

77
2ej. 11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Departamento de Medicina Familiar ISSSTE
Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional

FRECUENCIA DEL SINDROME DE ANGUSTIA
EN LOS USUARIOS DE LA CLINICA DE ME-
DICINA FAMILIAR, ISSSTE, CIUDAD DE ZACA-
TECAS.

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
TRUEBA VELAZQUEZ VICTOR MANUEL

Generación 1987-1990



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	
OBJETIVOS	10
OBJETIVOS GENERALES	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
METODOLOGIA	12
RESULTADOS	15
ANALISIS Y CONCLUSIONES	19
SUGERENCIAS	21
ANEXOS	22
BIBLIOGRAFIA	37

INTRODUCCION:

Quizá el fenómeno humano más universal y doloroso, es la angustia, ésta es conatural al hombre y su historia y evolución, es la misma que la del ser -- humano, compañera inseparable del hombre, unida a éste por su misma naturaleza; es la responsable de grandes - sufrimientos y en ocasiones motor de cambios y creaciones. (14) Investigarla para conocer y comprenderla, - ha sido tarea humana desde hace mucho tiempo.

En este camino, no fue precisamente el - médico el primero en iniciar su comprensión, ésta se -- inició desde el campo de la literatura, la filosofía y - la teología.

Es hasta principios de este siglo que la ciencia médica se interesa por el estudio de este fenómeno; a diferencia de otros enfoques. El médico se interesa en conocer y comprender para ayudar y curar; es decir, asume desde siempre la actitud terapéutica. --- (13-17-22)

La angustia puede definirse como una reacción global de la persona, cuando percibe una amenaza a su existencia organizada. Desde el punto de vista -- descriptivo, la angustia, es una reacción compleja que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. (10-16)

La angustia es tan cotidiana y frecuente-- que muchas veces el médico pasa por alto su investigación en el paciente, y en medicina lo que no se busca -- con frecuencia no se encuentra, a esto se le agrega que en la formación médica muy influida por una actitud positivista devalda todo aquello que no es mensurable, visible, objetivo y, la angustia es algo eminentemente -- subjetivo. Otro aspecto importante es que, el hecho -- de estudiar, comprender y atender la angustia de los enfermos, es algo a su vez angustioso para el médico y ante esto, sus defensas no muy conscientes lo llevan a -- una actitud de ceguera y de negación para detectar este fenómeno, aunque sea muy evidente. (8-17-22).

Es importante distinguir entre la angustia normal y la angustia patológica. La normal, también llamada angustia vital, es inherente a la existen-

cia, al crecimiento, a la búsqueda de alternativas vitales y a los cambios necesarios durante el desarrollo, - esta angustia lejos de dañarnos nos es indispensable para vivir y es útil en todo desarrollo vital (18).

La angustia patológica, es aquella que genera daño en la esfera bio-psico-social; es patológica en función de su intensidad, persistencia, recurrencia, no conduce a la superación de conflictos o a la actividad creativa; sino al sufrimiento estéril, a la enfermedad y a la impotencia; este tipo de angustia es el que más frecuentemente llega al consultorio del médico y, - es frecuente que se presente, no como una vivencia subjetiva, sino en forma de somatizaciones y trastornos psicofisiológicos, lo cual es muy común en la consulta regular y ordinaria.

También es importante diferenciar la angustia de otros estados similares a ella. El término - "Stress", se refiere a la respuesta de tensión sostenida del organismo ante demandas que la sitúan en los límites de su capacidad de adaptación. (1).

El miedo, parecido a la angustia, es ante

todo una reacción ante situaciones más objetivas y localizadas en la angustia, la amenaza, es más difusa y subjetiva. El miedo es una emoción menos envolvente que la angustia, por lo que, se hace mención: "Tengo miedo", y en cambio, se menciona: "Estoy angustiado", aunque es frecuente que la distinción entre estas dos emociones no sea tan clara y precisa. (10)

Siguiendo el esquema de R. May, se puede considerar cuatro pautas para valorar una determinada reacción de angustia como normal o como patológica.

En primer lugar, hay que considerar el tipo de valores que un sujeto experimenta como vitales para su seguridad, mientras que, algunos se sienten amenazados en forma realista por lo que se refiere a su salud. Otras personas experimentan como valores vitales, algunos que sólo son de acuerdo a su imaginación, o con su carácter neurótico. Una persona que cifre su seguridad en el poder social, en sus relaciones simbióticas con determinadas personas o con una imagen idealizada de sí mismo, experimentará angustia, cuando quede colocado en tal situación que alguno de estos valores peligre. La vivencia de angustia está muy relacionada con la pérdida de

control y los sentimientos de indiferencia. (8)

En segundo lugar, hay que considerar la relación entre la intensidad de la reacción angustiosa y la situación en que se encuentra el sujeto que la experimentó. Tratándose de una valoración de grado, no puede trazarse una línea divisoria precisa, pero la gran desproporción entre la relación indicará su anormalidad. (18)

En tercer lugar, se debe tomar en cuenta la persistencia o la terminación de la angustia, una vez que la situación amenazante ha desaparecido normalmente, la terminación de ésta traerá la calma; pero de manera anormal, la angustia puede persistir por mayor tiempo, que el de una respuesta normal; entonces, se menciona que se ha "fijado". (18)

Y por último, se puede tomar en cuenta la actitud que el sujeto adopta dentro de la situación angustiosa. Si la persona angustiada tiene consciencia útil o constructiva para la vida, solucionando así su angustia o realizando algo creativo con ella, como sucede al hombre "normal" con la llamada angustia existencial o vital.

Así el sujeto patológicamente angustiado se caracterizará por su impotencia, por la intensidad y persistencia de su reacción angustiosa y por la irrealidad de la amenaza en que se siente colocado. (20) Al producirse en el organismo de un sujeto modificaciones psicoquímicas que no se resuelven mediante las pautas de conducta adecuadas, tales como: la locomoción intensa y prolongada que un hombre primitivo podría realizar mientras huye o cazaba. (10) Las modificaciones corporales al principio pasajeras van dañando al individuo que las sufre con demasiada frecuencia, pudiendo terminar con daños orgánicos que a veces son irreversibles. Por esto, la angustia no sólo debe ser preocupante, solamente por el sufrimiento que causa por sí misma, sino también por el daño orgánico que puede ocasionar a la salud.

Numerosos datos que acompañan a la angustia se incluyen en otros síndromes psiquiátricos como: Depresión, obsesibilidad compulsiva, fobias, esquizofrenia y síndrome orgánico cerebral. Entre los datos se pueden mencionar: temblores, palpitaciones, fatigabilidad, datos de hiperactividad autónoma (alteraciones digestivas, irritabilidad, alteraciones en el sueño.) (16)

La incidencia en la familia de estas alte--

raciones, se ha incrementado. Varios criterios se presentan en la familia como: irritabilidad, astenia, síndrome de Da Costa's, alteraciones circulatorias.

Estudios previos han demostrado que, familias que presentan este fenómeno deben someterse a un amplio estudio. (7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Siendo el fenómeno de angustia tan universal, además tomando en cuenta que en la época contemporánea, su incidencia es muy elevada y en constante ascenso, se hace imprescindible su estudio e investigación; ya que, en gran número de problemas médicos con alto grado de sufrimiento, la angustia está presente, es impostergable que el médico de cualquier especialidad y a cualquier nivel conozca este síndrome y esté adiestrado para manejarlo. Como el fenómeno es muy complejo, cualquier estudio para comprenderlo desde diferentes ángulos es no sólo válido, sino necesario para brindar una ayuda más eficiente.

JUSTIFICACION:

Conocer la angustia es de suma importancia ya que, proporcionalmente a la intensidad de la angustia el funcionamiento interno se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita. De ahí que el sujeto experimenta en los casos severos, es la disolución de sí mismo.

Los seres humanos tienen por lo menos una vaga aprehensión en ciertas circunstancias, advertencia clara e inequívoca de su impotencia ante la contingencia de la vida, inevitabilidad de la muerte, peligro de enfermedades etc. Por lo que se menciona, que el desarrollo individual en tanto que entraña la necesidad de separarse de las fuentes de seguridad, internarse en lo desconocido y escoger entre las distintas posibilidades, implica angustia, además es importante conocer la diferencia entre la angustia normal y la patológica, así como su grado de angustia; ya que, la primera es útil para la vida y la segunda es aquella que genera un daño en la esfera bio-psico-social en función de su intensidad.

Aunque la angustia es la fuente principal de la patología mental y buena parte de la orgánica, debe situarse desde un punto de vista biológico, entre las defensas de que están dotados los organismos para protegerse de estímulos agresivos para su organización.

Si bien, la angustia es una experiencia universal, como se ha mencionado, hay diferencias importantes entre la angustia experimentada por una persona -

sana y la angustia del neurótico. Este fenómeno se ha incrementado en las poblaciones; ya que, la epidemiología muestra datos que, personas con estos desordenes no reciben tratamiento, y mucho menos sus familiares. Por lo que es importante la detección, prevención y tratamiento oportuno.

OBJETIVOS:

El propósito de este trabajo, es conocer la magnitud y frecuencia del síndrome de angustia en un sector de la población que se define o delimita por el tipo de servicio médico al que acuden. (Usuarios de los servicios de atención primaria).

OBJETIVOS GENERALES:

1. Determinar la frecuencia del síndrome de angustia, en intensidad en usuarios de los servicios médicos de atención primaria. (Clínica de Medicina Familiar. ISSSTE. Ciudad de Zacatecas).

2. Determinar las características socioeconómicas en relación con el síndrome de angustia del grupo de población arriba mencionado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la frecuencia del síndrome de angustia en usuarios de la "Clínica de Medicina Familiar ISSSTE. Ciudad de Zacatecas".

2. Determinar la intensidad del síndrome de angustia en los pacientes que lo sufren.

3. Establecer el nivel de ingresos económicos de los pacientes encontrados con síndrome de angustia.

4. Establecer el tipo de ocupación de los pacientes con síndrome de angustia.

5. Determinar el estado civil de los pacientes con síndrome de angustia.

6. Determinar la edad y sexo de los casos encontrados con síndrome de angustia.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO.

Prospectivo, descriptivo, transversal.

TIPO DE POBLACION.

Se estudiará a cincuenta derechohabientes que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica del ISSSTE. Ciudad de Zacatecas. Su escolaridad, será de tipo básico y cuya edad fluctuará entre los 20 y 50 años de edad, durante los meses de noviembre -- y diciembre de 1989.

PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Para la detección del síndrome de angustia y para establecer su relación con algunas variables relevantes a este fenómeno bio-psico-social, se utilizarán -

tres instrumentos de recolección de datos. Historia clínica de rutina en el servicio médico donde se realice -- el trabajo, cuestionario de preguntas sobre aspectos --- bio-psicológicos, socio-económicos y culturales, escala-evolutiva de la angustia de Hamilton modificada, así como la entrevista al paciente en forma directa.

RECURSOS:**RECURSOS HUMANOS.**

Médicos Residentes de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar.

RECURSOS MATERIALES.

Instalaciones de la Clínica de Medicina Familiar, ISSSTE. Ciudad de Zacatecas.

Consultorios de la misma clínica.

Papelería.

RECURSOS ECONOMICOS.

Financiamiento por el médico residente, presupuesto aproximado de \$ 100,000.00

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS Y METODOS DE EVALUACION.

Historia clínica.

Cuestionario sobre aspectos bio-psicológicos, socioeconómicos y culturales.

Escala evolutiva de la angustia de Hamilton modificada.

MEDIDA DE TENDENCIA CENTRAL.

Media.

DESVIACION ESTANDAR.

RESULTADOS:

Se encuestaron a cincuenta derechohabientes, que acudieron a la consulta externa de la Clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de Zacatecas, donde cabe mencionar:

En relación con la ocupación del derechohabiente, lo ocupan en primer lugar, los profesionistas con el 36% y en segundo término los administrativos con un 30%, como se puede observar, en el cuadro uno.

El cuadro dos, representa la edad del derechohabiente, entre los 30 y 39 años de edad un 50%.

Cuadro tres, manifiesta el salario del derechohabiente, como se puede observar que con un salario y medio está el 48%, con dos salarios el 34% y con tres y más el 2%.

El grado de satisfacción del derechohabiente, se observa en el cuadro número cuatro, con el término de siempre un 44%, no satisfactorio el 34% y respuesta de algunas veces el 22%.

Tomando en cuenta la puntuación utilizada para el grado de angustia, con una puntuación entre -- siete y diez un 42% presenta angustia moderada; con puntuación de cuatro a seis, poca angustia, el 24%, entre - once y quince puntos, angustia grave el 24% y, finalmente, de cero a tres, sin grado de angustia el 10%.

Cuadro seis, se observa la ocupación con - el grado de angustia, hallando en primer lugar un total de diecisiete profesionistas, de los cuales con grado -- de angustia grave dos; en segundo lugar, de quince administrativos, seis resultaron con angustia moderada, sin angustia cuatro, poca angustia tres y angustia grave dos, en tercer lugar, las amas de casa en total de once, de - éstas con grado de angustia moderada cinco, angustia gra ve cinco y sin angustia una; en cuarto lugar dos trabaja dores manuales con grado de angustia grave dos, y con el término de otros a cinco, de los cuales con angustia mo derada a dos, poca angustia dos y angustia grave uno.

En el cuadro siete, se correlaciona la -- edad y el grado de angustia que entre los treinta y - treinta y nueve años de edad, diez presentaron moderada, de los veinte a los veintinueve años de edad con angustia

moderada nueve y entre cincuenta años de edad y más, un derechohabiente presentó angustia grave.

Cuadro ocho, tomando el ingreso económico y grado de angustia, un total de veinticinco derechohabientes, con un salario mínimo mensual, once con angustia moderada, angustia grave ocho, poca angustia dos, -- sin angustia dos, abarcando a diecisiete con dos salarios de los cuales diez con angustia moderada, poca angustia tres, angustia grave dos y sin angustia dos; recibiendo un salario un total de cuatro, de los cuales con poca -- angustia dos, angustia grave y sin grado de angustia, en número de uno, respectivamente; percibiendo dos y medio salarios, fueron dos con poca angustia, con tres salarios uno, manifestó poca angustia.

La sensación de bienestar y grado de angustia se manifiesta en el cuadro nueve, donde con una respuesta de siempre fue en veintidós derechohabientes, de éstos con angustia moderada son once, poca angustia siete, angustia grave dos y sin angustia dos, una respuesta negativa, un total de diecisiete que manifestando angustia grave ocho, angustia moderada siete, poca angustia uno, sin grado de angustia uno y con respuesta de algunas

veces, se encuentran once, de éstos con poca angustia -
son cuatro, angustia moderada tres, angustia grave dos y
sin angustia.

ANALISIS Y CONCLUSIONES

1. Aplicando cuestionarios de preguntas y utilizando escala de Hamilton modificada, es posible detectar --- cierto grado de angustia, relacionado: ocupación, - edad, ingreso económico mensual y sensación de bie--- nestar.
2. Los trabajadores administrativos, que ocupan el 8%, - no presentaron grado de angustia, probablemente a - una sensación de bienestar, siempre o algunas veces- con una edad entre veinte y veintinueve años, perci- biendo uno y medio salario mínimo mensual.
3. En el campo profesionista, la mayor parte de los -- derechohabientes encuestados son profesores de educa- ción primaria y secundaria, por su responsabilidad - en su trabajo y lo mal remunerado; ya que, obtienen- uno y medio salario mínimo mensual, presentan angus- tia de poca a moderada, así como es importante la -- edad que manifiestan entre treinta y treinta y nueve años.
4. En relación con las amas de casa, se observa que pre- sentan un grado grave de angustia el 10% del 24% de-

las amas de casa encuestadas, con una edad entre --- treinta y treinta y nueve años, recibiendo un salario mínimo mensual de uno y medio y negativa sensación de bienestar. Esto probablemente sea debido -- en primer lugar, a su sensación de bienestar negativa, en segundo lugar al bajísimo salario y, finalmente, mal reconocimiento de la tarea que efectúa ya -- que ocupa un lugar muy importante en la familia.

Estos resultados permiten tematizar este síndrome - desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, - por lo que, la angustia es de una alta incidencia en tre los trastornos mentales, considerándola como el fenómeno fundamental y problema central de la neurosis, que ha sido aceptada explícitamente por la mayor parte de los autores modernos. (3-10-12).

Se comenta que la angustia, es una causa de depresión generada de un conflicto entre la inferioridad y anhelo de poder concordando también lo anterior - con lo que se menciona en la bibliografía.

SUGERENCIAS

Enfatizar la importancia que tiene el personal capacitado como es: trabajo social sobre la terapia ocupacional a la ama de casa para poder disminuir el grado de angustia que se encontró.

En relación con la angustia moderada y poca angustia, encontrada en los profesionistas, fomentar otras actividades como pudieran ser: deportes, lecturas, etc.

CUADRO NUMERO UNO

OCUPACION DEL DERECHOHABIENTE ESTUDIADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE. CIUDAD DE ZACATECAS, DURANTE - EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE %
PROFESIONISTA	18	36%
ADMINISTRATIVO	15	30%
AMA DE CASA	10	20%
MANUALES	2	4%
OTROS	5	10%
TOTAL	50	100%

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIOS DE PREGUNTAS Y APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

CUADRO NUMERO DOS

EDAD DEL DERECHOHABIENTE ESTUDIADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE. CIUDAD DE ZACATECAS, DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE %
20-29	17	34%
30-39	25	50%
40-49	7	14%
50 Y MAS	1	2%
TOTAL :	50	100%

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIOS DE PREGUNTAS Y APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON - MODIFICADA.

CUADRO NUMERO TRES

SALARIO DEL DERECHOHABIENTE ESTUDIADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE. CIUDAD DE ZACATECAS. DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

SALARIO	NUMERO	PORCENTAJE %
1	5	10%
1 1/2	24	48%
2	17	34%
2 1/2	2	4%
3	1	2%
3 Y MAS	1	2%
TOTAL :	50	100%

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIOS DE PREGUNTAS Y APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

"SALARIO MINIMO VIGENTE HASTA EL MES DE NOVIEMBRE DE 1989 ES DE \$229,200.00 MENSUAL

"SALARIO VIGENTE A PARTIR DEL MES DE DICIEMBRE DE 1989. ES DE \$252,150.00 MENSUAL

CUADRO NUMERO CUATRO

GRADO DE SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE ESTUDIADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, CIUDAD DE ZACATECAS. DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

GRADO DE SATISFACCION	NUMERO	PORCENTAJE %
SIEMPRE	22	44%
NINGUNA	17	34%
ALGUNAS VECES	11	22%
T O T A L :	50	100%

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE PREGUNTAS Y APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

CUADRO NUMERO CINCO

DERECHOHABIENTES ENCUESTADOS Y GRADO DE ANGUSTIA HALLADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, CIUDAD DE ZACATECAS, DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989

PUNTUACION	GRADO DE ANGUSTIA	PACIENTES	
		NUMERO	PORCENTAJE. %
0-3	NINGUNA	5	10%
4-6	POCA	12	24%
7-10	MODERADA	21	42%
11-15	GRAVE	12	24%
TOTAL :		50	100%

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE PREGUNTAS Y, APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

CUADRO NUMERO SEIS

OCUPACION Y GRADO DE ANGUSTIA DEL DERECHOHABIENTE ESTUDIADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, CIUDAD DE ZACATECAS, DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

OCUPACION	GRADO DE ANGUSTIA				TOTALES
	NINGUNA	POCA	MODERADA.	GRAVE.	
PROFESIONISTAS	-	7	8	2	17
ADMINISTRATIVO	4	3	6	2	15
AMA DE CASA	1	-	5	5	11
MANUALES	-	-	-	2	2
OTROS	-	2	2	1	5
TOTAL :	5	12	21	12	50

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE PREGUNTAS Y, APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

CUADRO NUMERO SIETE

EDAD Y GRADO DE ANGUSTIA DEL DERECHOHABIENTE ESTUDIADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, CIUDAD DE ZACATECAS, DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

GRUPO DE EDAD	GRADO DE ANGUSTIA				TOTAL
	NINGUNA.	POCA	MODERADA.	GRAVE	
20-29	3	3	9	2	17
30-39	2	8	10	5	25
40-49	-	1	2	4	7
50 Y MAS	-	-	-	1	1
TOTALES:	5	12	21	12	50

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE PREGUNTAS, Y APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

ESTA TESIS²⁹ NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO NUMERO OCHO

INGRESO ECONOMICO Y GRADO DE ANGUSTIA DEL DERECHAHABIENTE ESTUDIADO
EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE. CIUDAD DE ZACATECAS. --
DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

SALARIO MENSUAL	GRADO DE ANGUSTIA				TOTAL
	NINGU NA.	POCA	MODERA DA.	GRAVE	
1	1	2	-	1	4
1 1/2	2	4	11	8	25
2	2	3	10	2	17
2 1/2	-	2	-	-	2
3	-	-	1	-	1
3 Y MAS	-	1	-	-	1
TOTAL:	5	12	22	11	50

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONA
RIO DE PREGUNTAS Y, APLICACION DE ESCALA DE HAMILTON MODI
FICADA.

SALARIO MINIMO VIGENTE HASTA EL MES DE NOVIEMBRE DE 1989,
ES DE \$229,200.00 MENSUAL

SALARIO VIGENTE A PARTIR DEL MES DE DICIEMBRE DE 1989 ES
DE \$252,150.00 MENSUAL

CUADRO NUMERO NUEVE

SENSACION DE BIENESTAR Y GRADO DE ANGUSTIA DEL DERECHOHABIENTE, ESTUDIADO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, CIUDAD DE ZACATECAS, DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1989.

SENSACION DE BIENESTAR	GRADO DE ANGUSTIA				TOTAL
	NINGUNA.	POCA	MODERADA.	GRAVE	
SIEMPRE	2	7	11	2	22
NINGUNA	1	1	7	8	17
ALGUNAS VECES	2	4	3	2	11
TOTAL :	5	12	21	12	50

FUENTE DE INFORMACION: DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE PREGUNTAS Y ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA.

Cuestionario para recolectar información adicional para la detección del Síndrome de Angustia.

1. Nombre: _____

2. Ocupación:

2.1. Area Administrativa _____

2.2. Area Manuel: _____

2.2.1. Mantenimiento _____

2.2.2. Intendencia _____

2.2.3. Archivista _____

2.3. Ama de casa _____

2.4. Profesionista _____

2.5. Otros: Especifique. _____

3. Edad:

20 a 29 años _____

30 a 39 años _____

40 a 49 años _____

50 años y más _____

4. Sexo:

Masculino _____

Femenino _____

5. Estado Civil:

Soltero (a) _____

Casado (a) _____

Viudo (a) _____

Union libre _____

Divorciado (a) _____

6. Ingreso Familiar Mensual:

6.1. Menos de un salario mínimo. _____

6.2. Un salario mínimo _____

6.3. Uno y medio salario mínimo _____

6.4. Dos salarios mínimos _____

6.5. Dos y medio salarios mínimos _____

6.6. Más de tres salarios mínimos. _____

6.7. Más de tres salarios mínimos _____

7. Su situación actual le es satisfactoria:

Siempre _____

Algunas veces _____

Ninguna _____

ESCALA EVALUATIVA DE LA ANGUSTIA
(BASADA EN LA ESCALA DE HAMILTON MODIFICADA)

	Ninguno	0	(Ausente)
	Un poco	1	(Perceptible)
EVALUACIONES DE LOS SINTOMAS	Moderado	2	(Dificulta el trabajo empieza a incapacitarse)
	Grave	3	(Parcialmente incapacita- do para trabajar)
	Gravísimo	4	(Incapacitado para traba- jar).

ESCALA EVALUATIVA DE LA ANGUSTIA (MODIFICADA DE LA ESCALA DE HAMILTON)				
FECHA DE LA VISITA:				
1. <u>Ansiedad</u> : Aprehensión aumentada, preocupación excesiva, inquietud, temores vagos y mal definidos, irritabilidad, no disfruta de las diversiones como antes, inestabilidad emocional.				
2. <u>Tensión</u> : Fátiga, dificultad de descansar por tensión, temblores, actividad improductiva, adoloramiento corporal, -cefálea tensional.				
3. <u>Temores (definidos)</u> : A la obscuridad, - a extraños, a la soledad, a animales - y/u objetos, al tránsito, a las multitudes, a perder la seguridad, a perder el control, a las enfermedades, a espacios cerrados o abiertos.				

<p>4. Insomnio: Dificultades para dormir, al iniciar el sueño, sueño interrumpido - toda la noche, sueño insatisfecho, despertar angustioso, pesadillas frecuentes.</p>				
<p>5. Intelectual (Cognitivo): Dificultad para concentrarse, mala memoria, ideas obsesivas, preocupación por algunos pensamientos. Disminución de capacidad para resolver problemas.</p>				
<p>6. Animo deprimido: Pérdida de interés, falta de motivaciones, propensión al llanto, no puede gozar con lo que antes gozaba, fatiga y somnolencia frecuentes sin razón aparente. Disminución de la tolerancia a la frustración mayor predisposición a sentirse culpable y avergonzado.</p>				
<p>7. Síntomas somáticos: a) Musculares: Dolores musculares, contracciones nerviosas, rechinar los dientes, voz temblorosa, temblores de algunas partes del cuerpo; b) Sensoriales: tintineo de oídos, visión borrosa ráfagas de calor y frío, debilidad, hormigueo.</p>				
<p>8. Cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación de desmayo.</p>				

<p>9. Respiratorios: Sensación de ahogo, presión torácica, suspiros, dificultad para respirar, tos frecuente e improductiva.</p>				
<p>10. Gastrointestinales: Dificultad para ingerir, anorexia o hiporexia, borborigmo, pirosis, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, aumento de apetito.</p>				
<p>11. Genitourinarios: Micción frecuente, disminución o pérdida del deseo sexual, -- eyaculación precoz o retardada.</p>				
<p>12. Piel: Prurito, lesiones musculares de aparición y desaparición impredecible o en relación a la angustia.</p>				
<p>13. Autónomos: Sequedad de boca, bochornos patéticos, transpiración exagerada, vértigo, hipotimias, desmayos.</p>				

<p>14. Comportamiento durante la entrevista: a) Generales: Agitación, verborrea o mutismo, puños crispados, desasosiego, pasear inquieto, temblores de manos, -tenso, vivencia de estar amenazado, -desconfianza exagerada, risa frecuente. b) Fisiológicos: Eructos, excesiva velocidad de pulso en reposo, frecuencia respiratoria mayor de 20 por minuto, espasmos tendinosos, pupilas dilatadas, sudor, parpadeo, enrojecimiento.</p>				
<p>TOTAL :</p>				

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alexander F. y Col. (1978). *Psiquiatría Dinámica*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
2. Anderson, Dorothy Jean; Noyes, Jr. Russel. "A Comparison of Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder". *Am. J. Psychiatry*, 141: 4 April, 1984. Pages: - 572-575.
3. Breier, A; Charmey, DS; Heninger, GR "The Diagnostic-Validity of Anxiety Disorders and their Relationship to Depressive Illness", *Am. J. Psychiatry*, 142:7, July - 1985. Pages: 787-797.
4. Carr, DB, Sheeman, DV "Panic Anxiety: A New Biological Model". *J. Clin. Psychiatry*, 45:8, August 1984. Pages: 323-330.
6. Caruso, I. (1964). "Psicoanálisis Dialéctica". Ed. -- Paidós, Buenos Aires.
7. Crowe Raymond R; Noyes Russel. "A Family Study of Panic Disorder". *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 40, October 1983. Pages: 1065-1069.
8. Deveraux, G. (1983) "De la Ansiedad al Método en las - Ciencias del Comportamiento". Ed. Buenos Aires.
9. Diel, P. (1975). "El Miedo y la Angustia". Ed. F. C. E. México.
10. De la Fuente, R. (1972). "Psicología Médica". Ed. F. C. E. México.
11. Freedman, A. Kaplan, Sodok. (1975) "Psiquiatría Clínica" Salvat, Editores, España.
12. Fenichel, O. (1964). "Teoría Psicoanalítica de la Neurosis". Ed. Paidós, Buenos Aires.
13. Freud, S. (1968). "Inhibición, Síntoma y Angustia". - Obras Completas, Vol. 11, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.

14. Jasper, K. (1955). "Psicopatología General". Ed. Beta Buenos Aires.
15. Klein, M. y Col. (1962) "Desarrollos en la Psicoanálisis". Ed. Paidós. Buenos Aires.
16. Lesser, Im. Rubin, RT. "Diagnostic Considerations In-Panic Disorders". J. Clin Psychiatry. 47:6 (suppl.) - June 1986. Pages: 4-9
17. Marks, IM. "Epidemiology of Anxiety". Social Psychiatry. 21 October 1986.
18. May, R. Stanly y Schachter. (1968) "La Angustia Normal y Patológica". Ed. Paidós. Buenos Aires.
19. Pichon-Rivera, E. (1977) "Del Psicoanálisis Social". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
20. Scheneider M. (1979). "Neumosis y Lucha de Clases". Ed. Siglo XXI. México.
21. Sullivan. A. S. "Concepciones de la Psiquiatría Moderna". (1959) Ed. Psique. Buenos Aires.
22. Weissman, MM; Merikangas, RK. "The Epidemiology of - Anxiety and Panic Disorders And Update". J. Clin. -- Psychiatry. 47:6 (supply), June 1986. Pages 11-16.