

RELACIÓN ENTRE LOS CRIBADOS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE EL LLANO, MUNICIPIO BANÍ, PROVINCIA PERAVIA, REPÚBLICA DOMINICANA

Relationship between depression and anxiety screenings in adults from the community of El Llano, Baní Municipality, Peravia Province, Dominican Republic

Rosybel Marie González Pérez¹, Luis Daniel Pelletier Vargas², Francis Rafael Arias Báez³, Marcos Marlon Mota Fernández⁴, Suzana Guerrero⁵

Recibido: 20/11/2024 • Aceptado: 29/08/2025

Cómo citar: González Pérez, R. M., Pelletier Vargas, L. D., Arias Báez, F. R., Mota Fernández, M. M., Guerrero, S. (2026). Relación entre los cribados de depresión y ansiedad en los adultos de la comunidad de El Llano, municipio Baní, provincia Peravia, República Dominicana. *Ciencia y Salud*, 10(1), 49-62. <https://doi.org/10.22206/cisa.2026.v10i1.3379>

Resumen

Introducción: la depresión y la ansiedad constituyen las enfermedades mentales más frecuentes a nivel mundial. Estas suelen coexistir y la presencia concomitante de ambas conlleva un peor pronóstico para el paciente. Reportes del Ministerio de Salud Pública en el Plan Nacional de Salud Mental de la República Dominicana indican que, aproximadamente, un 20% de la población dominicana sufre de trastornos mentales, donde 5.7% corresponden a ansiedad y 4.7% corresponden a depresión. Hasta la fecha, se han realizado muy pocos estudios que evalúen la presencia de depresión y/o ansiedad en los miembros de la comunidad de El Llano. Resulta imperativo utilizar herramientas para detectar la presencia y severidad de dichos trastornos, y la relación entre los cribados de los mismos. **Objetivos:** establecer

Abstract

Introduction: Depression and anxiety are the most prevalent mental illnesses worldwide. These often coexist, and the concurrent presence of both conditions generally leads to a worse prognosis for the patient. Reports from the Ministry of Public Health in the National Mental Health Plan of the Dominican Republic indicate that approximately 20% of the Dominican population suffers from mental disorders, with 5.7% attributed to anxiety and 4.7% to depression. To date, very few studies have evaluated the presence of depression and/or anxiety within the community of El Llano. It is imperative to use tools to detect the presence and severity of these disorders and to assess the relationship between the screenings for each con-

¹ Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1681-5805>, email: marierosybel631@outlook.com

² Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4447-725X>, email: luisdpelletier@gmail.com

³ Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1137-234X>, email: francis123436@gmail.com

⁴ Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1905-786X>, mail: marcosmotaf12@gmail.com

⁵ Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9349-9901>, email: suzguerrero@yahoo.com



si existe una relación entre los cribados de depresión y ansiedad en los adultos que habitan en la comunidad de El Llano, municipio Baní, provincia Peravia, República Dominicana en el periodo de noviembre – diciembre 2023; clasificar la severidad de la depresión detectada en cada caso empleando el PHQ-9; determinar la severidad de la ansiedad de acuerdo con la escala del GAD-7; determinar si existe una relación entre la severidad de ambos trastornos. **Metodología:** estudio observacional, analítico, prospectivo y de corte transversal. Se utilizó un muestreo por conveniencia, obteniéndose un total de 70 participantes, entrevistados durante visitas domiciliarias o a su llegada al centro de atención primaria. Se realizó la selección de participantes de acuerdo al cumplimiento de los criterios de inclusión (>18 años, habla hispana, habitantes de El Llano) y no cumplimiento de los criterios de exclusión (haber sido diagnosticado o estar siendo tratado por cualquiera de dichas condiciones; y, padecer algún trastorno que impida contestar el cuestionario por cuenta propia). Se obtuvieron características sociodemográficas y se les aplicó la encuesta PHQ-9 y la escala GAD-7 utilizando el programa KoboToolBox para recopilación y almacenamiento de datos. Se realizaron las pruebas estadísticas de regresión lineal y prueba exacta de Fisher. Las pruebas estadísticas se aplicaron con un alza del 5%, IC del 95% y $p < 0,05$ para significación estadística. **Resultados:** el 31.43% de los encuestados presentó depresión mínima; el 62.86% no presentó ansiedad. Tanto en la prueba exacta de Fisher para relación de los cribados como en la regresión lineal para relación de las severidades, el valor P dio un total <0.05 , evidenciando una relación entre ambos cribados y una relación lineal entre ambas severidades. **Conclusiones y recomendaciones:** se debería implementar el cribado de depresión y de ansiedad en la comunidad de El Llano, con un manejo según severidad y capacitación del personal conforme a lineamientos de organizaciones internacionales. A su vez, se deberían realizar posteriores estudios acerca de la salud mental en los habitantes de esta comunidad e instaurar servicios de atención a la salud mental.

Palabras clave: Ansiedad, atención primaria de salud, depresión, psiquiatría, salud mental.

Introducción

La depresión es la principal causa de morbilidad asociada a la salud mental y afecta a 280 millones de personas en el mundo¹. La Organización Mundial

Objectives: To determine if there is a relationship between the screenings for depression and anxiety in adults residing in the community of El Llano, Baní municipality, Peravia province, Dominican Republic during the period of November–December 2023; to classify the severity of detected depression cases using the PHQ-9; to assess anxiety severity according to the GAD-7 scale; and to determine if there is a relationship between the severity levels of both disorders. **Methodology:** Observational, analytical, prospective, and cross-sectional. A convenience sampling method was used, yielding a total of 70 participants, interviewed during home visits or upon arrival at the primary care center. Participants were selected based on inclusion criteria (>18 years old, Spanish-speaking, residents of El Llano) and exclusion criteria (having been diagnosed with or receiving treatment for either condition; and suffering from a disorder that would prevent them from answering the questionnaire independently). Sociodemographic characteristics were collected, and the PHQ-9 and GAD-7 scales were administered, with data collected and stored using the KoboToolBox program. Statistical tests, including linear regression and Fisher's exact test, were conducted with an alpha of 5%, a 95% confidence interval, and $p < 0.05$ for statistical significance. **Results:** 31.43% of respondents showed minimal depression; 62.86% did not present anxiety. In both Fisher's exact test for screening relationships and linear regression for severity relationships, the p-value was <0.05 , indicating a relationship between both screenings and a linear relationship between their severities. **Conclusions and Recommendations:** Depression and anxiety screening should be implemented in the community of El Llano, with management based on severity and personnel training aligned with international guidelines. In addition, further studies on the mental health of this community's inhabitants are warranted, and the establishment of mental health care services is recommended.

Keywords: Anxiety, depression, mental health, primary health care, psychiatry.

de la Salud (OMS) la define como un estado de ánimo con pérdida persistente del interés o del placer y la vincula a mayor mortalidad por suicidio, afectando a una de cada ocho personas en Latinoamérica

y siendo responsable de más de 700,000 muertes anuales a nivel mundial^{2,3}. En la República Dominicana, el Plan Nacional de Salud Mental reporta que alrededor del 20% de la población presenta trastornos mentales y 4.7% depresión⁴.

La depresión se ha asociado con diferentes etapas de la vida, desde la infancia y adolescencia hasta la adultez y vejez. Estudios han demostrado que su prevalencia está relacionada con el estatus socioeconómico, factores ambientales, familiares y sociales^{5,6}, y está bien establecido que el riesgo de padecerla es el doble en el sexo femenino⁷. Trastornos metabólicos, patologías cardiovasculares, pulmonares, infecciones, cáncer, fármacos y el deterioro cognitivo se asocian por igual a depresión secundaria^{5,8}.

Los trastornos de ansiedad constituyen otra afección frecuente de salud mental, con una prevalencia global estimada de 264 millones de casos⁹. La depresión y la ansiedad suelen coexistir: encuestas internacionales y estudios clínicos muestran altas tasas de comorbilidad y peores resultados cuando concurren (particularmente, mayor severidad e ideación suicida), lo que dificulta el manejo terapéutico¹⁰.

Con respecto a la realidad dominicana, El Llano es una comunidad en Peravia, República Dominicana, con una población aproximada de 3760 habitantes, de los cuales, 1863 son adultos. Hasta la fecha, se han realizado muy pocos estudios que evalúen la presencia de depresión y/o ansiedad en los miembros de dicha comunidad. Esto resulta preocupante, teniendo en cuenta la importante prevalencia nacional de enfermedades mentales⁴.

Por lo tanto, es imperativo el empleo de herramientas estandarizadas para detectar la presencia y severidad de los casos probables de depresión y de trastornos de ansiedad en esta región. Solo de esta forma se pueden tomar decisiones basadas en evidencias

autóctonas a la comunidad, tales como la instauración de servicios de atención primaria a la salud mental y la realización de posteriores estudios que investiguen los factores causales involucrados en los casos detectados³.

En el contexto dominicano, El Llano (Baní, Peravia) es una comunidad con 3,760 habitantes (1,863 adultos) donde existe escasa evidencia local sobre la presencia y la severidad de los trastornos depresivos y ansiosos⁴. Por ello, resulta pertinente emplear herramientas estandarizadas para estimar la presencia y severidad de estos trastornos y explorar su relación. Este estudio tuvo como objetivo evaluar si existe relación entre los cribados de depresión y ansiedad en los adultos de El Llano durante noviembre–diciembre de 2023, clasificar la severidad de ambos trastornos y analizar si la severidad de uno se asocia con la del otro. A partir de estas consideraciones, se planteó como hipótesis nula (H_0) que no existe una relación significativa entre ambos cribados, y como hipótesis alternativa (H_1) que sí existe una relación significativa entre la presencia y la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad en esta población.

Material y métodos

Diseño metodológico

Este estudio es observacional, analítico, prospectivo y de corte transversal, utilizando la guía Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) para su reporte.

Participantes y criterios de elegibilidad

Los pacientes mayores de 18 años, que hablen español y que habiten en dicha comunidad fueron elegibles para participar en el estudio. Por otro lado, se excluyeron 11 pacientes que reportaron haber sido diagnosticados con un trastorno depresivo o de

ansiedad, o que estén siendo actualmente tratados para cualquiera de dichas condiciones. Además, no se entrevistaron aquellos sujetos que no fueron capaces de llenar el cuestionario por que padecían de algún trastorno que le impedía contestar el formulario por cuenta propia.

Tamaño del estudio y muestreo

La muestra consistió en un total de 70 participantes, tras calcular un tamaño muestral mínimo de 66 participantes obtenida con la fórmula para el cálculo del tamaño de una muestra para una población finita correspondiente a 1863 adultos.

Se utilizó un valor crítico Z de 1.96 para un nivel de significancia alfa (0.05), correspondiente a un nivel de confianza de 95%. El margen de error fue de 5% y la proporción de prevalencia fue de 4.7% de acuerdo con la estadística dada por el Plan Nacional de Salud Mental de la OMS⁴.

Los participantes fueron elegidos a través de un muestreo por conveniencia, ya que se entrevistaron a las personas que se encontraron en sus casas durante las visitas domiciliarias y a los que acudieron al centro de primer nivel (CPN). Esta estrategia fue considerada la más adecuada dentro del contexto, ya que la población era relativamente pequeña y el periodo de recolección de datos (noviembre–diciembre 2023) resultó corto, lo que hacía inviable implementar métodos probabilísticos. Además, no todos los habitantes podían acudir al centro de primer nivel por limitaciones físicas de salud u otras circunstancias, por lo que se incluyeron visitas domiciliarias con el fin de abarcar a aquellos residentes que, de otro modo, hubieran quedado excluidos. Para evitar duplicaciones, se descartaron los sujetos que ya habían participado en el centro de atención. Al entrevistar tanto a personas con accesibilidad al centro de atención primaria como a residentes en sus hogares, se redujo la probabilidad de sobre-representación de ciertos

subgrupos y la ausencia de otros, lo que permitió captar una muestra más diversa y representativa dentro de la comunidad.

Finalmente, el muestreo por conveniencia también optimizó el uso de los recursos humanos y logísticos disponibles, asegurando la obtención de un tamaño muestral suficiente para los análisis estadísticos planificados. Aunque este tipo de muestreo no garantiza una representatividad absoluta, se buscó mitigar este riesgo incluyendo participantes de distintas zonas de la comunidad y en diferentes momentos de captación.

Variables

En el cuestionario utilizado, se incluyeron variables cualitativas y cuantitativas. El idioma, sexo, nacionalidad y la ocupación se integraron como variables cualitativas nominales dicotómicas, mientras que el estado civil, el antecedente familiar de depresión, el antecedente familiar de ansiedad y el diagnóstico de trastorno depresivo y/o ansiedad se integraron como variables cualitativas nominales politómicas. Por otro lado, la edad fue evaluada como una variable cuantitativa discreta.

Tanto el PHQ-9 como el GAD-7 arrojan un puntaje. Por lo que, dichas variables se recolectaron como cuantitativas discretas. Estos resultados se utilizarán para definir el grado de severidad. Es decir, para exponer los hallazgos de manera cualitativa ordinal.

Herramienta de recolección de datos

La herramienta de estudio fue elaborada por los investigadores y consistió en un cuestionario aplicado a los sujetos que asistieron al centro de primer nivel de El Llano y a quienes se encontraban en sus hogares mediante visitas intradomiciliarias. Dicho cuestionario constaba de tres secciones: (1) datos sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, estado civil, nacionalidad y antecedentes familiares de

ansiedad o depresión), (2) el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), y (3) la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7)^{11, 15}.

El PHQ-9 es un cuestionario autoadministrado que evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Ha demostrado ser una herramienta psicométrica válida, confiable y de fácil aplicación en contextos de atención primaria y en poblaciones diversas¹¹⁻¹³. Su puntaje total oscila entre 0 y 27 y permite clasificar la severidad de los síntomas en mínima, leve, moderada, moderadamente severa y severa¹⁴. Un puntaje de 10 o mayor se ha establecido como punto de corte óptimo, con una sensibilidad de 88% y especificidad de 85% para el cribado de depresión mayor¹³.

El GAD-7 es un cuestionario autoadministrado diseñado para el cribado y la evaluación de la severidad de la ansiedad generalizada en atención primaria. Ha mostrado alta validez y confiabilidad tanto en población general como en pacientes psiquiátricos^{15, 16}. Su puntaje total varía entre 0 y 21, y permite clasificar la ansiedad en mínima, leve, moderada y severa. Un puntaje de 10 o mayor se considera indicativo de cribado positivo, con una sensibilidad aproximada de 89% para detectar casos probables de trastornos de ansiedad¹⁶.

Proceso de recolección de datos

Los datos fueron recolectados desde el centro de primer nivel de atención en la comunidad de El Llano y por medio de visitas intradomiciliarias en dicha comunidad entre el período noviembre y diciembre 2023, en el horario laboral del centro de primer nivel, específicamente del 23 de noviembre al 7 de diciembre del mismo año.

Los pacientes fueron abordados en las distintas salas de consulta, al finalizar su visita. Fueron evaluados para su posible inclusión a través del consentimiento

informado presentado por el investigador, el cual expone claramente los criterios para participar en el estudio. En este, se explican los objetivos de la investigación, la confidencialidad de los datos y la completa autonomía del paciente en caso de que este decidiera no participar. Los que aceptaron formar parte fueron trasladados al área verde del centro, encontrado en la parte posterior, de manera que se mantenga la privacidad y tranquilidad del sujeto.

La recopilación de la información se realizó mediante cuestionarios impresos y digitales. Estos últimos con un iPad de 10ma generación. De esta manera, se logró entrevistar varios pacientes a la vez. La primera parte del cuestionario, que expone preguntas sociodemográficas, fueron completadas por el investigador, mientras que la segunda y tercera parte, conformados por las encuestas PHQ-9 y GAD-7, fueron llenadas por los sujetos.

Las encuestas en formato digital fueron diseñadas en la herramienta KoboToolBox, donde fueron llenadas directamente por los participantes. Las encuestas llenadas a mano fueron digitadas en esta misma plataforma. De esta manera, los datos recopilados se mantendrán almacenados por 6 meses, y solo los investigadores tienen acceso a ellos. No se encontró ningún cuestionario con resultados incompletos durante la tabulación de los datos. Para realizar el análisis estadístico concerniente al objetivo general, se utilizó MedCalc Software¹⁷, mientras que para el objetivo 3 se utilizó Excel de la herramienta Microsoft Office 365. Las tablas, gráficos y procesos se realizaron en este último.

Sesgo

Debido a la forma de recolección de los datos, el estudio estuvo sujeto a presentar los sesgos de selección, memoria y el efecto Hawthorne. El tipo de muestreo, al ser por conveniencia, pudo traer consigo sesgo de selección. No obstante, se intentó disminuir este riesgo mediante la captación de

participantes en dos escenarios complementarios: el centro de atención primaria y las visitas domiciliarias. Además, al ser un estudio de auto llenado, se pudo presentar sesgo de memoria; para disminuirlo, se les indicó a los participantes que completaran los enunciados de acuerdo con cómo se hayan sentido en las dos semanas previas, lo cual resulta ser la forma ideal de completar el PHQ-9 y el GAD-7^{11, 15}. Por otra parte, como los sujetos fueron entrevistados en sus hogares y en los consultorios del CPN, pudieron ser influenciadas por el efecto Hawthorne. A su vez, por el tema a estudiar, se pudo ver afectada la voluntad de los sujetos a la hora de completar los cuestionarios. Para disminuir estas fuentes de sesgo, se les garantizó la mayor privacidad posible y se les solicitó que suministren sus respuestas con la mayor honestidad, recalcando la confidencialidad y el anonimato de sus datos.

Análisis estadístico

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los adultos de El Llano entrevistados para esta investigación. El sexo, la nacionalidad, el estado civil, la ocupación, el antecedente familiar de depresión y el antecedente familiar de ansiedad se reportaron como una proporción, mientras que la edad se reportó como una media, utilizando una desviación estándar como medida de dispersión.

Los resultados obtenidos sobre la severidad de la depresión y la severidad de la ansiedad se reportaron como proporción.

Para determinar si existe relación entre el cribado de depresión y ansiedad se utilizó la prueba exacta de Fisher¹⁸, pues la tabla de contingencia presentaba dos celdas con datos menores a 5. La prueba de hipótesis indica que la hipótesis nula (H0) niega una relación entre ambos cribados, mientras que la hipótesis alternativa (H1) plantea una relación entre ellas. Se utilizó un nivel de confianza de un 95%.

Se realizó una regresión lineal para establecer la relación entre la severidad de la depresión y la severidad de la ansiedad. Se asumió la normalidad de los datos bajo el Teorema del Límite Central¹⁷. La prueba de hipótesis indica que H0 es la inexistencia de una relación lineal entre ambas severidades, y H1 es la existencia de una relación lineal entre las mismas. Se utilizó un nivel de confianza de un 95%.

Aspecto ético y legal

Se mantuvo la confidencialidad de los datos recolectados por los investigadores. No se expuso la identidad de los que aceptaron participar, para así atender al derecho a la privacidad y la integridad. La base de datos no es de libre acceso y se eliminará la información 6 meses después de concluido el trabajo.

El consentimiento informado detalló el propósito de la investigación. Al inicio se explicó los objetivos específicos y se solicitó la colaboración de la comunidad para conocer la situación actual de dichas condiciones a estudiar. Se procedió a presentar los criterios de inclusión y exclusión, a la vez que se informó al participante que toda la información es confidencial y que sólo se usaron con fines científicos. Además, se le comentó que no existe riesgo físico, social o moral al participar en este estudio. Todos los participantes tuvieron el derecho a retirarse del procedimiento en cualquier momento, sin penalización alguna. Finalmente, se colocó una parte donde el paciente marcaba si aceptó participar o no y su firma y fecha de llenado del formulario.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los 70 adultos entrevistados para este estudio. La misma se estructuró tomando en cuenta los cribados positivos y negativos de depresión y ansiedad.

Tabla 1. Características sociodemográficas según cribados positivos y negativos de depresión y ansiedad (n=70)

		Cribado depresión		Cribado ansiedad	
		Positivo, n (12)	Negativo, n (58)	Positivo, n (10)	Negativo, n (60)
Edad, media \pm SD	48.8 \pm 18	49.8 \pm 26	48.5 \pm 16	52.5 \pm 16	48.2 \pm 19
Sexo:					
Femenino, n (%)	55 (78.6%)	10 (83.3%)	45 (77.6%)	10 (100.0%)	45 (75.0%)
Masculino, n (%)	15 (21.4%)	2 (16.7%)	13 (22.4%)	0 (0.0%)	15 (25.0%)
Nacionalidad:					
Dominicano/a, n (%)	67 (95.7%)	12 (100.0%)	55 (94.8%)	10 (100.0%)	57 (95.0%)
Extranjero/a, n (%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	3 (5.2%)	0 (0.0%)	3 (5.0%)
Estado civil:					
Soltero/a, n (%)	26 (37.1%)	4 (33.3%)	22 (37.9%)	3 (30.0%)	23 (38.3%)
Casado/a, n (%)	10 (14.3%)	2 (16.7%)	8 (13.8%)	2 (20.0%)	8 (13.3%)
Unión libre, n (%)	22 (31.4%)	4 (33.3%)	18 (31.0%)	3 (30.0%)	19 (31.7%)
Divorciado/a, n (%)	4 (5.7%)	0 (0.0%)	4 (6.9%)	0 (0.0%)	4 (6.7%)
Viudo/a, n (%)	8 (11.4%)	2 (16.7%)	6 (10.3%)	2 (20.0%)	6 (10.0%)
Ocupación:					
Empleado/a, n (%)	40 (57.1%)	5 (41.7%)	35 (60.3%)	6 (60.0%)	34 (56.7%)
Desempleado/a, n (%)	30 (42.9%)	7 (58.3%)	23 (39.7%)	4 (40.0%)	26 (43.3%)
Antecedente familiar de depresión:					
Sí, n (%)	20 (28.6%)	6 (50.0%)	14 (24.1%)	4 (40.0%)	16 (26.7%)
No, n (%)	31 (44.3%)	2 (16.7%)	29 (50.0%)	3 (30.0%)	28 (46.6%)
Desconoce la información, n (%)	19 (27.1%)	4 (33.3%)	15 (25.9%)	3 (30.0%)	16 (26.7%)
Antecedente familiar de ansiedad:					
Sí, n (%)	14 (20.0%)	6 (50.0%)	8 (13.8%)	3 (30.0%)	11 (18.3%)
No, n (%)	34 (48.6%)	3 (25.0%)	31 (53.4%)	4 (40.0%)	30 (50.0%)
Desconoce la información, n (%)	22 (31.4%)	3 (25.0%)	19 (32.8%)	3 (30.0%)	19 (31.7%)

*SD = desviación estándar

La media de edad general obtenida fue de 48.8 años con una desviación estándar de 18. Los grupos de personas con la media más cercana a la general fueron aquellos con cribado de depresión negativo y

cribado de ansiedad negativo, pues el primero obtuvo una media de 48.5 con desviación estándar de 16, y el segundo una media de 48.2 con una desviación estándar de 19. Del total de entrevistados,

solo 12 (17.1%) obtuvieron un cribado de depresión positivo, mientras que 58 (82.9%) obtuvieron un cribado de depresión negativo. De la misma manera, solo 10 (14.3%) obtuvieron un cribado de ansiedad positivo, mientras que 60 (85.7%) obtuvieron un cribado de ansiedad negativo, indicando que los cribados prevalentes fueron negativos para ambos trastornos (Tabla 1).

El sexo femenino se mostró predominante, conformando el 78.6% de los entrevistados, siendo estas 55 mujeres. De igual manera, la mayoría de los cribados positivos tanto para depresión (83.3%) como para ansiedad (100.0%), correspondieron al sexo femenino. Finalmente, estas también mostraron predominancia en los cribados negativos, obteniendo un 77.6% un cribado negativo para depresión y un 75% un cribado negativo para ansiedad. Sobre la nacionalidad, 67 (95.7%) de los entrevistados eran dominicanos, mostrando, a su vez, predominancia en el cribado positivo y negativo de depresión y ansiedad. Pues, en el cribado positivo para depresión, el 100% correspondió a dominicanos, así como el 94.8% en el cribado negativo para depresión, el 100% en el cribado positivo para ansiedad y el 95% en el cribado negativo para ansiedad (Tabla 1).

El estado civil estuvo encabezado por los solteros, siendo estos 26 (37.1%). Para cribado positivo de depresión, su mayoría estuvo conformado de igual manera por los solteros y aquellos en unión libre, siendo estos 4 cada uno (33.3%). Lo mismo sucede en el cribado positivo de ansiedad, con 3 cada uno (30.0%). En el cribado negativo de depresión y ansiedad prevalece la soltería, con 22 (37.9%) y 23 (38.3%) de ellos, respectivamente. Por otro lado, sobre la ocupación, 40 (57.1%) de los encuestados estaban empleados y 30 (42.9%) desempleados. De aquellos con cribado de depresión y ansiedad negativos, 35 (60.3%) y 34 (56.7%), respectivamente, correspondieron a los que tenían ocupación de

empleados. Los cribados positivos de depresión y ansiedad en desempleados fueron 7 (58.3%) y 4 (40%) según corresponda (Tabla 1).

Para el antecedente familiar de depresión, 31 (44.3%) de los encuestados no tienen dicha historia. De los cribados positivos de depresión y ansiedad, 6 (50%) y 4 (40%) sujetos, respectivamente, corresponden a los que respondieron "sí" en el cuestionario. Por otro lado, de los cribados negativos de depresión y ansiedad, 29 (50%) y 28 (46.6%) entrevistados, respectivamente, contestaron que no tienen antecedentes familiares de depresión. Sobre el antecedente familiar de ansiedad, 34 (48.6%) de los participantes respondieron "no". De los cribados positivos de depresión, 6 (50%) encuestados respondieron "sí", mientras que, de los cribados positivos de ansiedad, 4 (40%) sujetos contestaron "no". Por otra parte, de los cribados negativos de depresión y ansiedad, 31 (53.4%) y 30 (50%) participantes reportaron no tener historia familiar de ansiedad (Tabla 1).

La Tabla 2 presenta la contingencia de cribados positivos y negativos de depresión y ansiedad en los 70 adultos entrevistados. Las filas representan los cribados de depresión, mientras que las columnas representan los cribados de ansiedad.

Tabla 2. Tabla de contingencia para cribados de depresión y ansiedad

Cribado de depresión	Cribado de ansiedad		
	Positivo	Negativo	Total
Positivo	7	4	12
Negativo	2	56	58
Total	10	60	70

Con los datos obtenidos, siendo el 20% menor a 5, se realizó una prueba exacta de Fisher con el objetivo de determinar si existía una relación entre los

cribados de depresión y ansiedad. Se encontró una relación entre ambas variables, utilizando un nivel de confianza de un 95%, y un valor P de 0.00000209 (Tabla 2).

La Gráfica 1 presenta la severidad de la depresión de acuerdo con los resultados arrojados por la encuesta PHQ-9. Basado en la puntuación obtenida, la severidad se clasifica en no presencia de depresión, mínima, leve, moderada, moderadamente severa y severa.

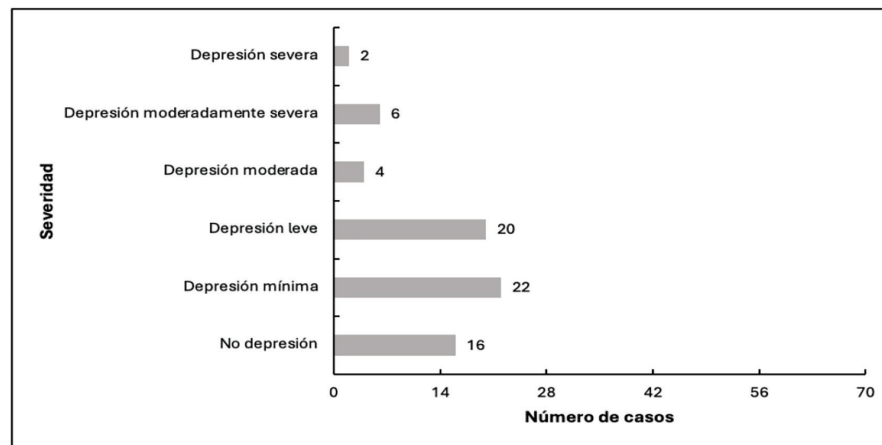
La mayoría de los encuestados presentaron depresión mínima, siendo estos 22 participantes que representan

el 31.43%. A su vez, 20 de los encuestados presentaron depresión leve, equivalente al 28.57%. La depresión moderada la presentaron 4 encuestados (5.71%), la moderadamente severa 6 encuestados (8.57%), y la severa 2 encuestados (2.86%). Un total de 16 encuestados no presentaron depresión, representando el 22.86% (Gráfica 1).

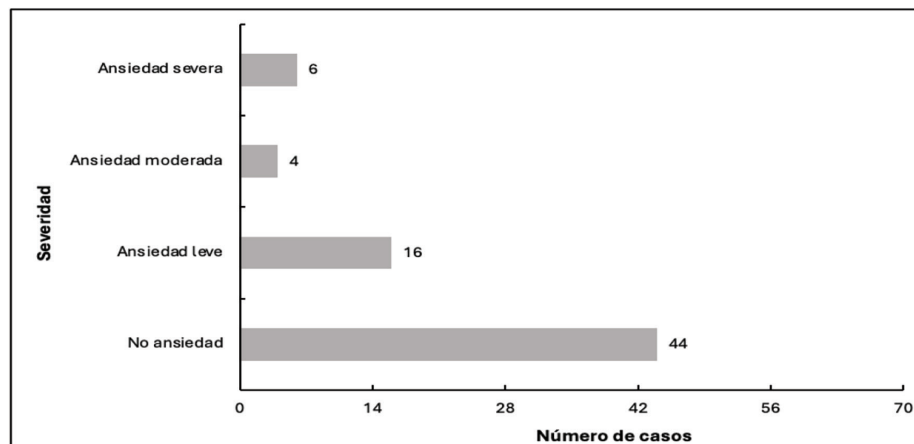
La Gráfica 2 presenta la severidad de ansiedad de acuerdo con los resultados arrojados por la encuesta GAD-7.

La mayoría de los encuestados, con un total de 44, no presentaron ansiedad, representando un

Gráfica 1. Severidad de la depresión de acuerdo al PHQ-9 (n=70)



Gráfica 2. Severidad de la ansiedad de acuerdo al GAD-7 (n=70)



62.86%. Además, 16 encuestados (22.86%) se clasificaron con ansiedad leve, mientras que 6 (8.57%) se clasificaron con ansiedad severa. El menor porcentaje lo presentó la ansiedad moderada, con solo 4 participantes (5.71%) (Gráfica 2).

La Gráfica 3 presenta una regresión lineal y positiva para la severidad de la depresión, medida a través del PHQ-9 y la severidad de la ansiedad, medida por la escala del GAD-7; obtenida utilizando un nivel de confianza de un 95% y un valor P de 6.46×10^{-17} .

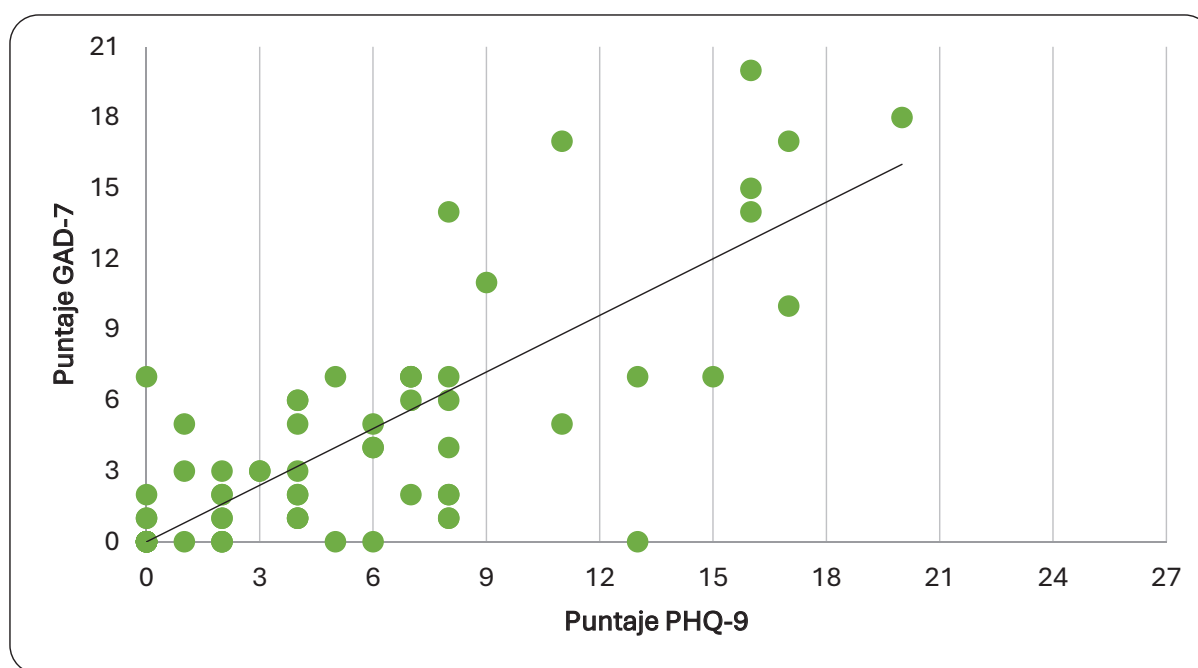
Discusión

Los porcentajes de ambos trastornos superan los datos epidemiológicos presentados en el Plan Nacional de Salud Mental 2019 – 2022 (4). En la mayoría de los casos, los participantes presentaban depresión mínima cuando fueron evaluados con el PHQ-9. De igual forma, la mayoría no presentaba ansiedad según el puntaje del GAD-7. Además, se encontró una relación lineal y positiva entre la

severidad de la depresión y la severidad de la ansiedad, resultados consistentes con aquellos del ensayo clínico STAR*D. Este último hallazgo se vincula directamente con el objetivo general del estudio al aportar evidencia sobre la relación entre ambos cribados en la población evaluada.

Los porcentajes de casos de depresión leve, moderada y severa se asemejan a los reportados en un estudio de corte transversal publicado en 2019 en adultos filipinos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). A pesar de tratarse de una población con una enfermedad crónica específica, dicho estudio respalda la aplicabilidad del PHQ-9 como herramienta de cribado en distintos contextos clínicos. No obstante, su diseño metodológico presentó diferencias importantes con respecto al nuestro, como una muestra más numerosa, el uso del diagnóstico de DM2 como criterio de inclusión y la adopción de un punto de corte mayor a 10 en el PHQ-9 para definir depresión¹⁹. Cabe señalar que, al interpretar nuestros hallazgos, deben considerarse también los

Gráfica 3. Correlación entre la severidad de depresión y la severidad de ansiedad (n=70)



sesgos identificados en este estudio, particularmente el sesgo de selección por el uso de un muestreo por conveniencia, el sesgo de memoria asociado al autollenado de los cuestionarios y el posible efecto Hawthorne. Aunque se implementaron estrategias para atenuarlos, estas limitaciones restringen la generalización de los resultados, lo que subraya la necesidad de estudios futuros con diseños probabilísticos y muestras más amplias como el estudio anteriormente mencionado.

De manera similar, la proporción de cribados de depresión fue comparable a la encontrada en un estudio de corte transversal realizado en 2020 en Noruega, en personas con discapacidad visual. Aunque se trata de un grupo con características distintas a la población de El Llano, ambos estudios utilizaron el mismo punto de corte (≥ 10 en el PHQ-9), lo que permite establecer una comparación válida en términos de criterios de cribado²⁰.

Adicionalmente, en el 2021 se publicó un estudio de corte transversal que realizó un cribado del trastorno de ansiedad generalizada en adultos en Arabia Saudita. En dicho estudio, el resultado de la prevalencia de ansiedad moderada se corresponde con la proporción de cribados de ansiedad obtenidos en la presente investigación, y ambos se basaron en un puntaje de 10 o más en el GAD-7. Cabe destacar que, en el estudio saudí, se encontró que la ansiedad era más común en pacientes con depresión, lo cual se correlaciona con los estudios que plantean la frecuente coexistencia de ambos trastornos, así como con las relaciones establecidas en la presente investigación^{10, 21}.

Este estudio presentó varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus hallazgos. En primer lugar, al tratarse El Llano de una comunidad rural, las condiciones socioeconómicas y de acceso a servicios de salud pueden diferir de aquellas presentes en entornos urbanos u otras regiones del

país, lo que restringe la extrapolación de los resultados a poblaciones con características distintas. En segundo lugar, aunque el muestreo por conveniencia permitió alcanzar el tamaño mínimo calculado, sólo se lograron entrevistar a 10 sujetos mediante visitas intradomiciliarias, lo que pudo limitar la representatividad de este subgrupo en la muestra.

Por otra parte, el tamaño muestral global, si bien suficiente para los análisis planteados, fue relativamente reducido, lo que pudo limitar la detección de asociaciones de menor magnitud. El diseño transversal también impidió establecer relaciones causales entre depresión y ansiedad, restringiendo las conclusiones a asociaciones observadas en un momento específico. Finalmente, el contexto de aplicación de los cuestionarios (ya sea en el centro primer nivel o en los hogares) pudo influir en las respuestas, dado que factores como la percepción de privacidad, la relación con el entorno clínico y la interacción con los investigadores pueden modificar la manera en que los participantes reportan sus síntomas.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes evaluados en este estudio tenían síntomas sugestivos de depresión (consistentes con depresión mínima) y no presentaban síntomas de ansiedad. Se encontró una relación lineal y positiva entre la severidad de la depresión y la severidad de la ansiedad.

Dada la escasez de información local, se deberían realizar posteriores estudios acerca de la salud mental en los habitantes de El Llano, que investiguen el impacto que tienen factores como las enfermedades crónicas, el estatus socioeconómico y el nivel educativo alcanzado en la salud mental. También, sería favorable para El Llano que se investiguen las repercusiones de la depresión y la ansiedad en la calidad de vida.

Por otra parte, los hallazgos de esta investigación respaldan la necesidad de incorporar el cribado de depresión y ansiedad, anual y en cada contacto clínico, al paquete esencial de servicios de la UNAP de El Llano, con una meta de cobertura de al menos 70% en el primer año. Para ello, se recomienda el uso del PHQ-9 y el GAD-7, considerando cribado positivo con puntajes de 10 o más. El ítem 9 del PHQ-9 (“pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera”) debe activar de inmediato la evaluación de riesgo suicida y la referencia urgente. Los casos negativos o subumbrales deberían recibir psicoeducación y reevaluación periódica; los leves a moderados podrán manejarse en atención primaria con intervenciones psicosociales y control en 4–6 semanas; y los moderados a severos, o con riesgo suicida, requerirán evaluación inmediata, posible inicio de tratamiento farmacológico y referencia a psicología o psiquiatría con control estrecho.

Además, se recomienda la capacitación completa del personal médico de El Llano en el manejo de la depresión en atención primaria según la Guía de Intervención del Programa de Acción Mundial para la Brecha en Salud Mental de la OMS (18), con potencial de escalamiento nacional dada la elevada prevalencia mundial de estos trastornos. El seguimiento deberá documentarse de forma sistemática, incluyendo indicadores de cobertura, tiempo a la primera intervención y mejoría clínica. Estas recomendaciones se fundamentan en la Guía de Intervención de la OMS (mhGAP Intervention Guide)¹⁹, en el modelo escalonado de NICE para depresión²⁰ y en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) sobre cribado de depresión²¹ y ansiedad en adultos²². De esta manera, se puede garantizar un abordaje integral de la depresión y la ansiedad en el primer nivel de atención, un aspecto que debe ser prioritario en la agenda de políticas públicas.

Agradecimientos

Mostramos nuestro agradecimiento a las siguientes personas por su apoyo durante todo el proceso de realización de este estudio. Apreciamos de todo corazón al Centro de Primer Nivel El Llano, especialmente a la Dra. Angely Hernández y la Dra. Aida Germán, por brindarnos un espacio para poder realizar las entrevistas necesarias y enseñarnos la historia de esta comunidad, así como su respaldo continuo en el transcurso de este camino. Agradecemos al Dr. Emilton López y la Dra. Leonidas Santana por brindarnos constantemente sus consejos y mostrar su interés genuino hacia la investigación. También, mencionamos al Dr. Erwin García, por ser nuestro tutor y retroalimentarnos en el proceso de redacción de este proyecto. Finalmente, extendemos nuestro agradecimiento a la Dra. Nadja García por su respaldo y por creer en la investigación hasta el final.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación externa.

Contribución de los autores

Conceptualización: RG, LP, FA; diseño: RG, LP, FA; recolección de datos: LP, FA, RG; análisis e interpretación de resultados: MM, RG; redacción - borrador original: LP, RG, FA; redacción - revisión y edición: RG, LP, FA. Aprobación y asesoramiento del tema de investigación: SG. Todos los autores revisaron los resultados y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración del comité de ética

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Tecnológico de Santo Domingo

(fecha de aprobación: 14 de junio del 2024) para estudios que involucran a humanos.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Descargo de responsabilidad / Nota del editor

Las ideas, opiniones y datos expresados en los artículos publicados son responsabilidad exclusiva de sus autores y colaboradores, y no representan necesariamente la posición de la revista Ciencia y Salud, del equipo editorial ni del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). Ciencia y Salud, sus editores y el INTEC no asumen responsabilidad alguna por eventuales daños a personas o bienes que pudieran derivarse del uso de los métodos, procedimientos, instrucciones o productos mencionados en el contenido publicado

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas fueron utilizadas en el manuscrito:

PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9

GAD Generalized Anxiety Disorder-7

DM2 Diabetes Mellitus tipo 2

STAR*D Secured Treatment Alternatives to Relieve Depression

OMS Organización Mundial de la Salud

NICE National Institute for Health and Care Excellence

USPSTF United States Preventive Services Task Force

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV

CPN Centro de Primer Nivel

Referencias bibliográficas

1. Herrman H, Kieling C, McGorry P, Horton R, Sargent J, Patel V. Reducing the glo-

bal burden of depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *Lancet*. 2019;393(10189):e42–e43. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32408-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32408-5)

2. WHO. Depressive disorder (depression). 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (consultado el citado 17 Nov 2023)

3. Errazuriz A, Avello-Vega D, Ramirez-Mahaluf JP, Torres R, Crossley NA, Undurraga EA, Jones PB. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2023; Sep 6;26:100587. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100587>

4. Ministerio de Salud Pública. Plan nacional de salud mental: República Dominicana 2019-2022. 2019. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1660> (consultado el 17 Nov 2023)

5. Corea del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*. 2021;89(Supl1):S1–68. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

6. Depression clinical presentation Medscape. 2023. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/286759-clinical> (consultado el 17 Nov 2023)

7. MayoClinic. Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género. 2019. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725> (consultado el 17 Nov 2023)

8. Parada Muñoz K, Guapisaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*. 2022;9(2):77–93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

9. Hohls JK, König HH, Quirke E, Hajek A. Anxiety, Depression and Quality of Life-A

- Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22):12022. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212022>
10. Kalin NH. The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *Am J Psychiatry*. 2020;177(5):365-367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
 11. Park SC, Lee HY, Lee DW, et al. Screening for Depressive Disorder in Elderly Patients with Chronic Physical Diseases Using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychiatry Investig*. 2017;14(3):306-313. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.306>
 12. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disord*. 2021; 279:473-483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>
 13. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. DEPRESSION Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2019;9(365):l1476. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1476>
 14. Sun, Y, Fu, Z, Bo, Q, Mao, Z, Ma, X, Wang, C. The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospitals. *BMC Psychiatry*. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02885-6>
 15. Johnson SU, Ulvenes PG, Øktedalen T, Hoffart A. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Front Psychol*. 2019;10:1713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>
 16. Kertz S., Bigda-Peyton J., Bjorgvinsson T. Validity of the generalized anxiety disorder-7 scale in an acute psychiatric sample. *Clin. Psychol. Psychother*. 2013;20 456-464. <https://doi.org/10.1002/cpp.1802>
 17. Sidebotham DA, Barlow T. The central limit theorem: the remarkable theory that explains all of statistics. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2024;38(8):1149-1151. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2024.05.014>
 18. Schoonjans F. MedCalc's Fisher exact probability calculator. MedCalc. MedCalc Software. 2023. Disponible en: <https://www.medcalc.org/calc/fisher.php> (consultado el 9 de diciembre de 2023).
 19. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. Geneva: WHO; 2016. ISBN: 978-92-4-154979-0.
 20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management. NICE guideline NG222. London: NICE; 2022. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222> (consultado el 19 de agosto del 2025).
 21. US Preventive Services Task Force; Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2023; 329(23):2057-2067. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.9297>
 22. US Preventive Services Task Force; Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, et al. Screening for Anxiety Disorders in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2023;329(24):2163-2170. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.9301>