestaciones del hiperandrogenismo siendo el hirsutismo la manifestación más clásica. El hirsutismo por lo general es discreto o moderado (entre 8 y 15 puntos en la escala de Ferriman y Gallowey), se presenta en dos tercios de las pacientes, aparece después de la pubertad y progresa lentamente o se detiene alcanzada la madurez sexual. La virilización es rara y su presencia debe hacer sospechar otras etiologías como un tumor secretor de andrógenos o una hiperplasia adrenal congénita. Entre las manifestaciones cutáneas del hiperandrogenismo, sólo el hirsutismo, el acné y la alopecia han sido aceptadas por ambos consensos como criterio diagnóstico de hiperandrogenismo. La obesidad está presente en alrededor de la mitad de las pacientes y es típicamente de tipo androide o “forma de manzana” (índice cintura/cadera > 0.85); por lo general se inicia en la niñez y se acentúa en la pubertad. En las pacientes obesas y/o hiperinsulinémicas puede observarse acantosis nigricans que es un marcador cutáneo de resistencia insulínica, la que se presenta como una pigmentación verrucosa de color pardo oscuro que suele observarse en las zonas de pliegues. Además, estas pacientes pueden adquirir un aspecto cushingoideo (obesidad central, dorso de búfalo y aumento de la grasa supraclavicular semejante a lo que se observa en el Cushing, pero sin atrofia muscular) o acromegaloideo

(aumento del grosor de los rasgos faciales por efecto trófico de la insulina, pero sin prognatismo) que muchas veces obliga a descartar estas patologías. El cuadro clínico constituido no regresa espontáneamente (no se mejora, sólo se compensa). Con el tiempo van cambiando las manifestaciones fenotípicas. Durante la post-menarquía y edad reproductiva temprana predominan alteraciones reproductivas, mientras que durante la edad reproductiva tardía y peri-menopausia se acentúan las alteraciones metabólicas (7).

2.1.3. Tratamiento farmacológico

- **Anticonceptivos hormonales:** Disminuye la producción de andrógenos (inhibición de la secreción de gonadotropinas), disminuye la testosterona libre por incremento de SHBG,
- **Metformina:** Disminuye la hiperinsulinemia
- **Bloqueantes del receptor de andrógenos** Espironolactona inhibe la acción de los andrógenos (7).

2.1.4. Tratamiento no farmacológico

El ejercicio físico y pérdida de peso, dado que el SOP se asocia a obesidad y sobrepeso en una elevada proporción de casos, se recomienda pérdida de peso, tanto aumentando el ejercicio físico como con dieta hipocalórica: Se recomienda ejercicio físico en el manejo de las complicaciones de obesidad y sobrepeso de estas pacientes. Aunque no existen estudios randomizados que justifiquen esta práctica, su uso en combinación con el resto de medidas higiénico-dietéticas mejora la pérdida de peso, reducen la incidencia de desarrollo de diabetes y mejoran el resto de factores de riesgo cardiovascular (8).

2.2. DEPRESIÓN

La depresión es un padecimiento altamente incapacitante y altamente prevalente a nivel mundial (9).

La depresión es una enfermedad seria que puede llevar al suicidio, y que se ha convertido en la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años. Es importante recordar que esta enfermedad puede aparecer en cualquier persona y que no es un signo de debilidad (10).

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las

personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres y puede sufrirse una depresión a cualquier edad (11).

El término “depresión” se puede utilizar de múltiples formas, lo que puede resultar confuso; la depresión puede referirse a un:

- Estado de ánimo, indicado por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; no tener sentimientos; o parecer lloroso. El estado de ánimo depresivo (disfórico) puede ser una respuesta normal y, a veces, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso percibido. Además, el estado de ánimo depresivo puede ser un síntoma de un síndrome psicopatológico u otro trastorno médico.
- Síndrome, que es una constelación de síntomas y signos que pueden incluir un estado de ánimo depresivo. Los síndromes depresivos que se encuentran típicamente incluyen depresión mayor, depresión menor o distimia (trastorno depresivo persistente).
- Trastorno mental que es una condición clínica distinta. A modo de ejemplo, el síndrome de depresión mayor puede ocurrir en varios trastornos, como la depresión mayor unipolar (también llamada “trastorno depresivo mayor”), el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno depresivo debido a otro (general) condición médica (12).
- Conforme con la quinta versión del “Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la primordial característica es una variación del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una categorización especial; tal cual se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los primordiales (13).

2.2.1. Epidemiología de depresión

En los estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta (siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15%. Asimismo, el 15% de la población padece depresión en algún momento de su vida (14).

Solo en Perú hay 1 millón 700 mil personas que padecen depresión. Los que llegan a tratarse la enfermedad son solo 425 mil personas del total y unas 34 mil personas reconocen que tienen problemas, pero no toman medidas al respecto, ni medidas de atención médica (15).

2.2.2. Etiología de la depresión

Numerosas investigaciones a través de estudios de imagen en pacientes con trastorno depresivo mayor han revelado alteraciones estructurales en diferentes regiones del cerebro, incluyendo el tálamo, la amígdala, la corteza cerebral, la corteza frontal y ventral, con resultados variables, y se ha demostrado que en los pacientes deprimidos están disminuidas las concentraciones de noradrenalina (NA), serotonina (5HT) y dopamina (DA), así como de sus metabolitos, además de los transportadores y precursores en el caso de la serotonina.

El eje HHA, al liberar la hormona liberadora de corticotropina (CRH) del núcleo paraventricular del hipotálamo, otorga la más grande contestación fisiológica al estrés para excitar la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) de la hipófisis, la cual estimula la liberación de glucocorticoides (GC) a partir de la corteza adrenal a la circulación de sangre. Los GC promueven la activación de la amígdala, que paralelamente desempeña un control excitador sobre el hipotálamo. Tras la gestión de CRH reduce la liberación de ACTH en los pacientes deprimidos, empero no se modifican las concentraciones de cortisol; las alteraciones tienen la posibilidad de ser resultado de hipersecreción de CRH, debido a que se ha encontrado un incremento de las concentraciones en distintas zonas del cerebro de suicidas (16).

2.2.3. Tipos y síntomas

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las

suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones (17).

2.2.3.1. El trastorno depresivo grave

También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de la vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida (17).

2.2.3.2. Depresión psicótica

Ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones y delirios (17).

2.2.3.3. Depresión posparto

se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15% de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz (17).

2.2.3.4. Trastorno depresivo recurrente

Se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica (17).

2.2.3.5. Trastorno afectivo bipolar

Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los

episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir (17).

2.2.4. Diagnóstico de la depresión

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-5). Del mismo modo, “se cuenta con instrumentos validados tales como la Escala de Clasificación de Depresión de Hamilton (13).

2.2.4.1. Criterios de Diagnósticos para el Trastorno de Depresión Mayor (DSM-V)”

A. “Cinco o más de los síntomas presentados a continuación que se hayan dado en un mismo periodo de tiempo de dos semanas y que significan un cambio del funcionamiento previo, siendo al menos uno de los síntomas elestado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer. No se debe tomar en cuenta síntomas que sean claramente atribuibles a otras patologías” (13).

1. “Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día y casi toda la semana”.
2. “Disminución significativa del interés o placer por realizar todas o casi todas las actividades diarias la mayor parte del día y casi toda la semana”.
3. “Evidente pérdida de peso sin hacer dieta o aumento del mismo, aumento o disminución del apetito durante casi toda la semana”.
4. “Insomnio o hipersomnia casi toda la semana”.
5. “Agitación o retraso psicomotor casi toda la semana”.
6. “Fatiga o pérdida de energía casi toda la semana”.
7. “Sentimiento de incompetencia o culpabilidad excesiva o inapropiada durante casi toda la semana”.
8. “Disminución de la capacidad de pensar, mantenerse concentrado o tomar decisiones durante casi toda la semana”.

9. “Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan definido, intento de suicidio o un plan concreto para llevarlo a cabo” (13).
- B. “Los síntomas provocan un malestar clínicamente importante o un deterioro en el área social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento” (13).
- C. “El episodio no puede ser atribuido a efectos fisiológicos de alguna sustancia o a otra patología” (13).
- D. “El episodio de Depresión Mayor no puede ser explicado por algún trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos” (13).
- E. “Nunca se debe haber presentado un episodio maniaco o hipomaniaco” (13).

2.2.5. Tratamiento de depresión

El tratamiento antidepressivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos (y en algunas ocasiones específicas para los leves). Hasta la fecha, la mayoría de los fármacos utilizados tienen un denominador común: su efecto sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es una regulación positiva de uno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5HT), dopamina (DA), norepinefrina (NA). La creciente disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite que los receptores postsinápticos se regulen y desensibilicen, y estos cambios adaptativos en los receptores conducen a alteraciones en la expresión de ciertos genes, incluidos factores neurotróficos como BDNF, y por lo tanto permiten la sinaptogénesis (18).

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), disponibles seis ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, Citalopram y escitalopram). Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) Los disponibles venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran. Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND) El único fármaco disponible es el bupropion o anfebutamona. Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN) los disponibles son reboxetina y la

atomoxetina. Antagonistas alfa-2 los principales son la mirtazapina y mianserina. Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) la iproniazida, selegilina, fenelzina, tranilcipromina, Antidepresivos tricíclicos (ATC) la imipramina, desipramina, maprotilina, nortriptilina, amitriptilina y clomipramina. Antidepresivos multimodales la vortioxetina, Agonistas de melatonina la agomelatina. Ketamina (18).

2.3. ANSIEDAD

El término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Real Academia Española, 2014). Dicha definición se solapa con el término *angustia*, con el cual comparte su raíz etimológica (Pichot, 1999). Según estudios de revisión (de Ansorena, et al., 1983; Cattell, 1983; González, 1993) tal imprecisión terminológica se originó a partir de la traducción del vocablo alemán *angst* incorporado por Freud en 1894 (19).

Los trastornos de ansiedad son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia global del 7,3% (4,8% - 10,9%). Estos trastornos son caracterizados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición (DSM-5) como una exacerbación de dos respuestas normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. El miedo se define como la respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria; mientras que la ansiedad como la respuesta emocional anticipatoria a una amenaza futura. Ambas emociones son útiles para la supervivencia, ya que contribuyen a generar una respuesta ante un peligro, ya sea esta la huida (*flight*), la lucha (*fight*) o el bloqueo (*freeze*) (20).

2.3.1. Epidemiología

Se ha evidenciado que los trastornos de ansiedad son más prevalentes en mujeres que en hombres (1,5 a 2 veces más frecuentes) y que se asocian con un aumento del riesgo de padecer un episodio depresivo, dependiendo de cuál sea el trastorno de ansiedad primario (20).

En el Perú, en un estudio realizado en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao en el año 2012 se observó que los trastornos de ansiedad presentan una prevalencia de vida de 10,5%, una prevalencia anual de 2,9%, una prevalencia de 6 meses de 2,4% y una prevalencia actual de 1,9% (21).

2.3.2. Etiología de la ansiedad

Las investigaciones en neurobiología con animales, y la respuesta al tratamiento propuesto a los pacientes que manifiestan sufrir de ansiedad, revelan que tres neurotransmisores están implicados en los estados de ansiedad: la noradrenalina (NA), la serotonina (5HT) y el ácido Gammaaminobutílico (GABA) (21).

2.3.2.1. 1. La noradrenalina

Sustancia que actúa como neurotransmisor (agente que transmite impulsos nerviosos entre las células del cerebro o neuronas) y estimula una parte del sistema nervioso llamado sistema nervioso simpático, encargada de regular ciertas actividades involuntarias, tales como el ritmo del corazón, la presión arterial y sudoración, entre otros. Los cuerpos neuronales del sistema NA, noradrenérgico, se localizan principalmente en el locus coeruleus del puente límbico y médula espinal. La estimulación del locus coeruleus en animales provoca una respuesta de miedo y su ablación inhibe o bloquea completamente esta respuesta (22).

2.3.2.2. La serotonina

el interés por la relación de la serotonina con los trastornos de ansiedad ha sido motivado por la constatación que los antidepresivos serotoninérgicos tienen efectos terapéuticos en algunos trastornos de ansiedad. Los cuerpos celulares de la mayoría de las neuronas serotoninérgicas están localizados en los núcleos del rafe en el tallo y se proyectan hacia la corteza, sistema límbico y el hipotálamo. Nótese la relación entre serotonina y ansiedad aparece al evidenciarse efectos terapéuticos producidos por el uso de los antidepresivos serotoninérgicos; de forma colateral se encuentra que dichos antidepresivos tienen, además, un efecto benéfico sobre la ansiedad (22).

2.3.2.3. Gaba

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad se apoya en la eficacia de los benzodiacepinas. Dichos benzodiacepinas potencian la actividad de dicho neurotransmisor en el receptor GABA-A. A la serotonina y GABA se atribuye la capacidad de generar la ansiedad que los sujetos sienten cuando saben que van a ser expuestos al estímulo o gatillazo y las reacciones evasivas al mismo –espera angustiada freudiana. Gómez (22).

2.3.3. Niveles de ansiedad en función de sus efectos

2.3.3.1. Ansiedad leve

Asociada a tensiones de la vida diaria. La persona se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta. Este tipo de ansiedad puede propiciar el aprendizaje y la creatividad (23).

2.3.3.2. Ansiedad moderada

En la cual la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ello (23).

2.3.3.3. Ansiedad grave

Hay una reducción significativa del campo perceptivo. La persona puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad (23).

2.3.3.4. Angustia

Temor, miedo, terror. La persona es incapaz de realizar ninguna actividad, ni aun siendo dirigida. La angustia supone una desorganización de la personalidad, y puede ser fatal, ya que un período prolongado de angustia podría producir agotamiento y muerte. Se manifiesta por un aumento de la actividad motora, disminución de la capacidad para relacionarse, percepción distorsionada y pérdida del pensamiento racional (23).

2.3.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad

Existen diferentes maneras de clasificar los trastornos de ansiedad. Según la Asociación de Psiquiatría Americana se clasifican del siguiente modo (23).

2.3.4.1. Ataques de pánico

(crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack): Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de otros síntomas (palpitaciones, temblores, escalofríos, sudoración, opresión en el pecho, sensación de ahogo o atragantamiento, náuseas o molestias abdominales, mareos, miedo a morir o a perder el control,) que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos (23).

2.3.4.2. Agorafobia

Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o donde no se dispone de ayuda, o más o menos relacionada con una situación (pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil). Se suele relacionar con el trastorno de angustia (23).

2.3.4.3. Fobia específica:

Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre) (23).

2.3.4.4. Fobia social

Temor acusado y persistente que se desencadena ante una o más situaciones sociales en las que la persona se siente evaluada o expuesta a desconocidos/otros semejantes que no son de su confianza (23).

2.3.4.5. Trastorno por estrés postraumático:

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento extraordinariamente traumático (muerte, amenaza de vida,), y éste es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos, sueños. Existe una evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (23).

2.3.4.6. Trastorno por estrés agudo:

Durante o después de un acontecimiento traumático, el individuo presenta varios de los siguientes síntomas: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido) sentimientos de extrañeza (con uno mismo o con el entorno) amnesia selectiva (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma). conductas evitativas (23).

2.3.4.7. Trastorno de ansiedad generalizada:

Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que

se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. Suelen aparecer los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia fatigabilidad fácil dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad tensión muscular, alteraciones del sueño (23).

2.3.4.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:

Cuando los síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia (o en el primer mes siguiente) por un tóxico o medicamento. Los más frecuentes son: alcohol, alucinógenos, anfetaminas o sustancias similares, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos etc (23).

2.3.5. Diagnóstico Ansiedad

Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-V o del CIE-10, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio (24).

“Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM-V)”

A. “Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos seis meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el desempeño laboral o escolar)” (24).

B. “Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación” (24).

C. “La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes seis síntomas, con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante la mayoría de días durante los últimos seis meses”:

1. “Inquietud o sensación de nerviosismo”
2. “Fatiga con facilidad”
3. “Dificultad para concentrarse o mente en blanco”
4. “Irritabilidad”
5. “Tensión muscular”
6. “Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer

dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio)” (24).

D. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento” (24).

E. “La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, un adroga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo hipotiroidismo (24).

F. “La alteración no puede ser explicada mejor por otro trastorno mental

La característica define los criterios diagnósticos de TAG de la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud es la ansiedad "flotante", con estrés significativo, ansiedad y sentido de anticipación sobre los eventos y problemas diarios. Además, el diagnóstico requiere la presencia de al menos otras cuatro características de una lista de 22 síntomas relacionados con despertares voluntarios, nerviosismo, estado mental, malestar torácico/abdominal y trastornos del sueño. Al igual que con los criterios de diagnóstico del DSMV, los síntomas deben estar presentes la mayoría de los días durante los seis meses anteriores (24).

2.3.6. Tratamiento de ansiedad

- Para tratar el TAG, a menudo se combinan el tratamiento farmacológico y la psicoterapia. Lo siguiente puede abordar las causas de la ansiedad y proporcionar herramientas para tratarla (25).
- Se ha demostrado que la terapia conductual cognitiva es beneficiosa en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Se recomiendan varias sesiones con un objetivo específico. Las técnicas de relajación, así como el ejercicio, pueden ser beneficiosas (25).
- Si una persona con trastorno de ansiedad generalizada elige someterse a un tratamiento farmacológico, no se deben tomar benzodiazepinas a menos que sea una medida a corto plazo durante los ataques. Los antipsicóticos no deben usarse para tratar el TAG en un entorno de atención primaria, es posible que le administren un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), por ejemplo, 100 mg/día de sertralina, 200 mg/día de paroxetina o 1020 mg/día de escitalopram. Esto depende del perfil individual de cada paciente

y de los efectos secundarios del fármaco en particular (25).

- Si no son eficaces, en su lugar se pueden ofrecer ISRS o inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN); por ejemplo, venlafaxina lenta 75150 mg/día, duloxetina 60 mg/día o un potenciador de la liberación de serotonina y norepinefrina como mirtazapina 1530 mg/día. Se deben considerar los siguientes factores (25).
 - Los antidepresivos suelen tardar unas 2 semanas en aliviar la ansiedad e incluso la empeora durante los primeros días, razón por la cual a algunas personas se les receta primero una benzodiazepina además de un antidepresivo.
 - El régimen de benzodiazepinas debe acortarse y reducirse gradualmente a medida que mejoran los síntomas. Deben utilizarse benzodiazepinas con una vida media larga. Tiende a producir síndrome de abstinencia (especialmente paroxetina y venlafaxina).
 - Registros de eventos adversos y posibles interacciones con otros medicamentos.
 - Riesgo de suicidio y potencial de toxicidad en caso de sobredosis (especialmente con venlafaxina).
 - Si la persona es intolerante a los ISRS o IRSN, considere administrar pregabalina (50300 mg/día) (25).

2.4. CALIDAD DE VIDA

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el «completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad». «Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo». «Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal» «Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo» «Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado» Este concepto fue actualizado por última vez en el año 2009 Gill y Feinstein sugieren que al hablar de calidad de vida se tiene que dar importancia a las cosas relativas a las que las personas dan cierto valor en su vida, y debe venir siempre del mismo individuo. La calidad de vida, para poder evaluarse, debe

reconocerse en su concepto multidimensional, que incluyelo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser definidas como «percepciones de la salud» (26).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) pretende que el bienestar de los pacientes sea un punto importante para ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas ha sido uno de los conceptos más utilizados, incluso de manera indistinta al de calidad de vida (CV). Frecuentemente la CVRS es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades (27).

La calidad de vida relacionada a la salud es un parámetro cuya importancia es bien reconocida especialmente en enfermedad crónica, y se relaciona con los efectos físicos, sociales y emocionales que reporta un paciente además de los tratamientos asociados que dicha enfermedad conlleva. Dada la naturaleza de los signos y síntomas del SOP, es de esperar que produzcan un impacto negativo en la salud mental y física de las pacientes con la enfermedad, las mujeres con hirsutismo, por ejemplo, muestran una alta incidencia a morbilidad psicológica y un miedo y ansiedad sociales (28).

2.4.1. Instrumentos para medir calidad de vida

Deben existir maneras de cuantificar la calidad de vida, y estas medidas varían desde instrumentos objetivos y fáciles de usar hasta otros medios que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio; otra manera es basándose en juicios subjetivos. Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada una representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global para un factor o dominio. A su vez, cada variable mide un concepto, y combinadas, conforman una escala estadísticamente cuantificable. En estos últimos años, se ha visto la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos para capturar la calidad de vida en un sentido mucho más amplio que incluya la fragilidad en las personas de edad más avanzada, así como el rol que juegan el estatus social y económico (26).

2.4.2. Utilidad y aplicación en los servicios de salud

La calidad de vida relacionada con la salud se ha usado, como ya se dijo antes, como sinónimo de estado de salud percibido de una persona, con el fin primordial de valorar si una patología o condición crónica y sus indicios interfieren con su funcionamiento en la vida cotidiana. Inclusive, se puede asegurar que la calidad de vida es una de las metas de la medicina y el cuidado de la salud, por lo cual no tienen la posibilidad de ser vistas como entidades opuestas sino como un complemento. El conocer el grado de calidad de vida posibilita dilucidar los efectos esperados e imprevisibles de los programas de salud, posibilitando que su índice sea usado para entablar el tamaño de un viable cambio y las intervenciones terapéuticas que se practican. El medir la calidad de vida además es ver el lado «humano» de la medicina, que frecuentemente puede perderse por el sistema de las instituciones de salud pública, por lo cual debería cobrar el valor que tiene en sí misma (26).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

3.1. A nivel local

No existe información de estudios sobre el síndrome de ovario poliquístico asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida.

3.2. A nivel nacional:

Existe muy poca información de estudios sobre el síndrome de ovario poliquístico asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida siendo estos estudios muy antiguos.

Autor Fernandez Ancas, Carlos Emanuel

Título: Prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en pacientes que acuden al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales en el año 2017

Resumen: Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en pacientes que acuden al hospital nacional Sergio Enrique Bernales en el año 2017.

Material y métodos: En el estudio se analizó 152 historias clínicas de pacientes que acuden al servicio de ginecología en el año 2017. El estudio es descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Resultados: La prevalencia de SOP en la población en estudio fue de 8.55%, donde fue más frecuente en 27-30 años con un 3.90%, estado civil de solteras fue 4.60%, grado de instrucción con un nivel de

secundaria 5.90%, que tenía como ocupación ama de casa 5.30%, con un IMC de obesidad tipo 1 con 3.90% y nulíparas en 5.30%. Conclusiones: La prevalencia de SOP en aquellas pacientes atendidas en el HNSEB fue menor a otros estudios, siendo mayor en el rango de edad de 27-30 y menor en 19-22 y 35-38 años. Fue más frecuente en solteras, según grado de instrucción fue alta en pacientes con un nivel de secundaria, según ocupación fue alta en amas de casa, según IMC fue alta en obesidad tipo 1, según paridad fue alta en nulíparas y baja en secundíparas y multíparas (29).

Autor: Grease Stefania Atencio Nuñez

Título: Depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión

Resumen: El síndrome de ovario poliquístico afecta al 5-20% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Es un trastorno heterogéneo, con múltiples complejidades reproductivas, cosméticas y metabólicas. Objetivo: Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico. Materiales y métodos: El estudio fue realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017; es una investigación enfoque cuantitativo, tipo no experimental, alcance descriptivo, transversal y prospectivo. Sin embargo, se realizó comparación de la frecuencia según las características sociodemográficas y clínica de la población, donde se hizo comparación de subgrupos. Se aplicó una encuesta, el inventario de depresión de Beck, a 79 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Estas pacientes fueron seleccionadas mediante un muestreo probabilístico simple. El procesamiento y análisis de datos fueron a través del programa Excel 2018 y SPSS. Se realizó análisis univariados y bivariados, para la comparación de subgrupos se empleó la prueba exacta de Fisher ($p < 0.05$). Resultados: La frecuencia de depresión fue 48%, estos resultados se encontraron en una población caracterizada por el 60% adulto, el 82% tienen nivel de instrucción secundaria, el 63% son convivientes y el 73% tienen el IMC sobrepeso. Esta frecuencia no varía de forma significativa según subgrupos estudiados. Conclusión: Se observó una alta frecuencia de depresión en pacientes con SOP en nuestro estudio y no hubo diferencias en los subgrupos comparativos (30).

Autor: Chapoñan Mariños, Freddy José

Título: Síndrome de ovario poliquístico asociado a síndrome metabólico en mujeres. Hospital Regional Docente de Trujillo 2012-2015

Resumen: Objetivo. - Determinar la asociación entre el síndrome de ovario poliquístico y el síndrome metabólico en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el periodo del 2012 al 2015. Material y métodos- Fue un estudio Observacional, básica y retrospectiva de casos y controles. La muestra se obtuvo conformada por 41 casos o mujeres con síndrome metabólico y 82 controles constituido por mujeres sin síndrome metabólico. RESULTADO: La frecuencia de ovario poliquístico en mujeres con síndrome metabólico fue 17.1%, porcentaje mayor a la presencia de ovario poliquístico en mujeres sin síndrome metabólico fue 4.9%. El síndrome de ovario poliquístico tiene 4.02 veces riesgo de tener el síndrome metabólico comparado con las que no tienen el síndrome de ovario poliquístico, siendo estas diferencias significativas con una $p=0.032$, Entre las características de la población femenina que padece de síndrome metabólico, se halló que el 48.8% estuvo entre los 40 a 49 años, el 51.2% padeció de hiperglicemia, el 68.3% tuvo circunferencia abdominal mayor a lo normal, el 58.5% presentó hipertriglicidemia, el 63.4% presentó niveles bajos de HDL-Colesterol y el 46.3% hipertensión arterial. Conclusiones. - La proporción de síndrome de ovario poliquístico en mujeres con síndrome metabólico fue mayor que en mujeres sin síndrome metabólico. El síndrome de ovario poliquístico está asociado al síndrome metabólico. Entre las características de la población más frecuente en el síndrome metabólico fue el intervalo de edad de 40 a 49 años y el componente denominado circunferencia abdominal (31).

3.3. A nivel Internacional:

Autor: Månsson, M., Holte, J., Landin-Wilhelmsen, K., Dahlgren, E., Johansson, A., & Landén, M.

Título: Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico suelen estar deprimidas o ansiosas: un estudio de casos y controles.

Resumen: Objetivo: El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino hiperandrogénico común que afecta a mujeres en edad fértil. El objetivo de este estudio fue evaluar si la tasa de trastornos psiquiátricos clínicos en el SOP difiere de la población normal. Método Se reclutaron mujeres con SOP ($n = 49$) que cumplieran los criterios de Rotterdam para SOP y 49 controles emparejados por edad

identificados en el registro de población. Los médicos capacitados utilizaron la Entrevista Neuropsiquiatría Internacional MINI para establecer la ocurrencia de por vida de los diagnósticos del DSM del Eje I. Se analizaron la testosterona sérica y la globulina transportadora de hormonas sexuales. Resultados Las mujeres con SOP tuvieron una mayor incidencia de episodios depresivos, fobia social y trastornos alimentarios a lo largo de su vida que los controles. Los intentos de suicidio fueron siete veces más comunes en el grupo con SOP que en los controles. El uso actual y de por vida de antidepresivos y ansiolíticos fue más común en el grupo con SOP. Conclusiones Estudios anteriores han encontrado que el síndrome de ovario poliquístico se asocia con una menor calidad de vida y síntomas mentales autoevaluados. Este estudio demuestra que el síndrome de ovario poliquístico también está relacionado con síndromes psiquiátricos según lo verificado por evaluaciones clínicas estructuradas. La implicación clínica de este estudio es que los médicos que tratan a mujeres con SOP deben ser conscientes de que estas mujeres son un grupo de alto riesgo de trastornos afectivos y de ansiedad comunes, así como de intentos de suicidio (32).

Autor: Claire Brutocao, Feras Zaiem, Mouaz Alsawas, Allison S. Morrow, M. Hassan Murad & Asma Javed

Título: Trastornos psiquiátricos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: revisión sistemática y metanálisis

Resumen Objetivo, El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno común que afecta hasta al 15% de las mujeres en edad reproductiva. Estudios anteriores sugieren que el síndrome de ovario poliquístico se puede asociar con trastornos del estado de ánimo y psiquiátricos. El propósito de este estudio es examinar la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico en mujeres con SOP. Métodos Se realizaron búsquedas en MEDLINE, Embase, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas y Scopus hasta el 8 de febrero de 2017 en busca de estudios que examinaran la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico en adolescentes o adultos con un diagnóstico clínico o bioquímico de SOP. Utilizamos un modelo de efectos aleatorios para generar estimaciones agrupadas e intervalos de confianza (IC) del 95%. Resultados Se incluyeron 57 estudios que informaron sobre 172 040 pacientes. La mayoría de los estudios abordaron la depresión y la ansiedad. Los estudios tuvieron

una calidad metodológica aceptable, aunque la mayoría de las estimaciones no se ajustaron. Las mujeres con SOP tenían más probabilidades de tener un diagnóstico clínico de depresión (odds ratio [OR], 2,79; IC 95 %, 2,23–3,50), ansiedad (OR, 2,75; IC 95 %, 2,10–3,60), trastorno bipolar (OR , 1,78; IC 95 %, 1,43–2,23) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (OR, 1,37; IC 95 % 1,22–1,55), pero no fobia social ni trastorno de pánico. Utilizando varias escalas, la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de somatización fue mayor en comparación con las mujeres sin SOP.

Conclusiones El SOP se asocia con un mayor riesgo de diagnóstico de depresión, ansiedad, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo. Se asocia con peores síntomas de depresión, ansiedad, TOC y somatización. Puede estar justificado el cribado de estos trastornos para permitir una intervención temprana (5).

Autor Gómez-Acosta, C. A., Vinaccia Alpi, S., & Quiceno, J. M.

Título El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos

Resumen La gran mayoría de la literatura científica sobre el síndrome de ovario poliquístico (SOP) ha utilizado un enfoque biomédico para analizar esta enfermedad. En América Latina, y específicamente en idioma español, hay poca información sobre las relaciones del SOP con factores psicológicos. **Objetivo:** Analizar este trastorno ginecológico de origen endocrino y su asociación con diferentes factores psicológicos, así como su abordaje integral. **Método:** Se realizó una búsqueda en bases de datos en los últimos años con los términos "SOP", "calidad de vida", "ansiedad", "depresión", "imagen corporal" y "disfunción sexual". **Resultados:** El SOP es una enfermedad multifactorial que se ha relacionado con la depresión, la ansiedad, el estrés, la insatisfacción de la imagen corporal, los trastornos sexuales y de la alimentación, el funcionamiento cognitivo, la calidad de vida y el bienestar psicológico; la ocurrencia de este tipo de situaciones psicológicas alimenta la condición somática en mención. **Conclusión:** El abordaje psicológico puede complementar las acciones preventivas y terapéuticas que influyen en la eficacia del tratamiento y el bienestar subjetivo informado por los pacientes (4).

Autor: Leila Abdollahi, Mojgan Mirghafourvand, Jalil Kheyradin Babapour & Mozhdeh Mohammadi

Título: Eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para mejorar la calidad de vida y la fatiga psicológica en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: un ensayo clínico controlado aleatorizado

Resumen: Introducción: Dada la creciente prevalencia de complicaciones causadas por el síndrome de ovario poliquístico (SOP), como problemas médicos y psicológicos y también la cronicidad de esta enfermedad, las pacientes con SOP tienden a experimentar una menor calidad de vida y una mayor fatiga psicológica similar a otros pacientes con enfermedades crónicas. Este estudio se realizó para determinar los efectos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) sobre la calidad de vida y la fatiga psicológica en mujeres con SOP. Métodos: este estudio de ensayo clínico controlado aleatorio, realizado entre 2016 y 2017, inscribió a 74 mujeres de entre 18 y 35 años de la ciudad iraní de Saqqez. Los participantes fueron asignados a un grupo de TCC y a un grupo de control mediante aleatorización en bloque. El grupo de intervención recibió 8 sesiones semanales de TCC de entre 45 y 60 minutos cada una. Las pacientes completaron el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud del Síndrome de Ovario Poliquístico (PCOSQ) y la Escala de Impacto de la Fatiga (FIS) antes y después de la intervención.

Resultados: No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos antes de la intervención en cuanto a las características sociodemográficas y las puntuaciones medias de calidad de vida y fatiga psicológica. Después de la intervención, la media (desviación estándar [DE]) de la puntuación de calidad de vida fue de 60,2 (13,3) en el grupo de intervención y de 24,4 (15) en el grupo de control, siendo la puntuación media de calidad de vida significativamente mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control (diferencia de medias ajustada = 33,1). La puntuación media (DE) de fatiga psicológica fue de 28,2 (13,9) en el grupo de intervención y de 78,2 (37,1) en el grupo de control, siendo la puntuación media de fatiga psicológica significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de control (54,8) Conclusiones: Los resultados mostraron que la TCC fue capaz de reducir la fatiga y mejorar la calidad de vida en nuestra muestra de mujeres con SOP y, en última instancia, mejorar su salud (33).

Autor: Carballo, G. O., Alonso, E. D., Peña, G. M., & Alzugaray, M. G

Título: Calidad de vida relacionada con salud en mujeres con síndrome de ovario poliquístico

Resumen: Introducción: El concepto de calidad de vida relacionada con la salud pretende que el bienestar de los pacientes sea un punto importante para ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. En el caso de las mujeres con el síndrome de ovario poliquístico, los estudios al respecto han demostrado que existe una afectación directa en su calidad de vida. Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres con el síndrome de ovario poliquístico mediante el cuestionario PCOSQ. Métodos: Se realizó un estudio transversal en 84 mujeres con diagnóstico de menos de tres meses de síndrome de ovario poliquístico, en el período de septiembre de 2019 a marzo de 2020. Se les aplicó el cuestionario Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ), for women with Polycystic Ovary Syndrome, validado, traducido al español y sometido a un pilotaje previo. Resultados: Los valores medios de cada dominio fueron: Emociones, 3,83; Vello corporal, 4,27; Peso 4,20; Infertilidad, 3,87 y Problemas menstruales, 3,83. De acuerdo a la valoración global de la calidad el 47,6 % estuvo en la categoría de baja, el 42,9 % en media y el 9,5 % en alta. Conclusiones: El padecer el síndrome de ovario poliquístico afecta la calidad de vida relacionada con la salud de estas mujeres. Se debe tener en cuenta estas afectaciones para tener una visión integradora, y proveer atención en este sentido siempre que se requiera (27).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Determinar si el síndrome de ovario poliquístico está asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022”

4.2. Objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia de presentación de depresión en las estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022”
- Identificar la frecuencia de presentación de ansiedad en las estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022”
- Determinar la calidad de vida de las estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022”
- Establecer si hay una relación estadística significativa entre SOP, depresión, ansiedad y calidad de vida en las estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022”

5. HIPÓTESIS:

Dado que el síndrome de ovario poliquístico es una patología que produce trastornos fisiológicos, biológicos y que atenta contra la identidad femenina puede ocasionar en la mujer depresión, ansiedad y menor calidad de vida, es probable que las estudiantes de 6° y 7° año de la UCSM portadoras de SOP sufran diferentes grados de depresión, ansiedad y menor calidad de vida.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica de investigación:

Instrumentos: ficha de recolección de datos (cuestionarios)

- Para el efecto de recolección de datos se utilizó cuestionarios dirigidos a las estudiantes de la UCSM preguntas básicas
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias (Anexo 1) (1).
- La escala de ansiedad de Hamilton es una escala heteroadministrada tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. (Anexo 2) (2).
- El cuestionario la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) (health-related quality of life questionnaire (pcosq), for women with polycystic ovary syndrome). Las preguntas se relacionan con su salud y problemas relacionados con la salud. Se responde a cada pregunta marcando la casilla con la calificación que mejor refleje como se siente la estudiante. Para cada pregunta, tiene siete opciones de calificación. La opción 1 representa la mayor deficiencia posible, mientras que la opción 7 representa la menor deficiencia. Se elige solo una opción para cada pregunta. No hay respuesta correcta o incorrecta. Simplemente se elige la opción más cercana a cómo uno se siente. (Anexo 3) (3).

1.2. Materiales investigación:

- Ficha de recolección de datos (Anexo1) (Anexo2) (Anexo 3).
- Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 1).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 2).
- Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para mujeres con Síndrome del Ovario Poliquístico(PCOSQS) (Anexo 3).
- Hoja de consentimiento informado (Anexo 4).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó por vía online para las alumnas de la UCSM

2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre ENERO – JUNIO del año 2022.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo

Constituida por el total de mujeres estudiantes de Medicina Humana de 6° y 7° año de la UCSM durante el periodo ENERO – JUNIO 2022

2.3.2. Población de estudio

Constituida por el total de mujeres estudiantes de medicina de la UCSM en edad reproductiva con los siguientes criterios de selección:

2.3.2.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 - 28años
- Mujeres en edad fértil
- Mujeres diagnosticadas con SOP

2.3.2.2. Criterios de exclusión:

- Mujeres premenopáusicas.
- Mujeres embarazadas.
- Mujeres con diagnóstico de cáncer.
- Mujeres con tratamiento psiquiátrico.

2.3.3. Procedimiento de muestreo

- Voluntario

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Aprobado el estudio se buscó la información de la literatura sobre síndrome de ovario poliquístico asociado a depresión, ansiedad y menor calidad de vida.
- Se procedió a la obtención del permiso del comité de ética UCSM de Arequipa.
- Luego se escogió la muestra por conveniencia, cuáles son las mujeres en edad fértil con SOP.
- Una vez obtenido la muestra se realizó la recolección de datos sobre el SOP asociado a depresión, ansiedad y menor calidad de vida mediante la aplicación de las escalas y el cuestionario (Anexo 1) y (Anexo2) (Anexo3)
- Se recogió los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos.
- Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo (1).

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- Investigadora: Milagros Marjory Sotero Camino.
- Asesor: Elvis Felipe Alvarado Dueñas.
- Pacientes que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto.

3.2.2. Recursos físicos

- Biblioteca virtual de la UCSM.
- Bibliografía digital.
- Encuestas.
- Laptop personal con programas básicos de texto, presentación y software estadístico (2).

3.2.3. Recursos Financieros

Autofinanciado por autora

3.3. Validación de los instrumentos

La encuesta fue validada a través de juicio y opinión de expertos

3.3.1. Criterios Éticos

El comité de ética reviso y aprobó la investigación. El presente estudio se hizo a toda persona que acepto realizar la encuesta de forma voluntaria y de forma confidencial, siendo únicamente de beneficio para el estudio académico y de uso como base para futuras investigaciones en la población peruana (1).

3.3.2. Criterios o estrategia para el manejo de resultados

Se ordenó la información en una ficha de toma de datos y se sistematizo la información en una matriz Excel, concorde a las variables. Luego se analizó la integridad de los datos para eliminar cuestionarios no válidos (incompletos, nulos, etc.). La base de datos al finalizar fue evaluada en Software Estadístico SPSS, Chi cuadrado donde los resultados se analizaron de acuerdo a frecuencia y porcentaje. Se buscó relaciones con prueba estadística, desarrollándose tablas y gráficos con los resultados más significativos y, por tanto, realizándose un informe final.

El nivel de confiabilidad con el que se trabajó fue de 95%, en tanto que el error fue de 5%.



CAPITULO III RESULTADOS

“SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ASOCIADO A DEPRESIÓN ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”

Tabla 1

Distribución entre síndrome de ovario poliquístico y año de estudio en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022

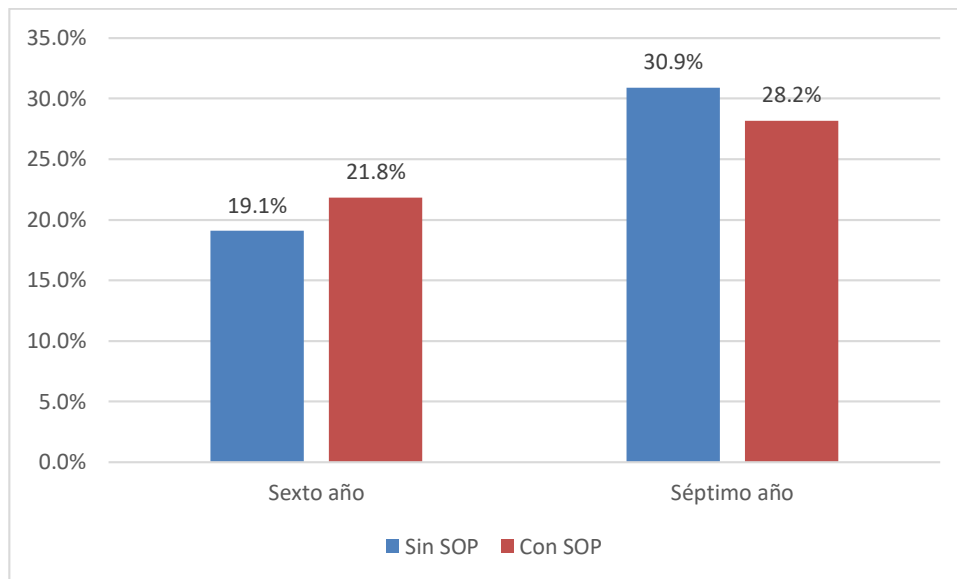
Síndrome de ovario poliquístico	Año de estudio				Total	
	Sexto año		Séptimo año		F	%
	F	%	F	%		
Sin SOP	21	19,1%	34	30,9%	55	50,0%
Con SOP	24	21,8%	31	28,2%	55	50,0%
	45	40,9%	65	59,1%	110	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución entre el síndrome de ovario poliquístico y el año de estudios de las estudiantes de medicina humana, en cuanto a las alumnas del sexto año se muestra que el 21.8% tienen SOP mientras que el 19.1% no tiene SOP; mientras que en las alumnas del séptimo año el 28.2% tienen SOP mientras que el 30.9% no tiene Sop

Gráfico 1

Distribución entre síndrome de ovario poliquístico y año de estudio en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022



Fuente: Elaboración propia.

**“SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ASOCIADO A DEPRESION
ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”**

Tabla 2

Distribución del IMC en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022

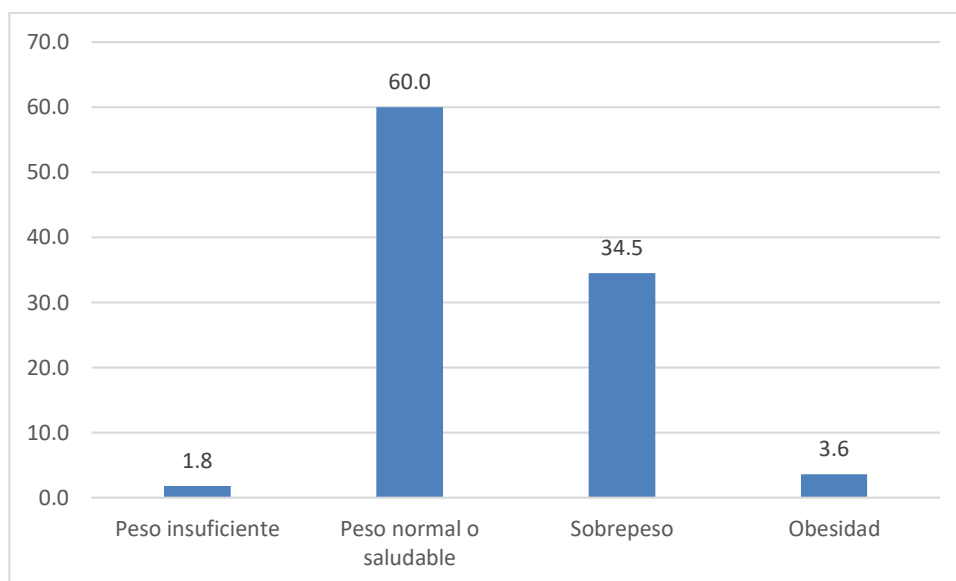
	F	%
Peso insuficiente	2	1.8
Peso normal o saludable	66	60.0
Sobrepeso	38	34.5
Obesidad	4	3.6
Total	110	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y grafico se puede apreciar que, el 60% estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022 tiene un índice de masa corporal de peso normal o saludable, el 34.5% tiene sobrepeso, además el 3.6% sufre de obesidad y finalmente el 1.8% tiene peso insuficiente.

Gráfico 2

Distribución del IMC en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022



Fuente: Elaboración propia.



**“SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ASOCIADO A DEPRESION
ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”**

Tabla 3

**Distribución de la frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6°
y 7° año de la UCSM 2022**

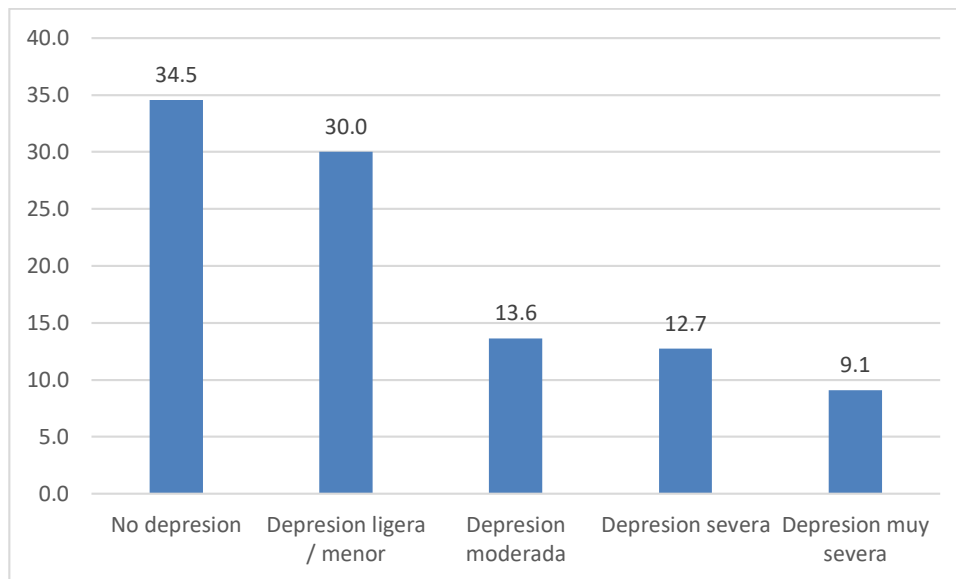
	F	%
No depresión	38	34.5
Depresión ligera / menor	33	30.0
Depresión moderada	15	13.6
Depresión severa	14	12.7
Depresión muy severa	10	9.1
Total	110	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y grafico se puede apreciar que el 34.5% de estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022 no tiene depresión, seguido del 30% que tiene depresión ligera, el 13.6 % índice un grado de depresión moderada, además el 12.7% tiene depresión severa y finalmente el 9.1% tiene depresión muy severa.

Gráfico 3

Distribución de la frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022



Fuente: Elaboración propia.



**“SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ASOCIADO A DEPRESION
ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”**

Tabla 4

**Distribución de la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6°
y 7° año de la UCSM 2022**

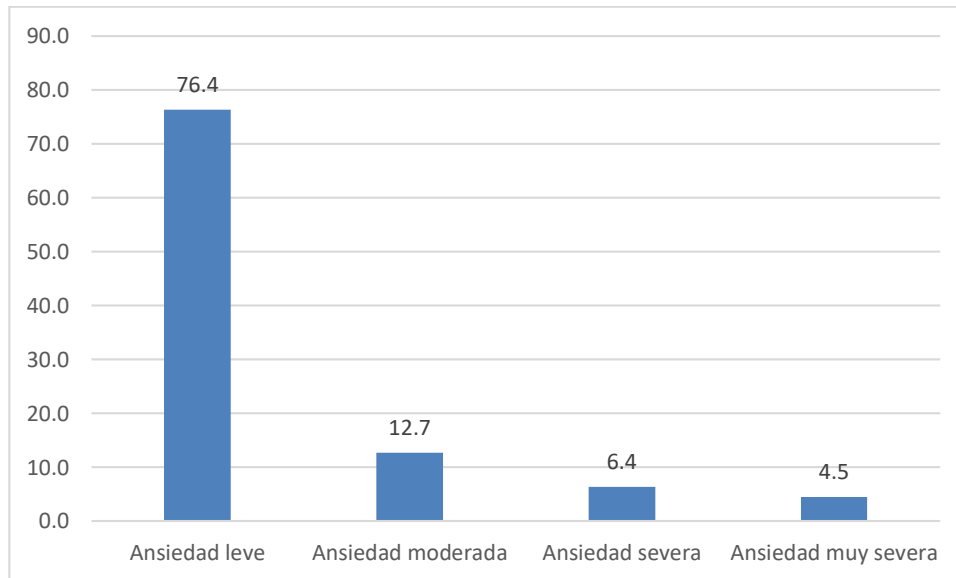
	F	%
Ansiedad leve	84	76.4
Ansiedad moderada	14	12.7
Ansiedad severa	7	6.4
Ansiedad muy severa	5	4.5
Total	110	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y grafico se puede apreciar que el 76.4% de estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022 tienen ansiedad leve, el 12.7% indica que sufre ansiedad moderada, además el 6.4% sufre de ansiedad severa, y finalmente el 4.5% tienen ansiedad muy severa.

Gráfico 4

**Distribución de la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6°
y 7° año de la UCSM 2022**



Fuente: Elaboración propia.

**“SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ASOCIADO A DEPRESION
ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”**

Tabla 5

**Distribución de la calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año
de la UCSM 2022**

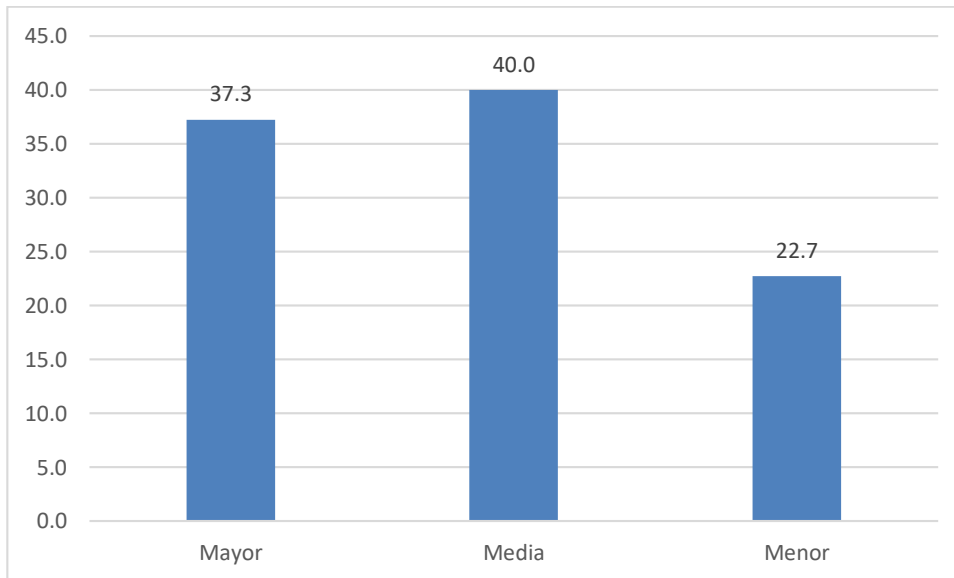
	F	%
Alta	41	37.3
Media	44	40.0
Baja	25	22.7
Total	110	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y grafico se puede apreciar que el 40% de estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022 tiene una calidad de vida media mientras que el 37.3% tiene una calidad de vida alta y finalmente el 22.7% tiene una calidad de vida baja.

Gráfico 5

Distribución de la calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022



Fuente: Elaboración propia.

“SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ASOCIADO A DEPRESIÓN ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”

Tabla 6

Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022

Síndrome de Ovario Poliquístico	Nivel de depresión										Total	
	No depresión		Depresión ligera / menor		Depresión moderada		Depresión severa		Depresión muy severa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Con SOP	6	5.5%	21	19.1%	11	10.0%	10	9.1%	7	6.4%	55	50.0%
Sin SOP	32	29.1%	12	10.9%	4	3.6%	4	3.6%	3	2.7%	55	50.0%
Total	38	34.5%	33	30.0%	15	13.6%	14	12.7%	10	9.1%	110	100.0%

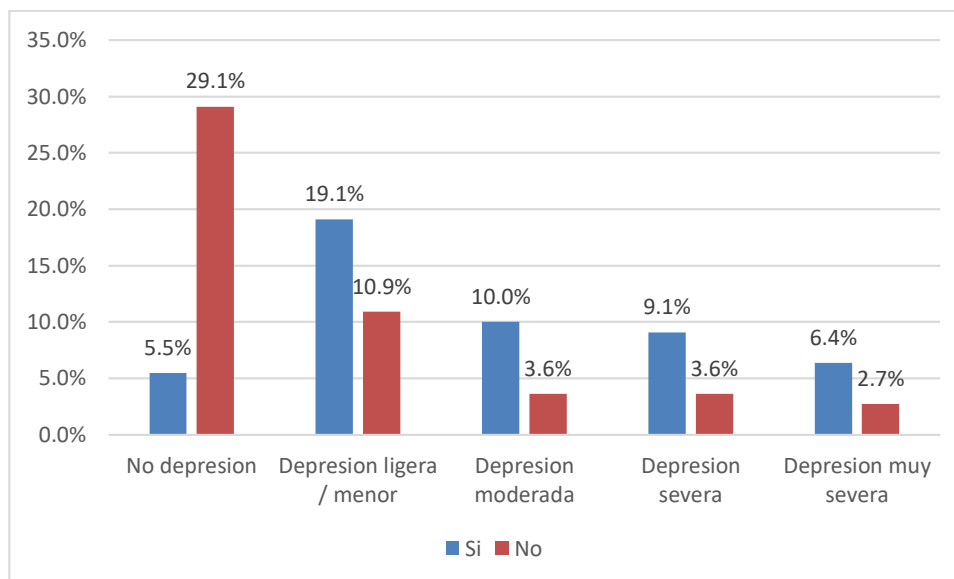
$X^2 = 27,682 \quad P = 0,000$

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y gráfico se puede apreciar la relación entre nivel de depresión y la presencia de síndrome de ovario poliquístico e indica que existe una relación estadísticamente significativa $p = 0,000$.

Gráfico 6

Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y frecuencia de depresión en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022



Fuente: Elaboración propia.

“SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ASOCIADO A DEPRESIÓN ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”

Tabla 7

Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022

Síndrome de Ovario Poliquístico	Nivel de ansiedad								Total	
	Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad severa		Ansiedad muy severa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	A	%
Con SOP	32	29.1%	13	11.8%	5	4.5%	5	4.5%	55	50.0%
Sin SOP	52	47.3%	1	0.9%	2	1.8%	0	0.0%	55	50.0%
Total	84	76.4%	14	12.7%	7	6.4%	5	4.5%	110	100.0%

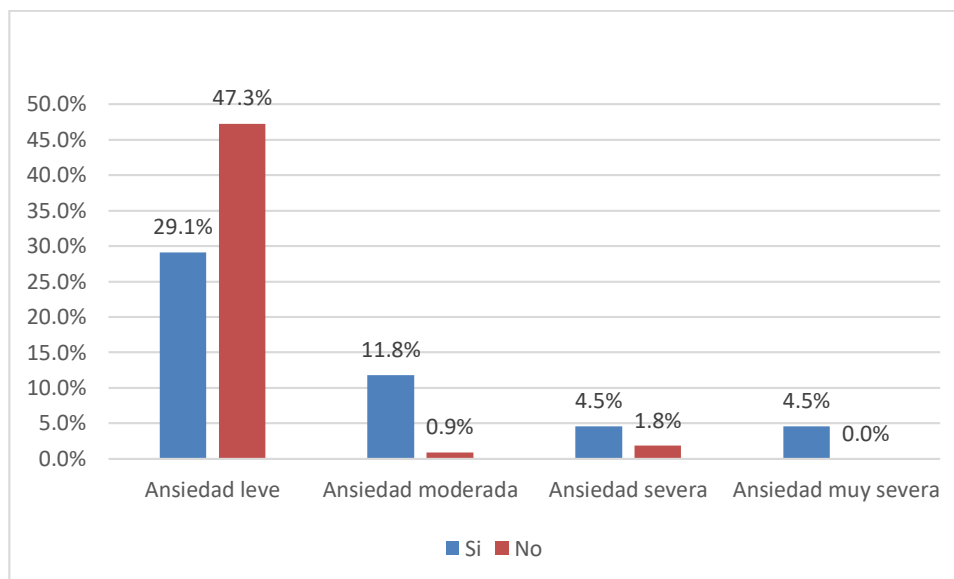
$X^2 = 21,333$ $P = 0,000$

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y gráfico se puede apreciar la relación entre niveles de ansiedad y la presencia del síndrome de ovario poliquístico; muestra relación estadísticamente significativa $p = 0,000$.

Gráfico 7

Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y la frecuencia de ansiedad en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022



Fuente: Elaboración propia.



“SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ASOCIADO A DEPRESIÓN ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DEL 6° Y 7° AÑO DE LA UCSM 2022”

Tabla 8

Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022

Síndrome de Ovario Poliquístico	CALIDAD DE VIDA						Total	
	Alta		Media		Baja			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Con SOP	7	6.4%	28	25.5%	20	18.2%	55	50.0%
Sin SOP	34	30.9%	16	14.5%	5	4.5%	55	50.0%
Total	41	37.3%	44	40.0%	25	22.7%	110	100.0%

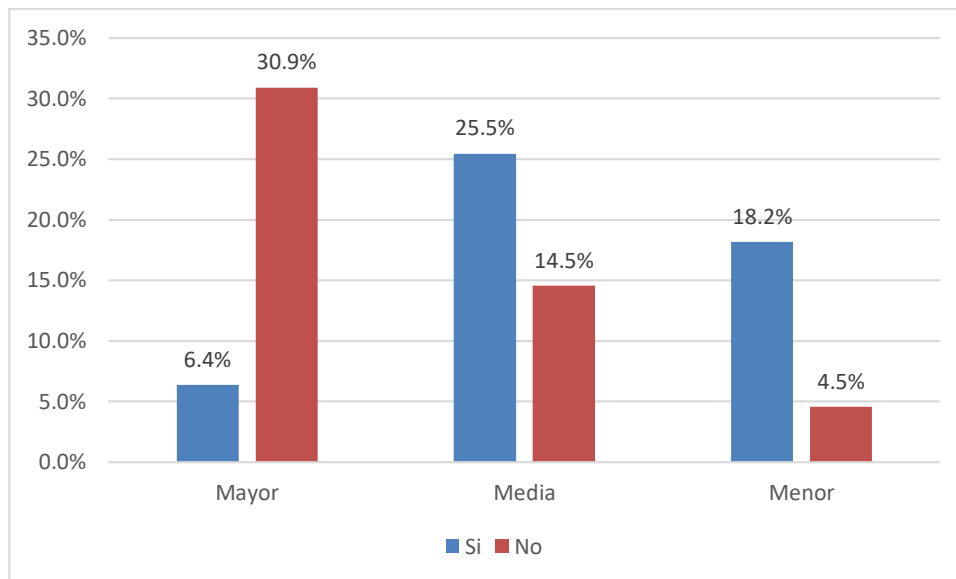
$X^2 = 30,053$ $P = 0,000$

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y gráfico se puede apreciar la relación entre calidad de vida y la presencia de síndrome de ovario poliquístico y se muestra que, si existe una relación estadísticamente significativa, por lo que se argumenta que una variable repercute a la otra $p = 0,000$.

Gráfico 8

Distribución de la relación entre síndrome de ovario poliquístico y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022



Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar si el síndrome de ovario poli quístico está asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida en estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022”.

Este estudio se realizó debido a la importancia en la salud física y mental de las estudiantes de Medicina Humana y a su vez sirvió de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores, respondiendo al primer objetivo, de las 110 estudiantes de medicina humana, 55 fueron diagnosticadas con SOP y el otro 55 no tienen SOP (1).

En la **tabla N°1** se puede apreciar que el 100% de las estudiantes Medicina Humana del 6° y 7° año de la UCSM 2022, el 60% tiene un índice de masa corporal de peso normal o saludable, el 34.5% tiene sobrepeso, además el 3.6% sufre de obesidad y finalmente el 1.8% tiene peso insuficiente, como antecedente y en contraste con la investigación de Fernandez Ancas que hicieron un estudio sobre “Prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en pacientes que acuden al hospital nacional Sergio Enrique Bernal en el año 2017” donde se concluyó que el 4.2% de mujeres tiene un peso normal, 26.8% tiene sobrepeso, 69% tiene obesidad, donde la prevalencia de pacientes con SOP tienen obesidad (29). Adicionando y en comparación con nuestro estudio como antecedente la investigación de Chapoñan Mariños y Freddy José sobre el “Síndrome de ovario poliquístico asociado a síndrome metabólico en mujeres en el hospital Regional docente de Trujillo 2012-2015” donde se concluye que la frecuencia de ovario poliquístico en mujeres fue 17.1% con síndrome metabólico, porcentaje mayor a la presencia de ovario poliquístico en mujeres sin síndrome metabólico fue 4.9% (31).

En cuanto a la relación entre el SOP y la frecuencia de depresión se observó en la **tabla N°6** que de las estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año con SOP de la UCSM 2022, el 5.5% no tiene depresión, seguido del 19.1% tiene depresión ligera o menor, el 10.0% tiene un grado de depresión moderada, además el 9.1% tiene depresión severa y finalmente el 6.4% tiene depresión muy severa, en comparación con las estudiantes de medicina humana del 6° y 7° año que no tienen SOP donde el 29.1% no tiene depresión, el 10.9% tiene depresión ligera, el 3.6% tiene depresión moderada, el 3.6% tiene depresión severa y el 2.7% tiene depresión muy severa, donde se evidencia que las estudiantes con SOP tienen alta frecuencia de depresión, en comparación con como la investigación de Grease Stefania Atencio Núñez que hizo un estudio sobre la depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017 donde se concluye que

del 100% de pacientes con SOP, el 52% tienen estados altibajos que son considerados normales, el 45% tienen leve perturbación del estado de ánimo, el 1% tiene estado de depresión intermitentes, el 1% tiene depresión moderada, seguido de 1% tiene depresión grave y finalmente 0% depresión extrema, donde se concluyó una alta frecuencia de depresión en pacientes con SOP (30). También adicionando como antecedente de estudio se tiene una investigación de Gómez-Acosta CA, Vinaccia Alpi S, Quiceno JM, sobre “el síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos 2015 ” donde se concluye que de 54 artículos abordados y publicados desde el 2002 las personas con SOP tienden a presentar depresión y ansiedad, estrés, insatisfacción de la imagen corporal, trastornos sexuales y de la alimentación, el funcionamiento cognitivo, calidad de vida y el bienestar psicológico; la co-ocurrencia de este tipo de situaciones psicológicas alimenta la condición somática en mención (34). Así mismo como antecedente y en comparación con nuestro estudio se tiene la investigación de Månsson M, Holte J, Landin-Wilhelmsen K, Dahlgren E, Johansson A, Landén M, su tema de su investigación fue “ Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico a menudo están deprimidas o ansiosas”: un estudio de casos y controles, donde se reclutaron mujeres con SOP (n = 49) que cumplieran los criterios de Rotterdam para SOP y 49 controles, utilizaron la entrevista Neuropsiquiatría Internacional MINI donde el resultado fue que las mujeres con SOP tuvieron una mayor incidencia de episodios depresivos, fobia social y trastornos alimentarios a lo largo de su vida, también que los intentos de suicidio fueron siete veces más comunes en el grupo con SOP que en los controles, el uso actual y de por vida de antidepresivos y ansiolíticos fue más común en el grupo con SOP (32). Otro estudio como antecedente y en comparación con el nuestro es de Sayyah - Melli , Mahasti Alizadeh , Nosratollah Pourafkary, Elaheh Ouladsahebmadarek , Mehri Jafari-Shobeiri, Jaleh Abbassi, Maryam Alsadat Kazemi-Shishvan y Kamran Sedaghat sobre el tema de “Factores psicosociales asociados con el síndrome de ovario poliquístico: un estudio de casos y controles” se compararon 742 casos de SOP con 798 mujeres sin SOP, se utilizó un cuestionario validado del inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI), también se utilizó el cuestionario de salud del Paciente (DSM-IV) para diagnosticar trastornos psicopatológicos mayores y otros síndromes depresivos y de ansiedad. donde hubo una diferencia significativa entre casos y controles en el nivel educativo con las pacientes que tienen SOP y las que no tienen SOP (71,8% vs 80,4%; (P<0,001), y situación laboral (60% vs 53%; P=0,01) (respectivamente). Ansiedad crónica (35,7% vs 26,8%; P<0,001), depresión (18,9% vs 7,9%; P<0,001), trastornos de ansiedad (7,7% vs 3,3%;

$P < 0,001$) y trastornos de personalidad (2,9% vs 1,7 %; $P = 0,01$), fueron mayores en las pacientes con SOP en comparación con los controles, respectivamente (35).

En cuanto a la relación del SOP y la frecuencia de ansiedad en la **tabla N° 7** se puede apreciar que las estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año con SOP de la UCSM 2022 tienen 29.1% ansiedad leve, el 11.8% sufre de ansiedad moderada, además el 4.5% sufre de ansiedad severa, y finalmente el 4.5% tienen ansiedad muy severa, mientras que las estudiantes sin SOP presentan el 47.3% ansiedad leve, 0.9% tiene ansiedad moderada, mientras el 1.8% tiene ansiedad severa, y el 0.0% tiene ansiedad muy severa, en este estudio se evidencia la alta frecuencia de ansiedad en las estudiaste con SOP que las sin SOP, como antecedente y comparación con nuestro estudio se tiene la investigación de Brutocao, Feras Zaiem, Mouaz Alsawas, Allison S. Morrow, M. Hassan Murad y Asma Javed que hicieron una investigación sobre “trastornos psiquiátricos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico” una revisión sistemática y metanálisis del año 2018 donde se concluyó que las mujeres con SOP tenían más probabilidades de tener un diagnóstico clínico de depresión (odds ratio [OR], 2,79; IC 95 %, 2,23–3,50), y ansiedad (OR, 2,75; IC 95 %, 2,10–3,60) donde se concluye la alta frecuencia de ansiedad y depresión en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (5). Adicionalmente y en comparación con nuestro estudio se tiene como antecedente un trabajo realizado por Wang, Zhihong-ni y Keyi Li la investigación es sobre “la prevalencia de ansiedad y depresión de diferente gravedad en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: un metanálisis” donde se incluyeron un total de 24 estudios transversales. Todos los estudios evaluaron la depresión (2316 mujeres con SOP). Además, 16 estudios evaluaron la ansiedad (1698 mujeres con SOP) y 6 estudios evaluaron la ansiedad con depresión (736 mujeres con SOP). El análisis reveló un aumento en la prevalencia agrupada de depresión (42 %, IC 95 %: 33–52 %) y ansiedad (37 %, IC 95 %: 14–60 %) entre las participantes con SOP, mientras que la prevalencia agrupada de depresión y la ansiedad concurrente fue del 28 % (IC 95 %: 1,7–54,2 %). Además, la prevalencia agrupada de síntomas leves fue superior a otros niveles (depresión: 27,5 %, IC 95 %: 19–36 %; ansiedad: 35 %, IC 95 %: 0,8–70,8 %). Las mujeres obesas con SOP tenían mayores probabilidades de depresión (2,098, IC del 95 %: 1,411–3,119, $I^2 = 0,00$ %, $p > 0,05$) (36). Otro antecedente es el estudio de Benson, S. Hahn, Bronceado, K Mann, OE Janssen, Schedlowski, S Elsenbruch, con el tema de investigación sobre “Prevalencia e implicaciones de la ansiedad en el síndrome de ovario poliquístico: resultados de una encuesta basada en Internet en Alemania” en esta encuesta nacional basada en Internet, se evaluaron la ansiedad

y la depresión (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, HADS) y la calidad de vida (SF-12) junto con la información sociodemográfica y los síntomas clínicos del SOPQ en 448 mujeres con SOPQ, donde los resultados fueron que el 34 % de pacientes mostró puntuaciones de ansiedad HADS clínicamente relevantes y el 21 % tenía puntuaciones de depresión HADS clínicamente relevantes. La calidad de vida se vio significativamente afectada en mujeres con síndrome de ovario poliquístico con ansiedad ($p < 0,001$), en particular, en mujeres con ansiedad y depresión comórbidas ($p < 0,001$). El riesgo de puntuaciones de ansiedad clínicamente relevantes de la HADS aumentó significativamente en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (odds ratio [OR] = 1,52; intervalo de confianza [IC] del 95 % = 1,03-2,52) (37). Otro estudio y en comparación con el nuestro es la investigación de Jedel, M Waern, D. Gustafso, M. Landen, E. Eriksson, G. Holm, L. Nilsson, AK Lind, PO Janson, y E Stener-Victorin con la investigación de “Síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con síndrome de ovario poliquístico en comparación con controles emparejados por índice de masa corporal” donde reclutaron mujeres con SOP ($n = 30$) y controles ($n = 30$). Los participantes completaron las versiones autoinformadas de la Escala breve para la ansiedad (BSA-S) y la Escala de calificación de depresión de Montgomery Asberg (MADRS-S) donde las mujeres con SOP tuvieron una puntuación BSA-S más alta en comparación con los controles (mediana, rango: 10,5, 1-24 versus 5,0, 0-28, $P < 0,001$). La Puntuación más alta fue en los siguientes cuatro síntomas individuales: reducción del sueño (2,0, 0-5 frente a 0, 0-2, $P < 0,001$), preocupación (1,5, 0-4 frente a 0, 0-6, $P = 0,004$), fobias (1, 0-4 versus 0, 0-3, $P < 0,001$) y dolor (1, 0-3 versus 0, 0-2, $P < 0,001$) (38). Otro estudio de investigación es de Deeks, Melanie E. Gibson-Helm, Helena y Teede con su investigación de “Ansiedad y depresión en el síndrome de ovario poliquístico: una investigación exhaustiva” este fue un estudio piloto observacional de 48 mujeres australianas que usan encuestas enviadas por correo y que se sometieron a preguntas telefónicas donde evaluaron síntomas de acuerdo con los criterios de Rotterdam y con el cuestionario de síndrome de ovario poliquístico y la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) donde el impacto percibido del SOP en el estado de ánimo fue que el 73 % de mujeres informaron mal humor o irritabilidad y el 27 % informaron tener ansiedad intensa o ataques de pánico, como resultado de tener SOP, el 33 % de las mujeres se sentía deprimida la mayor parte del tiempo, el 44 % se sentía malhumorada la mayor parte del tiempo, el 38 % estaba preocupada por tener SOP la mayor parte del tiempo, el 50 % indicó que tenía baja autoestima y el 54% se sentía cohibido la mayor parte del tiempo, en general, el 23 % de las mujeres tomaban medicamentos recetados para la ansiedad o la depresión.

Para el estado de ánimo evaluado clínicamente (HADS), el 29 % de las mujeres cumplió con los criterios clínicos de diagnóstico de depresión y el 57 % cumplió con los criterios de ansiedad. Un mayor porcentaje de mujeres experimentó niveles severos de ansiedad que de depresión; El 19% de las mujeres se clasificaron como severamente ansiosas, el 17% moderadamente ansiosas y el 21% levemente ansiosas, mientras que el 43% no tenían trastorno de ansiedad. Comparativamente, el 4% de las mujeres estaban severamente deprimidas, el 10% moderadamente deprimidas y el 15% levemente deprimidas (39). Otro antecedente es la investigación Light, Chilcot, McBride que hicieron una investigación sobre “Angustia psicológica en mujeres que viven con síndrome de ovario poliquístico: el papel de las percepciones de enfermedad” utilizaron una encuesta transversal para evaluar la angustia psicológica (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y las percepciones de la enfermedad (Cuestionario de percepción de la enfermedad revisado) en mujeres que viven con SOP en el Reino Unido (N = 487), donde el modelo de regresión totalmente ajustado, las percepciones de enfermedad explicaron el 18,6 % de la varianza de la angustia psicológica, $F(7458) = 21,0$, $p < 0,001$. Informaron más síntomas ($B = 0,226$), mayores consecuencias percibidas ($B = 0,204$), menor control personal ($B = -0,184$) y menor coherencia de la enfermedad ($B = -0,127$) se asociaron significativamente con una mayor angustia psicológica (todas $p < .001$) (40). Otro antecedente es una investigación de Mehmet Asik Kursat Altinbas Mustafa Eroglu Elif Karaahmet Gokhan Erbag Hulya Ertekin y Sen sobre el tema de “Evaluación del temperamento afectivo y los niveles de ansiedad-depresión de pacientes con síndrome de ovario poliquístico” donde todas las puntuaciones de los subtipos de temperamento, excepto el hipertímico y la ansiedad, la depresión y las puntuaciones totales de HADS, fueron significativamente más altas en pacientes con SOP en comparación con HC. Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre el IMC y el temperamento irritable, y las puntuaciones de depresión de insulina y HADS en pacientes con síndrome de ovario poliquístico. Además, la puntuación de hirsutismo y la irregularidad menstrual se correlacionaron con la depresión HADS, la ansiedad y las puntuaciones totales en pacientes con síndrome de ovario poliquístico además la puntuación de ansiedad HADS se asoció con la puntuación de hirsutismo (41).

En cuanto a la relación entre el SOP y la calidad de vida se puede apreciar en la **tabla N° 8** que las estudiantes de Medicina Humana del 6° y 7° año con SOP de la UCSM 2022 el 6.4% tiene una alta calidad de vida, mientras que 25.5% tiene una media calidad de vida, y el 18.2% tiene una baja calidad de vida en comparación con las alumnas sin SOP donde

presentaron que 30.9% tienen una alta calidad de vida, el 14.5% tiene media calidad de vida, y finalmente el 4.5% tiene una baja calidad de vida, como antecedente y en comparación de nuestro estudio se tiene una investigación de Carballo GO, Alonso ED, Peña GM, Alzugaray MG de la Revista Cubana de Endocrinología 2021 donde se realizó un estudio transversal en 84 mujeres con diagnóstico de menos de tres meses de síndrome de ovario poliquístico, en el período de septiembre de 2019 a marzo de 2020, se les aplicó el cuestionario Health Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ), for women with Polycystic Ovary Syndrome “Calidad de vida relacionada con salud en mujeres con síndrome de ovario poliquístico donde se concluye que el padecer el síndrome de ovario poliquístico afecta la calidad de vida donde el 47,6 % tiene una categoría baja, mientras que el 42,9 % tiene una categoría media y el 9,5 % tiene una categoría alta (27). También como antecedente se tiene una investigación de Aguirre M. Giovanna Benvenuto C. y Maria Teresa Urrutia. sobre calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico es una revisión bibliográfica que tuvo como objetivo conocer de qué manera el SOP afecta la calidad de vida de las mujeres, concluyendo un impacto negativo en las mujeres afectando la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, por lo que se postula la importancia de evaluar este parámetro en las mujeres afectadas y la necesidad de que los profesionales de la salud lo consideren al momento de evaluar la intervención realizada (42). Otro antecedente es el estudio de HL Ching , V. Burke , Stuckey BGA y su tema de investigación es “Calidad de vida y morbilidad psicológica en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: el índice de masa corporal, la edad y el suministro de información de la paciente son modificadores significativos” donde se enviaron cuestionarios a 443 mujeres con SOP de la base de datos, 203 mujeres de 15 a 65 años aceptaron participar. Para comparar con las normas de la población australiana, se utilizaron datos de mujeres de 18 a 44 años ($n = 173$). De estos, el 64% eran obesas, el 18% con sobrepeso y el 18% normopeso. La calidad de vida relacionada con la salud por PCOSQ fue similar a otros estudios publicados. GHQ-28 identificó morbilidad psicológica en el 62,4 %, en comparación con el 26,4 % en una población australiana emparejada ($P < 0,0001$). El índice de masa corporal (IMC) se correlacionó negativamente con la CDV ($P < 0,01$). Hubo una asociación positiva entre el dominio psicológico de la CDV y la evaluación subjetiva de la calidad de la información relacionada con la salud en general ($P < 0,001$), para el hirsutismo ($P < 0,01$) y para la irregularidad menstrual ($P < 0,05$) se demostró una calidad de vida deteriorada y una mayor prevalencia de morbilidad psicológica en las mujeres con SOP (43). Otro antecedente es el estudio de Coffey, Gul Bano Helen y Mason con la investigación de “Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con síndrome de

ovario poliquístico: una comparación con la población general utilizando el Cuestionario de síndrome de ovario poliquístico (PCOSQ) y el Formulario corto-36 (SF-36)” Participaron 22 mujeres con SOP y 96 mujeres control. Las mujeres con SOP obtuvieron puntajes más bajos en ambos puntajes generales del SF-36 y en todos los dominios del PCOSQ. Tras ajustar por índice de masa corporal, las diferencias entre los grupos en el SF-36 desaparecieron, mientras que en el PCOSQ se mantuvieron, en comparación con el asma, la epilepsia, la diabetes, el dolor de espalda, la artritis y la enfermedad coronaria, nuestro grupo con SOP tenía la misma o mejor CVRS física, pero una peor CVRS psicológica. El PCOSQ mostró buena confiabilidad interna, buena validez concurrente y buena validez discriminante. El SOP tiene un impacto negativo en la CVRS incluso cuando se compara con otras condiciones de salud graves (44).

Así mismo se estableció la relación estadística significativa donde se puede apreciar la relación entre nivel de depresión, ansiedad y calidad de vida con la presencia de síndrome de ovario poliquístico e indica que existe una relación estadísticamente significativa $p = 0,000$.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación nos permiten arribar a las siguientes conclusiones:

PRIMERO: Se identificó la frecuencia de presentación de depresión en las estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022 donde el 19.1% sufre depresión menor, 10% sufre depresión moderada, el 9.1% sufre depresión severa, y el 6.4% sufre depresión muy severa.

SEGUNDO: Se identificó la frecuencia de presentación de ansiedad en las estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022” donde el 29.1% sufre de ansiedad leve, 11.8% sufre de ansiedad moderada, 4.5% sufre de ansiedad severa y el 4.5% sufre de ansiedad muy severa.

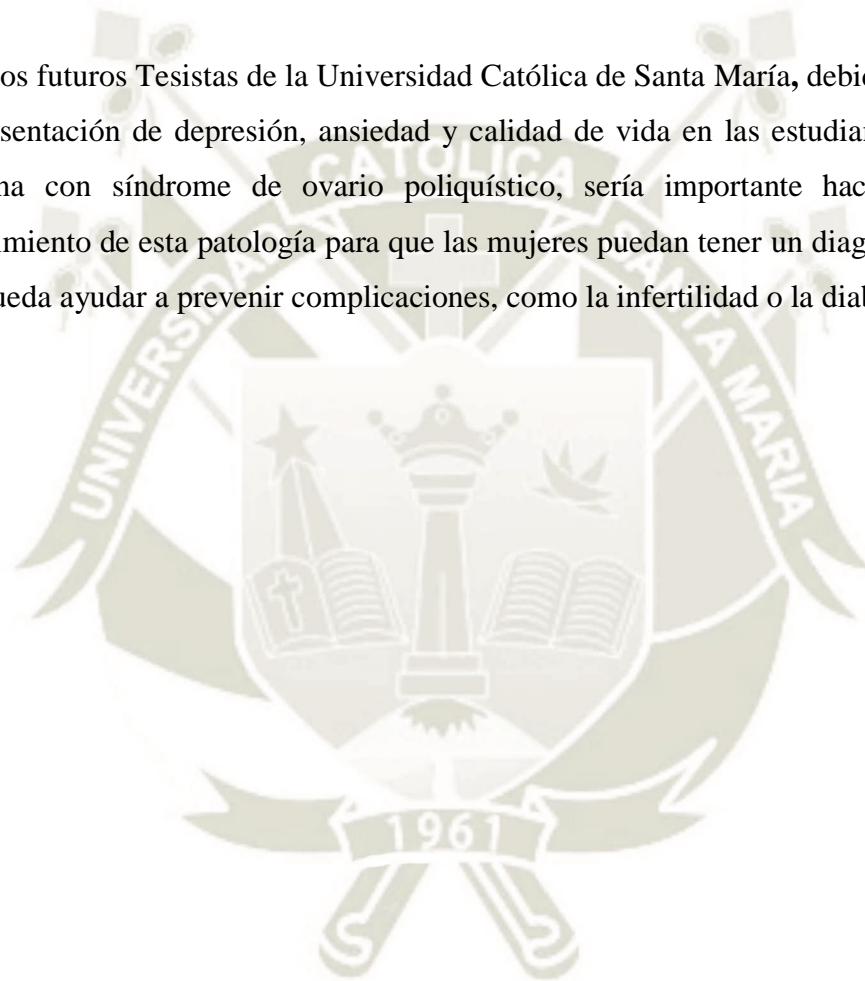
TERCERO: Se determinó la calidad de vida de las estudiantes de Medicina Humana con SOP del 6° y 7° año de la UCSM 2022” donde el 6.4% tiene alta calidad de vida, 25.5% tiene media calidad de vida y el 18.2% tiene baja calidad de vida.

CUARTO: Se estableció una relación estadística significativa entre SOP, depresión, ansiedad y calidad de vida en las estudiantes de Medicina Humana con SOP 6° y 7° año de la UCSM 2022 donde si existe una relación estadísticamente significativa, por lo que se argumenta que una variable si repercute a la otra $p = 0,000$.

RECOMENDACIONES

I: Al departamento Médico de la Universidad Católica de Santa María: debido a la frecuencia de presentación de depresión, ansiedad y menor calidad de vida en las estudiantes de medicina humana con síndrome de ovario poliquístico, se recomienda que estas estudiantes deberían tener evaluación psicología y psiquiátrica para mejorar su estado de salud.

II: A los futuros Tesistas de la Universidad Católica de Santa María, debido a la frecuencia de presentación de depresión, ansiedad y calidad de vida en las estudiantes de Medicina Humana con síndrome de ovario poliquístico, sería importante hacer campañas de conocimiento de esta patología para que las mujeres puedan tener un diagnóstico temprano y se pueda ayudar a prevenir complicaciones, como la infertilidad o la diabetes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

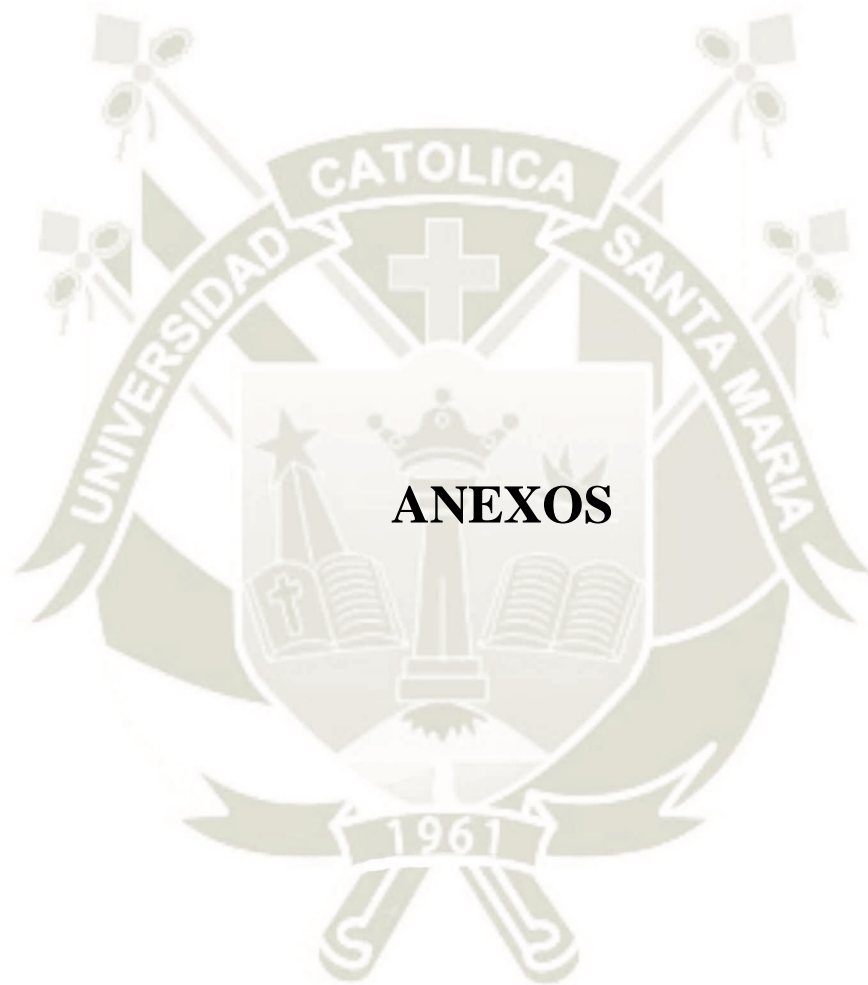
1. Almeshari WK, Alsubaie AK, Alanazi RI, Almalki YA, Masud N, Mahmoud SH. Depressive and Anxiety Symptom Assessment in Adults with Polycystic Ovarian Syndrome. *Depress Res Treat*. 19 de abril de 2021;2021:e6652133.
2. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Epidemiol*. 18 de diciembre de 2013;6:1-13.
3. Valencia NQ, Rabanal M, Scaletti S, Prieto AR, Rodríguez D. Características clínicas y bioquímicas de pacientes con síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2010;56(2):149-54.
4. Gómez-Acosta, C. A., Vinaccia Alpi, S., & Quiceno, J. M. El Síndrome De Ovario Poliquístico: Aspectos Psicológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. agosto de 2015;80(4):341-7.
5. Brutocao C, Zaiem F, Alsawas M, Morrow AS, Murad MH, Javed A. Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 1 de noviembre de 2018;62(2):318-25.
6. Almeshari WK, Alsubaie AK, Alanazi RI, Almalki YA, Masud N, Mahmoud SH. Depressive and Anxiety Symptom Assessment in Adults with Polycystic Ovarian Syndrome. *Depress Res Treat*. 19 de abril de 2021;2021:e6652133.
7. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de septiembre de 2013;24(5):818-26.
8. Gutiérrez AZ, Santizo AS. Síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg*. 1 de enero de 2022;7(1):e748-e748.
9. Sancho GP, Brenes GS, Villalobos NDLC. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Rev Medica Sinerg*. 1 de diciembre de 2020;5(12):e610-e610.
10. Elsevier. La OMS pone foco en la depresión, segunda causa de muerte entre los jóvenes [Internet]. Elsevier Connect. [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/la-oms-pone-foco-en-la-depresion,-segunda-causa-de-muerte-entre-los-jovenes>
11. Gastó C, Navarro V. Forumclínic |Fundación BBVA · Hospital Clínic de Barcelona. :19.

12. Jeffrey M. Lyness, MD. Depresión unipolar en adultos: evaluación y diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=depression&source=search_result&selectedTitle
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [citado 29 de abril de 2022]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
14. American Psychiatric Association. Guía trastornos depresivos [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_F_NdY4n_90J:https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
15. Bernal. Estadísticas de depresión en el Perú [Internet]. Equilibrio & Armonía Psicólogos. 2020 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-depresion-en-el-peru/>
16. Dávila Hernández A, González González R, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. Rev Int Acupunt. 1 de enero de 2016;10(1):9-15.
17. Elsevier, Ecuador A. Principales tipos de depresión: el desafío médico que no encuentra consuelo [Internet]. Elsevier Connect. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/principales-tipos-de-depresion-el-desafio-medico-que-no-encuentra-consuelo>
18. Pérez Esparza R, Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Rev Fac Med México. octubre de 2017;60(5):7-16.
19. Kuaik ID, Iglesia G de la. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica UST. 2019;16(1):42-50.
20. Reyes Marrero R, de Portugal Fernández del Rivero E. Trastornos de ansiedad. Medicine (Baltimore). 1 de septiembre de 2019;12(84):4911-7.
21. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier JM. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). Rev Neuro-Psiquiatr. octubre de 2018;81(4):226-34.

22. Gloria E. Gómez B. Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo [Internet]. [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aQwrCRHOB6EJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229790.pdf+&cd=14&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
23. Navarra. Tipos trastornos ansiedad - navarra.es [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/
24. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am Fam Physician*. 1 de mayo de 2015;91(9):617-24.
25. Fistera. Guía clínica de Trastorno de ansiedad generalizada - Fistera [Internet]. [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.fistera.com/fichas/interior.asp?idTipoFicha=1&urlseo=ansiedad-generalizada#sec2>
26. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud.:6.
27. Carballo GO, Alonso ED, Peña GM, Alzugaray MG. Calidad de vida relacionada con salud en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *Rev Cuba Endocrinol* [Internet]. 24 de enero de 2022 [citado 9 de mayo de 2022];32(3). Disponible en: <http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/295>
28. Carmona I, García F, Saucedo E, Moraga RM. Síndrome de ovario poliquístico y calidad de vida. *Rev Iberoam Fertil Reprod Humana*. 2021;38(3):1-14.
29. Fernandez Anccas CE. Prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en pacientes que acuden al hospital nacional Sergio Enrique Bernales en el año 2017. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2018 [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. [citado 6 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1462>
30. Atencio Nuñez GS. Depresión en pacientes con síndrome de ovario poliquístico atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017. Repos Inst - UPSJB [Internet]. 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. [citado 6 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1572>

31. Chapoñan Mariños Freddy José. Síndrome de ovario poliquístico asociado a síndrome metabólico en mujeres. Hospital Regional Docente de Trujillo 2012-2015. Repos Inst - UCV [Internet]. 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. [citado 13 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40345>
32. Månsson M, Holte J, Landin-Wilhelmsen K, Dahlgren E, Johansson A, Landén M. Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious--a case control study. *Psychoneuroendocrinology*. septiembre de 2008;33(8):1132-8.
33. Abdollahi L, Mirghafourvand M, Babapour JK, Mohammadi M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) in improving the quality of life and psychological fatigue in women with polycystic ovarian syndrome: a randomized controlled clinical trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. diciembre de 2019;40(4):283-93.
34. Gómez-Acosta CA, Vinaccia Alpi S, Quiceno JM. El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. agosto de 2015;80(4):341-7.
35. Sayyah-Melli M, Alizadeh M, Pourafkary N, Ouladsahebmadarek E, Jafari-Shobeiri M, Abbassi J, et al. Psychosocial Factors Associated with Polycystic Ovary Syndrome: a Case Control Study. *J Caring Sci*. 2015;4(3):225-31.
36. Wang Y, Ni Z, Li K. The prevalence of anxiety and depression of different severity in women with polycystic ovary syndrome: a meta-analysis. *Gynecol Endocrinol*. 2 de diciembre de 2021;37(12):1072-8.
37. Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Janssen OE, Schedlowski M, et al. Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Hum Reprod Oxf Engl*. junio de 2009;24(6):1446-51.
38. Jedel E, Waern M, Gustafson D, Landén M, Eriksson E, Holm G, et al. Anxiety and depression symptoms in women with polycystic ovary syndrome compared with controls matched for body mass index. *Hum Reprod Oxf Engl*. Febrero de 2010;25(2):450-6.
39. Deeks AA, Gibson-Helm ME, Teede HJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertil Steril*. 1 de mayo de 2010;93(7):2421-3.
40. Light RS, Chilcot J, McBride E. Psychological Distress in Women Living with

- Polycystic Ovary Syndrome: The Role of Illness Perceptions. *Womens Health Issues*. 1 de marzo de 2021;31(2):177-84.
41. Asik M, Altinbas K, Eroglu M, Karaahmet E, Erbag G, Ertekin H, et al. Evaluation of affective temperament and anxiety–depression levels of patients with polycystic ovary syndrome. *J Affect Disord*. 1 de octubre de 2015;185:214-8.
 42. Aguirre M. A, Benvenuto C. G, Urrutia S. MT. Calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005;70(2):103-7.
 43. Ching HL, Burke V, Stuckey BGA. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. *Clin Endocrinol (Oxf)*. marzo de 2007;66(3):373-9.
 44. Coffey S, Bano G, Mason HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: A comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol*. 1 de enero de 2006;22(2):80-6.
 45. Obeid, S., et al. Validation of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and sociodemographic factors associated with Lebanese depressed patients. *L'encephale*, 2018, vol. 44, no 5, p. 397-402.
 46. Ovies Carballo, Gisela, et al. Calidad de vida relacionada con salud en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *Revista Cubana de Endocrinología*, 2021, vol. 32, no 3.



ANEXO 1

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Fuente: Obeid, S., et al. (45)

ANEXO 2

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar temprano, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Interpretación (máximo puntaje es 56): <17 ansiedad leve; 18–24 ansiedad moderada; 25-30 ansiedad severa; 31-56 ansiedad muy severa

Fuente: Obeid, S., et al. (45)

ANEXO 3

Este cuestionario está diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). Las preguntas se relacionan con su salud y problemas relacionados con la salud. Responda a cada preguntamarcando la casilla con la calificación que mejor refleje cómo se siente. Para cada pregunta, tiene siete opciones de calificación. La opción 1 representa la mayor deficiencia posible, mientras que la opción 7 representa la menor deficiencia. Elija solo una opción para cada pregunta. No hay respuesta correcta o incorrecta. Simplemente elija la opción más cercana a cómo se siente (46).

¿En qué medida ha sentido que el crecimiento de vello visible en su barbilla ha sido un problema para usted durante las últimas dos semanas?

	Un problema severo	Un gran problema	Un problema moderado	Algún problema	Un pequeño problema	Casi ningún problema	No hay problema
1. Crecimiento de vello visible en el mentón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las últimas dos semanas, ¿cuánto tiempo ha sentido?

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo de tiempo	Un poco de tiempo	Casi ningún tiempo	Nada de tiempo
2. ¿Deprimida como resultado de tener SOP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Preocupada por tener sobrepeso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Fácilmente cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Preocupada por problemas de infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Temperamental como resultado de tener SOP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



En relación a su última menstruación, ¿cuánto le resultaron problemáticos los siguientes problemas?

	Un problema severo	Un gran problema	Un problema moderado	Algún problema	Un pequeño problema	Casi ningún problema	No hay problema
7. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Períodos menstruales irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En qué medida ha sido un problema para usted el crecimiento de vello visible en el labio superior durante las últimas dos semanas?

	Un problema severo	Un gran problema	Un problema moderado	Algún problema	Un pequeño problema	Casi ningún problema	No hay problema
9. Crecimiento de vello visible en el labio superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Durante las últimas dos semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido?

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo de tiempo	Un poco de tiempo	Casi ningún tiempo	Nada de tiempo
10. Problemas para lidiar con su peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Baja autoestima como resultado de tener SOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Frustración al tratar de perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sentiste miedo de no poder tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentiste miedo de tener cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



En las últimas dos semanas, ¿en qué medida los siguientes problemas han sido un problema para usted?

	Un problema severo	Un gran problema	Un problema moderado	Algún problema	Un pequeño problema	Casi ningún problema	No hay problema
15. Crecimiento de vello visible en la cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vergüenza por exceso de vello corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las últimas dos semanas, ¿cuánto tiempo ha estado?

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo de tiempo	Un poco de tiempo	Casi ningún tiempo	Nada de tiempo
17. Preocupada por tener SOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Autoconsciente como resultado de tener SOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En relación con su última menstruación, ¿cuánto le resultaron problemáticos los siguientes aspectos?

	Un problema severo	Un gran problema	Un problema moderado	Algún problema	Un pequeño problema	Casi ningún problema	No hay problema
19. Distensión abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Período menstrual tardío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Calambres menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas?

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo de tiempo	Un poco de tiempo	Casi ningún tiempo	Nada de tiempo
22. Ha sentido que no es sexy por tener sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ha sentido falta de control sobre la situación con el SOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ha tenido dificultades para mantenerse en su peso ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Se ha sentido triste por problemas de fertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En qué medida el crecimiento del vello corporal visible ha sido un problema para usted durante las últimas dos semanas?

	Un problema severo	Un gran problema	Un problema moderado	Algún problema	Un pequeño problema	Casi ningún problema	No hay problema
26.Crecimiento del vello corporal visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Ovies Carballo, Gisel, et al (46).

Los 26 ítems del cuestionario se clasifican en 5 dominios:

Dominio	Número de ítem del PCOSQ
Emociones	2,4,6,11,14,17,18,20
Vello corporal	1,9,15,16,26
Peso	3,10,12,22,24
Problemas de infertilidad	5,13,23,25
Problemas menstruales	7,8,19,21

Fuente: Ovies Carballo, Gisel, et al (46)

El cuestionario consta de 26 preguntas, medidas con escala de Likert, de siete alternativas (7=función óptima y 1=peor función) y agrupadas en cinco dominios: Emociones, Vello corporal, Infertilidad, Peso y Problemas menstruales.

Los ítems de los diferentes dominios se categorizaron como

- afectación mayor (puntuación entre 1-3),
- afectación media (puntuación =4),
- afectación menor (puntuación =6)
- y no afectación (puntuación =7) (46).

El PCOSQ es un instrumento específico de CVRS auto administrado que consta de 26 ítems agrupados en los siguientes cinco dominios; emociones (ocho elementos), vello corporal (cinco elementos), problemas de peso (cinco elementos), problemas de infertilidad (cuatro elementos) e irregularidades menstruales (cuatro elementos). Cada ítem está asociado con una escala Likert de siete puntos, donde siete representa la función óptima y 1 representa la función más pobre. El marco de tiempo para describir la función es de 14 días. El dominio de las emociones contiene elementos relacionados con sentirse deprimido, cansarse fácilmente, preocuparse, mal humor, baja autoestima, ser consciente de sí mismo y miedo a contraer cáncer como resultado de tener SOP. El dominio del vello corporal incluye elementos relacionados con el vello facial visible y cantidades excesivas de vello corporal. El dominio de preocupaciones sobre el peso contiene ítems sobre cuestiones relacionadas con el peso, como sentimientos sobre el sobrepeso, dificultades para mantener un peso ideal y frustración por tratar de perder peso. El dominio de preocupaciones sobre la infertilidad incluye elementos relacionados con la infertilidad, como el miedo a no poder tener hijos, sentirse triste o preocupado por la infertilidad. Uno de los elementos aborda la falta de control sobre la situación con PCOS. El dominio de irregularidades menstruales incluye ítems relacionados con irregularidades menstruales y síntomas físicos asociados con la menstruación. La puntuación media de todos los elementos de un dominio proporciona una puntuación de dominio para cada mujer . Uno de los elementos aborda la falta de control sobre la situación con PCOS. El dominio de irregularidades menstruales incluye ítems relacionados con irregularidades menstruales y síntomas físicos asociados con la menstruación. La puntuación media de todos los elementos de un dominio proporciona una puntuación de dominio para cada mujer . Uno de los elementos aborda la falta de control sobre la situación con PCOS. El dominio de irregularidades menstruales incluye ítems relacionados con irregularidades menstruales y síntomas físicos asociados con la menstruación. La puntuación media de todos los elementos de un dominio proporciona una puntuación de dominio para cada mujer (46).

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título delestudio: SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ASOCIADO A
DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA 6° Y 7° AÑO DE LA
UCSM 2022**

Investigador (a):	Milagros Marjory Sotero Camino
Institución:	Universidad Católica de Santa María- Arequipa

Propósito del estudio:

La estamos invitando a participar en un estudio que se realizará en la provincia de Arequipa a través de un cuestionario, con el fin de determinar el síndrome de ovario poliquístico asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida en estudiantes de medicina humana de la UCSM, Arequipa en el periodo del 2022.

Este es un estudio desarrollado por una investigadora y actual alumna de 7to año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María-Arequipa.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio usted realizará lo siguiente:

1. Previa lectura y aceptación del consentimiento informado, entregado personalmente, deberá responder a unas preguntas, lo que le tomará aproximadamente de 3 a 5 minutos. Este será llenado a través de una ficha de recolección de datos.

Riesgos:

Es probable que algunas preguntas del estudio puedan generar incomodidad o incluso alguna dificultad; por ello se plantean acciones para aminorar este efecto negativo:

1. Se optó por colocar preguntas precisas y claras.
2. Si usted no recuerda exactamente una fecha, podría poner un aproximado.

Beneficios:

Los beneficios a nivel individual serían: contribuir a un estudio sumamente importante para las mujeres y así ayudar a mejorar la calidad de vida de futuras mujeres con SOP.

Costos y compensación:

Los costos serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno. No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Toda la información proporcionada será guardada con suma confidencialidad y de manera segura. Sólo el investigador tendrá acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

Se desea almacenar los datos recaudados en esta investigación por 5 años. Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras, de explotación de estas variables con otras del contexto prospectivo, o continuar con estudios comparativos, con otras poblaciones.

Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, ese proyecto contará con el permiso del Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 5 años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI () NO ()

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor contacte con Milagros Sotero Camino, investigadora responsable del proyecto, correo electrónico: marjory.sotero@gmail.com

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar con Dra. Águeda Muñoz del Carpio Toia presidenta del Comité Institucional de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María, información de contacto accesible a través del teléfono (054)251210 – web: <http://ucsm.edu.pe>.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Acepto participar () No acepto ()

Milagros Sotero Camino

Investigadora principal:

Fecha:

ANEXO 5

1 DATOS

ID	¿has sido diagnosticada de síndrome de ovario poliquístico?	¿En que año de medicina estas ?	¿Cuanto mides?	¿Cuanto pesas aproximadamente?	IMC
1	SI	7°	1,63	59	22,21
2	NO	7°	1,6	50	19,53
3	NO	7°	1,68	60	21,26
4	SI	7°	1,6	64	25,00
5	NO	7°	1,58	60	24,03
6	NO	6°	1,6	59	23,05
7	NO	7°	1,59	49	19,38
8	NO	6°	1,53	52	22,21
9	NO	7°	1,61	48	18,52
10	NO	6°	1,67	69	24,74
11	SI	6°	1,63	58	21,83
12	NO	6°	1,55	50	20,81
13	NO	6°	1,59	67	26,50
14	NO	6°	1,64	58	21,56
15	SI	6°	1,58	50	20,03
16	NO	6°	1,55	54	22,48
17	SI	7°	1,57	55	22,31
18	SI	6°	1,57	65	26,37
19	NO	7°	1,76	68	21,95
20	SI	6°	1,62	67	25,53
21	SI	6°	1,57	65	26,37
22	NO	6°	1,57	67	27,18
23	NO	6°	1,54	58	24,46

24	SI	6°	1,67	56	20,08
25	NO	6°	1,6	61	23,83
26	SI	6°	1,65	70	25,71
27	NO	6°	1,58	57	22,83
28	SI	7°	1,53	56	23,92
29	SI	7°	1,66	85	30,85
30	SI	7°	1,68	62	21,97
31	NO	6°	1,64	55	20,45
32	NO	6°	1,45	47	22,35
33	SI	6°	1,6	58	22,66
34	NO	6°	1,63	57	21,45
35	NO	7°	1,68	73	25,86
36	SI	7°	1,62	75	28,58
37	NO	7°	1,65	63	23,14
38	NO	7°	1,53	52	22,21
39	SI	7°	1,62	64	24,39
40	NO	6°	1,58	63	25,24
41	NO	7°	1,75	70	22,86
42	SI	7°	1,56	58	23,83
43	SI	7°	1,55	52	21,64
44	NO	7°	1,52	53	22,94
45	SI	7°	1,54	60	25,30
46	NO	7°	1,58	65	26,04
47	NO	7°	1,54	65	27,41
48	SI	7°	1,5	65	28,89
49	SI	7°	1,5	56	24,89
50	SI	7°	1,63	76	28,60
51	NO	7°	1,64	64	23,80
52	NO	6°	1,55	65	27,06

53	NO	7°	1,63	53	19,95
54	NO	7°	1,61	57	21,99
55	NO	7°	1,63	70	26,35
56	NO	7°	1,6	54	21,09
57	SI	7°	1,59	53	20,96
58	SI	7°	1,5	56	24,89
59	SI	7°	1,53	59	25,20
60	SI	7°	1,56	60	24,65
61	SI	6°	1,6	66	25,78
62	NO	7°	1,6	54	21,09
63	NO	6°	1,58	55	22,03
64	SI	7°	1,48	48	21,91
65	SI	6°	1,63	58	21,83
66	NO	6°	1,6	57	22,27
67	SI	7°	1,6	56	21,88
68	SI	7°	1,6	53	20,70
69	SI	6°	1,58	54	21,63
70	NO	7°	1,66	70	25,40
71	NO	7°	1,56	57	23,42
72	NO	7°	1,55	63	26,22
73	NO	7°	1,65	55	20,20
74	NO	7°	1,45	58	27,59
75	NO	7°	1,55	64	26,64
76	NO	7°	1,6	60	23,44
77	SI	7°	1,63	83	31,24
78	SI	7°	1,6	59	23,05
79	NO	7°	1,6	70	27,34
80	NO	7°	1,6	58	22,66
81	NO	7°	1,5	49	21,78

82	SI	6°	1,65	68	24,98
83	SI	7°	1,6	55	21,48
84	NO	7°	1,56	66	27,12
85	NO	7°	1,6	68	26,56
86	SI	7°	1,5	58	25,78
87	SI	6°	1,72	85	28,73
88	SI	6°	1,69	66	23,11
89	SI	6°	1,52	80	34,63
90	NO	6°	1,5	42	18,67
91	SI	7°	1,5	45	20,00
92	SI	6°	1,55	43	17,90
93	SI	6°	1,58	67	26,84
94	SI	7°	1,5	60	26,67
95	SI	6°	1,6	54	21,09
96	NO	6°	1,55	68	28,30
97	SI	6°	1,54	53	22,35
98	SI	6°	1,7	64	22,15
99	SI	7°	1,65	80	29,38
100	SI	6°	1,5	60	26,67
101	SI	6°	1,65	70	25,71
102	SI	7°	1,61	53	20,45
103	SI	7°	1,6	60	23,44
104	SI	6°	1,6	70	27,34
105	NO	7°	1,55	80	33,30
106	NO	6°	1,6	56	21,88
107	NO	7°	1,65	46	16,90
108	SI	6°	1,65	65	23,88
109	NO	7°	1,51	57	25,00
110	SI	7°	1,55	60	24,97

3 DEPRESION

ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	
2	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	0 Ausente	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	
3	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	0 Ausente	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	
4	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	2 Preocupación por pequeñas cosas	2 Moderado	1 Falta de apetito,	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausente	0 Ausente	1 descenso de la libido, actividad sexual alterada (frecuente, poco intensa)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
5	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
6	3 Estas sensaciones las expresa espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	2 Preocupación por pequeñas cosas	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.
7	3 Estas sensaciones las expresa espontáneamente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
8	3 Estas sensaciones las expresa espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	1 Juega con sus dedos	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Ausentes	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.		
9	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (gestos facial, postura, voz, tendencia al llanto)	4 Oye voces acústicas o de denuncia o visuales o de amenazas	3 Ideas suicidas	2 Dificultad para dormir cada noche	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	4 Expresa sus temores sin que le pregunten	2 Moderado	1 Falta de apetito,	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	2 Preocupado por su salud	0 Ausentes	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	
10	3 Estas sensaciones las expresa espontáneamente	0 Ausente	0 No evidenciable	2 Dificultad para dormir cada noche	0 No hay dificultad	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	2 Preocupación por pequeñas cosas	2 Moderado	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Ausentes	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	
11	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	
12	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	2 Dificultad para dormir cada noche	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1 Ligero retraso en el habla	0 Ninguna	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	1 Ligero	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	2 niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad	
13	1 Ausente	0 Ausente	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	
14	3 Estas sensaciones las expresa espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Ausentes	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	
15	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1 Ligero retraso en el habla	1 Juega con sus dedos	0 No hay dificultad	0 Ausente	1 Falta de apetito,	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	
16	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	2 niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad	
17	3 Estas sensaciones las expresa espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	2 Evidente retraso en el habla	1 Juega con sus dedos	4 Expresa sus temores sin que le pregunten	3 Severo	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	
18	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (gestos facial, postura, voz, tendencia al llanto)	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	2 Dificultad para dormir cada noche	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Preocupación por pequeñas cosas	4 Inca pacio ante	1 Falta de apetito,	2 fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido expresado espontáneamente	0 Ausentes	1 descenso de la libido, actividad sexual alterada	1 Pérdida de peso más de 500 gr. en una semana	2 niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad	
19	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2 Evidente retraso en el habla	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	1 Falta de apetito,	0 fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido expresado espontáneamente	2 Preocupado por su salud	0 Ausentes	1 Pérdida de peso más de 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.	

5	9	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indedición y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	1 Juega con sus dedos	1 Ligero	1 Falta de apetito.	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
6	0	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad para dormir cada noche	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	0 No hay dificultad	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indedición y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	0 Ausente	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.
6	1	1 Ausente	1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.
6	2	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	2 Mod erad a	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	2 niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad
6	3	1 Ausente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 Ausente	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
6	4	3 Estas sensaciones las relata espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	2 Dificultad para dormir cada noche	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1 Ligero retraso en el habla	0 Ninguna	2 Mod erad a	0 Ausente	2 fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido e expresado espontáneamente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.
6	5	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	1 Ligero retraso en el habla	0 Ninguna	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausentes	2 Preocupado por su salud	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
6	6	3 Estas sensaciones las relata espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos); 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indedición y vacilación)	1 Ligero retraso en el habla	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	1 Ligero	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.
6	7	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indedición y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	1 Juega con sus dedos	2 Mod erad a	2 Come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	2 fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido e expresado espontáneamente	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.
6	8	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2 Ideas de muerte no estructuradas	2 Dificultad para dormir cada noche	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	2 Mod erad a	1 Come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausente	1 Descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
6	9	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	1 Juega con sus dedos	2 Mod erad a	1 Falta de apetito.	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
7	0	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	2 Dificultad para dormir cada noche	0 No hay dificultad	2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	4 Retuerce las manos, se mueve las uñas, se tira de los cabellos, se machuca los labios	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
7	1	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
7	2	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos); 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indedición y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	2 Pérdida de más de 1 kg. en una semana	2 Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.
7	3	3 Estas sensaciones las relata espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indedición y vacilación)	2 Evidente retraso en el habla	1 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	2 Mod erad a	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, musculos	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
7	4	1 Ausente	1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
7	5	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indedición y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 Ausente	1 Falta de apetito.	0 Ausente	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	2 Pérdida de más de 1 kg. en una semana	2 niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad
7	6	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad; 1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	1 Ligero	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
7	7	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	0 Ausente	0 Ausente	1 Descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.

7	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indolencia y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	0 No hay dificultad	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
7	1 Ausente	1 Se le culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
8	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
8	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	1 Ligero	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
8	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	2 Dificultad para dormir cada noche	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Retorno las manos, se mueven las uñas, se tira de los cabellos, se mueve los labios	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	2 Moderada	1 Falta de apetito	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
8	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Preocupación por pequeñas cosas	3 Severa	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.	
8	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indolencia y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	1 Ligero retraso en el habla	1 Juega con sus dedos	2 Preocupación por pequeñas cosas	2 Moderada	2 come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	2 niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad	
8	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1 Se le culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	1 Juega con sus dedos	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	2 Preocupado por su salud	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
8	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente	1 Se le culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente, 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones, 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajo, pasatiempos)	1 Ligero retraso en el habla	1 Juega con sus dedos	2 Preocupación por pequeñas cosas	2 Moderada	2 come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	2 Preocupado por su salud	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
8	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	2 Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajo, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	2 come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	2 Preocupado por su salud	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.	
8	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajo, pasatiempos)	3 Dificultad para expresar	1 Juega con sus dedos	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	2 come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
8	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente	3 Siente que la enfermedad actual es un castigo	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad, 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indolencia y vacilación)	0 Palabra y pensamiento normales	4 Retorno las manos, se mueven las uñas, se tira de los cabellos, se mueve los labios	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	3 Severa	2 come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	2 fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente	0 Ausentes	3 Se lamenta constantemente en una semana	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.	
9	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	1 Se le culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente, 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajo, pasatiempos)	1 Ligero retraso en el habla	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	2 Preocupación por pequeñas cosas	2 Moderada	1 Falta de apetito	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
9	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	1 Ligero retraso en el habla	0 Ninguna	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	1 Ligero	2 come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	2 fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente	2 Preocupado por su salud	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.		
9	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente, 4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	2 Juega con sus manos, cabello, etc.	1 Tensión subjetiva e irritabilidad, 2 Preocupación por pequeñas cosas	0 Ausente, 1 Ligero	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
9	4 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones, 3 Ideas oscuros	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	2 Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica	2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	4 dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas o no puede realizar estas sin ayuda	3 Dificultad para expresar	3 No puede quedarse quieto si permanecer sentado	3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	4 pauci	2 come pero sin gusto. Tiene que ser estimulado para comer	2 fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente	3 Se lamenta constantemente en una semana, solicita ayuda	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1 reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descansar, etc.		
9	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajo, pasatiempos)	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	1 Tensión subjetiva e irritabilidad	1 Ligero	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	1 Preocupado de sí mismo (corporalment e)	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
9	2 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	1 Juega con sus dedos	0 No hay dificultad	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
9	1 Ausente	0 Ausente	0 No evidenciable	0 No tiene dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 No hay dificultad	0 Palabra y pensamiento normales	0 Ninguna	0 No hay dificultad	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Ausentes	0 Ausente	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
9	3 Estas sensaciones las relaciona espontáneamente	0 Ausente	0 No evidenciable	1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indolencia y vacilación)	1 Ligero retraso en el habla	1 Juega con sus dedos	2 Preocupación por pequeñas cosas	1 Ligero	0 Ausente	1 fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos	0 Ausentes	2 Preocupado por su salud	0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo	

