Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

RISK AND PROTECTIVE FACTORS ASSOCIATED WITH MIXED ANXIETY AND DEPRESSION DISORDER IN ADULTS FROM A FAMILY MEDICINE UNIT

Judith Audelia Esquivias Fierro
Unidad de Medicina Familiar No 73, Saltillo, México

José Eduardo Guajardo Iruegas
Unidad de Medicina Familiar No 73, Saltillo, México

Anahí del Carmen Esquivias Fierro
Unidad de Medicina Familiar No 73, Saltillo, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4.25725

Factores de Riesgo y Protección Asociados al Trastorno Mixto De Ansiedad y Depresión en Adultos de una Unidad de Medicina Familiar

Judith Audelia Esquivias Fierro[1]
judithef@hotmail.com
http://orcid.org/0009-0000-1209-2385
Especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 73
Saltillo, Coahuila
México

José Eduardo Guajardo Iruegas
drguajardoiruegas@gmail.com
https://orcid.org/0009-0003-3112-6546
Especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 73
Saltillo, Coahuila
México

Anahí del Carmen Esquivias Fierro
anahi.esquiviasfr@uanl.edu.mx
https://orcid.org/0009-0006-9056-4644
Universidad Autónoma de Nuevo León.
Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica
San Nicolas de los Garza, Nuevo León
México

RESUMEN

El trastorno mixto de ansiedad y depresión representa un problema creciente de salud pública, especialmente en población en edad productiva. Su etiología es multifactorial e involucra determinantes biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la identificación de factores asociados resulta de importancia en el primer nivel de atención. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre factores de riesgo y factores protectores con el trastorno mixto de ansiedad y depresión en adultos de 20 a 49 años. Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 160 pacientes (80 casos y 80 controles) atendidos en una unidad de medicina familiar en Saltillo, Coahuila. Se aplicó un cuestionario estructurado con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, además de la escala DASS-21. Se efectuó análisis univariado, bivariado mediante prueba de chi cuadrada y análisis multivariado con regresión logística, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$. El 70% de la muestra correspondió a mujeres, con una media de edad de 34.5 años. Se encontraron asociaciones significativas entre el trastorno y la obesidad, el bajo nivel educativo, la hipertensión arterial, un mayor tiempo de evolución de enfermedad crónica, las alteraciones del sueño y la ausencia de una alimentación balanceada ($p < 0.05$). Los factores protectores, como el apoyo social y la resiliencia, mostraron una tendencia a disminuir la presencia del trastorno. El análisis multivariado confirmó la interacción de múltiples factores. Se concluye que el trastorno mixto de ansiedad y depresión se asocia con diversos factores de riesgo y protección, lo que confirma su carácter multifactorial. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar intervenciones integrales en el primer nivel de atención. Debido al diseño transversal del estudio, no es posible establecer relaciones de causalidad.

Palabras clave: ansiedad; depresión; factores de riesgo; factores protectores; atención primaria; salud mental

[1] Autor principal
Correspondencia: drguajardoiruegas@gmail.com

Risk and Protective Factors Associated with Mixed Anxiety and Depression Disorder in Adults from a Family Medicine Unit

ABSTRACT

Mixed anxiety and depressive disorder are a growing public health concern, particularly among individuals of working age. Its etiology is multifactorial and involves biological, psychological, and social determinants, making the identification of associated factors essential in primary healthcare. The aim of this study was to analyze the association between risk factors, protective factors, and mixed anxiety and depressive disorder in adults aged 20 to 49 years. An observational, analytical, cross-sectional study was conducted in 160 patients (80 cases and 80 controls) attending a family medicine unit in Saltillo, Coahuila, Mexico. A structured questionnaire was administered to collect sociodemographic, clinical, and psychosocial variables, in addition to the DASS-21 scale. Univariate analysis, bivariate analysis using the chi-square test, and multivariate logistic regression were performed, considering statistical significance at $p<0.05$. Seventy percent of the participants were women, with a mean age of 34.5 years. Significant associations were found between mixed anxiety and depressive disorder and obesity, low educational level, hypertension, longer duration of chronic disease, sleep disturbances, and the absence of a balanced diet ($p<0.05$). Protective factors, such as social support and resilience, showed a tendency to reduce the presence of disorder. Multivariate analysis confirmed the interaction of multiple associated factors. In conclusion, mixed anxiety and depressive disorder is associated with several risk and protective factors, confirming its multifactorial nature. These findings highlight the need for comprehensive interventions in primary healthcare. Due to the cross-sectional design, causal relationships cannot be established.

Keywords: anxiety; depression; risk factors; protective factors; primary care; mental health

Artículo recibido 20 julio 2026
Aceptado para publicación: 20 agosto 2026

INTRODUCCIÓN

La salud mental es considerada una parte integral de la salud, de acuerdo con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (WHO, 2022). La salud mental no solo se refiere a la capacidad de manejar el estrés, desarrollar habilidades, aprender o trabajar, y aportar de manera productiva a la comunidad, sino también a la ausencia de emociones como ansiedad, dificultades funcionales o incluso riesgos de conductas autolesivas (Palacios-Jiménez et al., 2022).

Se estima que la presencia de trastornos mentales alcanza entre el 4-7% de todas las enfermedades mundiales y representan casi tres cuartas partes de la carga global en países de ingreso bajo y medio bajo, debido a la incapacidad que provocan y su afectación en la economía y la clase social (Clemente-Suárez, 2020; Doran & Kinchin, 2020; Palacios-Jiménez et al., 2022). Las enfermedades mentales, además de generar incapacidad en quienes las padecen, se han convertido en un problema significativo de salud pública a nivel mundial debido a la progresión continua de la enfermedad, las complicaciones asociadas con su manejo y el creciente aumento en su prevalencia (Ramón-Arbués et al., 2020).

Dentro de las enfermedades mentales, se ha visto que el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad han incrementado su prevalencia en todo el mundo, por lo que se considera un problema de salud importante debido a la limitación funcional por el malestar emocional y físico producido (Iglesias García et al., 2021). En México, de enero a mayo del 2024, se reportó una prevalencia de ansiedad del 51.5% y depresión de 25.9%, siendo los más atendidos la población económicamente activa entre 20 a 49 años, por lo que hay una gran afectación en lo laboral, económico, social y familiar (Alcocer Varela et al., 2024). En Coahuila, en 2022 hubo un total de 302 defunciones registradas por suicidio y en 2023 se registraron 313 defunciones (INEGI, 2026).

El trastorno mixto de ansiedad y depresión, de acuerdo con el CIE-11, se caracteriza por síntomas tanto de ansiedad como de depresión presentes la mayoría de los días durante un período de dos semanas o más, sin que ningún conjunto de síntomas sea lo suficientemente grave como para justificar un diagnóstico de otro trastorno depresivo o de ansiedad (ICD-11, 2024). En el DSM-V, se ha realizado un cambio en el diagnóstico, categorizándolo como "otro trastorno de ansiedad no especificado" (American

Psychiatric Association, 2013). Ambas clasificaciones son de relevancia clínica, pero cada una aborda de manera diferente la codificación del solapamiento entre estas dos condiciones (Mulder et al., 2019). El trastorno mixto de ansiedad y depresión evidencia la elevada comorbilidad entre la depresión y la ansiedad, tanto en términos de síntomas como en el diagnóstico, y las manifestaciones subclínicas tienen una alta importancia clínica (Shevlin et al., 2022). En la práctica clínica del primer nivel de atención, es donde se maneja con mayor frecuencia el trastorno mixto de ansiedad y depresión limítrofe, y se asocia a una búsqueda constante de tratamiento y a una mayor incidencia de incapacidad laboral (Shevlin et al., 2022). En 2019, se llevó a cabo un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social donde se encontró un promedio de incapacidad para el trastorno mixto de ansiedad y depresión de 152.4 días (Gil Hernández et al., 2019).

En el año 2023, en la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila, se registraron 1,530 pacientes con diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión de todas las edades. De estos pacientes, el 78.4% corresponde al sexo femenino; en el grupo de edad de 20 a 49 años, se encontraron 579 personas, de las cuales el 67% eran trabajadores; dentro de los trabajadores, el 73.9% eran del sexo femenino (IMSS REF 20).

Los neurotransmisores GABA, serotonina, noradrenalina y dopamina tienen un papel importante en estos trastornos. Los ejes de señalización, como el HPA y HPG, son clave en estos trastornos. El eje intestino-cerebro, más reciente, sugiere un rol del microbioma en la depresión. El eje HPA, controlado por el sistema límbico, responde al estrés liberando CRH y glucocorticoides como el cortisol, cruciales en la adaptación al estrés (Kupcova et al., 2022).

Se han identificado diversos factores de riesgo asociados al trastorno mixto de ansiedad y depresión. Al examinar las relaciones entre los síntomas de depresión y ansiedad, se encontró que algunos síntomas desempeñan el papel de puente, actuando como puntos de conexión entre las distintas comunidades de síntomas de ambos trastornos (Sánchez Hernández et al., 2023). Se ha propuesto que diversos hábitos dietéticos pueden tener un impacto en la aparición, curso o gravedad de los trastornos psicológicos (Castro et al., 2023). Varios estudios reportan una asociación positiva entre el tabaquismo y las enfermedades mentales (Fluharty et al., 2017). La baja autoestima podría actuar como un factor de vulnerabilidad para desarrollar problemas de salud mental (Lee et al., 2023).

La presencia de enfermedades crónico-degenerativas, la pobreza, la familia disfuncional, el abuso físico o sexual, y la muerte de algún familiar también se han identificado como factores de riesgo (Marques, 2024; WHO, 2022).

Se han encontrado como factores protectores a la actividad física frecuente, alto ingreso económico y buen soporte social (Bolton & Bhugra, 2021; Saldivia et al., 2023). La resiliencia es un factor protector clave contra el malestar psicológico; una revisión sistemática y metaanálisis reveló que los adultos mayores con mayor resiliencia tenían menos probabilidades de experimentar síntomas depresivos (To et al., 2022). Otros determinantes positivos para la salud mental incluyen: alimentación adecuada, cercanía o apego a la familia, alta autoestima, armonía familiar, relaciones de apoyo, comunicación afectiva en la familia, seguridad económica, acceso al trabajo y vivienda digna (INCyTU, 2018).

La OMS señala que el trastorno mixto de ansiedad y depresión afecta principalmente a personas de entre 20 y 40 años. A nivel global, se estima que más de 300 millones de personas padecen estas condiciones, por lo que los trastornos mentales representan el 15% de la carga económica mundial por enfermedades. En México, la Encuesta Nacional de Salud Mental revela que el 18% de la población urbana en edad laboral sufre algún trastorno del estado de ánimo, pero solo el 20% de ellos recibe tratamiento.

Es por ello por lo que surge la necesidad de investigar con qué recursos cuentan y con cuáles carecen los pacientes para lograr una atención y tratamiento integral, buscando siempre la mejora en la calidad de vida de los pacientes, ya que no hay estudios que busquen tanto factores de riesgo como factores protectores para esta patología, centrando el estudio en pacientes en edad productiva ya que es en quienes se ve más afectada la productividad.

Dada la alta prevalencia del trastorno mixto de ansiedad y depresión, su asociación con factores de riesgo modificables y la importancia de los factores protectores, el presente estudio se planteó como objetivo general analizar la relación entre los factores de riesgo y protectores con el trastorno mixto de ansiedad y depresión en pacientes adultos de 20 a 49 años atendidos en UMF No.73 de Saltillo, Coahuila. Como objetivos específicos, se propuso determinar la prevalencia del trastorno mixto de ansiedad y depresión en la población de estudio utilizando la escala DASS-21, identificar los factores de riesgo sociodemográficos, clínicos y psicosociales más frecuentes en pacientes con el trastorno,

identificar los factores protectores más comunes presentes en pacientes sin el trastorno, y proponer un perfil de riesgo basado en los factores más significativamente asociados con el trastorno en la población estudiada.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal con diseño de casos y controles. La población de estudio estuvo conformada por pacientes derechohabientes de 20 a 49 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 73 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Saltillo, Coahuila.

El tamaño de muestra se calculó para estudios de casos y controles no pareados utilizando la fórmula de Fleiss, considerando un nivel de significancia bilateral $\alpha = 0.05$ ($Z\alpha/2 = 1.96$), una potencia del 80% ($Z\beta=0.84$), una razón casos:controles de 1:1, una proporción de exposición en controles ($p0=0.30$) y un Odds Ratio mínimo detectable de 2.5. Con estos supuestos, se obtuvo un tamaño de 80 sujetos por grupo (160 en total). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, entre 20 y 49 años, que contestaran el instrumento. Para los casos, se consideró a pacientes con diagnóstico positivo de trastorno mixto de ansiedad y depresión en la encuesta; para los controles, ausencia de dicho diagnóstico. Se eliminaron los cuestionarios incompletos y aquellos que excedieran la cuota establecida de casos y controles.

Para la recolección de datos se aplicó un instrumento auto administrado que incluyó un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos, sexo, edad, IMC, estado civil, grado máximo de estudios, ocupación, ingresos semanales, con quien comparte habitación, consumo de cigarro, cantidad de cigarros, consumo de alcohol, número de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, presencia de enfermedad crónica, tiempo de diagnóstico, frecuencia de actividad física, alimentación adecuada, antecedentes familiares de trastornos mentales, problemas para dormir, horas de sueño, calidad de sueño, cuidador de enfermo, relación con persona cuidada, horas dedicadas al cuidado, tiempo desde que es cuidador y eventos estresantes recientes. También se utilizó la escala DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale-21), una versión abreviada de las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, que consta de 21 ítems con respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala, variando entre 0 y 21

puntos. Evalúa depresión (disforia, falta de sentido, autodespreciación, falta de interés y anhedonia), ansiedad (síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso) y estrés (activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia). La escala cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93 para el instrumento total. Así mismo, se utilizó la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido**:** con fiabilidad significativa de las dimensiones: α=0.85 para familia, α=0.87 para amigos y α=0.91 para persona significativa. Mide el apoyo social percibido dividido en tres dimensiones: amigos, familia y figura significativa (González Ramírez & Landero Hernández, 2014). Además, se incluyó la escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14) que mide el grado de resiliencia individual, considerada como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. La RS-14 mide dos factores 1) la competencia personal (11 ítems: autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y 2) la aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems: adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable). Plantea niveles de resiliencia: Muy alta (98-82), Alta (81-64), Normal (63-49), Baja (48-31) y Muy baja (30-14). Posee un alfa de Cronbach de 0.82 para la población en general.

El estudio se realizó en las salas de espera de la consulta de Medicina Familiar de la UMF No. 73. Se localizó a pacientes de 20 a 49 años, se les explicó el estudio y, una vez que aceptaron contestar la encuesta, se les solicitó la firma del consentimiento informado y posteriormente se les entregó el instrumento de recolección de datos. El tiempo requerido para completar el cuestionario fue de máximo 15 minutos. Al término, se agradeció su participación y se les entregó un tríptico informativo sobre factores de riesgo y de protección para el trastorno mixto de ansiedad y depresión. Una vez contestado, se realizó una revisión de la encuesta DASS-21 para detectar si había depresión, ansiedad y/o estrés. En los casos en que se detectó trastorno mixto de ansiedad o depresión, se derivó al paciente a consulta de Medicina Familiar para valoración médica y tratamiento en caso necesario.

Se realizó una prueba piloto del cuestionario, el cual fue auto administrado, y fue revisado por validación por expertos (asesor metodológico, asesor especialista y asesora psicóloga), sometiéndose al 10% del total de pacientes de la muestra. Posterior a la aplicación, se hizo ajuste a preguntas que tuvieron falta de claridad.

El procesamiento de datos se realizó en Microsoft Excel y el análisis estadístico en SPSS. Para el análisis univariado, se calcularon frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (sexo, IMC, estado civil), y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para variables cuantitativas. Para el análisis bivariado, se aplicó la prueba de chi cuadrada para cruzar el trastorno mixto de ansiedad y depresión con el resto de las variables. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo y se calculó la V de Cramer o el coeficiente φ para determinar la fuerza de asociación.

El estudio se apegó a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en México, clasificándose como investigación con riesgo mínimo. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación correspondiente. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, garantizándose la confidencialidad y el anonimato de los datos. La participación fue voluntaria y el retiro en cualquier momento no afectó la atención médica recibida.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 160 participantes (80 casos y 80 controles). El 70% (n = 112) correspondió al sexo femenino y el 30% (n = 48) al masculino. La media de edad fue de 34.54 años, con una mediana de 33.5 años y una moda de 33 años.

En cuanto al estado nutricional, la moda fue obesidad grado 1 con 59 participantes (36.9%), seguido de sobrepeso con 43 (26.9%), normal con 33 (20.6%), obesidad grado 2 con 19 (11.9%) y obesidad grado 3 con 6 (3.8%). El estado civil más predominante fue casado (39.4%, n = 63), seguido de soltero (32.5%, n=52), unión libre (13.1%, n = 21), separado (7.5%, n = 12), divorciado (6.9%, n = 11) y viudo (0.6%, n=1). El grado máximo de estudios alcanzado fue mayormente licenciatura (45%, n = 72), seguido de preparatoria (25%, n = 40), postgrado (16.3%, n = 26), secundaria (9.4%, n = 15), y primaria y sabe leer y escribir (1.3% cada uno, n = 2). La ocupación más predominante fue empleado (71.3%, n = 114), seguido de estudiante (15.6%, n = 25), ama de casa (8.8%, n = 14) y desempleado (4.4%, n = 7).

En cuanto a los ingresos mensuales, el 46.9% (n = 75) correspondió al ingreso de $10,000 a $15,000, seguido de menos de $10,000 (33.8%, n = 54), de $15,000 a $20,000 (13.1%, n = 21) y más de $20,000 (6.3%, n = 10).

Con respecto a la convivencia, la mayoría compartía vivienda con esposa e hijos (33.1%, n=53), con padres (23.1%, n = 37), con esposa o esposo (15.6%, n = 25), solos (10.6%, n = 17), con hijos (8.1%, n = 13), con otro familiar (4.4%, n = 7), con otro (3.1%, n = 5) y con amigo o amiga (1.9%, n = 3).

El tabaquismo estuvo presente en 36 participantes (22.5%), de los cuales 31 fumaban de 1 a 5 cigarrillos, 4 de 6 a 10 y 1 de 11 a 20. La frecuencia de ingesta de alcohol fue del 56.9% (n = 91), de los cuales el 94.5% consumía de 1 a 2 veces por semana. El consumo de drogas estuvo presente en 19 participantes (11.9%), con una media de edad de inicio de 19 años; la marihuana fue la más consumida (13 participantes), seguida de cocaína (6) y cristal (1).

La presencia de enfermedad crónica se distribuyó de la siguiente manera: diabetes mellitus 13.1% (n = 21), hipertensión arterial 20% (n = 32), enfermedad cardiovascular 1.3% (n=2), asma o EPOC 7.5% (n=12) y enfermedad reumática o artritis 4.4% (n = 7). El tiempo de diagnóstico más frecuente fue de 1 a 5 años (25 participantes), seguido de 5 a 10 años (18), menos de 1 año (14) y más de 10 años (5).

En cuanto a la actividad física, el 40% (n = 64) no realizó ninguna en la última semana, el 34.4% (n = 55) la realizó de 1 a 2 veces, el 16.3% (n = 26) de 3 a 4 veces y el 9.4% (n = 15) 5 o más veces. La alimentación balanceada predominó con 71.9% (n = 115) contra 28.1% (n = 45) que no la llevaban. La ingesta de bebidas con cafeína fue del 67.5% (n = 108). Los antecedentes familiares de enfermedad mental estuvieron presentes en 35.6% (n = 57) de los participantes.

Los problemas para dormir estuvieron presentes en el 80% (n = 128), distribuyéndose en: dificultad para conciliar el sueño (31.3%), despertar frecuentemente por la noche (25.6%), despertar muy temprano sin poder volver a dormir (16.9%) y sensación de no haber descansado al despertar (51.9%). La mediana de horas de sueño fue de 4 a 6 horas (60.6%), seguido de 6 a 8 horas (33.8%) y menos de 4 horas (5.6%). Solo el 10% (n = 16) era cuidador primario, de los cuales 9 cuidaban a padre o madre, 4 a otro familiar o amigo, 3 a hijo o hija y 2 a cónyuge o pareja. El tiempo de cuidado más frecuente fue de más de 3 años (58%, n=9).

El análisis bivariado mediante la prueba de chi cuadrada identificó diversas variables asociadas con la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión en la población estudiada (n = 160). Entre las variables sociodemográficas, el estado nutricional mostró una asociación significativa de magnitud moderada ($\chi^2(4)=10.890$; $p<0.05$; V de Cramer=0.261), al igual que el nivel educativo ($\chi^2(5)=11.485$;

p<0.05; V de Cramer=0.268). Asimismo, el tiempo de evolución de la enfermedad crónica presentó una asociación moderada ($\chi^2(4)=9.825$; p<0.05; V de Cramer=0.248), mientras que la presencia de hipertensión arterial se relacionó con el trastorno con una magnitud de asociación baja ($\chi^2(1)=3.906$; p<0.05; $\varphi=0.156$).

Respecto a los estilos de vida, la alimentación balanceada se asoció significativamente con el trastorno mixto de ansiedad y depresión, mostrando una magnitud moderada ($\chi^2(1)=13.636$; p<0.001; $\varphi=0.292$). En relación con la calidad del sueño, se observaron asociaciones significativas para la dificultad para conciliar el sueño ($\chi^2(1)=9.425$; p<0.05; $\varphi=0.243$), los despertares frecuentes durante la noche ($\chi^2(1)=23.907$; p<0.001; $\varphi=0.387$), el despertar muy temprano sin posibilidad de volver a dormir ($\chi^2(1)=5.391$; p<0.05; $\varphi=0.184$), la sensación de no haber descansado al despertar ($\chi^2(1)=4.231$; p<0.05; $\varphi=0.163$), la presencia de problemas para dormir ($\chi^2(1)=10.000$; p<0.05; $\varphi=0.250$) y el tiempo de sueño nocturno ($\chi^2(1)=7.483$; p<0.05; V de Cramer=0.216). La mayor fuerza de asociación dentro de este grupo correspondió a los despertares frecuentes durante la noche.

En cuanto a las condiciones personales y familiares, el cuidador primario presentó una asociación baja con el trastorno ($\chi^2(1)=4.444$; p<0.05; $\varphi=0.167$). Además, haber experimentado un problema de salud durante los últimos seis meses ($\chi^2(1)=12.693$; p<0.001; $\varphi=0.282$), un problema financiero en el mismo periodo ($\chi^2(1)=13.480$; p<0.001; $\varphi=0.290$) y problemas en la relación de pareja o familiar ($\chi^2(1)=6.144$; p<0.05; $\varphi=0.192$) también se asociaron significativamente con la presencia del trastorno, con magnitudes de asociación entre baja y moderada.

Finalmente, las variables psicosociales fueron las que presentaron las asociaciones de mayor magnitud. El apoyo social percibido por amigos ($\chi^2(3)=31.049$; p<0.001; V de Cramer=0.441), por la familia ($\chi^2(3)=33.360$; p<0.001; V de Cramer=0.457) y por una persona significativa ($\chi^2(3)=22.127$; p<0.001; V de Cramer=0.372) mostraron asociaciones altas con el trastorno mixto de ansiedad y depresión. De igual forma, la resiliencia presentó una asociación alta ($\chi^2(4)=30.735$; p<0.001; V de Cramer=0.438), posicionándose entre los factores con mayor fuerza de asociación observados en el análisis bivariado.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre diversos factores de riesgo y factores protectores relacionados con el trastorno mixto de ansiedad y depresión. Los resultados mostraron que, entre los pacientes con hipertensión arterial, 21 (65.6%) presentaron dicho trastorno. Esta prevalencia fue superior a la reportada por Tunac et al., (2025) en una población filipina, donde se documentó una frecuencia del 35%.

La resiliencia se encontró fuertemente asociada con un menor riesgo de trastorno mixto de ansiedad y depresión. Este hallazgo es consistente con lo señalado por McKinley et al., (2020), quienes identificaron la resiliencia como un importante factor protector frente al trauma psicológico y la aparición de síntomas ansiosos y depresivos. En el presente estudio, las personas con resiliencia muy alta presentaron 22.7% de casos y 77.3% de controles, mientras que las personas con resiliencia baja presentaron 88.9% de casos y 11.1% de controles, lo que evidencia una clara tendencia protectora.

En relación con el apoyo social percibido (proveniente de amigos, familiares y personas significativas) se observó una asociación estadísticamente significativa con el trastorno mixto de ansiedad y depresión. Estos resultados coinciden con lo descrito por Pijnenburg et al., (2023), quienes reportaron que mayores niveles de apoyo social se relacionan con menores niveles de ansiedad y depresión. De manera similar, Mecha et al., (2023) documentaron que el apoyo social familiar se asocia con niveles más bajos de depresión; sin embargo, a diferencia de lo observado en el presente estudio, estos autores no encontraron asociación significativa con el apoyo de amigos o de personas cercanas.

La literatura también describe otros factores de riesgo, como la ingesta habitual de bebidas carbonatadas. Dabravolskaj et al., (2025) reportaron que un mayor consumo de bebidas azucaradas se relaciona con mayor severidad de síntomas depresivos y ansiosos. No obstante, en la presente investigación ni la ingesta de bebidas carbonatadas ni el consumo de café mostraron asociación estadísticamente significativa con el trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Los hallazgos presentados son consistentes con la evidencia existente que señala que los factores biológicos, sociales y conductuales interactúan de manera importante en la presencia del trastorno. La asociación encontrada entre el estado nutricional (particularmente obesidad) y el trastorno mixto de

ansiedad y depresión, así como con el nivel educativo, refuerza la importancia de los determinantes sociales en la salud mental.

Entre las limitaciones del estudio destacan su diseño transversal, que impide establecer relaciones de causalidad, sino únicamente asociaciones; el muestreo no probabilístico por conveniencia, que limita la generalización de los hallazgos; y el uso de instrumentos de autorreporte, que pueden introducir sesgos de información.

CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió identificar la asociación entre diversos factores de riesgo y factores protectores con el trastorno mixto de ansiedad y depresión en pacientes adultos de 20 a 49 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 73.

En primer lugar, se observó que el trastorno mixto de ansiedad y depresión se presenta con alta frecuencia en la población estudiada, particularmente en mujeres (70% de la muestra) y en individuos en edad productiva (media de edad de 34.5 años), lo que confirma su relevancia como problema de salud pública en el primer nivel de atención.

Dentro de los factores de riesgo, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas con variables como el estado nutricional (particularmente obesidad), menor nivel educativo, presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, mayor tiempo de evolución de estas enfermedades, alteraciones del sueño y la ausencia de una alimentación balanceada. Estos hallazgos sugieren que los factores biológicos, sociales y conductuales interactúan de manera importante en la presencia del trastorno.

En cuanto a los factores protectores, se evidenció que condiciones como la alimentación balanceada (OR para protección en quienes la practican), el apoyo social percibido (proveniente de amigos, familiares y personas significativas) y la resiliencia (particularmente en niveles muy altos y altos) pueden desempeñar un papel importante en la disminución de la probabilidad de presentar el trastorno. Las personas con resiliencia muy alta presentaron solo 22.7% de casos, mientras que aquellas con resiliencia baja presentaron 88.9% de casos, lo que evidencia una clara tendencia protectora.

Asimismo, el análisis bivariado y multivariado permitió identificar que la interacción entre múltiples factores incrementa la probabilidad de presentar el trastorno, lo que respalda el carácter multifactorial de los trastornos de ansiedad y depresión, consistente con lo descrito en la literatura.

Desde el punto de vista clínico, los resultados enfatizan la necesidad de un enfoque integral en la atención primaria, que no solo considere el diagnóstico y tratamiento, sino también la identificación temprana de factores de riesgo modificables (como alimentación inadecuada, sedentarismo, obesidad y alteraciones del sueño) y el fortalecimiento de factores protectores (como el apoyo social, la resiliencia y la alimentación balanceada). El médico familiar, como responsable de la atención integral del paciente, debe considerar la evaluación sistemática de estos factores en la consulta diaria.

Sin embargo, debido al diseño transversal del estudio, no es posible establecer relaciones de causalidad, sino únicamente asociaciones entre las variables estudiadas. Se requieren estudios longitudinales que permitan confirmar la dirección de la asociación y evaluar el impacto de intervenciones sobre factores de riesgo y protectores en la prevención y manejo del trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Finalmente, los hallazgos de esta investigación aportan evidencia útil para el diseño de estrategias de prevención y promoción de la salud mental en el primer nivel de atención, orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la carga de enfermedad asociada al trastorno mixto de ansiedad y depresión. Quedan abiertas líneas de investigación futuras que permitan explorar estas relaciones con diseños longitudinales y evaluar la efectividad de intervenciones específicas dirigidas a los factores modificables identificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcocer Varela, J., Manuel Quijada Gaytán, J., Evalinda Barrón Velázquez Directora General José Javier Mendoza Velásquez Director General, D., Josefina Alejandra Rubio Patiño, M., & Beatriz Paulina Vázquez Jaime Directora de Coordinación Vinculación Mtra Gema Elena Rodríguez García, D. (2024). Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf

American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. *Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM-5®*. https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425657

Bolton, D., & Bhugra, D. (2021). Changes in society and young people's mental health1. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, *33*(1–2), 154–161. https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1753968

Castro, A., Gili, M., Visser, M., Penninx, B. W. J. H., Brouwer, I. A., Montaño, J. J., Pérez-Ara, M. Á., García-Toro, M., Watkins, E., Owens, M., Hegerl, U., Kohls, E., Bot, M., & Roca, M. (2023). Soft Drinks and Symptoms of Depression and Anxiety in Overweight Subjects: A Longitudinal Analysis of an European Cohort. *Nutrients*, *15*(18). https://doi.org/10.3390/NU15183865

Clemente-Suárez, V. J. (2020). Multidisciplinary intervention in the treatment of mixed anxiety and depression disorder. *Physiology and Behavior*, *219*. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112858

Dabravolskaj, J., Patte, K. A., Yamamoto, S., Leatherdale, S. T., Veugelers, P. J., & Maximova, K. (2025). Association Between Diet and Mental Health Outcomes in a Sample of 13,887 Adolescents in Canada. *Preventing Chronic Disease*, *21*. https://doi.org/10.5888/PCD21.240187

Doran, C. M., & Kinchin, I. (2020). Economics of Mental Health: Providing a Platform for Efficient Mental Health Policy. *Applied Health Economics and Health Policy 2020 18:2*, *18*(2), 143–145. https://doi.org/10.1007/S40258-020-00569-6

Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, *19*(1), 3–13. https://doi.org/10.1093/NTR/NTW140

Gil Hernández, Y., Elena, M., Acosta, H., Hernández Barba, C., Adelina, K., & Montelongo, Q. (2019). Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez laboral por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, *20*(2), 52–56.

ICD-11. (2024). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#314468192

Iglesias García, C., López García, P., Ayuso Mateos, J. L., García, J. Á., & Bobes, J. (2021). Detección de ansiedad y depresión en Atención Primaria: utilidad de 2 escalas breves adaptadas a los nuevos

criterios CIE-11-AP. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *14*(4), 196–201. https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2019.12.001

INCyTU. (2018, January). Salud mental en México. *Nota INCYTU*, *007*. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

INEGI. (2026, February 25). *Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR)*. https://www.inegi.org.mx/programas/edr/

Kupcova, I., Danisovic, L., Grgac, I., & Harsanyi, S. (2022). Anxiety and Depression: What Do We Know of Neuropeptides? *Behavioral Sciences 2022, Vol. 12, Page 262*, *12*(8), 262. https://doi.org/10.3390/BS12080262

Lee, J. Y., Patel, M., & Scior, K. (2023). Self-esteem and its relationship with depression and anxiety in adults with intellectual disabilities: a systematic literature review. *Journal of Intellectual Disability Research : JIDR*, *67*(6), 499–518. https://doi.org/10.1111/JIR.13025

Marques, T. P. (2024). The "social" in psychiatry and mental health: quantification, mental illness and society in international scientific networks (1920s-1950s). *History of Psychiatry*, *35*(1), 85–102. https://doi.org/10.1177/0957154X231210924

McKinley, C. E., Boel-Studt, S., Renner, L. M., & Figley, C. R. (2020). Risk and Protective Factors for Symptoms of Depression and Anxiety Among American Indians: Understanding the Roles of Resilience and Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. https://doi.org/10.1037/TRA0000950

Mecha, P., Martin-Romero, N., & Sanchez-Lopez, A. (2023). Associations between Social Support Dimensions and Resilience Factors and Pathways of Influence in Depression and Anxiety Rates in Young Adults. *The Spanish Journal of Psychology*, *26*(2), e11. https://doi.org/10.1017/SJP.2023.11

Mulder, R., Bassett, D., Morris, G., Hamilton, A., Baune, B. T., Boyce, P., Hopwood, M., Parker, G., Porter, R., Singh, A. B., Das, P., Outhred, T., & Malhi, G. S. (2019). Trying to describe mixed anxiety and depression: Have we lost our way? *Depression and Anxiety*, *36*(12), 1122–1124. https://doi.org/10.1002/DA.22961

Palacios-Jiménez, N. M., Duque-Molina, C., Alarcón-López, A., González-Mota, S. B., Miranda-García, M., Paredes-Cruz, F., Valle-Arteaga, E. I., & Reyna-Sevilla, A. (2022). Salud mental: relevancia del problema, estrategias y retos que afrontar en el IMSS. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, *60*(Supl 2), S150-9. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4987

Pijnenburg, L. J., Velikonja, T., Pietrzak, R. H., DePierro, J., de Haan, L., Todd, A. C., Dasaro, C. R., Feder, A., & Velthorst, E. (2023). Perceived social support and longitudinal trajectories of depression and anxiety in World Trade Center responders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2023 59:8*, *59*(8), 1413–1424. https://doi.org/10.1007/S00127-023-02569-Y

González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2014). Propiedades Psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una Muestra de Estudiantes. *Acta de Investigación Psicológica*, *4*(2), 1469–1480. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322014000200002&script=sci_abstract&tlng=es

Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7001. https://doi.org/10.3390/IJERPH17197001

Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Bustos, C., Inostroza, C., & Castillo-Carreño, A. (2023). Life satisfaction, positive affect, depression and anxiety symptoms, and their relationship with sociodemographic, psychosocial, and clinical variables in a general elderly population sample from Chile. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1203590. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1203590/TEXT

Sánchez Hernández, M. O., Carrasco, M. A., & Holgado-Tello, F. P. (2023). Anxiety and Depression Symptoms in Spanish Children and Adolescents: An Exploration of Comorbidity from the Network Perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, *54*(3), 736–749. https://doi.org/10.1007/S10578-021-01286-4

Shevlin, M., Hyland, P., Nolan, E., Owczarek, M., Ben-Ezra, M., & Karatzias, T. (2022). ICD-11 “mixed depressive and anxiety disorder” is clinical rather than sub-clinical and more common than anxiety

and depression in the general population. *The British Journal of Clinical Psychology*, *61*(1), 18–36. https://doi.org/10.1111/BJC.12321

To, Q. G., Vandelanotte, C., Cope, K., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., Fenning, A. S., & Stanton, R. (2022). The association of resilience with depression, anxiety, stress and physical activity during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, *22*(1), 491. https://doi.org/10.1186/S12889-022-12911-9

Tunac, J. V, Racquel, ;, Vasquez, J. A., Ruth, M., & Echavez, A. (2025). *Depression and Anxiety Among Hypertensive Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *63*(1).

WHO. (2022). Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030. World Health Organization.