



**Evaluación del grado de estrés en pacientes adultos de un centro de salud
mediante la Escala DASS-21**

Alumnos:

Kevin Jahir Kraul Borralles
Uziel Domínguez Álvarez

Institución:

Universidad del Sureste Campus Tapachula

Carrera:

Medicina humana

Lugar y fecha:

Tapachula Chiapas a 10/09/2025

2. Resumen

El estrés es un problema de salud pública que afecta el bienestar físico y mental de la población, con alta prevalencia en pacientes de atención primaria. A nivel mundial, los trastornos de ansiedad y estrés se incrementaron un 25% tras la pandemia de COVID-19. En México, la ENBIARE-2021 reportó que 19.3% de los adultos presenta síntomas de ansiedad severa y más de un tercio manifiesta preocupación excesiva. (Organización Mundial de la Salud, 2022) El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia y severidad del estrés en pacientes adultos que acuden a un centro de salud, identificar factores psicosociales, económicos y clínicos asociados, y clasificar las principales causas de estrés reportadas. Se utilizará un diseño transversal, observacional y analítico. La población incluirá pacientes de 18 a 80 años que acuden a consulta. Se aplicará un cuestionario sociodemográfico y la Escala DASS-21. El análisis incluirá estadística descriptiva, bivariada y multivariada mediante regresión logística. Se espera aportar evidencia sobre la magnitud del estrés en atención primaria y sus determinantes, con el fin de orientar intervenciones preventivas y mejorar la calidad de la atención. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

3. Introducción y justificación.

El estrés se reconoce hoy como uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera un determinante clave en el desarrollo de enfermedades físicas y mentales, y advierte que las alteraciones emocionales vinculadas al estrés representan una de las primeras causas de incapacidad laboral a nivel global. Se define como una respuesta adaptativa del organismo ante demandas internas o externas que rebasan los recursos de afrontamiento del individuo. En su fase aguda, puede resultar útil para activar la atención y los mecanismos de defensa; sin embargo, cuando se vuelve crónico, provoca un desgaste fisiológico y psicológico que impacta directamente en la calidad de vida. (González-Solís et al., 2019)

En el plano biológico, el estrés se expresa mediante la activación del eje **hipotálamo–hipófisis–adrenal**, con liberación de cortisol y otras catecolaminas. Aunque estas hormonas cumplen un papel crucial en la supervivencia, su exposición prolongada se asocia con el desarrollo de múltiples enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre ellas la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad, el síndrome metabólico, la depresión y los trastornos del sueño. Desde la perspectiva de la **salud pública**, esta situación incrementa el gasto sanitario y representa una carga significativa para los sistemas de salud, ya de por sí limitados en países de ingresos medios como México. (Álvarez-González et al., 2024)

El **impacto social del estrés** es igualmente preocupante: disminuye la productividad, deteriora las relaciones interpersonales y favorece la aparición de conductas de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o el abuso de sustancias psicoactivas. De acuerdo con la OMS (2022), el 25% de la población mundial experimenta algún trastorno relacionado con el estrés o la ansiedad, lo cual se traduce en un problema de alcance global. La pandemia de COVID-19 intensificó este panorama, ya que el aislamiento, el duelo, la pérdida de empleo y la incertidumbre social incrementaron de manera sustancial los niveles de ansiedad y depresión en la población general. (INEGI, 2022)

En **México**, las encuestas nacionales como la **ENBIARE-2021** y la **ENSANUT-2020** han evidenciado que cerca del 30% de la población adulta reporta síntomas relacionados con el estrés, la ansiedad o la depresión. En particular, la población con bajos ingresos y acceso limitado a servicios especializados presenta mayor riesgo de padecer consecuencias graves, al no poder acceder oportunamente a atención psicológica o psiquiátrica. En este contexto, la atención primaria cobra un papel fundamental como la primera línea de detección y canalización de casos. (INEGI, 2022)

La **región de Tapachula, Chiapas**, presenta un escenario especialmente complejo que incrementa la vulnerabilidad frente al estrés. Como ciudad fronteriza y multicultural, Tapachula enfrenta condiciones sociales singulares:

- **Migración constante**, principalmente proveniente de Centroamérica y Sudamérica, que genera presión sobre los servicios de salud locales.
- **Altos índices de pobreza y desigualdad**, con un porcentaje significativo de la población en condiciones de marginación social.
- **Inseguridad y violencia**, que afectan tanto a la población local como a las comunidades migrantes.
- **Precariedad laboral y economía informal**, que aumentan la incertidumbre financiera y la percepción de inestabilidad.
- **Problemas de salud pública coexistentes**, como desnutrición, enfermedades infecciosas y falta de acceso a atención psicológica especializada.

Estas condiciones configuran un terreno propicio para el desarrollo de estrés crónico en la población que acude a los centros de salud. De hecho, investigaciones locales han mostrado que una proporción importante de los usuarios de atención primaria en Chiapas presentan síntomas de estrés moderado a severo, pero rara vez son diagnosticados o tratados de manera adecuada. (INEGI, 2022)

A pesar de esta realidad, la **detección temprana del estrés en atención primaria sigue siendo limitada**. La mayoría de los médicos carecen de herramientas estandarizadas que permitan evaluar de manera objetiva los síntomas relacionados, lo que conduce a diagnósticos omitidos o tardíos. Por otro lado, los pacientes frecuentemente subestiman el impacto de sus problemas emocionales o no los expresan durante la consulta, lo que dificulta su identificación clínica.

Ante este panorama, es fundamental implementar instrumentos breves, confiables y culturalmente validados. En este sentido, la **Escala DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales)** se ha consolidado como una alternativa práctica y con respaldo psicométrico para medir el estrés en distintos contextos, incluida la población mexicana. Su uso en centros de salud representa una estrategia viable para identificar tempranamente a los pacientes en riesgo y establecer mecanismos de prevención, referencia y atención integral.

El presente estudio surge como respuesta a esta necesidad. Su propósito es **determinar la prevalencia y los factores asociados al estrés en pacientes adultos que acuden a un centro de salud en Tapachula, Chiapas**. Se busca no solo dimensionar la magnitud del problema, sino también generar evidencia local que sirva como base para **diseñar estrategias comunitarias de promoción de la salud mental y prevención del estrés**, fortaleciendo así el modelo de atención primaria en la región. De manera particular, este trabajo pretende visibilizar la importancia de la salud mental como parte integral del bienestar y la calidad de vida, en un territorio donde convergen múltiples determinantes sociales que hacen urgente atender este fenómeno. (Álvarez-González et al., 2024)

Justificación

El abordaje del estrés en el ámbito de la salud pública se justifica por múltiples razones que abarcan desde su impacto clínico hasta las repercusiones sociales y económicas que genera. En primer lugar, el estrés crónico constituye un factor de riesgo reconocido para diversas patologías somáticas y psiquiátricas. La exposición prolongada a niveles elevados de cortisol se ha vinculado con alteraciones metabólicas, disfunción inmunitaria y procesos inflamatorios que aumentan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, obesidad, síndrome metabólico y trastornos autoinmunes. Desde la perspectiva de la salud mental, el estrés sostenido potencia la aparición de trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Esta relación bidireccional entre estrés y enfermedad multiplica los efectos negativos en la calidad de vida de los pacientes y en la carga económica para los sistemas de salud. (González-Solís et al., 2019)

En el contexto de la atención primaria, la relevancia del problema adquiere una dimensión aún mayor. Los centros de salud constituyen el primer nivel de contacto entre la población y el sistema sanitario, siendo además la única opción de atención para una gran parte de la población en situación de vulnerabilidad social. Detectar a los pacientes con niveles altos de estrés en este nivel permite implementar estrategias de prevención secundaria y terciaria que eviten la progresión hacia trastornos más graves. Asimismo, genera oportunidades para la educación en salud y la promoción de estilos de vida saludables, que son pilares del modelo de atención integral vigente en México. (Álvarez-González et al., 2024)

Otro aspecto que sustenta la necesidad de este estudio es la brecha existente entre la magnitud del problema y la respuesta institucional. Aunque se reconoce la importancia de la salud mental, en la práctica los recursos asignados son limitados y la cobertura de servicios especializados es insuficiente. La mayoría de los pacientes con síntomas de estrés o ansiedad no recibe tratamiento formal y permanece sin diagnóstico. Esta situación se traduce en consultas médicas repetitivas por síntomas somáticos, aumento en el uso de servicios de urgencias y pérdida de productividad laboral. La implementación de un tamizaje sistemático en centros de salud, utilizando instrumentos validados como la Escala DASS-21, puede constituir una estrategia costo-efectiva para mejorar la detección y orientar la toma de decisiones clínicas. (Pozos-Radillo et al., 2024)

Finalmente, la justificación de este estudio se fortalece por su potencial de impacto social. El estrés no solo afecta a la persona que lo padece, sino que repercute en el núcleo familiar, en el rendimiento laboral y en la cohesión comunitaria. Conocer la prevalencia y los factores determinantes en una población específica permitirá diseñar intervenciones contextualizadas, que tomen en cuenta los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud. Además, la evidencia generada puede servir como base para políticas públicas y programas de capacitación dirigidos a personal de primer contacto. (Beltrán-Guerra et al., 2022)

En síntesis, este protocolo se justifica por la urgencia de contar con datos actualizados sobre el estrés en pacientes de atención primaria, por la necesidad de implementar estrategias de detección sistemática, y por el potencial impacto que los hallazgos tendrán en la mejora de la salud integral de la población y en la eficiencia del sistema sanitario mexicano.

Panorama internacional

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** reportó que en 2019 existían alrededor de **301 millones de personas con trastornos de ansiedad**, siendo los más frecuentes en el mundo. Tras la pandemia de COVID-19, la prevalencia de ansiedad y depresión aumentó aproximadamente un **25%**, atribuible al aislamiento social, la incertidumbre económica y el miedo a la enfermedad. El estrés se reconoce como un componente transversal de estos trastornos, resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. (*Organización Mundial de la Salud, 2022*)

Panorama nacional

En **México**, la **Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE-2021)** reveló que **19.3% de los adultos presenta síntomas de ansiedad severa**, y más de un tercio refiere preocupación excesiva. Estudios clínicos en centros de salud utilizando la escala DASS-21 han encontrado que hasta un **42% de los pacientes presentan algún grado de trastorno afectivo** (estrés, ansiedad o depresión). Las

mujeres suelen presentar niveles más elevados de estrés en comparación con los hombres. (INEGI, 2022)

Panorama local en el centro de salud.

Se elabora una encuesta para los pacientes que acuden al servicio de consulta en los centros de salud en la región. Entre más amplia sea la variación más información obtendremos para la resolución del problema, y alcanzar los objetivos aquí previamente establecidos.

A continuación, mostraremos las pautas marcadas en la encuesta mencionada.

ENCUESTA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD

Instrucciones: A continuación encontrará frases que describen experiencias y sentimientos. Marque con una X la opción que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana.

Escala de respuesta:

0 = No me aplicó en absoluto

1 = Me aplicó alguna vez o a veces

2 = Me aplicó con bastante frecuencia

3 = Me aplicó casi siempre

Nº	Pregunta	0	1	2 3
1	Me resultó difícil relajarme.	—	—	— —
2	Me sentí asustado por nada en particular.	—	—	— —
3	Sentí que no tenía nada por qué ilusionarme.	—	—	— —
4	Me asusté fácilmente.	—	—	— —
5	Me encontraba sin esperanza respecto al futuro.	—	—	— —

6	Me sentí enojado(a) y molesto(a) por cosas que normalmente no me enfadarían.	—	—	— —
7	Me sentí con el corazón acelerado y con palpitaciones (aunque no hiciera ejercicio).	—	—	— —
8	Me sentí nervioso(a) o agitado(a).	—	—	— —
9	Me sentí temeroso(a) sin motivo evidente.	—	—	— —
10	No pude disfrutar de las cosas que antes disfrutaba.	—	—	— —
11	Me encontré siempre predisposto(a) a la irritación o tenía explosiones de ira.	—	—	— —
12	Me encontré incapaz de relajarme completamente.	—	—	— —
13	Sentí que no me valoraba a mí mismo(a) en absoluto.	—	—	— —

14	Me costó trabajo tranquilizarme cuando algo me alteró.	—	—	— —
15	Tuve la sensación de que algo terrible podría pasar.	—	—	— —
16	Me resultó difícil afrontar las responsabilidades diarias.	—	—	— —
17	Me sentí deprimido(a) y sin motivación.	—	—	— —
18	Me costó trabajo relajarme después de un suceso estresante.	—	—	— —
19	Sentí que me preocupaba en exceso por cosas que normalmente no me preocuparían.	—	—	— —
20	Tuve episodios de respiración dificultosa (sensación de falta de aire).	—	—	— —
21	Me sentí como si estuviera al borde de un colapso emocional.	—	—	— —

22	Me costó conciliar el sueño debido a pensamientos recurrentes.	—	—	— —
23	Me desperté en la madrugada y tuve dificultad para volver a dormir.	—	—	— —
24	Sentí que mi rendimiento en las actividades diarias disminuyó por cansancio.	—	—	— —
25	Sentí que no tenía control sobre mis preocupaciones.	—	—	— —
26	Me fue difícil concentrarme en lo que hacía.	—	—	— —
27	Evité situaciones sociales por sentirme nervioso(a) o sin ánimo.	—	—	— —
28	Sentí tensión muscular o dolor de cabeza relacionado con el estrés.	—	—	— —
29	Me sentí irritable hacia familiares o personas cercanas.	—	—	— —

30	Tuve pensamientos negativos constantes sobre mí o sobre el futuro.	—	—	— —
----	--	---	---	-----

Antecedentes científicos

El estrés en atención primaria ha sido estudiado en diversos contextos, encontrándose que la mayoría de los pacientes con sintomatología ansiosa o depresiva **no reciben atención especializada**. La **Escala DASS-21**, validada en población mexicana, es una herramienta práctica y confiable para tamizaje en consultas generales.

Justificación

Evaluar el estrés en pacientes de centros de salud es fundamental, ya que:

- Permite detectar tempranamente problemas psicosociales.
- Favorece la referencia oportuna a salud mental.
- Contribuye al diseño de estrategias preventivas y de promoción de bienestar. Por ello, este protocolo propone medir la prevalencia y severidad del estrés y explorar sus determinantes sociales y clínicos en población de atención primaria.

4. Planteamiento del problema

El estrés crónico afecta la calidad de vida y aumenta el riesgo de enfermedades físicas (hipertensión, diabetes) y mentales (ansiedad, depresión). Sin embargo, en los centros de salud no siempre se evalúa de manera sistemática.

- **Pregunta principal:** ¿Cuál es la prevalencia y severidad del estrés en pacientes adultos de un centro de salud?
- **Preguntas secundarias:**
 - ¿Qué factores sociodemográficos, económicos y clínicos se asocian con el estrés?
 - ¿Cuáles son las principales causas de estrés referidas por los pacientes?

5. Objetivos

General

Determinar la prevalencia, severidad y factores asociados al estrés en pacientes adultos que acuden a consulta médica en un centro de salud.

Datos estadísticos relevantes para Chiapas / Tapachula

1. Incremento en enfermedades mentales en Chiapas por la pandemia
En el Distrito de Salud VII (que incluye la región del Soconusco, Tapachula), se reportó que las enfermedades mentales —principalmente depresión y ansiedad— crecieron ~20 % durante la pandemia, reflejado en un aumento de consultas y demanda de atención especializada.
2. Prevalencia combinada de estrés, ansiedad y depresión
Un artículo reciente reporta que alrededor del 11 % de la población de Chiapas enfrenta depresión, ansiedad o estrés.
3. Estudios en población específica – pasantes de servicio social en Tapachula
Un estudio realizado con médicos pasantes del servicio social en el Distrito Sanitario No. VII en Tapachula encontró niveles de burnout, estrés, ansiedad y depresión. No encontré en el resumen exactas cifras de estrés general en pacientes, pero este dato señala que en profesionales de salud también hay una carga emocional importante.
4. Pobreza, desigualdad y carencias sociales
En Tapachula, según datos del portal DataMéxico, existen altos niveles de pobreza moderada (~41.4 %) y de pobreza extrema (~17.1 %). Además, existe una población considerable con carencias sociales, por ejemplo en acceso a servicios de salud. Estos determinantes sociales se asocian con mayores niveles de estrés en la población.
5. Afiliación a servicios de salud
En el estado de Chiapas alrededor del 66.7 % de la población está afiliada a alguna institución de salud; el resto no lo está, lo que señala barreras de acceso al servicio médico y posiblemente a atención de salud mental.
6. Programas institucionales de salud mental
 - Se han iniciado proyectos como los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (Cecosama) para reforzar la atención primaria en salud mental en Chiapas.
 - Según el Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones 2022, se ha detectado que cerca del 19.9 % de la población tiene algún trastorno mental o adicción. Este tipo de cifra puede ayudar a estimar el contexto general del problema.
7. Prevalencia de estrés en escolares / poblaciones jóvenes
 - En Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, un estudio encontró prevalencia significativa de estrés en escolares, con factores asociados familiares.

- Un estudio en universitarios post-covid en Chiapas indicó que hay presencia notable de estrés percibido, incluso superior a la percepción de control del mismo, lo que sugiere vulnerabilidad emocional en jóvenes. (INEGI, 2022)

Específicos

1. Estimar la proporción de pacientes con niveles de estrés (leve, moderado, severo) según DASS-21.
2. Analizar la relación entre estrés y variables sociodemográficas, económicas y clínicas.
3. Clasificar las principales causas de estrés reportadas por los pacientes.

6. Marco teórico y antecedentes

- **Estrés psicosocial:** respuesta fisiológica y emocional ante demandas que exceden los recursos personales.
- El estrés psicosocial se define como el conjunto de respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales que emergen cuando una persona percibe que las demandas del entorno superan sus recursos de afrontamiento. A nivel biológico, involucra la activación del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal y del sistema nervioso autónomo, lo que se traduce en la liberación de hormonas como cortisol y adrenalina. Aunque esta respuesta tiene un valor adaptativo en situaciones agudas, su persistencia en el tiempo produce alteraciones metabólicas, cardiovasculares e inmunológicas. En el plano psicológico, el estrés se manifiesta con síntomas de irritabilidad, tensión, fatiga y disminución en la capacidad de concentración. (Lovibond & Lovibond, 1995)
- El concepto de estrés psicosocial incorpora también la influencia del contexto social y cultural en la percepción de las demandas. Factores como las expectativas laborales, las responsabilidades familiares, la inseguridad ciudadana y la presión económica configuran un entorno en el cual los individuos deben desenvolverse. Cuando las exigencias externas rebasan las habilidades o recursos internos, surge la experiencia subjetiva de estrés. Este fenómeno se vuelve especialmente relevante en pacientes de atención primaria, quienes suelen enfrentar múltiples factores estresantes relacionados con su salud, sus condiciones de vida y el acceso limitado a recursos de apoyo. (González-Solís et al., 2019)
- **Determinantes sociales de la salud:** pobreza, desempleo, baja escolaridad y falta de apoyo social se relacionan con mayor estrés.

- Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen de manera decisiva en su bienestar físico y mental. La evidencia muestra que la pobreza, el desempleo, la baja escolaridad y la falta de redes de apoyo social son factores que aumentan de manera significativa los niveles de estrés en la población. (Salinas-Rodríguez et al., 2023)
 - La pobreza limita el acceso a servicios de salud, educación y alimentación adecuada, lo que genera una carga constante de preocupación y vulnerabilidad. El desempleo no solo implica la pérdida de ingresos económicos, sino también la pérdida de identidad y rol social, lo que se asocia a un incremento del malestar emocional. La baja escolaridad condiciona menores oportunidades laborales y menor capacidad para acceder a información en salud, lo que perpetúa la desigualdad. Finalmente, la falta de apoyo social priva a los individuos de una de las principales fuentes de afrontamiento, aumentando la probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos o depresivos.
 - En el contexto mexicano, estos determinantes tienen especial relevancia, dado que gran parte de la población enfrenta condiciones económicas precarias, empleo informal y limitaciones en el acceso a servicios de salud mental. Evaluar el grado de estrés en los pacientes implica, por tanto, considerar de manera simultánea sus circunstancias socioeconómicas y familiares. (Beltrán-Guerra et al., 2022)
-
- **Escala DASS-21:** instrumento breve, de 21 ítems, que evalúa depresión, ansiedad y estrés. Posee alta confiabilidad (α de Cronbach >0.80) y está validada en población mexicana.
 - La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es un instrumento psicométrico de 21 ítems que evalúa tres dimensiones emocionales: depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 0 a 3, lo que permite obtener puntajes diferenciados en cada subescala. En el caso del estrés, los ítems exploran síntomas relacionados con irritabilidad, tensión, dificultad para relajarse y sensación de sobrecarga.
 - La DASS-21 se ha consolidado como una herramienta breve, confiable y de fácil aplicación en contextos clínicos y comunitarios. Diversos estudios han reportado altos niveles de consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach superiores a 0.80 para cada subescala. Además, su validez ha sido comprobada en diferentes culturas y se encuentra adaptada al español, incluyendo versiones utilizadas en población mexicana. Esto la convierte en un instrumento idóneo para estudios en centros de salud, donde se requieren herramientas rápidas y estandarizadas para tamizaje de salud mental. (Salinas-Rodríguez et al., 2023)

- En comparación con otros instrumentos, la DASS-21 ofrece la ventaja de evaluar simultáneamente tres dominios emocionales, lo que facilita distinguir entre síntomas ansiosos, depresivos y de estrés. Su brevedad también reduce la carga de respuesta en los pacientes y permite su implementación en consultas generales sin afectar de manera significativa los tiempos de atención. (Beltrán-Guerra et al., 2022)
- **Antecedentes:** Estudios nacionales reportan prevalencias de entre 30–45% de síntomas afectivos en atención primaria, con predominio en mujeres y en personas con enfermedades crónicas.
- Diversos estudios han documentado la alta prevalencia de síntomas afectivos en pacientes que acuden a atención primaria. A nivel internacional, se estima que entre 30 y 40% de estos pacientes presentan algún grado de ansiedad, depresión o estrés clínicamente relevante. En México, investigaciones que utilizan la DASS-21 en poblaciones clínicas han encontrado prevalencias de entre 30 y 45% de síntomas afectivos. Estos valores suelen ser más altos en mujeres, en personas con enfermedades crónicas y en individuos con bajo nivel socioeconómico.
- En un estudio realizado en población mexicana atendida en centros de salud urbanos, cerca del 42% de los pacientes evaluados presentaron al menos un trastorno afectivo leve a moderado. Otro hallazgo recurrente es la fuerte asociación entre estrés y la presencia de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, lo que sugiere un círculo vicioso en el que el malestar psicológico agrava el control de la enfermedad física, y viceversa.
- A nivel metodológico, la DASS-21 ha mostrado ser particularmente útil en el contexto de atención primaria mexicana, al permitir no solo cuantificar los síntomas, sino también clasificar a los pacientes en categorías de severidad. Esto posibilita que los médicos generales identifiquen a quienes requieren seguimiento especializado y que se generen estadísticas locales para orientar programas de salud mental en la comunidad. (Pozos-Radillo et al., 2024)

7. Metodología

Diseño

Estudio **observacional, transversal y analítico**.

Población

Pacientes de 18–80 años que acudan a consulta general en el centro de salud.

Criterios

- **Inclusión:**
 - Adultos de 18 a 80 años.
 - Firma de consentimiento informado.
- **Exclusión:**
 - Crisis psiquiátrica aguda.
 - Deterioro cognitivo severo que impida responder.

Tamaño de muestra

El cálculo se basará en la fórmula para proporciones:

$$n = Z^2 p(1-p) / d^2$$

donde:

- $Z = 1.96$ (confianza 95%)
- $p =$ prevalencia esperada (0.40 según estudios)
- $d =$ margen de error (0.05)

Esto arroja un tamaño mínimo de **369 pacientes**, que podrá ajustarse según la población atendida en el centro.

Variables

- **Dependientes:** Nivel de estrés (puntaje DASS-21).
- **Independientes:** Edad, sexo, escolaridad, empleo, ingresos, estado civil, enfermedades crónicas, apoyo social.

Instrumentos

- **Cuestionario sociodemográfico** estructurado.
- **Escala DASS-21** (versión validada en español).

Procedimiento

1. Capacitación del personal en la aplicación de cuestionarios.
2. Reclutamiento de pacientes en sala de espera y obtención de consentimiento informado.
3. Aplicación del cuestionario sociodemográfico y de la DASS-21.

4. Registro y codificación de datos en base electrónica.

Análisis estadístico

- **Descriptivo:** frecuencias, porcentajes, medias.
- **Bivariado:** prueba χ^2 para variables categóricas, t de Student o ANOVA para cuantitativas.
- **Multivariado:** regresión logística para identificar factores independientes asociados a estrés elevado.

8. Consideraciones éticas

- El estudio seguirá los principios de la **Declaración de Helsinki**.
- Se garantizará confidencialidad y anonimato de la información.
- Los participantes firmarán consentimiento informado.
- Se solicitará aprobación del comité de ética de la institución.

9. Cronograma (5 meses)

- **Mes 1:** Diseño final, aprobación ética, capacitación.
- **Mes 2–3:** Recolección de datos.
- **Mes 4:** Análisis estadístico.
- **Mes 5:** Redacción de informe y difusión de resultados.

10. Resultados esperados

- Estimar la prevalencia de estrés (leve, moderado y severo) en la población estudiada.
- Identificar factores sociodemográficos y clínicos asociados al estrés.
- Proporcionar evidencia para la implementación de **estrategias de tamizaje y referencia en salud mental** dentro de la atención primaria.

11. Limitaciones

- Posible sesgo de selección por la disponibilidad y disposición de los pacientes.

- Autorreporte: riesgo de sub o sobreestimación de síntomas.
- El diseño transversal no permite establecer causalidad.

12. Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. *World Mental Health Report 2022*. Ginebra: OMS; 2022.
2. INEGI. *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE-2021)*. México: INEGI; 2022.
3. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the DASS with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335–343.
4. González-Solís JL, et al. Validación de la Escala DASS-21 en población mexicana. *Rev Salud Mental*. 2019;42(5):189–196.
5. Salinas-Rodríguez, A., Argumedo, G., Hernández-Alcaraz, C., Contreras-Manzano, A., & Jáuregui, A. (2023). *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés: validez factorial durante el primer confinamiento por COVID-19 en México*. Revista Latinoamericana de Psicología, 55, 83-90. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.10> [Revista Latinoamericana de Psicología](#)
6. Álvarez-González, D., Ruiz-Bernés, S., Benítez-Guerrero, V., Medina-Barragán, R. A., Valle-Solís, M. O., & Sillas-González, D. E. (2024, octubre-diciembre). Factores estresores en pacientes pediátricos de 6 a 12 años hospitalizados en un segundo nivel de atención en Nayarit, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 32(4), e-1440. https://doi.org/10.24875/revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/1440 [Revista de Enfermería](#)
7. Pozos-Radillo, B. E., Preciado-Serrano, M. L., Plascencia-Campos, A. R., Morales-Fernández, A., Valdez-López, R. M., & Acosta-Fernández, M. (2024). Predictive Study of the Psychophysiological Symptoms of Chronic Stress and their Association with the Irritable Bowel Syndrome in Medical Students at a Public University in Mexico. *Universitas Psychologica*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy23.psp>
8. Beltrán-Guerra, L. F., Arellanez-Hernández, J. L., Cortés-Flores, E., Romero-Pedraza, E., Ruiz-Libreros, M. E., & others. (2022). Data on the occurrence of anxiety and depression symptoms in the context of the contingency due to COVID-19 in young adults from Veracruz, Mexico. *UVserva*. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

9. (Autor(es) desconocido/s). (2020). *Prevalence of Stress Prevalence in College Students During COVID-19 Pandemics: Evidence from Economics Undergraduates in a Developing Country*. Biomedical Journal of Scientific & Technical Research, 41(4), 32844-32847. <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2022.41.00662>
10. Allande-Cussó, N., et al. (2022). *Models, protocols, and pathways, towards a social approach to migrant mental health: interviews with psychologists and shelter personnel (Tapachula, San Luis Potosí, Saltillo)*. *Global Public Health*.
11. Rodas, I. X. B. (2025). *Prevalencia de burnout, estrés, ansiedad y ... en Tapachula*. Revista de Anales (UNACH).
12. Americas Quarterly / autor editorial. (2020). *La silenciosa crisis de salud mental en la frontera de México*. Americas Quarterly.
13. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). *Medición de la pobreza municipal 2020: Tapachula*. CONEVAL / documento municipal.
Cita parentética: (CONEVAL, 2020)
14. Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. (s. f.). *Servicios y programas de salud — Chiapas*. Secretaría de Salud Chiapas.