ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

DOI: https://doi.org/10.20453/rnp.v89i4.6792

Ansiedad, depresión y satisfacción con la vida en adultos atendidos en consulta ambulatoria de hospitales regionales del Perú

Anxiety, depression and life satisfaction in adults treated in outpatient clinics of regional hospitals in Peru

Ybeth Luna-Solis[1, 2, a], *Carlos Heber Contreras-Pizarro*[3, b], *Santiago Stucchi-Portocarrero*[1, 4, c]

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la satisfacción con la vida y los trastornos de ansiedad y depresión en adultos atendidos en la consulta ambulatoria de hospitales regionales del Perú. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, transversal y correlacional basado en fuentes secundarias. La muestra estuvo constituida por 9816 adultos que acudieron a la consulta externa de ocho hospitales regionales ubicados en la costa, sierra y selva del Perú. La presencia de ansiedad y depresión en el último año se evaluó mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), mientras que la satisfacción con la vida se midió con la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. Para el análisis se empleó la prueba de chi-cuadrado y modelos lineales generalizados ajustados por edad, sexo, nivel de instrucción, autopercepción de pobreza y el tipo de consulta ambulatoria. **Resultados:** El 4,79 % (n = 434/9692) padeció de algún trastorno de ansiedad en el último año y el 16,34 % (n = 1513/9672) tuvo depresión. La prevalencia anual de ambos fue mayor en hospitales de la costa sur (53,75 % y 50,54 %, respectivamente), en tanto que la menor prevalencia se encontró en hospitales de la selva. La mayoría de los pacientes que presentaron ansiedad o depresión en el último año estuvieron también insatisfechos con su vida (57,69 % y 67,38 %, respectivamente). El modelo lineal generalizado demostró que el antecedente de un trastorno de ansiedad incrementó en 1,55 veces la probabilidad de insatisfacción con la vida, mientras que el antecedente de depresión aumentó

Citar como:
Luna-Solis Y, Contreras-Pizarro CH, Stucchi-Portocarrero S. Ansiedad, depresión y satisfacción con la vida en adultos atendidos en consulta ambulatoria de hospitales regionales del Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2026; 89(4): 413-427. DOI: 10.20453/rnp.v89i4.6792

Recibido: 19-07-2025
Aceptado: 16-03-2026
En línea: 28-11-2026

Correspondencia:
Ybeth Luna-Solis
ybeth.luna.s@upch.edu

Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

[1] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina, Departamento de Clínicas Médicas. Lima, Perú.
[2] Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Lima, Perú.
[3] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.
[4] Hospital Víctor Larco Herrera. Lima, Perú.
[a] Maestra en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoría Médica.
[b] Médico cirujano.
[c] Magíster en Medicina.

dicha probabilidad en 2,02 veces. **Conclusión:** Entre los adultos atendidos en consulta ambulatoria de los hospitales regionales, la ansiedad y la depresión se asociaron con una mayor probabilidad de insatisfacción con la vida.

Palabras clave: depresión; ansiedad; satisfacción personal; servicio ambulatorio; Perú.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between anxiety and depression, and satisfaction with life, among adults attending outpatient clinics at regional hospitals in Peru. **Materials and methods:** A cross-sectional analytical study using secondary data from adults attending outpatient clinics at eight regional hospitals located in the coastal, Andean highland, and Amazonian regions of Peru. The presence of anxiety and depression in the past year was assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), while life satisfaction was measured using the Diener Life Satisfaction Scale. The chi-square test and generalized linear models adjusting for age, sex, level of education, self-perception of poverty, and outpatient consultation, were used for statistical analysis. **Results:** 4.79% (434/9692) had experienced an anxiety disorder in the last year; and 16.34% (1513/9672), depression. The annual prevalence of anxiety and depression was higher in hospitals on the southern coast (53.75% and 50.54%, respectively); whereas the lowest prevalence was found in hospitals in the Amazonian region, for both conditions. Most of those who presented anxiety or depression in the last year were also dissatisfied with their lives (57.69% and 67.38%, respectively). In the generalized linear model, it was found that having had an anxiety disorder in the last year increased the possibility of being dissatisfied with life by 1.55 times, and having presented depression in the last year increased the possibility by 2.02 times. **Conclusion:** Among adults seen in outpatient clinics at regional hospitals, anxiety and depression were associated with a higher likelihood of dissatisfaction with life.

Keywords: depression; anxiety; personal satisfaction; outpatients; Peru.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales pueden afectar las condiciones de vida de las personas y conllevan costos directos e indirectos (1). La atención con enfoque en el bienestar de estas personas en los servicios de salud es limitada, a pesar de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2) ha señalado que la depresión y los trastornos de ansiedad representan una importante carga de enfermedad.

La ansiedad es una respuesta emocional caracterizada por el miedo o la preocupación ante una amenaza anticipada, que suele acompañarse de manifestaciones somáticas. Por su parte, un episodio depresivo se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o por la pérdida de interés o placer en las actividades habituales durante al menos dos semanas. Ambos cuadros figuran entre los problemas más comunes de salud mental (3); al respecto, se estimó que en 2019 el 4,1 % de la población mundial presentaba algún trastorno de ansiedad, lo que equivale a 301 millones de personas (4), y el 3,8 % padecía depresión, es decir, 280 millones de personas (5).

La satisfacción con la vida se trata de un constructo multidimensional que difiere de la calidad de vida por implicar una evaluación predominantemente subjetiva (6), susceptible de influencia de factores externos como los problemas de salud mental (7). Este constructo forma parte del bienestar emocional o hedónico, caracterizado por sentimientos de felicidad, satisfacción e interés en la vida (8, 9), mientras que el bienestar eudaimónico alude al esfuerzo individual y al funcionamiento óptimo (9). En conjunto, ambas concepciones recogen aspectos de la definición de salud (9) y salud mental (10) propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Lo expuesto permite distinguir la satisfacción del funcionamiento individual y colectivo (9). Los criterios diagnósticos del DSM-5 establecen que los

síntomas de los trastornos mentales ocasionan malestar significativo en diversas áreas del funcionamiento del individuo, dimensión que, por su naturaleza, es diferente de la satisfacción con la vida. Por tal motivo, postular una relación necesaria y directa entre los trastornos mentales y una menor satisfacción con la vida desestima la multidimensionalidad de este constructo. Keyes (11) aportó a esta diferenciación al contrastar el florecimiento (caracterizado por un alto nivel de bienestar subjetivo y un funcionamiento óptimo) con la languidez (definida por bajos niveles en ambos componentes); también describió la categoría de salud mental moderada para quienes no se sitúan en ninguno de los dos extremos. Posteriormente, Keyes y Shapiro (12) identificaron niveles moderados de salud mental en un subgrupo de población estadounidense con trastornos mentales. Del mismo modo, Westerhof y Keyes (9) reportaron individuos que prosperaban (florecían) a pesar de cursar con un episodio de enfermedad mental, cuyo nivel de funcionamiento superaba al de personas con salud mental moderada. En síntesis, el modelo del estado completo de salud mental de Keyes fundamenta la existencia de un alto nivel de bienestar, aun en presencia de un trastorno mental (13).

Asimismo, la evidencia señala que los trastornos mentales y la salud mental positiva muestran patrones distintos según la edad (9). Diversas investigaciones sugieren que, en comparación con los jóvenes, los adultos de mediana edad con trastornos mentales experimentan una disminución en la frecuencia e intensidad de los síntomas; no obstante, esta mejoría clínica no se traduce necesariamente en una mejoría análoga sobre indicadores de salud mental positiva, como la satisfacción con la vida. En consonancia, Westerhof y Keyes (9) observaron en una encuesta transversal que los adultos mayores neerlandeses presentaban menores problemas de salud mental, aunque sin reportar un bienestar superior al de los adultos más jóvenes.

En una encuesta aplicada a 9649 pacientes que estuvieron hospitalizados en una clínica alemana, la satisfacción con la vida fue mayor al alta que al ingreso (14). Sin embargo, aquellos con trastornos fóbicos (comprendidos dentro de los trastornos de ansiedad) evidenciaron incrementos menores en su satisfacción vital, ubicándose incluso en niveles bajos; un patrón semejante se observó en sujetos con episodio depresivo recurrente (14). Por otra parte, en un estudio longitudinal desarrollado en 1265 participantes neozelandeses, se demostró una influencia bidireccional entre la sintomatología ansioso-depresiva y la disminución de la satisfacción con la vida, así como el rol amortiguador de la satisfacción con la vida como factor de resiliencia frente a los trastornos mentales (15).

La literatura ha examinado este fenómeno predominantemente en muestras hospitalarias o en cohortes históricas con heterogeneidad de constructos. Resultan menos frecuentes las investigaciones en el ámbito ambulatorio, donde la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión es frecuente (16). En tales contextos, el tiempo por consulta suele ser breve, de 15 a 20 minutos (17), lo que, sumado a la escasez de herramientas ágiles para la detección de ambas patologías, dificulta el diagnóstico oportuno (16). Además, la medición del bienestar en estos servicios suele restringirse a la satisfacción del usuario con el servicio recibido (18) antes que a la satisfacción con la vida, debido al empleo habitual de la primera como indicador de calidad asistencial.

El Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») (19) realizó en 2015 un estudio para estimar la frecuencia de trastornos mentales en adultos atendidos en consulta ambulatoria de ocho hospitales regionales de la costa, sierra y selva del país. Se constató que el 12,2 % de los pacientes que acudieron por motivos de salud física cumplía criterios diagnósticos para algún trastorno mental en el momento de la atención; no obstante, los médicos tratantes (no especialistas en psiquiatría) reconocieron solo el 6,1 % de tales casos, con una variación interhospitalaria de entre el 8,4 % y el 2,4 %.

Por consiguiente, esclarecer la relación entre ansiedad, depresión y satisfacción con la vida en el ámbito ambulatorio resulta relevante en varios niveles. En el plano epidemiológico, en el Perú, el volumen de atención ambulatoria supera ampliamente al hospitalario, con una proporción de 2,58 atenciones hospitalarias por cada 100 atenciones en consulta ambulatoria (20). En el plano clínico, su detección e intervención podría mejorar el curso de la enfermedad: Shimada et al. (16) advirtieron que los pacientes que experimentaban trastornos mentales con síntomas físicos tienden a atribuir su condición médica a una enfermedad orgánica, lo cual retrasa la aceptación de una patología mental y prolonga su malestar. Adicionalmente, la medición de la satisfacción con la vida durante el seguimiento facilita predecir mejor los resultados del tratamiento. En un estudio longitudinal con adultos mayores, el 40 % recibió tratamiento adecuado para un trastorno

mental común y el 55 % alcanzó la remisión durante el seguimiento; paralelamente, la instauración de una terapia pertinente incrementó de manera significativa el puntaje en la escala de satisfacción con la vida (21).

Por lo expuesto, el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre la satisfacción con la vida y los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes atendidos en consulta ambulatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población

Estudio analítico, transversal y correlacional de base secundaria, derivado del «Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales regionales 2015. Informe general» del INSM «HD-HN» (19). La población estuvo conformada por pacientes adultos de 18 años a más, atendidos en los servicios de consulta ambulatoria de hospitales ubicados en cuatro regiones geográficas: costa norte (Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes y Hospital Regional Docente de Trujillo), costa sur (Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa y Hospital Hipólito Unanue de Tacna), sierra (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay y Hospital Departamental de Huancavelica) y selva (Hospital César Garayar García de Iquitos y Hospital Regional de Pucallpa). Se excluyó a los pacientes que rechazaron participar.

La muestra del estudio primario fue de tipo compleja estratificada y conglomerada, en la que cada hospital constituyó un estrato y cada servicio de salud, un conglomerado. Asimismo, fue ponderada e independiente para cada hospital. Se consideró una población infinita y se obtuvo una muestra final de 9816 adultos; de ellos, 9692 respondieron los cuestionarios sobre síntomas de ansiedad y 9672 sobre síntomas de depresión referidos al último año. El muestreo utilizado por el estudio primario fue de tipo probabilístico, planteándose la aleatoriedad por el orden de llegada a la consulta ambulatoria.

Variables

- *Ansiedad:* Esta variable comprendió la prevalencia anual de ciertos trastornos (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y fobia social). Se evaluó mediante la versión en español de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), instrumento basado en los criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y adaptado lingüísticamente para los estudios epidemiológicos del INSM «HD-HN» (19).
- *Depresión:* Se evaluó la prevalencia anual de episodio depresivo leve, moderado y severo mediante la encuesta MINI (19).
- *Satisfacción con la vida:* Corresponde a la valoración global del bienestar subjetivo basada en el criterio particular del individuo y no en dominios específicos. Se midió mediante la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, en la versión modificada por Ly (22). El instrumento original consta de cinco categorías de respuestas que, para los fines del presente estudio, se recategorizaron en tres: >15 puntos («satisfecho» y «muy satisfecho»), 15 puntos («ni satisfecho ni insatisfecho») y <15 puntos («insatisfecho» y «muy insatisfecho»). La escala fue validada y adaptada lingüísticamente para las investigaciones epidemiológicas del INSM «HD-HN» (23-26), con una confiabilidad de 0,87 en su presentación inicial (19).
- *Características sociodemográficas*: Se evaluaron las variables de género (masculino o femenino), edad en años (18 a 24, 25 a 44, 45 a 65, 65 a más), nivel de instrucción (sin nivel de instrucción/inicial, primaria, secundaria o superior) y nivel de pobreza según la autopercepción de cobertura de necesidades básicas con ingresos familiares (pobres extremos: aquellos que no cubren necesidades básicas de alimentación; pobres básicos: quienes cubren la alimentación, pero no rubros como salud, educación o vivienda; no pobres básicos: quienes cubren sus necesidades básicas, pero no gastos de recreación o educación diferenciada; y los no pobres: quienes satisfacen sus necesidades básicas y actividades de esparcimiento) (19).

  Cabe precisar que 1517 participantes declararon como lengua materna el quechua o el aimara, en su mayoría procedentes de hospitales de la sierra (n = 1116). Dado que el estudio primario no registró el dominio de una segunda lengua (19), se desconoce la proporción de participantes monolingües. No obstante, no se excluyeron estos registros debido a que la investigación primaria compartió la metodología y técnicas de investigaciones poblacionales previas ejecutadas en Huancavelica (24) y Abancay (25).
- *Consulta ambulatoria*: Servicio de salud al que acude el paciente para recibir atención sin requerir hospitalización. Medida en escala nominal, agrupó

especialidades clínicas (cardiología, dermatología, endocrinología, enfermedades infecciosas/infectología, gastroenterología, medicina general, medicina interna, neumología, neurología y reumatología), especialidades quirúrgicas (cirugía, otorrinolaringología, traumatología, urología, ginecología y oftalmología) y los consultorios de psiquiatría y psicología (19).

Análisis de datos

El procesamiento de datos se efectuó con el módulo de muestras complejas del programa SPSS v. 21.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de ansiedad, depresión y satisfacción con la vida en función de las características sociodemográficas y del tipo de consulta ambulatoria. El análisis bivariado relacionó la presencia de depresión y ansiedad con la satisfacción con la vida mediante la prueba de chi-cuadrado, adaptada mediante el estadístico F según la correlación del diseño muestral, con un umbral de significancia de $p < 0,05$. Por último, se ajustó un modelo lineal generalizado multinomial para evaluar dicha asociación, controlando el efecto de potenciales variables confusoras (edad, sexo, nivel de instrucción, nivel de pobreza autopercibida y tipo de consultorio).

Aspectos éticos

Al tratarse de un estudio de base secundaria, el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INSM «HD-HN» emitió la constancia de exención de revisión n.° 003-2024-CIEI-INSM «HD-HN». Por su parte, el estudio primario fue aprobado mediante el Oficio n.° 023-2015-CIEI/INSM «HD-HN» por el CIEI de la misma institución. La base de datos analizada fue previamente anonimizada.

RESULTADOS

De los 9692 adultos evaluados para ansiedad, 434 (4,79 %) presentaron algún trastorno de ansiedad en el último año. Además, de las 9672 personas que respondieron sobre depresión, 1513 (16,34 %) manifestaron algún trastorno depresivo en dicho período. Las frecuencias absolutas y relativas del resto de variables sociodemográficas se detallan en la tabla 1.

De los 434 participantes con algún trastorno de ansiedad en el último año, 7 no completaron el cuestionario de satisfacción con la vida. La mayor prevalencia de personas insatisfechas correspondió a quienes recibieron atención en los servicios de psiquiatría y psicología (57,69 %). En contraste, el 49,11 % de los adultos atendidos en hospitales de la sierra y el 55,22 % de los procedentes de la selva refirieron estar satisfechos con su vida (tabla 2).

Por su parte, de las 1513 personas con algún trastorno depresivo en el último año, 9 no completaron el cuestionario de satisfacción con la vida. La mayoría de los usuarios de consulta ambulatoria reportó insatisfacción con la vida, con un predominio notable entre los atendidos en psiquiatría y psicología (67,38 %). Según hospitales regionales, quienes acudieron a los hospitales de la sierra (61,55 %) y de la costa sur (59,76 %) exhibieron los mayores niveles de insatisfacción con la vida (tabla 3).

Más de la mitad de los participantes con algún trastorno de ansiedad en el último año (53,10 %) presentó insatisfacción con la vida, proporción significativamente mayor que la observada en el grupo sin el trastorno (29,50 %) ($p < 0,001$). De manera similar, las personas con algún trastorno depresivo evidenciaron una mayor frecuencia de insatisfacción con la vida (53,29 %) en comparación con los participantes sin depresión (26,17 %) ($p < 0,001$).

En la tabla 4 se presentan los resultados del análisis del modelo lineal generalizado para la relación entre la satisfacción con la vida y la prevalencia de los trastornos de ansiedad o depresión, ajustado por edad, sexo, nivel de instrucción, pobreza y tipo de consulta ambulatoria. El análisis incluyó a 9601 participantes que completaron todos los cuestionarios mencionados.

El modelo evidenció que presentar algún trastorno de ansiedad en el último año incrementó 1,55 veces la insatisfacción con la vida (IC 95 %: 1,38-1,74) en comparación con no padecerlo. De igual modo, haber presentado algún trastorno depresivo incrementó 2,02 veces dicha posibilidad (IC 95 %: 1,89-2,16) respecto de quienes no cursaron con el cuadro (tabla 4).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población adulta con algún trastorno de ansiedad y depresión en el último año, atendida en hospitales regionales del Perú, 2015.

Característica	Ansiedad			Depresión		
	n = 434	%	IC 95 %	n = 1513	%	IC 95 %
Sexo						
Masculino	139	31,07	(26,69-35,81)	462	30,30	(27,90-32,81)
Femenino	295	68,93	(64,19-73,31)	1051	69,70	(67,19-72,10)
Edad						
18 a 24 años	115	24,57	(20,61-29,01)	275	16,56	(14,71-18,59)
25 a 44 años	184	42,50	(37,66-47,49)	607	39,18	(36,61-41,81)
45 a 64 años	112	27,16	(22,92-31,87)	486	33,81	(31,30-36,41)
65 años o más	23	5,77	(3,78-8,70)	145	10,46	(8,90-12,26)
Nivel de instrucción						
Sin educación/inicial	7	1,84	(0,86-3,86)	45	3,06	(2,27-4,12)
Primaria	82	20,27	(16,50-24,65)	378	27,40	(25,03-29,90)
Secundaria	191	43,39	(38,54-48,38)	645	42,63	(40,00-45,29)
Superior	154	34,50	(29,95-39,37)	445	26,92	(24,65-29,30)
Nivel de pobreza						
Pobre extremo	4	0,71	(0,22-2,29)	29	2,09	(1,43-3,04)
Pobre básico	120	28,71	(24,40-33,44)	604	41,06	(38,46-43,72)
No pobre básico	278	63,06	(58,12-67,73)	796	51,18	(48,50-53,85)
No pobre	32	7,52	(5,30-10,58)	84	5,67	(4,54-7,07)
Consulta ambulatoria						
Especialidad psiquiatría/psicología	103	16,39	(13,39-19,90)	234	9,08	(7,91-10,40)
Especialidades clínicas	191	45,52	(40,61-50,51)	726	49,63	(46,95-52,30)
Especialidades quirúrgicas	140	38,10	(33,28-43,16)	553	41,29	(38,65-43,98)
Hospitales regionales*						
Costa norte	125	33,88	(29,18-38,91)	348	28,23	(25,76-30,84)
Costa sur	222	53,75	(48,76-58,67)	704	50,54	(47,87-53,21)
Sierra	64	8,86	(6,85-11,39)	351	15,90	(14,29-17,64)
Selva	23	3,51	(2,24-5,46)	110	5,33	(4,38-6,48)

*Hospitales de la costa norte (Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes, Hospital Regional Docente de Trujillo), hospitales de la costa sur (Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Hospital Hipólito Unanue de Tacna), hospitales de la sierra (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, Hospital Departamental de Huancavelica) y hospitales de la selva (Hospital César Garayar García de Iquitos, Hospital Regional de Pucallpa).

Tabla 2. Satisfacción con la vida según características sociodemográficas en adultos con trastorno de ansiedad en el último año, atendidos en consulta ambulatoria en hospitales regionales del Perú, 2015.

Característica	n = 427	Insatisfacción			Ni satisfecho ni insatisfecho			Satisfacción		
		n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	137	72	55,47	(46,67-63,94)	14	9,23	(5,41-15,32)	51	35,30	(27,45-44,03)
Femenino	290	150	52,03	(45,93-58,07)	30	10,17	(7,04-14,46)	110	37,80	(32,08-43,89)
Edad										
18 a 24 años	114	48	44,28	(34,88-54,10)	10	8,24	(4,38-14,95)	56	47,49	(37,95-57,21)
25 a 44 años	180	101	57,48	(49,74-64,88)	17	9,94	(6,13-15,71)	62	32,58	(25,84-40,13)
45 a 64 años	110	67	60,77	(50,87-69,86)	9	6,72	(3,35-13,01)	34	32,51	(23,97-42,40)
65 años o más	23	6	23,64	(10,29-45,51)	8	30,91	(15,28-52,61)	9	45,45	(25,87-66,55)
Nivel de instrucción										
Sin educación/inicial	7	7	100,00	-	0	-	-	0	-	-
Primaria	80	34	40,55	(30,05-52,00)	12	13,34	(7,44-22,76)	34	46,10	(35,01-57,59)
Secundaria	188	114	62,98	(55,53-69,86)	18	9,10	(5,65-14,35)	56	27,92	(21,77-35,02)
Superior	152	67	45,40	(37,16-53,90)	14	9,36	(5,47-15,56)	71	45,24	(37,01-53,74)
Nivel de pobreza										
Pobre extremo	4	4	100,00	-	0	-	-	0	-	-
Pobre básico	119	75	61,39	(51,89-70,10)	10	9,06	(4,79-16,48)	34	29,55	(21,72-38,81)
No pobre básico	273	128	49,22	(42,94-55,51)	27	8,97	(6,09-13,03)	118	41,81	(35,75-48,14)
No pobre	31	15	48,91	(31,57-66,51)	7	21,90	(10,43-40,29)	9	29,20	(15,56-48,00)
Consulta ambulatoria										
Especialidad psiquiatría/ psicología	99	57	57,69	(46,95-67,74)	10	9,09	(4,65-17,01)	32	33,22	(23,94-44,02)
Especialidades clínicas	190	98	54,00	(46,61-61,21)	22	11,47	(7,59-16,98)	70	34,53	(27,91-41,82)
Especialidades quirúrgicas	138	67	50,07	(41,52-58,61)	12	8,27	(4,64-14,33)	59	41,65	(33,49-50,31)
Hospitales regionales*										
Costa norte	118	57	46,88	(37,77-56,20)	13	10,28	(5,89-17,36)	48	42,83	(33,89-52,27)
Costa sur	222	130	59,46	(52,67-65,91)	24	10,20	(6,83-14,95)	68	30,34	(24,48-36,92)
Sierra	64	26	43,49	(31,29-56,53)	5	7,40	(3,03-16,98)	33	49,11	(36,57-61,76)
Selva	23	9	37,31	(18,87-60,37)	2	7,46	(1,65-27,96)	12	55,22	(33,25-75,33)

*Hospitales de la costa norte (Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes, Hospital Regional Docente de Trujillo), hospitales de la costa sur (Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Hospital Hipólito Unanue de Tacna), hospitales de la sierra (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, Hospital Departamental de Huancavelica) y hospitales de la selva (Hospital César Garayar García de Iquitos, Hospital Regional de Pucallpa).

Tabla 3. Satisfacción con la vida según características sociodemográficas en adultos con algún trastorno de depresión en el último año, atendidos en consulta ambulatoria en hospitales regionales del Perú, 2015.

Característica	n = 1504	Insatisfacción			Ni satisfecho ni insatisfecho			Satisfacción		
		n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %
Sexo										
Masculino	461	244	52,75	(47,88-57,56)	50	10,85	(8,17-14,28)	167	36,40	(31,86-41,20)
Femenino	1043	574	53,52	(50,29-56,72)	97	9,52	(7,77-11,61)	372	36,96	(33,89-40,14)
Edad										
18 a 24 años	274	146	54,27	(47,89-60,50)	29	9,18	(6,25-13,30)	99	36,55	(30,65-42,88)
25 a 44 años	604	347	56,59	(52,33-60,75)	58	10,60	(8,17-13,65)	199	32,81	(28,96-36,90)
45 a 64 años	481	264	53,44	(48,72-58,11)	42	8,56	(6,30-11,54)	175	37,99	(33,50-42,70)
65 años o más	145	61	38,93	(31,09-47,38)	18	12,90	(8,15-19,84)	66	48,17	(39,79-56,65)
Nivel de instrucción										
Sin educación/inicial	45	29	62,66	(47,06-76,00)	5	8,52	(3,38-19,90)	11	28,82	(16,78-44,85)
Primaria	374	195	48,44	(43,17-53,75)	36	10,62	(7,70-14,48)	143	40,93	(35,78-46,29)
Secundaria	642	369	57,15	(53,05-61,16)	71	10,40	(8,19-13,12)	202	32,45	(28,71-36,42)
Superior	443	225	50,99	(46,00-55,96)	35	8,62	(6,11-12,04)	183	40,39	(35,61-45,36)
Nivel de pobreza										
Pobre extremo	28	16	55,30	(36,08-73,07)	3	12,50	(4,06-32,56)	9	32,20	(17,10-52,23)
Pobre básico	604	370	59,57	(55,39-63,61)	56	9,75	(7,48-12,62)	178	30,68	(26,95-34,69)
No pobre básico	789	402	49,45	(45,71-53,19)	81	10,17	(8,13-12,65)	306	40,38	(36,75-44,13)
No pobre	83	30	41,18	(30,37-52,91)	7	8,07	(3,76-16,46)	46	50,75	(39,44-61,99)
Consulta ambulatoria										
Especialidad psiquiatría/ psicología	232	155	67,38	(60,60-73,50)	20	8,90	(5,62-13,83)	57	23,72	(18,40-30,01)
Especialidades clínicas	720	379	53,29	(49,47-57,08)	68	9,24	(7,26-11,68)	273	37,47	(33,86-41,23)
Especialidades quirúrgicas	552	284	50,21	(45,88-54,54)	59	10,97	(8,51-14,03)	209	38,82	(34,67-43,14)
Hospitales regionales*										
Costa norte	339	138	39,69	(34,41-45,23)	48	13,79	(10,43-18,02)	153	46,52	(41,03-52,09)
Costa sur	704	421	59,76	(55,97-63,44)	65	9,09	(7,12-11,53)	218	31,15	(27,72-34,79)
Sierra	351	209	61,55	(56,14-66,70)	25	6,22	(4,14-9,24)	117	32,22	(27,35-37,51)
Selva	110	50	37,41	(28,60-47,14)	9	8,92	(4,50-16,90)	51	53,67	(43,77-63,29)

*Hospitales de la costa norte (Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes, Hospital Regional Docente de Trujillo), hospitales de la costa sur (Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Hospital Hipólito Unanue de Tacna), hospitales de la sierra (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, Hospital Departamental de Huancavelica) y hospitales de la selva (Hospital César Garayar García de Iquitos, Hospital Regional de Pucallpa).

Tabla 4. Satisfacción con la vida según las características sociodemográficas y la presencia de trastornos de ansiedad o depresión en adultos atendidos en consulta ambulatoria en hospitales regionales del Perú, 2015.

Factores	n = 9601	Satisfacción con la vida					
		Insatisfacción			Satisfacción		
		ORa	IC 95 %		ORa	IC 95 %	
			LI	LS		LI	LS
Trastornos de ansiedad							
Presente	425	**1,55**	1,38	1,74	**0,73**	0,65	0,83
Ausente*	9176	1,00			1,00		
Trastornos depresivos							
Presente	1504	**2,02**	1,89	2,16	**0,67**	0,62	0,71
Ausente*	8097	1,00			1,00		
Sexo							
Masculino	3923	**1,10**	1,05	1,16	**1,06**	1,01	1,11
Femenino*	5678	1,00			1,00		
Edad							
18 a 24 años	1884	**1,34**	1,21	1,49	1,04	0,95	1,15
25 a 44 años	3395	**1,32**	1,21	1,43	**0,84**	0,78	0,91
45 a 64 años	2911	**1,23**	1,14	1,33	**0,92**	0,85	0,99
65 años o más*	1411	1,00			1,00		
Nivel de instrucción							
Sin educación/inicial	251	**1,63**	1,40	1,89	**0,29**	0,25	0,34
Primaria	2324	**1,25**	1,15	1,35	**0,51**	0,47	0,55
Secundaria	3955	**1,21**	1,13	1,29	**0,68**	0,64	0,73
Superior*	3071	1,00			1,00		
Nivel de pobreza							
Pobre extremo	730	**1,69**	1,37	2,08	**0,76**	0,62	0,93
Pobre básico	5530	**1,61**	1,43	1,80	**0,72**	0,65	0,79
No pobre básico	3175	1,09	0,97	1,21	**0,70**	0,63	0,77
No pobre*	166	1,00			1,00		
Consulta ambulatoria							
Especialidad psiquiatría/psicología	594	1,10	1,04	1,16	0,96	0,92	1,01
Especialidades clínicas	5471	**1,43**	1,26	1,62	**0,57**	0,50	0,64
Especialidades quirúrgicas*	3536	1,00			1,00		

*Modelo lineal generalizado multinomial. La categoría de referencia de la variable dependiente (satisfacción con la vida) es «ni satisfecho/ni insatisfecho».
ORa: OR ajustado; LI = Límite inferior; LS = Límite superior.

DISCUSIÓN

Se identificó una prevalencia anual de ansiedad de 4,79 % (n = 434/9692) y depresión de 16,34 % (n = 1513/9672), cifras inferiores a las reportadas en estudios previos (27-29). Por ejemplo, Storer et al. (27) hallaron una prevalencia de ansiedad del 31,2 % en pacientes ambulatorios de gastroenterología y hepatología. Por su parte, Wang et al. (28) señalaron que la prevalencia de depresión o de síntomas depresivos en pacientes ambulatorios de especialidades clínicas y quirúrgicas alcanzó el 27 %, con cifras mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados.

Asimismo, se constató una asociación significativa entre la insatisfacción con la vida y la presencia de algún trastorno de ansiedad. Esta relación coincide con lo reportado por Lai et al. (3), quienes describieron una correlación negativa entre la satisfacción con la vida y los síntomas ansiosos (r = –0,338; p = 0,005). De la misma manera, concuerda con lo hallado por Ooi et al. (29) en universitarios de Malasia, donde se observó una correlación negativa débil entre ansiedad, depresión y estrés con la satisfacción con la vida (r = –0,15, –0,28 y –0,15, respectivamente; p < 0,05). En un estudio de seguimiento basado en 9649 historias clínicas de pacientes con diversos trastornos mentales, aquellos con trastorno relacionados con el trauma exhibieron los puntajes más bajos de satisfacción con la vida tanto al ingreso hospitalario como al alta, seguidos por los pacientes con trastornos fóbicos (14). En personas con trastornos de ansiedad, se postula que la experiencia sintomática se acentúa debido al temor ante las manifestaciones somáticas asociadas, las cuales predicen mayor discapacidad y menor calidad de vida. De modo similar, la baja tolerancia al estrés condiciona conductas evitativas que alteran el funcionamiento ocupacional, social y físico. En consecuencia, las personas con patología ansiosa suelen presentar conductas de evitación, consumo de sustancias y desregulación emocional, lo que disminuye sus vínculos interpersonales y su participación social (30).

También se observó una asociación significativa entre la insatisfacción con la vida y el diagnóstico de algún trastorno depresivo. En un estudio transversal desarrollado en 4075 adultos alemanes sobre el impacto de la comorbilidad psiquiátrica y la persistencia del trastorno a los 12 meses, la única correlación negativa y significativa con la satisfacción con la vida correspondió a la duración del trastorno depresivo mayor (r = –0,26) (31). Asimismo, Meule y Voderholzer (14), en una muestra de 9649 pacientes hospitalizados en Alemania, documentaron correlaciones negativas entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida, tanto al ingreso (r = –0,495; p < 0,001) como al alta (r = –0,610; p < 0,001); no obstante, observaron que las personas con un único episodio depresivo alcanzaron al egreso una media más alta de satisfacción con la vida, seguidas por los sujetos con trastornos somatomorfos. Por otra parte, una investigación en población surcoreana orientada a identificar qué áreas de la insatisfacción con la vida se vinculan más con la depresión evidenció que la evaluación subjetiva de las circunstancias económicas personales (insatisfacción con los ingresos familiares y ocupación) no predijo con fuerza el riesgo de depresión por encima de las variables sociodemográficas convencionales; en cambio, la evaluación subjetiva de la propia salud y las actividades de ocio mostraron una influencia transversal en cualquier grupo etario, con independencia de otros factores sociodemográficos (32).

En el estudio epidemiológico del INSM «HD-HN» en hospitales regionales (19), los niveles medios de satisfacción con la vida en los usuarios de dichos centros resultaron inferiores a los promedios reportados en la población general de las mismas ciudades (23-25, 33). Este contraste evidencia el impacto de la condición de salud sobre el bienestar subjetivo. Sin embargo, los promedios poblacionales tienden a enmascarar las disparidades de subgrupos con mayor carga de enfermedad; de ahí que el presente estudio subraye la necesidad de generar evidencia específica en poblaciones clínicas, cuyas particularidades suelen disiparse en estimaciones generales.

En el modelo multinomial final, ajustado por variables sociodemográficas y de consulta ambulatoria, el antecedente de algún trastorno depresivo en el último año incrementó en 2,02 veces la posibilidad de estar insatisfecho con la vida, mientras que haber presentado un trastorno ansioso aumentó 1,55 veces dicha posibilidad, en comparación con quienes no tuvieron tales trastornos. Gigantesco et al. (34) obtuvieron hallazgos convergentes mediante un modelo de regresión lineal múltiple ajustado por edad, nivel educativo y salud autopercibida, en el que la depresión predijo una menor satisfacción con la vida (p < 0,001). A su vez, Routledge et al. (35) identificaron asociaciones significativas entre los síntomas de ansiedad y depresión y el bienestar mental en modelos ajustados, señalando que la interacción de factores genéticos y ambientales modularía este vínculo. En contraste, Meule y Voderholzer (14) hallaron correlaciones heterogéneas entre la satisfacción con la vida y los trastornos mentales evaluados.

El modelo multinomial identificó que el bajo nivel educativo (sin educación/inicial y primaria), el nivel de pobreza autopercibido (pobre básico) y la atención en especialidades clínicas constituyeron predictores de la insatisfacción con la vida. En consonancia con esto, un análisis basado en 11 934 participantes de la Encuesta Mundial de Valores en 11 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) demostró que el nivel educativo contribuye significativamente a la satisfacción con la vida, incluso tras controlar por ingresos económicos, desempleo y estado de salud, de modo que un mayor nivel educativo ejerce un impacto positivo, aunque en personas con altos ingresos este efecto protector pierde magnitud. En esa misma línea, contar con ingresos medios y poseer un grado de instrucción secundario o superior favoreció significativamente la satisfacción con la vida (36).

En el presente estudio, la edad avanzada también figuró como predictor de insatisfacción con la vida. Estos resultados se tornan preocupantes cuando se evalúan las consecuencias de encontrarse insatisfechos con la vida. Koivumaa-Honkanen et al. (37) vincularon los niveles de insatisfacción con la vida con un incremento en la mortalidad a lo largo de 20 años. Desde una perspectiva complementaria, Diener y Chan (38) reportaron que una elevada satisfacción con la vida se asocia con mayor longevidad, aunque tal asociación resultó controversial en personas con patologías crónicas. Asimismo, Salazar-Cantú et al. (39) documentaron una asociación entre tener más de 65 años y una mayor insatisfacción con la vida, mientras que Baird et al. (40) observaron un descenso de la satisfacción con la vida en la senectud, atribuible a los problemas de salud, la disminución del soporte social y la cercanía de la muerte.

En el perfil sociodemográfico, los adultos con ansiedad e insatisfacción con la vida fueron prevalentemente varones de 45 a 64 años, con educación secundaria y en condición de pobreza básica; en contraste, los sujetos con depresión e insatisfacción con la vida fueron mayoritariamente mujeres de 25 a 44 años, con nivel educativo inicial y en condición de pobreza básica. Respecto a la ansiedad, estos resultados concuerdan con los de Stein et al. (41), quienes observaron que el trastorno de ansiedad generalizada elevó el riesgo de insatisfacción con la vida tras ser ajustados por edad, sexo y clase social. La literatura respalda que un nivel educativo bajo se asocia con la aparición de síntomas posteriores de ansiedad y depresión (42) y una mayor insatisfacción con la vida (43). En cuanto a la depresión, los hallazgos difieren de lo reportado por Gigantesco et al. (34), quienes observaron una menor satisfacción con la vida en varones deprimidos en comparación con las mujeres ($p = 0,005$). Por su parte, las personas con ingresos más bajos presentan entre 1,5 y 3 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión o ansiedad frente a las personas con ingresos más altos (44). Si bien un menor nivel de ingresos suele asociarse a menor satisfacción con la vida, diversas investigaciones identificaron una relación moderada ante una percepción de desigualdad y comparación social (45). Con relación al sexo, el metaanálisis de Batz-Barbarich et al. (46) evidenció resultados inconsistentes respecto a las diferencias en bienestar subjetivo entre hombres y mujeres.

Análogamente, se observó una mayor insatisfacción con la vida en adultos con algún trastorno de ansiedad o depresión atendidos en especialidades clínicas. Al respecto, la presencia de enfermedades crónicas como el *tinnitus* crónico, la dermatitis atópica, el *ictus* o las enfermedades oncológicas se asocian con mayores niveles de depresión (28), lo que podría explicar una mayor insatisfacción con la vida (47). Otra hipótesis plantea que la insatisfacción con la vida actúa como un factor de riesgo independiente para nuevos casos de enfermedades crónicas: en una cohorte canadiense, el riesgo de enfermedad crónica aumentó de forma escalonada con cada gradiente de insatisfacción, alcanzando su mayor magnitud en quienes manifestaron insatisfacción con sus vidas al inicio del estudio (48).

Según los hospitales regionales, los mayores niveles de insatisfacción con la vida, ansiedad y depresión se concentraron principalmente en la costa sur (Arequipa y Tacna) y en la sierra (Abancay y Huancavelica). Un estudio previo evidenció que la ansiedad se asocia en mayor medida con síntomas motores y físicos, mientras que la depresión se relaciona con variables psicosociales (49). Dado que las características del estudio no permitieron registrar los motivos de consulta, las hipótesis explicativas se centraron en el aumento de la depresión en las regiones mencionadas. La pobreza constituye un reconocido factor de riesgo de depresión (44); para 2015, Huancavelica y Apurímac ocupaban los primeros lugares en incidencia de pobreza en el Perú (50). Además, considerando que el 64 % de la muestra estuvo constituida por mujeres, debe ponderarse el factor de la violencia contra la mujer, condición que triplica la probabilidad de trastornos depresivos (51). El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú reportó para el

período 2009-2015 que Tacna registró el mayor riesgo de feminicidio a nivel nacional y, junto con Arequipa, las tasas más altas de violencia contra la mujer (52).

Entre las limitaciones de esta investigación destaca la antigüedad de los datos empleados. Al respecto, el INSM «HD-HN» ha desarrollado diversos estudios epidemiológicos en diversas regiones del Perú (23-25), pero solo dos en usuarios de consulta externa, ambos realizados en 2015 (19, 26). Aunque los factores que impidieron la réplica multicéntrica en años posteriores, razones logísticas y contextuales, en particular la pandemia de la COVID-19, trascienden el alcance de este trabajo. La relevancia de los hallazgos se sustenta en que la satisfacción con la vida constituye un constructo con relativa estabilidad temporal, poco influenciable por las condiciones ambientales. En ese sentido, Hinz et al. (53) comprobaron que las puntuaciones medias de satisfacción con la vida permanecieron prácticamente invariables tras seis años de seguimiento poblacional. De Vries et al. (54) no observaron alteraciones globales en este constructo entre adultos jóvenes alemanes frente a las medidas establecidas para prevenir la propagación por la COVID-19. Si bien, en el contexto pospandémico, cabría esperar un incremento a la demanda de atención ambulatoria por ansiedad y depresión en comparación con 2015 (55, 56), la representatividad del estudio primario permite hipotetizar que las asociaciones aquí descritas se mantendrían vigentes.

Otras limitaciones relacionadas con el estudio primario corresponden a los sesgos de información, concretamente el de la memoria y el de deseabilidad social. El primero obedece al autorreporte de síntomas experimentados en el último año. El segundo pudo haber incrementado las medidas de bienestar, dado que las personas tienden a aumentar el grado de satisfacción y felicidad que reportan (57). Podría cuestionarse también la exclusión de otros trastornos mentales, pese a identificarse variaciones de la satisfacción con la vida según el grupo de diagnóstico (14); sin embargo, en la cohorte original la depresión y la ansiedad fueron las patologías predominantes, mientras que el trastorno por consumo de sustancias representó apenas el 1,4 % (19). Por ende, al segmentar los resultados correspondientes a esta última patología, las cifras de prevalencia podrían reducirse o incluso ausentarse, lo que disminuiría la validez de las posibles inferencias. Finalmente, no es posible afirmar que la asistencia a los consultorios externos hospitalarios respondiera solo a las condiciones más discapacitantes, lo cual reflejaría un peor estado de salud mental, debido a que en el estudio primario solo se registraron los diagnósticos, mas no el motivo de consulta, la gravedad, el pronóstico ni otros aspectos clínicos del paciente encuestado. Múltiples factores motivan a que una persona acuda a la consulta ambulatoria de un hospital en lugar de un centro de salud y no necesariamente por una mayor gravedad o discapacidad de su cuadro (58).

Las fortalezas del presente estudio derivan de las características metodológicas de la investigación primaria (19): 1) diseño, tamaño muestral y muestreo representativo de la población de estudio, con una cobertura superior al 100 % de la muestra planificada; 2) empleo de instrumentos estandarizados; 3) ejecución de una prueba piloto para ajustar los procedimientos previos al trabajo de campo; y 4) selección, entrenamiento y supervisión de los encuestadores, cuyos datos obtenidos fueron sometidos a un exhaustivo control de calidad. Estos aspectos garantizan la representatividad de los resultados. Además, se efectuó un análisis estadístico robusto, segmentando por características sociodemográficas, tipo de consultorio y región asistencial, lo que facilitó evaluar de manera independiente a los pacientes con trastornos de ansiedad y de depresión. Cabe precisar que la comorbilidad entre ambas condiciones en el último año se identificó solo en 199 participantes; por ende, segmentarla según las variables descritas habría generado valores ínfimos que habrían dificultado los análisis inferenciales.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio destacan la necesidad de implementar una evaluación integral en todos los servicios de salud, dado que los problemas en salud mental suelen acompañar a las enfermedades físicas. Adicionalmente, se sugiere desarrollar investigaciones que consideren las condiciones culturales propias de cada región, junto con las variables sociodemográficas, las cuales podrían ayudar a explicar la presencia de una mayor insatisfacción con la vida observada en la sierra y en la costa sur del país. Por último, se recomienda que futuros estudios analicen los trastornos mentales individualmente en relación con la satisfacción con la vida, en consonancia con las relaciones diferenciadas descritas en la literatura.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado. Sin embargo, debemos mencionar que la presente investigación

formó parte del Plan Operativo Anual (POA) de la Oficina Ejecutiva de Investigación y Docencia Especializada (OEAIDE) del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», y se realizó dentro del horario laboral de YLS, quien trabaja en ese centro. El resto de los autores son externos al instituto y no percibieron ninguna remuneración o salario.

Contribución de autoría: Todos los autores contribuyeron en la conceptualización, la investigación, la metodología, la redacción del borrador original y la revisión y edición de la versión final del artículo.

Agradecimientos: Al Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» por la autorización del uso de la base de datos del «Estudio epidemiológico de salud en hospitales regionales 2015. Informe general»; y a la Lic. Natali Rubina por el procesamiento de los datos.

REFERENCIAS

1. Ruiz-Rodríguez P, Cano-Vindel A, Muñoz R, et al. Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. Ansiedad Estrés. 2017;23(2-3):53-130. doi:10.1016/j.anyes.2017.10.003
2. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578
3. Lai CY, Chen LH, Lai FH, et al. The association between satisfaction with life and anxiety symptoms among Chinese elderly: a moderated mediation analysis. BMC Geriatr. 2023;23(1):855. doi:10.1186/s12877-023-04490-0
4. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, et al. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. Middle East Curr Psychiatry. 2023;30(1):44. doi:10.1186/s43045-023-00315-3
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. Washington, DC: OPS; 2023. doi:10.37774/9789275327715
6. Urzúa A, Caqueo-Urízar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Ter Psicol. 2012;30(1):61-71. doi:10.4067/S0718-48082012000100006
7. Marquez J, Katsantonis I, Sellers R, et al. Life satisfaction and mental health from age 17 to 21 years in a general population sample. Curr Psychol. 2023;42(31):27047-57. doi:10.1007/s12144-022-03685-9
8. Keyes CL. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. Am Psychol. 2007;62(2):95-108. doi:10.1037/0003-066X.62.2.95
9. Westerhof GJ, Keyes CL. Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. J Adult Dev. 2010;17(2):110-9. doi:10.1007/s10804-009-9082-y
10. Perales A, Alarcón RD, Wagner-Grau P. Mental health and psychiatry: distinctions, links, and ethical/bioethical perspectives. Salud Ment. 2023;46(5):231-40. doi:10.17711/sm.0185-3325.2023.029
11. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. J Health Soc Behav. 2002;43(2):207-22. PMID:12096700.
12. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: a descriptive epidemiology. En: Brim OG, Ryff CD, Kessler RC, editores. How Healthy are We: A national study of well-being at midlife. Chicago (IL): University of Chicago Press; 2004. pp. 350-373.
13. Seow LSE, Vaingankar JA, Abdin E, et al. Positive mental health in outpatients with affective disorders: associations with life satisfaction and general functioning. J Affect Disord. 2016;190:499-507. doi:10.1016/j.jad.2015.10.021
14. Meule A, Voderholzer U. Life satisfaction in persons with mental disorders. Qual Life Res. 2020;29(11):3043-52. doi:10.1007/s11136-020-02556-9
15. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ, et al. Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). Psychol Med. 2015;45(11):2427-36. doi:10.1017/S0033291715000422
16. Shimada F, Ohira Y, Hirota Y, et al. Anxiety and depression in general practice outpatients: the long-term change process. Int J Gen Med. 2018;11:55-63. doi:10.2147/IJGM.S130025
17. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017;7(10):e017902. doi:10.1136/bmjopen-2017-017902
18. Tura MR, Amena N, Wondie WT, et al. Patient satisfaction with outpatient department health service and associated factors at public hospitals in Ethiopia. Inquiry. 2025;62:469580251371387. doi:10.1177/00469580251371387

19. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud en hospitales regionales 2015: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2019;35(1). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/18
20. Guillén OB, Casas JA. Morbilidad ambulatoria y hospitalaria en el Perú. Cambios entre los años 2011 y 2015. Rev Méd Hered. 2019;30(3):215-8. doi:10.20453/rmh.v30i3.3597
21. Lamoureux-Lamarche C, Berbiche D, Vasiliadis HM. Treatment adequacy and remission of depression and anxiety disorders and quality of life in primary care older adults. Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):218. doi:10.1186/s12955-021-01851-4. Erratum in: Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):230. doi:10.1186/s12955-021-01870-1
22. Ly G. Atribuciones causales de la satisfacción con la vida en un grupo de adultos de Lima [tesis de licenciatura]. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2004.
23. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en la selva rural 2009: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2012;28(supl. 2). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/4
24. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Huancavelica 2010: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2012;28(1-2). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/2
25. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental comparativo ciudad de Abancay 2010-2016: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2019;35(2). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/16
26. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana 2015: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2018;34(1). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/15
27. Storer B, Holden M, Kershaw KA, et al. Global prevalence of anxiety in gastroenterology and hepatology outpatients: a systematic review and meta-analysis. Curr Gastroenterol Rep. 2025;27(1):17. doi:10.1007/s11894-025-00963-x
28. Wang J, Wu X, Lai W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(8):e017173. doi:10.1136/bmjopen-2017-017173
29. Ooi PB, Khor KS, Tan CC, et al. Depression, anxiety, stress, and satisfaction with life: moderating role of interpersonal needs among university students. Front Public Health. 2022;10:958884. doi:10.3389/fpubh.2022.958884
30. Wilmer MT, Anderson K, Reynolds M. Correlates of quality of life in anxiety disorders: review of recent research. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(11):77. doi:10.1007/s11920-021-01290-4
31. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, et al. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39(6):435-41. doi:10.1007/s00127-004-0755-3
32. Hong J. The areas of life dissatisfaction and their relationships to depression at different life stages: findings from a nationally representative survey. Psychol Health Med. 2019;24(3):305-19. doi:10.1080/13548506.2018.1537496
33. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2022;38(1). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/24
34. Gigantesco A, Fagnani C, Toccaceli V, et al. The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. Front Psychiatry. 2019;10:419. doi:10.3389/fpsyt.2019.00419
35. Routledge KM, Burton KLO, Williams LM, et al. Shared versus distinct genetic contributions of mental wellbeing with depression and anxiety symptoms in healthy twins. Psychiatry Res. 2016;244:65-70. doi:10.1016/j.psychres.2016.07.016
36. Salinas-Jiménez MM, Artés J, Salines-Jiménez J. Education as a positional good: a life satisfaction approach. Soc Indic Res. 2011;103:409-26. doi:10.1007/s11205-010-9709-1
37. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamäki H, et al. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in Healthy Finnish Adults. Am J Epidemiol. 2000;152(10):983-91. doi:10.1093/aje/152.10.983

38. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. Appl Psychol Health Well Being. 2011;3(1):1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
39. Salazar-Cantú J, Arenas L, Gil-Lafuente AM. Determinantes de la satisfacción con la vida en adultos mayores en México. Cuad CIMBAGE. 2021;2(23):62-76. doi:10.56503/CIMBAGE/Vol.2/Nro.23(2021)p.62-76
40. Baird BM, Lucas RE, Donnellan MB. Life satisfaction across the lifespan: findings from two nationally representative panel studies. Soc Indic Res. 2010;99:183-203. doi:10.1007/s11205-010-9584-9
41. Stein MB, Heimberg RG. Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. J Affect Disord. 2004;79(1-3):161-6. doi:10.1016/S0165-0327(02)00457-3
42. Östberg V, Åhlén J, Brolin Låftman S. Educational attainment and symptoms of anxiety and depression in young adulthood. Eur J Public Health. 2023;33(Suppl 2):ckad160.1578. doi:10.1093/eurpub/ckad160.1578
43. Assari S. Diminished returns of educational attainment on life satisfaction among Black and Latino older adults transitioning into retirement. J Med Surg Public Health. 2024;2:100091. doi:10.1016/j.glmedi.2024.100091
44. Ridley M, Rao G, Schilbach F, et al. Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms. Science. 2020;370(6522):eaay0214. doi:10.1126/science.aay0214
45. Galbraith ED, Barrington-Leigh C, Miñarro S, et al. High life satisfaction reported among small-scale societies with low incomes. Proc Natl Acad Sci USA. 2024;121(7):e2311703121. doi:10.1073/pnas.2311703121
46. Batz-Barbarich C, Tay L, Kuykendall L, et al. A meta-analysis of gender differences in subjective well-being: estimating effect sizes and associations with gender inequality. Psychol Sci. 2018;29(9):1491-503. doi:10.1177/0956797618774796
47. Shang Z, Liu Y, Xue D, et al. The role of life satisfaction and living arrangements in the association between chronic disease and depression: a national cross-sectional survey. Front Psychol. 2023;14:1266059. doi:10.3389/fpsyg.2023.1266059
48. Rosella LC, Fu L, Buajitti E, et al. Death and chronic disease risk associated with poor life satisfaction: a population-based cohort study. Am J Epidemiol. 2018;188(2):323-31. doi:10.1093/aje/kwy245
49. Perales A, Sogi C. Ansiedad y depresión: unidad o diversidad clínica. Rev Psiquiátr Peru. 1998;5(1-2):7-16.
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Pobreza monetaria. En: Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos, 2004-2015 [Internet]. Lima: INEI; 2016. pp. 57-80. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1370/cap03.pdf
51. Schouler-Ocak M, Brandl EJ. The impact of violence and abuse on mental health of women-current data. Eur Psychiatry. 2022;65(Suppl 1):S37. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.130
52. Quispe MP, Curro OM, Córdova M, et al. Violencia extrema contra la mujer y feminicidio en el Perú. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018;44(2):263-76. Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/991/1067
53. Hinz A, Mehnert-Theuerkauf A, Glaesmer H, et al. Changes in life satisfaction over six years in the general population: a longitudinal study with the Satisfaction With Life Scale (SWLS). PLoS ONE. 2025;20(1):e0316990. doi:10.1371/journal.pone.0316990
54. De Vries JH, Horstmann KT, Mussel P. Trajectories in life satisfaction before and during COVID-19 with respect to perceived valence and self-efficacy. Curr Psychol. 2022;42:27110-26. doi:10.1007/s12144-022-03829-x
55. Silva-Valencia J, Lapadula C, Westfall JM, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on mental health visits in primary care: an interrupted time series analysis from nine INTRePID countries. EClinicalMedicine. 2024;70:102533. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102533
56. Stephenson E, O'Neill B, Kalia S, et al. Effects of COVID-19 pandemic on anxiety and depression in primary care: a retrospective cohort study. J Affect Disord. 2022;303:216-22. doi:10.1016/j.jad.2022.02.004
57. Caputo A. Social desirability bias in self-reported well-being measures: evidence from an online survey. Universitas Psychologica. 2017;16(2):1-13. doi:10.11144/javeriana.upsy16-2.sdsw
58. Liu Y, Zhong L, Yuan S, et al. Why patients prefer high-level healthcare facilities: a qualitative study using focus groups in rural and urban China. BMJ Global Health. 2018;3(5):e000854. doi:10.1136/bmjgh-2018-000854